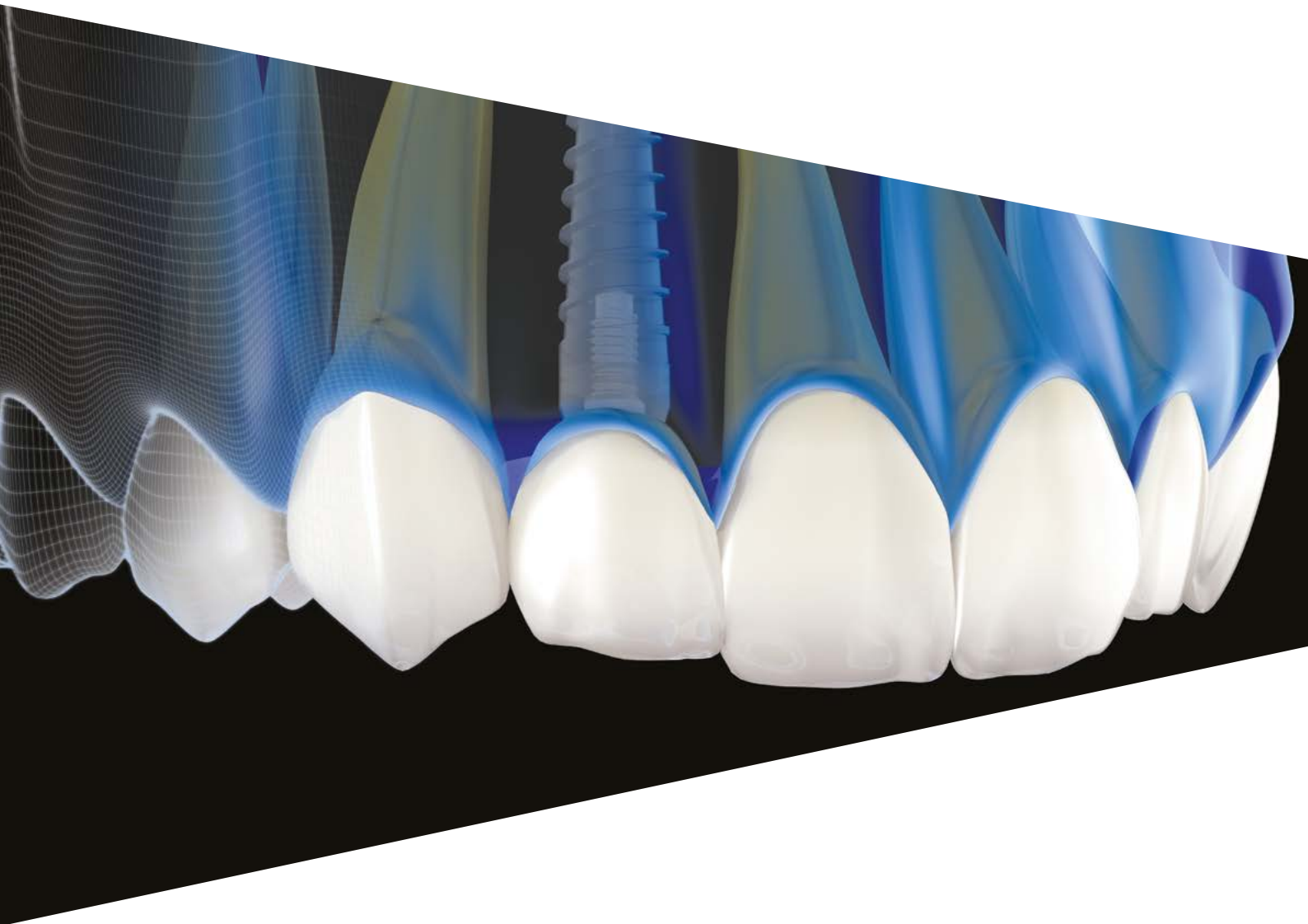


Manuale Protesico

PRAMA



PRAMA



Guida alle sequenze di utilizzo delle componenti protesiche

4



Piattaforma di connessione

18

Prama, il primo e unico impianto intramucoso

18

Opzioni di posizionamento

19

Guida alla lettura dei codici degli impianti

19

Tabella di guida alla connessione protesica unica

20

Dettagli della connessione

22

Componenti protesiche Prama IN

23

Viti protesiche ad appoggio conico

24



Strumentazione protesica

25

Il kit Prama

25

Avvitatori per viti di serraggio

26

Strumenti opzionali non inclusi nel kit

29

Screw Kit

30

Cricchetto dinamometrico CRI5-KIT

32



Protocolli di utilizzo

34

Tecniche di presa d'impronta e realizzazione del modello

34

Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione Prama IN

46

Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione standard

48

Condizionamento dei tessuti molli con pilastri provvisori

52

Riabilitazione definitiva con pilastri preformati

70

Riabilitazione definitiva con pilastri fresabili

78

Riabilitazione definitiva con Dynamic Abutment

84

Pilastri calcinabili standard con base in metallo

92

Riabilitazione definitiva con pilastri calcinabili Prama IN con base in metallo

94

Pilastri interamente calcinabili

96

Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment PLAIN

106

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

114

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

130

Riabilitazione definitiva con cannule per strutture multiple avvitate

148

Riabilitazione definitiva con protesi conometrica Conico

152

Cappette per esigenze speciali

160

Riabilitazione definitiva con elementi intermedi per incollaggio

164

Ancoraggio con abutment Locator

177

Abutment Locator R-Tx

191

Accessori per overdenture su abutment Locator R-Tx

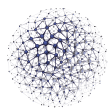
193

Ancoraggio con attacchi sferici

203

Barre fuse o saldate

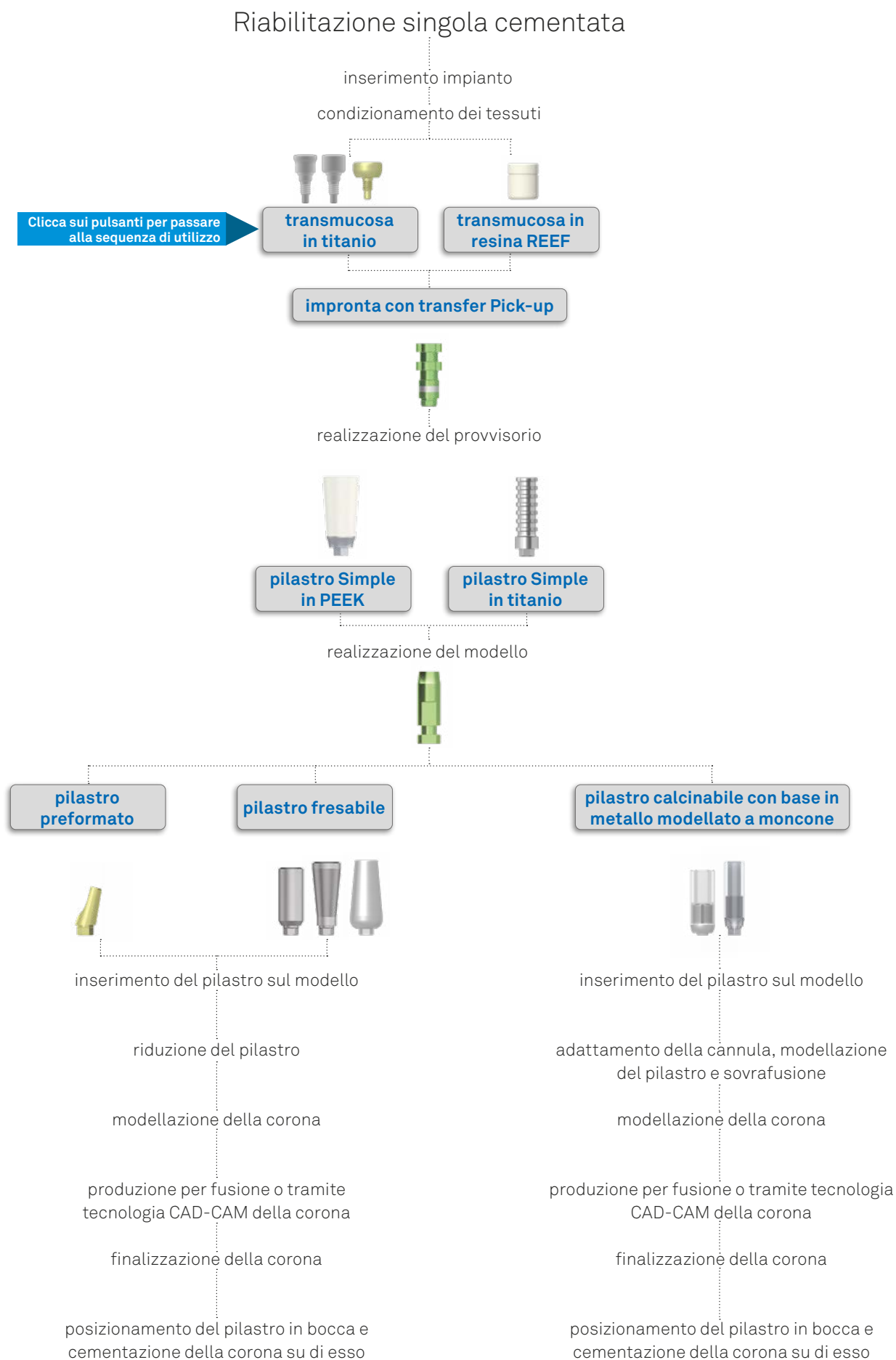
223



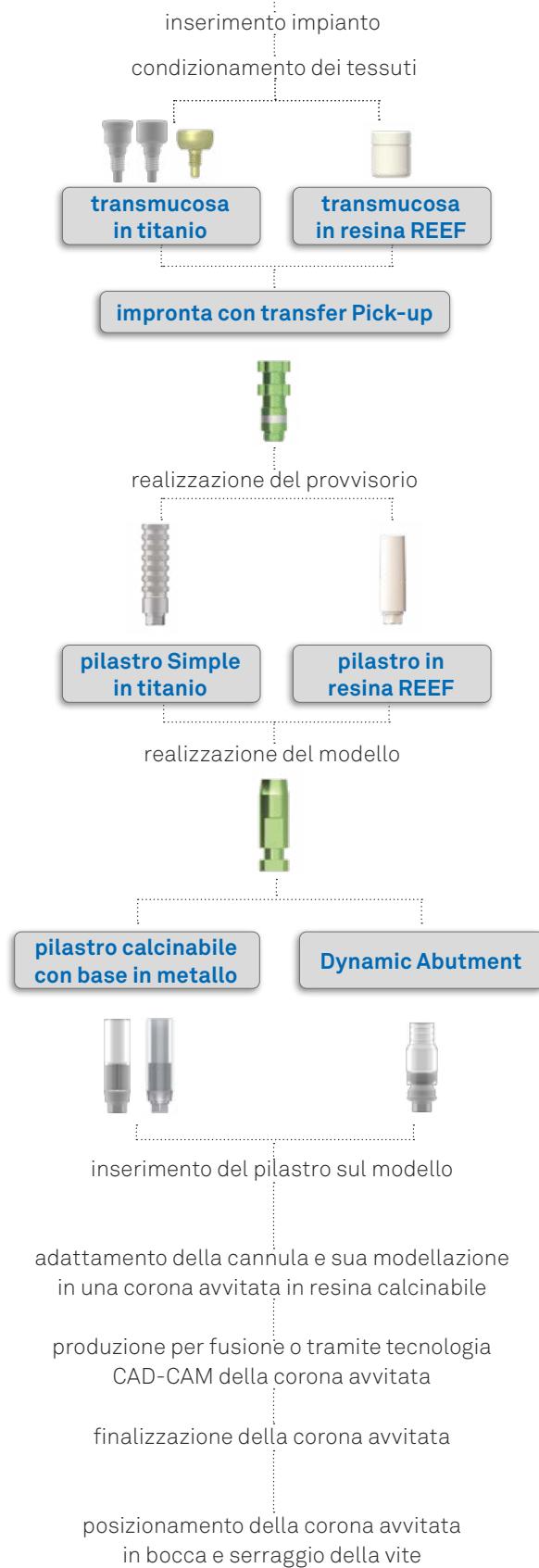
Indicazioni generali

233

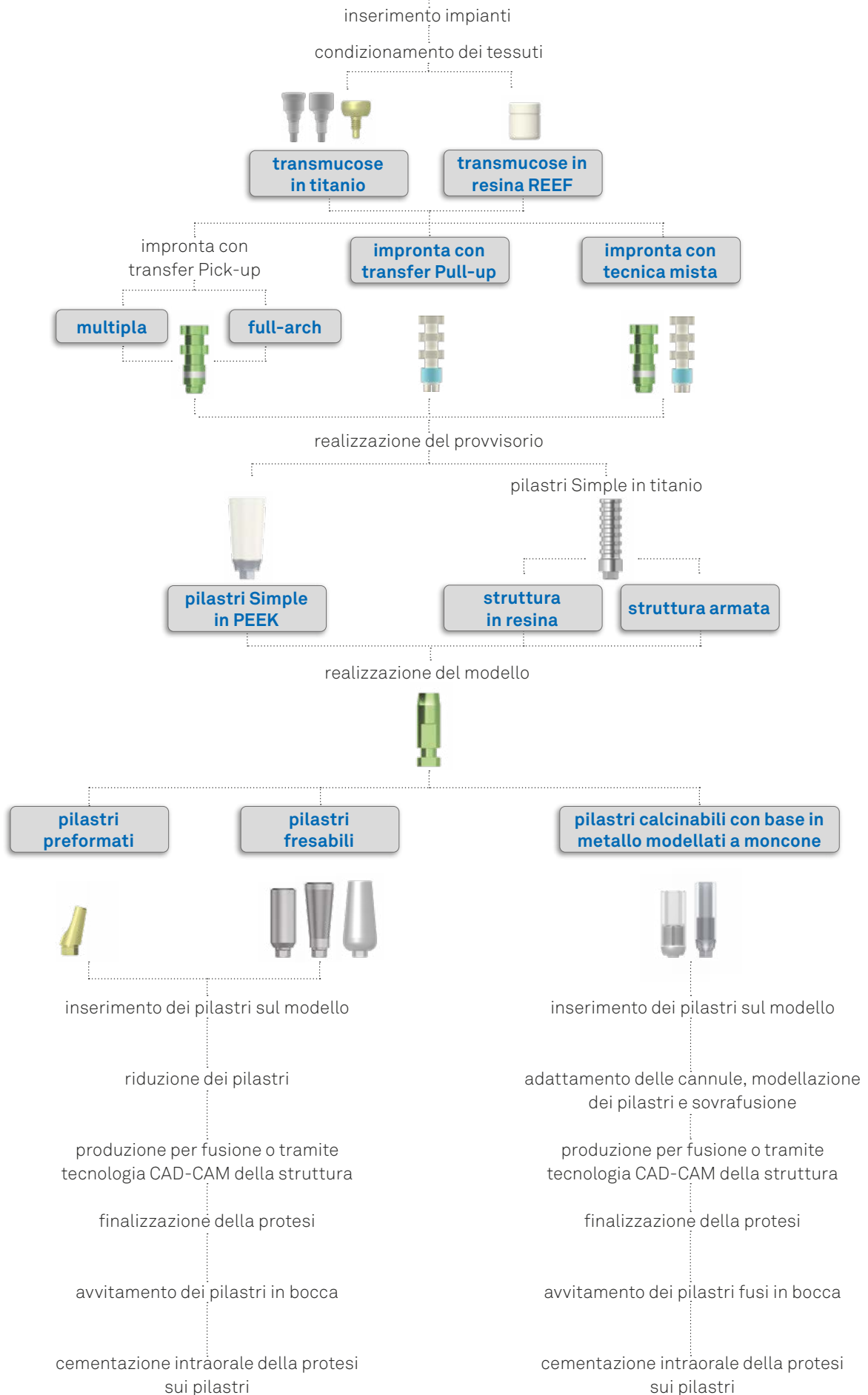
Guida alle sequenze di utilizzo delle componenti protesiche



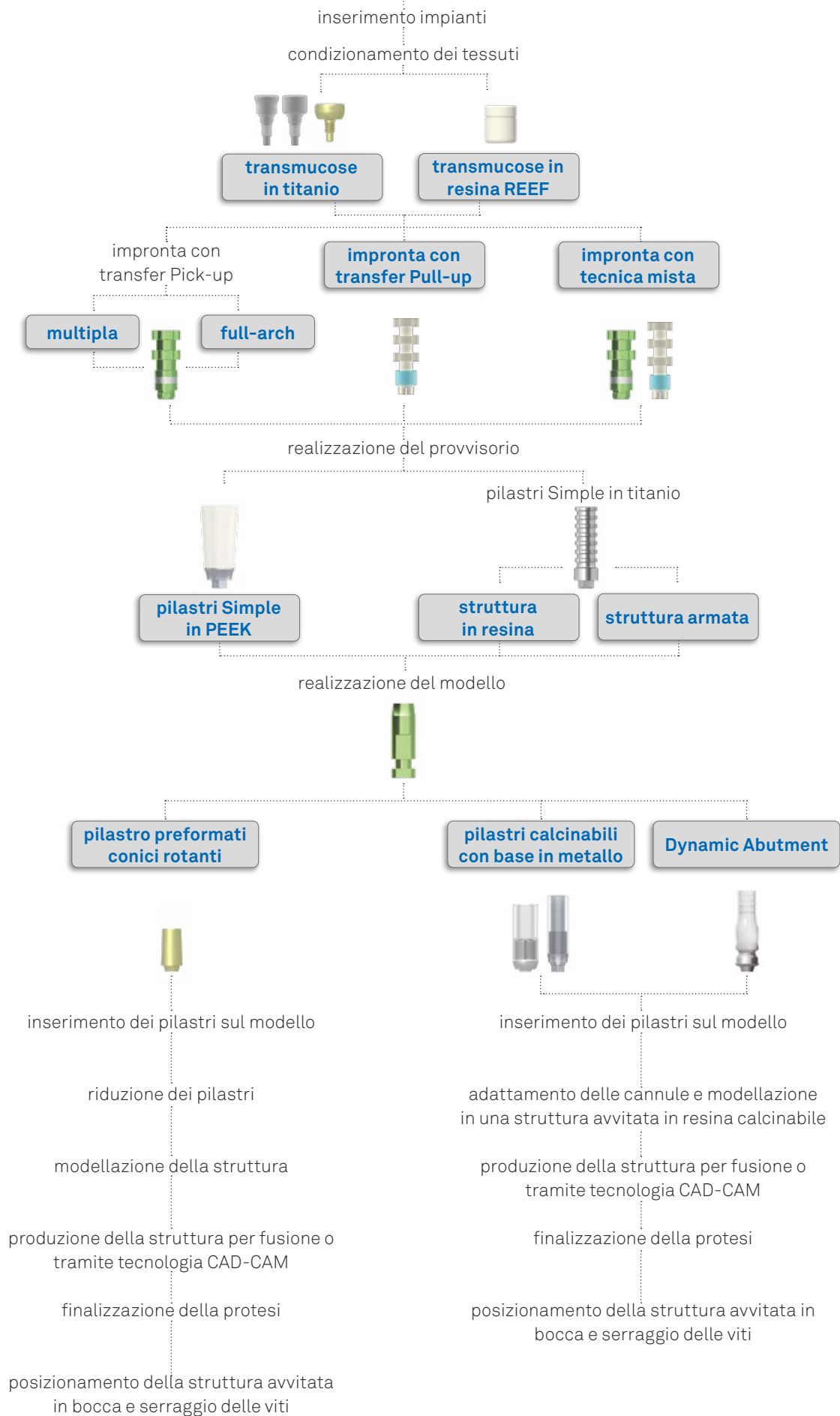
Riabilitazione singola avvitata



Riabilitazione multipla o full arch cementata



Riabilitazione multipla o full arch avvitata



Riabilitazione multipla o full arch avvitata con abutment PLAIN

inserimento impianti

abutment PLAIN



**impronta con transfer Pick-up
per abutment PLAIN**



condizionamento dei tessuti

con cuffie
di guarigione PLAIN

**con provvisorio
su cannule in titanio**



realizzazione del modello con gli
analoghi per gli abutment PLAIN



**realizzazione del definitivo
con travata fusa**



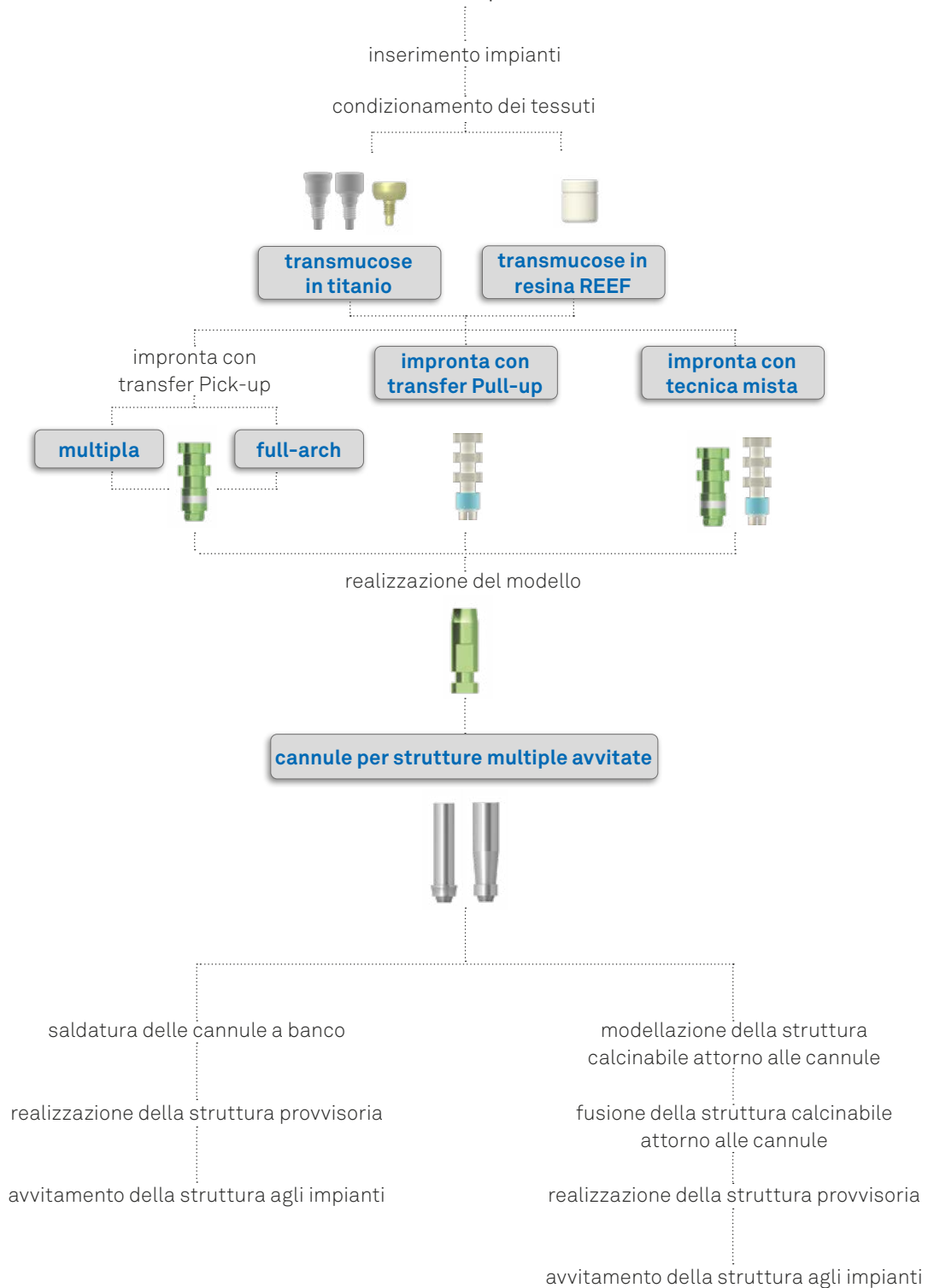
adattamento delle cannule e loro modellazione
in una struttura avvitata in resina calcinabile

produzione per fusione o tramite tecnologia
CAD-CAM della struttura avvitata

finalizzazione della protesi

posizionamento della struttura avvitata
in bocca e serraggio delle viti

Riabilitazione multipla o full arch provvisoria con cannule per strutture multiple avvitate



Riabilitazione multipla o full arch con abutment P.A.D. (Protesi Avvitata Disparallela) o P.A.D.r (Protesi Avvitata Disparallela reduced)

inserimento impianti



**inserimento di abutment
P.A.D. o P.A.D.r dritti**



**inserimento di abutment
P.A.D. o P.A.D.r angolati**

Carico Immediato su 4 o 6 impianti:
tecnica per incollaggio
impronta su abutment P.A.D. o P.A.D.r

con cappette in POM



con transfer Pick-up



guarigione dei tessuti

cappette in titanio



cappette in PEEK



**realizzazione di una protesi
con struttura armata**

colatura del modello con analoghi P.A.D. o P.A.D.r



avvitamento cannule in titanio



inserimento cilindri calcinabili sulle cannule in titanio



riduzione delle cannule e cilindri

modellazione e realizzazione della travata per
fusione o con tecnica CAD-CAM

finalizzazione della protesi forata in
corrispondenza dei pilastri

trasferimento al cavo orale delle cannule in titanio

verifica e incollaggio intraorale della
protesi sulle cannule in titanio

Carico Immediato su 4 o 6 impianti:
tecnica D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

**realizzazione di una protesi
con struttura armata**

inserimento cannule D.P.F. e centratori calcinabili



solidarizzazione in resina dei centratori e rimozione delle
cannule e della struttura in resina dal cavo orale

modellazione e ispessimento della struttura in
resina e riduzione delle cannule D.P.F.

fusione della travata

cementazione intraorale della travata alle cannule

impronta che ingloba la travata

riposizionamento degli analoghi P.A.D. o P.A.D.r nell'impronta



colatura del modello

recupero della travata dall'impronta e
finalizzazione della protesi

Verifica e avvitamento intraorale della
protesi sugli abutment P.A.D. o P.A.D.r

Carico differito su 4 o 6 impianti

**realizzazione di una protesi definitiva
per fusione o con tecnica CAD-CAM**

rimozione del provvisorio

**impronta su P.A.D. o P.A.D.r
con transfer Pick-up**



riposizionamento in bocca del provvisorio

**colatura del modello di precisione
con analoghi P.A.D. o P.A.D.r**



**posizionamento dei pilastri calcinabili
con o senza base in metallo sul modello**



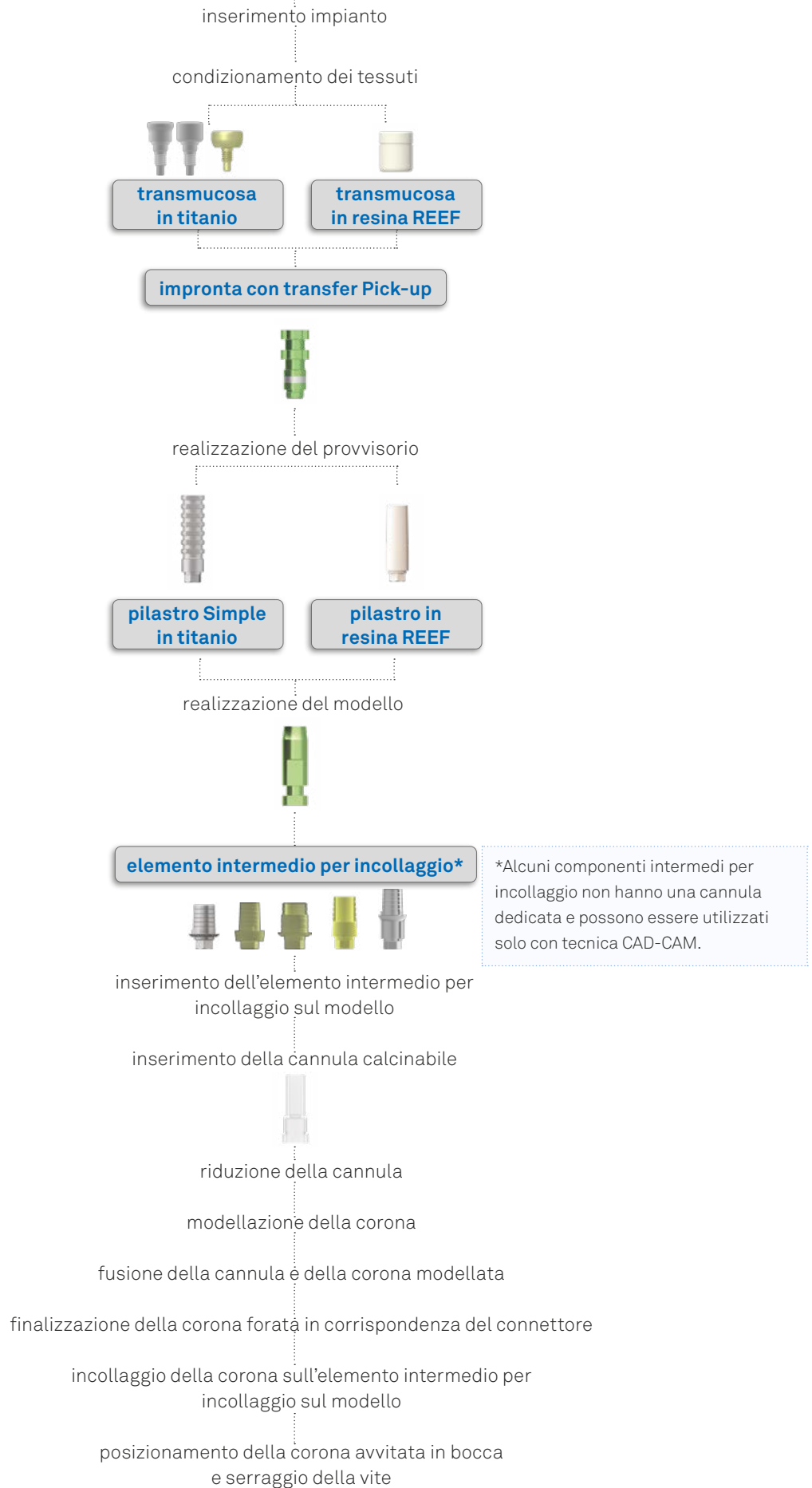
modellazione della struttura

realizzazione della struttura per fusione o
con tecnica CAD-CAM

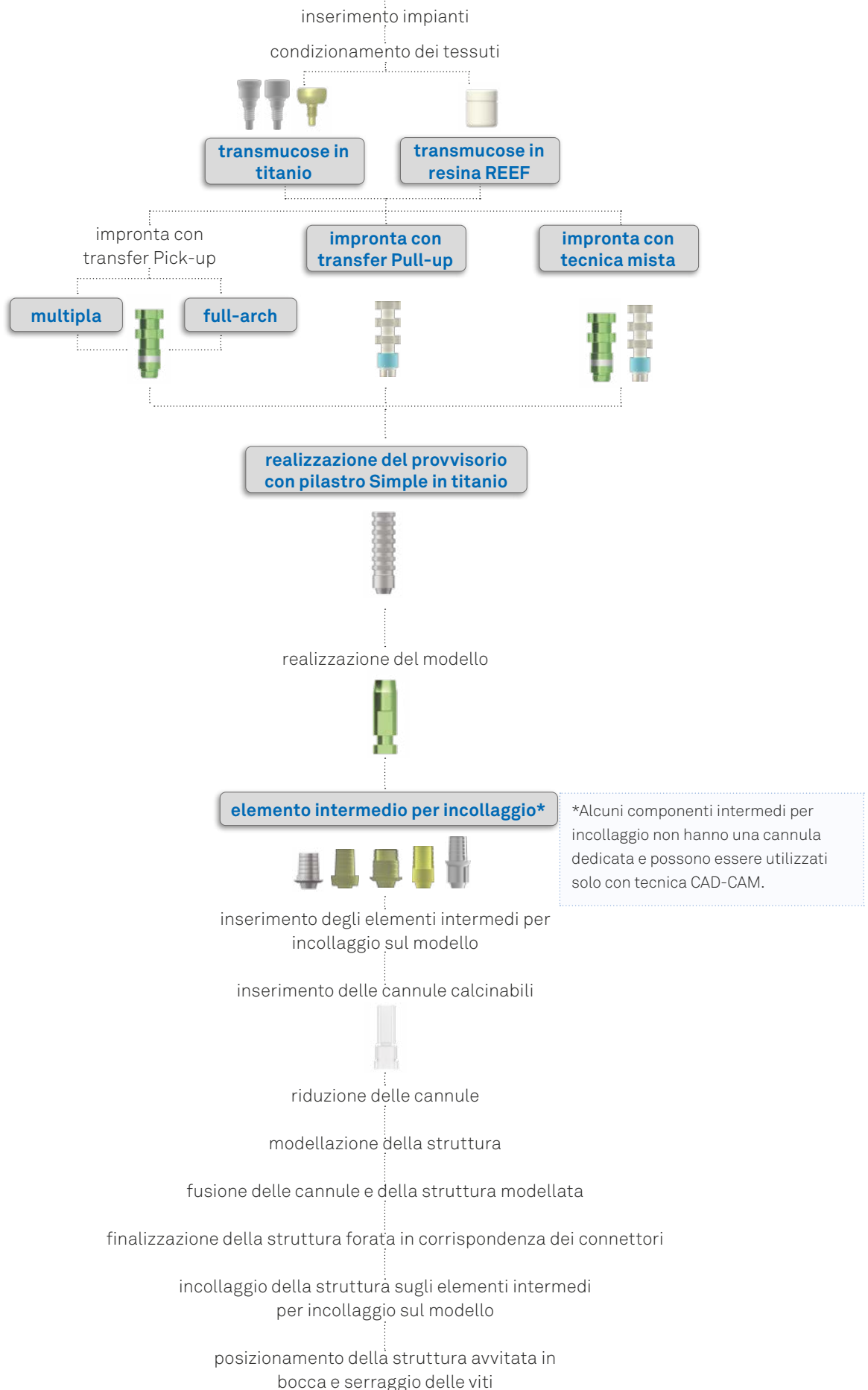
finalizzazione della protesi

inserimento in bocca della protesi e serraggio delle viti

Riabilitazione singola avvitata con elementi intermedi per incollaggio



Riabilitazione multipla o full Arch avvitata con elementi intermedi per incollaggio



Riabilitazione singola con protesi conometrica Conico



Riabilitazione multipla con protesi conometrica Conico



Overdenture: metodo diretto

inserimento impianti

**inserimento
abutment Locator**



**inserimento abutment
Locator R-Tx**



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**



posizionamento dei ritentori e
scarico di eventuali sottosquadri
con materiale plastico



CAP-TIT-1

CAP-TFL-1

CAP-1

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

rifinitura dell'overdenture

Overdenture: metodo indiretto

inserimento impianti

**inserimento
abutment Locator**



**inserimento abutment
Locator R-Tx**



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**



impronta su attacchi sfericie realizzazione
del modello con analoghi dedicati



posizionamento dei ritentori



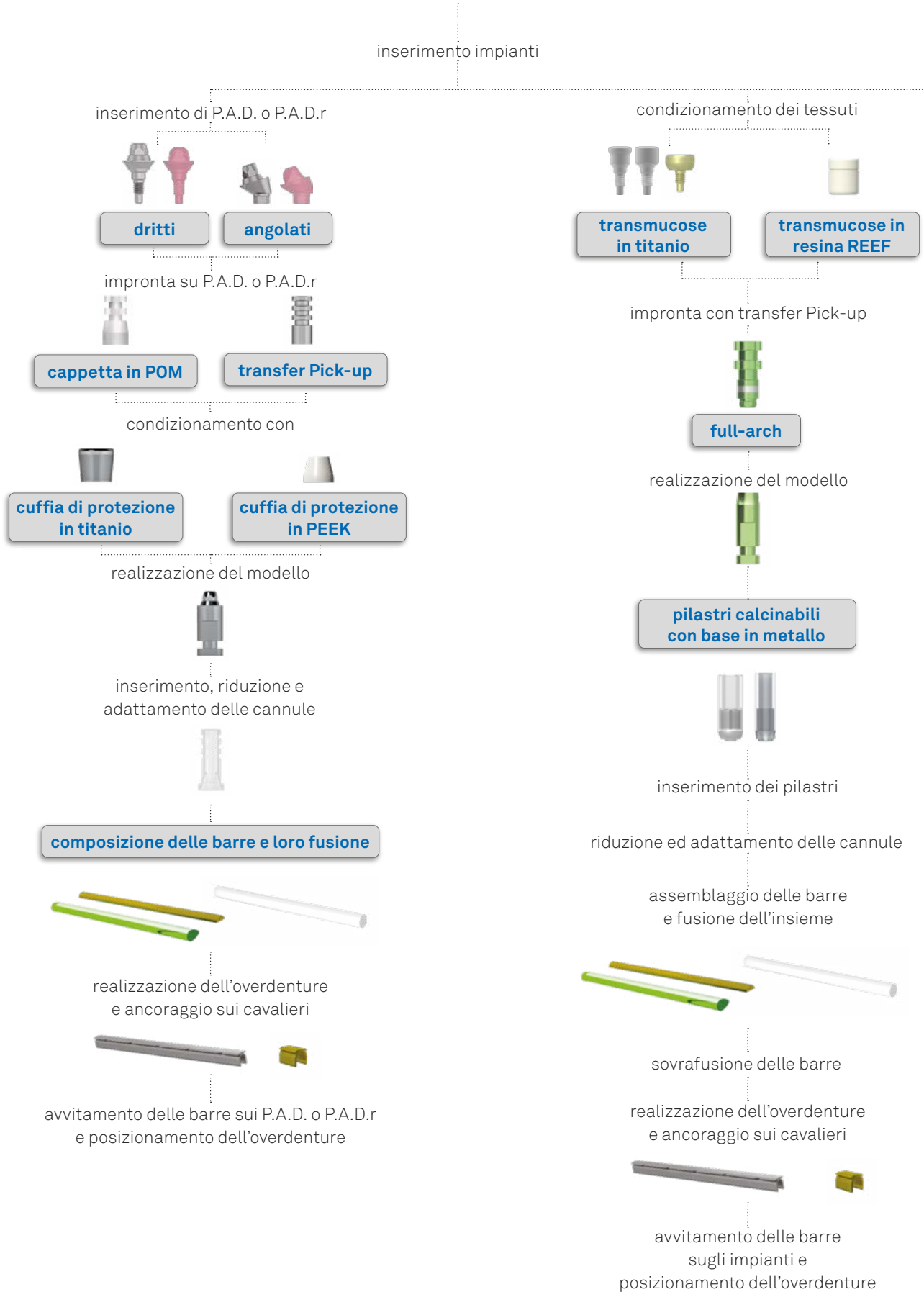
CAP-TIT-1

CAP-TFL-1

CAP-1

realizzazione dell'overdenture con
i ritentori inglobati al suo interno

Overdenture ancorata su barre



**impronta con transfer
per abutment PLAIN**



condizionamento dei tessuti
con transmuose PLAIN



realizzazione del modello



abutment PLAIN



inserimento degli abutment PLAIN
sul modello

composizione delle barre e loro fusione



realizzazione dell'overdenture
e ancoraggio sui cavalieri

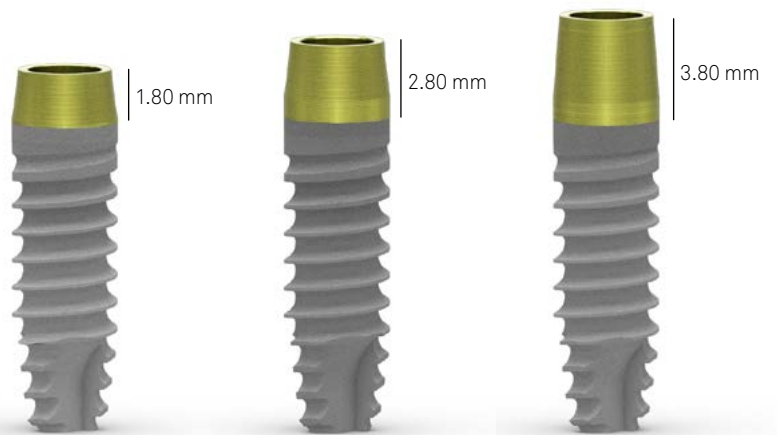


avvitamento delle barre
sugli abutment PLAIN e
posizionamento dell'overdenture

Prama, il primo e unico impianto intramucoso

Prama è stato progettato con un collo intramucoso convergente per massimizzare lo spessore dei tessuti molli. Per rispondere a tutte le situazioni cliniche sono disponibili tre diverse altezze del collo intramucoso: Short Neck da 1.80 mm, Regular Neck da 2.80 mm e Long Neck da 3.80 mm.

Regular Neck e Long Neck prevedono un tratto cilindrico alto 0.80 mm tra la porzione convergente e il corpo endosseo, con la quale è più semplice compensare eventuali discrepanze in caso di siti post-estrattivi o creste asimmetriche.



Short Neck

Regular Neck

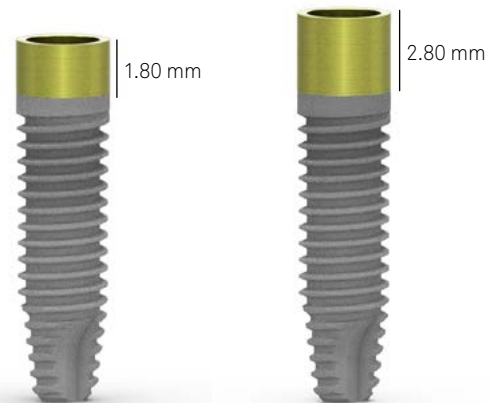
Long Neck



Regular Neck

Long Neck

Per le aree con scarsa dimensione orizzontale è stato sviluppato Prama Slim, la soluzione con collo intramucoso dritto alto 1.80 mm oppure 2.80 mm. A parità di morfologia endossea, la procedura di preparazione è la medesima a prescindere dall'altezza del collo.



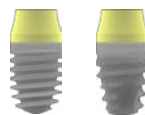
ø 3.30 Short Neck

ø 3.30 Regular Neck

Prama è disponibile con diverse morfologie endossee e di spira.



Prama Slim: impianto cilindrico a spira triangolare, solo diametro 3.30 mm



Prama Short: impianti tronco-conici h 6.00 mm



Prama: impianto cilindrico con apice rastremato e spira reverse buttress

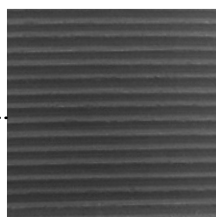
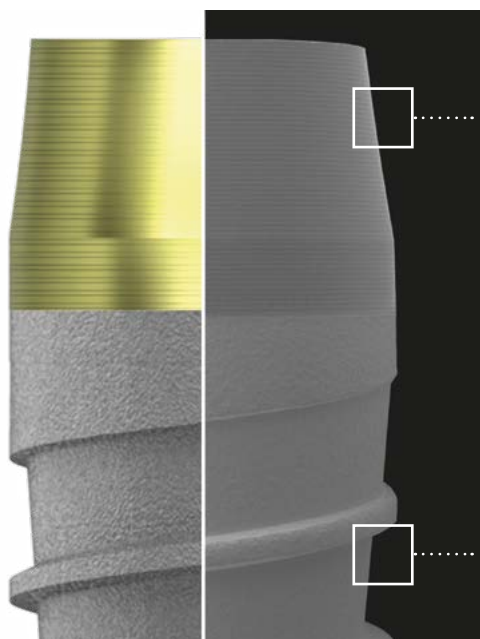


Prama RF: impianto conico con apice arrotondato e spira di profondità costante lungo il corpo implantare

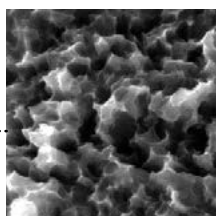
Prama RF SL: impianto conico con apice piatto e spira di profondità progressivamente maggiore in senso corono-apicale

Opzioni di posizionamento

Prama presenta due trattamenti di superficie:



Collo > UTM - Superficie con microspira e anodizzata, ideale per l'organizzazione dei tessuti molli. Il posizionamento tradizionale prevede che sia alloggiata nel tragitto mucoso, ma ha dimostrato di osteointegrarsi quando posta in contatto con i tessuti duri. Per questo motivo semplifica la gestione degli alveoli post-estrattivi e delle creste irregolari, oltre a consentire un posizionamento più profondo dell'impianto, quando il caso lo richiede.



Corpo endosseo > ZirTi - Superficie sabbata e acidata, ideale per l'osteointegrazione. Tutta la porzione degli impianti Prama con trattamento ZirTi deve essere inserita nell'osso.

Lo spessore dei tessuti molli del sito da trattare guida la scelta del collo tra Short, Regular e Long: nel caso di un tragitto mucoso di 2.00 mm, ad esempio, sarà possibile optare per un impianto Short Neck. In alternativa si potrà posizionare un Regular Neck, sommergendo parzialmente il collo nell'osso.

Guida alla lettura dei codici degli impianti









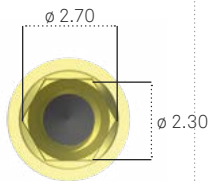
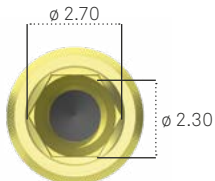
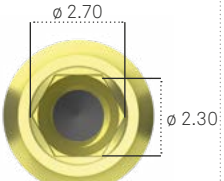
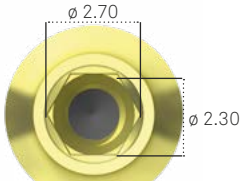




















Prama con morfologia cilindrica

morfologia e collo	superficie	diametro	lunghezza
LAS: 1.80 mm - Short Neck LA: 2.80 mm - Regular Neck LAL: 3.80 mm - Long Neck esempio: LAS-ZT-380-100	ZT: superficie ZirTi e collo UTM	330: 3.30 mm Prama Slim 380: 3.80 mm 425: 4.25 mm 500: 5.00 mm	060: 6.00 mm 085: 8.50 mm 100: 10.00 mm 115: 11.50 mm 130: 13.00 mm 150: 15.00 mm
LAS-	ZT-	380-	100

Prama con morfologia conica

morfologia e collo	superficie	diametro	spira		lunghezza
			regolare	larga	
LSS: 1.80 mm - Short Neck LS: 2.80 mm - Regular Neck LSL: 3.80 mm - Long Neck esempio: LSL-ZT-380SL-100	ZT: superficie ZirTi e collo UTM	330: 3.30 mm 380: 3.80 mm 425: 4.25 mm 500: 5.00 mm	-	SL	060: 6.00 mm 085: 8.50 mm 100: 10.00 mm 115: 11.50 mm 130: 13.00 mm 150: 15.00 mm
LSL-	ZT-	380-		SL-	100

Tabella di guida alla connessione protesica unica

	morfologia cilindrica			
Ø impianto	3.30 mm	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
codice colore sulla confezione				
connessione				
Ø interno del collarino				
analogo				
transfer Pick-up				
transfer Pull-up				
viti di serraggio ad appoggio conico per pilastri definitivi				
vite di serraggio per pilastri provvisori				

morfologia conica		
3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
<p>Collex ONE ø 3.30</p>	<p>Collex ONE ø 3.30</p>	<p>Collex ONE ø 3.30</p>
<p>ø 2.70 ø 2.30</p>	<p>ø 2.70 ø 2.30</p>	<p>ø 2.70 ø 2.30</p>

Dettagli della connessione

La connessione è caratterizzata da un collarino Collex, documentato da decenni di successi clinici, che svolge una funzione di stabilizzazione della protesi e di corretta distribuzione dei carichi masticatori. La ferulizzazione della protesi sul collo dell'impianto contribuisce a massimizzare entrambi questi aspetti, unitamente all'estetica.

Avvertenza importante

Nei settori distali, le corone singole devono essere ferulizzate per almeno 0.5 mm sul collo dell'impianto per aumentare la resistenza meccanica ai carichi masticatori tipici dei molari.

Per facilitare la scelta del collo in queste situazioni, si riepilogano nella tabella seguente le diverse opzioni di ferulizzazione e gli impianti sui cui possono essere realizzate.

		Protesi standard in appoggio sulla piattaforma implantare	Protesi Prama IN 0.50 mm	Protesi Prama IN 1.00 mm	Protesi Prama IN 1.50 mm
Prama Slim	Collo				
	1.80 ø 3.30		✓	✗	✗
	2.80 ø 3.30		✓	✗	✗
Prama, Prama RF e Prama RF SL	1.80		✓	✗	✗
	2.80		✓	✓	✓
	3.80		✓	✓	✗

Componenti protesiche Prama IN

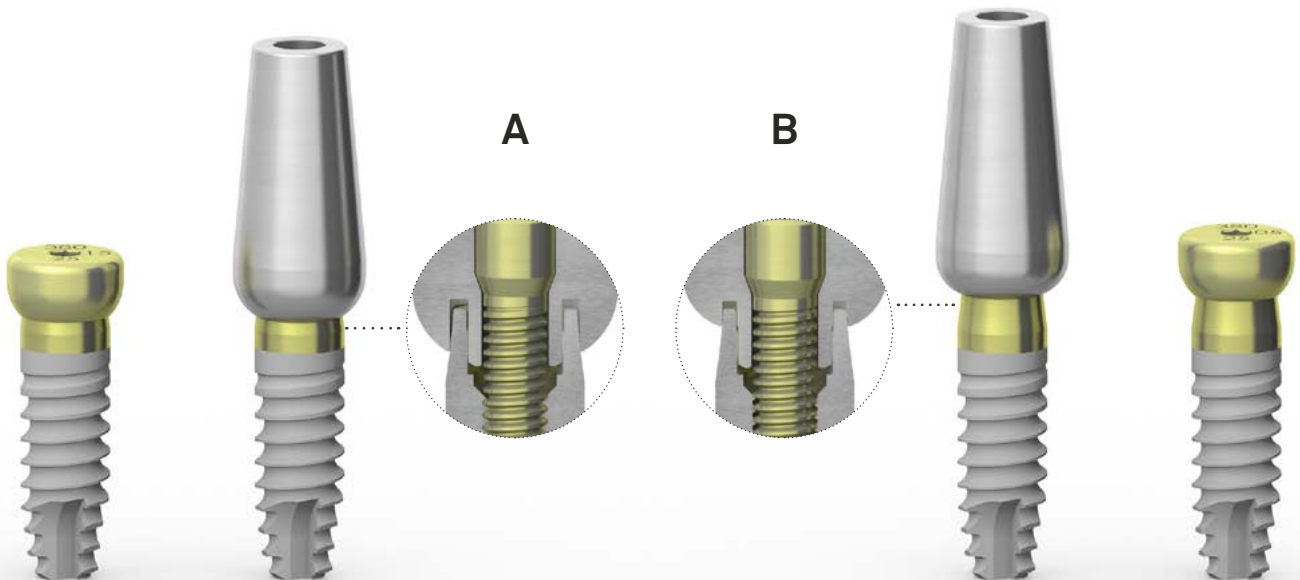
A partire dalle transmucose di guarigione, in titanio ad avvitamento diretto o in resina REEF con vite passante e lavorabili alla poltrona, i tessuti molli vengono condizionati creando un tunnel mucoso, in modo tale da garantire uno spazio adeguato per la riabilitazione protesica provvisoria e definitiva. In questo modo si evitano inoltre dolore e fastidio al paziente al momento del carico protesico. Entrambe le tipologie di transmucose seguono la geometria del collo iperbolico dell'impianto Prama: sono quindi disponibili nei diametri 3.80 mm, 4.25 mm e 5.00 mm e non sono intercambiabili tra loro.

Le componenti Prama IN sono progettate per chiudere a 0.50 mm (**img. A**) o a 1.50 mm (**img. B**) subgengivali inglobando parte del collo transmucoso.

Entrambe le altezze **garantiscono la totale ferulizzazione dell'impianto.**

La prima viene utilizzata nelle normali procedure clinico-protesiche di carico differito, mentre la seconda è indicata nei casi di carico immediato qualora la protesi venga realizzata entro 72h.

È possibile proseguire la riabilitazione tramite pilastri fresabili o pilastri calcinabili con base in lega per sovrافusione, in base alle necessità di ogni singolo caso. Appositamente sviluppati seguendo i principi Prama IN e disponibili nei tre diametri implantari, questi pilastri sono disponibili nelle versioni con o senza esagono di riposizionamento e nelle due altezze di chiusura subgengivale sul collo dell'impianto h 0.50 mm e h 1.50 mm, ad eccezione dei pilastri calcinabili con base in lega aurea disponibili solo nell'altezza di chiusura sul collo dell'impianto h 0.50 mm e solo nella versione senza esagono di riposizionamento.

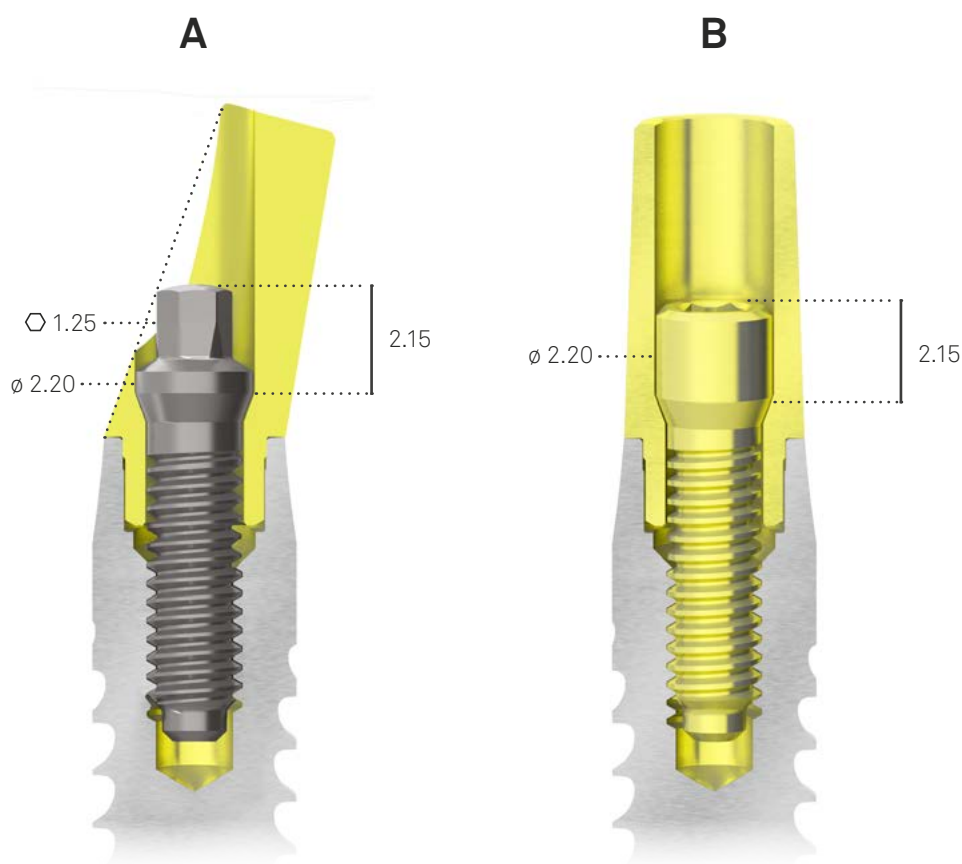


Viti protesiche ad appoggio conico

Le viti protesiche ad appoggio conico dei pilastri Prama sono disponibili in due versioni: Full Head e con testa standard. Entrambe sono state studiate appositamente per consentire un'ampia libertà di personalizzazione dei pilastri. La battuta delle viti presenta un appoggio conico che migliora il serraggio protesico senza ostacolarne l'eventuale rimozione.

La testa della vite Full Head (**img. A**), inclusa nei pilastri preformati angolati, è piena e presenta un esagono esterno di dimensioni ridotte rispetto a quelle di una corrispondente vite protesica ad esagono interno. Per le manovre di avvvitamento e svitamento di questa peculiare vite protesica sono disponibili gli appositi cacciaviti a bussola in acciaio ad uso chirurgico, in tre diverse lunghezze con innesti per cricchetto dinamometrico ed uno con attacco per contrangolo (vedi pag. 29).

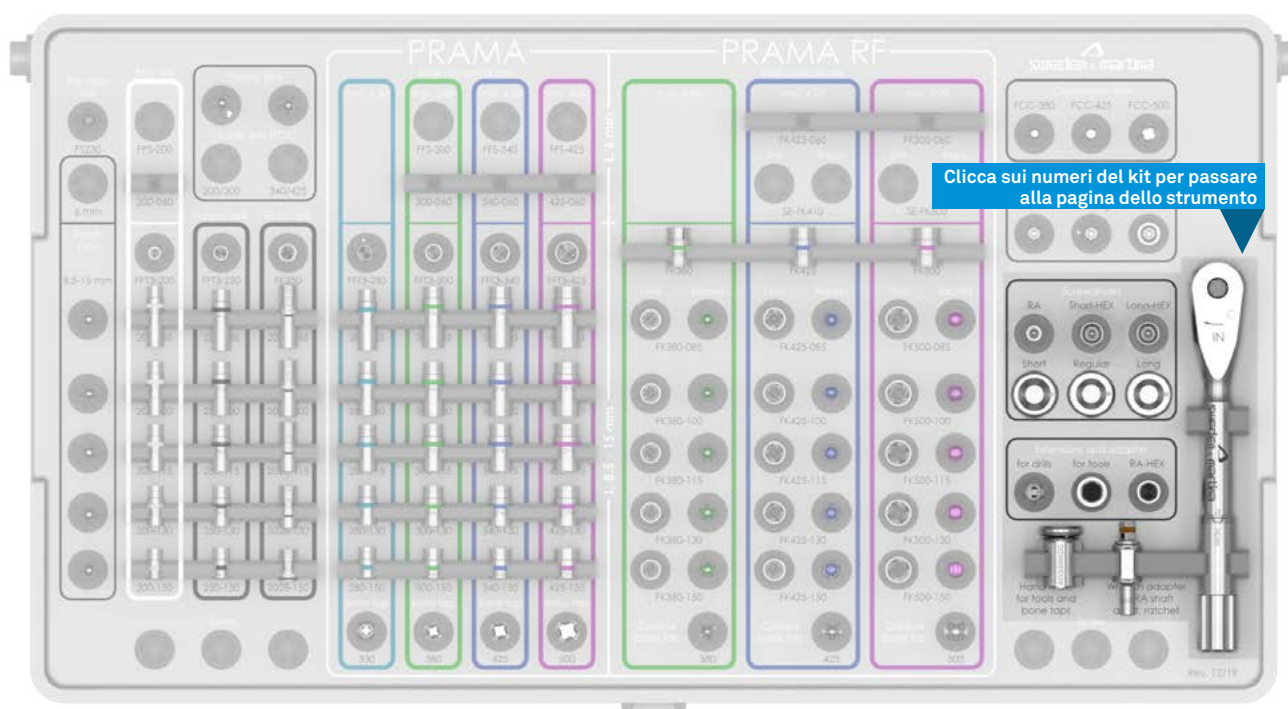
Le viti ad appoggio conico con testa standard (**img. B**) presentano l'ingaggio a brugola interna per i cacciaviti tradizionali della serie HSM (vedi pag. 27). Queste viti risultano particolarmente utili nel caso si debba ridurre di molto l'altezza totale dei pilastri, e non vi sia quindi altezza sufficiente per chiudere il foro vite con l'ausilio di materiale rimovibile. L'ingombro della testa della vite, pari a quello del foro vite dei pilastri protesici, consente infatti di non lasciare spazi in cui si può infilare il cemento usato per fissare la corona.




Il kit Prama

Il kit Prama contiene tutta la strumentazione chirurgica e protesica utile per la gestione di tutte le fasi operatorie dall'inserimento dell'impianto alla protesi definitiva.

Per i dettagli relativi alla strumentazione chirurgica si vedano il catalogo e il manuale chirurgico relativi all'impianto Prama. In questa sede concentriamo le informazioni relative ai soli strumenti che hanno rilevanza protesica.



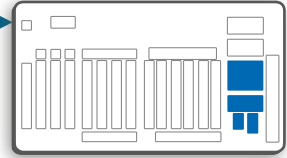
PROF-CAL3 

BPM-15 

B-AVV-CA3 

AVV-CA-DG-EX 

Nota bene: per garantire la massima durata degli strumenti chirurgici e protesici, si consiglia di seguire le procedure di detersione e sterilizzazione raccomandate.



Avvitatori per viti di serraggio

Tutti gli avvitatori sono realizzati in acciaio inox per uso chirurgico.

Esistono due diverse tipologie di avvitatori per gli impianti Prama: quelli tradizionali (**img. A e B**) e quelli per viti con tecnologia Full Head (**img. C**).

Differiscono per il disegno della punta, studiato nel primo caso per ingaggiare una vite con connessione esagonale interna e nell'altro con connessione esagonale esterna, pertanto non sono intercambiabili tra loro. In entrambi i casi l'accoppiamento leggermente conico tra avvitatore e vite consente una ritenività adeguata al trasporto di quest'ultima nel cavo orale.

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

Entrambe le famiglie di avvitatori sono disponibili in diverse lunghezze di gambo, per facilitare l'ergonomia a seconda dell'anatomia del paziente.

Gli avvitatori standard sono disponibili anche in versione digitale monopezzo, ovvero solidali con la manopola che ne consente la presa.

A



Avvitatori e viti standard

B



Avvitatori standard e viti ad appoggio conico con testa standard

C



Avvitatori specifici per viti con tecnologia Full Head

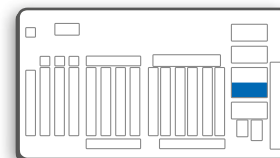
Avvertenza importante

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

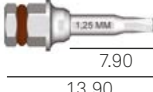
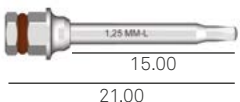
Data l'importanza dei torque di serraggio, si consiglia di utilizzare sempre gli avvitatori con raccordo esagonale, tenendo sotto controllo il torque esercitato per mezzo del cricchetto dinamometrico.

Per facilitare l'ingaggio delle viti o comunque delle porzioni filettate delle componenti protesiche, si può comunque iniziare l'avvitamento con gli avvitatori digitali.



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. Nel kit chirurgico Prama sono presenti l'avvitatore corto e quello lungo, mentre nello Screw Kit è presente anche la versione extra lunga, necessaria quando la lunghezza del foro di passaggio della vite all'interno dei pilastri è maggiore di 13.00 mm. Quest'ultimo strumento è anche ordinabile singolarmente (vedi HSMXL-20-EX, pag 29).

descrizione	codice
Avvitatore con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, corto	HSM-20-EX 
Avvitatore con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, lungo	HSML-20-EX 

Avvertenza importante

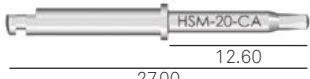
Tutti gli avvitatori per cricchetto presentano nell'esagono di connessione un O-ring in polimero rosso che garantisce la frizione tra gli strumenti, e quindi una corretta tenuta dei componenti. Tale O-ring deve essere verificato periodicamente e sostituito quando usurato e non più in grado di esercitare la corretta frizione.

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



Avvitatori per contrangolo

Sia lo Screw Kit che il kit chirurgico Prama 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. Inoltre, è disponibile opzionalmente un avvitatore con gambo per contrangolo extracorto, indicato per i settori distali, che può essere utilizzato solo per il serraggio di pilastri il cui foro di passaggio della vite non sia più lungo di 6.00 mm vedi HSMXS-20-CA, pag 29.

descrizione	codice
Avvitatore con gambo per contrangolo	HSM-20-CA 



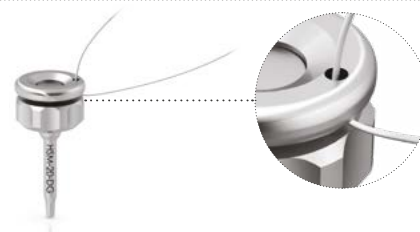
Avvitatori digitali

Il loro disegno li rende molto pratici nelle fasi chirurgiche e per le fasi di scoperta 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 presenti, nelle 3 diverse lunghezze, all'interno del kit chirurgico Prama e dello Screw Kit.

descrizione	codice
Avvitatore per viti chirurgiche e viti di serraggio, digitale, extra corto	HSMXS-20-DG 
Avvitatore per viti chirurgiche e viti di serraggio, digitale, corto	HSM-20-DG 
Avvitatore per viti chirurgiche e viti di serraggio, digitale, lungo	HSML-20-DG 

Avvertenza importante

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





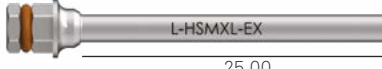

Prolunghe e raccordi

descrizione	codice
Adattatore con gambo per contrangolo per strumenti con raccordo esagonale	B-AVV-CA3 $\varnothing 5,00$ 
Manopola digitale per avvitatori, brugole e driver manuali	AVV3-MAN-DG $\varnothing 10,00$ 
Prolunga per brugole, avvitatori e driver manuali, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica	BPM-15 $\varnothing 5,50$ 
Avvitatore per strumenti da contrangolo, digitale e con raccordo esagonale per cricchetto	AVV-CA-DG-EX 
Prolunga per frese chirurgiche	PROF-CAL3 

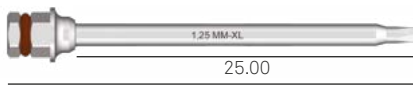

Strumenti opzionali non inclusi nel kit

Avvitatori per viti Full Head Prama



Gli avvitatori specifici per le viti con tecnologia Full Head sono disponibili in versione con raccordo esagonale per cricchetto, in diverse lunghezze di gambo. È disponibile anche un avvitatore con attacco per contrangolo. La punta degli strumenti presenta un incavo esagonale, che ingaggia l'esagono pieno delle viti Full Head, fornendo la ritenzione necessaria per il trasporto della vite stessa. Questi avvitatori non possono essere utilizzati per le viti di serraggio dei pilastri provvisori o per altre tipologie di viti presenti a catalogo.

descrizione	codice
Avvitatore per viti Full Head con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, corto	L-HSM-EX  7.90 13.90
Avvitatore per viti Full Head con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, lungo	L-HSML-EX  15.00 21.00
Avvitatore per viti Full Head con raccordo per cricchetto dinamometrico o raccordo digitale, extra lungo	L-HSMXL-EX  25.00 31.00
Avvitatore per viti Full Head con gambo per contrangolo	L-HSM-CA  12.60 27.00

Avvitatori extra per viti standard

descrizione	codice
Avvitatore con raccordo per cricchetto dinamometrico o raccordo digitale, extra lungo	HSMXL-20-EX  1.25 MM-XL 25.00 31.00
Avvitatore con gambo per contrangolo, corto	HSMXS-20-CA  6.00 20.40

Avvitatori per Dynamic Abutment

descrizione	codice
Cacciavite per Dynamic Abutment, lunghezza 24 mm. Deve essere approvvigionato separatamente	DSPDCLH-24 
Cacciavite per Dynamic Abutment, lunghezza 32 mm. Deve essere approvvigionato separatamente	DSPDCLH-32 

Torque di serraggio raccomandato per i Dynamic Abutment: 20-25 Ncm.











Tutte le misure sono da intendersi in mm, salvo dove diversamente indicato.

Screw Kit





Lo Screw Kit Sweden & Martina è un pratico set contenente gli avvitatori necessari per le fasi protesiche degli impianti Prama, oltre a quelle degli impianti Premium One, Kohno One e Shelta, per le diverse soluzioni protesiche: per pilastri standard, per abutment, per la protesi P.A.D., per abutment Locator, per attacchi sferici e relative cappette di ritenzione. Oltre ad avvitatori digitali e per contrangolo, Screw Kit include un carrier per il trasporto di abutment P.A.D. angolati. Il kit include avvitatori digitali e per contrangolo, nonché un cricchetto dinamometrico, non contiene però gli avvitatori Prama per viti Full Head. Piccolo e facilmente trasportabile, il kit consente di gestire in maniera semplice ed immediata la fase di riabilitazione protesica post-chirurgica.

- 1** PAD-CAR  AVV3-MAN-DG 
- CRI5-KIT  AVV2-ABUT 
- AVV-CAP-TIT-1  BASCC-EX 



- 2** HSM-20-CA  HSM-20-EX  HSML-20-EX  HSMXL-20-EX 
- 3** 8927-SW  8926-SW 
- 4** B-AVV-CA3 
- 5** HSMXS-20-DG  HSM-20-DG  HSML-20-DG 

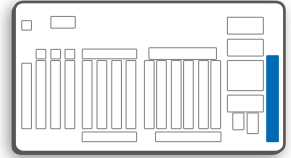
Nota bene: per garantire la massima durata degli strumenti chirurgici e protesici, si consiglia di seguire le procedure di detersione e sterilizzazione raccomandate.

descrizione	codice
Kit completo Screw Kit	ZSCREW-INT 
Cassetta portastrumenti per Screw Kit	SCREW-TRAY-INT 
Kit di 5 supporti in silicone di ricambio per tray chirurgico, per frese o strumenti con gambo per contrangolo	GROMMET-CA-1 
Kit di 5 supporti in silicone di ricambio per tray chirurgico, per strumenti dotati di esagono di raccordo	GROMMET-CA-2 

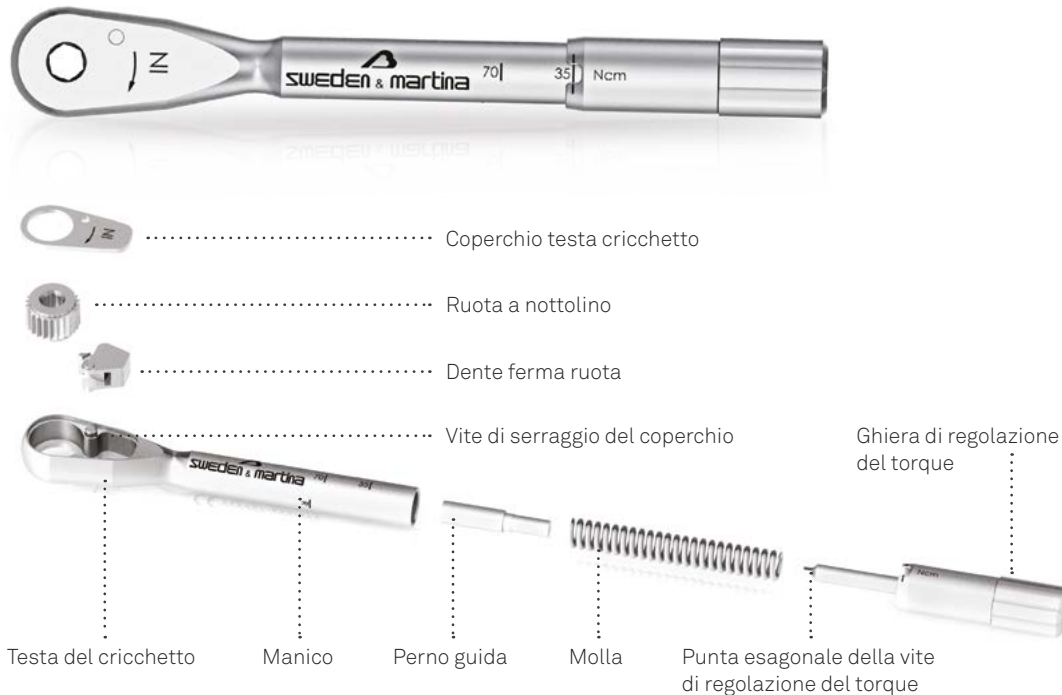
Avvertenza importante

Alcuni degli strumenti necessari per eseguire i protocolli protesici sono contenuti anche all'interno del kit chirurgico. Si prega di far riferimento al catalogo per verificare il contenuto aggiornato del suddetto kit.

Cricchetto dinamometrico CRI5-KIT



All'interno del kit chirurgico del sistema implantologico 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. Nell'utilizzo come cricchetto protesico per il serraggio delle viti si faccia riferimento ai valori di torque riportati nella tabella a pag. 26. 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. 233. 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 illimitato viene ottenuta mediante il posizionamento del dispositivo di regolazione della coppia fino alla tacca marcata "R" posta sul manico del corpo cricchetto.



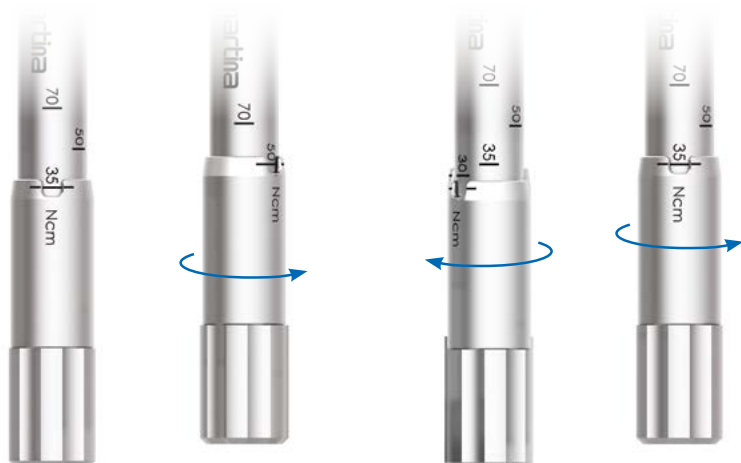


La ghiera può essere avvitata e svitata manualmente, ma per accelerare tali operazioni nel kit è contenuta anche una brugola che consente di ruotarla velocemente. Ogni deterioramento dei meccanismi di avvitamento, di inserimento e di coppia deve essere controllato dal personale responsabile dell'utilizzo 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 scevre di 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 diversi tempi chirurgici, in funzione dei protocolli e/o delle consuetudini.

Su tutti gli impianti Prama è possibile prendere l'impronta con tecnica a cucchiaio aperto con transfer Pick-up. Per zone distali in cui siano difficili le manovre di avvitamento e svitamento della vite, nonché in casi di scarsa apertura orale, è possibile utilizzare assieme ai transfer Pick-up anche transfer Pull-up realizzati in PEEK che presentano un anellino in titanio anodizzato in azzurro attorno alla base e rende possibile la verifica della corretta inserzione nella piattaforma implantare tramite un esame radiologico.

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.

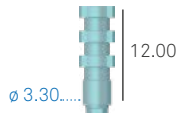



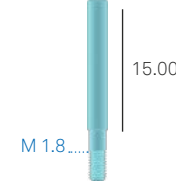
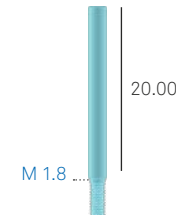
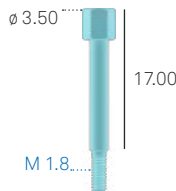
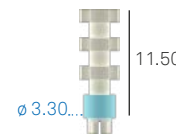
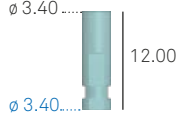
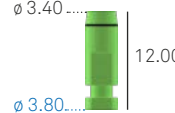

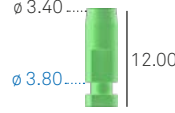

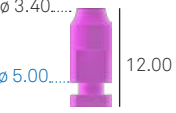
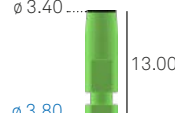

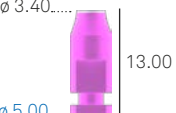
Transfer Pick-up: il design della porzione superiore garantisce un'ottima ritenzione e quindi un fissaggio estremamente stabile nell'impronta

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



Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare per ogni caso transfer ed 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.

ϕ impianto	3.30 mm	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Transfer Pick-up Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	A-TRA-330  ϕ 3.30... 12.00	L-TRA-380  ϕ 3.80... 9.00	L-TRA-425  ϕ 4.25... 9.00	L-TRA-500  ϕ 5.00... 9.00
Confezione singola Vite di serraggio per transfer Pick-up In dotazione con i transfer e ordinabile anche separatamente come ricambio	VTRA2-180-15  M 1.8... 15.00	Utilizzare VTRA2-180-15	Utilizzare VTRA2-180-15	Utilizzare VTRA2-180-15
Confezione singola Vite di serraggio lunga per transfer Pick-up Non compresa con i transfer, disponibile opzionalmente	VTRA2-180-20  M 1.8... 20.00	Utilizzare VTRA2-180-20	Utilizzare VTRA2-180-20	Utilizzare VTRA2-180-20
Confezione singola Vite di serraggio per transfer Pick-up ad avvitamento manuale Non compresa con i transfer, disponibile opzionalmente	VTRA2-180-MAN ϕ 3.50...  M 1.8... 17.00	Utilizzare VTRA2-180-MAN	Utilizzare VTRA2-180-MAN	Utilizzare VTRA2-180-MAN
Transfer Pull-up in PEEK e camicia in titanio Gr. 5 Emergenza dritta	A-TRAP-330  ϕ 3.30... 11.50	Utilizzare A-TRAP-330	Utilizzare A-TRAP-330	Utilizzare A-TRAP-330
Analoghi Short Neck h 1.80	A-ANA-330 ϕ 3.40...  ϕ 3.40... 12.00	LS-ANA-380 ϕ 3.40...  ϕ 3.80... 12.00	LS-ANA-425 ϕ 3.40...  ϕ 4.25... 12.00	
Analoghi Regular Neck h 2.80	A-ANA-330 ϕ 3.40...  ϕ 3.40... 12.00	L-ANA-380 ϕ 3.40...  ϕ 3.80... 12.00	L-ANA-425 ϕ 3.40...  ϕ 4.25... 12.00	L-ANA-500 ϕ 3.40...  ϕ 5.00... 12.00
Analoghi Long Neck h 3.80		LL-ANA-380 ϕ 3.40...  ϕ 3.80... 13.00	LL-ANA-425 ϕ 3.40...  ϕ 4.25... 13.00	LL-ANA-500 ϕ 3.40...  ϕ 5.00... 13.00

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

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

L'impianto Prama presenta un'emergenza transmucosa, pertanto è dedicato a tecniche ad una sola fase chirurgica. Qualora si stia prendendo un'impronta successiva ad un periodo di guarigione, rimuovere la vite chirurgica di chiusura o 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**).

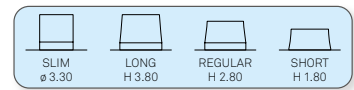
Nota: I transfer Pick-up possono essere anche avvitati manualmente con l'apposita vite transfer di lunghezza 17.00 mm che presenta un esagono all'estremità (**img. B**).



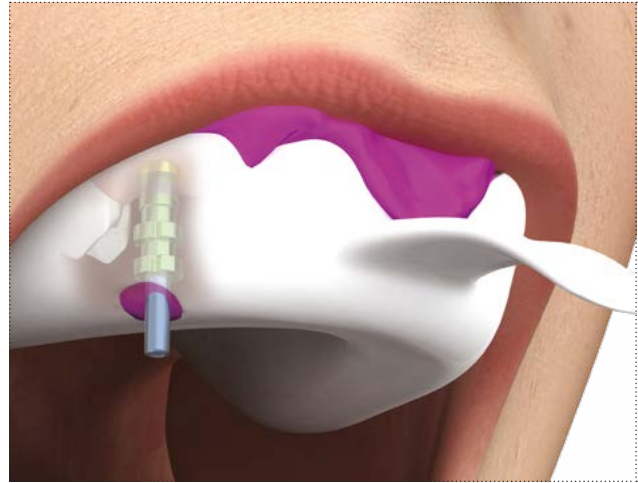
Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza del transfer all'interno delle sue pareti, e la sommità della vite transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dall'apposito foro presente nel cucchiaio. Qualora fosse necessario, si può accorciare il transfer di una aletta.

Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno al transfer e alla porzione emergente dell'impianto.





Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale 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 resta inglobato nell'impronta.



Avvitare l'analogo da laboratorio al transfer per mezzo della vite transfer, ricollocata nei fori lasciati dalla stessa nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Colare il modello come d'abitudine.



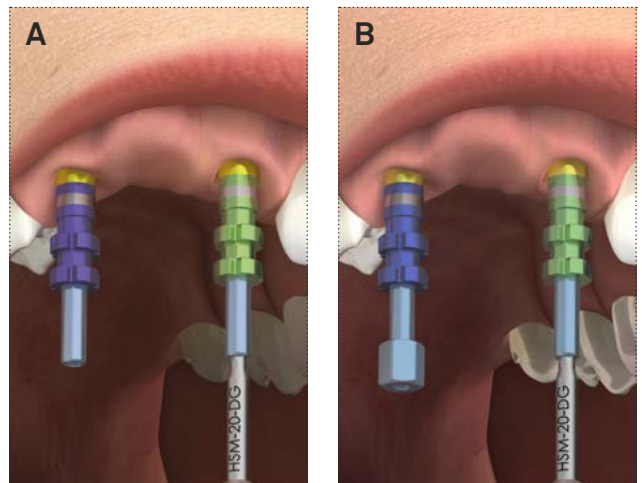
Impronta a cucchiaio aperto con transfer Pick-up – multipla

Gli impianti Prama presentano un'emergenza transmucosa, pertanto sono dedicati a tecniche ad una sola fase chirurgica. Qualora si stia prendendo un'impronta successiva ad un periodo di guarigione, rimuovere le viti chirurgiche di chiusura o le viti transmucose di guarigione.



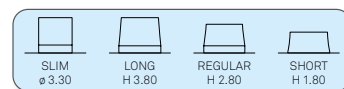
Fissare i transfer Pick-up con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore della serie HSM della lunghezza più idonea, senza superare il torque di 8-10 Ncm (**img. A**). Qualora lo si desidera, solidarizzare i transfer con filo e resina o composito, attendendo i tempi di polimerizzazione indicati dal produttore.

Nota: 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 (**img. B**).

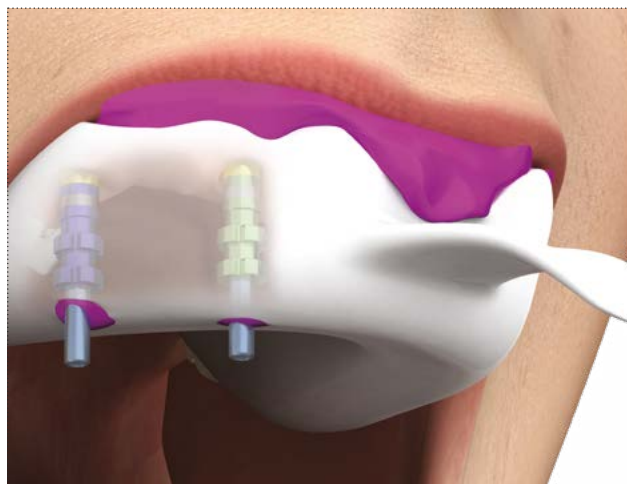


Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza dei transfer all'interno delle sue pareti, e la sommità delle viti transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dagli appositi fori presenti nel cucchiaio. Qualora fosse necessario, si può accorciare il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

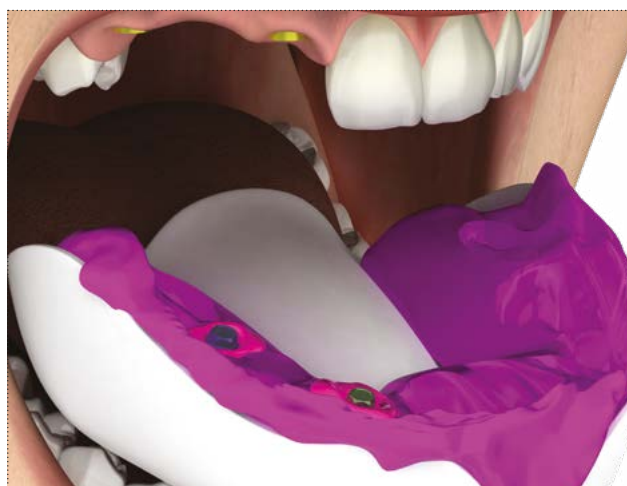




Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



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 restano inglobati nell'impronta.

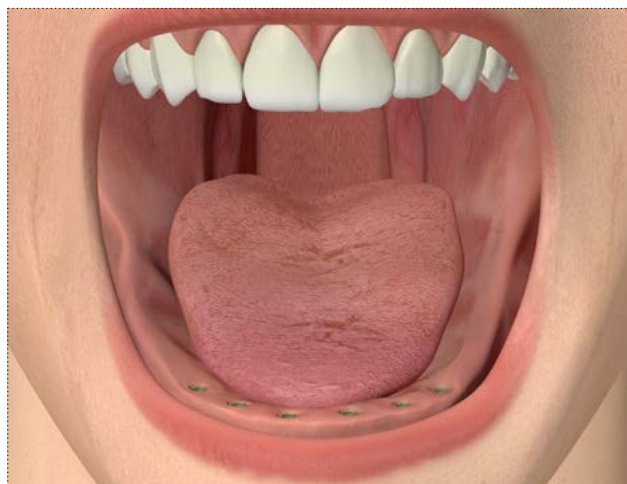


Avvitare gli analoghi da laboratorio ai transfer per mezzo delle viti transfer, ricollocate nei fori lasciati dalle stesse nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Colare il modello come d'abitudine.



Impronta con transfer Pull-up - full arch

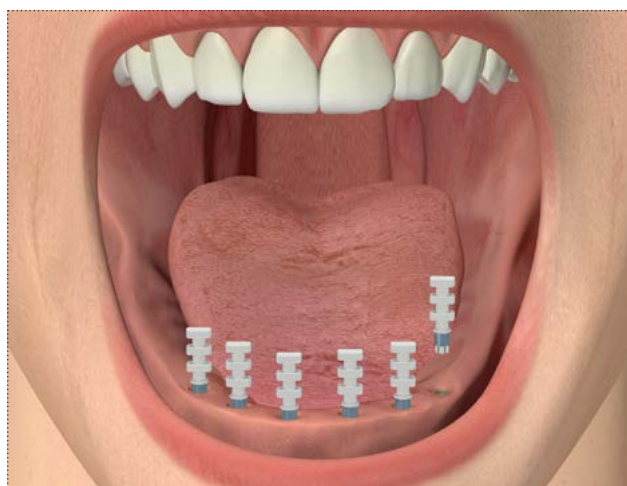
Rimuovere le viti tras mucose di guarigione o le viti chirurgiche di chiusura.



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'impianto.

Avvertenza importante

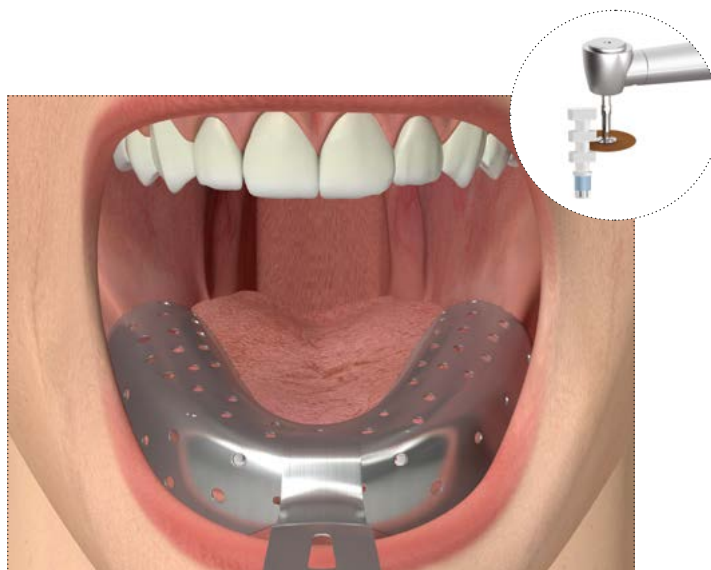
In caso di scarsa visibilità o di dubbio sul completo accoppiamento fra transfer e impianto effettuare una verifica radiografica. L'anelletto in titanio alla base del transfer lo rende visibile nelle radiografie.

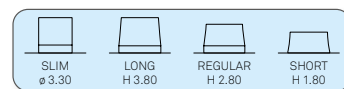


Posizionare il cucchiaio e verificare che tutta l'altezza del transfer sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta.

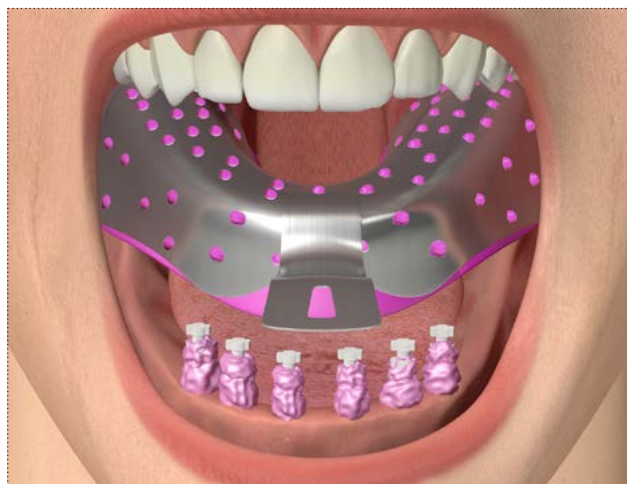
Avvertenza importante

Qualora fosse necessario, è possibile accorciare i transfer Pull-up eliminando uno o due moduli verticali fuori da cavo orale 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.

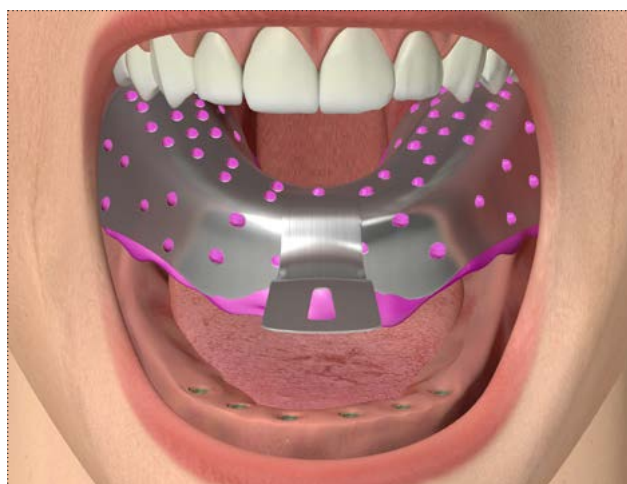




Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno ai transfer e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i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



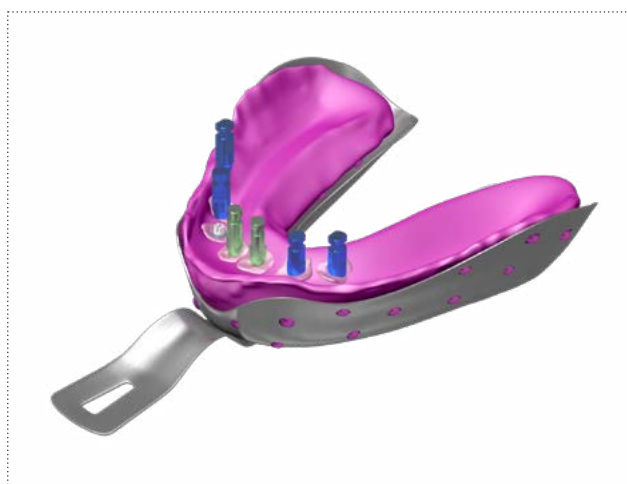
Sollevare il cucchiaio portaimpronta verticalmente: i transfer Pull-up resteranno inglobati nell'impronta.



Accoppiare ad ognuno dei transfer un analogo da laboratorio di diametro corrispondente a quello dell'impianto inserito nel cavo orale del paziente. Colare il modello preliminare e realizzare un cucchiaio portaimpronte individuale come d'abitudine.

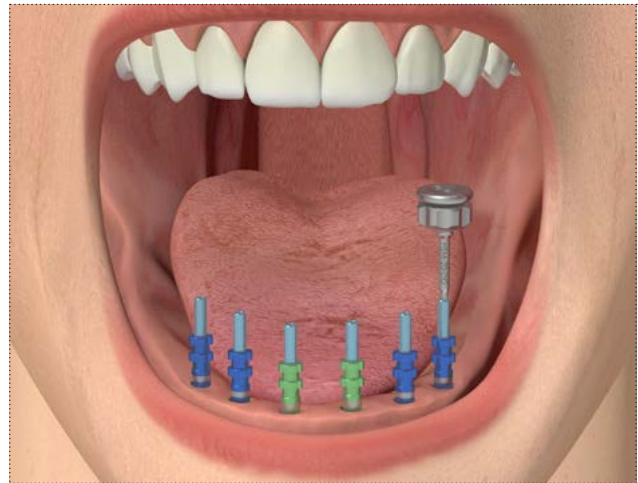
Avvertenza importante

Essendo i transfer Pull-up disponibili in un solo diametro con il solo anellino anodizzato in azzurro, e si discostano quindi dal codice colore, bisognerà indicare al laboratorio il diametro dell'analogo che dovrà essere solidarizzato ai suddetto transfer.

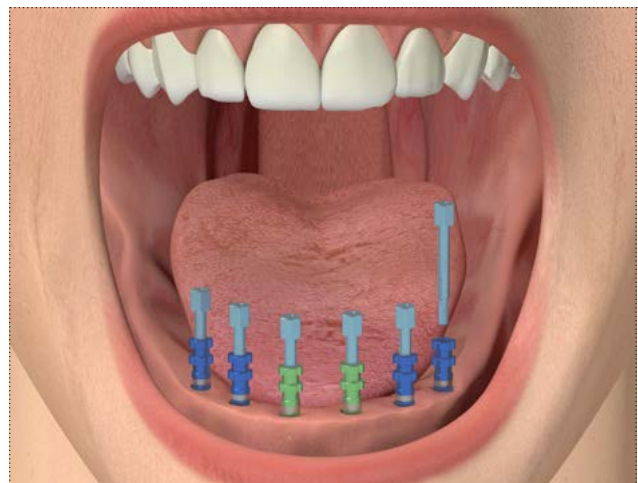


Impronta a cucchiaio aperto con transfer Pick-up - full arch

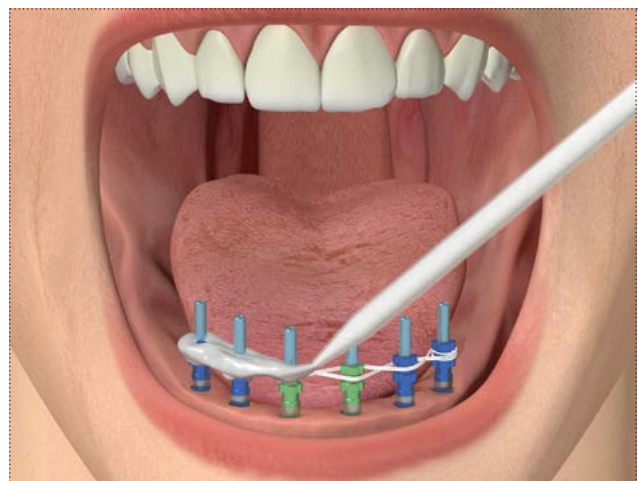
Fissare i transfer Pick-up con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore più idoneo senza superare il torque di 8-10 Ncm.

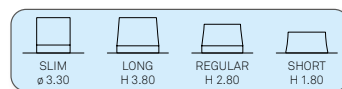


I transfer Pick-up possono essere anche avvitati manualmente con l'apposita vite transfer di lunghezza 17.00 mm che presenta un esagono all'estremità.

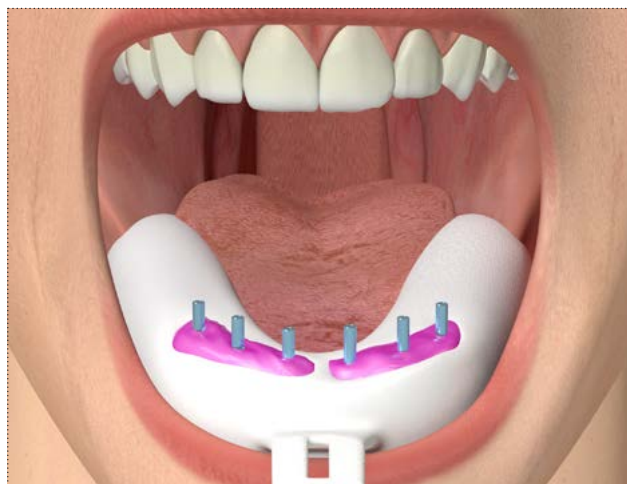


Se lo si desidera, solidarizzare tra loro i transfer con filo e resina o composito e attenderne la polimerizzazione secondo le indicazioni del fabbricante (es. resina SUN, cod. SUN-A2 o SUN-A3).

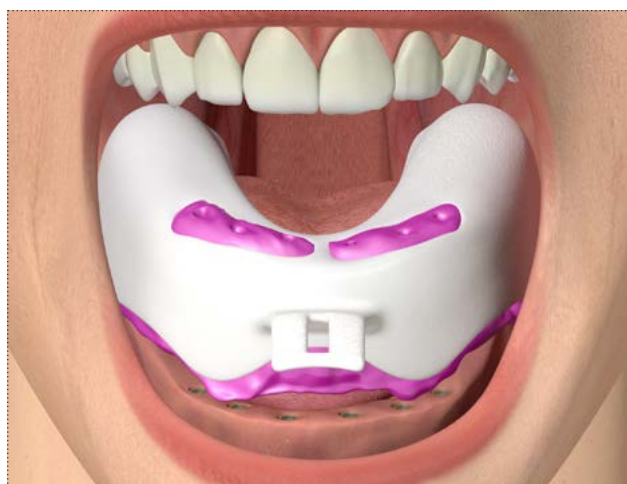




Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza del transfer all'interno delle sue pareti, e la sommità della vite transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dall'apposito foro presente nel cucchiaio. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo 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.



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 restano inglobati nell'impronta.

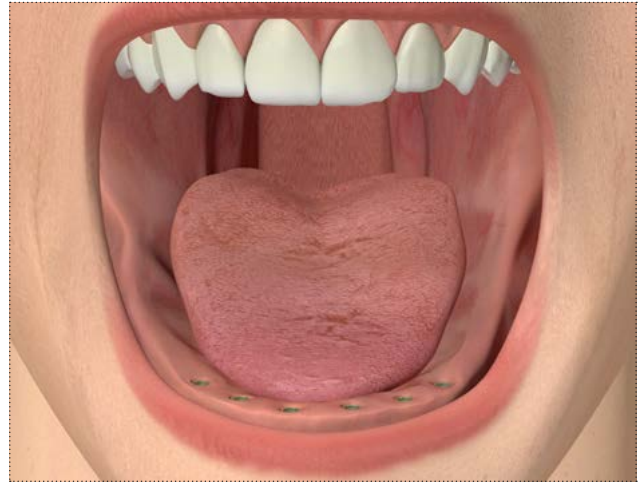


Avvitare uno ad uno gli analoghi da laboratorio ai transfer per mezzo delle viti transfer, ricollocate nei fori lasciati dalle stesse nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Colare il modello come d'abitudine.

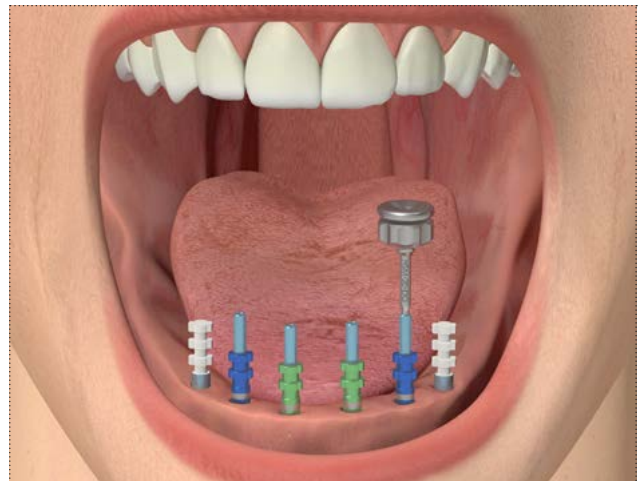


Impronta a cucchiaio aperto con transfer Pick-up e Pull-up e tecnica mista - full arch

Gli impianti Prama presentano un'emergenza transmucosa, pertanto sono dedicati a tecniche ad una sola fase chirurgica. Qualora si stia prendendo un'impronta successiva ad un periodo di guarigione, rimuovere le viti chirurgiche di chiusura o le viti transmucose di guarigione.

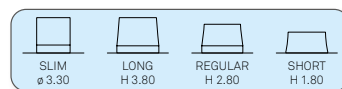


Per agevolare la fase di impronta in settori distali e in pazienti con scarsa apertura orale, è possibile utilizzare i transfer Pull-up assieme ai transfer Pick-up. I transfer Pull-up fanno ritenzione all'interno della connessione con delle apposite alette, mentre i transfer Pick-up devono essere fissati all'impianto con l'apposita vite transfer in dotazione ad un torque massimo di 8-10 Ncm. Per eseguire questa operazione si utilizzi l'apposito avvitatore della serie HSM della lunghezza più adatta.



Qualora fosse necessario, è possibile ridurre l'altezza dei transfer Pull-up tagliando uno o due moduli con un disco fuori dal cavo orale: la ritenzione della porzione di transfer rimanente nel materiale da impronta è comunque sufficiente a garantire una corretta presa d'impronta.

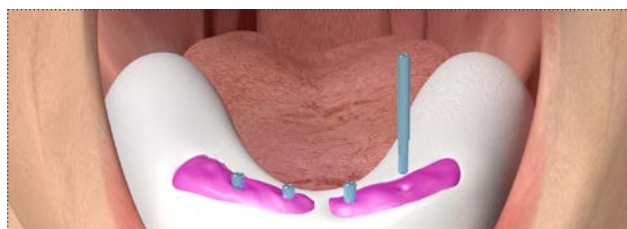
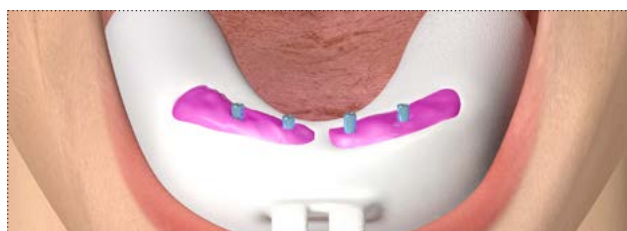




Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPL ANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno ai transfer e alla porzione emergente degli impianti.



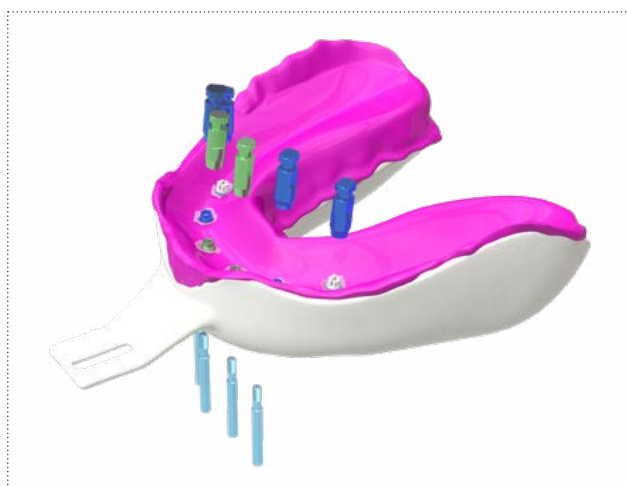
Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale consistente (SKY IMPL ANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni. Svitare le viti transfer e sfilarle dall'impronta per evitare che al momento della rimozione del porta impronta esse possano accidentalmente cadere in bocca al paziente.



Rimuovere il cucchiaio: sia i transfer Pick-up che i transfer Pull-up restano inglobati nell'impronta. Avvitare gli analoghi da laboratorio ai transfer Pick-up per mezzo delle viti dedicate ricollocate nei fori lasciati dalle stesse nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Nel caso dei transfer Pull-up, il caratteristico click delle alette del transfer indica che l'analogo è stato inserito correttamente. Colare il modello come d'abitudine.

Avvertenza importante

Essendo i transfer Pull-up disponibili in un solo diametro con il solo anellino anodizzato in azzurro, e si discostano quindi dal codice colore, bisognerà indicare al laboratorio il diametro dell'analogo che dovrà essere solidarizzato al suddetto transfer.



Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione Prama IN

La particolare morfologia delle transmucose Prama IN aiuta il condizionamento dei tessuti molli durante la loro guarigione, in modo da facilitare la fase di impronta e lasciare lo spazio adeguato alla riabilitazione evitando dolore e fastidio al paziente al momento del carico protesico.

Le transmucose Prama IN in titanio, progettate per chiudere a 0.50 mm o a 1.50 mm sub gengivali inglobando parte del collo intramucoso dell'impianto Prama, sono disponibili in tre diametri corrispondenti a quelli degli impianti in modo tale da seguire la raggiatura del collo iperbolico.

Le transmucose Prama IN prodotte in resina REEF, la cui particolare conformazione nanostechiometrica consente un'alta capacità di resistenza all'attacco batterico che si mantiene nel tempo e rende più difficile l'adesione della placca, sono disponibili anch'esse nelle due differenti altezze di chiusura sul collo dell'impianto a 0.50 mm o 1.50 mm.

Si vedano le indicazioni d'uso a pag. 23.

La transmucoza ingloba per 0.50 mm l'interfaccia impianto-abutment. La marcatura laser sulla faccia superiore indica il diametro di connessione (nell'esempio 380 = 3.80), l'altezza transmucoza (nell'esempio 25 = 2.50) e la chiusura sul collo (nell'esempio 05 = 0.50)

La transmucoza ingloba per 1.50 mm l'interfaccia impianto-abutment. La marcatura laser sulla faccia superiore indica il diametro di connessione (nell'esempio 380 = 3.80), l'altezza transmucoza (nell'esempio 25 = 2.50) e la chiusura sul collo (nell'esempio 15 = 1.50)



Transmucoza in resina REEF che ingloba per 0.50 mm l'interfaccia impianto-abutment



Transmucoza in resina REEF che ingloba per 1.50 mm l'interfaccia impianto-abutment





Nota bene: le transmucoze di guarigione Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo sui colli Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm).







Le transmucoze di guarigione Prama IN che abbracciano il collo per 1.50 mm di altezza sono utilizzabili solo sul collo Regular (h 2.80 mm).

In nessun caso le transmucoze di guarigione Prama IN sono utilizzabili con i Prama SLIM (ø 3.30 mm) e i Prama con collo Short (h 1.80 mm).

Transmucose Prama IN in titanio

∅ impianto	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Transmucose di guarigione Prama IN In titanio Gr. 5 Chiusura sul collo 0.50 mm h transmucosa 2.50 mm	L-TMG-380-25-05 	L-TMG-425-25-05 	L-TMG-500-25-05 
Transmucose di guarigione Prama IN In titanio Gr. 5 Chiusura sul collo 1.50 mm h transmucosa 2.50 mm	L-TMG-380-25-15 	L-TMG-425-25-15 	L-TMG-500-25-15 
Transmucose di guarigione Prama IN In titanio Gr. 5 Chiusura sul collo 0.50 mm h transmucosa 3.50 mm	L-TMG-380-35-05 	L-TMG-425-35-05 	L-TMG-500-35-05 
Transmucose di guarigione Prama IN In titanio Gr. 5 Chiusura sul collo 1.50 mm h transmucosa 3.50 mm	L-TMG-380-35-15 	L-TMG-425-35-15 	L-TMG-500-35-15 

Transmucose Prama IN in resina REEF

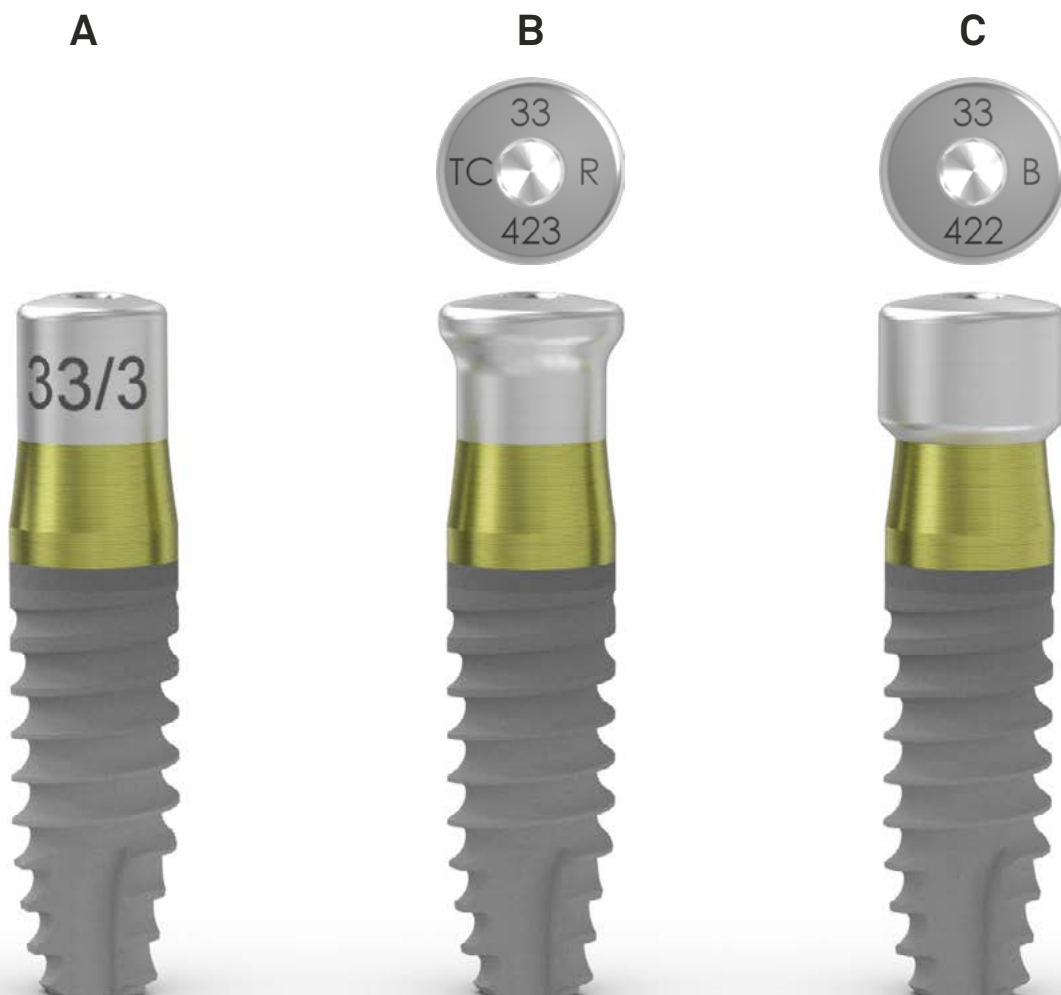
∅ impianto	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Transmucose di guarigione Prama IN In resina REEF Chiusura sul collo 0.50 mm h transmucosa 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-TMGPF-380-05 	L-TMGPF-425-05 	L-TMGPF-500-05 
Transmucose di guarigione Prama IN In resina REEF Chiusura sul collo 1.50 mm h transmucosa 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-TMGPF-380-15 	L-TMGPF-425-15 	L-TMGPF-500-15 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio standard In dotazione e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10 	Utilizzare VM2-180 VM2-180-10	Utilizzare VM2-180 VM2-180-10

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

Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione standard




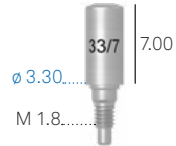
Gli impianti Prama presentano un collo intramucoso che li rende adatti a protocolli ad una sola fase chirurgica. Oltre alle transmucose Prama IN sono state sviluppate le transmucose standard, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, disponibili in due versioni, ossia con profilo di emergenza dritto e con profilo di emergenza anatomico. Le transmucose con profilo di emergenza dritto (**img. A**) hanno una marcatura laser leggibile sul lato che riporta il diametro di connessione (33 = 3.30 mm) e l'altezza transmucosa (3 = 3.00 mm).

Le transmucose per T-Connect con diverse altezze transmucose (**img. B**) presentano una marcatura laser sulla faccia superiore che riporta la sigla del componente (TCR), il diametro di connessione (33 = 3.30 mm), il massimo ingombro coronale (42 = 4.20 mm) e l'altezza transmucosa (3 = 3.00 mm). Le transmucose per T-Connect standard (**img. C**) presentano una marcatura laser sulla faccia superiore che riporta la sigla del componente (**img. B**), il diametro di connessione (33 = 3.30 mm), il massimo ingombro coronale (42 = 4.20 mm) e l'altezza transmucosa (2 = 2.00 mm).



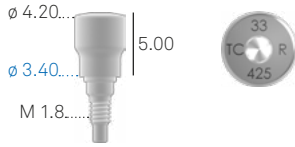


Nota bene: le transmucose di guarigione standard, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.




Transmucose standard

descrizione	codice	
Transmucose di guarigione Emergenza dritta h transmucosa 2.00 mm	A-TMG-330-2	
Transmucose di guarigione Emergenza dritta h transmucosa 3.00 mm	A-TMG-330-3	
Transmucose di guarigione Emergenza dritta h transmucosa 5.00 mm	A-TMG-330-5	
Transmucose di guarigione Emergenza dritta h transmucosa 7.00 mm	A-TMG-330-7	

Transmucose per T-Connect con diverse altezze transmucose

Ø impianto	Ø 3.30	
Transmucose di guarigione h transmucosa 2.00 mm	A-TMTCR-330-2	
Transmucose di guarigione h transmucosa 3.00 mm	A-TMTCR-330-3	
Transmucose di guarigione h transmucosa 5.00 mm	A-TMTCR-330-5	

Transmucose per T-Connect standard

Ø impianto	Ø 3.30	
Transmucose di guarigione h transmucosa 2.00 mm	A-TMGB-330-2	
Transmucose di guarigione h transmucosa 3.00 mm	A-TMGB-330-3	
Transmucose di guarigione h transmucosa 4.00 mm	A-TMGB-330-4	

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

Condizionamento dei tessuti molli con transmucosa di guarigione Prama IN - corona singola

La transmucosa di guarigione deve essere inserita utilizzando gli avvitatori della serie HSM, non superando il torque di serraggio di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

Si ricorda che le transmucose Prama-In che chiudono sul collo a 1.50 mm possono essere utilizzate solo con gli impianti Prama Regular Neck.

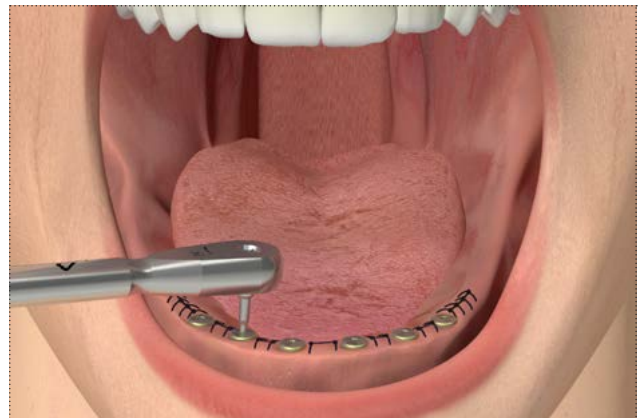


Durante il periodo di guarigione dei tessuti molli, l'estetica, dove necessaria, viene mantenuta incollando un ponte Maryland ai denti adiacenti, in modo da non sottoporre a carico la transmucosa e quindi l'impianto.

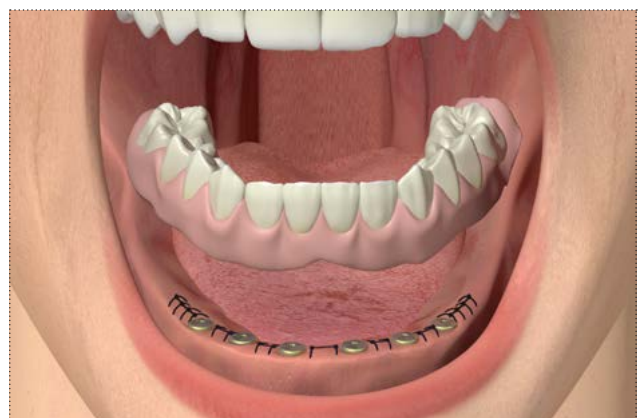


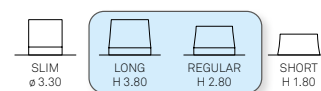
Protesi full arch: condizionamento dei tessuti con transmucose di guarigione Prama IN

La transmucosa di guarigione deve essere inserita utilizzando gli avvitatori della serie HSM, non superando il torque di serraggio di 8-10 Ncm.



Nelle protesi full arch avvitate o cementate è possibile condizionare i tessuti con le transmucose congruentemente ai pilastri che verranno utilizzati. Le transmucose possono essere coperte durante la fase di guarigione con una overdenture molto scaricata in corrispondenza degli impianti, e quindi delle transmucose, e ribasata con materiale morbido.





Condizionamento dei tessuti molli con transmucosa di guarigione Prama IN in resina REEF - corona singola

La transmucosa di guarigione deve essere inserita utilizzando gli avvitatori della serie HSM, non superando il torque di serraggio di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

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



Nel cavo orale del paziente, modellare la transmucosa secondo lo spazio disponibile.



Avvertenza importante

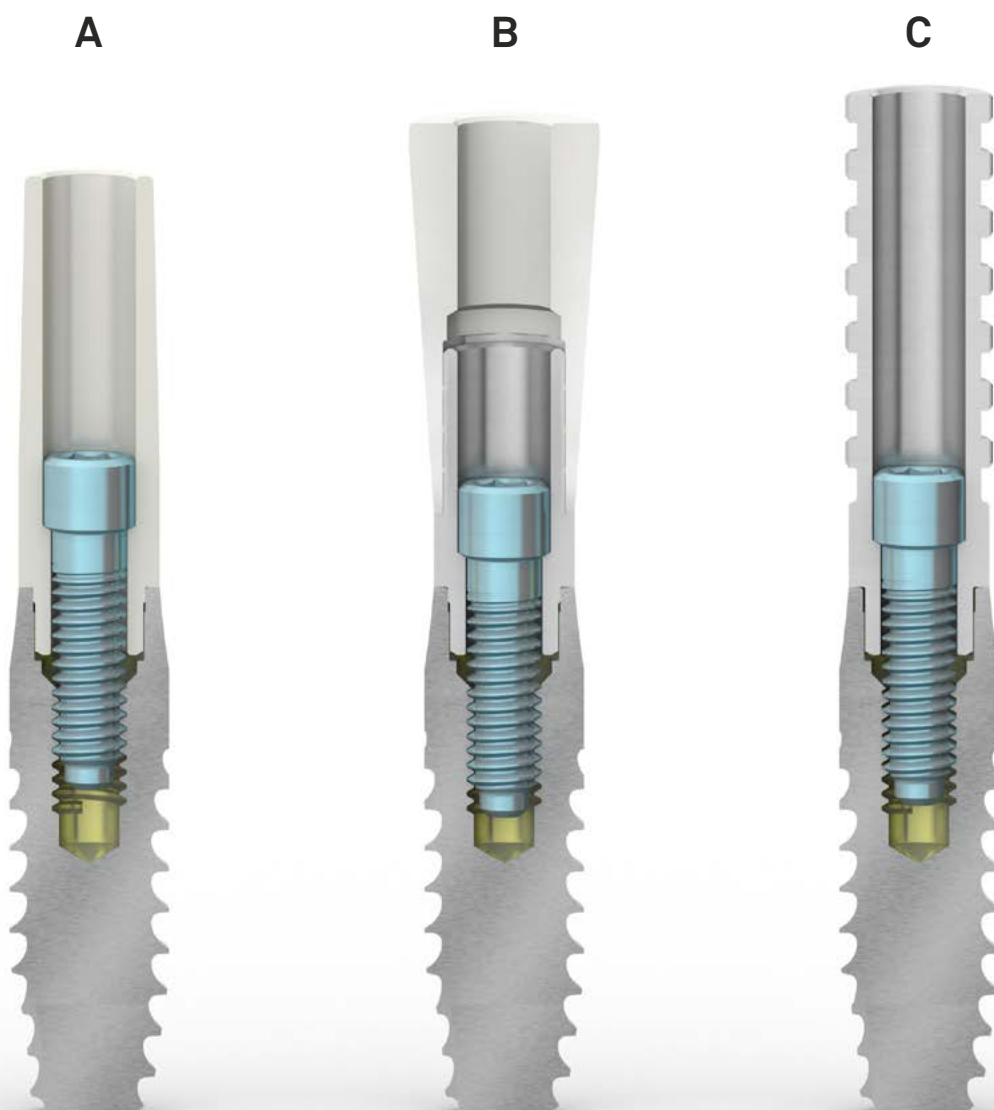
Nelle protesi full arch avvitate o cementate è possibile condizionare i tessuti con le transmucose congruentemente modellate. Le transmucose devono essere coperte durante la fase di guarigione con una overdenture molto scaricata in corrispondenza degli impianti, e quindi delle transmucose, e ribasata con materiale morbido.

Condizionamento dei tessuti molli con pilastri provvisori




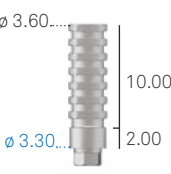
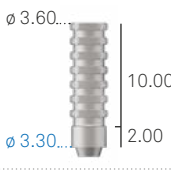
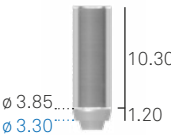
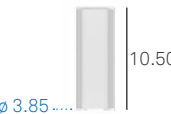

I pilastri provvisori possono anche essere usati in alternativa alle tradizionali viti transmucose di guarigione per il condizionamento dei tessuti molli, in funzione dei protocolli protesici che vengono adottati. I pilastri provvisori in resina REEF (**img. A**) sono caratterizzati da una particolare conformazione nanostechiometrica che consente un'alta capacità di resistenza all'attacco batterico che si mantiene nel tempo e rende più difficile l'adesione della placca, agevolando la fase di guarigione.

I pilastri provvisori in PEEK con base in titanio Gr. 5 (**img. B**) sono ideali per il supporto di corone singole cementate. La resina PEEK presenta grande semplicità di utilizzo alla poltrona consentendo una facile ribasatura e costruzione della morfologia del restauro.

I pilastri provvisori Simple in titanio Gr. 5 (**img. C**) sono stati studiati per fornire un supporto resistente in caso sia di corone singole che di riabilitazioni multiple o full arch. La connessione è fornita di esagono nella versione riposizionabile per corone singole ed è invece non indicizzata nella versione per riabilitazioni multiple e full arch.



Nota bene: i pilastri provvisori sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

descrizione	codice	
Pilastrini provvisori in resina REEF Riposizionabili Vite di serraggio standard inclusa	A-PPF-330-EX	
Pilastrini provvisori in resina REEF Non riposizionabili Vite di serraggio standard inclusa	A-PPF-330	
Pilastrini provvisori Simple in PEEK con base in titanio Gr. 5 Riposizionabili Vite di serraggio standard inclusa	A-MPSC-330	
Pilastrini provvisori Simple in titanio Gr. 5 Riposizionabili Vite di serraggio standard inclusa	A-MPSCI-330-EX	
Pilastrini provvisori Simple in titanio Gr. 5 Non riposizionabili Vite di serraggio standard inclusa	A-MPSCI-330	
Provvisori in titanio con cannula Non riposizionabili Emergenza dritta Cannula calcinabile e vite di serraggio incluse	A-CTI-330	
Cannula calcinabile di ricambio per pilastrini in titanio Vite di serraggio non inclusa	A-CCI-S	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio standard In dotazione con i pilastrini provvisori e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10	

Torque di serraggio raccomandato per i pilastrini in resina REEF: 8-10 Ncm.

Torque di serraggio raccomandato per i pilastrini in titanio e in PEEK con base in titanio: 20-25 Ncm.

Fase di guarigione e condizionamento tramite provvisorio per tecnica verticale in resina REEF - corona singola avvitata

Per i 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.

Avvertenza importante

Nel caso di un canino, come da sequenza protesica riportata di seguito, è necessario ridurre l'elemento finito, per evitare che esso, una volta inserito in bocca, abbia delle interferenze occlusali.

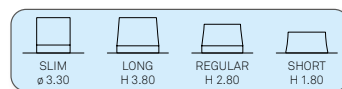


Fissare all'impianto il pilastro provvisorio per tecnica verticale in resina REEF con esagono di riposizionamento per mezzo dell'apposita vite in dotazione, utilizzando l'avvitatore della serie HSM della lunghezza più idonea. Lasciare inizialmente il pilastro provvisorio della lunghezza originaria.



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

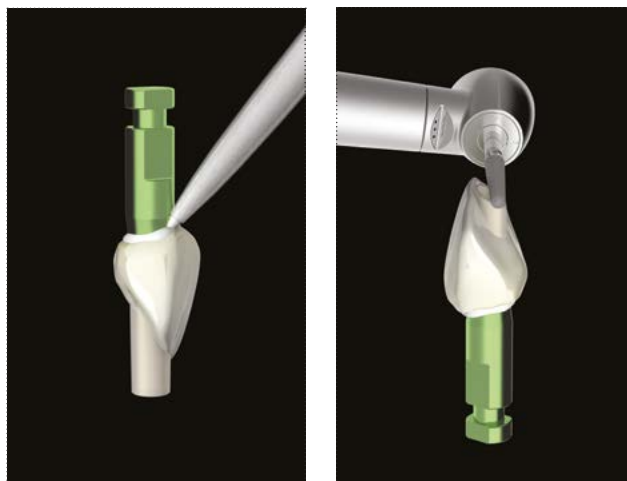




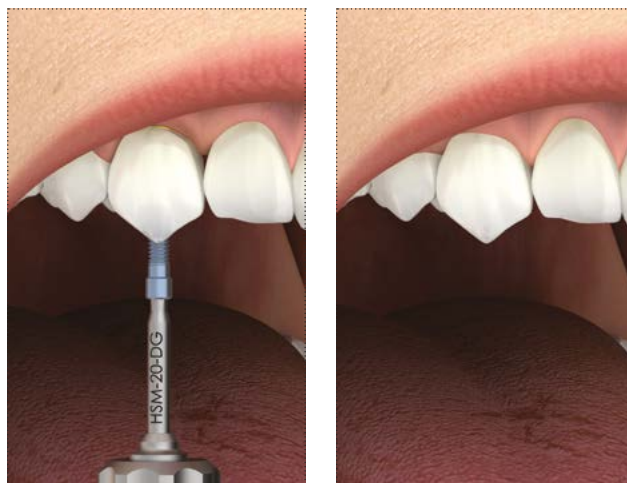
Fissare la corona provvisoria con resina al pilastro provvisorio per tecnica verticale nel margine oclusale. Attendere la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti dal produttore.



A polimerizzazione avvenuta, rimuovere le due parti, ora unite, riposizionarle su un analogo dell'impianto e procedere con il riempimento in resina dell'intero spazio interno rimasto tra sgusciato e pilastro provvisorio per tecnica verticale. Refinire il provvisorio avvitato sia nella porzione oclusale, eliminando l'eccedenza del pilastro provvisorio, sia nella porzione apicale, secondo le forme conformanti dei profili di emergenza.

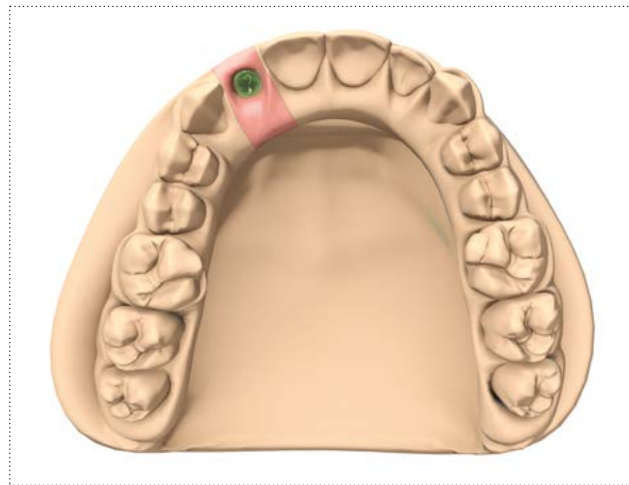


Avvitare il provvisorio con l'apposita vite in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm. Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi con esiti estetici ottimali.

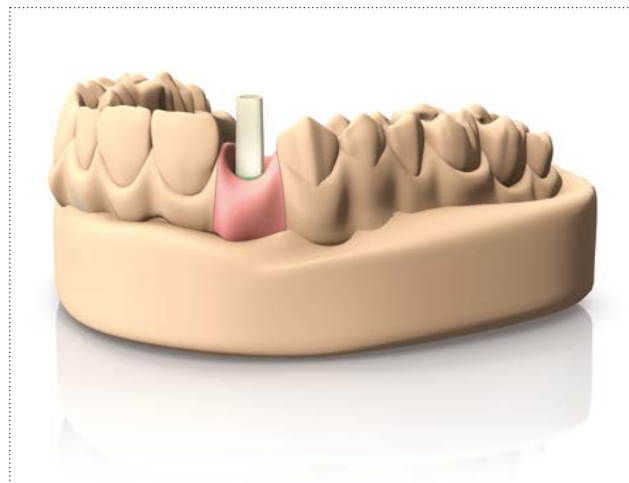


Riabilitazione provvisoria singola avvitata – metodo indiretto

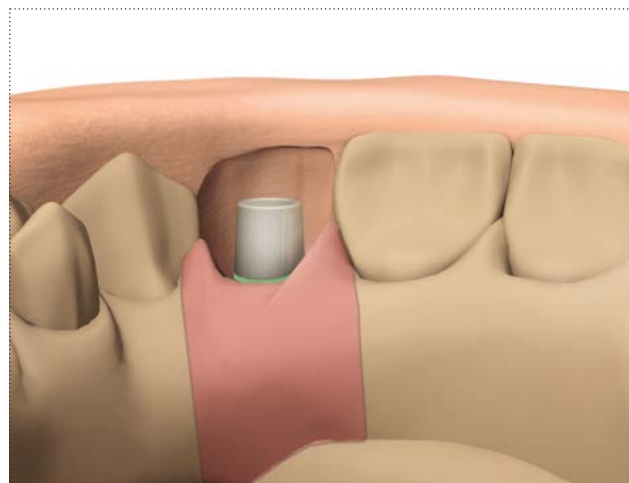
La realizzazione del provvisorio può avvenire anche in laboratorio, su modello.

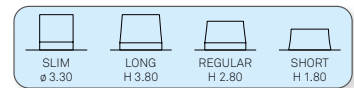


Posizionare il pilastro provvisorio per tecnica verticale riposizionabile in resina REEF sul modello.

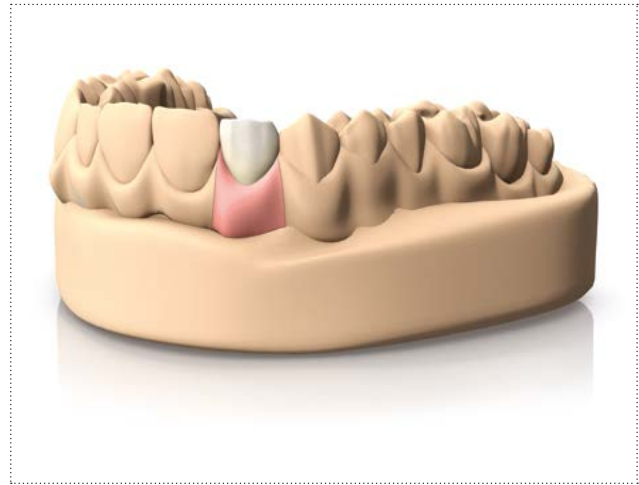


Ridurre il pilastro a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente con un disco abrasivo.





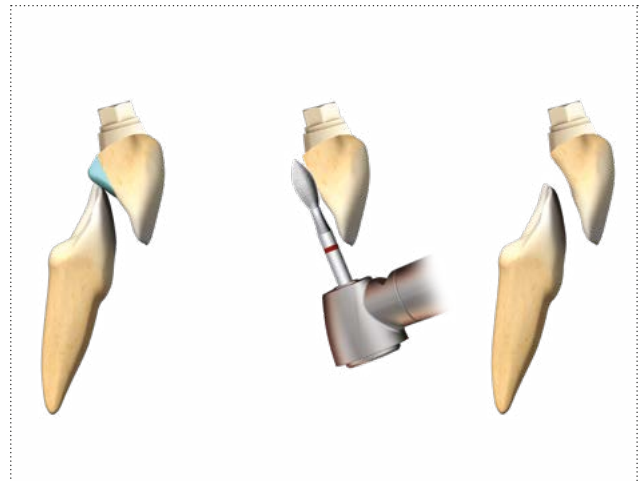
Realizzare la corona avvitata secondo le procedure tradizionali.



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

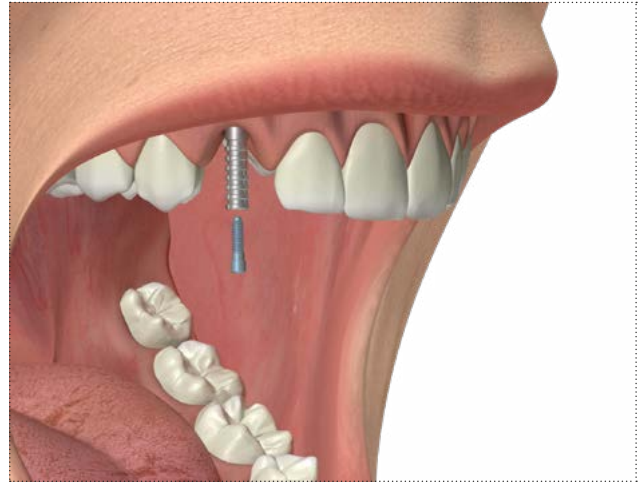
Avvertenza importante

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

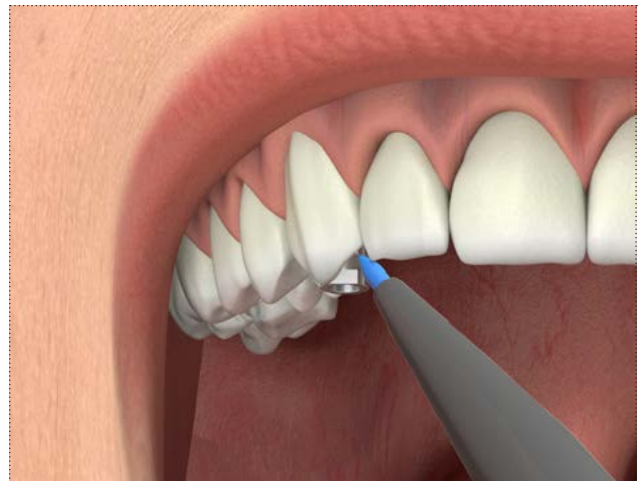


Riabilitazione provvisoria singola avvitata con cannula Simple in titanio

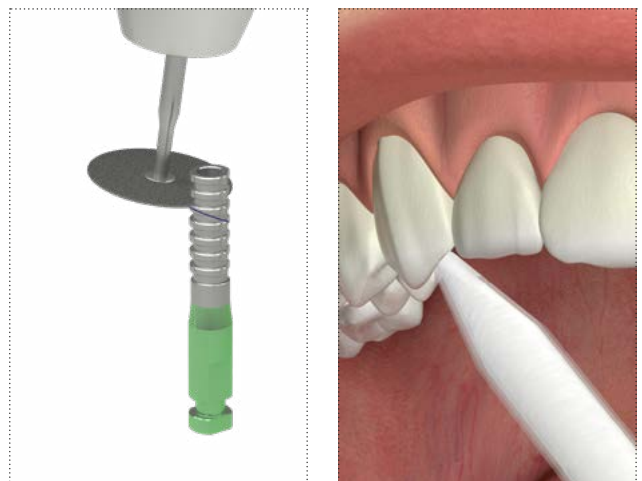
Rimuovere la vite chirurgica di chiusura o la transmucosa di guarigione per esporre la connessione implantare. Utilizzare il pilastro provvisorio Simple in titanio Gr. 5 in versione riposizionabile e avvitarlo all'impianto, lasciandolo inizialmente della lunghezza originaria. Il torque raccomandato è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

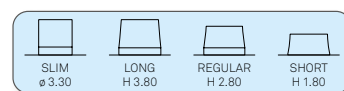


Sul pilastro Simple inserire uno sgusciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo del pilastro. Segnare il margine palatale e vestibolare della cappetta provvisoria per poi poter ridurre la cannula in titanio in maniera congruente.



Sfilare la corona provvisoria e svitare il pilastro. Avvitare il pilastro a un analogo da gesso e tagliarlo all'altezza segnalata, utilizzando un disco abrasivo. Riposizionare il pilastro sull'impianto, avvitando la vite sempre a 8-10 Ncm, e fissare la corona nella posizione desiderata con resina.

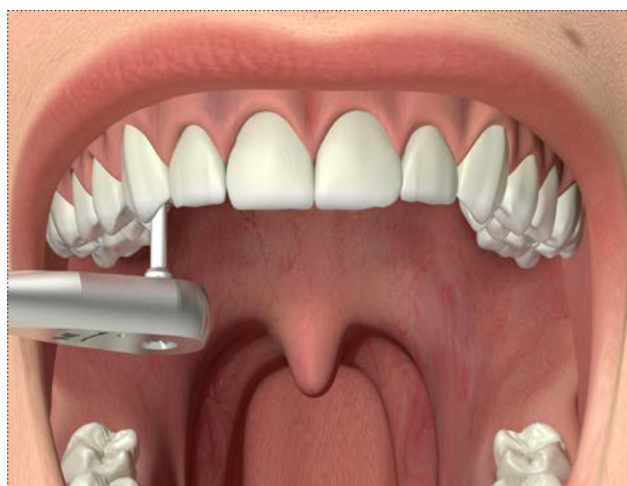




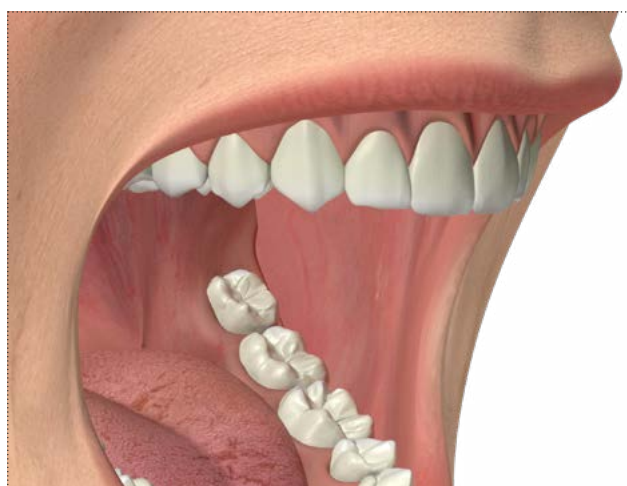
Rimuovere dalla bocca del paziente la corona fissata alla cannula per riempire di resina tutta la cavità dello sgucciato, attendendo la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti.
In seguito rifinire il margine rimuovendo tutte le asperità



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.



Tecnica Simple per la realizzazione di un provvisorio in resina

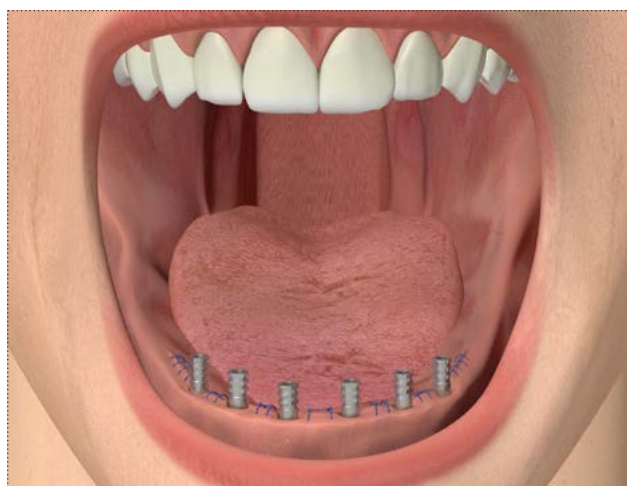
Sul modello preliminare realizzare una ceratura diagnostica dell'arcata edentula per lo studio funzionale ed estetico del caso.

Ridurre in altezza i pilastri Simple congruentemente alla dimensione verticale definita dalla ceratura.

Qualora si lavori con premontaggio su mascherine in silicone, registrare il morso con un masticone in silicone.



Avvitare i pilastri Simple sugli impianti appena inseriti e procedere alla sutura dei lembi attorno ad essi.

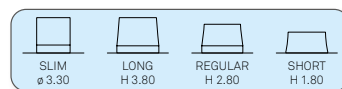


Inserire un pezzo di diga in silicone alla base dei pilastri Simple e solidarizzarli tra loro con resina o composito, al fine di ottenere una chiave di riposizionamento. Qualora lo si ritenga opportuno, i pilastri possono essere solidarizzati anche ad una placchetta di riposizionamento preconfezionata in laboratorio.

Avvertenza importante

Si presti attenzione a seguire scrupolosamente i tempi di indurimento della resina indicati dal produttore per evitare distorsioni e/o contrazioni dopo la rimozione della chiave di riposizionamento dalla bocca del paziente.

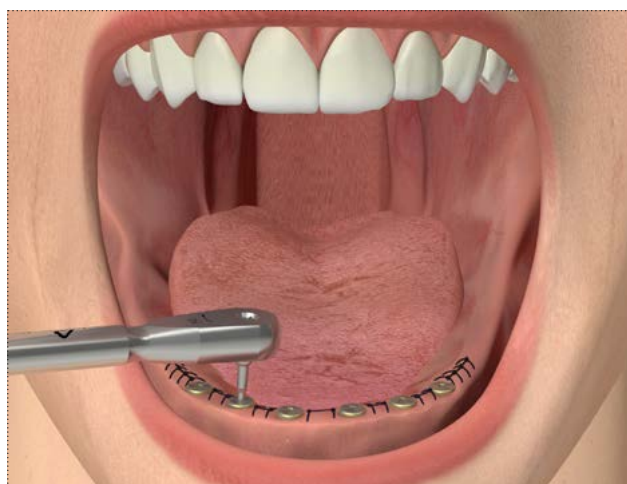




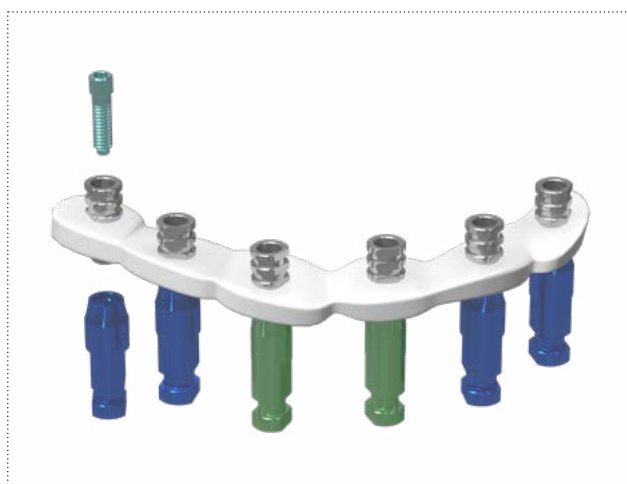
Rilevare la relazione intermascellare tra l'arcata superiore e i pilastri Simple con un masticone in silicone.



Togliere il silicone, svitare i pilastri Simple e posizionare le transmucose di guarigione fino alla consegna del provvisorio.



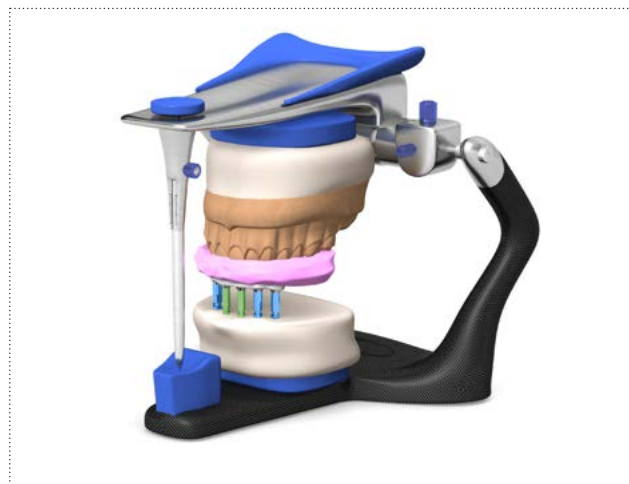
Sui pilastri Simple solidarizzati avvitare i rispettivi analoghi da gesso.



Inserire l'intero assemblato all'interno del vallo intraoperatorio in silicone.

Il vallo, opportunamente riposizionato in articolatore, consente di completare il modello inferiore con la posizione tridimensionale degli impianti.

Nota: questa fase può essere realizzata sia colando un nuovo modello a partire dalla chiave di riposizionamento boxata in articolatore, sia con la tecnica del modello unico, ossia scaricando il modello preliminare e riposizionando gli analoghi avvitati alla chiave di riposizionamento.



Inglobare nella ceratura diagnostica la chiave di riposizionamento in resina.

Se si è eseguita la mascherina in silicone, riposizionare i denti utilizzati nel premontaggio all'interno dei rispettivi alloggiamenti e colare la resina.

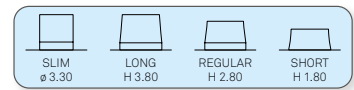
Avvertenza importante

È opportuno modellare e lucidare adeguatamente i profili di emergenza dei pilastri Simple al fine di ottenere un condizionamento ottimale dei tessuti molli in via di guarigione.



Rimuovere il provvisorio dal modello.

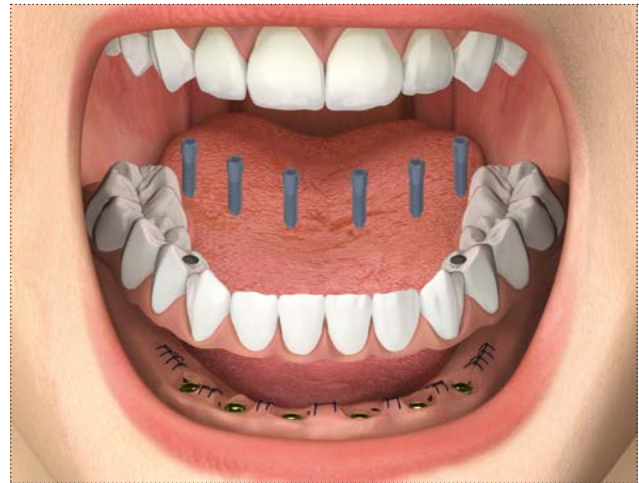




Avvitare il provvisorio Simple in bocca controllandone la passivazione e le relazioni occlusali.

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.

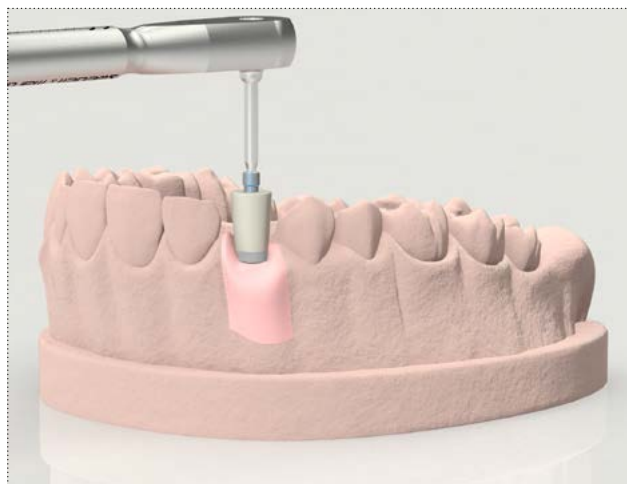


Riabilitazione provvisoria singola cementata su pilastro Simple in PEEK con base in titanio

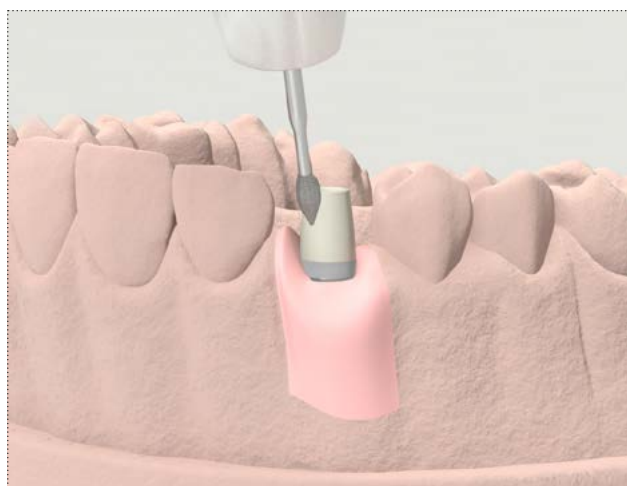
Avvitare un pilastro provvisorio Simple in PEEK in bocca al paziente o su modello tramite un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm. Nel caso in cui l'avvitamento avvenga in bocca, segnare il margine palatale e vestibolare sul pilastro.

Avvertenza importante

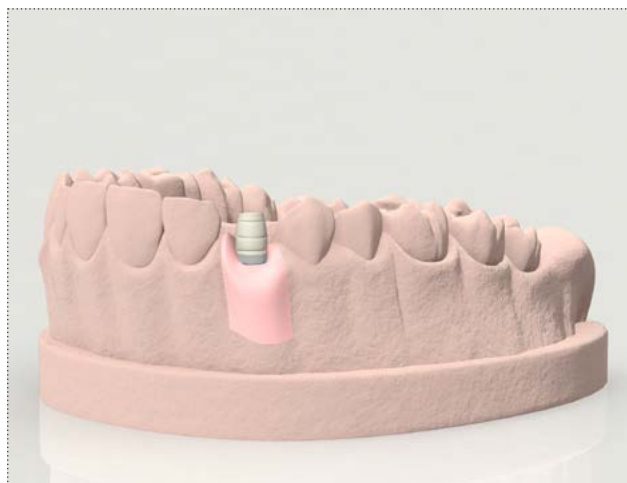
È sempre opportuno fresare il pilastro fuori dal cavo orale, avvitandolo al modello o eventualmente ad un analogo, per evitare che le vibrazioni possano compromettere la stabilità primaria dell'impianto.

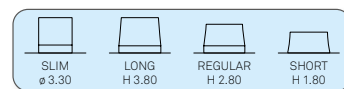


Ridurre il pilastro in altezza e diametro, facendo attenzione a lasciare integra la testa della vite per non rischiare di modificarla e creare problemi di tipo meccanico durante le manovre di avvitamento o svitamento.

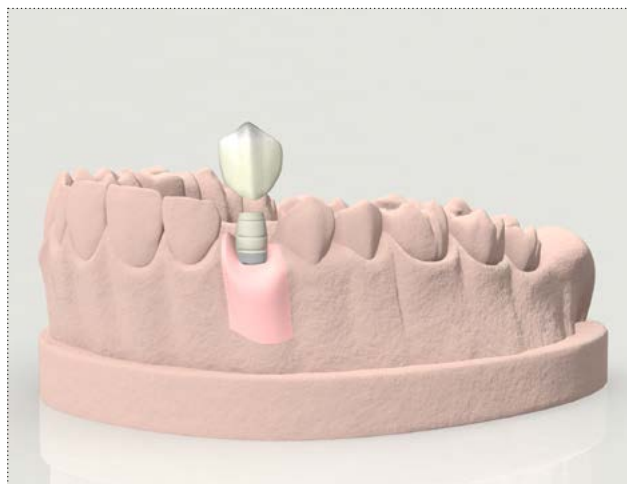


Praticare dei fori o delle scanalature ritentive sul corpo in PEEK del pilastro per facilitare la cementazione della corona provvisoria.





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. Procedere alla cementazione della corona sul pilastro.

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.



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 risultati estetici ottimali.



Riabilitazione provvisoria full arch cementata su 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

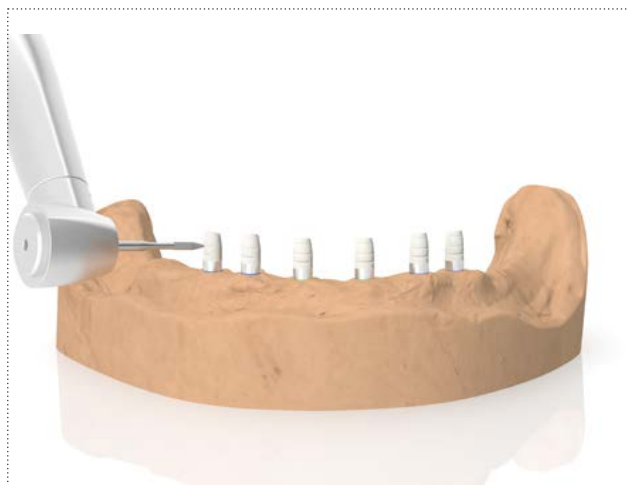
È sempre opportuno fresare i pilastri fuori dal cavo orale, avvitandolo al modello o eventualmente ad un analogo, per evitare che le vibrazioni possano compromettere la stabilità primaria dell'impianto, soprattutto in caso di carico immediato.

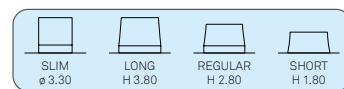


Ridurre i pilastri in altezza e diametro, facendo attenzione a lasciare integra la testa delle viti per non rischiare di modificarla e creare problemi di tipo meccanico durante le manovre di avvitamento o svitamento.



Praticare dei fori o delle scanalature ritentive sul corpo in PEEK dei pilastri per facilitare la cementazione della protesi provvisoria.





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



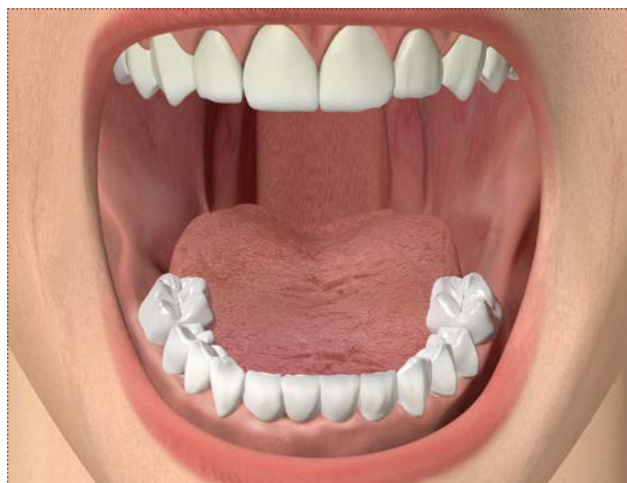
Avvitare i pilastri in PEEK all'impianto utilizzando l'apposito avvitatore della serie HSM. Si raccomanda un torque di serraggio di 20-25 Ncm. Procedere alla cementazione della struttura sui pilastri facendo attenzione a rimuovere tutto il cemento in eccesso.

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.

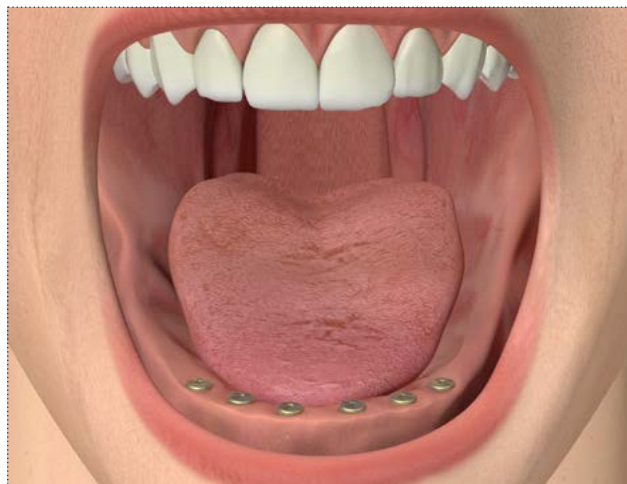


Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita al paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.



Tecnica Simple per struttura armata

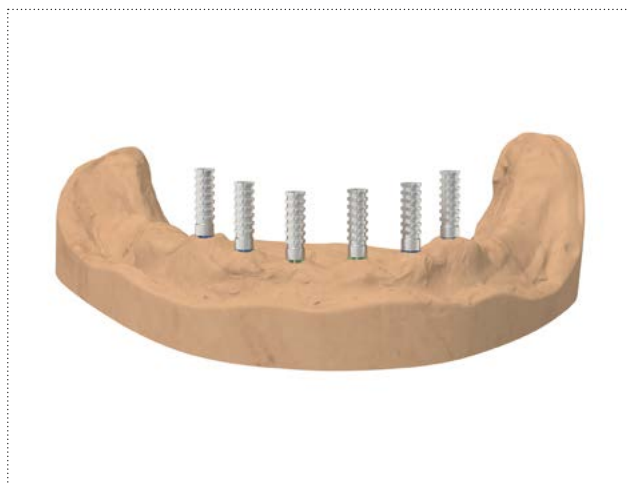
Dopo aver preso l'impronta postoperatoria (si veda pag. 36 e segg.), in attesa della consegna della protesi, avvitare agli impianti le transmucose di guarigione, scegliendo l'altezza adeguata.



Sul modello realizzato in precedenza, fissare i pilastri in titanio Simple con l'apposito avvitatore della serie HSM.

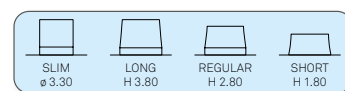
Avvertenza importante

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.

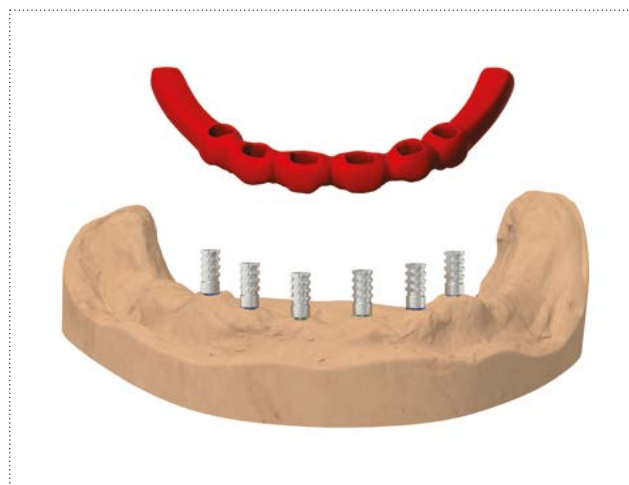


Ridurre i pilastri Simple ad una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.

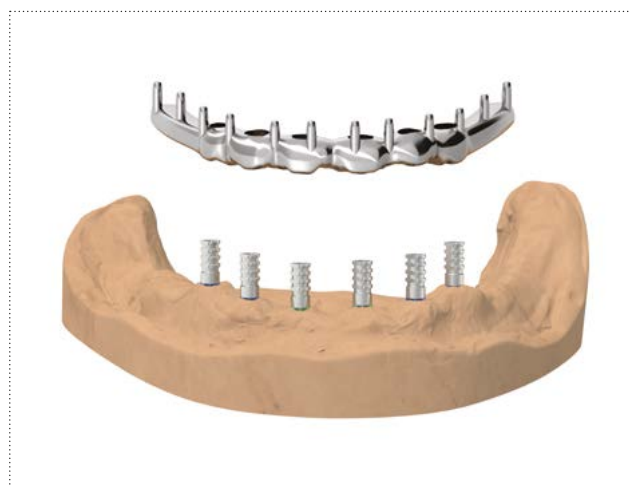




Modellare come d'abitudine la struttura di rinforzo della protesi con cera o resina e modellarla attorno ai pilastri Simple.



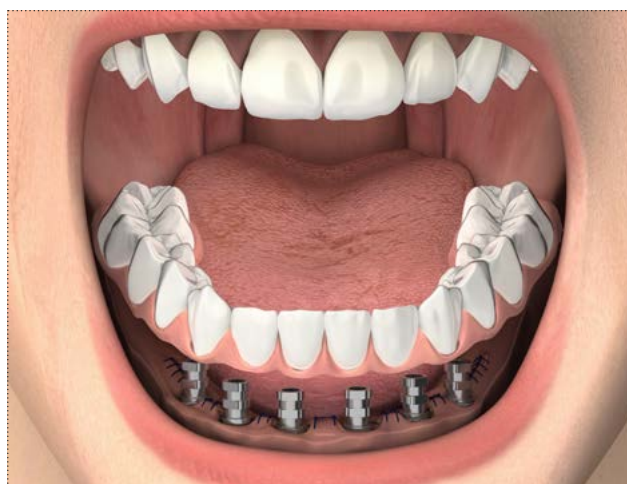
Procedere alla realizzazione della struttura metallica secondo consuetudine. Provare la struttura sul modello per verificarne la completa passività e la corretta foratura in prossimità dei pilastri Simple. Finalizzare l'estetica rosa e bianca della protesi.



Avvitare i pilastri Simple in bocca rispettandone le posizioni definite dal laboratorio. Provare il provvisorio controllandone la passivazione e le relazioni occlusali e procedere con l'incollaggio definitivo. Refinire il provvisorio alla base e riavvitarlo in bocca al paziente rispettando un torque di serraggio di 20-25 Ncm. Chiudere i fori vite con materiale rimovibile dall'operatore.

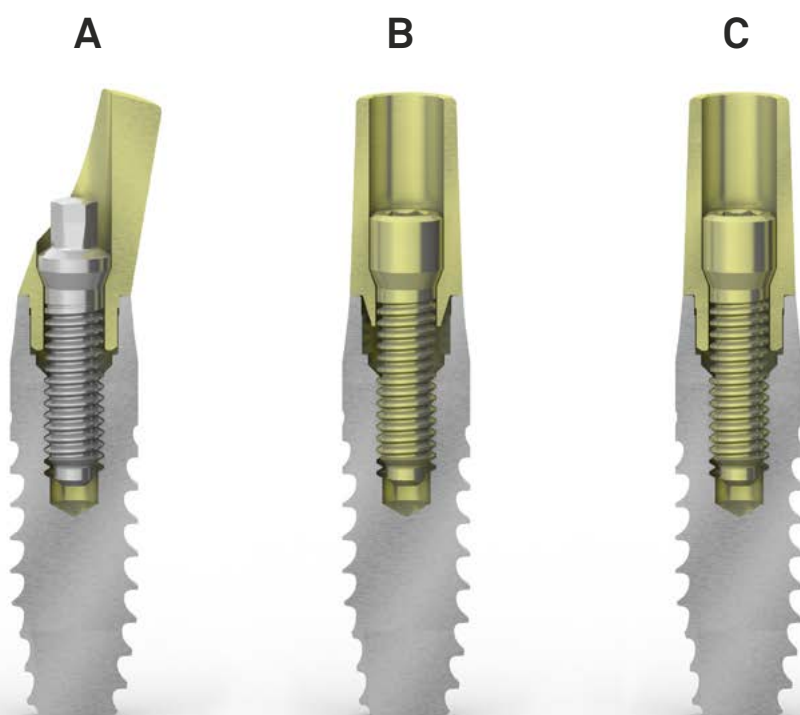
Nota: Qualora si preferisse non realizzare una struttura armata, è possibile riutilizzare l'overdenture esistente del paziente.

Procedere alla ribasatura e scaricarla in corrispondenza dei pilastri, incollare la struttura ai pilastri.



Riabilitazione definitiva con pilastri preformati

I pilastri preformati dritti e angolati sono prodotti in titanio Gr. 5 e successivamente sottoposti ad un processo di passivazione controllata che comporta il viraggio del loro colore superficiale: il risultato è un caratteristico giallo paglierino dorato. Questo colore è ottenuto tramite un processo di ossidazione e pertanto senza alcun tipo di rivestimento, garantisce quindi l'utilizzo di una superficie altamente biocompatibile e ad alta valenza estetica. Il serraggio dei pilastri angolati (**img. A**) avviene tramite una apposita vite con tecnologia Full Head ad appoggio conico e brugola piena che presenta un minor ingombro rispetto alla testa delle viti standard, tale da consentire maggiori possibilità di personalizzazione in caso di angolazioni particolari. I pilastri dritti con esagono di riposizionamento (**img. B**) sono disponibili in due altezze e sono indicati per riabilitazioni singole e multiple cementate. I pilastri preformati conici senza esagono (**img. C**) sono invece indicati per un protocollo per protesi multiple avvitate. Entrambe le tipologie vengono serrate tramite viti di serraggio ad appoggio conico con testa tradizionale a brugola interna, utilizzando gli avvitatori della serie HSM. Prove interne hanno dimostrato che l'appoggio conico aumenta la resistenza allo svitamento del 20%.



Pilastri preformati conici

descrizione	codice	
Pilastri preformati conici Non riposizionabili h 6.00 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MD-340-6-ROT	 $\varnothing 3.00$ $\varnothing 3.40$ 6.00
Pilastri preformati conici Non riposizionabili h 8.00 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MD-340-8-ROT	 $\varnothing 2.85$ $\varnothing 3.40$ 8.00
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio ad appoggio conico In dotazione con i pilastri conici, ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10	 $M 1.8$

Nota bene: i pilastri preformati sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

Pilastrini preformati dritti e angolati

descrizione	codice	
Pilastrini preformati dritti Riposizionabili h 6.00 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MD-340-6	
Pilastrini preformati dritti Riposizionabili h 8.00 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MD-340-8	
Pilastrini preformati dritti Riposizionabili h 15.00 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	A-MD-330-15	
Pilastrini preformati angolati a 15° Riposizionabili Vite di serraggio Full Head inclusa	L-MA15-340	
Pilastrini preformati angolati a 15° h transucosa 1.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MA15-340-1	
Pilastrini preformati angolati a 15° h transucosa 2.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MA15-340-2	
Pilastrini preformati angolati a 25° h transucosa 1.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MA25-340-1	
Pilastrini preformati angolati a 25° h transucosa 2.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MA25-340-2	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio ad appoggio conico In dotazione con i pilastrini dritti, ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio con tecnologia Full Head Compresa con i pilastrini angolati, non compresa con i pilastrini dritti, disponibile opzionalmente*	L-VM-180 L-VM-180-10	

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

*Le vite di serraggio con tecnologia Full Head (L-VM-180) devono essere serrate con gli appositi avvitatori per vite con tecnologia Full Head.

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.

Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastri preformati

Avvitare il transfer Prama all'analogo per mezzo dell'apposito cacciavite della serie HSM.



Con cera o resina boxare l'impronta e colare il modello come d'abitudine: l'analogo Prama riprodurrà esattamente la posizione del collo intramucoso dell'impianto.

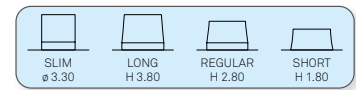


Avvitare all'analogo il pilastro dritto o angolato, a seconda delle esigenze protesiche, utilizzando l'apposito avvitatore a seconda della vite. Il torque di serraggio su modello non deve superare 8-10 Ncm.

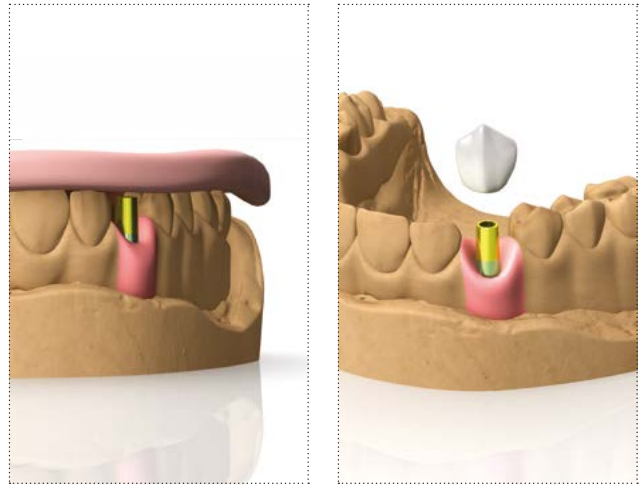
Avvertenza importante

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.





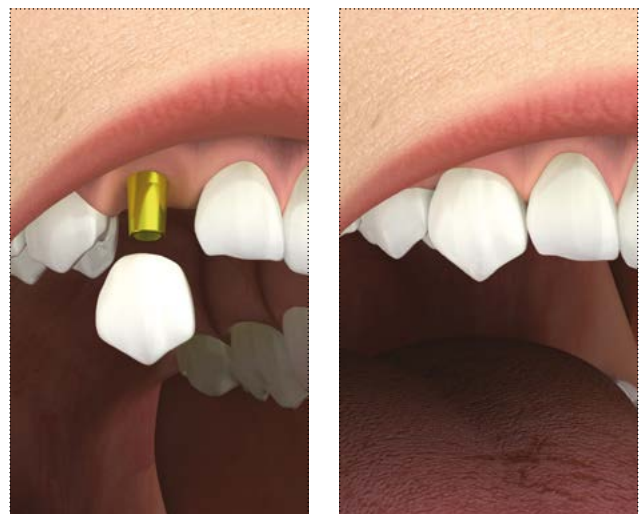
Dopo aver montato i modelli in articolatore, definire le altezze del pilastro in relazione allo spazio con l'antagonista. Contestualmente, definire la morfologia dei tessuti molli desiderata scartando il gesso e ricreando il nuovo profilo di emergenza con l'apposito silicone per simulazione di gengiva. Definire forma, volume e occlusione, eseguendo una ceratura d'analisi e realizzando la corona secondo la metodologia desiderata.



Avvitare all'impianto il pilastro, con l'apposita vite fornita in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio raccomandato è di 20-25 Ncm.



Cementare la corona sul pilastro. Le gengive si conformeranno sulla morfologia della corona ricreando i profili di emergenza pianificati in precedenza.

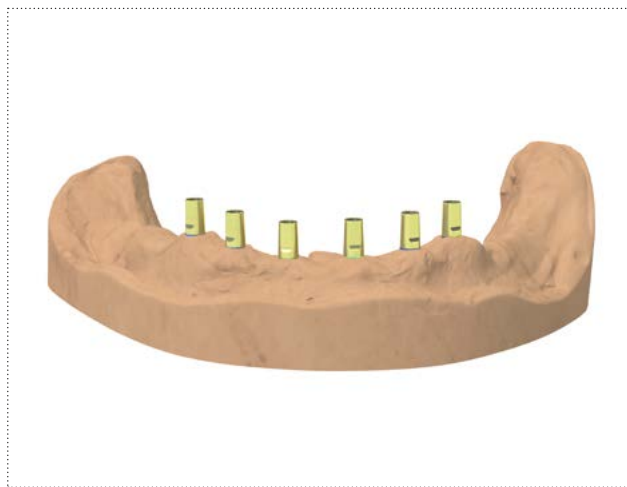


Riabilitazione definitiva full arch cementata con pilastri preformati

Sul modello di precisione inserire su ogni analogo un pilastro preformato scegliendone l'altezza e l'eventuale angolazione tra quelli disponibili a pag. 71. Fissare rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

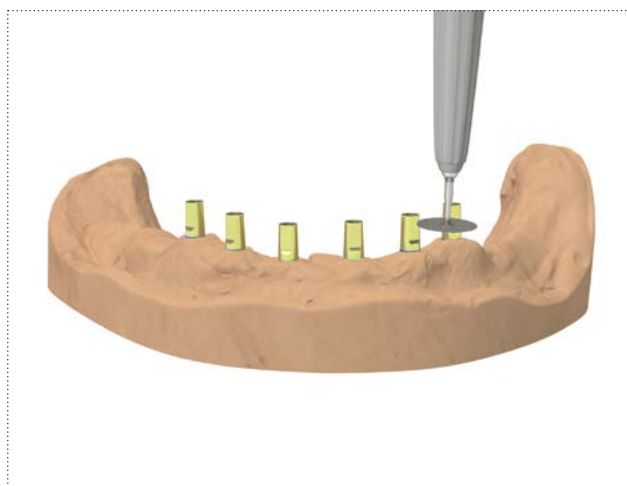
Avvertenza importante

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



Ridurre i pilastri in altezza, senza intaccare le teste delle viti.

Nota bene: qualora gli impianti si presentassero disparalleli può essere utile l'ausilio dei pilastri angolati ed eventualmente del parallelometro per leggeri ritocchi. Per modifiche più sostanziali, che rischierebbero di indebolire troppo le pareti dei pilastri preformati, si consiglia l'uso dei pilastri fresabili (vedi pag. 78).



Modellare la struttura in cera o resina calcinabile, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento, procedere alla fusione della struttura o produrla tramite tecnologia CAD-CAM. Provare la struttura su modello per verificarne la completa passività.

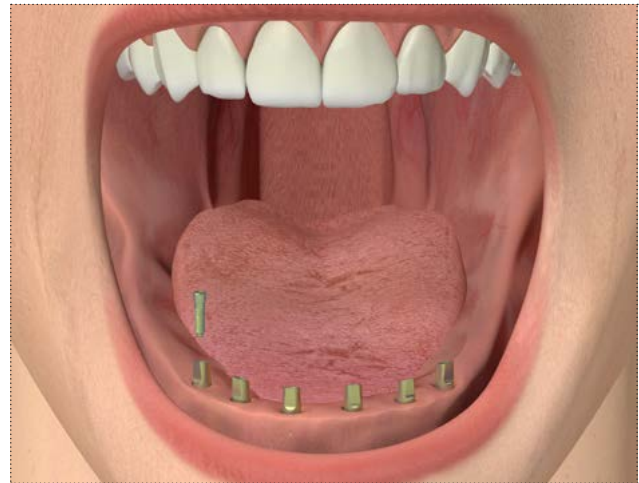
Avvertenza importante

Qualora la struttura non risultasse completamente passiva pur avendo seguito il normale protocollo di verifica prima della fusione, si corregga come d'abitudine.





Avvitare i pilastri modificati in bocca, avendo cura di rispettare la posizione di ogni singolo elemento e di mantenere il medesimo posizionamento delle facce antirotazionali adottato sul modello.
Stringere le viti a 20-25 Ncm con chiave dinamometrica e un avvitatore della serie HSM.



Eeguire una prova della struttura metallica in bocca al paziente per verificarne la completa passività ed eventualmente procedere con un'ulteriore correzione.

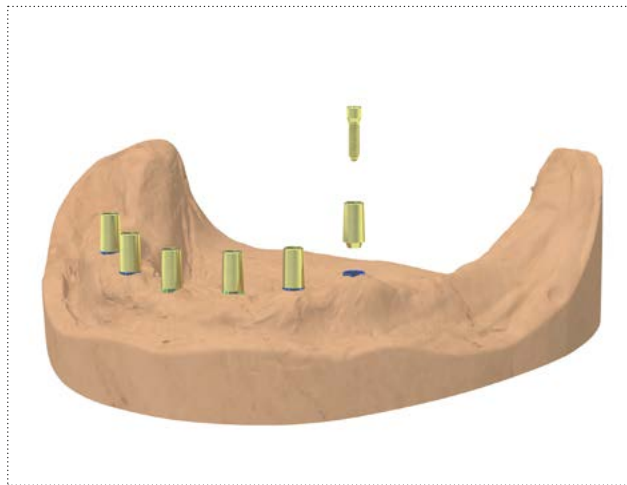


Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.
Cementare l'arcata sui pilastri avendo cura di rimuovere dai margini tutto il cemento in eccesso.

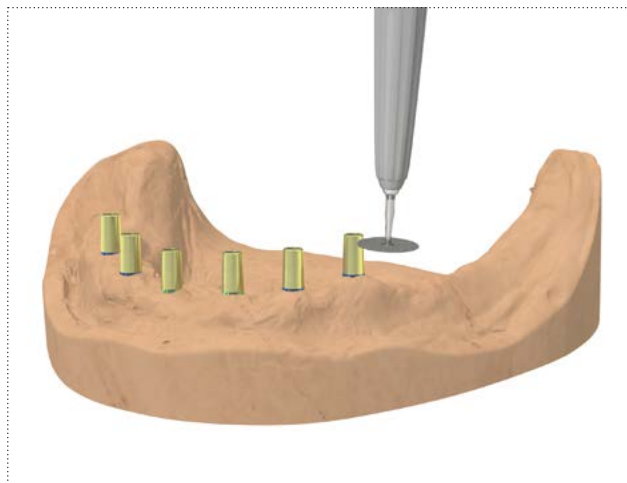


Riabilitazione definitiva full arch avvitata su pilastri preformati conici

Sul modello di precisione inserire su ogni analogo un pilastro preformato scegliendone l'altezza tra quelle disponibili a pag. 70.
Fissare i pilastri rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.



Ridurre i pilastri in altezza, senza intaccare le teste delle viti.



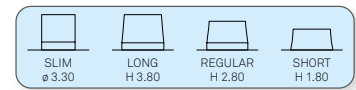
Modellare la struttura calcinabile che consentirà di ottenere il framework metallico della protesi.
Fondere la struttura o produrla con tecniche digitali CAD-CAM, facendo attenzione a scaricare la protesi in corrispondenza dei pilastri presenti sul modello.
Provare la travata su modello per verificare che non ci siano asperità che ne ostacolino il corretto posizionamento sui pilastri ed eventualmente correggere con una fresa.



Avvertenza importante

Qualora la struttura non risultasse completamente passiva pur avendo seguito il normale protocollo di verifica prima della fusione, si corregga come d'abitudine.





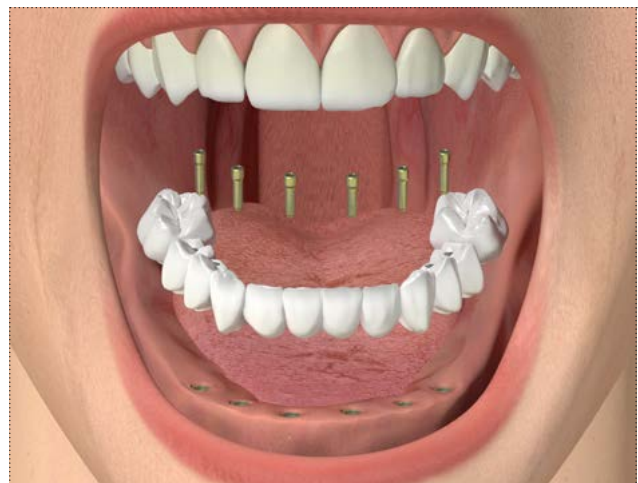
Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.
In seguito procedere all'incollaggio della protesi sui pilastri montati sul modello.



Svitare dal modello la struttura formata da pilastri conici e protesi e procedere all'avvitamento in bocca al paziente.
Stringere le viti a 20-25 Ncm con chiave dinamometrica e un avvitatore della serie HSM.

Avvertenza importante

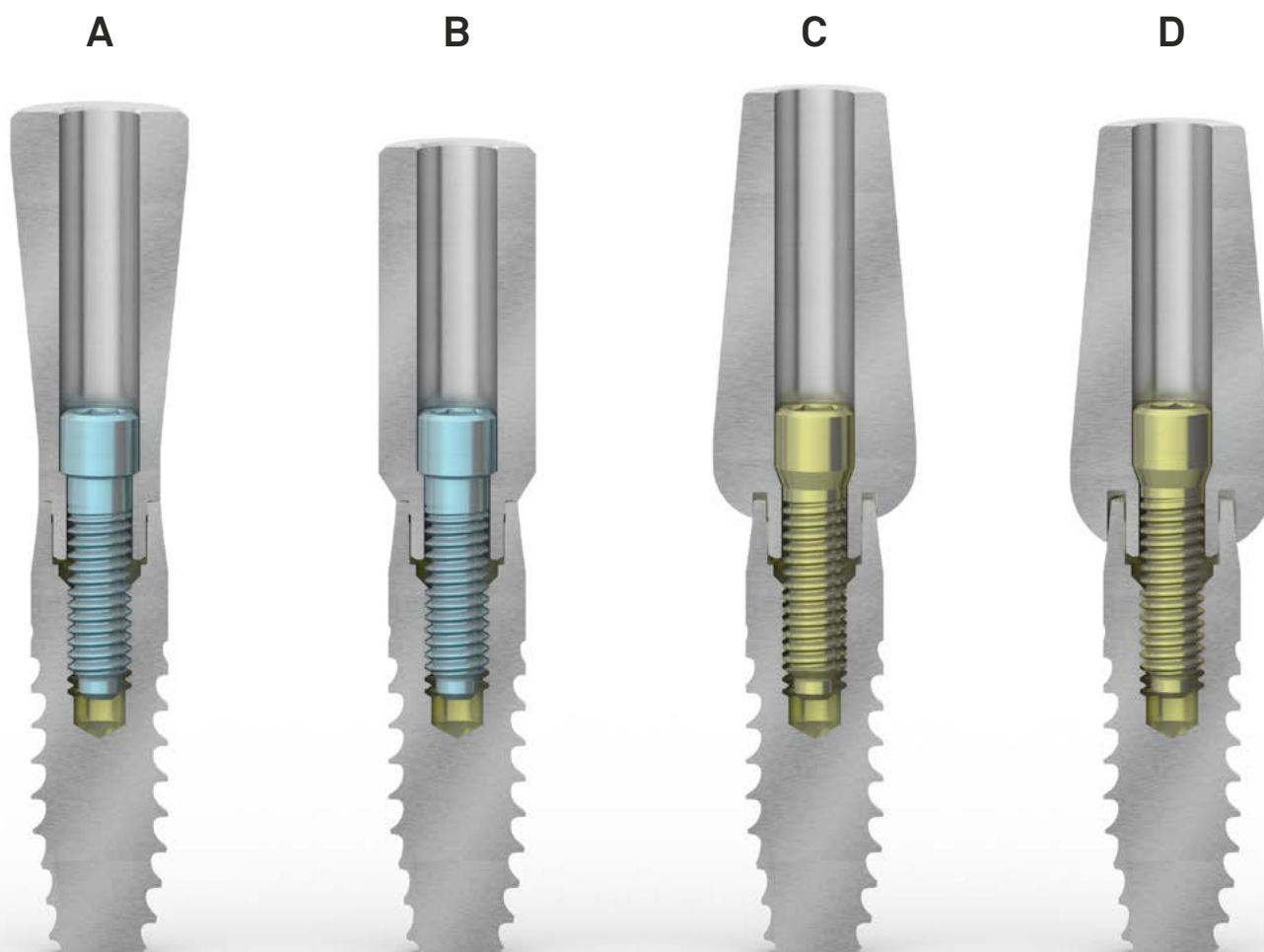
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare le viti nuove in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Riabilitazione definitiva con pilastri fresabili

I pilastri fresabili sono realizzati in titanio Gr. 5 e consentono di realizzare protocolli di tipo cementato sia per riabilitazioni singole sia multiple. Rispondono a esigenze anatomiche complesse sia in termini di spazi protesici che di disparallelismo implantare, grazie alla possibilità di essere fresati. I pilastri fresabili sono disponibili in tre diverse morfologie:

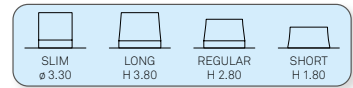
- emergenza dritta (**img. A**), con un caratteristico profilo a cono rovesciato, che li rende particolarmente indicati per angolazioni fino a 10° e profili contenuti;
- SIMPLE (**img. B**), il cui profilo di emergenza si adatta a qualsiasi anatomia ottenuta con i provvisori SIMPLE;
- Prama IN (**img. C e D**), disponibili in due differenti altezze di chiusura sul collo dell'impianto (0.50 mm o 1.50 mm), inoltre consentono una modellazione ibrida con una parte del pilastro con preparazione a finire e quella opposta dove può essere individuato un margine di chiusura.



Nota bene: i pilastri fresabili con emergenza dritta e Simple sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

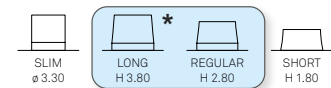
I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo sui Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm).

* I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano il collo per 1.50 mm di altezza sono utilizzabili solo sul collo Regular (h 2.80 mm).



Pilastri fresabili

descrizione	codice	
Pilastri fresabili standard Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio standard inclusa	A-MF-330	
Pilastri fresabili Simple Riposizionabili Emergenza molto ampia Vite di serraggio standard inclusa	A-MFS-330	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio standard In dotazione e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10	



Pilastri fresabili Prama IN

ø impianto	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilastri fresabili Prama IN Riposizionabili Chiusura sul collo 0.50 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MF-380-05 	L-MF-425-05 	L-MF-500-05
Pilastri fresabili Prama IN Riposizionabili Chiusura sul collo 1.50 mm Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-MF-380-15 	L-MF-425-15 	L-MF-500-15
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio ad appoggio conico In dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utilizzare L-VMS-180	Utilizzare L-VMS-180
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio con tecnologia Full Head Non compresa con i pilastri, disponibile opzionalmente**	L-VM-180 L-VM-180-10 	Utilizzare L-VM-180	Utilizzare L-VM-180

Torque di serraggio raccomandato per i pilastri fresabili: 20-25 Ncm.

** Le viti di serraggio con tecnologia Full Head (L-VM-180) devono essere serrate con gli appositi avvitatori per viti con tecnologia Full Head.

Nei giorni immediatamente successivi ad una riabilitazione protesica con protesi Prama IN è normale che i movimenti masticatori provochino un leggero assestamento della protesi, che può talvolta causare un minimo allentamento della vite di fissaggio. Al fine di assicurare una stabilizzazione protesica ottimale, a distanza di 7-10 giorni dal posizionamento del manufatto è consigliabile rimuovere la protesi ed effettuare un ulteriore giro di serraggio della vite, così da garantirne un fissaggio corretto e solido che asseconi in maniera naturale i movimenti masticatori del paziente.

Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastro fresabile Prama IN

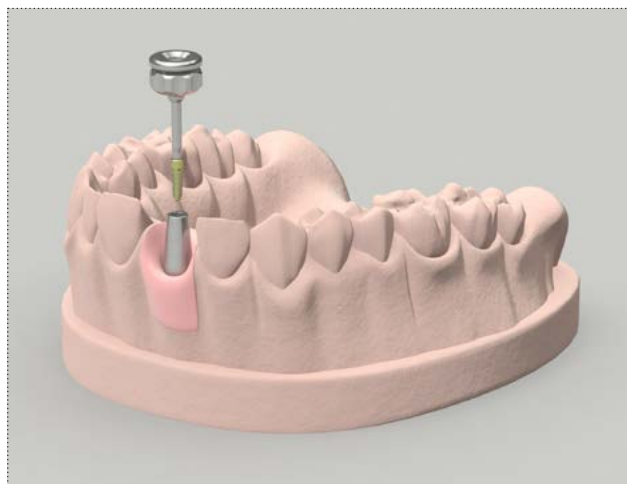
Sul modello di precisione inserire un pilastro fresabile tra quelli disponibili a pag. 79.

L'immagine raffigura un pilastro Prama IN.

Fissare il pilastro 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.

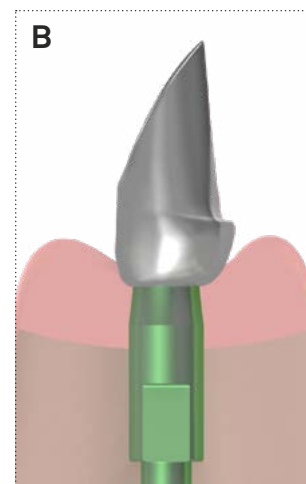
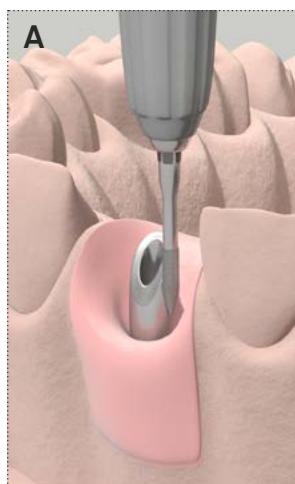


Modellare il pilastro riducendolo in altezza e volume, ove necessario (**img. A**).

Nota bene: qualora si decidesse di utilizzare un pilastro fresabile Prama IN è possibile realizzare in laboratorio un margine nella zona palatale o linguale del moncone mantenendo nella parte vestibolare una preparazione a finire, come da immagine a fianco (**img. B**).

Avvertenza importante

Qualora la testa della vite ad appoggio conico con testa standard creasse interferenza è sempre possibile utilizzare la vite Full-Head (cod. L-VM-180).



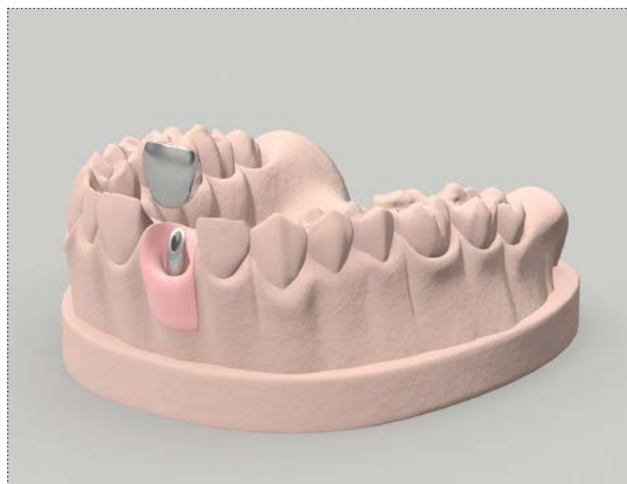
Modellare in cera o resina calcinabile la cappetta sul pilastro, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.

Avvertenza importante

I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo con i colli Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm). I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano il collo per 1.50 mm di altezza sono utilizzabili solo sul collo Regular (h 2.80 mm). In nessun caso i pilastri fresabili Prama IN sono utilizzabili con i Prama Slim (ø 3.30 mm).



Fondere la cappetta o produrla con tecnologia 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.



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

Nota: Nel caso si utilizzasse un pilastro fresabile Prama IN con preparazione ibrida, è possibile utilizzare una tecnica di cementificazione extraorale che consiste nel posizionare uno strato di cemento all'interno della corona, inserire poi la stessa su una replica in resina del pilastro modellato ed esercitare una leggera pressione in modo tale da far uscire il cemento in eccesso. Rimuovere poi la corona dalla replica del pilastro e pulirla dal cemento in eccesso e procedere alla cementazione definitiva nel cavo orale.

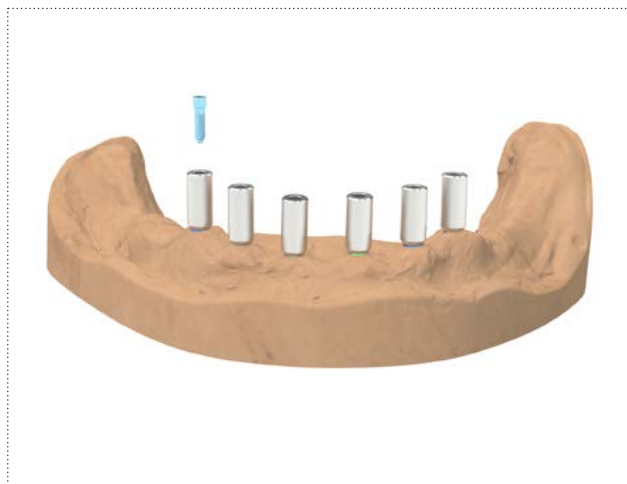


Riabilitazione definitiva full arch cementata con pilastri fresabili Prama IN

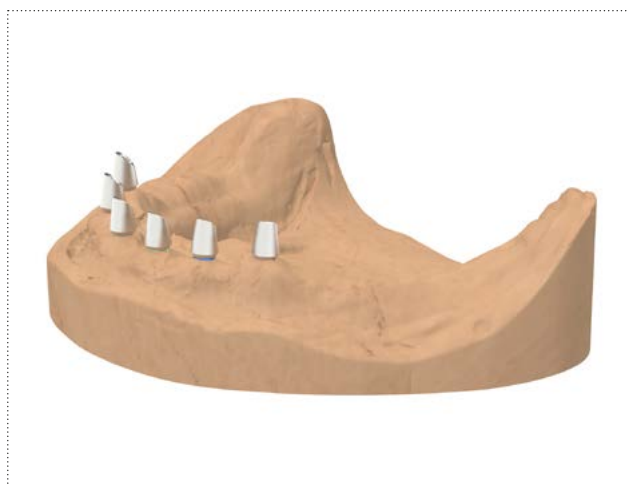
Sul modello di precisione inserire su ogni analogo un pilastro fresabile tra quelli disponibili a pag. 79. Fissare ogni pilastro rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare le viti nuove 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.



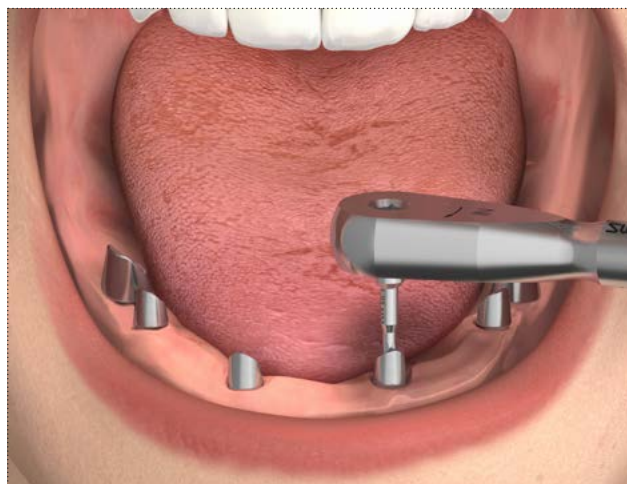
Modellare la struttura in cera o resina calcinabile, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento e procedere alla fusione o produrla tramite tecnologia CAD-CAM. Provare la struttura su modello per verificarne la completa passività.

Avvertenza importante

I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo con i colli Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm). I pilastri fresabili Prama IN che abbracciano il collo per 1.50 mm di altezza sono utilizzabili solo sul collo Regular (h 2.80 mm). In nessun caso i pilastri fresabili Prama IN sono utilizzabili con i Prama Slim (ø 3.30 mm).



Avvitare i pilastri modificati in bocca, avendo cura di rispettare la posizione di ogni singolo elemento, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Provare la travata in bocca per verificare che non ci siano asperità che ne ostacolino il corretto posizionamento sui pilastri ed eventualmente correggerle con una fresa.



Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine. Cementarla sui pilastri avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



Riabilitazione definitiva con Dynamic Abutment






Il pilastro Dynamic Abutment* è una soluzione protesica brevettata versatile che permette di realizzare una protesi estetica sugli impianti, portando il foro vite in posizione palatale o linguale e risolvendo 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.



Il pilastro Dynamic Abutment è disponibile con base in cromo cobalto per sovrافusione e in polimero totalmente calcinabile, in versione riposizionabile per corone singole e non riposizionabile per strutture multiple.



Nota bene: i Dynamic Abutment, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

**I pilastri Dynamic Abutment sono dispositivi medici fabbricati e brevettati da Talladium España S.L., Avenida Blondel, 54 3º, 25002 Lleida, Spagna. Dynamic Abutment è un marchio registrato della medesima società.*

descrizione	codice
Dynamic Abutment Riposizionabile Con base in cromo cobalto per sovrافusione Vite di serraggio non inclusa	PD3PKH330/CC 
Dynamic Abutment Non riposizionabile Con base in cromo cobalto per sovrافusione Vite di serraggio non inclusa	PD3PKR330/CC 
Dynamic Abutment Riposizionabile Interamente calcinabile Vite di serraggio non inclusa	PD3PKH330/P 
Dynamic Abutment Non riposizionabile Interamente calcinabile Vite di serraggio non inclusa	PD3PKR330/P 
Vite di serraggio Non inclusa, ordinabile separatamente	A-VMA-180 

descrizione	codice
Cacciavite per Dynamic Abutment, lunghezza 24 mm. Deve essere approvvigionato separatamente	DSPDCLH-24 
Cacciavite per Dynamic Abutment, lunghezza 32 mm. Deve essere approvvigionato separatamente	DSPDCLH-32 

Torque di serraggio raccomandato per i Dynamic Abutment: 20-25 Ncm.

Avvertenza importante

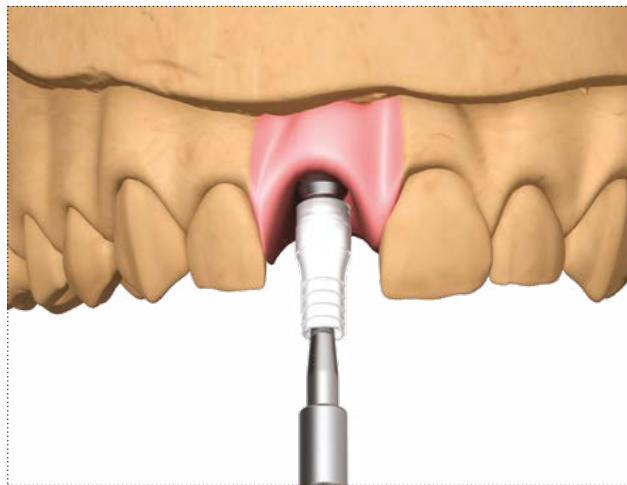
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

Riabilitazione definitiva singola avvitata con Dynamic Abutment

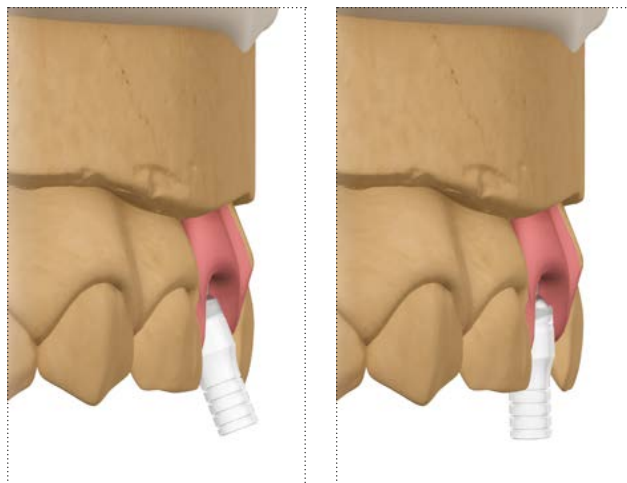
Sul modello di precisione fissare all'analogo il Dynamic Abutment riposizionabile con base in cromo cobalto per mezzo dell'apposita vite di serraggio con il cacciavite della lunghezza più idonea tra quelle disponibili, 24 o 32 mm. Rispettare un torque di serraggio massimo di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

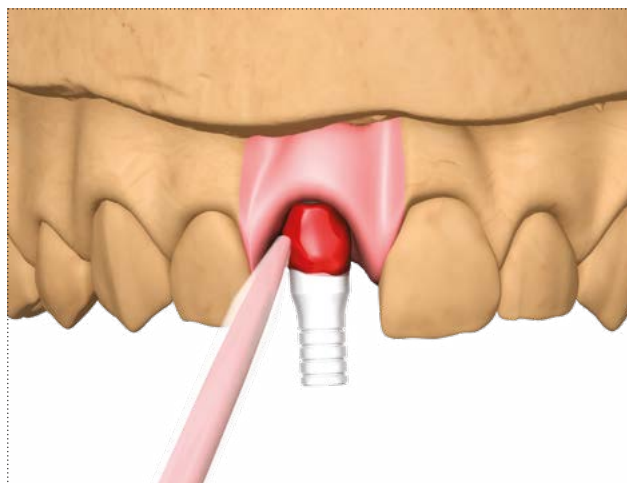
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente. La vite di serraggio non è inclusa, deve quindi essere ordinata separatamente.

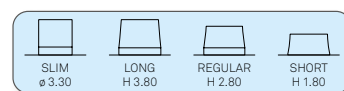


Orientare manualmente la porzione calcinabile rotante secondo l'asse protesico previsto dal piano di trattamento.

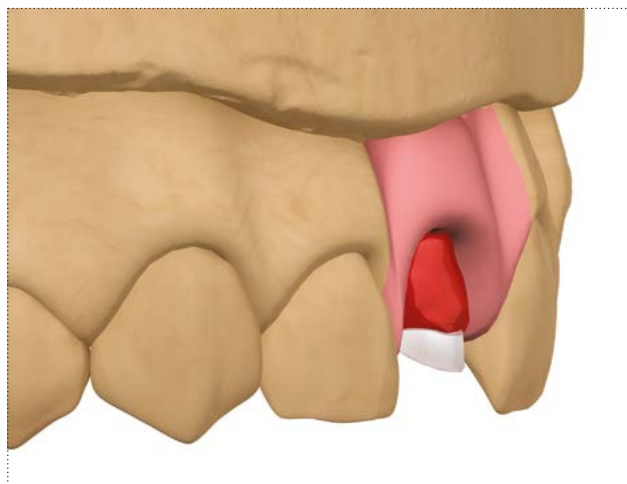


Fissare la porzione calcinabile rotante nella posizione desiderata con resina calcinabile. Se necessario, rimuovere o ridurre la spalla metallica per ottenere un profilo a finire.

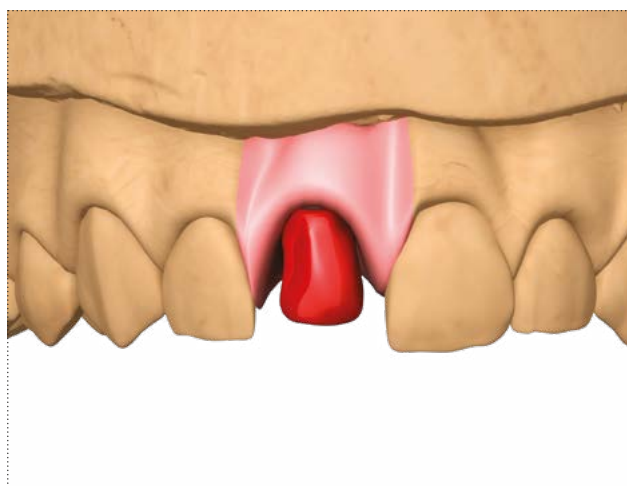




Ridurre la cannula calcinabile a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando un disco abrasivo.



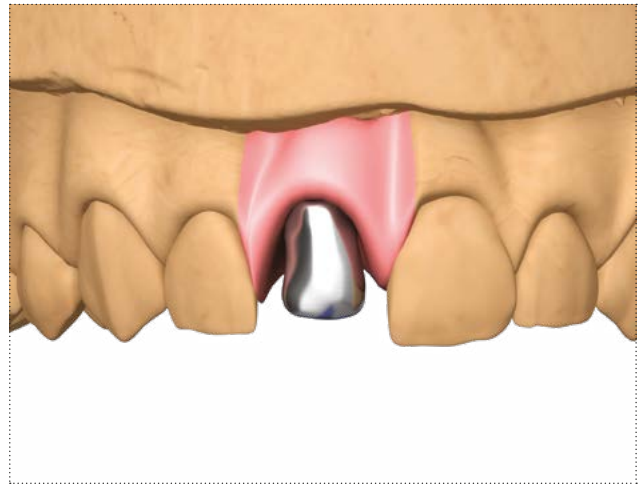
Modellare in cera o resina calcinabile la corona secondo protocollo standard e svitarla sfruttando il particolare design della punta del cacciavite.



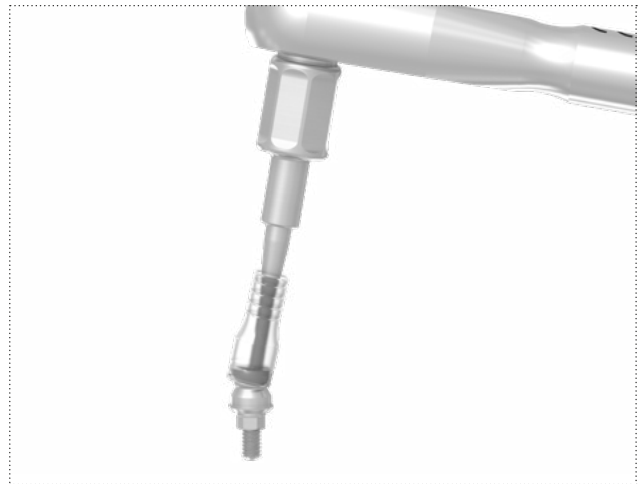
Sovrafondere la struttura secondo gli abituali protocolli di laboratorio e rifinire la base in modo che non vi siano ostacoli all'adattamento dei tessuti molli.



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

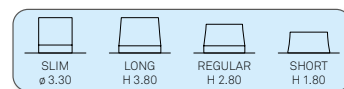


Assemblare il cricchetto dinamometrico (cod. CRI5) con l'avvitatore da contrangolo digitale e raccordo esagonale (cod. AVV-CA-DG-EX) e il cacciavite per Dynamic Abutment della lunghezza desiderata (cod. DSPDCLH-24 o DSPDCLH-32).



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



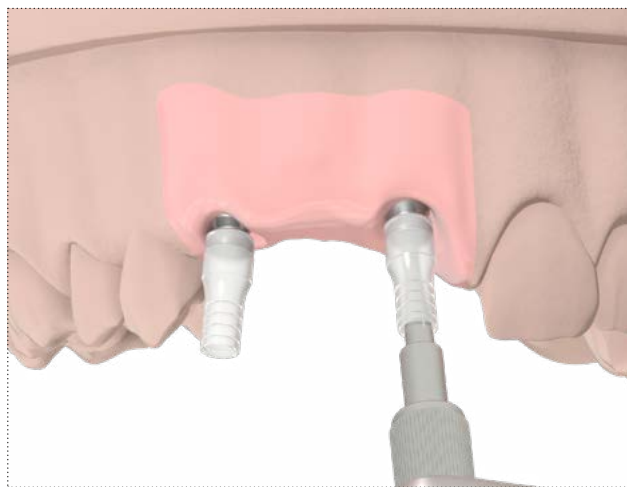


Riabilitazione definitiva multipla avvitata su Dynamic Abutment

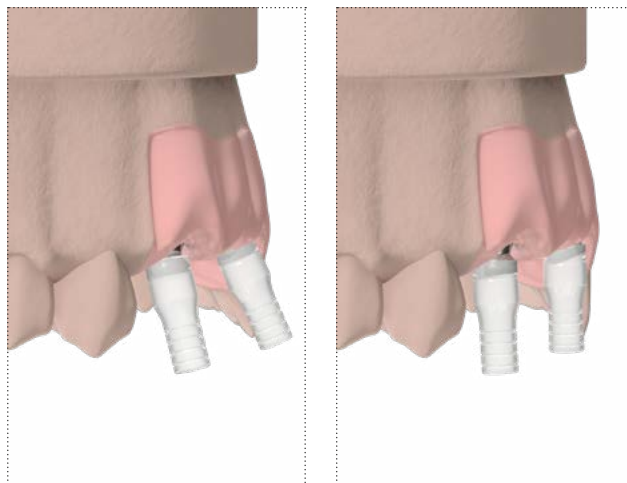
Sul modello di precisione fissare agli analoghi i Dynamic Abutment per mezzo dell'apposita vite di serraggio con il cacciavite della lunghezza più idonea tra quelle disponibili, 24 o 32 mm. Rispettare un torque di serraggio massimo di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

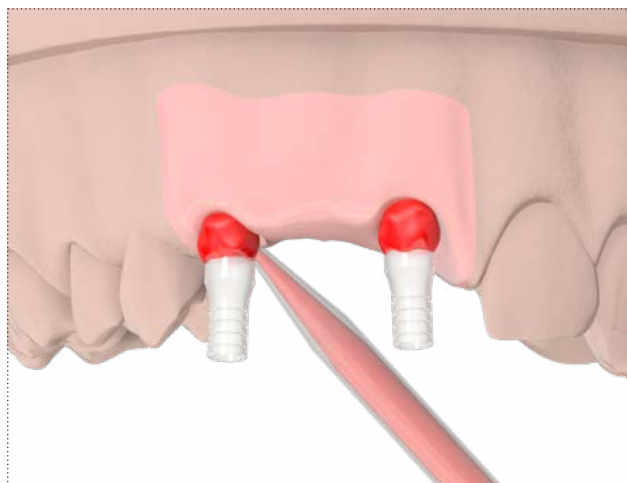
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente. La vite di serraggio non è inclusa, deve quindi essere ordinata separatamente.



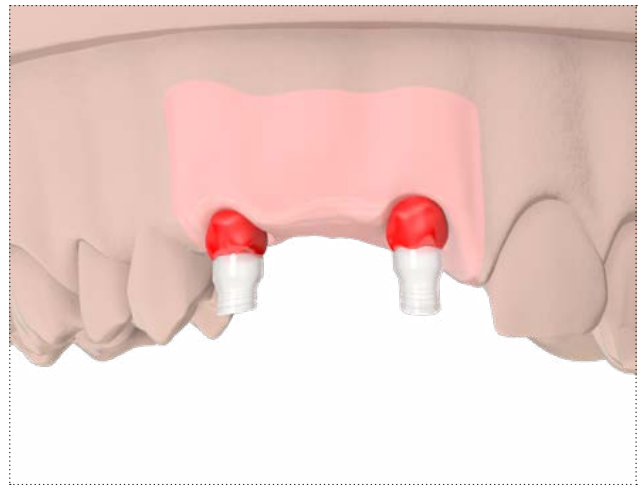
Orientare manualmente la porzione calcinabile degli abutment secondo l'asse protesico previsto dal piano di trattamento.



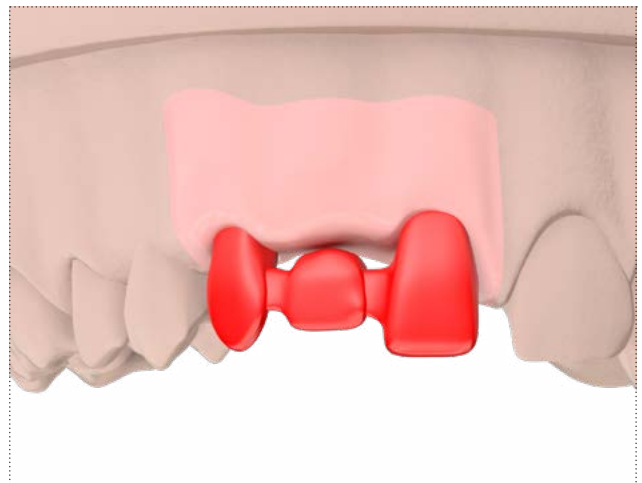
Fissare la porzione calcinabile rotante nella posizione desiderata con resina calcinabile.



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

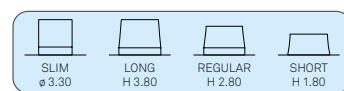


Modellare in cera o resina la struttura secondo protocollo standard e svitarla sfruttando il particolare design della punta del cacciavite.

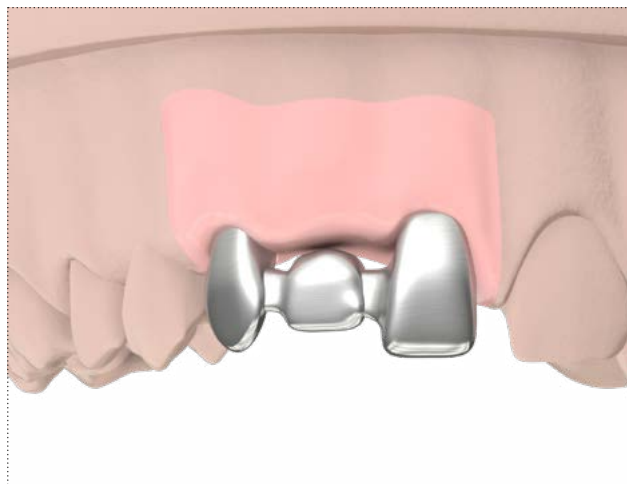


Sovrafondere il ponte secondo gli abituali protocolli di laboratorio e rifinire la base in modo che non vi siano ostacoli all'adattamento dei tessuti molli.

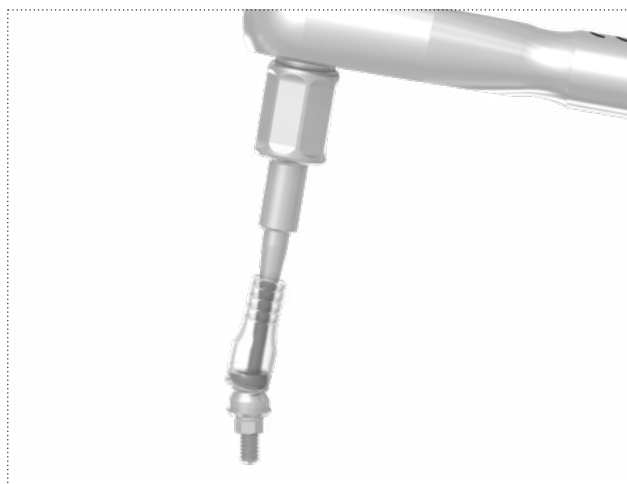




Provare la struttura su modello o in bocca al paziente per eventuali ritocchi.
Ceramizzare il ponte come d'abitudine.



Assemblare il cricchetto dinamometrico (cod. CRI5) con l'avvitatore da contrangolo digitale e raccordo esagonale (cod. AVV-CA-DG-EX) e il cacciavite per Dynamic Abutment della lunghezza desiderata (cod. DSPDCLH-24 o DSPDCLH-32).



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



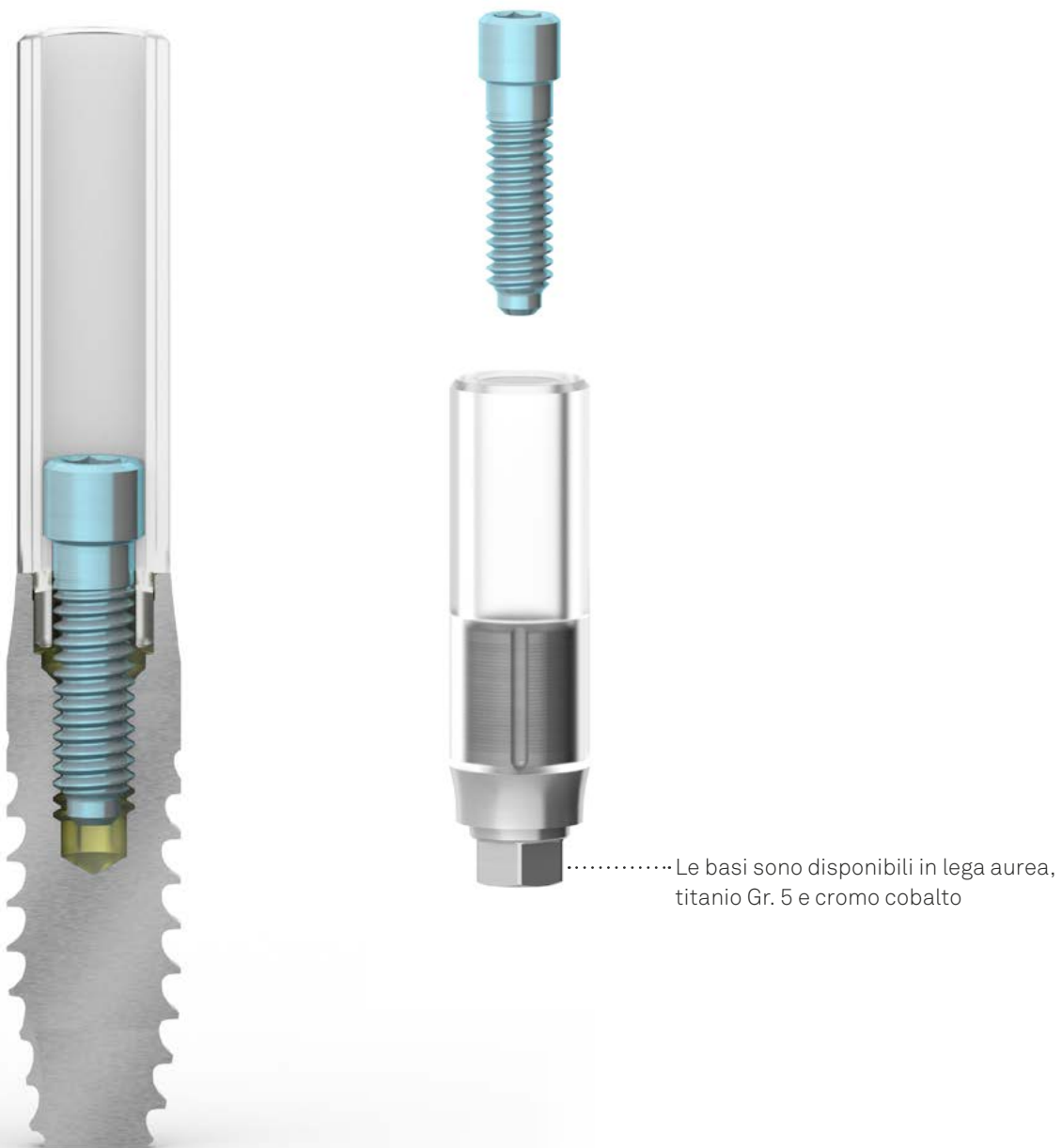
Pilastri calcinabili standard con base in metallo

I pilastri calcinabili standard con base in metallo uniscono alla semplicità delle soluzioni calcinabili una base in lega aurea, in cromo cobalto o in titanio, materiali altamente biocompatibili. Il punto di fusione delle leghe sopracitate è tale da preservare la base da alterazioni dimensionali al momento della sovrافusione della parte calcinabile.

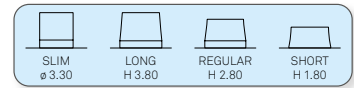
Sono disponibili in versione riposizionabile e non riposizionabile e permettono di realizzare corone singole senza profilo o strutture multiple avvitate tipo Toronto, che non chiudono sul collo dell'impianto.

Si vedano i consigli per la sovrافusione delle leghe alla pagina web:

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



Nota bene: i pilastri calcinabili standard con base in metallo, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.



descrizione	codice
<p>Pilastrici calcinabili con base preformata in lega aurea Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-UCR-330-EX</p>
<p>Pilastrici calcinabili con base preformata in lega aurea Non riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-UCR-330</p>
<p>Pilastrici calcinabili con base preformata in titanio Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-UCTR-330-EX</p>
<p>Pilastrici calcinabili con base preformata in cromo cobalto Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-UCRCO-330-EX</p>
<p>Pilastrici calcinabili con base preformata in cromo cobalto Non riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-UCRCO-330</p>
<p>Cannule calcinabili di ricambio per pilastrici calcinabili con base in metallo Vite di serraggio standard non inclusa</p>	<p>A-CCUCR-330</p>
<p>Confezione singola Confezione da 10 pezzi</p> <p>Vite di serraggio standard In dotazione con i pilastrici calcinabili e ordinabile anche separatamente come ricambio</p>	<p>VM2-180 VM2-180-10</p>

Torque di serraggio raccomandato per i pilastrici 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 calcinabili Prama IN con base in metallo

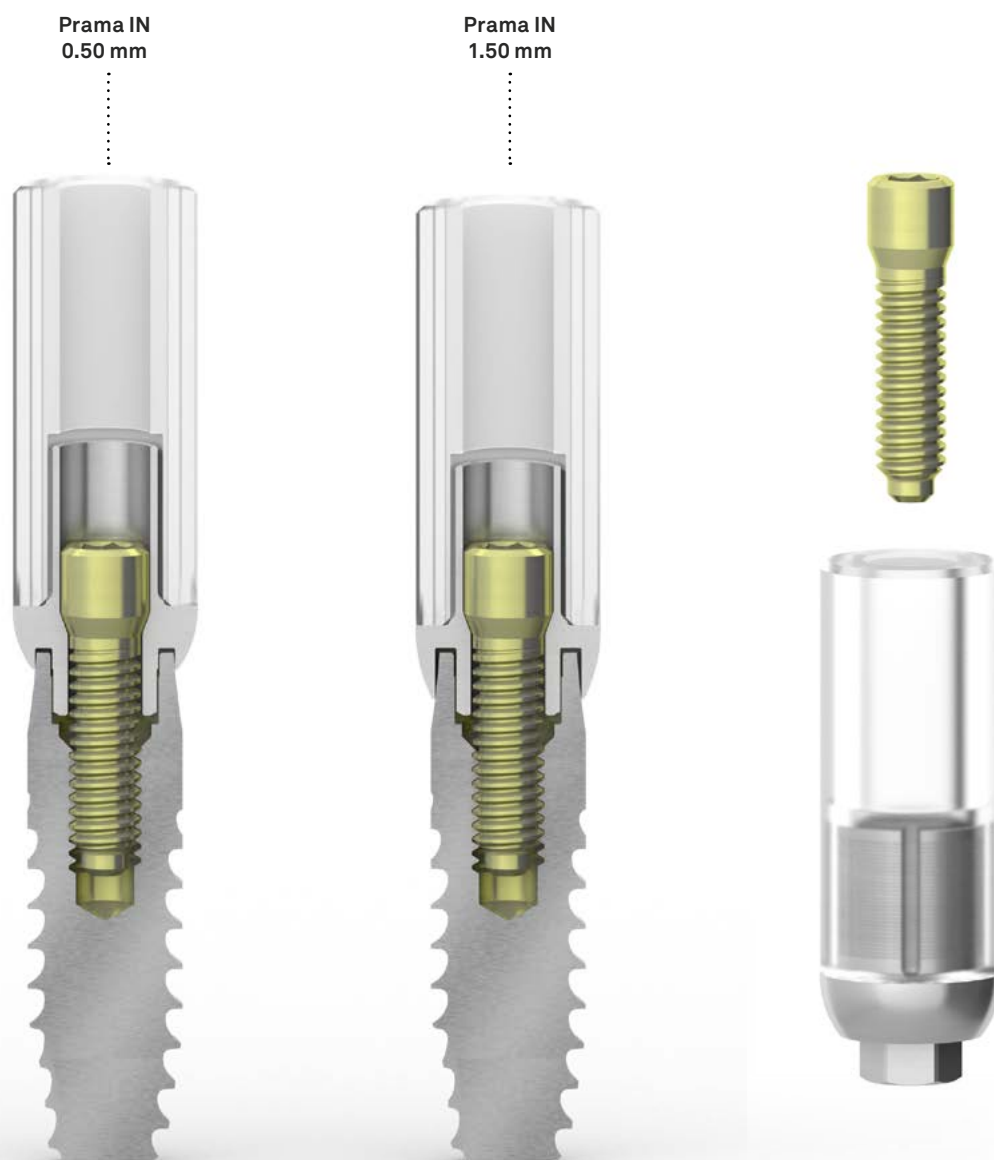
I pilastri calcinabili in PMMA Prama IN con base in cromo cobalto sono disponibili nelle due differenti altezze di chiusura sul collo (0.50 mm e 1.50 mm) con e senza esagono di riposizionamento.

I pilastri calcinabili in PMMA Prama IN con base in lega aurea sono disponibili nella sola versione non riposizionabile e con altezza di chiusura sul collo di 0.50 mm.

Il torque di serraggio raccomandato per il fissaggio definitivo dei pilastri o delle strutture ottenute dopo la sovrافusione è di 20-25 Ncm.

Si vedano i consigli per la sovrافusione delle leghe alla pagina web:

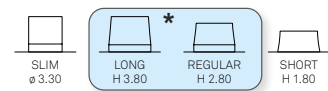
https://www.sweden-martina.com/it_it/ifu/

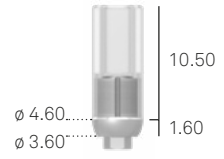
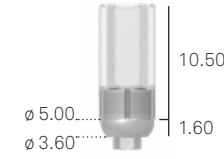
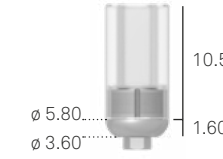
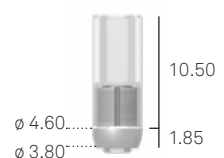
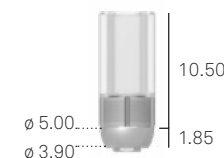
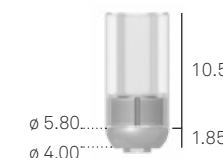
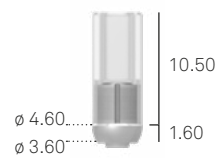
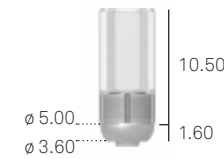
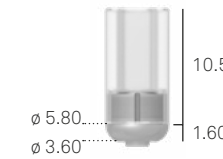
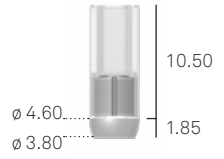
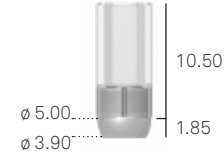
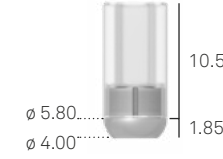
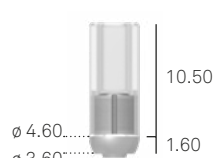
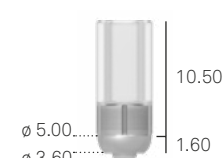

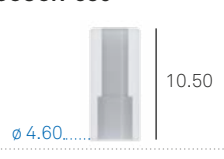
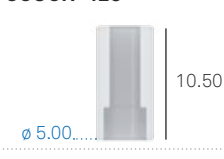
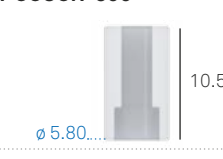

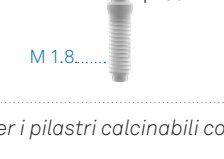


Nota bene: i pilastri calcinabili Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo sui colli Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm).

* I pilastri calcinabili Prama IN che abbracciano il collo per 1.50 mm di altezza sono utilizzabili solo sul collo Regular (h 2.80 mm).

94 In nessun caso i pilastri calcinabili Prama IN sono utilizzabili con i Prama Slim (ø 3.30 mm).



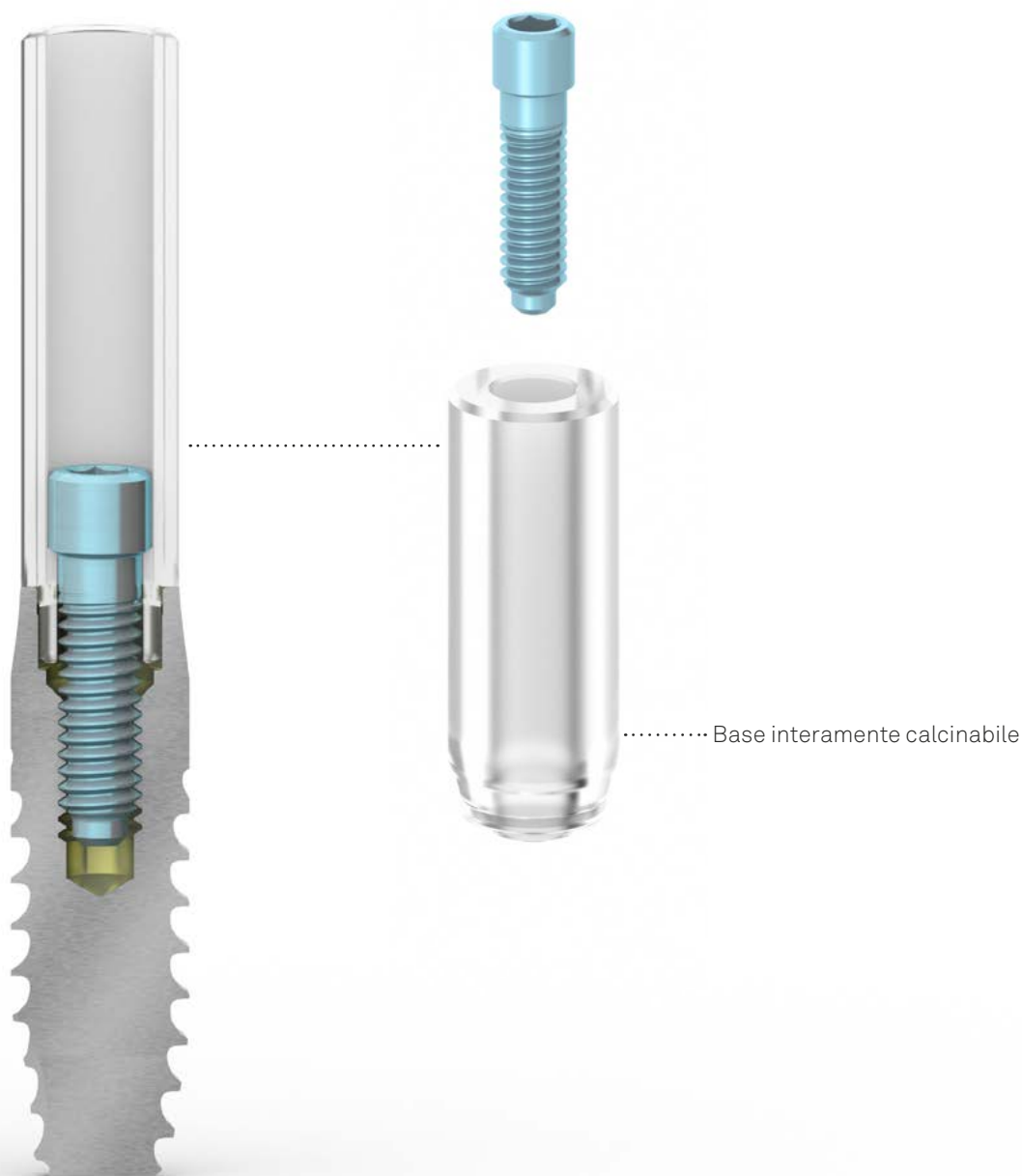
ø impianto	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilastrici calcinabili con base preformata in chromo cobalto Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-UCRCO-380-05 	L-UCRCO-425-05 	L-UCRCO-500-05 
Pilastrici calcinabili con base preformata in chromo cobalto Prama IN Chiusura sul collo 1.50 mm Riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-UCRCO-380-15 	L-UCRCO-425-15 	L-UCRCO-500-15 
Pilastrici calcinabili con base preformata in chromo cobalto Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Non riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-UCRCO-380-05-ROT 	L-UCRCO-425-05-ROT 	L-UCRCO-500-05-ROT 
Pilastrici calcinabili con base preformata in chromo cobalto Prama IN Chiusura sul collo 1.50 mm Non riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-UCRCO-380-15-ROT 	L-UCRCO-425-15-ROT 	L-UCRCO-500-15-ROT 
Pilastrici calcinabili con base preformata in lega aurea Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Non riposizionabili Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa	L-UCR-380-05-ROT 	L-UCR-425-05-ROT 	L-UCR-500-05-ROT 
Cannule calcinabili di ricambio per pilastrici calcinabili con base in lega Vite di serraggio ad appoggio conico non inclusa	A-CCUCR-380 	A-CCUCR-425 	A-CCUCR-500 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio ad appoggio conico In dotazione con i pilastrici e ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utilizzare L-VMS-180	Utilizzare L-VMS-180
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio con tecnologia Full Head Non compresa con i pilastrici, disponibile opzionalmente*	L-VM-180 L-VM-180-10 	Utilizzare L-VM-180	Utilizzare L-VM-180

Torque di serraggio raccomandato per i pilastrici calcinabili con base in metallo: 20-25 Ncm.

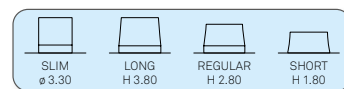
*Nei giorni immediatamente successivi ad una riabilitazione protesica avvitata con protesi Prama IN è normale che i movimenti masticatori provochino un leggero assestamento della protesi, che può talvolta causare un minimo allentamento della vite di fissaggio. Al fine di assicurare una stabilizzazione protesica ottimale, a distanza di 7-10 giorni dal posizionamento del manufatto è consigliabile rimuovere la protesi ed effettuare un ulteriore giro di serraggio della vite, così da garantirne un fissaggio corretto e solido che asseconi in maniera naturale i movimenti masticatori del paziente.

Pilastri interamente calcinabili

Questi pilastri sono realizzati integralmente in PMMA, una resina che non lascia alcun residuo in fusione. Si consideri che il processo di fusione, se non eseguito a regola d'arte, potrebbe determinare deformazioni in grado di compromettere la precisione di accoppiamento tra l'interfaccia implantare e quella protesica a livello di piattaforma di connessione.



Nota bene: i pilastri interamente calcinabili, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.



descrizione	codice
<p>Pilastrini calcinabili per fusione Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-CC-330-EX</p>
<p>Pilastrini calcinabili per fusione Non riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio standard inclusa</p>	<p>A-CC-330</p>
<p>Confezione singola Confezione da 10 pezzi</p> <p>Vite di serraggio standard In dotazione con i pilastrini calcinabili e ordinabile anche separatamente come ricambio</p>	<p>VM2-180 VM2-180-10</p>

Torque di serraggio raccomandato per i pilastrini interamente calcinabili: 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.

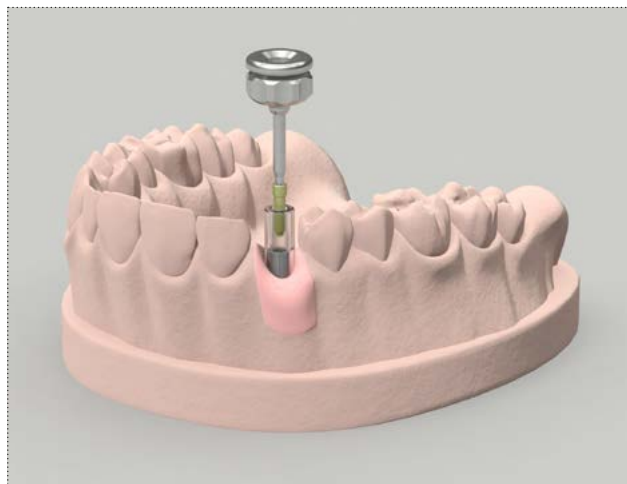
Riabilitazione definitiva singola avvitata con pilastri calcinabili con base in metallo

Nota bene: il medesimo procedimento illustrato nelle immagini seguenti con pilastri calcinabili con base in metallo è valido anche qualora si utilizzino cannule interamente calcinabili.

Sul modello di precisione inserire un pilastro calcinabile riposizionabile con base in metallo. Fissare il pilastro con un avvitatore della serie HSM o L-HSM a seconda del pilastro utilizzato, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

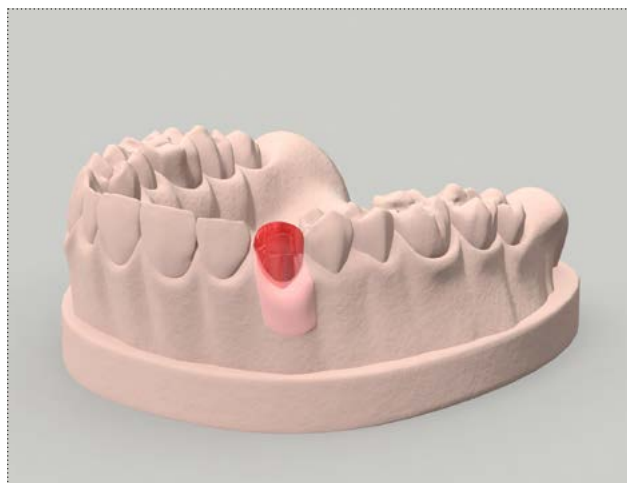
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Accorciare e modificare il pilastro secondo necessità.



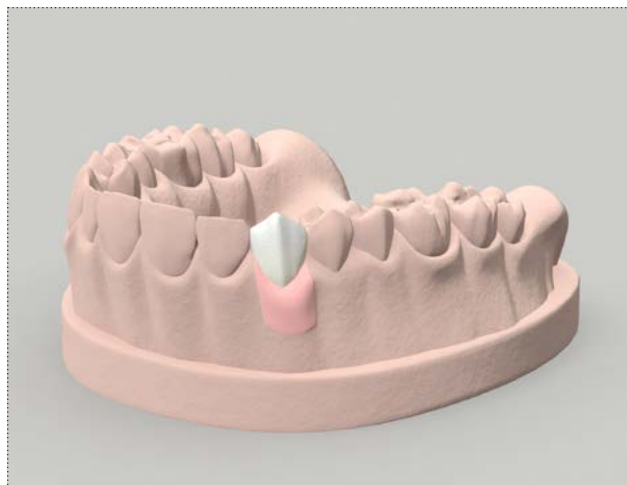
Modellare sul pilastro la corona avvitata in resina calcinabile.



Procedere alla sovrافusione della corona.
Effettuare una prova della struttura metallica su modello
o in bocca al paziente e apportare eventuali modifiche.



Ceramizzare la corona come d'abitudine.



Posizionare la corona singola avvitata sull'impianto e
fissare con la vite in dotazione al pilastro, rispettando
un torque di 20-25 Ncm.



Riabilitazione definitiva full arch avvitata con pilastri calcinabili con base in metallo

Nota bene: il medesimo procedimento illustrato nelle immagini seguenti con pilastri calcinabili con base in metallo è valido quando si utilizzino cannule interamente calcinabili.

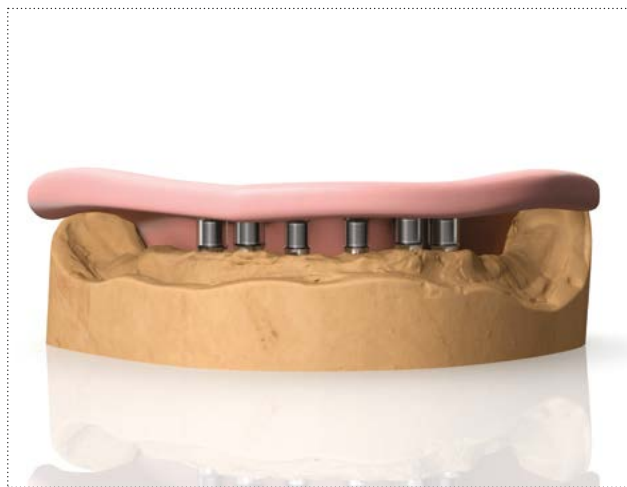
Rimuovere il provvisorio dalla bocca del paziente e prendere una impronta di precisione (pagg. 34 e segg.). Reinscrivere il provvisorio. Dopo aver realizzato il modello, serrare i pilastri agli analoghi per mezzo di un avvitatore della serie HSM.

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.



Rendere congrue le cannule calcinabili 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.



Modellare la struttura calcinabile che consentirà di ottenere il framework metallico della protesi definitiva.



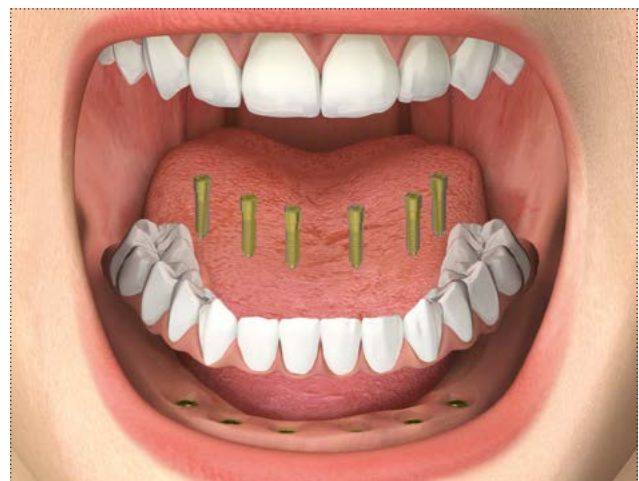
Realizzare la struttura tramite fusione come d'abitudine. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività.



Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.



Avvitare la struttura sugli impianti serrando le viti a 20-25 Ncm, controllandone la passivazione e le relazioni occlusali. Preservare la testa della vite e chiudere i fori vite con materiale rimovibile come composito o resina.



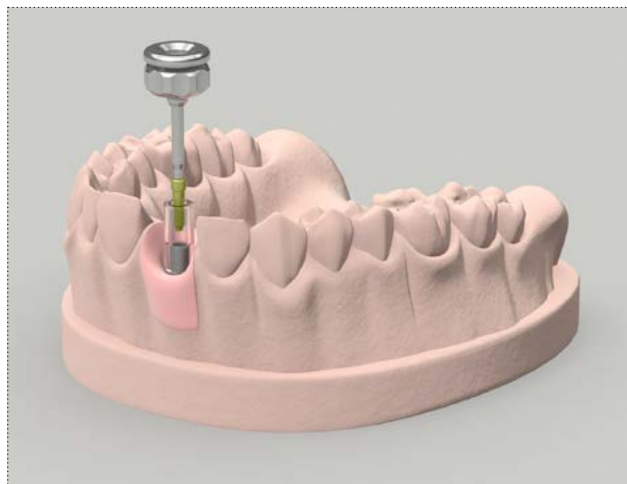
Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastro individuale ottenuto da sovrافusione di una cannula calcinabile

Nota bene: il medesimo procedimento illustrato nelle immagini seguenti con pilastri calcinabili con base in metallo è valido anche qualora si utilizzino cannule interamente calcinabili.

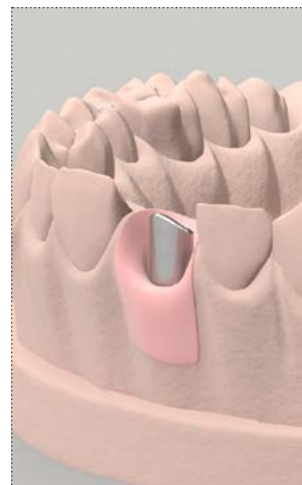
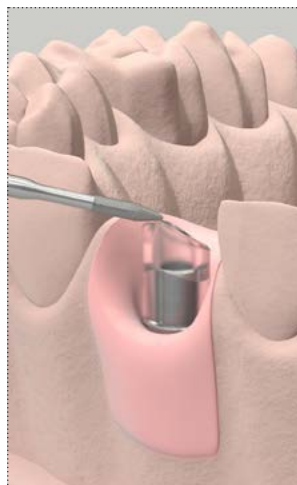
Sul modello di precisione inserire un pilastro calcinabile con base in metallo riposizionabile. Fissare il pilastro con un avvitatore della serie HSM, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

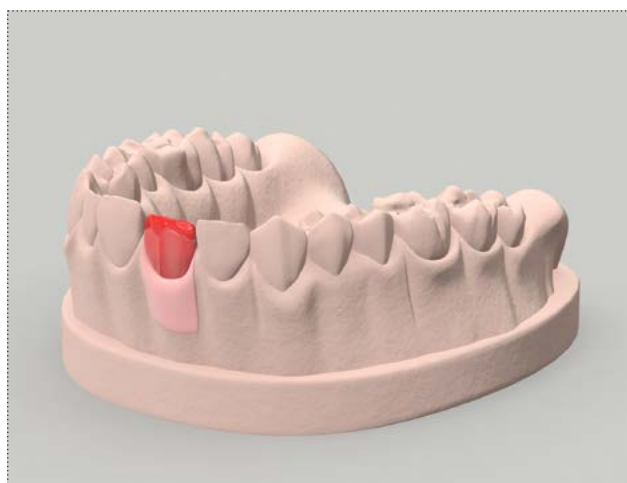
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



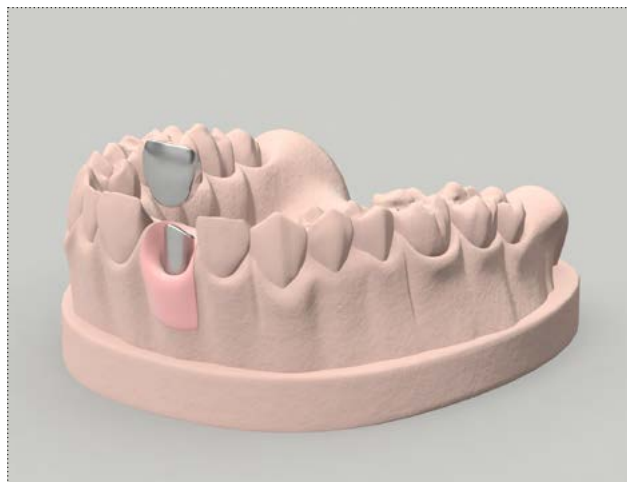
Modellare il pilastro in altezza e volume, aumentando gli spessori ove necessario. Procedere poi alla sovrافusione secondo consuetudine.



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



Realizzare la cappetta per fusione, o tramite tecnologia 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 modificarle.
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.



Cementare la corona sul pilastro avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



Riabilitazione definitiva full arch cementata con pilastri individuali ottenuti da sovrافusione di cannule calcinabili

Nota bene: il medesimo procedimento illustrato nelle immagini seguenti con pilastri calcinabili con base in metallo è valido anche qualora si utilizzino cannule interamente calcinabili.

Sul modello di precisione inserire i pilastri calcinabili con base in metallo in versione riposizionabile. Fissare i pilastri 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 le viti nuove in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Rendere congrue le cannule calcinabili 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; ridurre o aumentare gli spessori ove necessario.



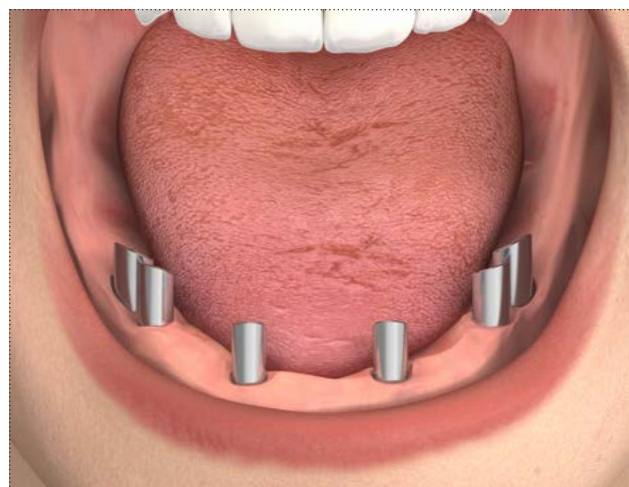
Procedere poi alla fusione dei pilastri secondo consuetudine.
Modellare in cera o resina calcinabile la struttura full arch sui pilastri, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Produrre la struttura full arch per fusione o tramite tecnologia CAD-CAM.
Provare la travata prima su modello e poi in bocca per verificare che non ci siano asperità che ne ostacolino il corretto posizionamento sui pilastri ed eventualmente correggere con una fresa.
Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.



Posizionare in bocca i pilastri, avendo cura di rispettare la posizione su modello di ogni singolo elemento, e fissarli con le viti fornite in dotazione con un torque di 20-25 Ncm.



Cementare la struttura full arch sui pilastri avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



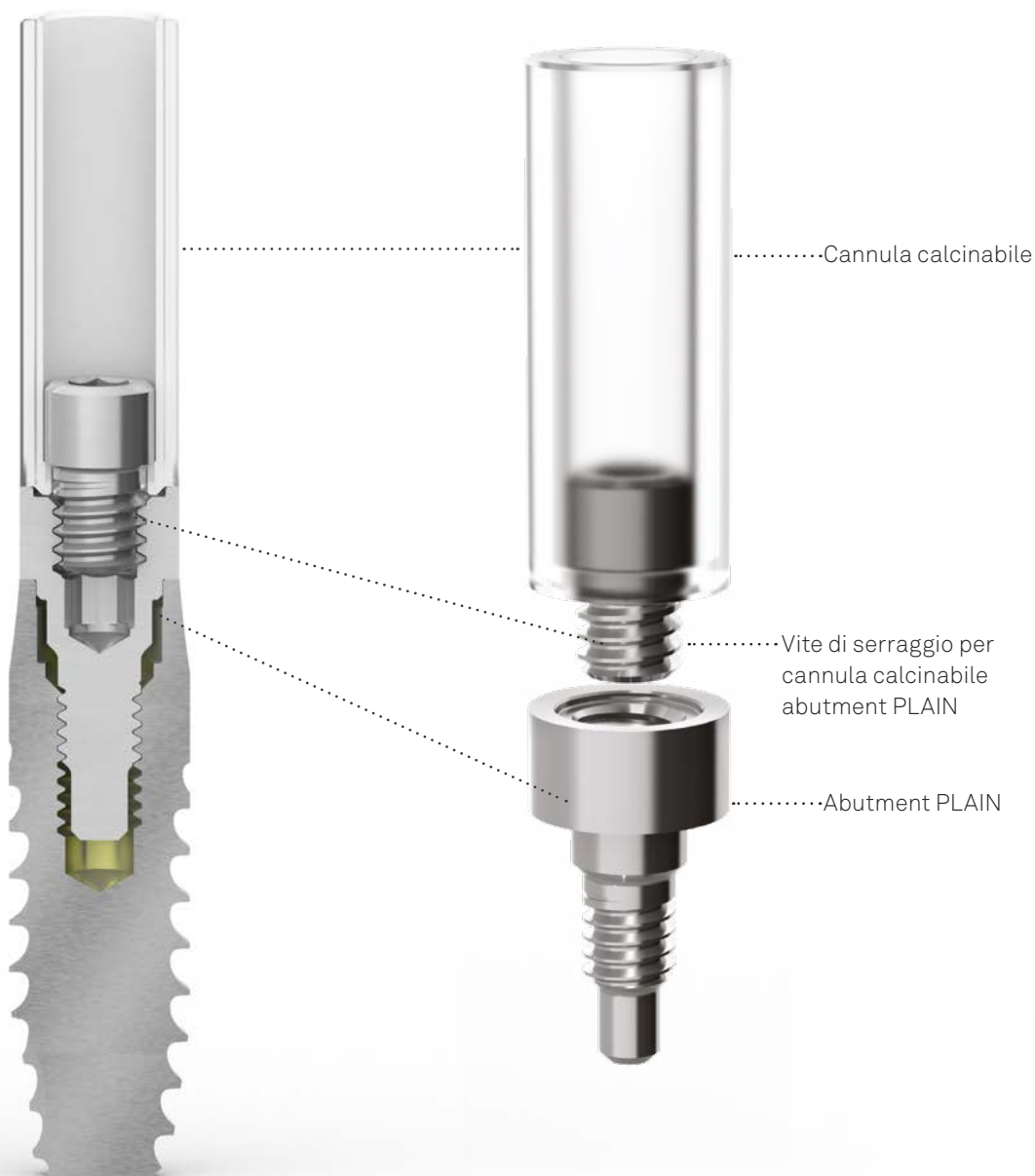
Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment PLAIN

Gli abutment PLAIN, 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.





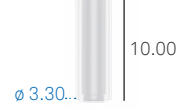

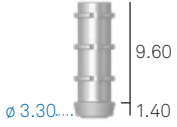

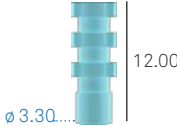
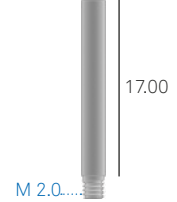
Per il trasporto nel cavo orale, l'avvitamento e il serraggio degli abutment PLAIN, utilizzare i cacciaviti standard della serie HSM contenuti nel kit chirurgico Prama.

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.

Sono inoltre disponibili apposite cannule in titanio per la realizzazione di provvisori.



Nota bene: gli abutment PLAIN, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

descrizione	codice	
Abutment PLAIN per avvitamento diretto h tras mucosa 2.00 mm	A-PLAIN-ABU330-2	
Abutment PLAIN per avvitamento diretto h tras mucosa 3.00 mm	A-PLAIN-ABU330-3	
Abutment PLAIN per avvitamento diretto h tras mucosa 4.00 mm	A-PLAIN-ABU330-4	
Cuffia di guarigione per abutment PLAIN	A-PLAIN-CG330	
Cannula calcinabile per abutment PLAIN Vite di serraggio inclusa	A-PLAIN-CC330	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi	A-PLAIN-VP200 A-PLAIN-VP200-10	
Vite di serraggio per cannula calcinabile abutment PLAIN		
Cannula in titanio per abutment PLAIN Vite di serraggio inclusa	A-PLAIN-CT330	
Analogo di abutment PLAIN	A-PLAIN-ANA-330	
Transfer per abutment PLAIN Vite di serraggio inclusa	A-PLAIN-TRA-330	
Vite di ricambio per transfer PLAIN In dotazione con i transfer per abutment PLAIN e ordinabile anche separatamente come ricambio	A-PLAIN-VTRA200	

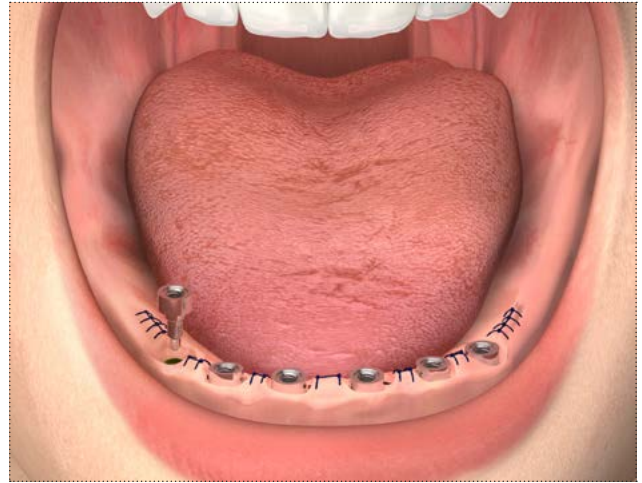
Torque di serraggio raccomandato per le viti transfer e per le cuffie di guarigione PLAIN: 8-10 Ncm.

Torque di serraggio raccomandato per le cannule calcinabili: 20-25 Ncm.

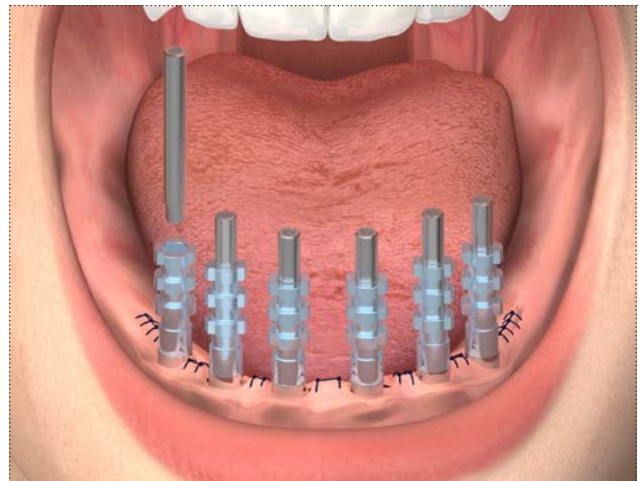
Torque di serraggio raccomandato per gli abutment PLAIN: 25-30 Ncm.

Fase d'impronta e modello

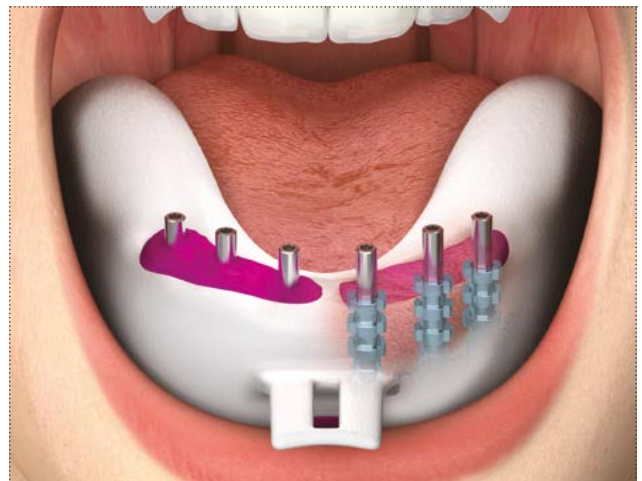
Dopo aver inserito gli impianti, fissare gli abutment PLAIN per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio degli abutment PLAIN sugli impianti è di 25-30 Ncm.

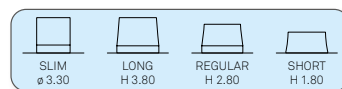


Avvitare ad ogni abutment PLAIN un transfer (cod. A-PLAIN-TRA-330) per mezzo dell'apposita vite fornita in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio dei transfer PLAIN sugli abutment è di 8-10 Ncm. Se lo si desidera, solidarizzare tra loro i transfer con filo e resina o composito ed attenderne la polimerizzazione secondo le indicazioni del fabbricante (es. resina SUN, cod. SUN-A2 o SUN-A3).

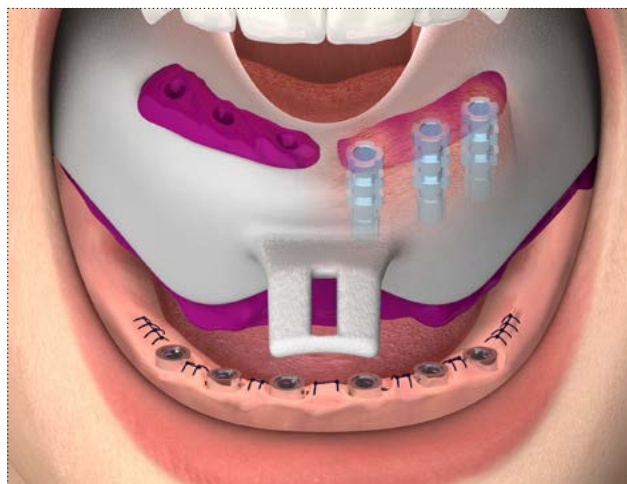


Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza del transfer all'interno delle sue pareti e la sommità della vite transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dall'apposito foro presente nel cucchiaio. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPL ANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno ai transfer e al tratto di solidarizzazione e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPL ANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.

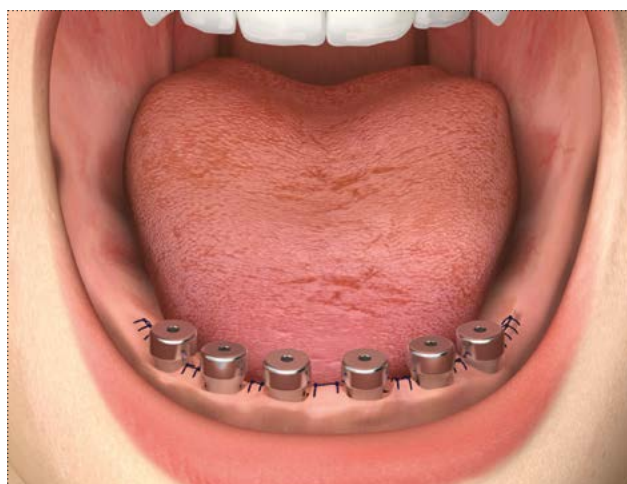




Svitare le viti transfer e sfilarle dall'impronta per evitare che al momento della rimozione del portaimpronta esse possano accidentalmente cadere in bocca al paziente. Rimuovere il cucchiaino: i transfer Pick-up restano inglobati nell'impronta.



Avvitare agli abutment PLAIN le apposite cuffie di guarigione in titanio (cod. A-PLAIN-CG330) per mezzo di un avvitatore delle serie HSM. Il torque di serraggio delle cuffie di guarigione PLAIN sui rispettivi abutment è di 8-10 Ncm.



Avvitare uno ad uno gli analoghi da laboratorio (cod. A-PLAIN-ANA-330) ai transfer per mezzo della vite transfer, ricollocata nel foro lasciato dalla stessa nel materiale da impronta. Boxare l'impronta e colare il modello come d'abitudine.

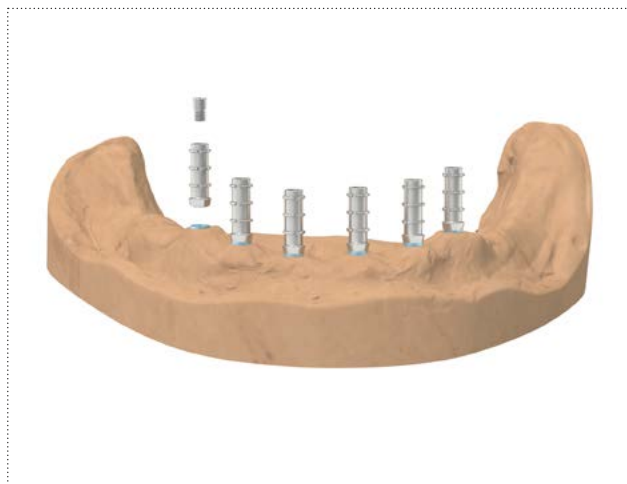


Riabilitazione provvisoria full arch avvitata su abutment PLAIN: tecnica per incollaggio con cannule in titanio

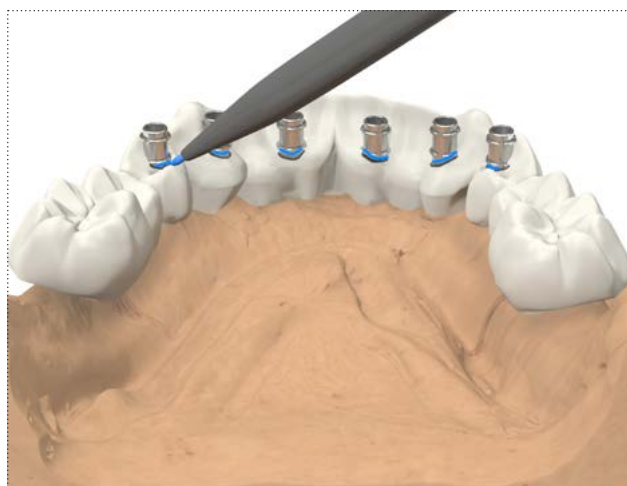
Dopo aver preso l'impronta e aver realizzato il modello secondo le procedure precedentemente indicate, fissare tutte le cannule in titanio A-PLAIN-CT330 agli analoghi degli abutment PLAIN per mezzo delle viti di serraggio A-PLAIN-VP200.

Avvertenza importante

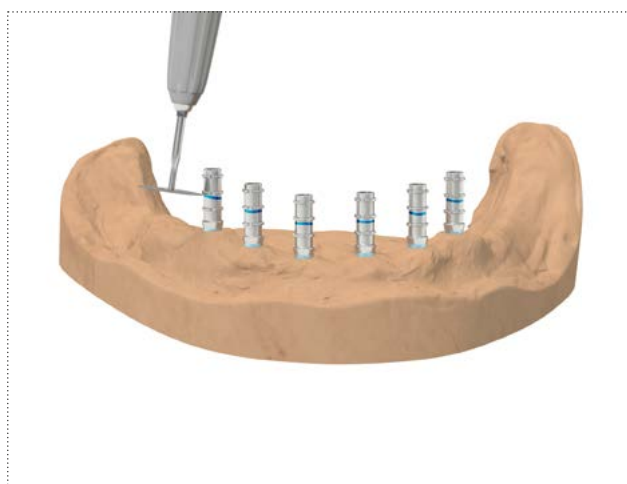
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola con il codice A-PLAIN-VP200 o in confezione da 10 unità con il codice A-PLAIN-VP200-10. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.

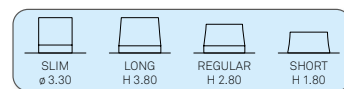


Sulle cannule in titanio PLAIN inserire una struttura realizzata in laboratorio e forata in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo delle cannule. Segnare il margine palatale e vestibolare della struttura provvisoria su tutte le cannule per poi poterle ridurre in maniera congruente.



Sfilare la struttura provvisoria e tagliare su modello le cannule all'altezza segnalata utilizzando un disco abrasivo.

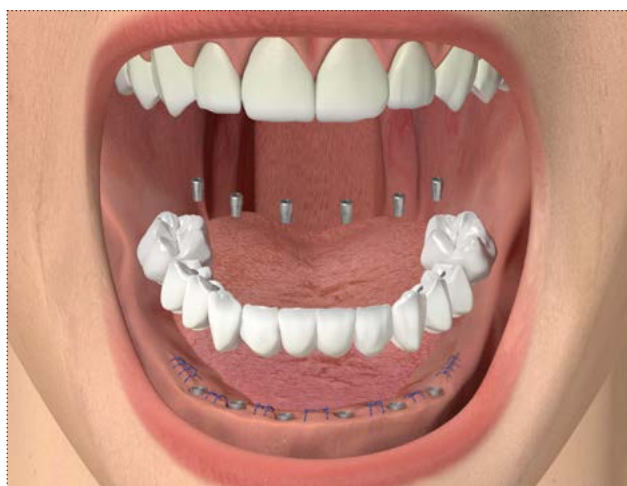




Incollare la struttura provvisoria alle cannule in titanio PLAIN attendendo la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti.

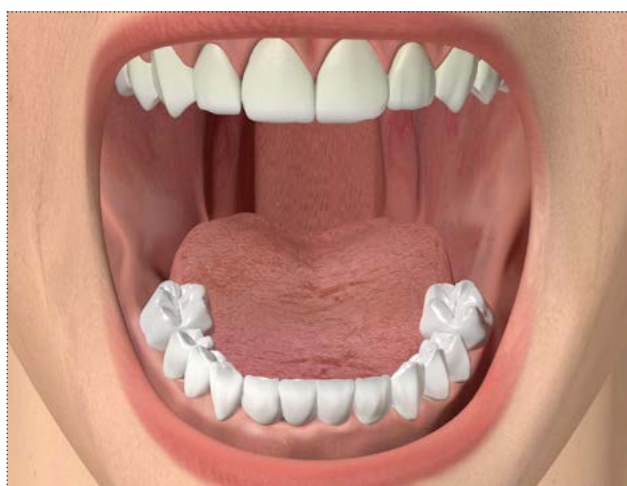


A polimerizzazione avvenuta svitare la struttura provvisoria dal modello e avvitarla agli abutment PLAIN, avendo cura di tenere lontani i lembi dei tessuti molli dalla connessione durante le manovre di inserimento e suturandoli poi attorno all'emergenza dei pilastri per un adeguato condizionamento. Il provvisorio deve essere avvitato con le apposite viti fornite in dotazione 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 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.

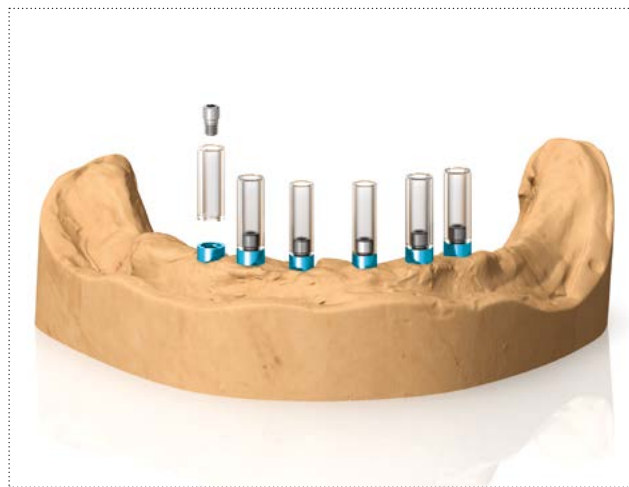


Riabilitazione definitiva full arch avvitata con abutment PLAIN: tecnica per fusione integrale con cannule calcinabili

Sul modello di precisione serrare le cannule calcinabili agli analoghi PLAIN con la vite di serraggio A-PLAIN-VP200 fornita in dotazione, 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.

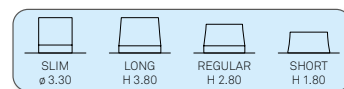


Ridurre le cannule calcinabili ad una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Realizzare una struttura calcinabile che consentirà di ottenere il framework metallico della protesi.





Realizzare la struttura come da protocollo standard.
Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività.
Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture agli abutment è di 20-25 Ncm.

Avvertenza importante

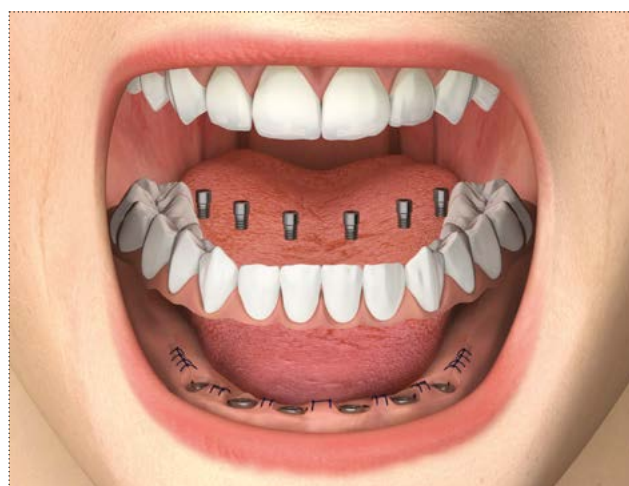
Qualora la struttura non risultasse completamente passiva pur avendo seguito il normale protocollo di verifica prima della fusione, si corregga come d'abitudine.



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



Svitare le cuffie di guarigione e serrare la sovrastruttura agli abutment, rispettando un torque di 20-25 Ncm.
Controllare la passivazione e le relazioni occlusali.
Si raccomanda di utilizzare sempre viti nuove per il serraggio del manufatto in bocca al paziente.
Riempire i fori vite con materiale rimovibile da parte dell'operatore.

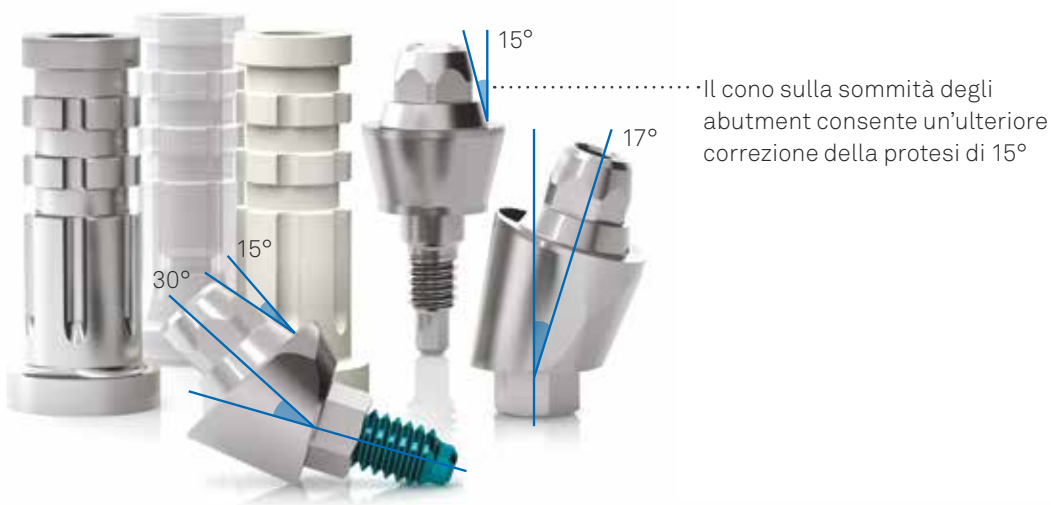


Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment P.A.D.

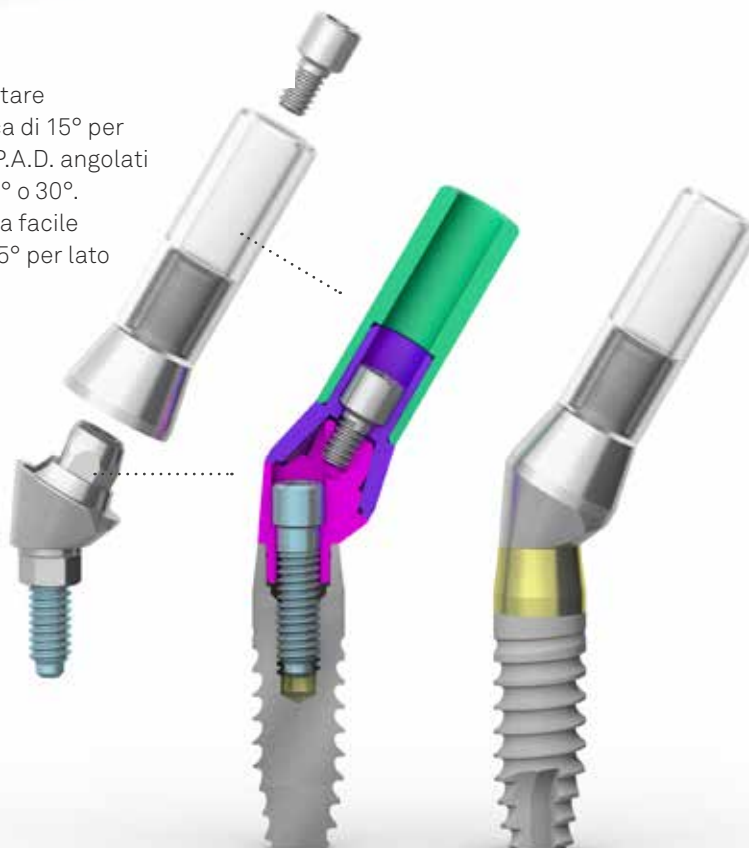
La sistematica P.A.D. (Protesi Avvitata Disparallela) è stata studiata per facilitare la realizzazione di protesi multiple avvitate. Le diverse versioni disponibili, con angolazioni di 17° e 30°, rendono possibile il riposizionamento protesicamente favorevole delle connessioni anche qualora gli impianti 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., che facilita l'inserimento delle strutture multiple.

Gli abutment P.A.D. angolati devono essere trasportati in bocca per mezzo della vite transfer ad avvitamento manuale PAD-VTRAL-140-MAN o del trasportatore PAD-CAR con una vite transfer, anch'essi in titanio, per il fissaggio dell'abutment allo strumento.




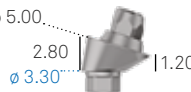
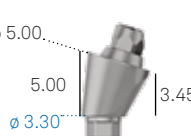
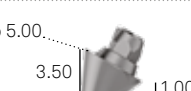




Prima dell'uso clinico è necessario sottoporre tutti i pezzi a un ciclo di sterilizzazione in autoclave.



Il cono superiore permette di orientare ulteriormente la struttura protesica di 15° per lato, che nel caso degli abutment P.A.D. angolati si aggiungono all'inclinazione di 17° o 30°. Questa caratteristica permette una facile gestione di disparallelismi fino a 45° per lato



Nota bene: gli abutment P.A.D., che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

descrizione	codice	
Abutment P.A.D. dritti per avvitamento diretto h transmucosa 1.50 mm	A-PAD-AD330-15	
Abutment P.A.D. dritti per avvitamento diretto h transmucosa 3.00 mm	A-PAD-AD330-30	
Abutment P.A.D. dritti per avvitamento diretto h transmucosa 4.00 mm	A-PAD-AD330-40	
Abutment P.A.D. angolati a 17° h transmucosa 3.00 mm Vite di serraggio inclusa	A-PAD-AA330-173	
Abutment P.A.D. angolati a 17° h transmucosa 5.00 mm Vite di serraggio inclusa	A-PAD-AA330-175	
Abutment P.A.D. angolati a 30° h transmucosa 3.00 mm Vite di serraggio inclusa	A-PAD-AA330-303	
Abutment P.A.D. angolati a 30° h transmucosa 5.00 mm Vite di serraggio inclusa	A-PAD-AA330-305	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di ricambio standard per il serraggio di abutment angolati P.A.D. In dotazione con gli abutment P.A.D. angolati e ordinabile anche separatamente come ricambio	PAD-VM-180 PAD-VM-180-10	
Avvitatore per abutment P.A.D. dritti, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica Non incluso nel kit chirurgico, acquistabile separatamente	AVV2-ABUT	
Carrier per trasportare gli abutment P.A.D. angolati nel cavo orale, sterilizzabile e riutilizzabile Deve essere fissato agli abutment tramite la vite PAD-VTRAL-140	PAD-CAR	







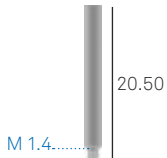
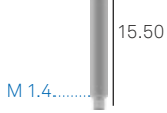



Torque di serraggio raccomandato per P.A.D. ad avvitamento diretto: 25-30 Ncm.

Torque di serraggio raccomandato per P.A.D. angolati: 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.



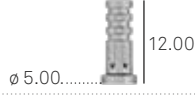
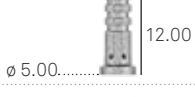


Componenti P.A.D. per sovrastrutture

descrizione	codice	
Cuffia di protezione per abutment P.A.D. in titanio Gr. 5 Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CG	
Cuffia di protezione per abutment P.A.D. in PEEK Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CGP	
Cappette rotanti in POM per la presa d'impronta diretta su abutment P.A.D. Non riposizionabili	PAD-CAP	
Cappette in POM per la presa d'impronta diretta su abutment P.A.D., con esagono Riposizionabili	PAD-CAP-EX	
Transfer Pick-up in titanio Gr. 5 per abutment P.A.D., rotante Vite per transfer lunga inclusa (cod. PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA	
Transfer Pick-up in titanio Gr. 5 per abutment P.A.D., con esagono, non rotante Vite per transfer lunga inclusa (cod. PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA-EX	
Vite di ricambio lunga per transfer P.A.D. In dotazione con i transfer e ordinabile separatamente come ricambio	PAD-VTRAL-140	
Vite di ricambio per transfer P.A.D. in dotazione con i transfer e ordinabile separatamente come ricambio	PAD-VTRA-140	
Vite di ricambio per transfer P.A.D. ad avvitamento manuale Non inclusa con i transfer, ordinabile separatamente	PAD-VTRAL-140-MAN	
Analogo dell'abutment P.A.D. in titanio Gr. 5	PAD-ANA	
Cannule calcinabili in PMMA per abutment P.A.D., rotanti Vite di serraggio inclusa	PAD-CC	

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

descrizione	codice
Cannule calcinabili in PMMA per abutment P.A.D., con esagono, non rotanti Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CC-EX 
Pilastri calcinabili in PMMA con base preformata in lega aurea, rotanti, non riposizionabili, per sovrافusione su abutment P.A.D. Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-UC 
Pilastri calcinabili in PMMA con base preformata in cromo cobalto, rotanti, non riposizionabili, per sovrافusione su abutment P.A.D. Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-UCRCO 
Vite di ricambio per componenti protesiche per abutment P.A.D. In dotazione con tutte le componenti per la realizzazione della sovrastuttura e disponibile anche come ricambio Acquistabile anche in confezione da 10 pezzi (cod. PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Componenti P.A.D. per ribasatura e tecnica per incollaggio

descrizione	codice
Cannule in PEEK per abutment P.A.D., rotanti, per ribasatura di protesi esistente Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CP 
Cannule in PEEK per abutment P.A.D., con esagono, non rotanti, per ribasatura di protesi esistente Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CP-EX 
Cannule in titanio Gr. 5 per abutment P.A.D., rotanti, per ribasatura di protesi esistente Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CT 
Cannule in titanio Gr. 5 per abutment P.A.D., con esagono, non rotanti, per ribasatura di protesi esistente Vite di serraggio inclusa (cod. PAD-VP-140)	PAD-CT-EX 
Pilastri calcinabili in PMMA per tecniche di incollaggio su cannula in titanio Gr. 5	PAD-CCEM 
Vite di ricambio per componenti protesiche per abutment P.A.D. In dotazione con tutte le componenti per la realizzazione della sovrastuttura e disponibile anche come ricambio Acquistabile anche in confezione da 10 pezzi (cod. PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Torque di serraggio raccomandato per il fissaggio delle cuffie di protezione: 8-10 Ncm.

Torque di serraggio raccomandato per fissaggio delle viti protesiche: 15-20 Ncm.

Torque raccomandato per le cannule in PEEK: 15-20 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.

Inserimento di abutment P.A.D. dritti

Nelle pagine a seguire si illustrerà l'inserimento degli abutment P.A.D. dritti e angolati.

A scopo puramente esplicativo le immagini mostrano una arcata inferiore con posizionamento delle fixture secondo il protocollo All-on-Four*, in modo da mostrare tanto l'uso degli abutment dritti quanto quello degli abutment angolati. Le medesime procedure di inserimento sono valide anche qualora la riabilitazione preveda un numero superiore di impianti.



Utilizzare il carrier per abutment AVV-ABUT-DG fornito nella confezione dell'abutment per trasportare gli abutment P.A.D. dritti in bocca al paziente. Il carrier friziona sull'esagono superiore dell'abutment P.A.D. quindi non è necessario portarlo a fine corsa per ottenere la giusta ritenzione.

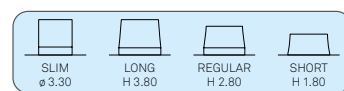
Avvertenza importante

Gli abutment P.A.D. dritti vengono venduti in confezione non sterile. Prima dell'uso clinico è necessario sottoporre il solo abutment di titanio ad un ciclo di sterilizzazione in autoclave. Il carrier AVV-ABUT-DG è realizzato in POM, pertanto non può essere sottoposto a sterilizzazione in autoclave. È opportuno sterilizzare a freddo il carrier prima di utilizzarlo per trasportare l'abutment in bocca.



Inserire l'abutment P.A.D. nella connessione dell'impianto, trovare il giusto ingaggio tra il filetto dell'abutment e quello del pozzetto e fissare per qualche giro. Con un leggero movimento a leva rimuovere il carrier dall'abutment P.A.D.





L'avvitamento deve essere completato con l'opportuna brugola (codice AVV2-ABUT), che deve essere acquistata separatamente. Tale brugola deve essere connessa al cricchetto dinamometrico (CRI5-KIT).



Qualora fosse necessario, può essere utilizzata una prolunga (BPM-15) da infilare tra la brugola e la testa del cricchetto.

Avvertenza importante

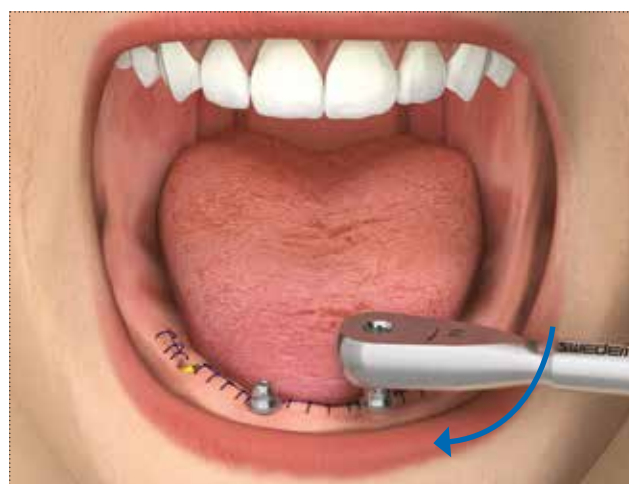
Per garantire un corretto funzionamento degli strumenti è necessario controllare periodicamente che la ritenzione degli O-ring in gomma sia adeguata ed eventualmente procedere alla sostituzione di quelli usurati.



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.

Avvertenza importante

Il torque massimo di serraggio degli abutment P.A.D. dritti per avvitamento diretto è di 25-30 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.



Inserimento di abutment P.A.D. angolati

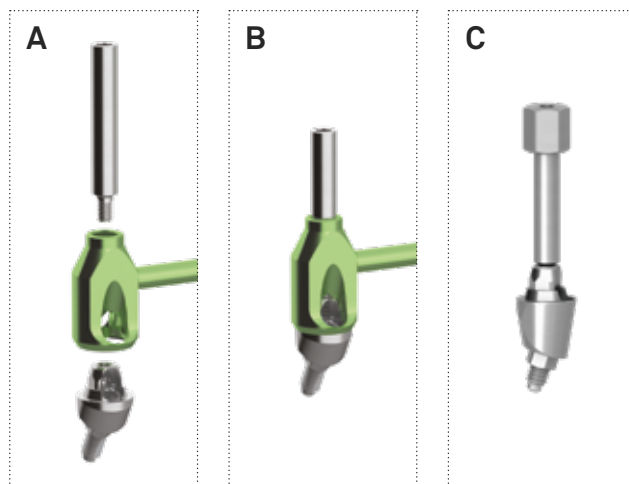
Con l'avvitatore HSM-20-DG ingaggiare la vite di serraggio (cod. PAD-VM-180): il particolare design dello strumento permetterà di esercitare una leggera frizione all'interno della testa della vite, in modo da trasportarla e inserirla nel foro laterale presente nell'abutment P.A.D.

Avvertenza importante

Gli abutment P.A.D. angolati devono essere trasportati in bocca per mezzo dell'apposito trasportatore PAD-CAR e di una vite transfer, anch'essi in titanio, per il fissaggio dell'abutment allo strumento. Prima dell'uso clinico è necessario sottoporre tutti i pezzi a un ciclo di sterilizzazione in autoclave.

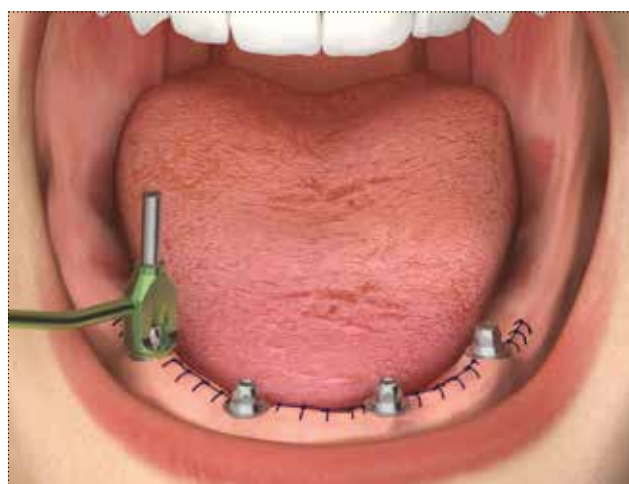


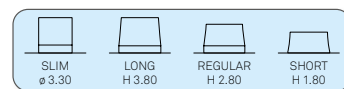
Posizionare l'abutment P.A.D. angolato nella parte inferiore dell'apposito carrier (cod. PAD-CAR) in modo che il foro vite dell'abutment combaci con uno dei due fori laterali del carrier, a seconda dell'orientamento necessario dato dal lato della bocca nel quale si deve intervenire (**img. A**). Inserire nel foro superiore del carrier la vite transfer (cod. PAD-VTRA-140) e serrarla sull'abutment P.A.D. angolato (**img. B**).



Nota bene: la vite transfer non è fornita in dotazione al carrier. Può essere ordinata separatamente in confezione singola. Qualora non ci fosse spazio verticale sufficiente, la vite transfer ad avvitamento manuale PAD-VTRAL-140-MAN può essere utilizzata come carrier, senza il PAD-CAR, avvitandola direttamente al foro per la vite protesica (**img. C**).

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

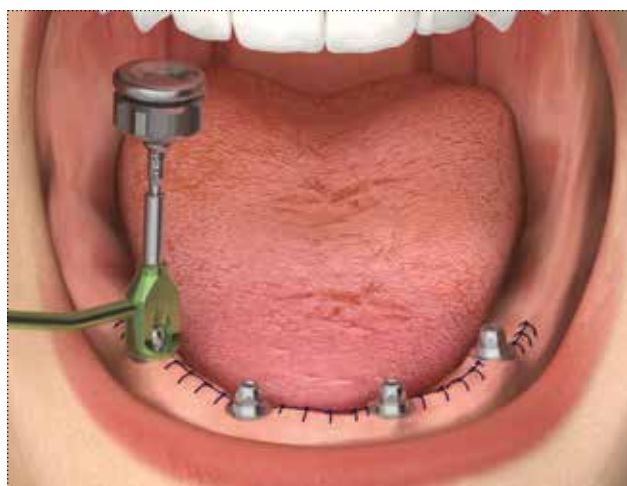




Mantenendo posizionato l'abutment con il carrier, serrare la vite di serraggio fino alla battuta.



Usare il medesimo avvitatore della serie HSM per svitare la vite transfer ed estrarre poi il carrier.

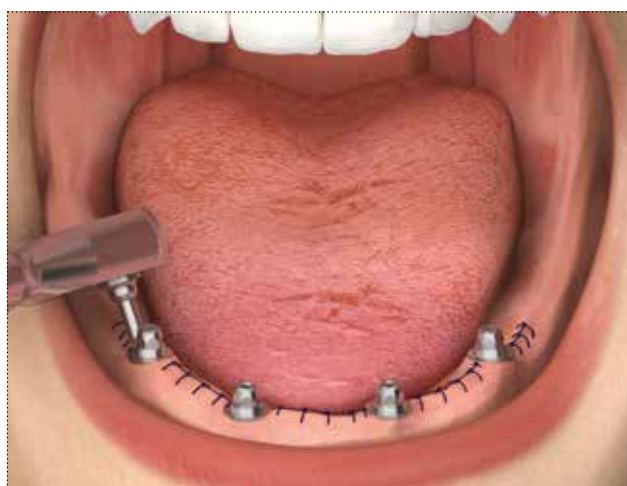


Assicurare nuovamente il corretto torque di serraggio alla vite infilando un avvitatore della serie HSM nel cricchetto (cod. CRI5-KIT).

Avvertenza importante

Il torque massimo di serraggio degli abutment P.A.D. angolati, con vite passante, è di 20-25 Ncm.

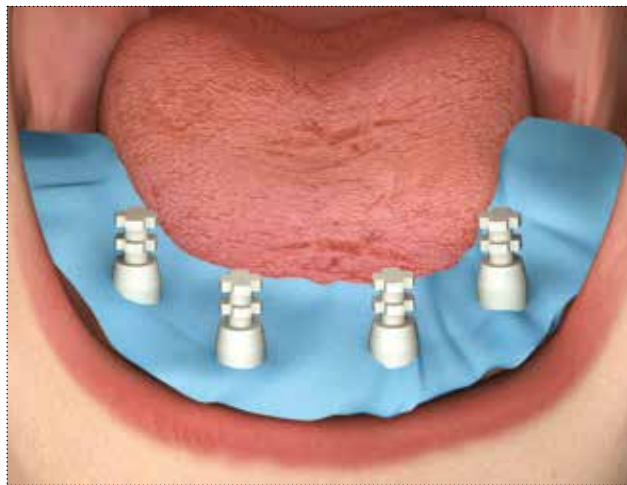
Poiché manualmente è difficile controllare con precisione il torque di inserimento delle componenti protesiche, è opportuno terminare la procedura sempre con il cricchetto dinamometrico. Si raccomanda di mantenere il cricchetto in posizione perpendicolare durante l'avvitamento tenendo l'indice della mano libera sopra il nottolino in modo da evitare movimenti basculatori che possono rovinare gli strumenti e incidere sul corretto posizionamento degli abutment.



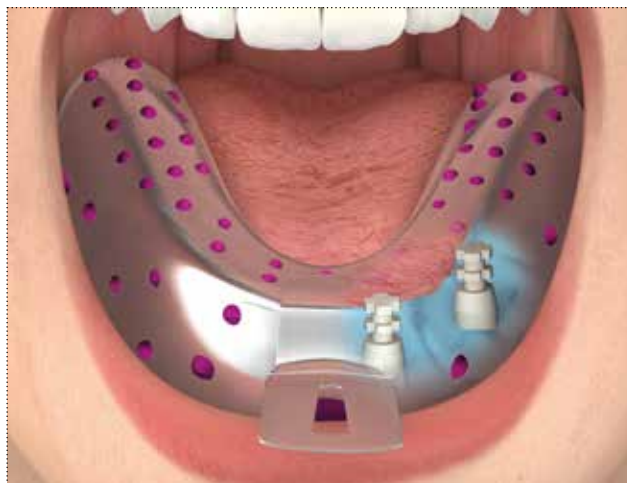
Carico immediato su 4 o 6 impianti: tecnica per incollaggio

Impronta su abutment P.A.D. con cappette in POM

Dopo aver inserito gli abutment P.A.D. nelle connessioni implantari, inserire con una leggera pressione le cappette rotanti per la tecnica a cucchiaio chiuso (cod. PAD-CAP). Non si utilizzano viti, in quanto tali cappette lavorano per frizione sul cono dell'abutment stesso. Sono particolarmente indicate per situazioni di lieve disparallelismo delle piattaforme emergenti.



Se necessario, ridurre le cappette a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente. Posizionare il cucchiaio portaimpronta chiuso sulle cappette, cercando di evitare movimenti laterali che ne causino lo spostamento accidentale. Lasciar indurire il materiale da impronta secondo le indicazioni e sollevare verticalmente il cucchiaio.



Qualora gli abutment non vengano caricati immediatamente e sia necessario proteggerli durante la permanenza nel cavo orale, possono essere coperti con l'apposita cuffia di protezione in titanio PAD-CG (**img. A**) oppure con le cappette PAD-CGP in PEEK (**img. B**), dalle dimensioni più contenute e quindi adatte a essere nascoste da un provvisorio.

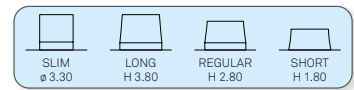
Tali cuffie vanno assemblate agli abutment tramite le viti in dotazione.

Il torque raccomandato per serrare le viti della cuffia di protezione tramite la vite è di 8-10 Ncm.



Avvertenza importante

Entrambe le tipologie di cuffia vengono vendute in confezione non sterile, pertanto è necessario sottoporle a sterilizzazione in autoclave prima dell'uso clinico, secondo le indicazioni di pag. 233.



Posizionare nel cucchiaio portaimpronta gli analoghi (cod. PAD-ANA) ingaggiandoli nelle cappette rotanti.



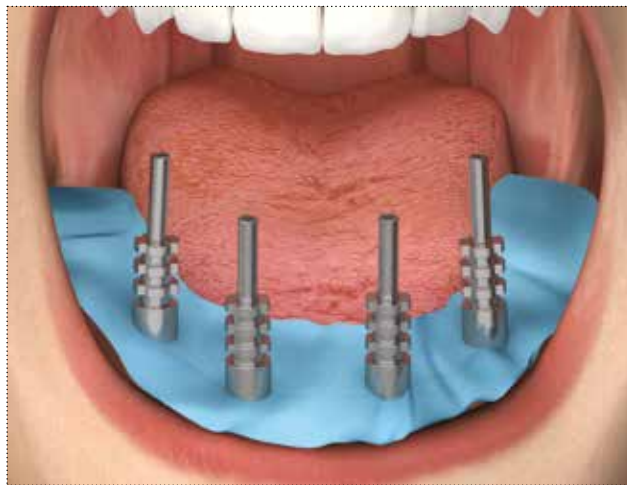
Sviluppare il modello come d'abitudine.



Impronta su abutment P.A.D. con transfer Pick-up

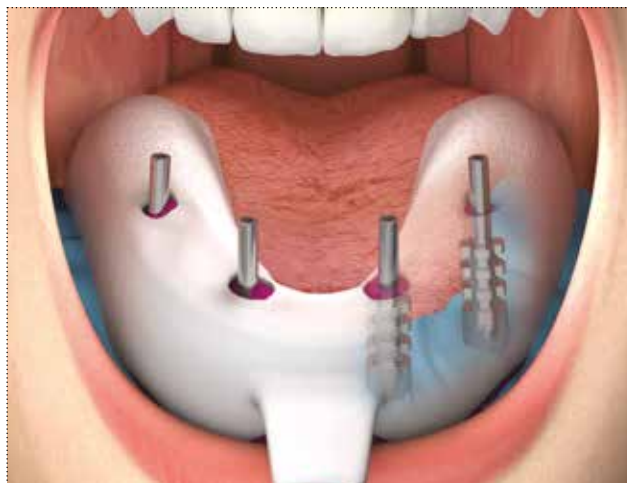
Dopo aver inserito gli abutment P.A.D. nelle connessioni implantari, fissare i transfer Pick-up con l'apposita vite lunga fornita in dotazione PAD-VTRAL-140, idonea alla presa d'impronta con cucchiaio individuale aperto.

Se lo si desidera, solidarizzare tra loro i transfer con filo e resina e attenderne la polimerizzazione secondo le indicazioni del fabbricante.



Posizionare il cucchiaio individuale aperto sui transfer. La vite fuoriuscirà dai fori appositamente creati nel cucchiaio individuale.

Al termine dell'indurimento del materiale da impronta, svitare le viti transfer e sfilare il portaimpronta.



Qualora gli abutment non vengano caricati immediatamente e sia necessario proteggerli durante la permanenza nel cavo orale, possono essere coperti con l'apposita cuffia di protezione in titanio PAD-CG (**img. A**) oppure con le cappette PAD-CGP in PEEK (**img. B**), dalle dimensioni più contenute e quindi adatte a essere nascoste da un provvisorio.

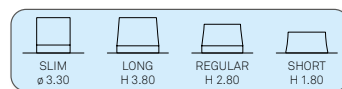
Tali cuffie vanno assemblate agli abutment tramite le viti in dotazione.

Il torque raccomandato per serrare le viti della cuffia di protezione tramite la vite è di 8-10 Ncm.

Avvertenza importante

Entrambe le tipologie di cuffia vengono vendute in confezione non sterile, pertanto è necessario sottoporle a sterilizzazione in autoclave prima dell'uso clinico, secondo le indicazioni di pag. 233.





Posizionare nel cucchiaio portaimpronta gli analoghi (cod. PAD-ANA) ingaggiandoli nei transfer e fissare la vite, ricollocandola nel foro lasciato dalla stessa nel materiale da impronta.



Sviluppare il modello come d'abitudine.

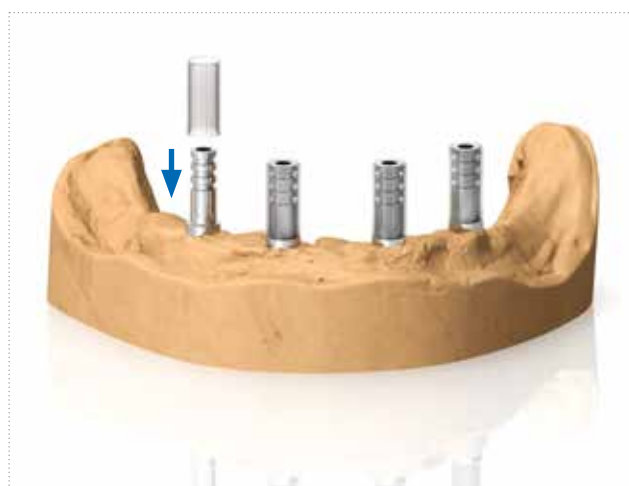


Realizzazione di una protesi con struttura armata: tecnica per incollaggio

Per mezzo dell'apposita vite in dotazione (cod. PAD-VP-140), serrare su ogni analogo P.A.D. una cannula in titanio rotante (cod. PAD-CT).

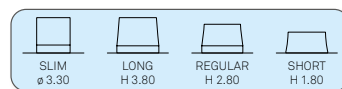


Infilare su ogni cannula in titanio un cilindro calcinabile in PMMA (cod. PAD-CCEM).



Ridurre le cannule in titanio e i relativi cilindri 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.





Modellare una travata in resina, inglobando i cilindri calcinabili.



Rimuovere dal modello la struttura e procedere con la fusione o con la replica con tecniche digitali CAD-CAM. Le cannule in titanio restano avvitate agli analoghi degli abutment P.A.D.



Procedere con la realizzazione della parte estetica della protesi, come d'abitudine. Provare sul modello e poi in bocca la passività della struttura.



IN STUDIO: Capovolgere il provvisorio e inserire del cemento resinoso tra la travata fusa e le cannule in titanio.



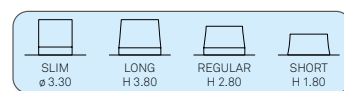
Calzare il provvisorio sulle cannule in titanio precedentemente riposizionate in bocca e avvitate con le relative viti.

Nota bene: si presti attenzione al corretto posizionamento delle cannule in titanio in bocca, seguendo l'ordine del modello, in modo da non creare discomfort e difficoltà funzionali al paziente. È possibile proteggere i tessuti molli inserendo una diga in gomma opportunamente sagomata per evitare che il cemento possa inglobare i punti di sutura.



Far polimerizzare il cemento secondo le indicazioni del produttore.





Svitare il provvisorio e rifinire la base: le cannule in titanio restano inglobate dal cemento all'interno della protesi, mentre gli abutment P.A.D. restano avvitati agli impianti. Dopo la lucidatura della base riavvitare il provvisorio sugli abutment P.A.D. con un torque di 15-20 Ncm. Controllare le relazioni occlusali e verificare l'assenza di tensioni. Preservare la testa della vite e chiudere i fori vite con materiale rimovibile come composito o resina.

Avvertenza importante

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



Avvertenza importante

Per i pazienti già portatori di overdenture è possibile realizzare un provvisorio ancorato su impianti, avvalendosi delle medesime cannule in titanio (cod. PAD-CT) o in PEEK (cod. PAD-CP). In tal caso la protesi esistente verrà forata in corrispondenza degli impianti e poi incollata alle suddette cannule ribasando direttamente in bocca. Le eccedenze delle cannule dovranno poi essere tagliate per evitare discomfort e problemi funzionali al paziente.



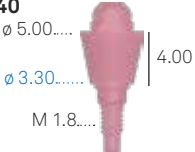





Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment P.A.D.r

I P.A.D.r sono abutment semplici da inserire, sono corti, stretti e dall'ingombro limitato, circostanza che li rende particolarmente adeguati nelle riabilitazioni delle arcate parzialmente o totalmente edentule, in spazi orizzontali e verticali ridotti.

I P.A.D.r offrono al clinico la massima libertà ed ergonomia delle sovrastrutture.

La componentistica P.A.D.r è realizzata con anodizzazione rosa per rendere queste soluzioni più mimetiche e maggiormente accettate dal paziente.



descrizione	codice
Abutment P.A.D.r dritti, ad avvitamento diretto h transucosa 1.50 mm Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AD330-15 
Abutment P.A.D.r dritti, ad avvitamento diretto h transucosa 3.00 mm Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AD330-30 
Abutment P.A.D.r dritti, ad avvitamento diretto h transucosa 4.00 mm Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AD330-40 
Abutment P.A.D.r angolati per impianti h transucosa 3.00 mm, angolati a 17° Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AA330-173 
Abutment P.A.D.r angolati per impianti h transucosa 5.00 mm, angolati a 17° Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AA330-175 
Abutment P.A.D.r angolati per impianti h transucosa 3.00 mm, angolati a 30° Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AA330-303 
Abutment P.A.D.r angolati per impianti h transucosa 5.00 mm, angolati a 30° Vite di serraggio inclusa (cod. PADR-VM-180) Trasportatore incluso (cod. PADR-VTRAL-140-M)	A-PADR-AA330-305 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di ricambio standard per il serraggio di abutment angolati P.A.D.r in dotazione con gli abutment P.A.D.r angolati e ordinabile anche separatamente come ricambio	PADR-VM-180 PADR-VM-180-10 

Torque di serraggio raccomandato per il fissaggio delle cuffie di protezione: 8-10 Ncm.










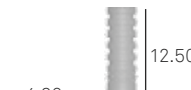
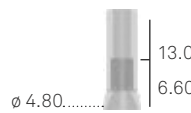
Torque di serraggio raccomandato per fissaggio delle viti protesiche: 15-20 Ncm.


Torque raccomandato per le cannule in PEEK: 15-20 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.

Componenti protesiche P.A.D.r

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

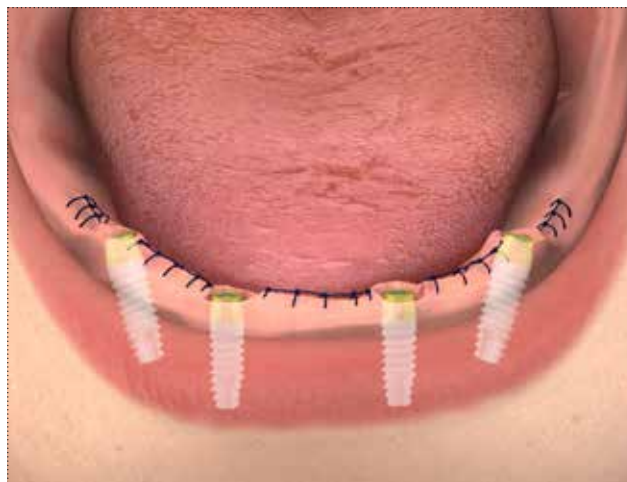
descrizione	codice
Scanbody intraorale Vite PAD-VP-140 inclusa	PADR-INT-CAMTRA-L 
T-connect rotante per abutment P.A.D.r con cono h. 4 Vite PAD-VP-140 inclusa	PADR-TC-M-4 
T-connect rotante per abutment P.A.D.r con cono h. 8 con tacche di riduzione Vite PAD-VP-140 inclusa	PADR-TC-M-8 
T-connect rotante per abutment P.A.D.r per foro angolato Vite PAD-VPA-140 non inclusa	PADR-TCA-M (*) 
Cannula calcinabile rotante per T-connect Vite PAD-VP-140 inclusa	PADR-TC-CC-M-8 
Cannula calcinabile indicizzata per T-connect per foro angolato Vite PAD-VP-140 inclusa	PADR-TC-CC-S-8 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite per componenti su abutment P.A.D.r	PAD-VP-140 PAD-VP-140-10 
Vite Talladium di serraggio per PADR-TCA-M da utilizzare con i cacciaviti dedicati DSPDCLH-24 e DSPDCLH-32	PAD-VPA-140 
Vite per transfer Pick-up, lunga	PAD-VTRAL-140 
Vite per transfer Pick-up, corta	PAD-VTRA-140 
Vite per transfer Pick-up, per avvitamento manuale	PAD-VTRAL-140-MAN 

Inserimento di abutment P.A.D.r dritti

Nelle pagine a seguire si illustrerà l'inserimento degli abutment P.A.D.r dritti e angolati.

A scopo puramente esplicativo le immagini mostrano una arcata inferiore con posizionamento delle fixture secondo il protocollo All-on-Four*, in modo da mostrare tanto l'uso degli abutment dritti quanto quello degli abutment angolati.

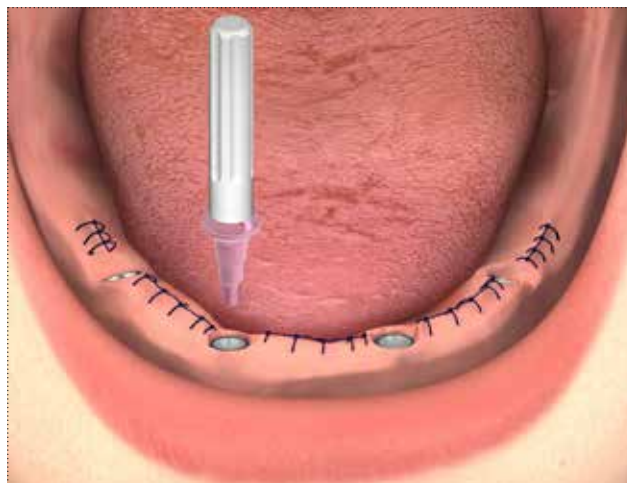
Le medesime procedure di inserimento sono valide anche qualora la riabilitazione preveda un numero superiore di impianti.



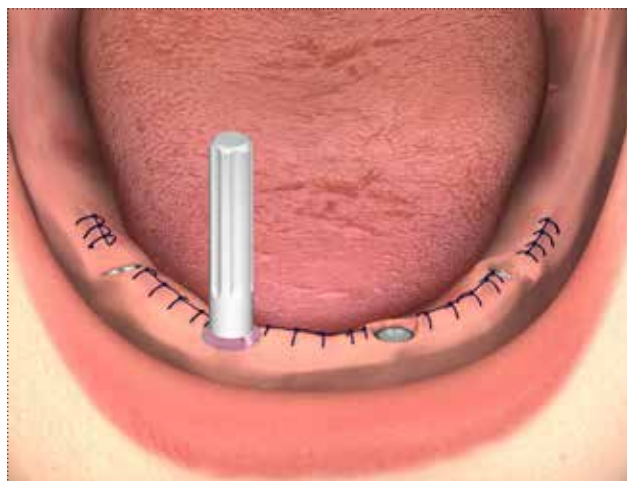
Utilizzare il carrier per abutment fornito nella confezione dell'abutment per trasportare gli abutment P.A.D.r dritti in bocca al paziente. Il carrier friziona sull'esagono superiore dell'abutment P.A.D.r, quindi non è necessario che copra interamente anche il cono sottostante l'esagono per ottenere la giusta ritenzione.

Avvertenza importante

Gli abutment P.A.D.r dritti vengono venduti in confezione non sterile. Prima dell'uso clinico è necessario sottoporre il solo abutment di titanio a un ciclo di sterilizzazione in autoclave. Il carrier è realizzato in POM, pertanto non può essere sottoposto a sterilizzazione in autoclave. È opportuno sterilizzare a freddo il carrier prima di utilizzarlo per trasportare l'abutment in bocca.



Inserire l'abutment P.A.D.r nella connessione dell'impianto, trovare il giusto ingaggio tra il filetto dell'abutment e quello del pozzetto e avvitare per qualche giro. Con un leggero movimento a leva rimuovere il carrier dall'abutment P.A.D.r.



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

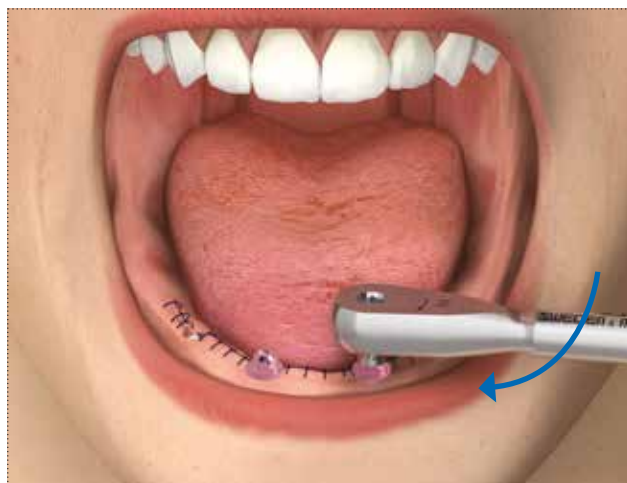
Per garantire un corretto funzionamento degli strumenti è necessario controllare periodicamente che la ritenzione degli O-ring in gomma sia adeguata ed eventualmente procedere alla sostituzione di quelli usurati.



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 Abutment P.A.D.r angolati

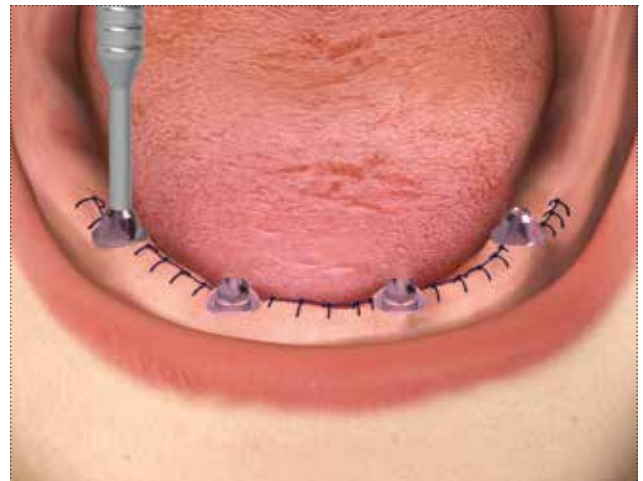
Gli abutment P.A.D.r angolati devono essere trasportati in bocca per mezzo dell'apposito trasportatore PADR-VTRAL-140-M, che viene venduto già avvitato ai P.A.D.r.

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.



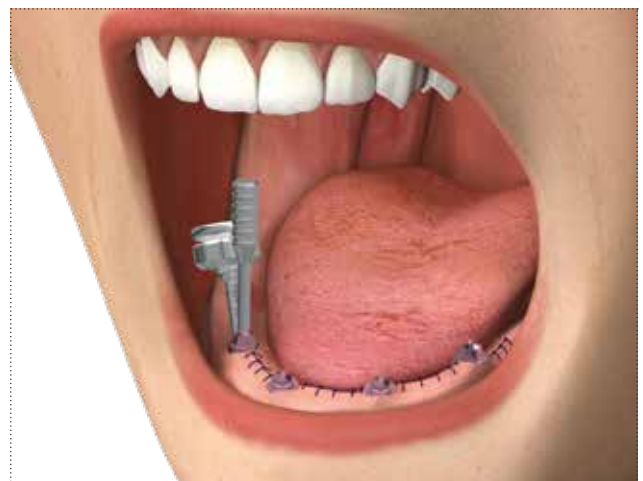
Posizionare l'assemblato carrier-P.A.D.r angolato sulla connessione implantare.



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

Avvertenza importante

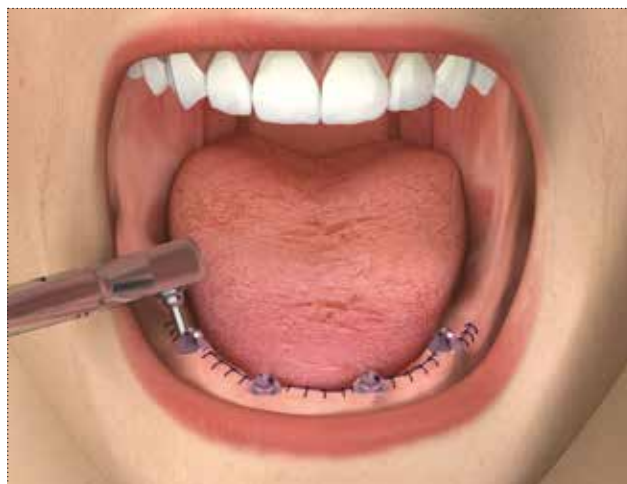
In caso si riscontrasse un leggero contatto tra il cacciavite ed il trasportatore, basterà svitare leggermente il trasportatore.



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.



Carico Immediato su 4 o 6 impianti: tecnica D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

La componentistica D.P.F. è stata appositamente sviluppata per agevolare i protocolli d'impronta e trasferimento al laboratorio di riabilitazioni multiple con abutment P.A.D., a prescindere dal loro numero. La cementazione intraorale della travata metallica ottenuta successivamente per fusione, permette di diminuire i tempi di inserzione del provvisorio rinforzato ad 8 ore dal termine della chirurgia, pur mantenendo i requisiti di resistenza e passività importanti durante la prima fase del carico implantare.

STEP 1

La barra calcinabile viene fissata alle cappette attraverso una resina fotopolimerizzabile.



STEP 2

Successivamente alla fotopolimerizzazione della travata, il manufatto viene rimosso dal cavo orale.



STEP 3

Il manufatto viene fuso in laboratorio, e si ottiene la struttura metallica per la realizzazione della travata finita.



Descrizione	Codice
Confezione completa di tutta la componentistica protesica per la tecnica "D.P.F." su singolo abutment P.A.D. La confezione include la cannula in Titanio Gr. 5 (PAD-CT-LV), il centratore calcinabile (PAD-CC-LV), il tappo antiuscita (PAD-TR-LV), l'o-ring di protezione (PAD-ORING-LV) e la vite di fissaggio (PAD-VP-140) da serrare a 20-25 Ncm, disponibile anche come ricambio.	PAD-LV 
Ricambio per la cannula in Titanio Gr. 5 per la tecnica "D.P.F.". La confezione non include la vite di serraggio.	PAD-CT-LV 
Ricambio per il centratore calcinabile per la tecnica "D.P.F.".	PAD-CC-LV 
Ricambio per il tappo antiuscita per la tecnica "D.P.F.".	PAD-TR-LV 
Ricambio dell'o-ring per la tecnica "D.P.F.".	PAD-ORING-LV 
Vite di ricambio per componenti protesiche per abutment P.A.D. In dotazione con tutte le componenti per la realizzazione della sovrastruttura e disponibile anche come ricambio. Acquistabile anche in confezione da 10 pezzi (cod. PAD-VP-140-10).	PAD-VP-140 
Barra calcinabile, L. 5 cm, \varnothing 2.2 mm	BARC 

Torque di serraggio raccomandato per le viti per abutment P.A.D.: 15-20 Ncm.

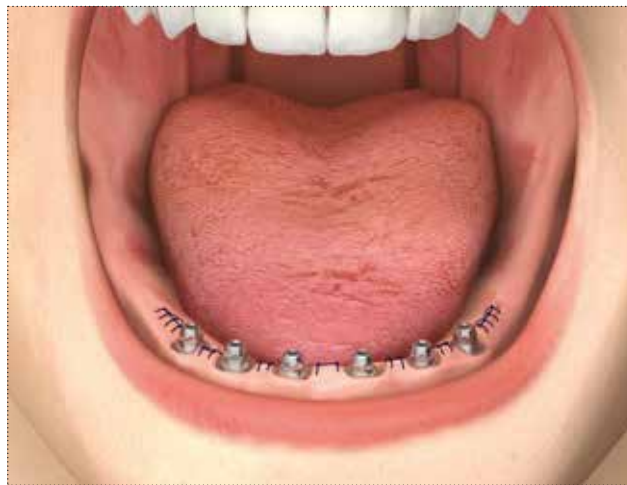
Carico Immediato su 4 o 6 impianti: tecnica D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Realizzazione di una protesi con struttura armata

Prima di suturare la ferita chirurgica, avvitare su ogni impianto un abutment P.A.D. con altezza transmucosa congruente con lo spessore dei tessuti molli del paziente. Successivamente applicare punti di sutura secondo le indicazioni cliniche richieste.

Avvertenza importante

Gli abutment P.A.D. dritti vengono venduti in confezione non sterile. Prima dell'uso clinico è necessario sottoporli a un ciclo di sterilizzazione. L'abutment, essendo in titanio, può essere sterilizzato in autoclave. Il carrier AVV-ABUT-DG è realizzato in POM, pertanto non può essere sottoposto a sterilizzazione in autoclave e deve essere sterilizzato a freddo prima dell'utilizzo per il trasporto dell'abutment in bocca.



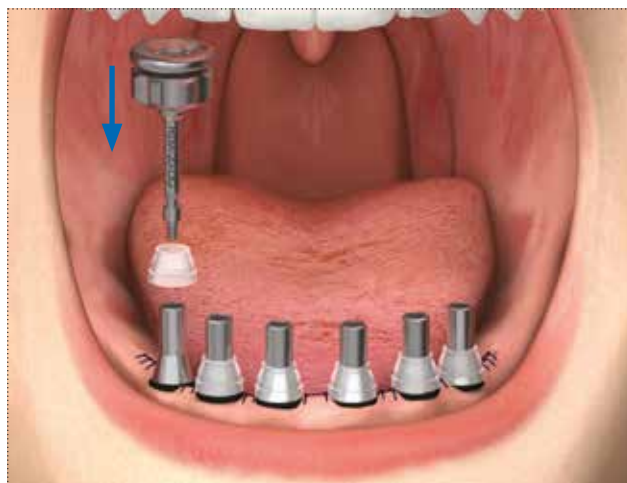
Spingere l'O-ring nero alla base della cannula fino al suo arresto nell'apposita goletta. Può essere d'aiuto l'uso di uno specchio.

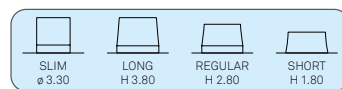


Per mezzo dell'apposita vite in dotazione avvitare su ogni abutment P.A.D. una cannula in titanio per tecnica D.P.F. (cod. PAD-CT-LV), assemblata al suo O-ring nero (cod. PAD-ORING-LV). Infilare poi su ogni cannula un centratore calcinabile (cod. PAD-CC-LV).

Avvertenza importante

La componentistica per la realizzazione della tecnica D.P.F. viene venduta in confezione non sterile, in kit per ogni singolo abutment P.A.D. Ogni kit contiene tutti gli elementi necessari, come da indicazioni a pag. 139. Prima dell'uso clinico è necessario sottoporli a un ciclo di sterilizzazione in autoclave. È opportuno sterilizzare a freddo anche l'O-ring in silicone e il centratore calcinabile prima dell'inserimento in bocca.





Creare una struttura in resina calcinabile sui PAD-CC-LV con l'ausilio di segmenti preformati (cod. BARC) e di resina liquida fotopolimerizzabile (**img. A**). Alla fine ispessire tutta la travata con un ulteriore strato di resina (**img. B**).



A polimerizzazione avvenuta, svitare le viti PAD-VP-140 e inserire i tappi antiuscita PAD-TR-LV in modo che sia possibile rimuovere l'intera struttura in resina con le cannule PAD-CT-LV ancora inserite, senza che si sfilino.



IN LABORATORIO: eventualmente ispessire ulteriormente la struttura. Rimuovere le cannule in titanio e le rispettive viti prima della fusione della travata.



Fondere la struttura come da protocollo standard.
Provare la struttura in bocca al paziente per verificarne la completa passività.
Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture ottenute per fusione o tramite tecnologia CAD-CAM agli abutment P.A.D. è di 20-25 Ncm. Reinscrivere le cannule in titanio nella travata, che verrà mantenuta nella posizione corretta dagli appositi tappi antiuscita. Inserire nuovamente le viti PAD-VP-140 dalla sommità delle cannule e iniettare una piccola quantità di vaselina all'interno delle stesse, in modo da evitare la fuoriuscita delle viti durante il trasporto allo studio.

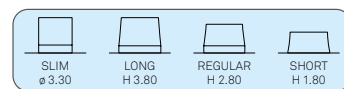


IN STUDIO: capovolgere la struttura, così come è stata consegnata dal laboratorio, e inserire del cemento resinoso tra la travata fusa e le cannule in titanio.



Avvitare la struttura sugli abutment P.A.D mantenendo un torque di 20-25 Ncm e far polimerizzare il cemento.





A incollaggio avvenuto, qualora fosse necessario, il tecnico potrà accorciare le cannule secondo la dimensione verticale del paziente.



Rimuovere tutte le viti PAD-VP-140 meno una, in posizione mesiale.



Realizzare un cucchiaio individuale, forato in corrispondenza della vite lasciata *in situ*, e con indentazione in posizione centrica. Prendere un'impronta che inglobi la travata fusa, precedentemente solidarizzata alle cannule in titanio. Liberare poi l'impronta in corrispondenza della vite.

Nota bene: è possibile sostituire la vite PAD-VP-140 con una vite transfer PAD-VTRAL-140: in questo modo non sarà necessario scavare l'impronta ma sarà sufficiente svitare la vite afferrando l'estremità che fuoriesce dal cucchiaio.



Svitare la vite PAD-VP-140 o la vite transfer.

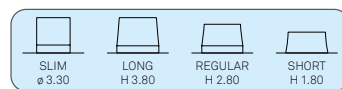


Sollevere il cucchiaio portaimpronta, all'interno del quale sarà rimasta inglobata la travata.

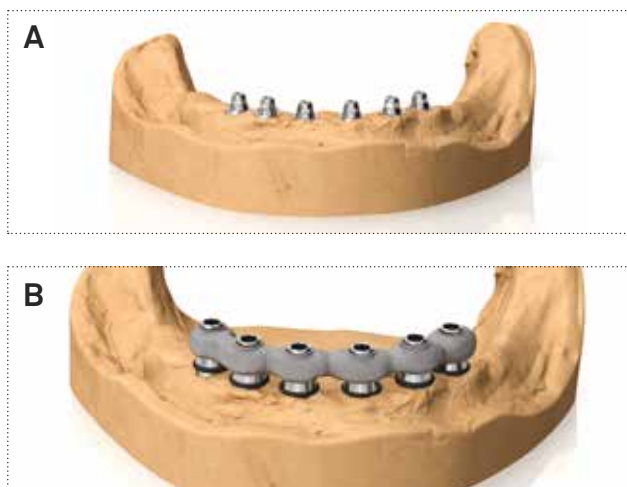


Posizionare nel cucchiaio portaimpronta gli analoghi (cod.PAD-ANA) ingaggiandoli alla base della struttura fusa.





Colare il modello e liberare la travata dall'impronta per riavvitarla agli analoghi degli abutment P.A.D.



Realizzare la protesi provvisoria in resina come d'abitudine e rifinire la base per un maggiore comfort del paziente.



Avvitare la protesi provvisoria in bocca al paziente e chiudere i fori con cemento provvisorio.



Carico differito su 4 o 6 impianti

Realizzazione di una protesi definitiva per fusione o con tecnica CAD-CAM

Rimuovere il provvisorio e prendere un'impronta definitiva sugli abutment P.A.D. con transfer Pick-up e cucchiaio individuale secondo le medesime procedure riportate da pag. 36 e sviluppare il modello come d'abitudine. Riposizionare il provvisorio in bocca al paziente.



Avvitare le cannule calcinabili (cod. PAD-CC) agli abutment. 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.

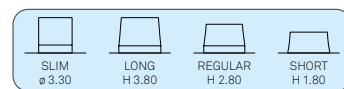
Avvertenza importante

Per le fasi di laboratorio usare sempre viti protesiche di ricambio, disponibili in confezione singola con i codici PAD-VP-140. Utilizzare le viti nuove per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



Ridurre, se necessario, 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.





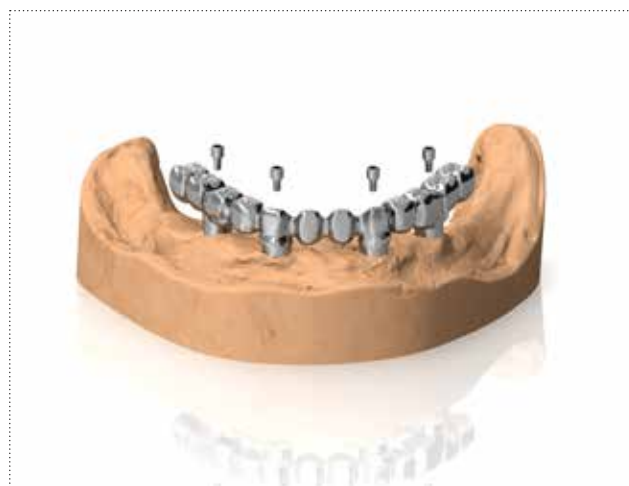
Realizzare una struttura calcinabile che consentirà di ottenere il framework metallico della protesi definitiva. Partendo dal medesimo wax-up, la struttura può anche essere realizzata per duplicazione con tecnologia CAD-CAM.



Fondere la struttura o produrla tramite tecnologia CAD-CAM. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività.

Avvertenza importante

Qualora la struttura non risultasse completamente passiva pur avendo seguito il normale protocollo di verifica prima della fusione, si corregga come d'abitudine.

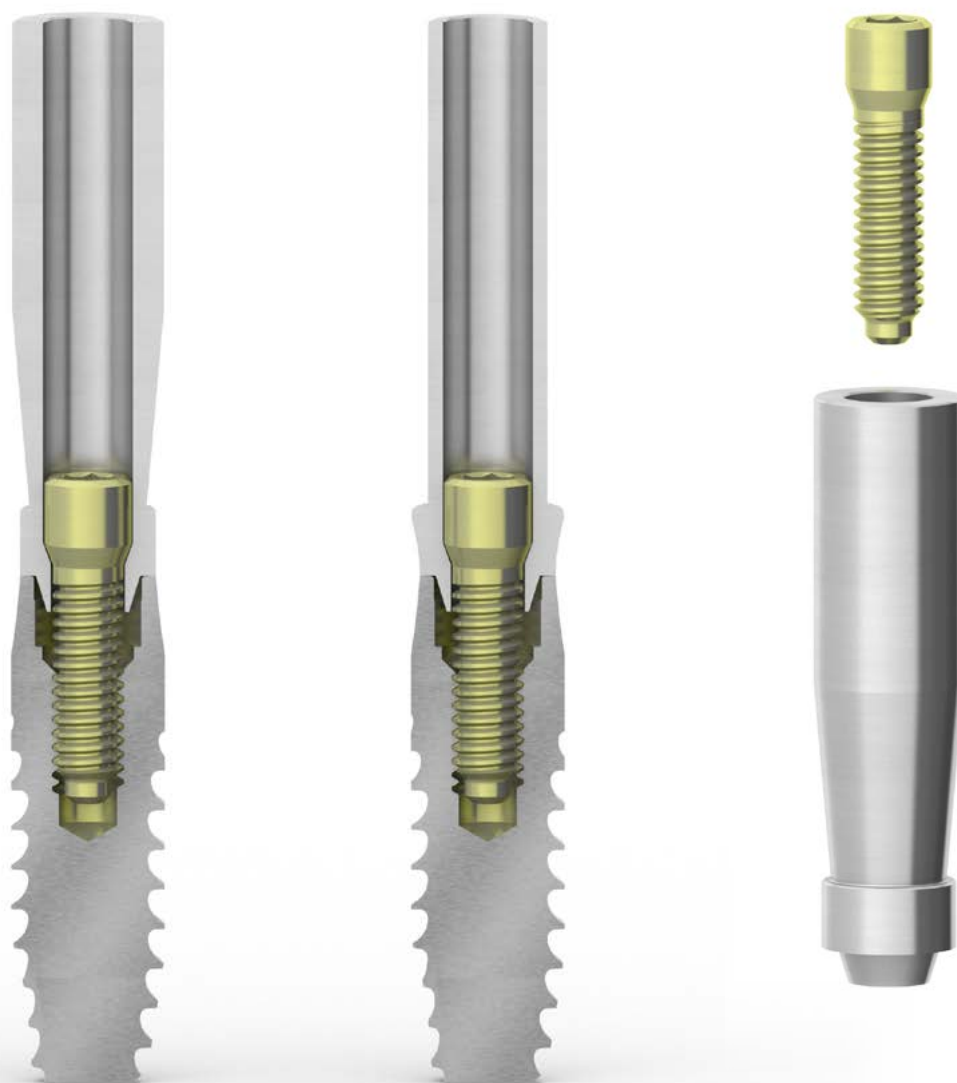


Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine e avviarla sugli abutment P.A.D. in bocca al paziente. Preservare la testa della vite e chiudere i fori vite con materiale rimovibile come composito o resina. Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture agli abutment è di 15-20 Ncm.

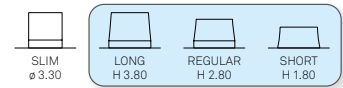


Riabilitazione definitiva con cannule per strutture multiple avvitate

Queste cannule sono state studiate per essere utilizzate nei casi di strutture multiple avvitate, grazie alla loro lunghezza e alla morfologia della base, che garantisce un ottimo punto di appoggio per la chiusura con la protesi. Sono disponibili in cromo cobalto e titanio Gr. 5, rendendo possibile la realizzazione di protesi attraverso l'uso di varie tecniche, quali fusioni, sovrafusioni, incollaggio e saldatura. In queste cannule l'appoggio della vite di serraggio è conico, per tale motivo per il loro avvitamento è necessario utilizzare le viti le viti opzionali ad appoggio conico con brugola interna o in alternativa le viti con tecnologia Full Head, riportate nella tabella della pagina seguente.



Nota bene: i pilastri per tecnica per incollaggio, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.



descrizione	codice
<p>Cannule in titanio Gr. 5 Non riposizionabili h 14.00 mm Emergenza dritta Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa</p>	<p>L-CT-340-ROT</p>
<p>Cannule in titanio Gr. 5 Non riposizionabili h 14.00 mm Emergenza anatomica Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa</p>	<p>L-CTR-340-ROT</p>
<p>Cannule in cromo cobalto Non riposizionabili h 14.00 mm Emergenza dritta Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa</p>	<p>L-CCRCO-340-ROT</p>
<p>Cannule in cromo cobalto Non riposizionabili h 14.00 mm Emergenza anatomica Vite di serraggio ad appoggio conico inclusa</p>	<p>L-CCRCOR-340-ROT</p>
<p>Confezione singola Confezione da 10 pezzi</p> <p>Vite di serraggio ad appoggio conico In dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio</p>	<p>L-VMS-180 L-VMS-180-10</p>
<p>Confezione singola Confezione da 10 pezzi</p> <p>Vite di serraggio con tecnologia Full Head Non compresa con i pilastri, disponibile opzionalmente*</p>	<p>L-VM-180 L-VM-180-10</p>

Torque di serraggio raccomandato per le cannule in titanio: 20-25 Ncm.

*Le viti di serraggio con tecnologia Full Head (L-VM-180) devono essere serrate con gli appositi avvitatori per viti con tecnologia Full Head.

Avvertenza importante

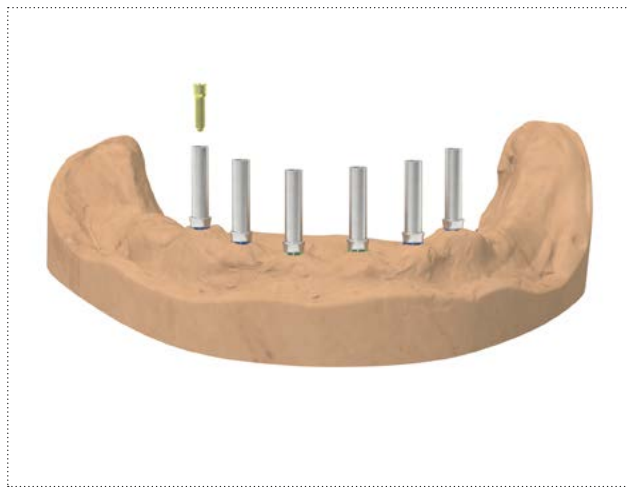
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

Avvertenza importante

Si raccomanda di non utilizzare con questi pilastri le viti di serraggio standard (cod. VM2-180) perché quest'ultime non hanno l'appoggio conico, e quindi non si interfacciano esattamente con la sede della testa della vite all'interno della protesi. La mancata osservazione di questa avvertenza comporta il rischio di svitamenti precoci o frattura della vite.

**Realizzazione di una struttura full arch su cannule per strutture multiple avvitate:
tecnica per incollaggio**

Partendo dal modello di precisione, serrare su ogni analogo una cannula per mezzo dell'apposita vite in dotazione utilizzando un cacciavite della serie HSM.

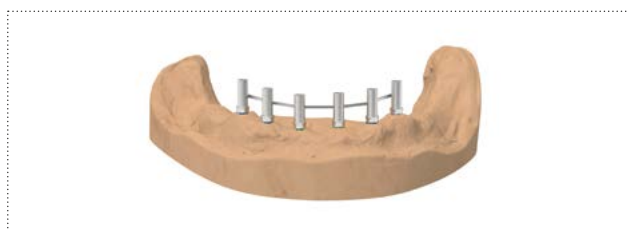
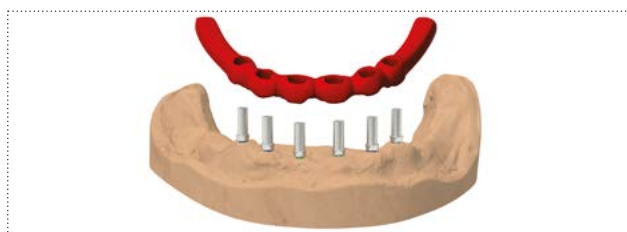


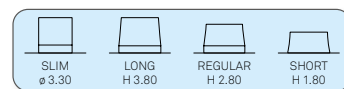
Ridurre le cannule ad una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Realizzare una struttura calcinabile che costituirà di ottenere il framework metallico della protesi.

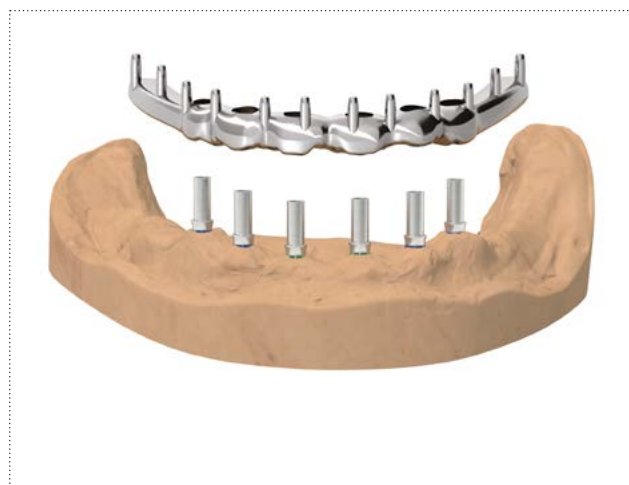
Nota bene: Qualora lo si ritenesse necessario è possibile realizzare una struttura armata tramite saldatura extra orale delle cannule utilizzando uno dei vari metodi di saldatura.





Fondere la struttura precedentemente modellata attorno ai pilastri.

Provare la travata su modello per verificare che non ci siano asperità che ne ostacolino il corretto posizionamento sui pilastri ed eventualmente correggere con una fresa.

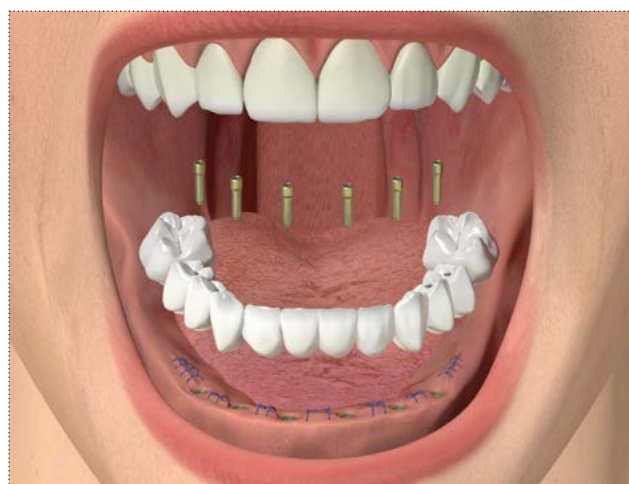


Inglobare la struttura fusa o saldata all'interno di un provvisorio in resina scaricato in modo adeguato per garantire il comfort del paziente.



A polimerizzazione avvenuta svitare la struttura provvisoria dal modello e avvitare 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.

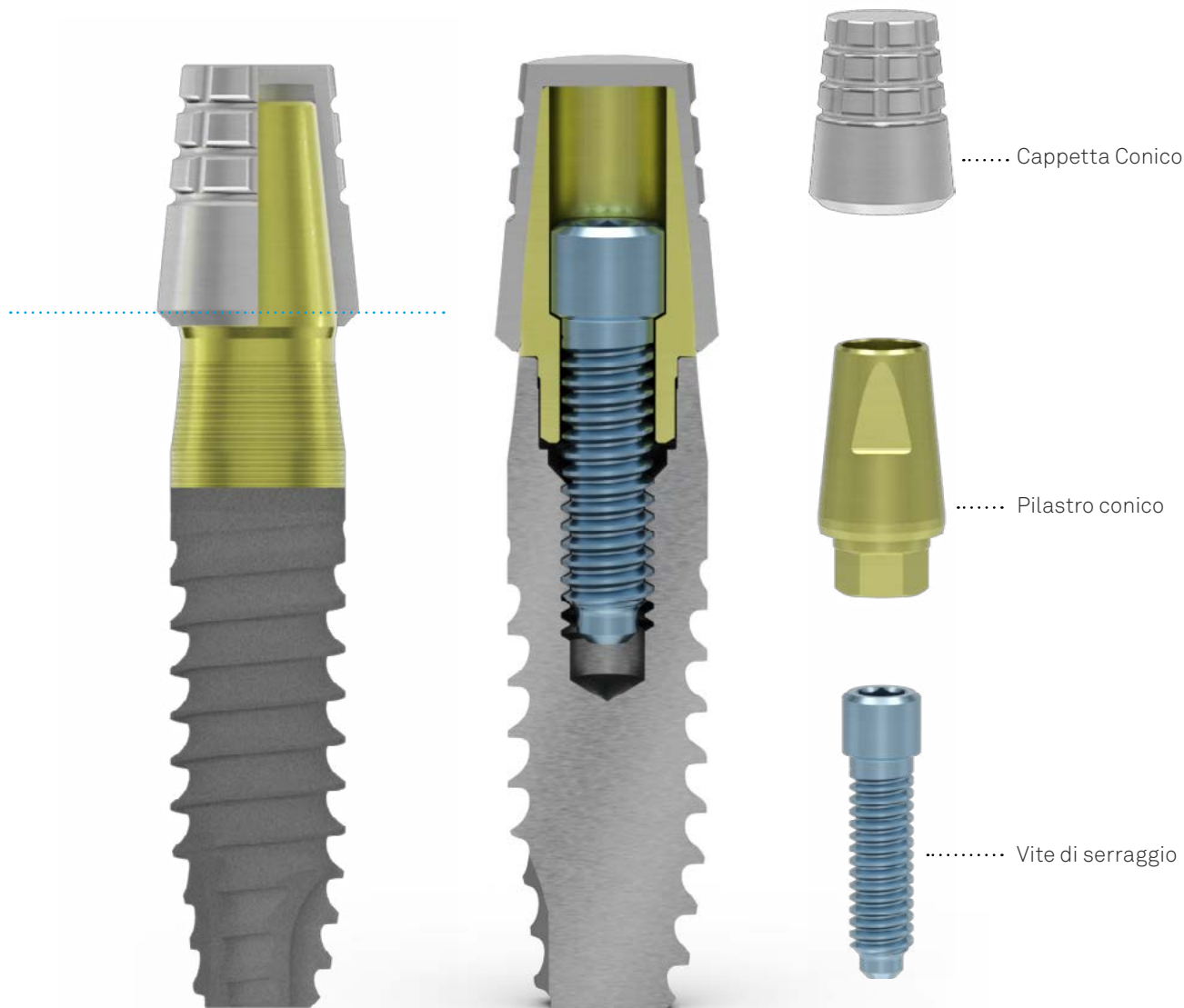
Il provvisorio deve essere avvitato con le apposite viti e un avvitatore della serie HSM. Si raccomanda di non superare il torque di serraggio di 20-25 Ncm.



Riabilitazione definitiva con protesi conometrica Conico

La sistemica Conico permette di ottenere una protesi fissa a supporto implantare senza l'utilizzo di cemento o viti di fissaggio tra l'abutment e la protesi, e al tempo stesso facilmente rimovibile da parte dal clinico.

La protesi conometrica è da ritenersi una protesi fissa, al pari delle soluzioni avvitate e cementate e racchiude i vantaggi di entrambe: rivedibilità e assenza di cemento delle protesi avvitate ed estetica e assenza di fori in zona oclusale delle protesi cementate. Inoltre, la facilità di rimozione permette un corretto mantenimento della salute dei tessuti perimplantari, con un notevole risparmio di tempo e costi sia per il paziente che per il tecnico. La sistemica Conico comprende una serie di cappette che permette di sfruttare la conometria sia in caso di carico immediato che di carico differito, anche in combinazione con tecniche di saldatura intraorale.



Nota bene: i pilastri per tecnica Conico, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

Pilastri dritti e angolati

\varnothing componente protesica	\varnothing 3.30 mm
Pilastri Conico dritti Riposizionabili h transmucosa 0.50 mm vite di serraggio inclusa	A-MD-TS-330-05  \varnothing 3.50 4.75 0.5
Pilastri Conico dritti Riposizionabili h transmucosa 1.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MD-TS-330-10  \varnothing 3.50 4.75 1.00
Pilastri Conico dritti Riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MD-TS-330-20  \varnothing 3.50 4.75 2.00
Pilastri Conico dritti Riposizionabili h transmucosa 3.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MD-TS-330-30  \varnothing 3.50 4.75 3.00
Pilastri Conico angolati a 7.5° Riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MA07-TS-330-2  4.75 / 5.10 \varnothing 3.50 1.50
Pilastri Conico angolati a 15° Riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MA15-TS-330-2  4.75 / 4.60 \varnothing 3.50 1.50
Pilastri Conico angolati a 22.5° Riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	A-MA20-TS-330-2  4.75 / 4.20 \varnothing 3.50 2.00
confezione singola confezione da 10 pezzi Vite di serraggio in dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10  M1.8.....
Cappetta per protesi fissa parziale o full-arch	CAP2-TS-DEF  5.70
Cappetta antirotativa per elemento singolo	CAP2-TS-IND  5.70
Cappetta transfer in PEEK per impronta su abutment Conico	CAP2-TS-IMP  9.10
Analogo pilastro Conico	ANA2-MD-TS  16.50

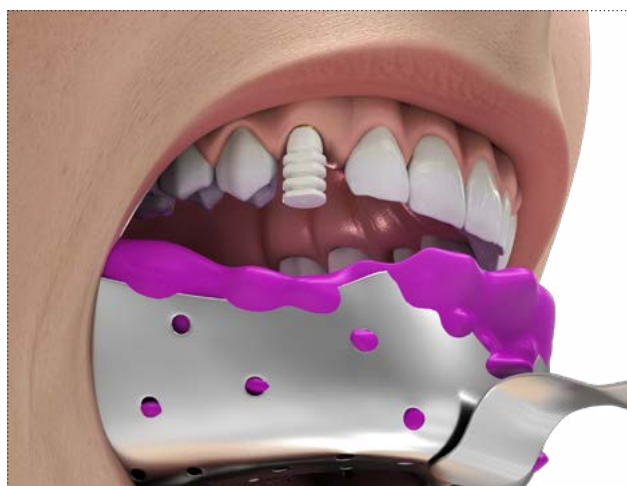
Torque raccomandato per pilastri Conico: 20-25 Ncm.

Impronta e modello con tecnica One Abutment-One Time

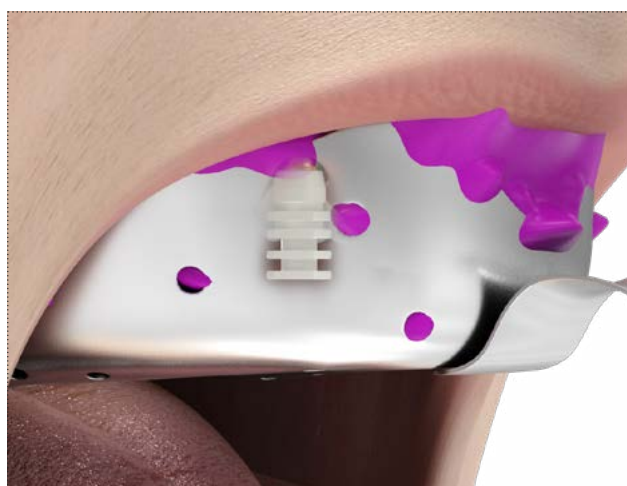
Al momento della scopertura o, qualora vi siano i requisiti per il carico immediato, al termine della chirurgia posizionare sull'impianto il pilastro Conico dell'altezza transmucosa e/o dell'angolazione desiderata. Inserire sul pilastro la cappetta in PEEK (cod. CAP2-TS-IMP) con una leggera pressione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

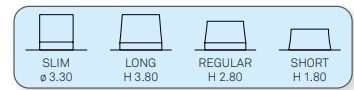


Scegliere un cucchiaio di dimensioni adeguate, in modo che tutto l'ingombro verticale di cappetta e pilastro sia contenuto all'interno delle pareti del portaimpronta. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno alla cappetta. Riempire il cucchiaio portaimpronta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

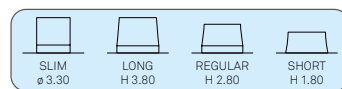


Eeguire una ceratura della corona fraapponendo come d'abitudine uno spaziatore da laboratorio per passivare la protesi definitiva e permettere il successivo incollaggio. La cappetta sarà in contatto diretto con la struttura soltanto sulla superficie piatta oclusale per consentire un reset preciso della 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.

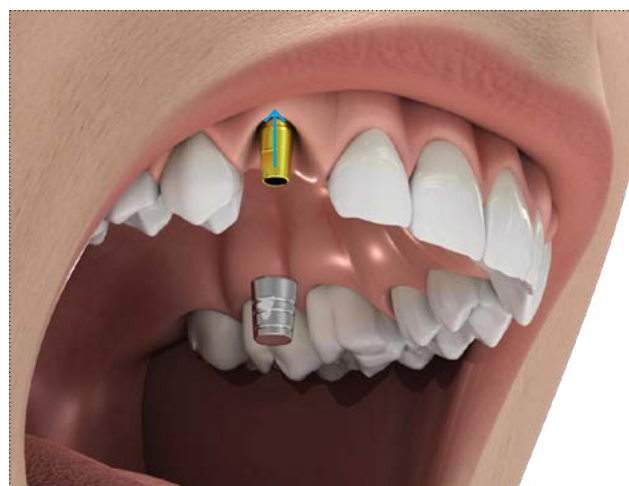




Rifinire la base della corona e procedere alla ceramizzazione. Non procedere ancora all'incollaggio della corona sulla cappetta.



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 Plus 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.



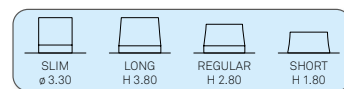
Eeguire una ceratura della struttura fraponendo come d'abitudine uno spaziatore da laboratorio per passivare la protesi definitiva e permettere il successivo incollaggio delle cappette.

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.

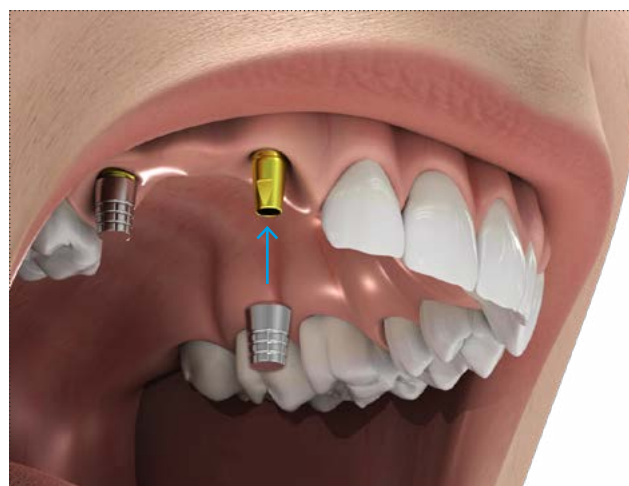




Rifinire la base della struttura e procedere alla ceramizzazione. Non procedere ancora all'incollaggio della struttura sulle cappette.



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 Plus 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.



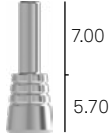
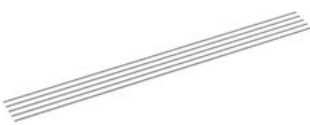
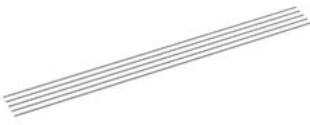



Cappette per esigenze speciali

Cappetta per la rimozione CAP2-TS-REM: da utilizzare esclusivamente in particolari condizioni di riabilitazioni multiple o strutture full-arch, in caso di pazienti con parafunzioni. La presenza di una filettatura interna permette di ingaggiare al suo interno una vite con filettatura M2 (es. vite cod. VM2-200) in modo da disattivare la conometria e rimuovere di conseguenza la protesi.



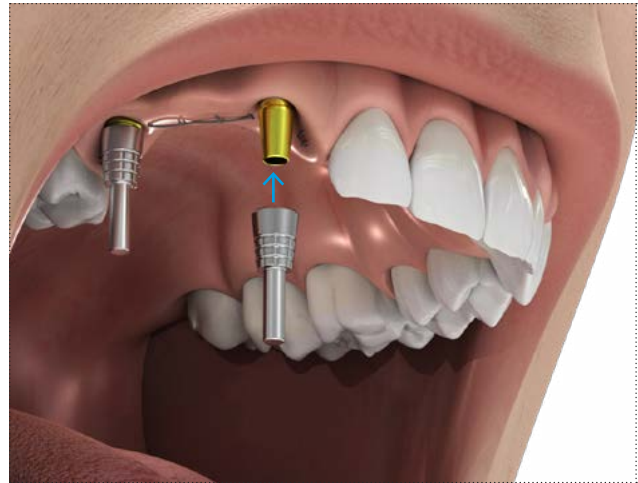
Cappetta per saldatura intraorale CAP2-TS-PIN: il pin permette di solidarizzare le cappette con la saldatura intraorale nelle procedure di carico immediato evitando il rischio di fusione tra cappetta e pilastro.

Componenti per conometria con saldatura intraorale

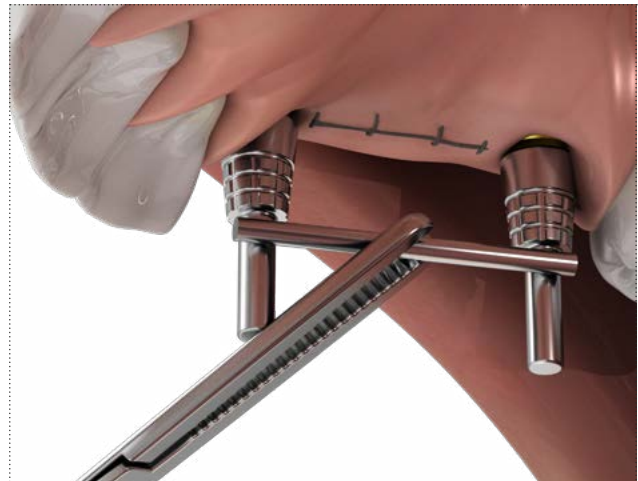
descrizione	codice
cappetta con pin da utilizzare per saldatura intraorale	CAP2-TS-PIN 
confezione da 5 pezzi barretta in titanio Gr. 2 a profilo circolare l 150 mm, ϕ 1.20 mm	DW-BARRA1.2 
confezione da 5 pezzi barretta in titanio Gr. 2 a profilo circolare l 150 mm, ϕ 1.50 mm	DW-BARRA1.5 
confezione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

Riabilitazione con tecnica di saldatura intraorale

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



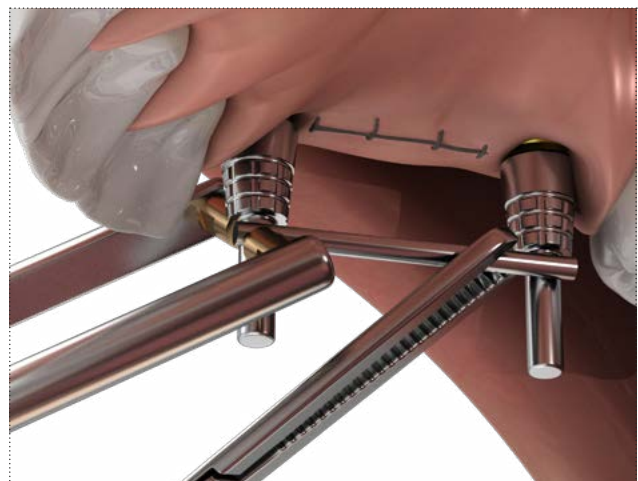
Prendere una barra in titanio Gr. 2 per saldatura intraorale dello spessore più idoneo (scegliendo tra quelle disponibili a pag. 160) e precurvarla manualmente congruentemente con la zona da riabilitare. Posizionarla in prossimità del pin posto sulla sommità della cappetta.



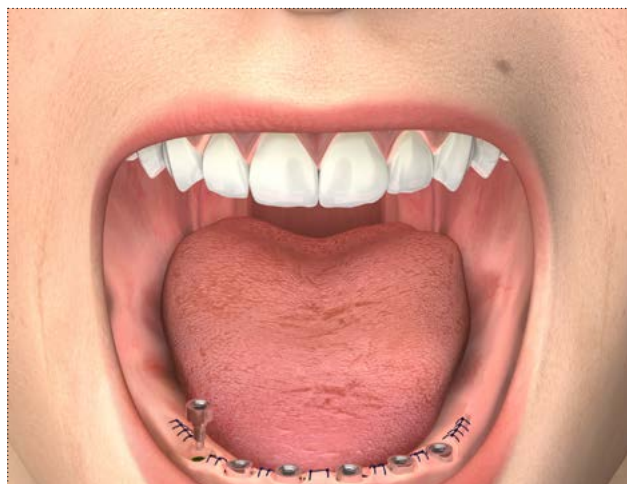
Eeguire una saldatura con un'apposita saldatrice intraorale, secondo le indicazioni del produttore. La saldatura tra pin e barra garantisce che non ci sia fusione tra la cappetta conometrica e il pilastro.

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.



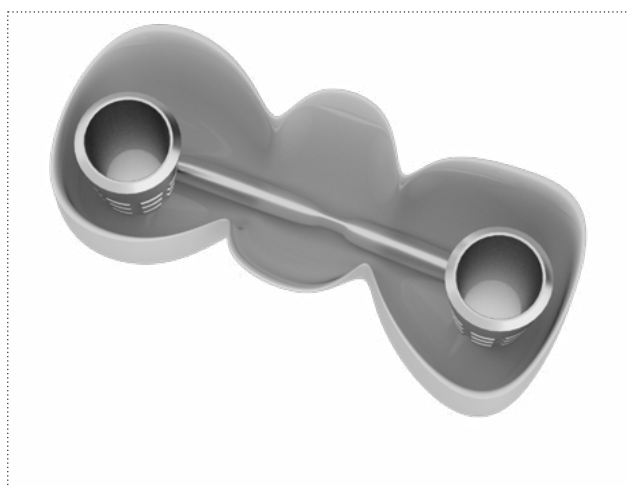
Procedere alla saldatura sul pin della seconda cappetta. Per aumentare ulteriormente la passività della struttura ed eliminare eventuali tensioni residue è opportuno effettuare successivamente un punto di saldatura a metà di ogni segmento di titanio libero della barra.

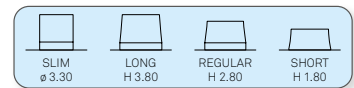


Rimuovere le cappette saldate alla barra per eliminare la porzione di pin in eccesso, al fine di ridurre l'ingombro verticale.



Si può procedere alla realizzazione della protesi sia in laboratorio che alla poltrona, ribasando uno sgusciato preparato in precedenza dall'odontotecnico. In questo caso è sempre consigliabile verificare l'ingombro della struttura all'interno dello sgusciato prima di procedere con gli step di realizzazione successivi.

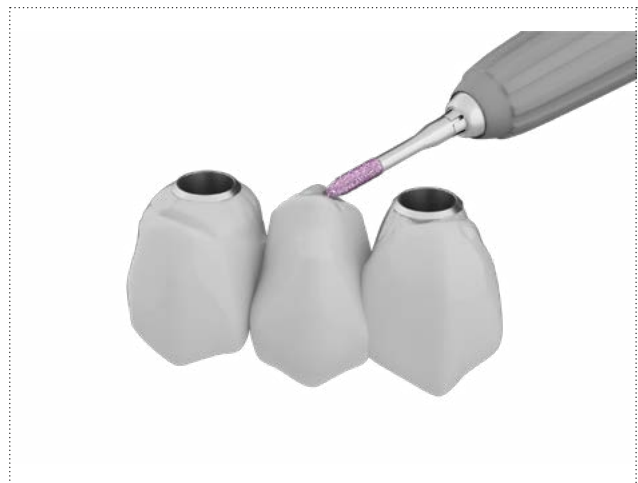




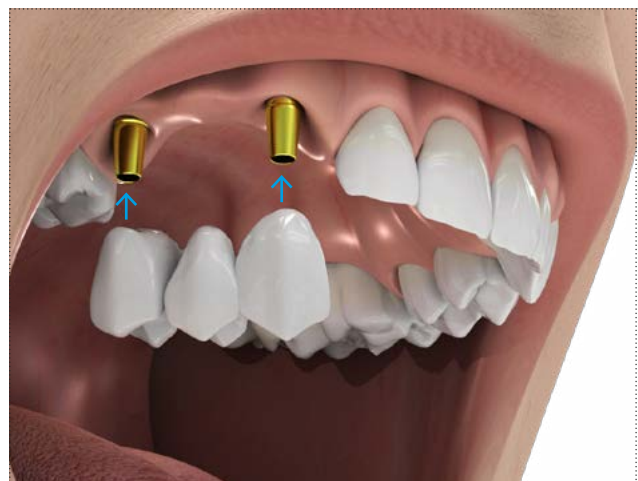
Posizionare nuovamente la struttura composta dalle due cappette saldate alla barra in bocca al paziente e procedere alla ribasatura diretta per mezzo dello sgusciato riempito di resina, eliminando il materiale in eccesso. La resina ingloberà completamente la struttura saldata, rendendo più agevole anche la pulizia domiciliare da parte del paziente.



Rimuovere la protesi ribasata, rifinirla e lucidarla.



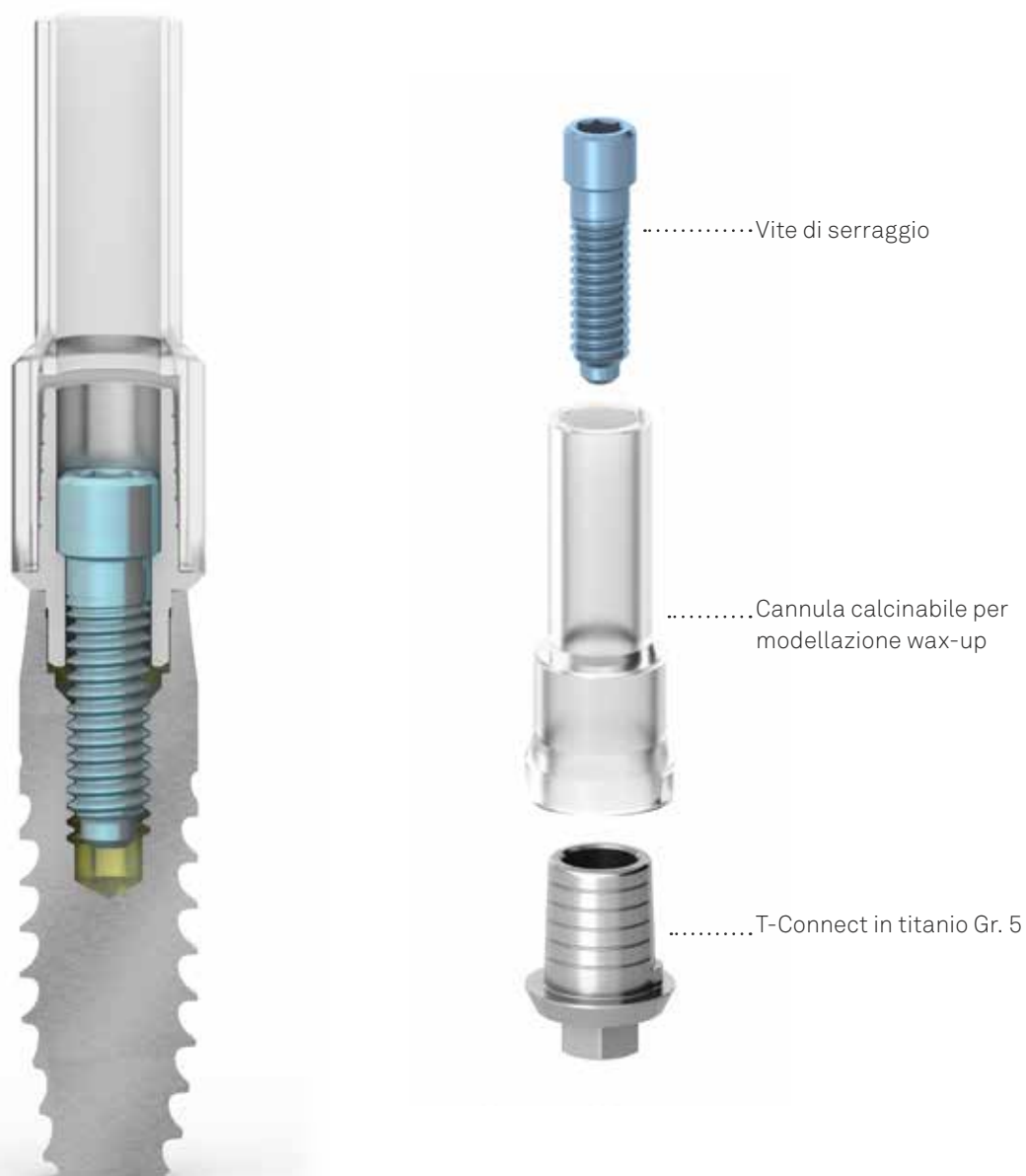
Procedere al posizionamento della protesi sui pilastri Conico ed attivarla con una leggera pressione manuale: l'interazione per conometria tra questi e le cappette conferirà alla struttura la giusta ritentività, che consentirà al clinico di rimuovere la protesi in qualsiasi momento, ma non permetterà al paziente di toglierla autonomamente.



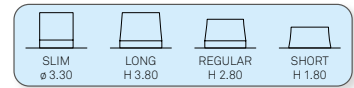
Riabilitazione definitiva con elementi intermedi per incollaggio

T-Connect


Le T-Connect presentano un corpo conico con scanalature che facilitano l'incollaggio sia di corone integrali sia di strutture multiple, con tecnica per incollaggio in differenti materiali con tutti i sistemi CAD-CAM aperti, tra cui Echo di Sweden & Martina. Le T-Connect sono state realizzate sia con appoggio a livello della piattaforma protesica che con diverse misure di altezza transmucosa (da 1.00 a 3.00 mm) per rispondere alle diverse esigenze cliniche in tutti quei casi in cui vi sia un tragitto transmucoso alto o in caso di inserimento più profondo dell'impianto. Nella componentistica T-Connect sono inoltre disponibili apposite cannule che facilitano la modellazione del wax-up nel rispetto dei volumi delle T-Connect.



Nota bene: le T-Connect sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.



T-Connect standard e T-Connect con diverse altezze transmucose

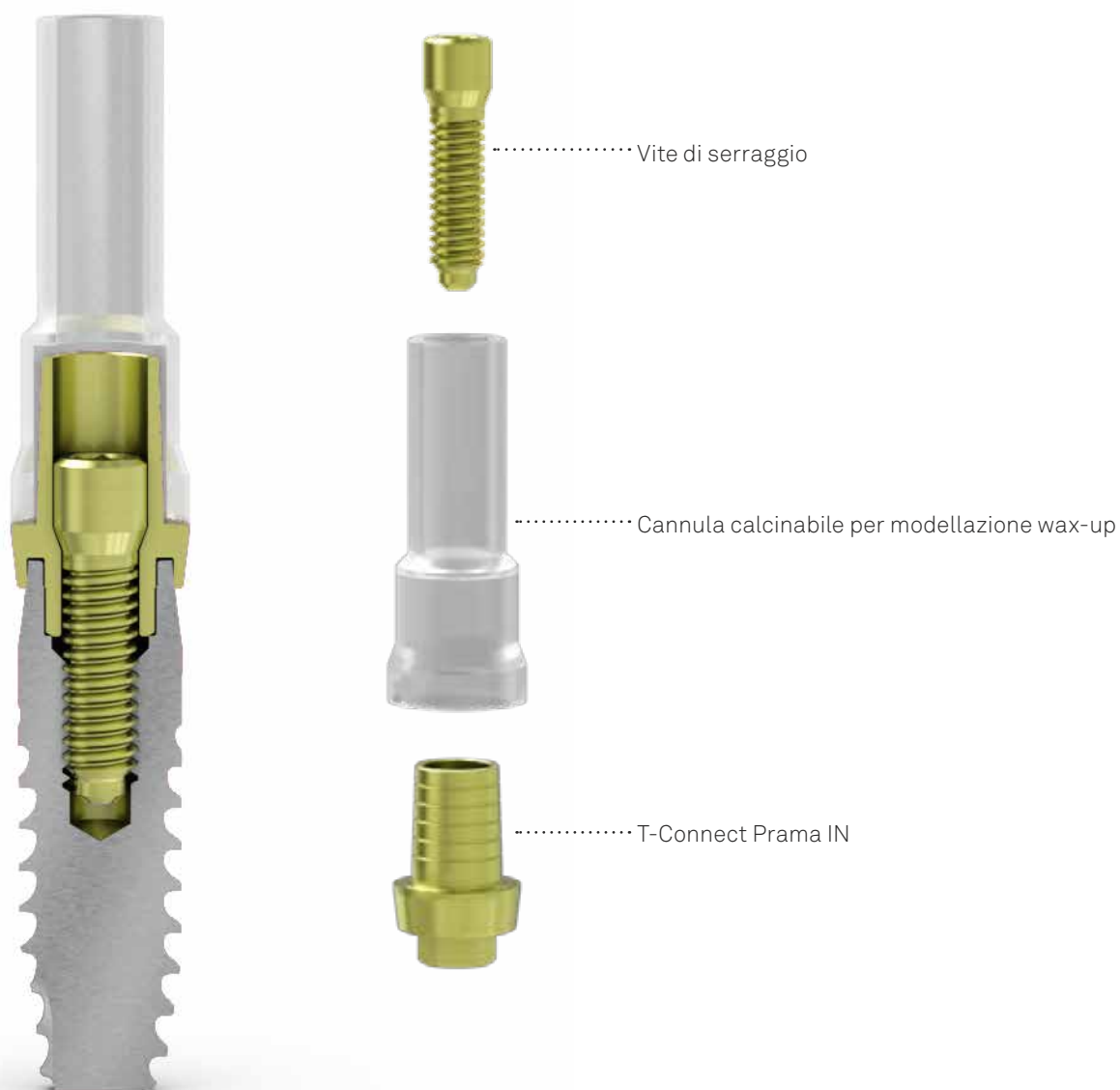
descrizione	codice
T-Connect standard, riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-BASTZR-S-330-4 
T-Connect standard, riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-BASTZR-S-330-6 
T-Connect standard, non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-BASTZR-M-330-4 
T-Connect standard, non riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-BASTZR-M-330-6 
T-Connect con h transmucosa 1.00 mm Riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-S-330-4-1 
T-Connect con h transmucosa 2.00 mm Riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-S-330-4-2 
T-Connect con h transmucosa 3.00 mm Riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-S-330-4-3 
T-Connect con h transmucosa 1.00 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-M-330-4-1 
T-Connect con h transmucosa 2.00 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-M-330-4-2 
T-Connect con h transmucosa 3.00 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCR-M-330-4-3 
Cannula per modellazione wax-up o per incollaggio su T-Connect con h cono 4.00 mm	A-CCBAS-330-4 
Cannula per modellazione wax-up o per incollaggio su T-Connect con h cono 6.00 mm	A-CCBAS-330-6 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi vite di serraggio in dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10 

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

I rimandi di pagina si riferiscono al PDF del manuale generale.

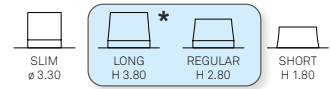
T-Connect Prama IN

Gli elementi per incollaggio T-Connect sono disponibili anche nella **versione Prama IN**, con **chiusura sul collo dell'impianto a 0.50 mm** e con due diverse altezze del cono, ossia di 4 e di 6 mm. Vengono sottoposti a un processo di passivazione controllata che conferisce loro il classico **colore giallo dorato** per risultati ad alta valenza estetica. Le T-Connect Prama IN sono state realizzate per ciascun diametro della sistematica Prama.



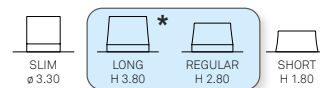
*** Nota bene:** le T-Connect Prama IN che abbracciano per 0.50 mm il collo sono utilizzabili solo sui colli Regular (h 2.80 mm) e Long (h 3.80 mm).

I rimandi di pagina si riferiscono al PDF del manuale generale.



ø impianto	ø 3.80	ø 4.25	ø 5.00
T-Connect Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-BASTZR-S-380-4-05 	L-BASTZR-S-425-4-05 	L-BASTZR-S-500-4-05
T-Connect Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-BASTZR-M-380-4-05 	L-BASTZR-M-425-4-05 	L-BASTZR-M-500-4-05
Cannula in PMMA per modellazione wax-up o per incollaggio su T-Connect con h cono 4.00 mm	A-CCBAS-380-4 	A-CCBAS-425-4 	A-CCBAS-500-4
T-Connect Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-BASTZR-S-380-6-05 	L-BASTZR-S-425-6-05 	L-BASTZR-S-500-6-05
T-Connect Prama IN Chiusura sul collo 0.50 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-BASTZR-M-380-6-05 	L-BASTZR-M-425-6-05 	L-BASTZR-M-500-6-05
Cannula per modellazione wax-up o per incollaggio su T-Connect con h cono 6.00 mm	A-CCBAS-380-6 	A-CCBAS-425-6 	A-CCBAS-500-6
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio in dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utilizzare L-VMS-180	Utilizzare L-VMS-180

Torque di serraggio raccomandato per le T-Connect Prama IN: 20-25 Ncm.



T-Connect «TCS» per unità chairside

descrizione	codice	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCS-330S-C	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCS-330S-C-15	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	A-TCS-330S-C-25	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-TCS-380S-05	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-TCS-425L-05	
T-Connect «TCS» per unità chairside Riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio standard inclusa	L-TCS-500L-05	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio in dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	VM2-180 VM2-180-10	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi Vite di serraggio ad appoggio conico in dotazione con i pilastri conici, ordinabile anche separatamente come ricambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10	

Torque di serraggio raccomandato per le TCS 20-25 Ncm.

Interfase Dinamica

I supporti Interfase Dinamica presentano una peculiare morfologia, con una finestra laterale, che permette di dislocare il foro per la vite passante in posizione palatale o linguale, evitando così antiestetici fori vestibolari. Le basette Interfase Dinamica sono disponibili **con o senza spalla di appoggio**, al fine di **garantire la massima libertà di chiusura della protesi**, che può andare in appoggio sia sul collo del Prama sia sull'Interfase, chiudendo a partire da 0.50 mm sotto la finestra laterale.


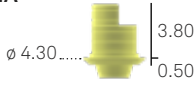
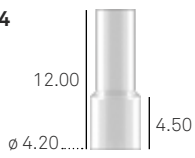

I supporti Interfase Dinamica con spalla d'appoggio sono compatibili con la cannula calcinabile delle T-Connect per realizzare agevolmente strutture per l'incollaggio





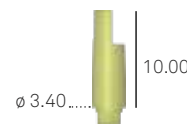



I supporti Interfase Dinamica senza spalla d'appoggio non hanno una cannula calcinabile dedicata e possono essere utilizzati solo con tecnica CAD-CAM



Interfase Dinamica con base di appoggio

descrizione	codice
Interfase Dinamica con base di appoggio Riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio non inclusa	IND3PKH330/TIA 
Interfase Dinamica con base di appoggio Non riposizionabili Cono di cementazione h 4.00 mm Vite di serraggio non inclusa	IND3PKR330/TIA 
Cannula in PMMA per modellazione wax-up o per incollaggio su T-Connect con h cono 4.00 mm	A-CCBAS-330-4 
Vite di serraggio per foro angolato Non inclusa, ordinabile separatamente	A-VMA-180 

Interfase Dinamica senza spalla di appoggio

descrizione	codice
Interfase Dinamica senza spalla di appoggio Riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio non inclusa	L-MDT-340-6 
Interfase Dinamica senza spalla di appoggio Non riposizionabili Cono di cementazione h 6.00 mm Vite di serraggio non inclusa	L-MDT-340-6-ROT 
Interfase Dinamica senza spalla di appoggio Riposizionabili Cono di cementazione h 10.00 mm Vite di serraggio non inclusa	L-MDT-340-10 
Interfase Dinamica senza spalla di appoggio Non riposizionabili Cono di cementazione h 10.00 mm Vite di serraggio non inclusa	L-MDT-340-10-ROT 
Vite di serraggio standard Non inclusa, ordinabile separatamente	VM2-180 
Vite di serraggio per foro angolato Non inclusa, ordinabile separatamente	A-VMA-180 

Torque di serraggio raccomandato per Interfase Dinamica: 20-25 Ncm.

Nota bene: per le viti A-VMA-180 è necessario l'utilizzo degli avvitatori per Dynamic Abutment, vedi pag.29.

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.

T-Connect Prama IN senza spalla

Le T-Connect Prama IN senza spalla si contraddistinguono per l'assenza della classica spalla d'appoggio, circostanza che fa sì che la corona posi direttamente sul cono della T-Connect, assicurando un eccellente risultato estetico.

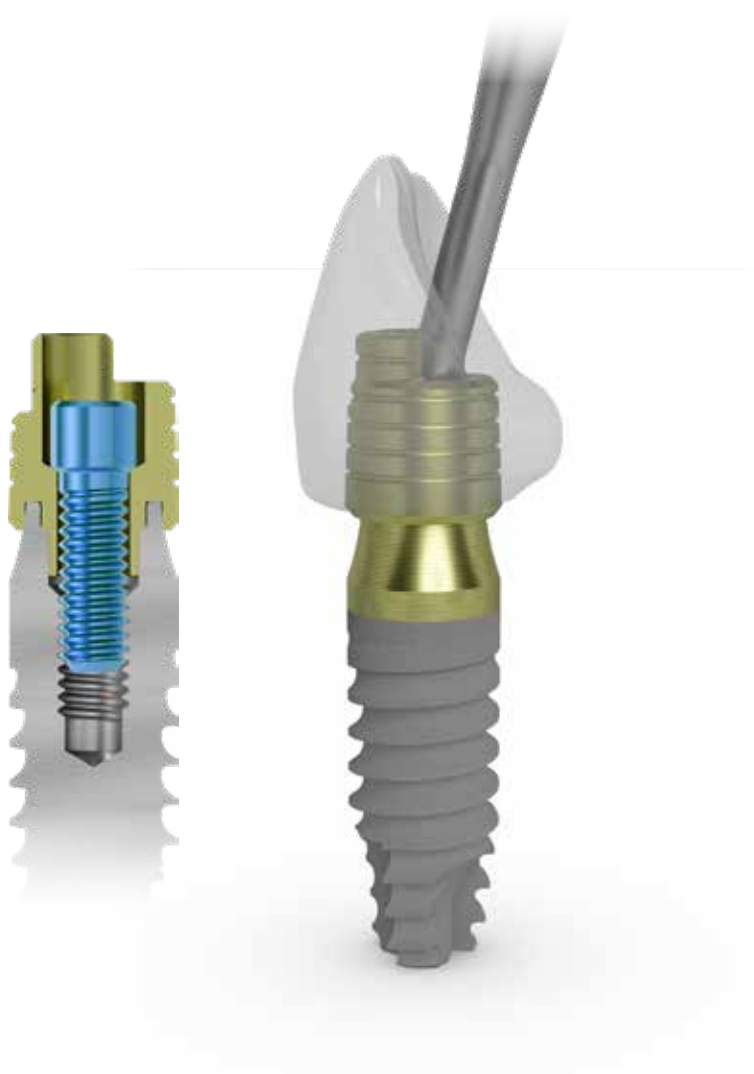
La seconda peculiarità nella morfologia di queste componenti garantisce la massima libertà grazie alla possibilità di angolare il passaggio del foro vite.

Le T-Connect Prama In senza spalla permettono una **chiusura sul collo dell'impianto**

a 0.50 o a 1 mm e sono disponibili con altezza transmucosa di 5 mm.

Vengono sottoposte a un processo di passivazione controllata che conferisce loro il classico **colore giallo dorato** per risultati ad alta valenza estetica.

Sono state realizzate per ciascun diametro della sistematica Prama.








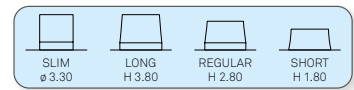
T-connect Prama IN senza spalla per protesi singola

descrizione	3.80	4.25	5.00
T-Connect per protesi singola con chiusura sul collo a 0.50 mm Cono di cementazione h 5.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio non inclusa	L-TCIN-380-05 	L-TCIN-425-05 	L-TCIN-500-05 
T-Connect per protesi singola con chiusura sul collo a 0.50 mm Non riposizionabili Cono di cementazione h 5.00 mm Vite di serraggio non inclusa	L-TCIN-380-05-ROT 	L-TCIN-425-05-ROT 	L-TCIN-500-05-ROT 
T-Connect per protesi singola con chiusura sul collo a 1.00 mm Cono di cementazione h 5.00 mm Riposizionabili Vite di serraggio non inclusa	L-TCIN-380-10 	L-TCIN-425-10 	L-TCIN-500-10 
Vite di serraggio standard Non inclusa, ordinabile separatamente	VM2-180  M1.8.....	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180
Vite di serraggio per foro angolato Non inclusa, ordinabile separatamente	A-VMA-180  M1.8.....	Utilizzare A-VMA-180	Utilizzare A-VMA-180

Torque di serraggio raccomandato per T-Connect: 20-25 Ncm.

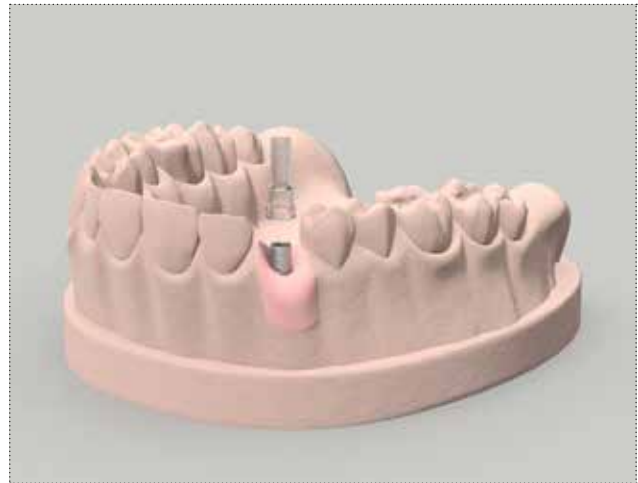
T-connect Prama IN senza spalla

descrizione	3.80	4.25	5.00
T-Connect per Prama IN per long neck con chiusura sul collo a 1.00 mm Cono di cementazione h 5.00 mm	LL-TCIN-380-10 	LL-TCIN-425-10 	LL-TCIN-500-10 
Vite di serraggio standard Non inclusa, ordinabile separatamente	VM2-180  M1.8.....	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180
Vite di serraggio per foro angolato Non inclusa, ordinabile separatamente	A-VMA-180  M1.8.....	Utilizzare A-VMA-180	Utilizzare A-VMA-180

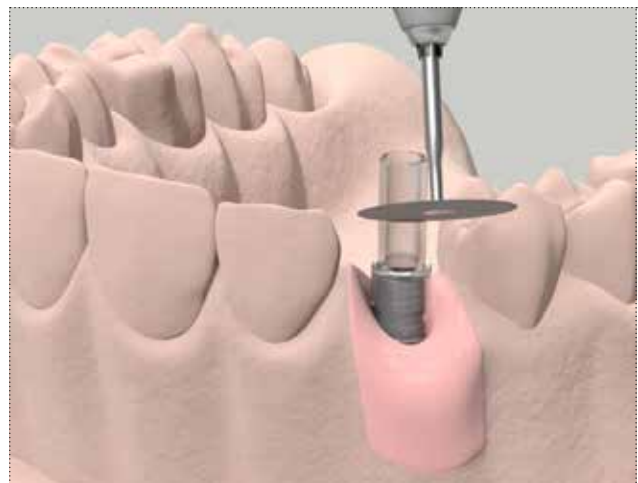


Riabilitazione definitiva singola avvitata con elementi intermedi per incollaggio

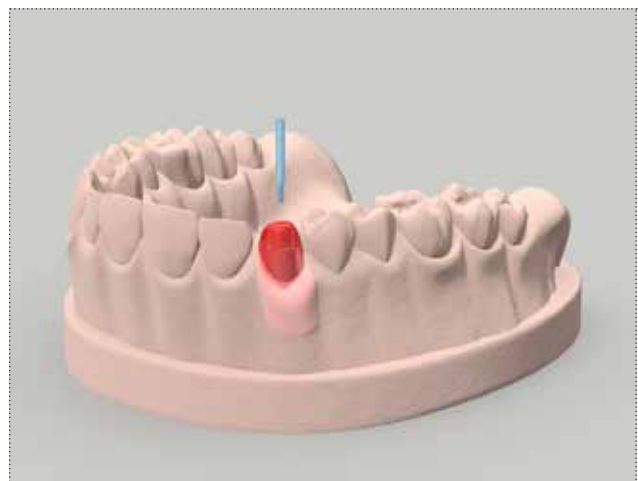
Su modello di precisione avvitare la l'elemento intermedio per incollaggio riposizionabile sull'analogo per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Inserire sull'elemento intermedio una cannula calcinabile di altezza congruente rispetto al cono di cementazione, di 4.00 o 6.00 mm.



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



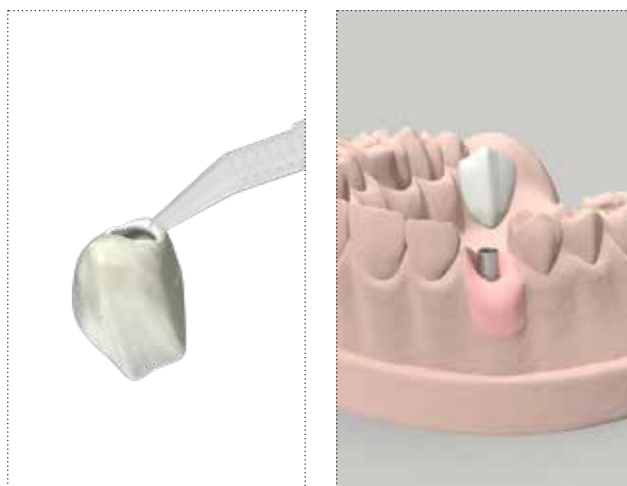
Modellare una corona in cera o resina sulla cannula calcinabile e utilizzare una vite per mantenere il foro libero.



Procedere alla fusione della corona modellata in cera o resina insieme alla cannula calcinabile ridotta inglobata al suo interno.



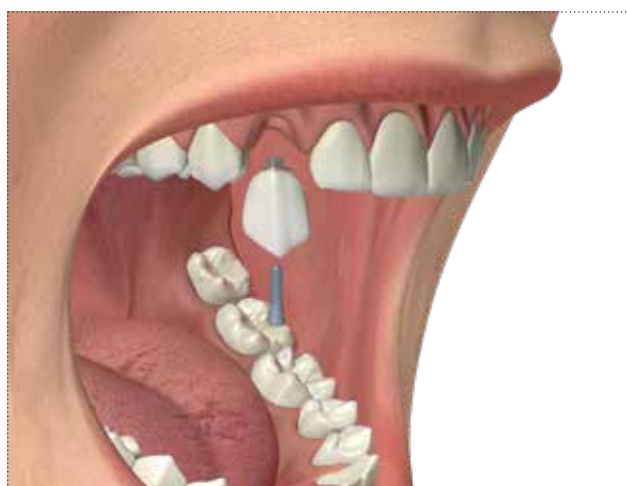
Ceramizzare la corona fusa e procedere all'incollaggio su modello: capovolgere la corona e inserire al suo interno del cemento resinoso nel foro per incollare l'elemento intermedio. Far polimerizzare secondo le indicazioni del produttore.

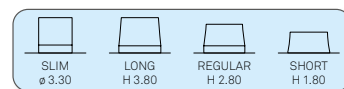


Avvitare la corona all'impianto con l'apposita vite senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.

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.



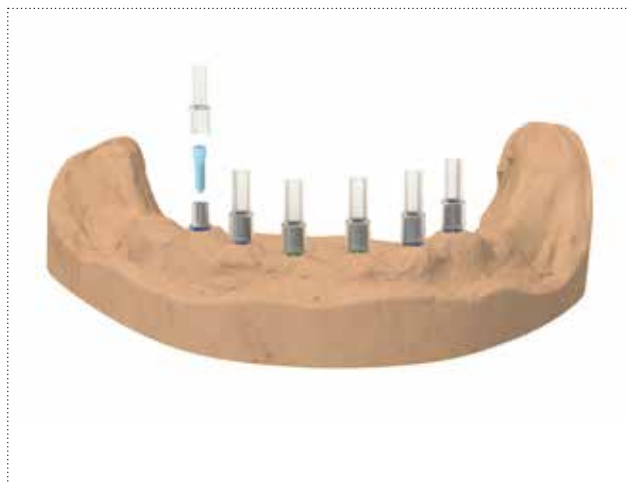


Riabilitazione definitiva full arch avvitata con elementi intermedi per incollaggio

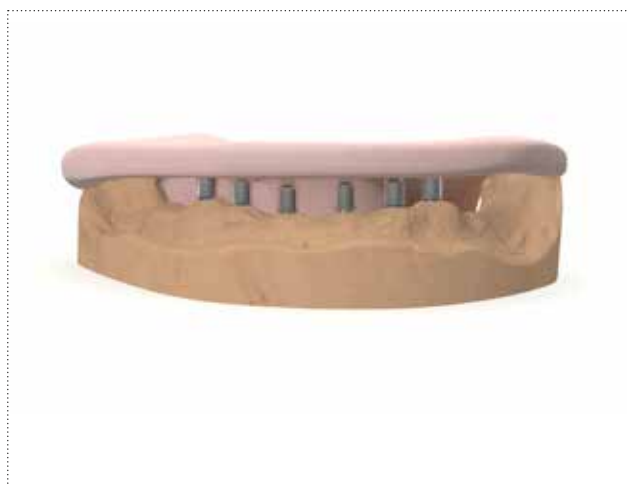
Su modello di precisione fissare gli elementi intermedi non riposizionabili agli analoghi per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Inserire su ogni elemento una cannula calcinabile di altezza congruente rispetto al cono di cementazione, di 4.00 o 6.00 mm.

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.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando una mascherina in silicone o con gli spazi definiti dall'articolatore.



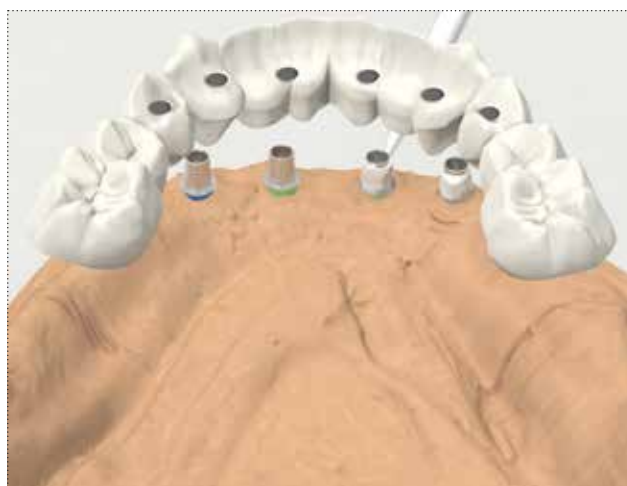
Modellare una struttura full arch in cera o resina calcinabile inglobando le cannule.



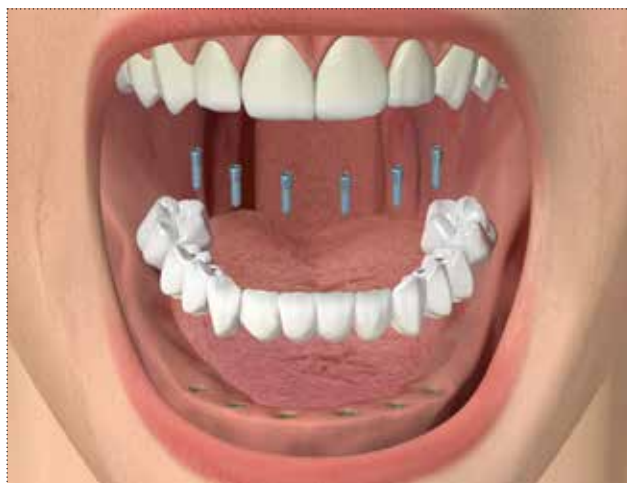
Procedere alla fusione della struttura modellata in cera o resina insieme alla cannule calcinabili ridotte inglobate al suo interno.



Ceramizzare la struttura fusa e procedere all'incollaggio su modello: stendere il cemento in maniera uniforme attorno agli elementi intermedi, senza eccedenze. Far polimerizzare secondo le indicazioni del produttore.



A polimerizzazione avvenuta svitare la struttura provvisoria dal modello e avvitarla agli impianti con l'apposita vite senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.



Ancoraggio 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 presente nello Screw Kit e disponibile anche individualmente su richiesta (cod. 8926-SW, corta, e cod. 8927-SW, lunga).

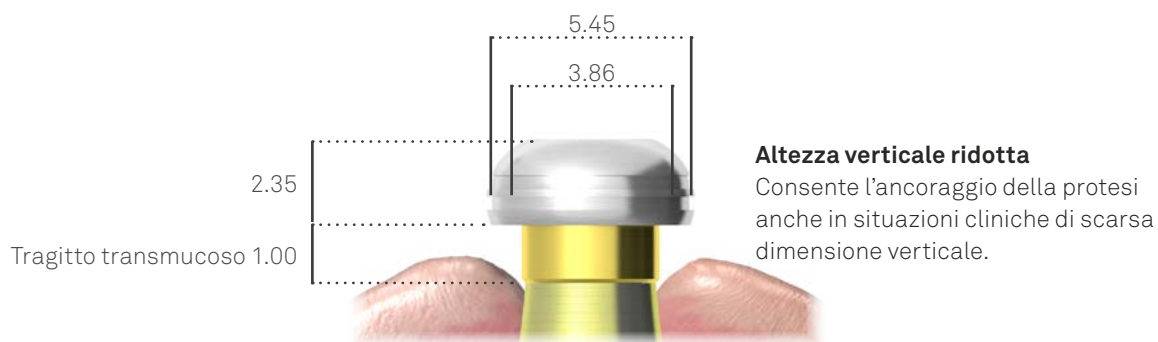


Il sistema Locator dispone di una pratica cappetta in acciaio o in titanio in cui alloggiare il ritentore all'interno della protesi. Quando esso perde ritentività, la sua sostituzione è estremamente facile poiché con una semplice operazione lo si può estrarre dalla cappetta in metallo, che rimane ancorata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

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

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

Nota bene: gli Abutment Locator, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long



descrizione	codice
Abutment Locator Emergenza dritta h transmucosa 1.00 mm	1670
Abutment Locator Emergenza dritta h transmucosa 2.00 mm	1671
Abutment Locator Emergenza dritta h transmucosa 3.00 mm	1672
Abutment Locator Emergenza dritta h transmucosa 5.00 mm	1674

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

Locator core tool

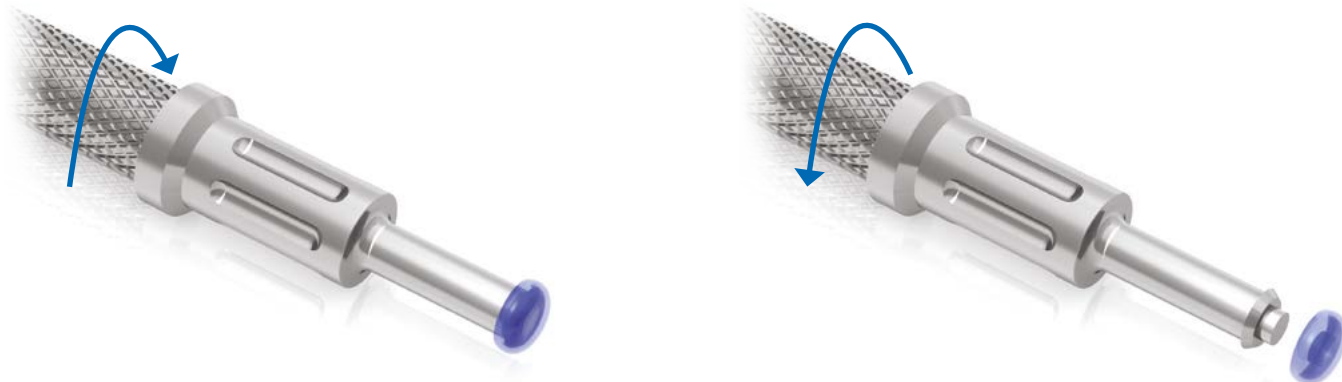
L'intero protocollo protesico Locator prevede l'utilizzo di un unico strumento, comune a tutte le linee implantari, che svolge contemporaneamente 4 funzioni.



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. 183 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.



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 Locator abutment, 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.



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.



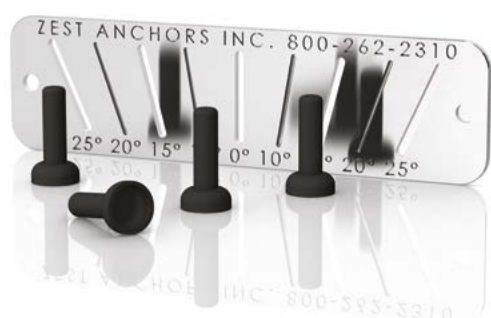
Presca d'impronta su Locator

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 veda da pag. 185.














Misurazione del parallelismo degli assi implantari

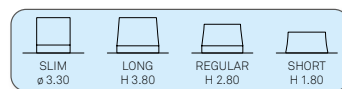
Poiché una corretta ritenzione dell'overdenture su abutment Locator dipende dall'utilizzo dei ritentori appropriati, diventa fondamentale definire correttamente gli assi implantari che determinano la scelta di ritentori con o senza pivot centrale. A questo scopo è disponibile una piastrina metallica 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 componentistica si veda da pag. 183.



Accessori per overdenture su abutment Locator

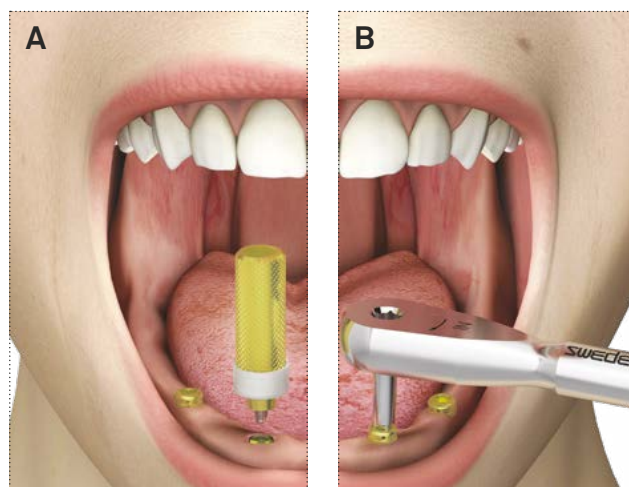
descrizione	codice
Kit con 2 cappette in titanio Gr. 5, 2 anellini distanziatori, 2 ritentori per ciascuna	8519-2 
Kit con 2 cappette in titanio Gr. 5, 2 anellini distanziatori, 2 ritentori per ciascuna delle 4 diverse capacità di ritenzione per grandi disparallelismi	8540-2 
Kit con 2 cappette in acciaio, 2 anellini distanziatori, 2 ritentori 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



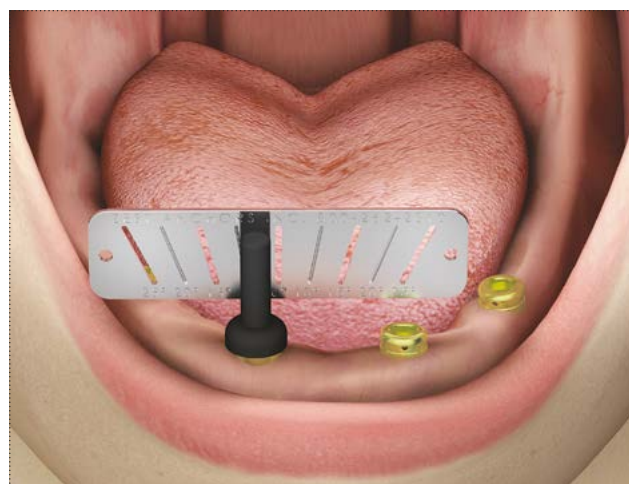
Metodo diretto: fasi alla poltrona

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.

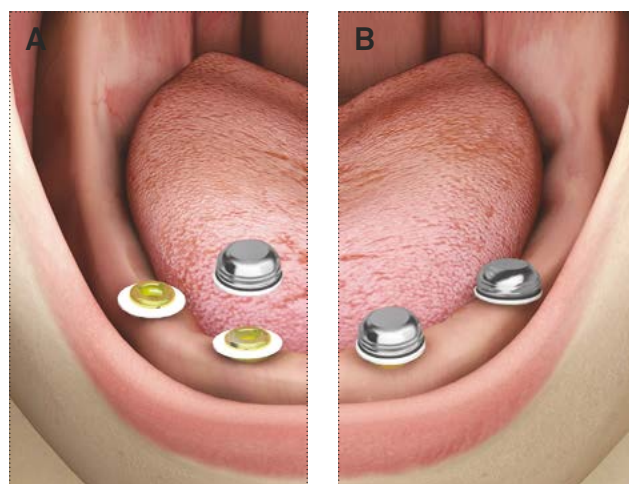


Inserire sui Locator abutment i pin di plastica (cod. 8517) e verificare con l'ausilio della piastrina 9530 quale sia il grado di divergenza tra gli assi degli impianti. A seconda del disparallelismo si utilizzeranno diversi ritentori in nylon:

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



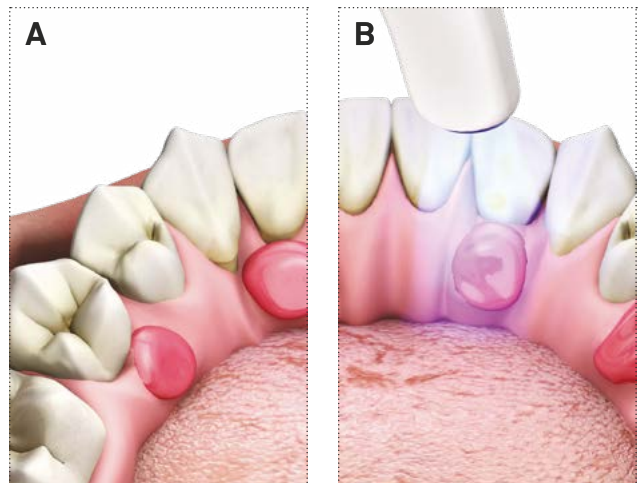
Rimuovere i pin e posizionare l'anello spaziatore bianco attorno alla testa di ogni Locator abutment (**img. A**). Inserire il ritentore nero in ogni cappetta metallica, posizionare la cappetta sull'abutment Locator lasciando l'anello spaziatore bianco sotto di essa (**img. B**). L'anello spaziatore 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.



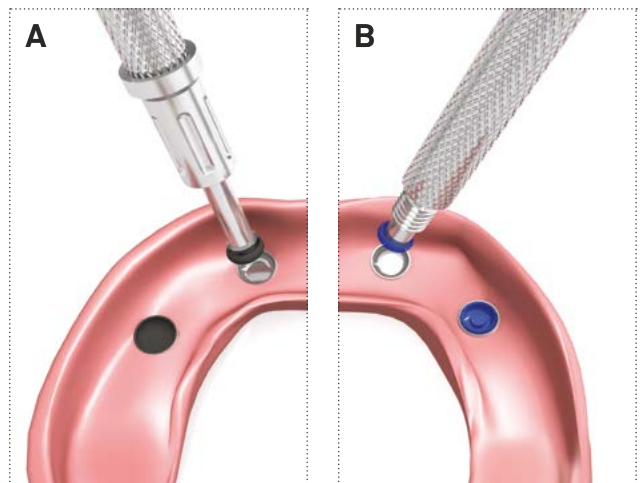
Scaricare la protesi in prossimità degli attacchi, creare dei fori sufficientemente larghi da consentire l'iniezione e la fuoriuscita della resina acrilica.
 Posizionare l'overdenture sopra le cappette metalliche.

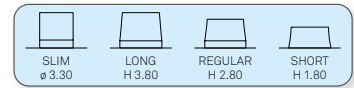


Inserire la resina (**img. A**) e procedere con la polimerizzazione del materiale seguendo le indicazioni del produttore (**img. B**). Poi sollevare il manufatto protesico: i ritentori neri resteranno all'interno delle cappette metalliche.
 Lucidare la base dell'overdenture.



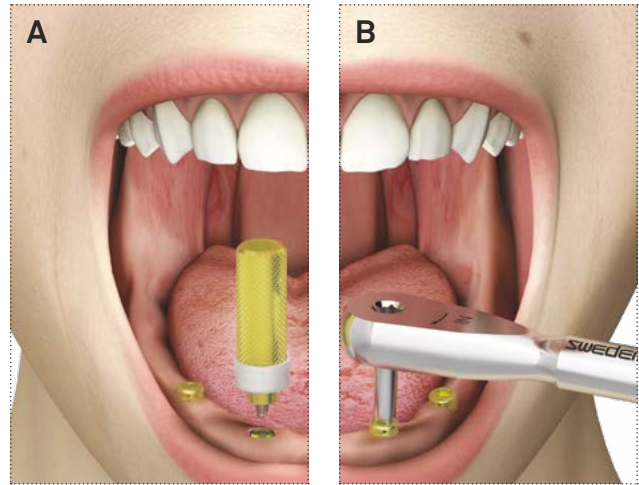
Allentare l'estremità dello strumento 8393 svitando per due giri completi il pezzo (senso antiorario): questo permetterà al piccolo pistone presente sulla punta di rientrare completamente (**img. A**) e al margine tagliente della punta di fare presa sul bordo del ritentore nero per estrarlo dalla cappetta 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.



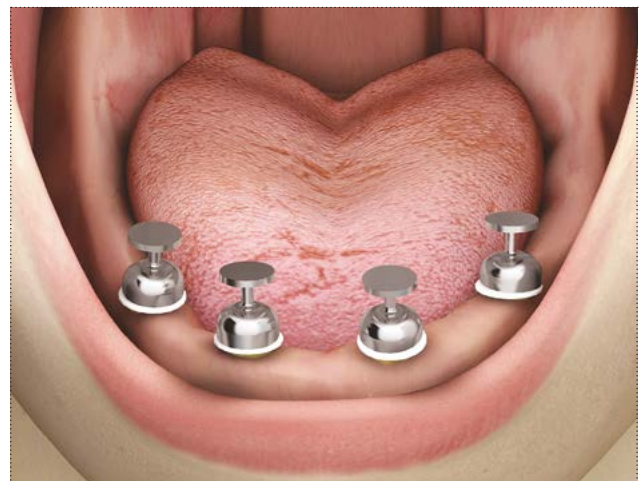
Inserire sui Locator abutment i pin di plastica (cod. 8517) e verificare con l'ausilio della piastrina 9530 quale sia il grado di divergenza tra gli assi degli impianti. A seconda del disparallelismo si utilizzeranno diversi ritentori in nylon:

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



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

Rimuovere i pin ed inserire sui Locator abutment 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.

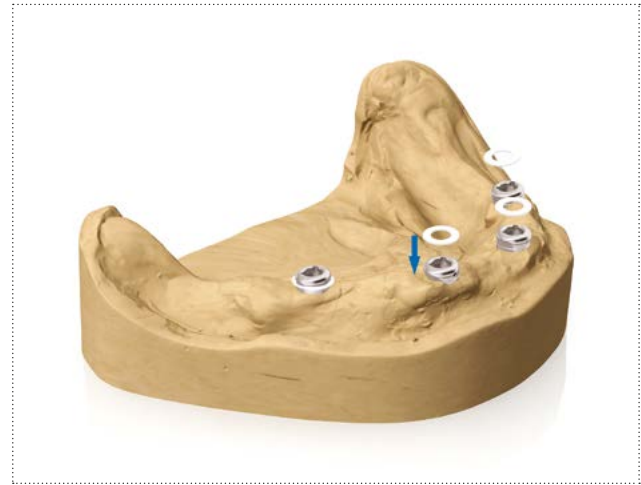


Ancoraggio con abutment Locator - Indicazioni cliniche



Metodo indiretto: fasi di laboratorio

Con cera o resina boxare l'impronta e colare il modello: 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.



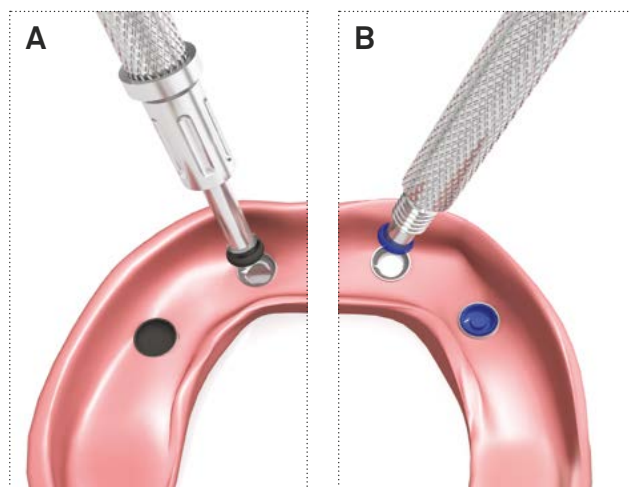
Posizionare le cappette metalliche con i ritentori neri preassemblati sulla testa dell'analogo Locator. Il ritentore nero manterrà l'overdenture nel limite superiore della sua capacità di resilienza verticale durante le fasi di lavorazione, pertanto è necessario verificare che sia inserito completamente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



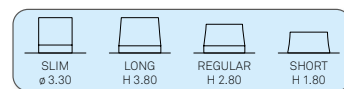
Allentare l'estremità dello strumento 8393 svitando per due giri completi il pezzo (senso antiorario): questo permetterà al piccolo pistone presente sulla punta di rientrare completamente (**img. A**) e al margine tagliente della punta di fare presa sul bordo del ritentore nero per estrarlo dalla cappetta 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

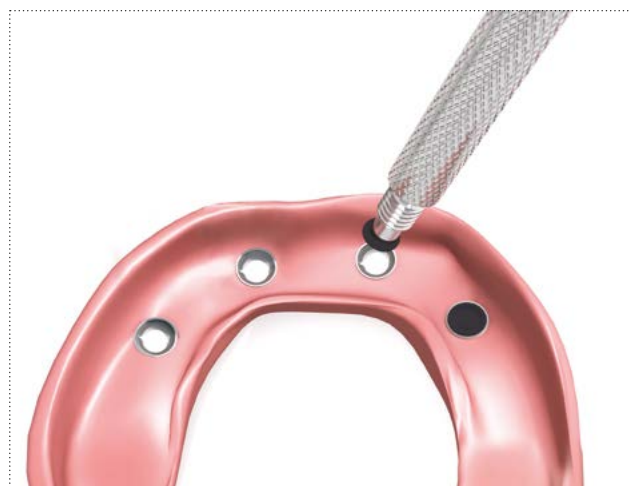


Manutenzione

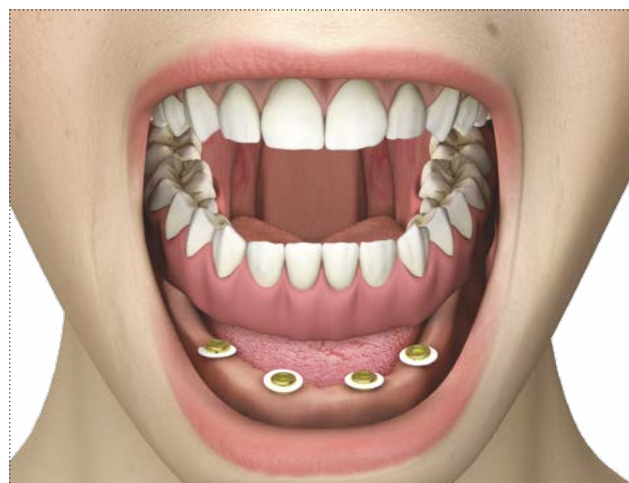
La componentistica metallica Locator è realizzata in titanio Gr. 5, pertanto non richiede particolari precauzioni di pulizia o manutenzione. Tuttavia, per evitare la formazione di placca e il ristagno di residui abrasivi nel pozzetto dell'abutment, che potrebbero rovinare le due interfacce a contatto, 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 ritenività 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. 187 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 da pag. 177.



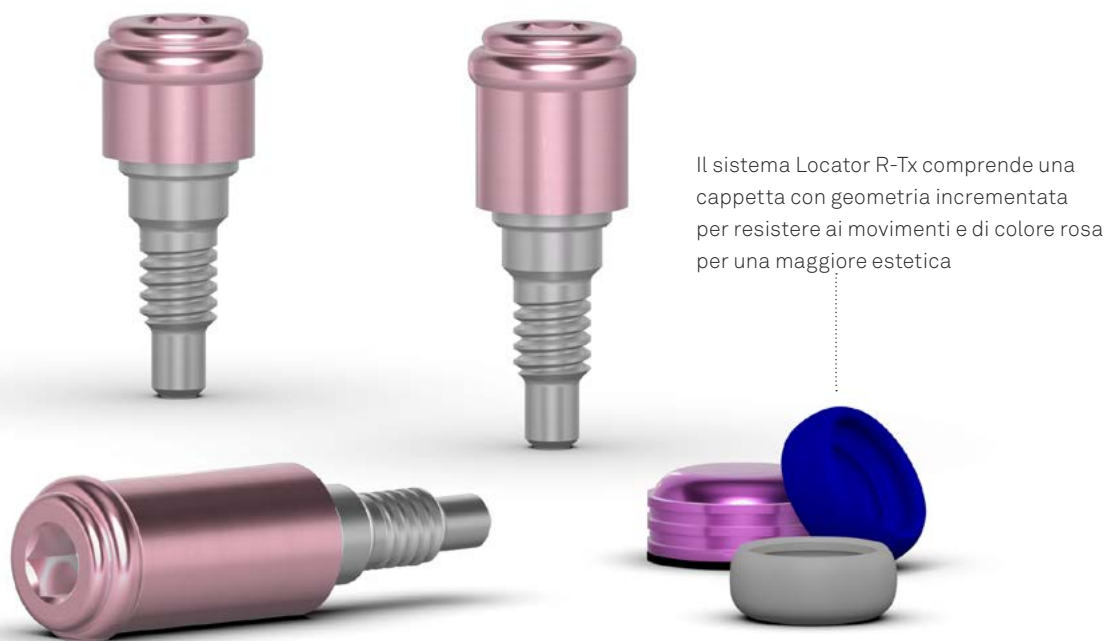
Abutment Locator R-Tx

Gli abutment Locator R-Tx* sono una soluzione protesica brevettata versatile, semplice e sicura, per ancorare le overdenture agli impianti. La nuova generazione del sistema ideato da Zest Anchors presenta una doppia ritenzione per l'ingaggio e il profilo coronale stretto, per una facile inserzione della protesi. Il sistema Locator R-Tx consente di correggere l'asse di inserzione sino a 60° complessivi (30° per impianto). Gli abutment sono realizzati in titanio Gr. 5 e sono disponibili in diverse altezze transmucose. Vanno serrati a 25-30 Ncm utilizzando gli avvitatori disponibili opzionalmente, i cui codici sono consultabili a pag. 194.



CONFEZIONE "ALL-IN-ONE"

Una fiala con apertura doppia è stata progettata appositamente per contenere separatamente sia l'abutment che le componenti da includere nell'overdenture, così da fornire tutto il necessario in un'unica confezione e un solo codice.



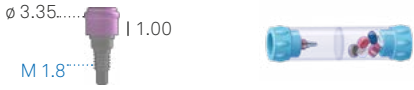
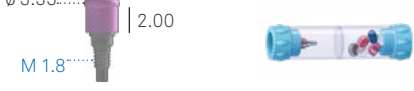
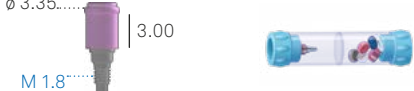
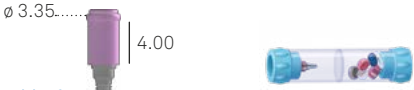
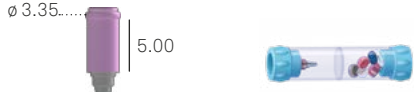

Il sistema Locator R-Tx comprende una cappetta con geometria incrementata per resistere ai movimenti e di colore rosa per una maggiore estetica

Il nuovo trattamento DuraTec™, una nitrurazione che alterna strati di titanio e carbonio, conferisce al Locator R-Tx un colore rosa altamente estetico, robusto e resistente all'usura

Maggiore possibilità di correzione dell'asse di inserzione e gradi di ritenzione diversi

Nota bene: gli Abutment Locator R-Tx, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.









**Gli abutment Locator R-Tx e le relative componenti presentate nelle pagine seguenti sono dispositivi medici fabbricati e brevettati da Zest Anchors, Inc., 2875 Loker Avenue East, Carlsbad, CA 92010, USA.*








descrizione	codice
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 1.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-01</p> 
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 2.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-02</p> 
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 3.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-03</p> 
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 4.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-04</p> 
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 5.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-05</p> 
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta h transmucosa 6.00 mm Confezione All-in-One con cappetta e inserti</p>	<p>31110-06</p> 

Torque raccomandato per gli abutment Locator R-Tx: 25-30 Ncm.

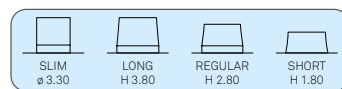
Durante le fasi di laboratorio ed eventuali fasi di prova alla poltrona, il torque di serraggio non deve superare gli 8-10 Ncm.

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	
Confezione da n. 20 Anelli distanziatori per la fase di ribasatura delle protesi	8514	
Confezione da n. 4 Analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx ø 3.35 Mm	30014	

descrizione	codice
<p>Confezione da n. 4 analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx \varnothing 4.00 mm</p>	<p>30015</p> 
<p>Confezione da n. 4 analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx \varnothing 5.00 mm</p>	<p>30016</p> 
<p>Confezione da n. 4 transfer per abutment Locator R-Tx con bassa ritenzione, misura unica per tutte le piattaforme</p>	<p>30017</p> 
<p>Confezione con n. 4 cappette spaziatrici per la fase di ribasatura della protesi con metodo diretto</p>	<p>30018</p> 
<p>Locator core tool per l'inserimento dei ritentori nelle cappette e nella camicia di ritenzione per driver per il trasporto degli abutment Locator R-Tx nel cavo orale</p>	<p>30021</p> 
<p>Avvitatore per contrangolo per abutment Locator R-Tx, hex. 1.25 mm</p>	<p>08008</p> 
<p>Avvitatore digitale per abutment Locator R-Tx, hex. 1.25 mm</p>	<p>08007</p> 

Ancoraggio con abutment Locator R-Tx

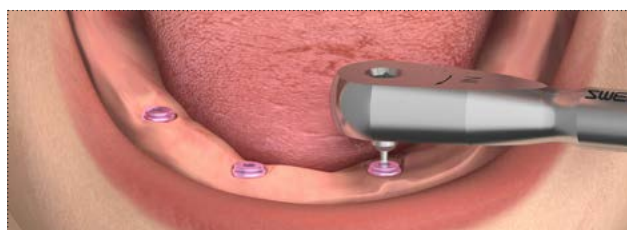


Metodo diretto: fasi alla poltrona

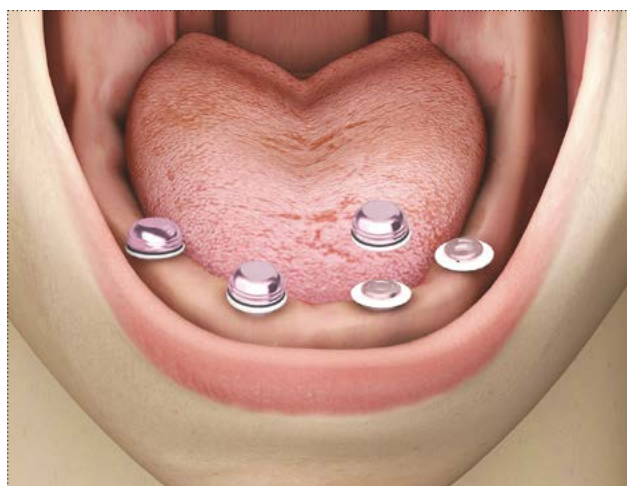
Scoprire gli impianti o rimuovere le viti transmucose di guarigione, a seconda che sia stato adottato un protocollo a doppia o a singola fase chirurgica. Posizionare l'abutment Locator R-Tx nell'impianto utilizzando l'apposito avvitatore, digitale (cod. 08007).

Completare il posizionamento degli abutment Locator R-Tx utilizzando l'avvitatore con raccordo esagonale (cod. 08007) e il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT.

Si raccomanda di serrare gli abutment Locator R-Tx a 25-30 Ncm.



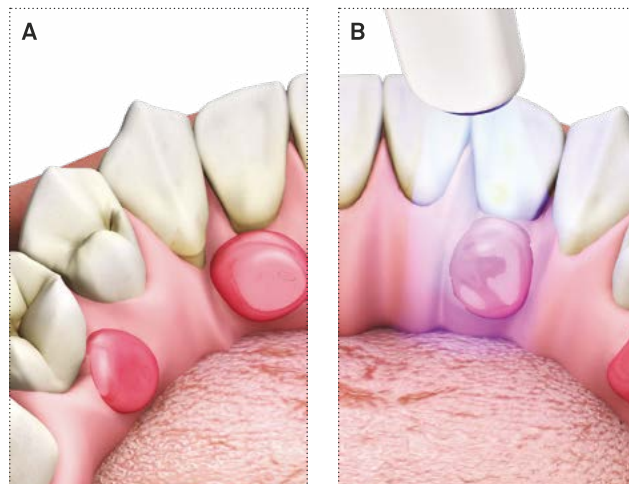
Posizionare l'anello spaziatore bianco su ogni abutment e spingerlo fino al tessuto mucoso. Premere con fermezza le cappette rosa (contenenti il ritentore nero pre-assemblato) su ogni abutment Locator R-Tx.



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.



Rimuovere l'inserto ritentore nero dalla cappetta di alloggiamento usando l'estremità di rimozione (OUT) dello strumento di inserzione per ritentori. Per farlo, procedere ancorando l'inserto ritentore nero e inclinare lo strumento distalmente o mesialmente all'interno della protesi finché l'inserto non si sgancia completamente dalla cappetta.

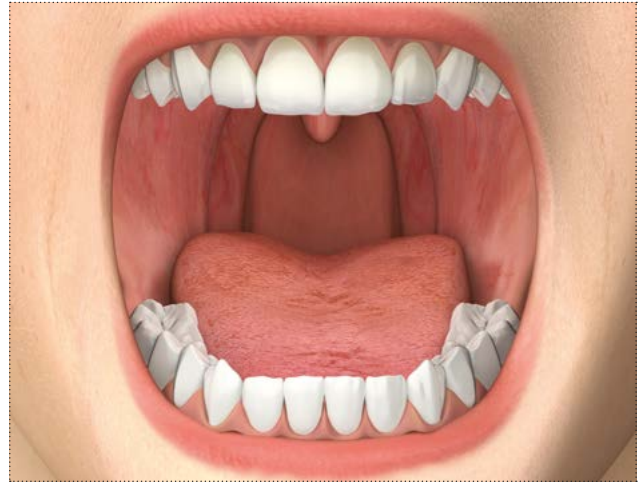
Usare la caratteristica fessura metallica sul retro dello strumento per rimuovere l'inserto dalla punta, facendo scorrere l'inserto nell'apertura della fessura metallica e con un movimento verso l'alto per rimuoverlo.



Posizionare l'inserto con la ritenzione selezionata in ciascuna cappetta usando l'estremità di inserimento (IN) dello strumento. Durante la fase di prova, iniziare selezionando l'inserto con grado di ritenzione più bassa. Inserire l'inserto ritentore con una leggera angolazione, poi raddrizzare lo strumento e premere verso il basso.

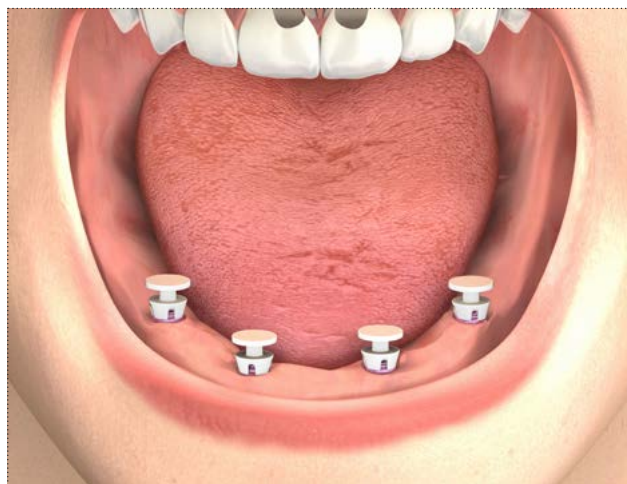


Posizionare l'overdenture e premere verso il basso per ancorare gli inserti agli abutment Locator R-Tx, verificando l'occlusione. Istruire il paziente su come rimuovere e inserire l'overdenture.
Se la ritenzione non è soddisfacente, rimuovere gli inserti e sostituirli con quelli con il successivo livello di ritenzione.



Metodo indiretto: fasi alla poltrona

Inserire con una semplice pressione a mano libera i transfer Locator R-Tx (cod. 30017), all'interno dei quali sarà stato prima inserito l'apposito ritentore in plastica nera per la presa d'impronta (cod. 30012).

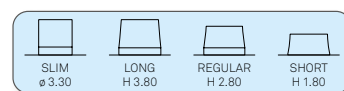


Iniettare un materiale da impronta di precisione solo intorno ai transfer e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente in tutta l'arcata. Collocare il cucchiaio chiuso *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni. La particolare conformazione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



Sollevare il cucchiaio portaimpronta verticalmente: i transfer Locator R-Tx resteranno inglobati nell'impronta.





Inserire in ciascun transfer Locator un analogo Locator R-Tx: gli analoghi sono disponibili in tre diametri diversi (3.35 mm cod. 30014, 4.00 mm cod. 30015 o 5.00 mm cod. 30016) e inviare l'impronta in laboratorio.



Metodo indiretto: fasi di laboratorio

Sviluppare il modello come d'abitudine: l'analogo Locator R-Tx riprodurrà esattamente la posizione della testa dell'abutment Locator R-Tx. Nel modello inserire in ciascun analogo un anellino spaziatore 08514, 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 R-Tx.



Posizionare le cappette metalliche con i ritentori neri preassemblati sulla testa dell'analogo Locator R-Tx. 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.



Rimuovere l'inserto ritentore nero dalla cappetta di alloggiamento usando l'estremità di rimozione (OUT) dello strumento di inserimento per ritentori. Per farlo, procedere ancorando l'inserto ritentore nero e inclinare lo strumento distalmente o mesialmente all'interno della protesi finché l'inserto non si sgancia completamente dalla cappetta.

Usare la caratteristica fessura metallica sul retro dello strumento per rimuovere l'inserto dalla punta, facendo scorrere l'inserto nell'apertura della fessura metallica e con un movimento verso l'alto per rimuoverlo.

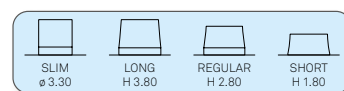


Posizionare l'inserto con la ritenzione selezionata in ciascuna cappetta usando l'estremità di inserimento (IN) dello strumento. Durante la fase di prova, iniziare selezionando l'inserto con grado di ritenzione più bassa. Inserire l'inserto ritentore con una leggera angolazione, poi raddrizzare lo strumento e premere verso il basso.

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.





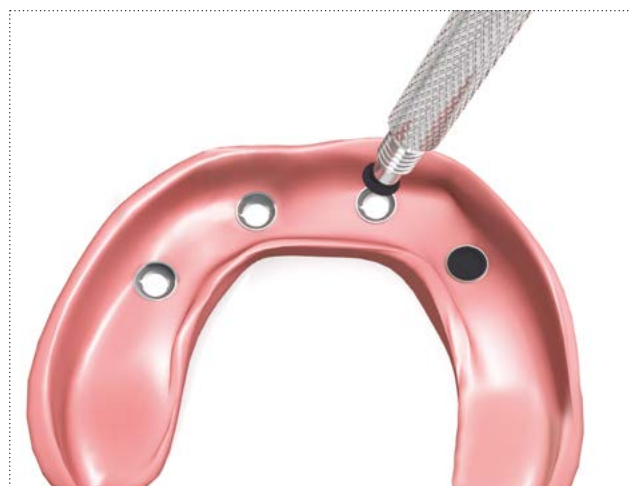
Manutenzione e ribasatura

Manutenzione

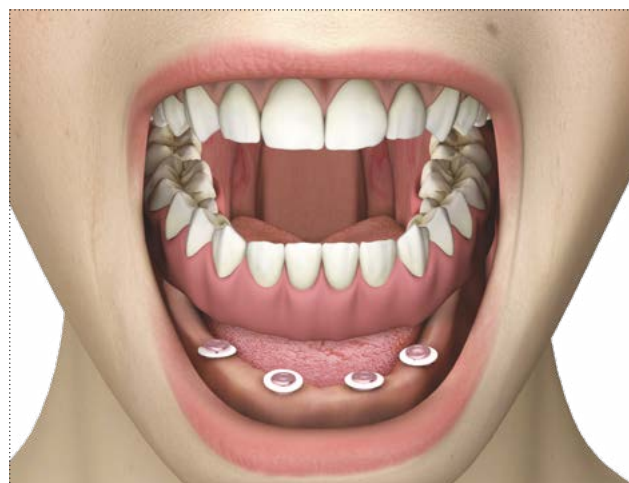
La componentistica metallica Locator R-Tx è realizzata in titanio Gr. 5, pertanto non richiede particolari precauzioni di pulizia o manutenzione. Tuttavia, per evitare la formazione di placca e il ristagno di residui abrasivi nel pozzetto dell'abutment, che potrebbero rovinare le due interfacce a contatto, 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 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 R-Tx con gli appositi anellini distanziatori in gomma siliconica



Il ritentore ingaggerà la testa dell'abutment Locator R-Tx 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 R-Tx 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 da pag. 178.



Ancoraggio 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 attacchi 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.


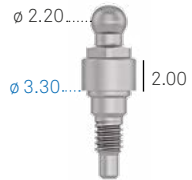
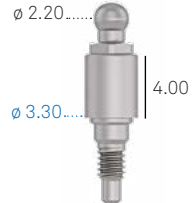
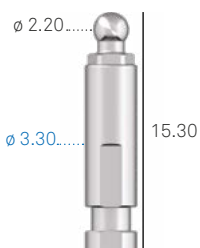

La stabilità e durata a lungo termine del complesso attacco sferico/cappetta sono determinate da vari fattori, tra i quali:

- 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.

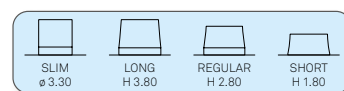


Poiché la sfera deve lavorare libera da vincoli per garantire il corretto appoggio mucoso dell'overdenture, gli abutment con attacco sferico sono disponibili in diverse altezze trasmutose.

Nota bene: gli attacchi sferici, che chiudono in appoggio sulla piattaforma implantare, sono utilizzabili indifferentemente con tutti i diametri implantari Prama e con tutte le tipologie di collo, Short, Regular e Long.

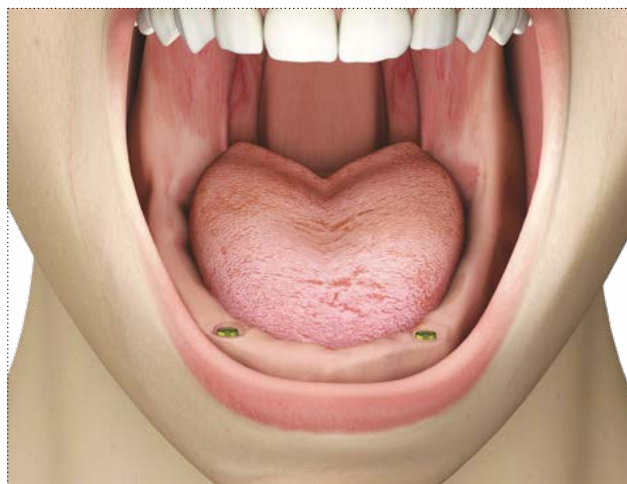
descrizione	codice
<p>Attacchi sferici Emergenza dritta h transucosa 1.00 mm</p>	<p>A-AS-330-1</p> 
<p>Attacchi sferici Emergenza dritta h transucosa 2.00 mm</p>	<p>A-AS-330-2</p> 
<p>Attacchi sferici Emergenza dritta h transucosa 4.00 mm</p>	<p>A-AS-330-4</p> 
<p>Analogo dell'attacco sferico</p>	<p>ANAS</p> 
<p>Avvitatore per attacchi sferici, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica. Non incluso nel kit chirurgico, acquistabile separatamente</p>	<p>BASCC-EX</p> 

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



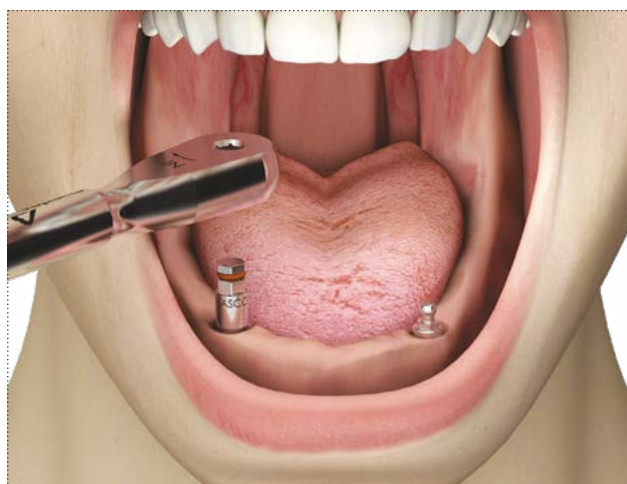
Impronta e modello

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. 204.



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

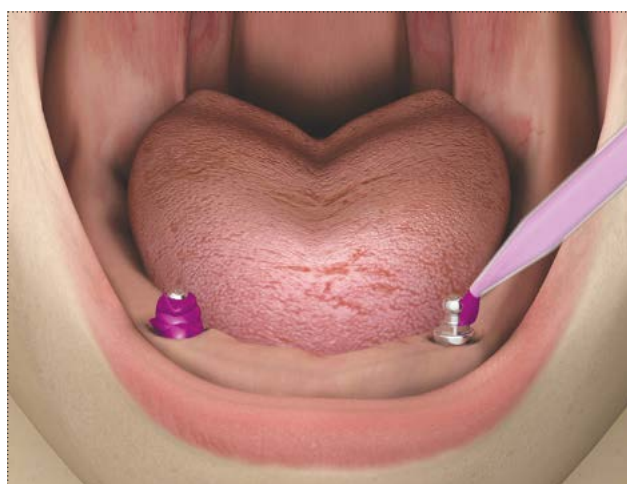
Nota bene: la brugola non fa parte dei kit chirurgici e deve essere richiesta a parte, con il codice BASCC-EX. È invece inclusa nello Screw Kit. Tale brugola è compatibile con il cricchetto dinamometrico del sistema.



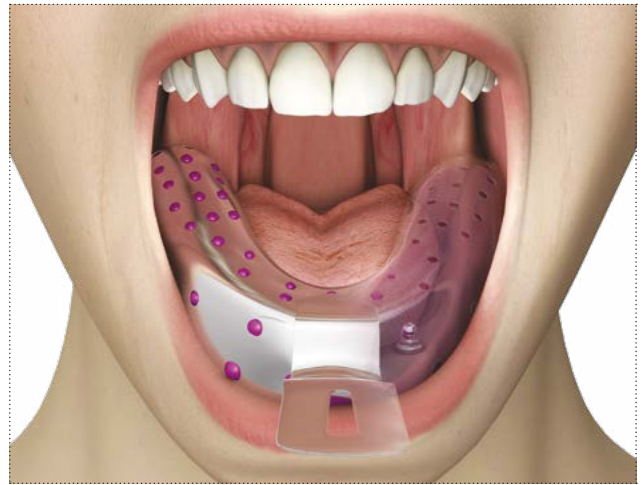
Posizionare il cucchiaio chiuso, in modo da verificare che tutta l'altezza dell'attacco sferico sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno alle teste sferiche dei pilastri e contestualmente riempire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



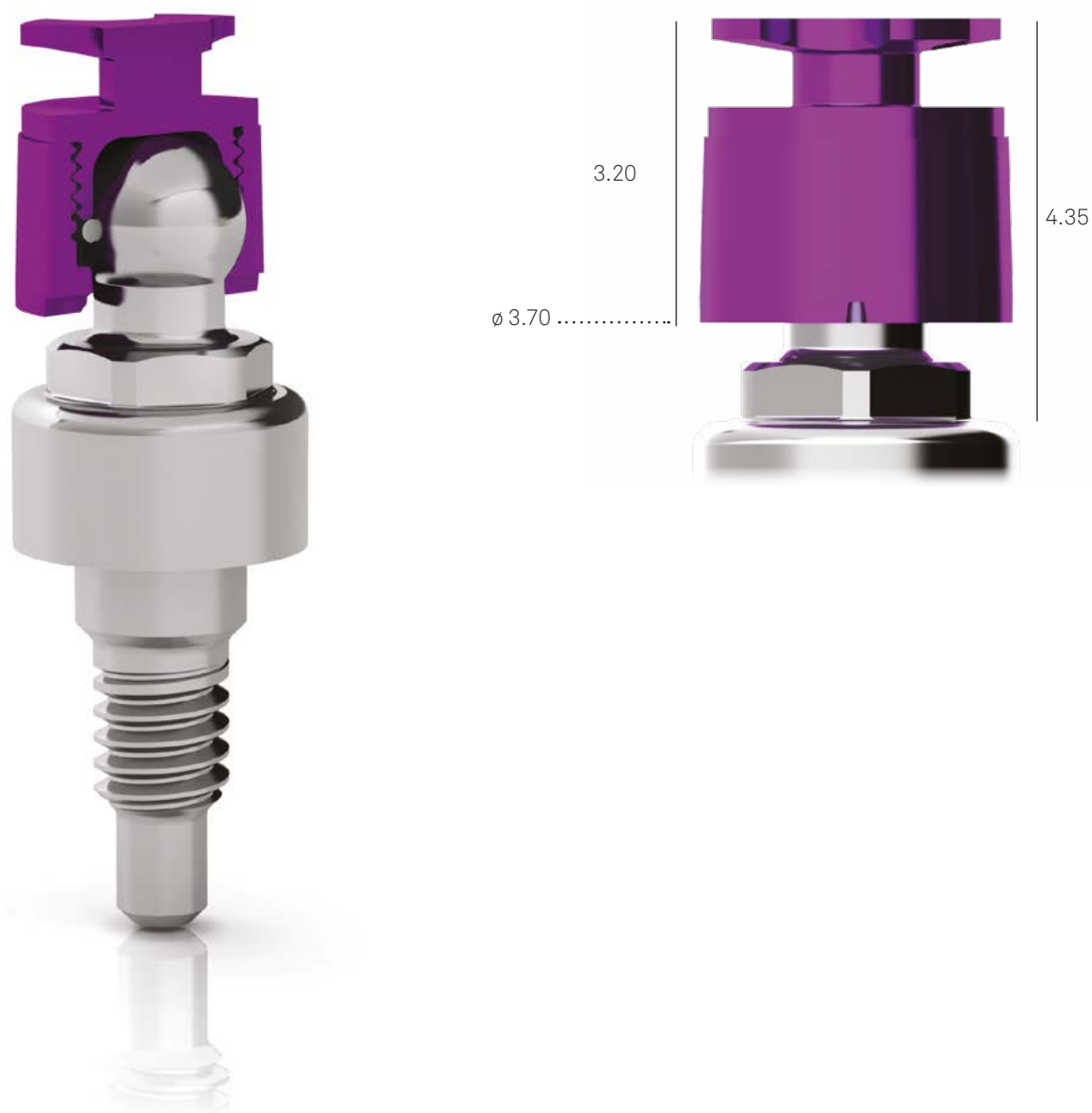
Matrici per attacchi sferici






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 riasssemblaggio 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	CAP-TIT-1 
Anello in plastica di ricambio per cappetta in titanio h 2.20 mm	AN-CAP-TIT-1 
Molla di ritenzione di ricambio per cuffietta in titanio, media durezza In acciaio, \varnothing 3.2 mm	MOL1-CAP-TIT-1 
Molla di ritenzione di ricambio per cuffietta in titanio, morbida, per adattamento progressivo della protesi in acciaio, \varnothing 3.20 mm	MOL2-CAP-TIT-1 
Avvitatore per il montaggio e la manutenzione della cappetta in titanio CAP-TIT-1	AVV-CAP-TIT-1 

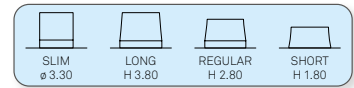
Assemblaggio della cappetta in titanio per fasi di lavorazione

La cappetta in titanio viene fornita assemblata alla molla con l'anello definitivo in titanio. Prima di iniziare il protocollo diretto di ancoraggio dell'overdentine è necessario svitare l'anellino 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.

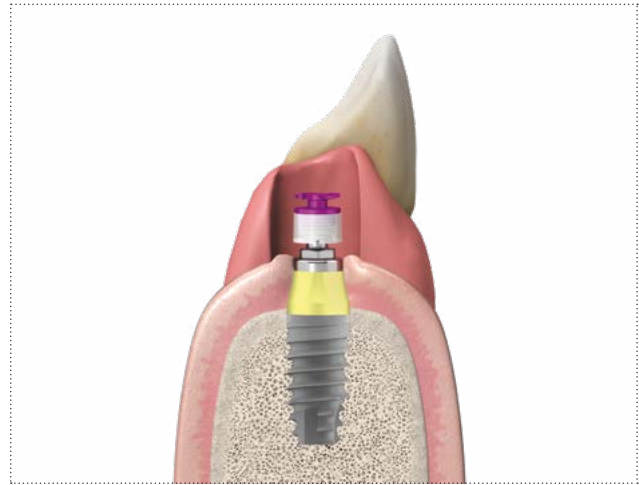




Cappetta in titanio CAP-TIT-1: metodo diretto

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.

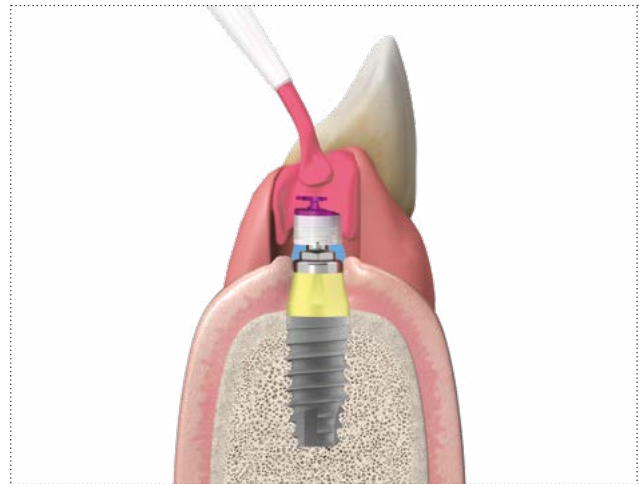
Nota bene: a seconda del tipo di resina potrebbe essere opportuno applicare un leggero strato di vaselina o di cera attorno all'anello di plastica trasparente al fine di renderne più agevole la rimozione.



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 gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Visione intraorale.



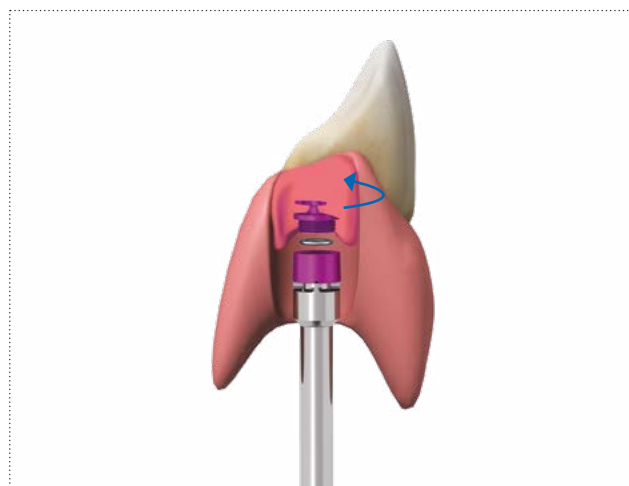
Svitare l'anello in plastica per mezzo dell'apposito avvitatore AVV-CAP-TIT-1. Lo spazio lasciato dall'anello in plastica è calcolato in modo da permettere un'agevole inserzione dell'anello in titanio.



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

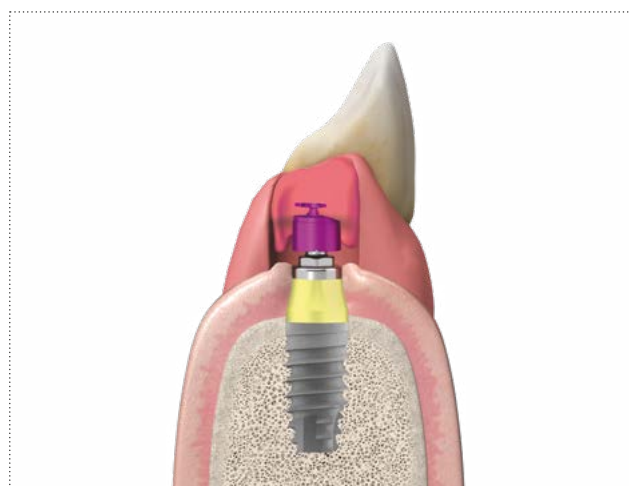
Qualora la ritenzione iniziale fosse eccessiva per il paziente, sostituire la molla in dotazione con quella di colore dorato, acquistabile separatamente con il codice MOL2-CAP-TIT-1.

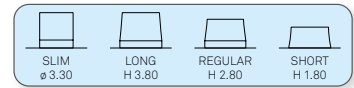


Lucidare la base dell'overdenture e inserire la protesi *in situ*, esercitando una pressione verticale fino a sentire il caratteristico clic che segnala il corretto ingaggio della testa dell'attacco sferico sulla molla ritentiva.

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

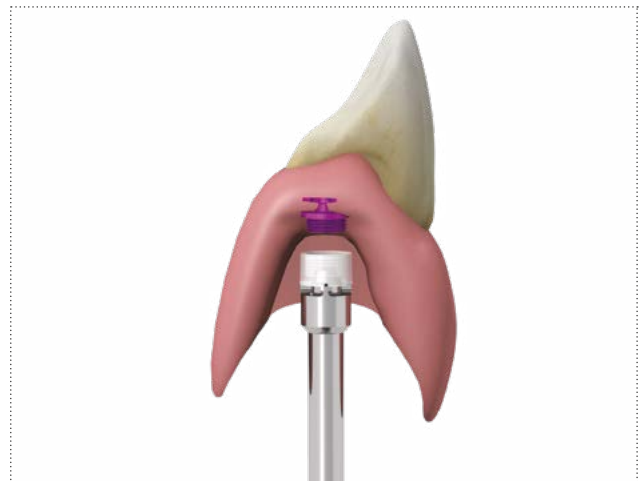
Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica elastomerica sulla testa sferica degli analoghi, avendo cura di mantenere l'asse di inserzione ortogonale a quello degli analoghi. Qualora fosse necessario, scaricare i sottosquadri con gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati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



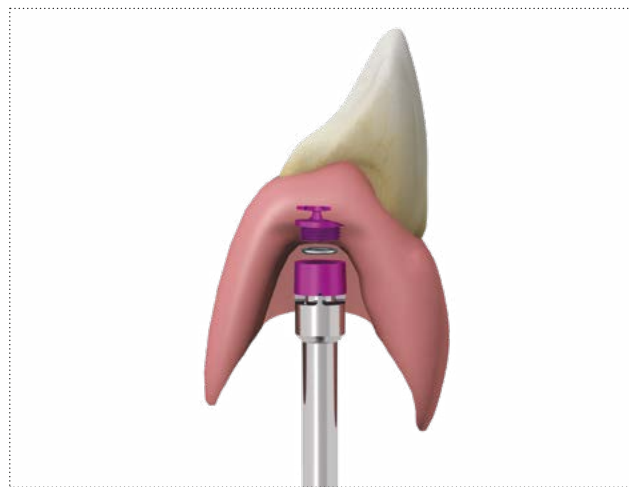
Svitare l'anello in plastica per mezzo dell'apposito avvitatore AVV-CAP-TIT-1. Lo spazio lasciato dall'anello in plastica è calcolato in modo da permettere un'agevole inserzione dell'anello in titanio.



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

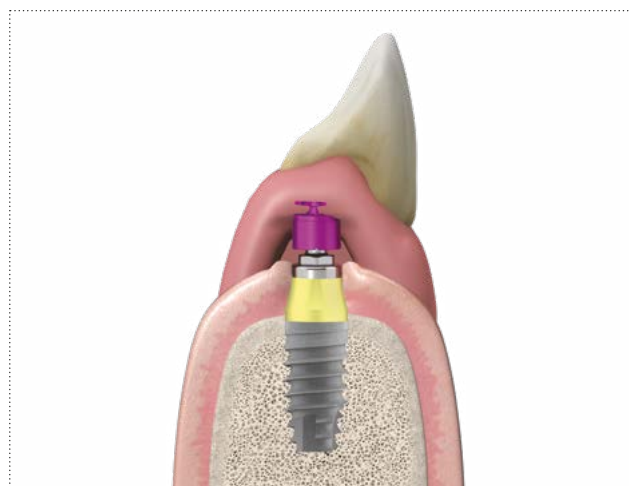
Qualora la ritenzione iniziale fosse eccessiva per il paziente, sostituire la molla in dotazione con quella di colore dorato, acquistabile separatamente con il codice MOL2-CAP-TIT-1.



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

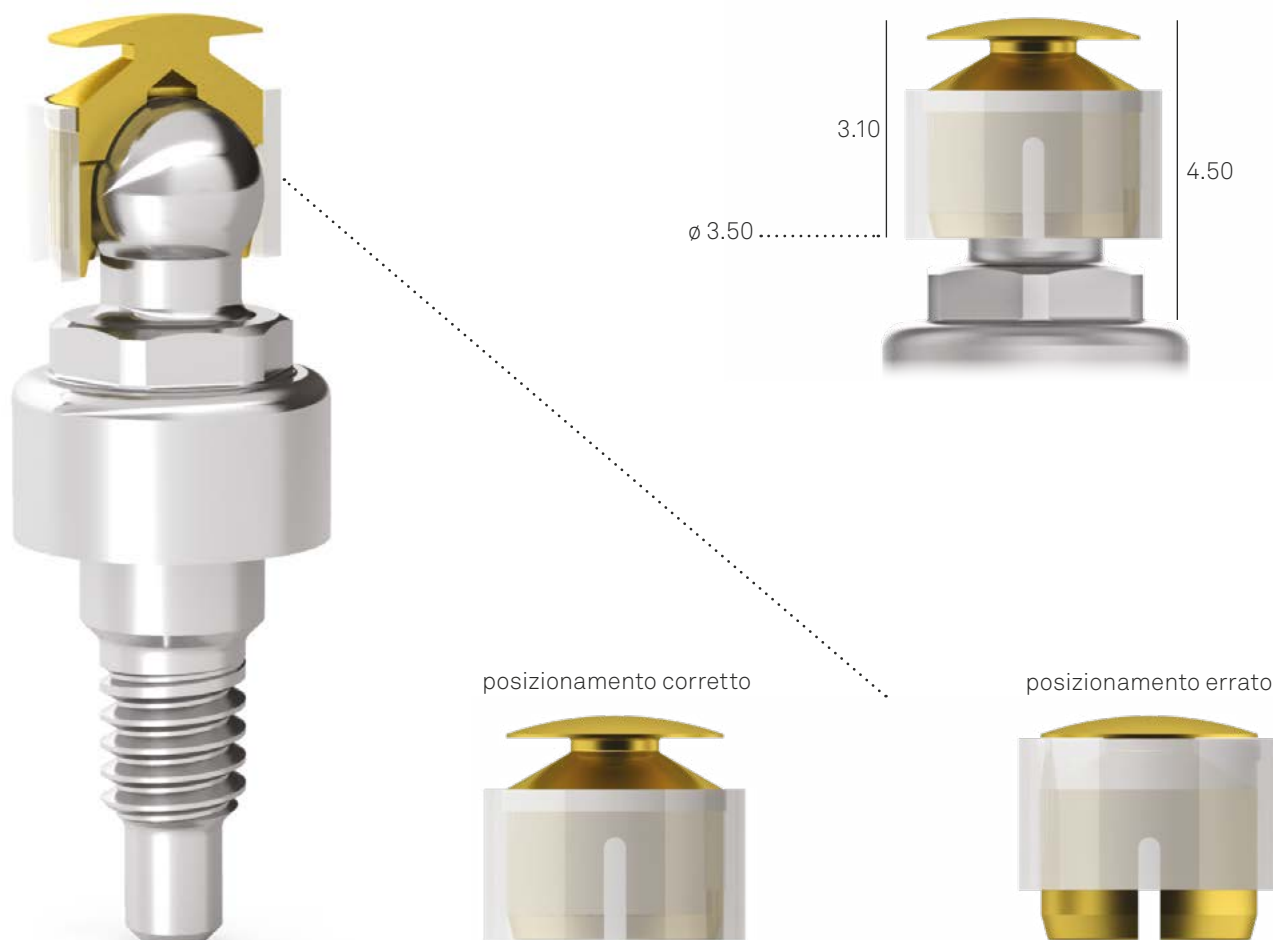
È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort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

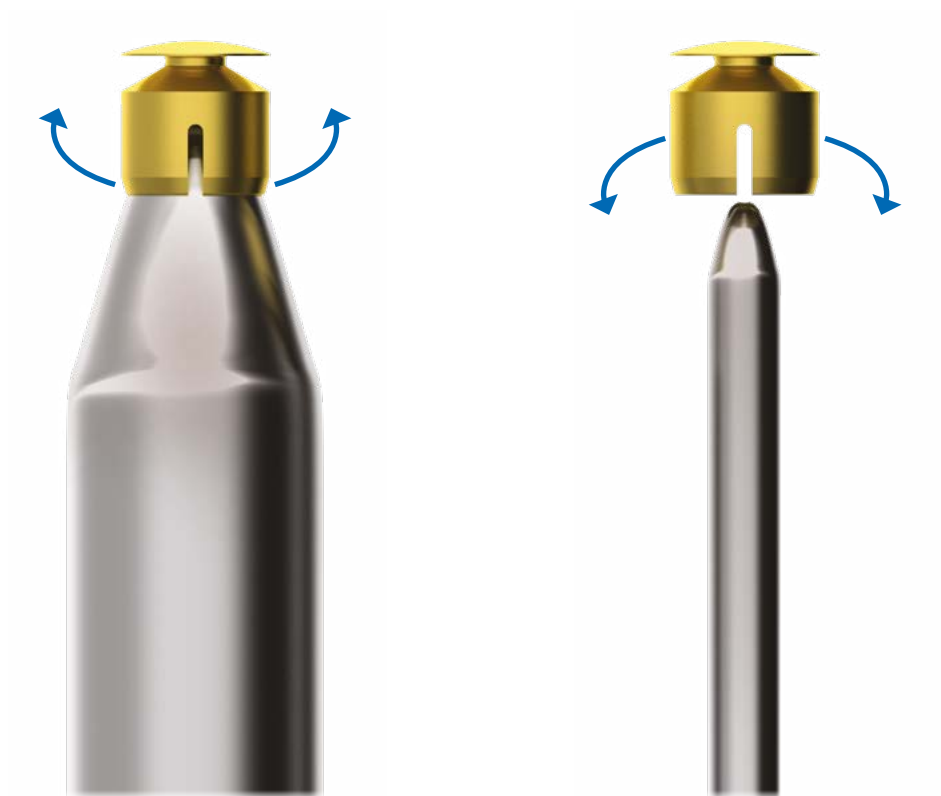


L'anellino in plastica dev'essere inserito sulla cappetta in modo che esso copra completamente le alette ritentive ma non la porzione più coronale, che dovrà essere inglobata nella resina.

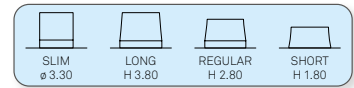
descrizione	codice
<p>Cappetta in lega aurea per attacchi sferici \varnothing 2.20 mm, completa di 3 anellini in plastica per il suo posizionamento e da un distanziatore in stagno da laboratorio. L'ingombro totale in altezza è 3.10 mm, e il diametro esterno è 3.50 mm</p>	<p>CAP-1</p> 

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.

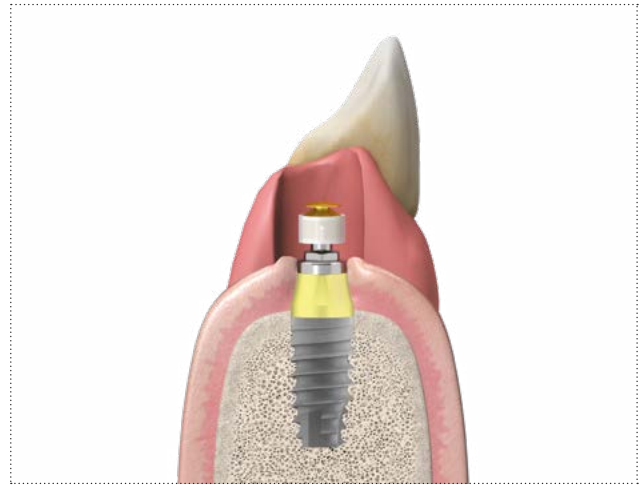


La regolazione di base della cappetta in lega aurea è di circa 200 g, che corrisponde anche al valore minimo ottenibile. Il valore massimo è di circa 1200 g. Nel caso di mancata tenuta nonostante l'attivazione controllare che la parte femmina sia ben posizionata; se necessario ripolimerizzare. Durante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

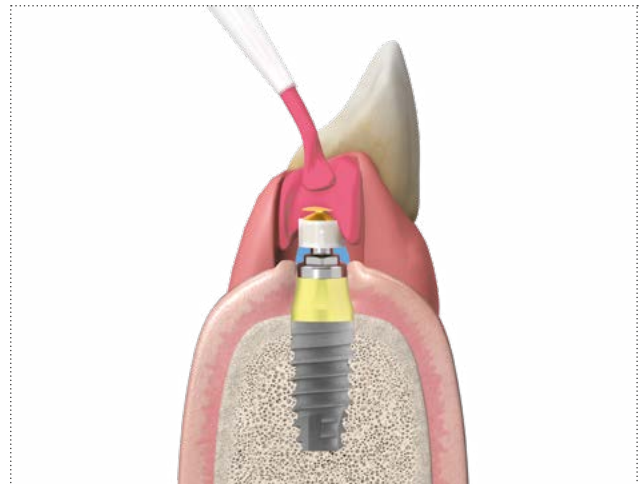
Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica sulla testa sferica degli abutment. Scaricare totalmente la protesi per un raggio di circa 5.50 mm e collocarla *in situ* per verificare gli ingombri.



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

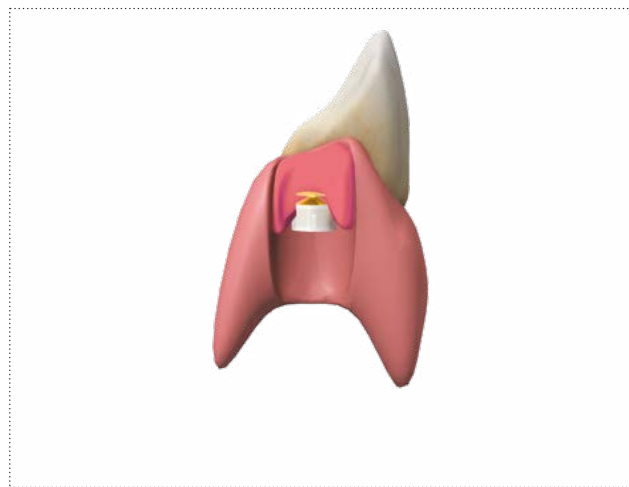
Qualora fosse necessario, proteggere i sottosquadri (evidenziati in blu nell'immagine) con gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Visione intraorale.



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



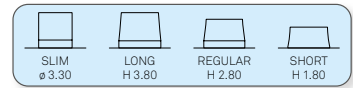
Provare la capacità ritentiva delle cappette in lega aurea e collocare *in situ* l'overdenture. Qualora fosse necessario, regolare la ritentività secondo le operazioni descritte a pag. 214.

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.



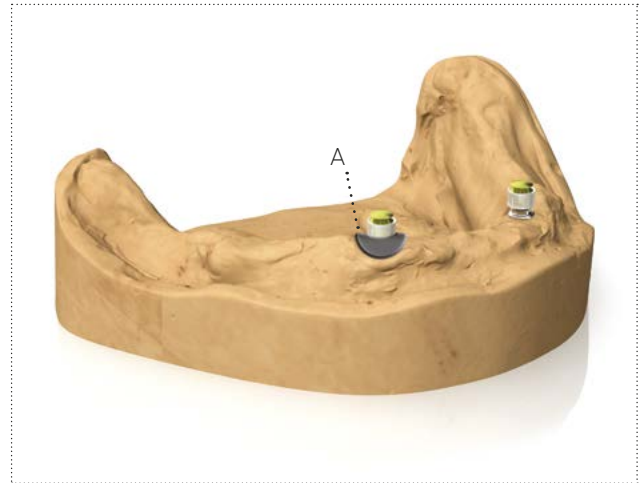


Cappetta in lega aurea CAP-1: metodo indiretto

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

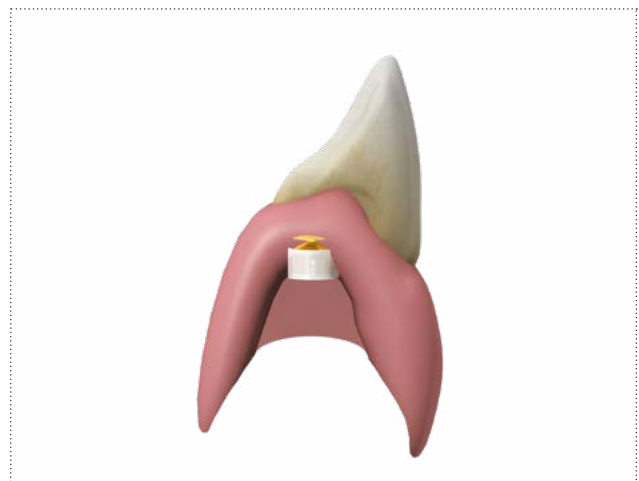
Viene fornito in dotazione un disco distanziatore (A) in stagno che permette di ottenere una resilienza verticale ottimale. Esso può essere posizionato solo su modello prima dell'inserimento della resina e adattato sull'intera superficie perimplantare, per essere eliminato solo dopo aver terminato il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

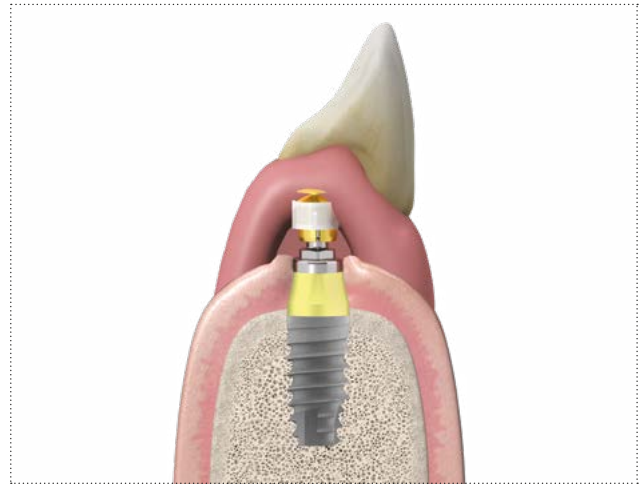


Provare la capacità ritentiva delle cappette in lega aurea e collocare *in situ* l'overdenture.
Qualora fosse necessario, regolare la ritentività secondo le operazioni descritte a pag. 204.

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.

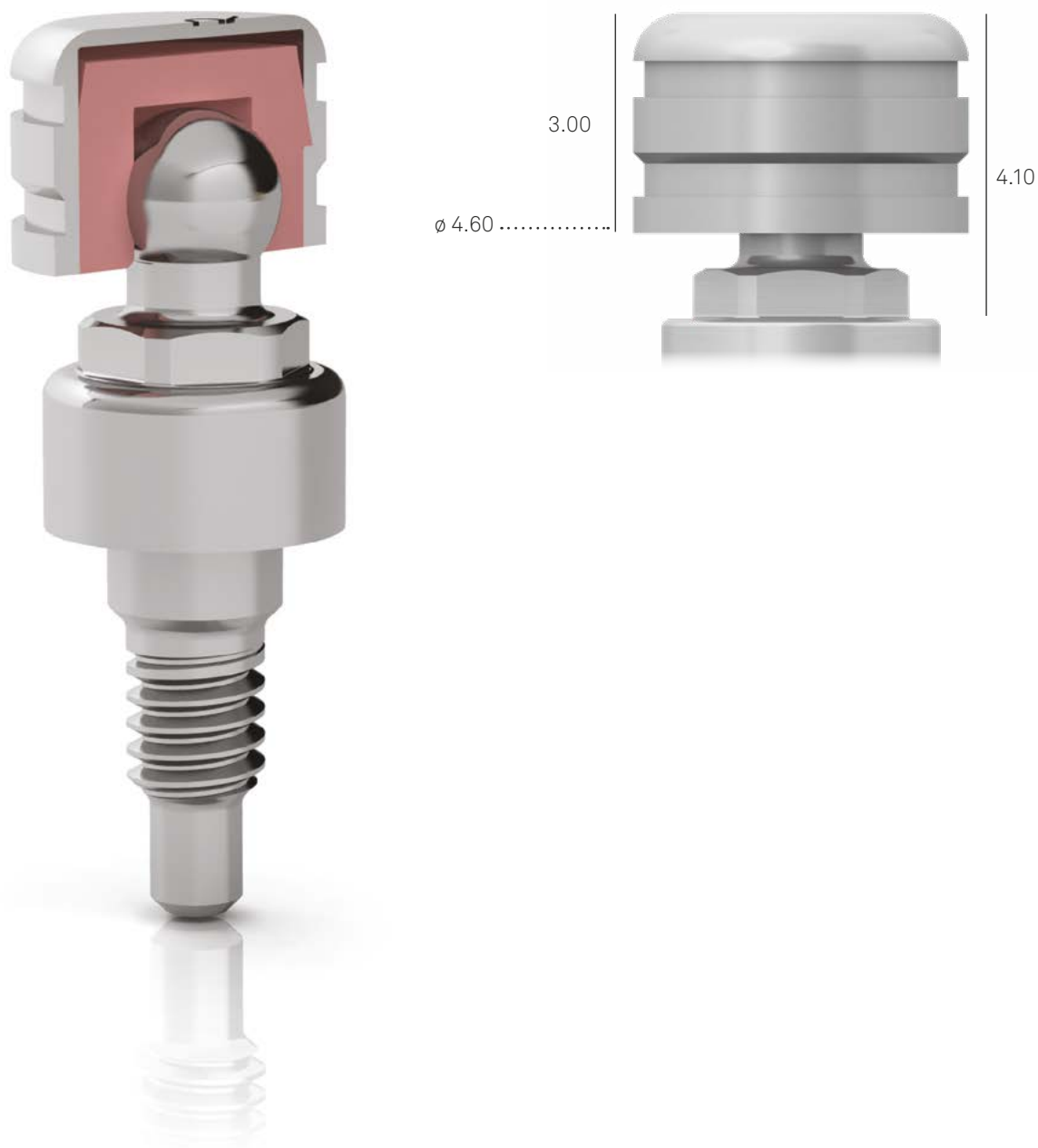
Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione degli attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati.





Matrici per attacchi sferici

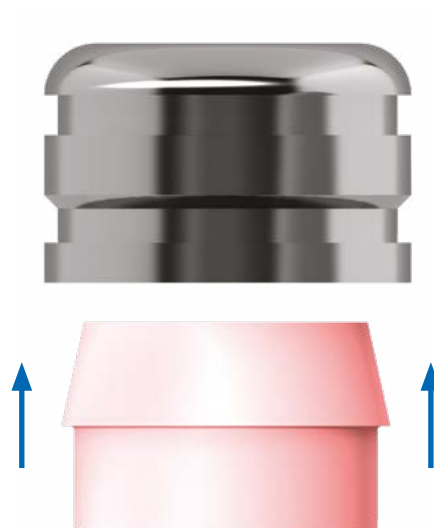
Cappetta in poliammide CAP-TFL-1

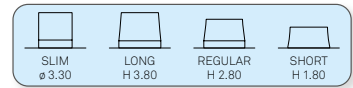
Il sistema di ancoraggio con cappetta in poliammide si compone di un contenitore in acciaio, dotato di scanalature per un ottimale ancoraggio nella resina, e un ritentore in poliammide che nel tempo può essere sostituito alla poltrona senza intervenire sulla struttura dell'overdenture. Solo qualora non 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	CAP-TFL-1 
Contenitore in acciaio per cappetta in poliammide ø esterno 4.80 mm. L'ingombro totale in altezza è 3.00 mm	CONT-CAP-TFL-1 

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 gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



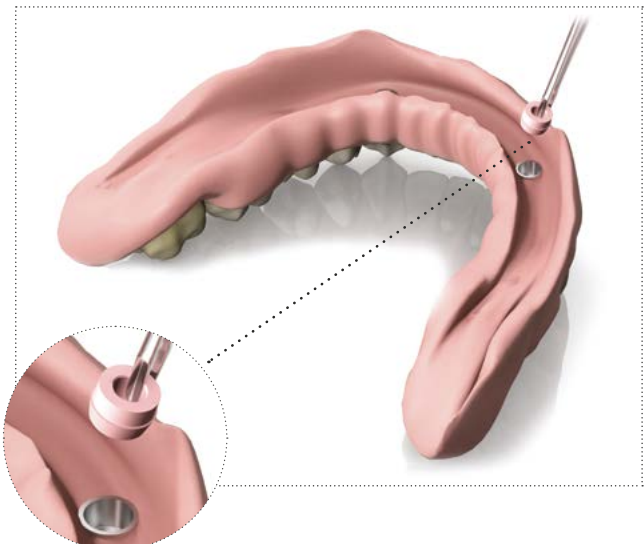
Scaricare la protesi, esistente o nuova, per circa 5.50 mm in corrispondenza dell'attacco sferico, per creare l'alloggiamento per la matrice. Provare l'overdenture sulla cresta edentula per verificare l'ingombro verticale delle matrici negli spazi creati ad hoc.

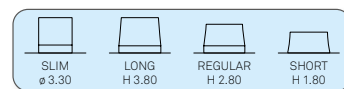
Riempire le cavità di resina in modo da inglobare completamente le matrici, che dovrebbero restare al medesimo livello della resina. Polimerizzare secondo le indicazioni del produttore. Lucidare la base dell'overdenture.



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.



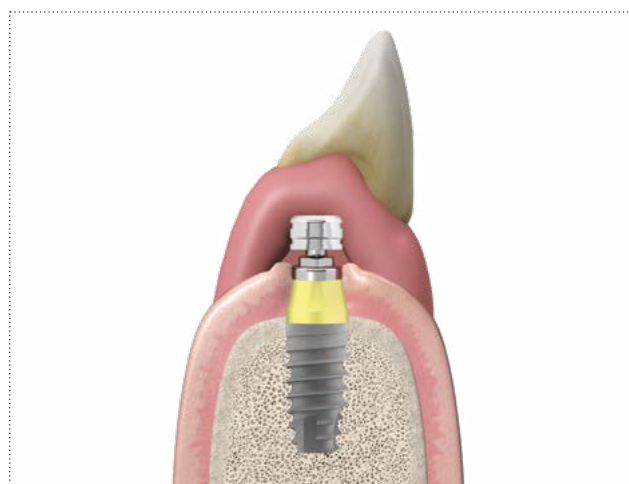
Realizzare l'overdenture come da protocolli abituali, verificando che gli ingombri di attacco sferico e cappetta metallica siano inclusi nella protesi completamente.



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.



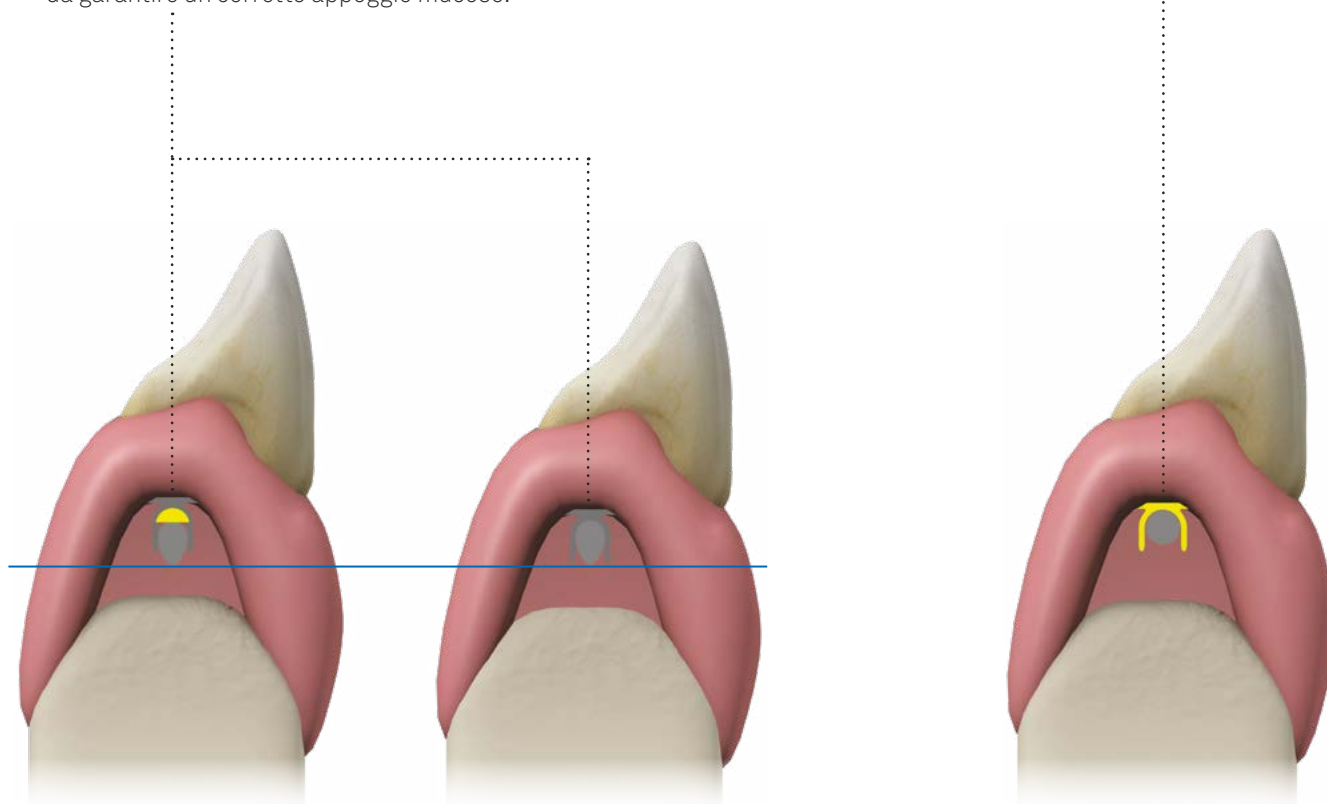
Barre fuse o saldate*

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-protesica, 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.



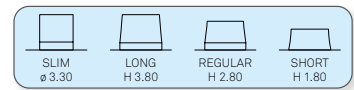
Volendo utilizzare barre con sezioni diverse da quelle presenti nel programma Sweden & Martina, ad esempio Dolder rigida, le medesime possono essere reperite sul mercato e possono essere utilizzate secondo le indicazioni dei fabbricanti; l'uso dei pilastri a cui esse vengono unite resta invariato rispetto 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	BAR-CAV-TIT 
Cavaliere divisibile, in titanio, per barre ovali h 3 mm x spessore 2.20 mm	CAV-TIT 
Barra di Ackermann calcinabile, l 5 cm, ø 2.20 mm	BARC 
Cavaliere in lega aurea, per barre tonde di ø 2.20 mm	CAV-375 

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. 34 e seguenti.

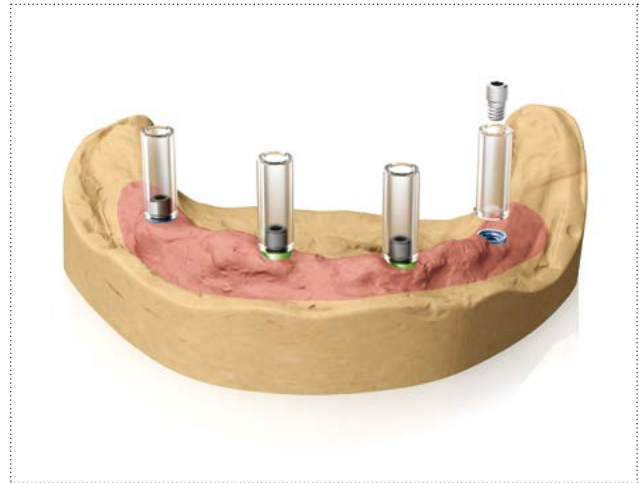


Barra su abutment PLAIN: metodo indiretto

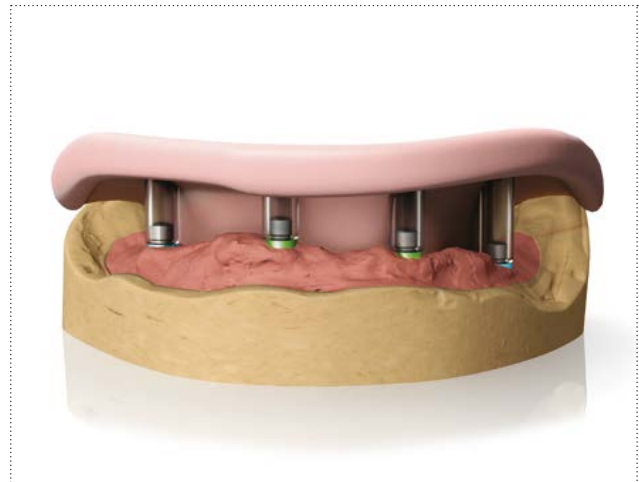
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare gli abutment PLAIN agli analoghi PLAIN per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio definitivo degli abutment PLAIN è di 20-25 Ncm. Poi fissare tutte le cannule calcinabili A-PLAIN-CC sugli abutment PLAIN per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

Avvertenza importante

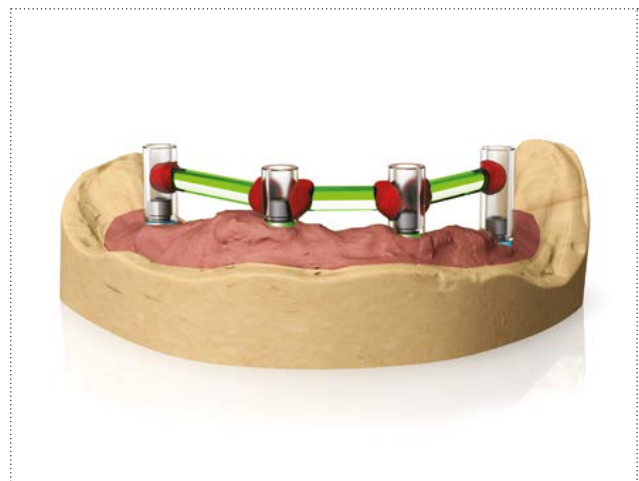
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola con i codici A-PLAIN-VP200. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



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.

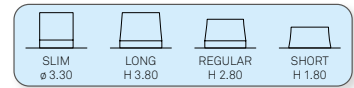
Avvertenza importante

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.

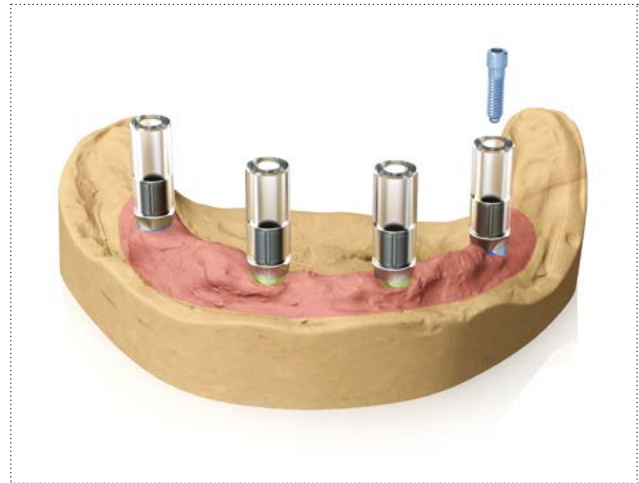


Barra ottenuta con pilastri calcinabili con base in metallo: metodo indiretto

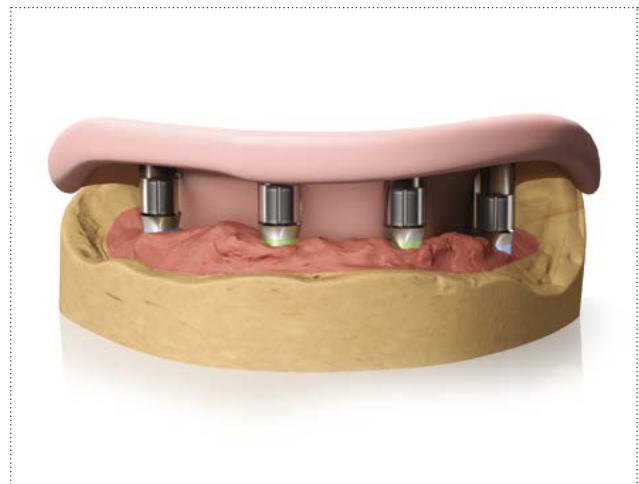
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare i pilastri calcinabili con base in metallo agli analoghi per mezzo di un avvitatore della serie HSM o L-HSM in base al pilastro utilizzato. Il torque di serraggio definitivo dei manufatti protesici su pilastri calcinabili con base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

Avvertenza importante

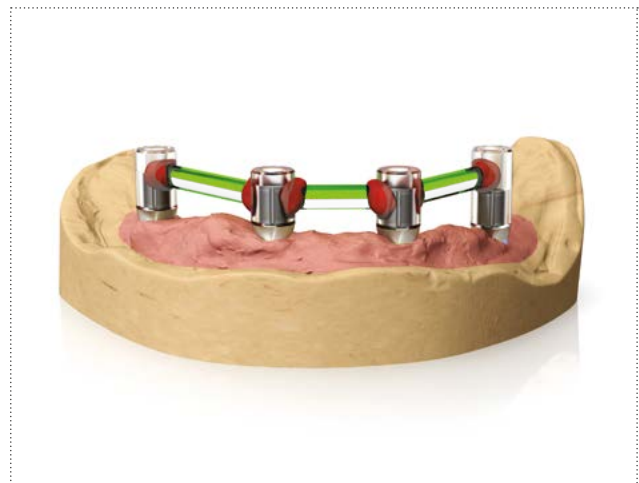
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare le viti nuove in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



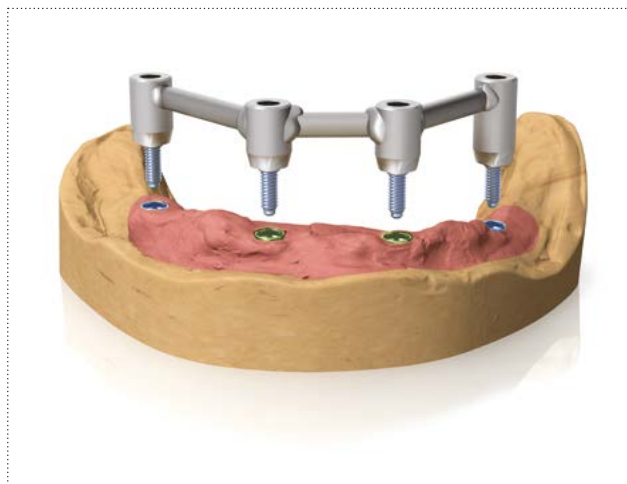
Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di 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, 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.

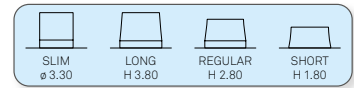
Avvertenza importante

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolandone 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.

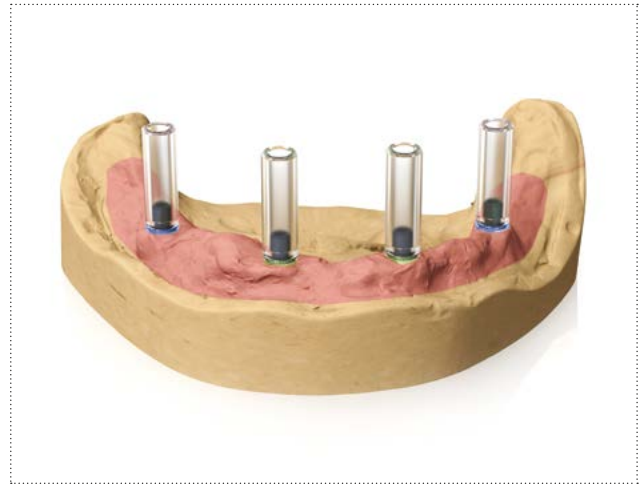


Barra ottenuta con pilastri interamente calcinabili: metodo indiretto

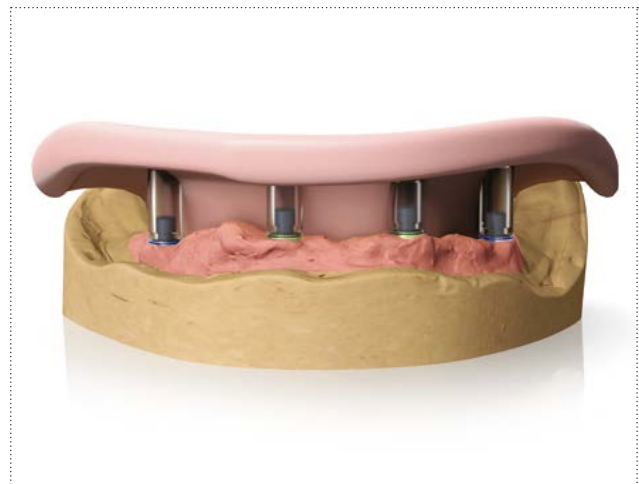
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare i pilastri interamente calcinabili agli analoghi per mezzo di un cacciavite della serie HSM. Si faccia attenzione in laboratorio, prima della fusione, a non serrare i pilastri interamente calcinabili sui modelli a un torque maggiore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

Avvertenza importante

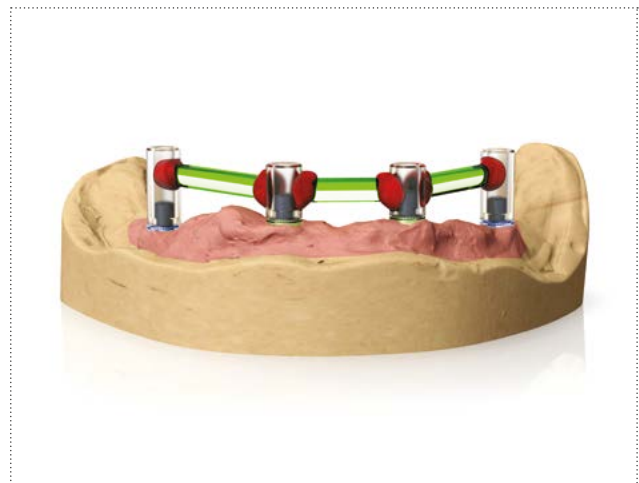
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola con i codici VM2-180. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



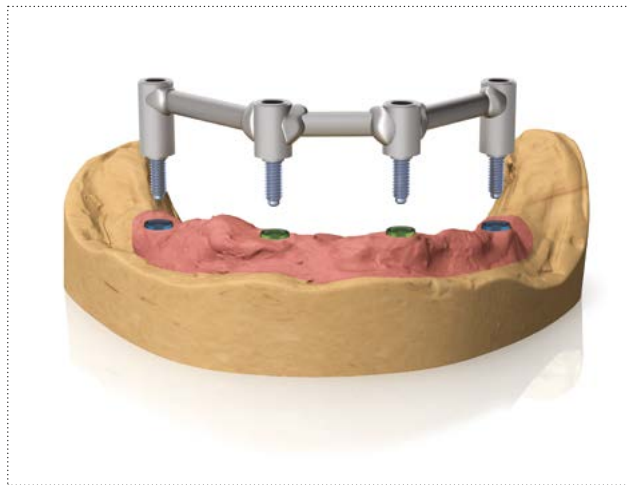
Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di 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, 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.

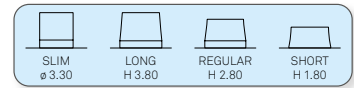
Avvertenza importante

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolandone 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. con cannule calcinabili: metodo indiretto

Dopo aver inserito i P.A.D. (come da indicazioni a pagine 118 e seguenti) avvitare le cannule calcinabili PAD-CC agli analoghi degli abument.

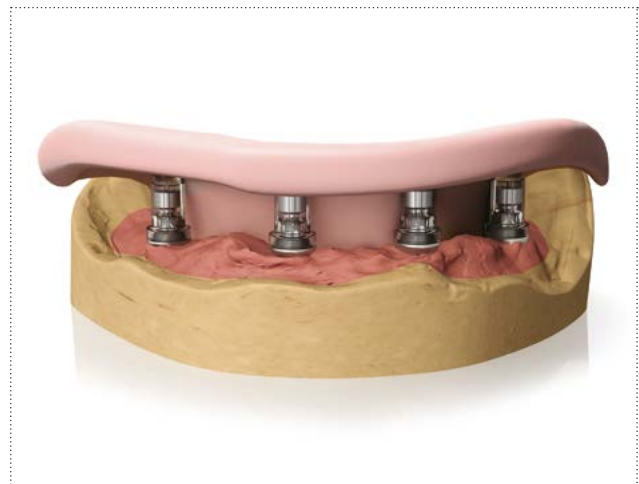
Si faccia attenzione in laboratorio, prima della fusione, a non serrare le cannule interamente calcinabili sui modelli a un torque maggiore di 8-10 Ncm, poiché i polimeri hanno una resistenza inferiore al metallo.

Avvertenza importante

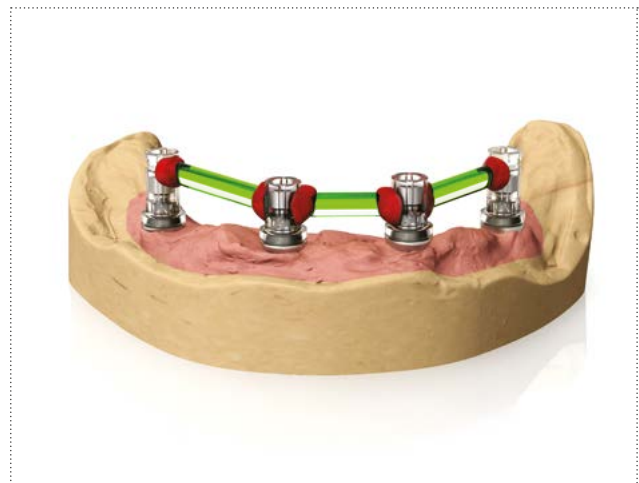
Per le fasi di laboratorio usare sempre viti protesiche di ricambio, è disponibile anche la confezione da 10 pezzi con il codice PAD-VP-140-10. Utilizzare le viti nuove per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



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 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, 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, ostacolandone 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.

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/ 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 LUGLIO 2022.

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.10-22
v.01



Sweden & Martina S.p.A.

Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy
Tel. +39.049.9124300
Fax +39.049.9124290
info@sweden-martina.com

www.sweden-martina.com

Sweden & Martina Mediterranea S.L. - España

info.es@sweden-martina.com
Sweden & Martina Lda - Portugal
info.pt@sweden-martina.com
Sweden & Martina Ltd - United Kingdom
info.uk@sweden-martina.com
Sweden & Martina Inc. - Distributor for U.S.
info.us@sweden-martina.com

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;
- Ppilastri Dynamic Abutment, Interfase Dinamica 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.