

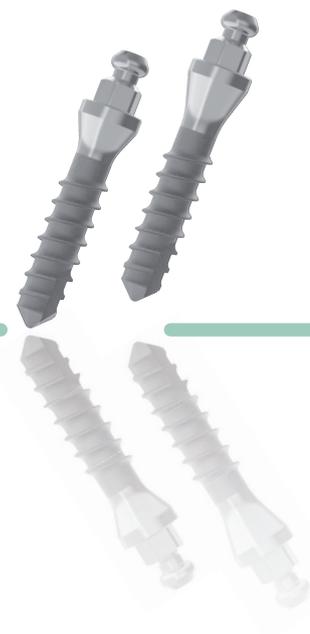
procedimiento

QUIRÚRGICO

y

PROTÉSICO

por monoimplantes
para sobredentadura O-ring



2015

ADVERTENCIA

El Procedimiento Quirúrgico y el Procedimiento Protésico descritos en las siguientes páginas para la utilización de los Monoimplantes LEONE para sobredentadura O-ring, están dirigidos a profesionales expertos en el sector. A quien no posea las nociones apropiadas, se aconseja frecuentar cursos específicos para alcanzar un elevado grado de conocimiento y de práctica del uso de los sistemas implantares. Las normas de utilización descritas constituyen un conjunto de instrucciones estándar que deben ser adecuadas a las exigencias y a las situaciones particulares que se presentan en base a la manualidad, a la experiencia y al diagnóstico efectuado por el médico legalmente habilitado. Por otra parte, el uso del producto y el procedimiento seguido están fuera del control del productor. La responsabilidad del correcto y apropiado uso de los instrumentos y de los productos relativos a los Monoimplantes LEONE para sobredentadura O-ring está por lo tanto a cargo de quien lo use. La práctica sugerida tiene valor simplemente indicativo siendo cada caso concreto demandado a la profesionalidad del operador. Como cada operador sabe perfectamente, además, también una correcta práctica y una perfecta realización del dispositivo pueden ser seguidas de un resultado no satisfactorio por circunstancias que no pueden ser atribuidas a la responsabilidad del operador o de la empresa productora.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO IMPLANTO-PROTÉSICO

Indicaciones

La terapia con Monoimplantes LEONE para sobredentadura O-ring está indicada en el tratamiento de EDENTULISMO TOTAL INFERIOR.

Contraindicaciones

Para las contraindicaciones y efectos indeseados se aconseja ver las notas de advertencia o modalidad del uso adjunto a cada producto y disponible también en la página web www.leone.it

EXÁMENES PRE-OPERATORIOS

Antes de proceder a la intervención quirúrgica, es necesario efectuar una serie de exámenes al paciente que serán valorados caso a caso según el juicio clínico.

Anamnesis

Representa el primer contacto con el paciente y es un instrumento de fundamental importancia para identificar factores de riesgo y contraindicaciones. Además, permite evaluar las expectativas y prioridades del paciente, su grado de colaboración y motivación, la necesidad de solicitar exámenes adicionales (si se sospechan patologías no declaradas por el paciente) y cuando las circunstancias crean oportuno un examen completo médico quirúrgico.

Examen objetivo

Consiste en:

- una inspección de los tejidos parodontales y de las mucosas con una primera evaluación de las relaciones entre las arcadas (clase esquelética, tipo de arcada antagonista y eventuales problemas, tipo de oclusión, distancia entre las arcadas), de la presencia de parafunciones, del estado de higiene oral y de las condiciones estéticas, de la morfología de la cresta edéntula y del espacio disponible para la sustitución protésica.
- Una palpación de los tejidos blandos y de los sitios implantares, con una primera evaluación de la morfología ósea y del espesor.
- Un sondeo parodontal completo, para verificar la ausencia de gingivitis y sacos.

Exámenes radiográficos

ORTOPANTOMOGRAFIA: frecuentemente permite estimar la altura del hueso y las relaciones entre el sitio implantar y las estructuras adyacentes el canal mandibular, etc.

También es posible identificar eventuales concavidades y defectos de osificación causados por una extracción dental previa.

RX INTRAORAL: sumamente útil para medir la disponibilidad ósea ápico-coronal.

TELE-RADIOGRAFÍA LÁTERO-LATERAL: útil sobre todo para valorar las dimensiones de la sínfisis mentoniana.

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA: es necesario recordar que las tipologías radiográficas antes citadas son de tipo bidimensional, que no dan una indicación del espesor óseo. Para informaciones útiles en este sentido es necesario recurrir a la TC que muestra imágenes tridimensionales consintiendo una valoración cuidadosa de la morfología y de la densidad ósea.

Exámenes instrumentales o de laboratorio o consultas con médicos especialistas

Cuando se considere necesario, si la anamnesis o el examen objetivo suscitan la sospecha de una patología.

ELECCIÓN DEL MONOIMPLANTE

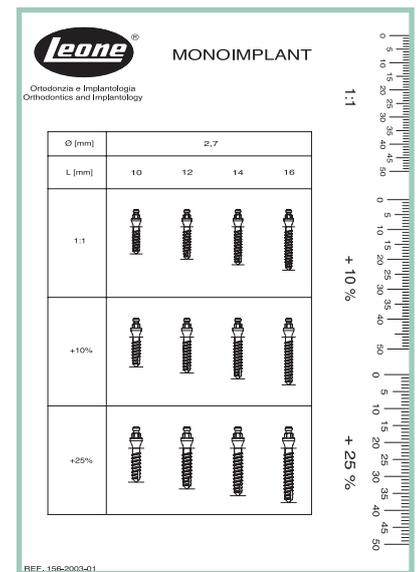
Las dimensiones (longitud del implante y altura del tramo transmucoso) de los monoimplantes están determinadas por los siguientes factores:

1. cantidad de hueso disponible
2. características del sitio implantar
3. espesor de los tejidos blandos.

No colocar los monoimplantes en el maxilar superior.

Todos estos parámetros deben ser evaluados por el Cirujano o el Odontólogo.

Está disponible una plantilla (código 156-2003-01, pág. 50) en la cual están representados todos los monoimplantes **LEONE GH3** en diferentes escalas: dimensiones reales, aumentados en un 10% y aumentados en un 25%, para tomar en cuenta las distorsiones producidas por el instrumento utilizado para el examen radiológico (TC y ortopantomografía). Es suficiente superponer la transparencia a la radiografía para elegir en modo inequívoco el implante, en función de la disponibilidad ósea.



Para simplificar la intervención quirúrgica está disponible un organizer (código 156-0017-00 pág. 49), que permite esterilizar y tener a la vista todos los instrumentos necesarios a la intervención. El organizer debe esterilizarse antes de su uso.

La esterilización debe ser efectuada como se detalla a continuación:

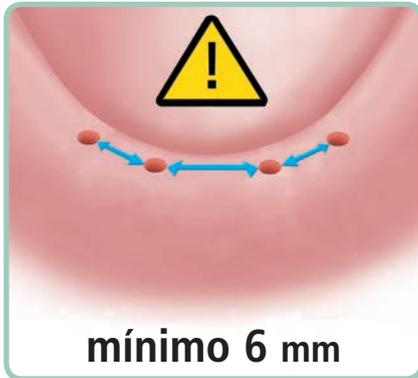
- poner el organizer en un sobre adecuado para la esterilización, según lo indicado por el fabricante de la esterilizadora.
- Esterilizar en autoclave a 121°C (250°F) durante 20 minutos.
- Extraer el sobre de la autoclave y dejar enfriar el organizer en el sobre.
- Para preservar la esterilidad, el organizer debe mantenerse en el sobre.





1) PREPARACIÓN DEL SITIO IMPLANTAR

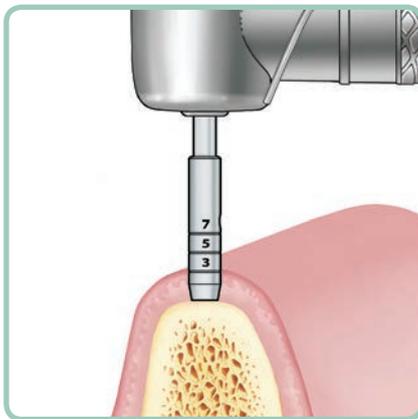
La tipología y la sede del acceso quirúrgico son escogidas por el profesional en base a los parámetros clínico-morfológicos encontrados. Esquemáticamente y por mera indicación iconográfica se recuerdan las siguientes fases de la preparación del sitio implantar.



1.1 Tras una adecuada planificación del tratamiento, se deben establecer y luego evidenciar con un lápiz o una férula quirúrgica, de manera clara, los lugares en los que se colocarán los monoimplantes. Los monoimplantes Leone deben ser insertados exclusivamente en el hueso mandibular a nivel de la sínfisis mentoniana, es decir en la región situada entre los dos forámenes mentonianos.

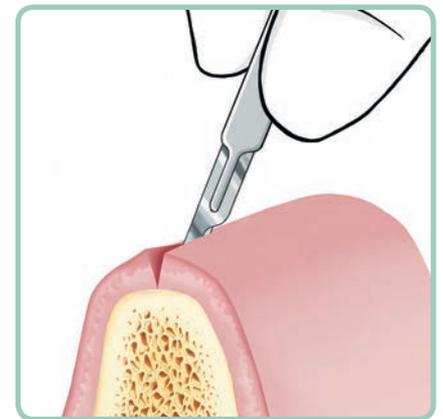
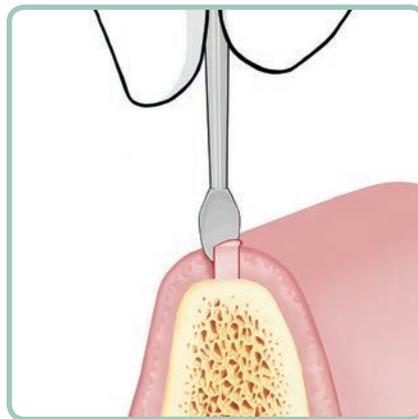
Para el correcto sostén de una prótesis removable se deben colocar cuatro monoimplantes.

Es necesario que la distancia entre un sitio implantar y aquello adyacente sea por lo menos de 6 mm, para dejar un espacio adecuado al posicionamiento de las cofias. La eventual inclinación de cada implante, con respecto al eje de paralelismo, no debe superar los 8°. Es necesario asegurar un buen apoyo mucoso de la prótesis y evitar las cargas implanto-protésicas sobre los monoimplantes. En ningún caso el monoimplante debe soportar fuerzas oclusales, debiendo actuar exclusivamente como elemento de retención.



1.2a Técnica sin colgajo o flapless

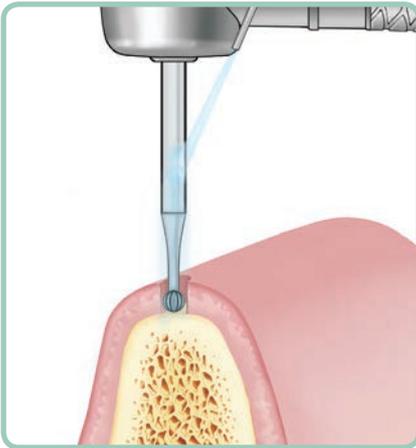
Realizar un opérculo en los tejidos blandos sirviéndose del apropiado mucótomo para contrángulo (código 151-2215-20), incluido en el organizer. El micromotor debe ser usado a bajo número de revoluciones (aprox. 40 r.p.m.). El mucótomo debe ser empleado hasta alcanzar la pared ósea. El mucótomo presenta tres marcas correspondientes a las alturas de 3, 5 y 7 mm a partir de la cresta ósea, que sirven de referencia para la medición del espesor gingival. Tras haber quitado el mucótomo, extirpar la encía cortada por medio de un pequeño elevador perióstico.



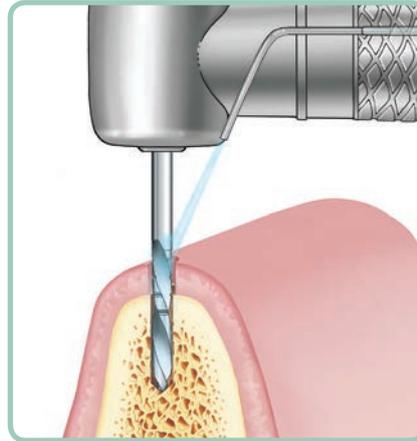
1.2b Técnica con colgajo

En el caso se tengan dudas sobre el estado de la cresta ósea o sobre la cantidad de hueso disponible, se aconseja realizar la técnica con colgajo, ya que incidiendo los tejidos blandos y elevándolos se puede obtener una mejor visión de la cresta; luego se puede realizar la osteotomía.





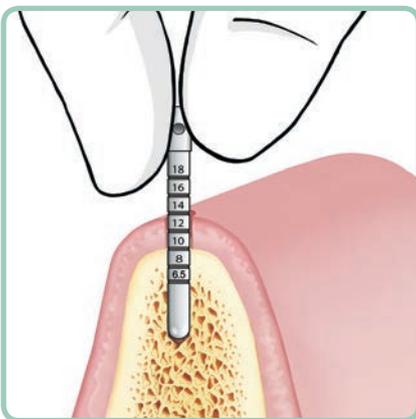
1.3 Una vez realizado el túnel gingival, utilizar la fresa de bola (código 151-1934-01), incluida en el organizer, para crear un surco en el hueso cortical para la sucesiva fresa piloto. Como alternativa es posible utilizar la fresa lanceolada código 151-1930-02, que es particularmente adecuada en caso de crestas afiladas y sutiles.



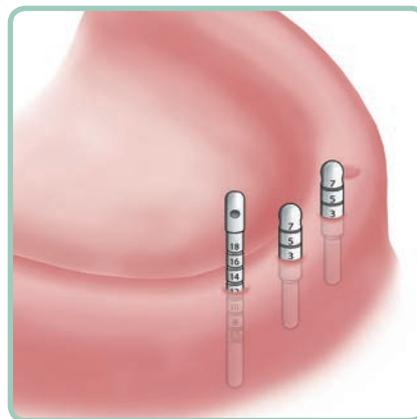
1.4 Aprovechando el surco recién preparado, utilizar la fresa piloto (código 151-2241-12, \varnothing 2,2 mm), incluida en el organizer, para perforar el hueso hasta alcanzar la longitud del monoimplante elegido. El micromotor debe ser usado a bajo número de revoluciones (máx 800 r.p.m.). Durante el uso de la fresa piloto la irrigación debe ser abundante. La profundidad de trabajo es indicada visualmente por las marcas presentes sobre la fresa. Antes de utilizar la fresa piloto, controlar el número de marcas presentes sobre el cuerpo de la fresa:

- fresas con 4 marcas: 8 – 10 – 12 – 14 mm;
- fresas con 5 marcas: 6,5 – 8 – 10 – 12 – 14 mm.

Poner atención al hecho que, a la longitud del monoimplante se debe sumar la altura de los tejidos blandos.



1.5 Introducir el medidor de profundidad (código 156-2002-00), incluido en el organizer, en el sitio implantar apenas creado para comprobar la profundidad, recordando de tener en cuenta también la altura de los tejidos blandos.



1.6 Repetir las operaciones desde el punto 1.2 hasta el punto 1.5 para los tres sucesivos monoimplantes, prestando atención a garantizar el máximo grado de paralelismo posible entre los alvéolos quirúrgicos. Para obtener un correcto paralelismo de los monoimplantes, se pueden introducir en los sitios implantares ya realizados, los pines medidores de espesor gingival (código 156-2004-00) y el medidor de profundidad, incluidos en el organizer. Los pines medidores de espesor gingival pueden ser utilizados también como ulterior medio de control del espesor gingival.



1.7 Decidir, en base a las precedentes mediciones, la altura del cuello transmucoso del monoimplante. La cabeza del monoimplante debe sobresalir de la encía por lo menos de 1 mm para evitar que sucesivamente las microfias compriman los tejidos blandos.



2) ENVASE DEL MONOIMPLANTE

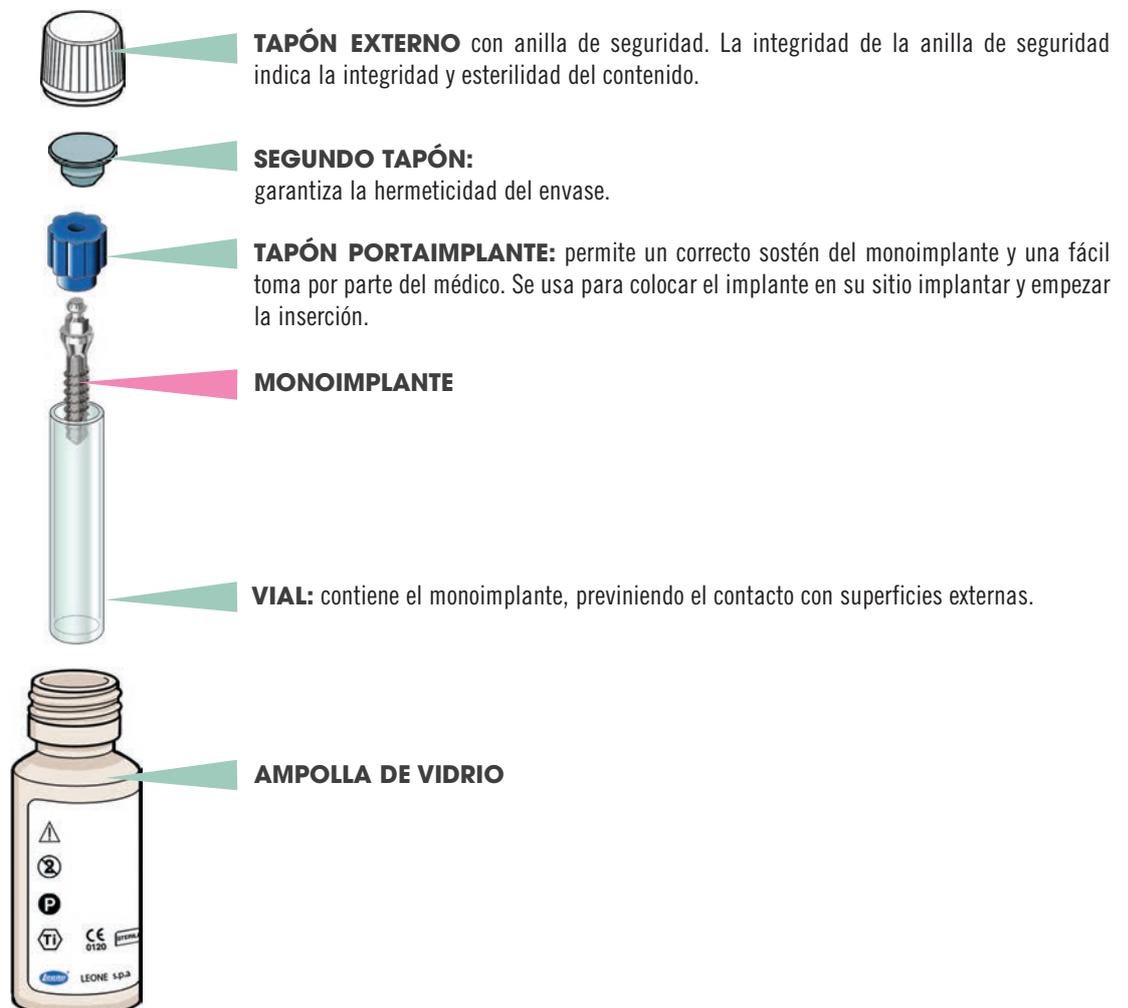
El monoimplante se suministra, junto con la micro cofia, al interior de un sobre cerrado herméticamente, que lleva las informaciones principales sobre el producto.

2.1 ENVASE

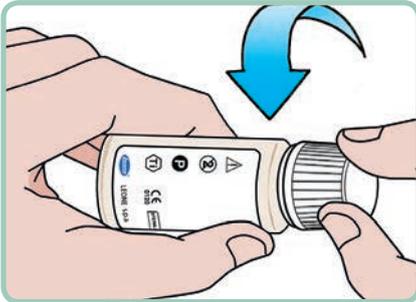
El envase presenta una doble barrera para preservar la esterilidad del monoimplante sujeto a procesos certificados de irradiación con rayos gamma. Parte de la etiqueta con la información del monoimplante (ver simbología a pág. 125) es removible para ser pegada en el “Documento de Identidad” del implante o en la ficha clínica del paciente. La ampolla de vidrio presenta además un indicador de esterilidad.



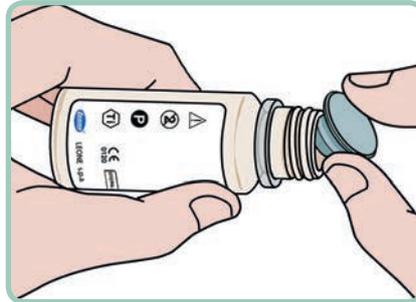
CONTENIDOR



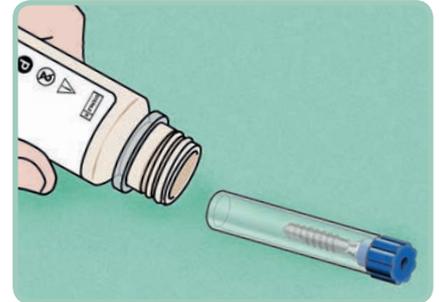
3) INTRODUCCIÓN DEL MONOIMPLANTE



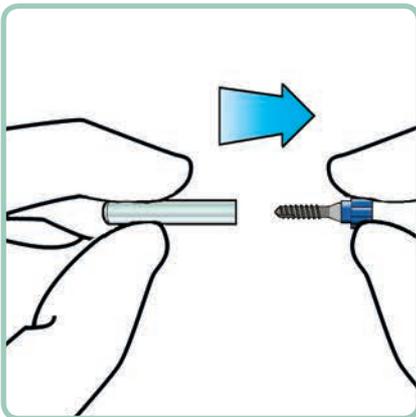
3.1 Desatornillar el tapón de la ampolla de vidrio.



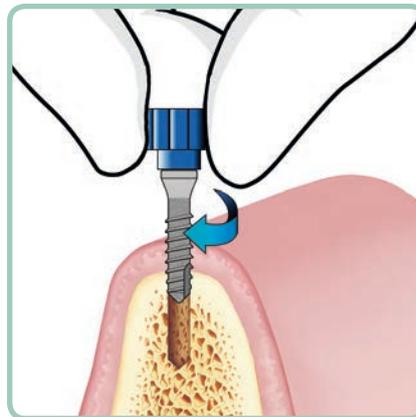
3.2 Quitar el segundo tapón.



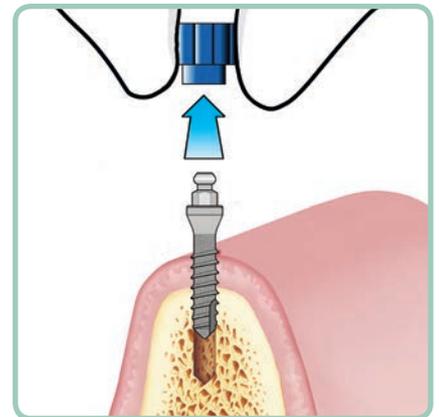
3.3 Extraer el vial contenedor del monoimplante elegido, haciéndolo deslizar con cuidado sobre el campo estéril.



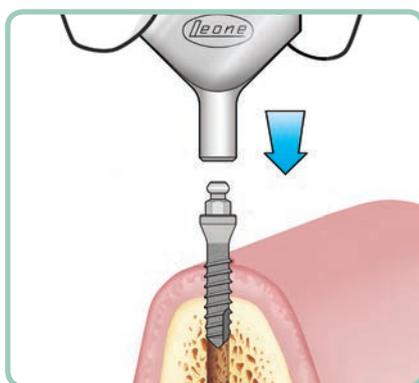
3.4 Extraer el monoimplante ejerciendo una ligera tracción sobre el tapón portaimplante con la otra mano.



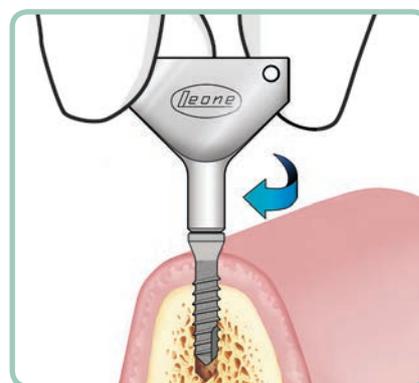
3.5 Colocar el monoimplante en el sitio implantar ejerciendo una leve presión hacia abajo y atornillar, cuanto sea posible, girando con los dedos el tapón portaimplante en sentido horario. Los monoimplantes Leone son autorroscantes.



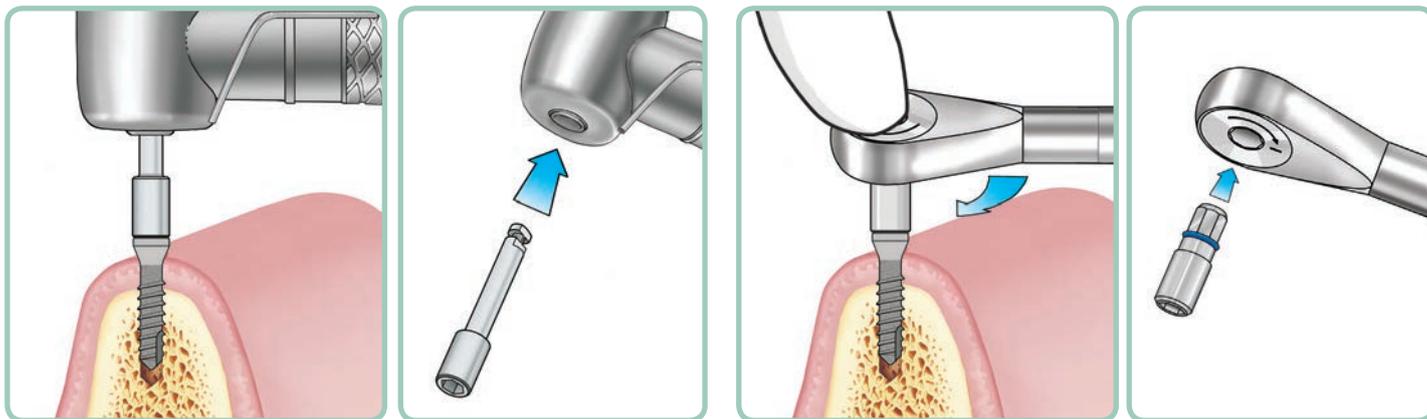
3.6 Quitar el tapón portaimplante tirándolo hacia arriba.



3.7 Introducir el atornillador manual de mariposa (código 156-1015-00) incluido en el organizer, que está dotado de orificio hexagonal para enganchar con la cabeza del monoimplante. El atornillador manual presenta un orificio para la colocación de un hilo de seguridad.



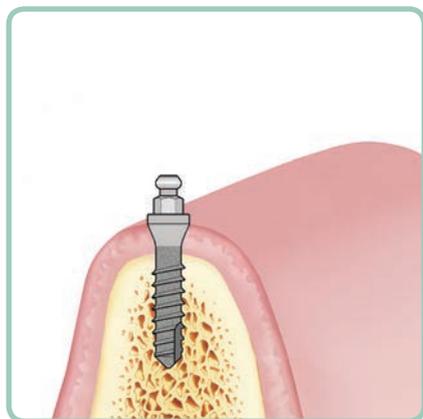
3.8a Atornillar el monoimplante girando el atornillador con los dedos en sentido horario, hasta la inserción completa del monoimplante en el sitio implantar.



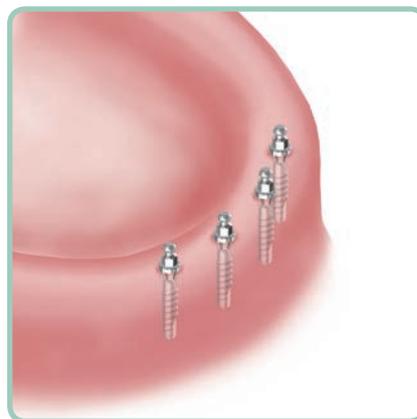
3.8b En alternativa, el monoimplante se puede introducir con el contrángulo, usando el racor apropiado (código 156-1017-00) incluido en el organizer. Programar el motor para implantología para una velocidad máxima de 20 r.p.m. y un torque máximo de 50 Ncm.

3.9 En el caso de hueso particularmente duro, el monoimplante puede ser introducido con la carraca (código 156-1014-00), utilizando el racor específico (código 156-1016-00).

N.B.: en caso de que se use la carraca para completar la inserción, se aconseja pulsar con un dedo la cabeza del instrumento para asegurarse mantenerla en eje con el implante.



3.10 Una vez terminada la inserción, el inicio del tramo cónico del monoimplante debe quedarse a nivel de la cresta ósea, mientras que la cabeza debe sobresalir de la encía.



3.11 Repetir el procedimiento desde el punto 3.1 hasta el punto 3.10 con los demás tres monoimplantes. En el caso de procedimiento quirúrgico con colgajo, suturar los tejidos blandos alrededor de los monoimplantes y esperar la cicatrización antes de aplicar una carga protésica. Mientras tanto descargar la prótesis existente en las zonas correspondientes a las cabezas esféricas de los monoimplantes, retocándola con resina soft.

4) ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE



En el momento del rebasado de la prótesis preexistente, o de la realización de una nueva, procurar un amplio apoyo mucoso de la prótesis. Se debe prestar mucha atención al correcto apoyo mucoso de la prótesis también en los controles sucesivos, efectuando eventualmente un rebasado.

ATENCIÓN: inicialmente se recomienda entregar al paciente la prótesis definitiva sin cofias, para permitir la adaptación de los tejidos y corregir eventuales decúbitos. Dejar estabilizar la situación durante un período adecuado según el juicio del odontólogo.

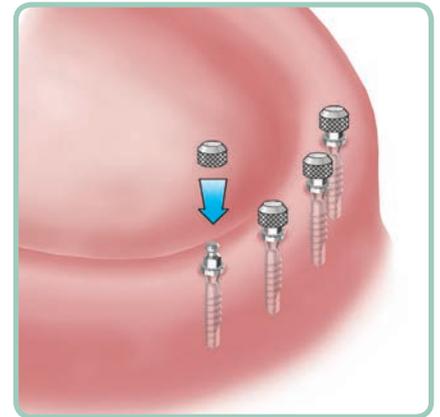


4.1 Una vez que la prótesis está lista, aplicar cera blanda sobre la superficie interna de la prótesis o marcar con un lápiz las cabezas esféricas de los monoimplantes para transferir su posición sobre la prótesis.



4.2 En correspondencia de dichas marcas, crear cavidades de diámetro adecuado donde situar sucesivamente las micro cofias.

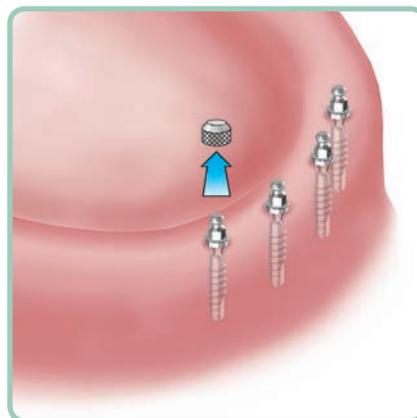
ATENCIÓN: en caso de dudas sobre la estabilidad primaria de los monoimplantes, se aconseja rebasar la prótesis con resina blanda y fijar las cofias una vez que los monoimplantes sean osteointegrados, después de por lo menos 3 meses de espera.



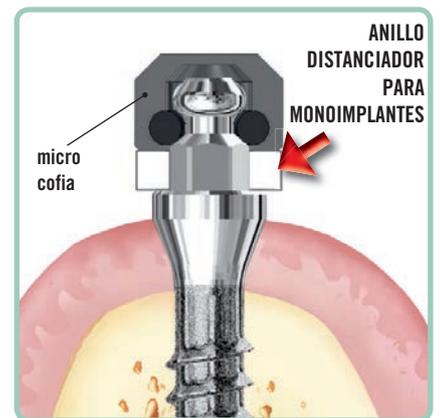
4.3 Poner las micro cofias sobre las cabezas esféricas de los implantes hasta la completa unión. En lugar de las micro cofias se pueden utilizar las cofias (código 123-0002-00), que permiten recuperar un mayor grado de falta de paralelismo.



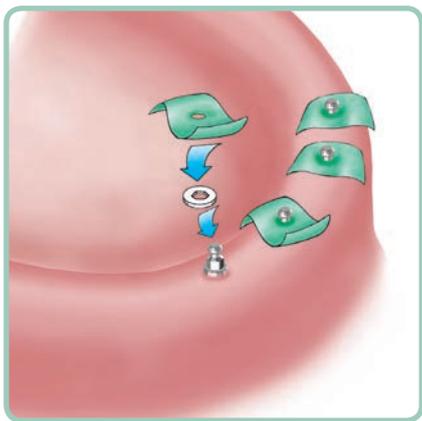
4.4 Colocar en la boca del paciente la prótesis y comprobar que su inserción esté libre de fricciones y contactos indeseados. Si es necesario descargar la prótesis en las zonas correspondientes a los alojamientos, para obtener un apoyo óptimo.



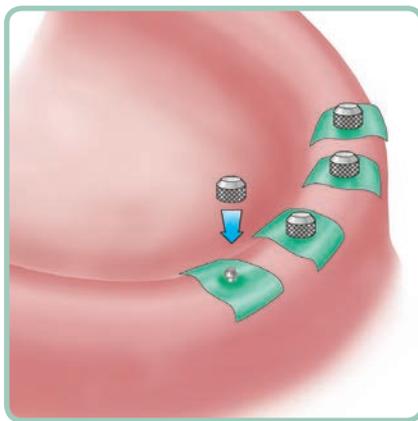
4.5 Retirar la prótesis y las micro cofias de los implantes.



4.6 Posicionar, en correspondencia de cada monoimplante, el anillo distanciador específico de color blanco. Se recuerda que este anillo se utiliza para fijar en la prótesis tan la micro cofia código 123-0003-00 como la cofia código 123-0002-00. Los anillos distanciadores permiten fijar con precisión la cofia en la prótesis sin desplazamientos, favorecen la correcta resiliencia de la prótesis e impiden que la resina vaya en los espacios entre el tejido y las cofias.



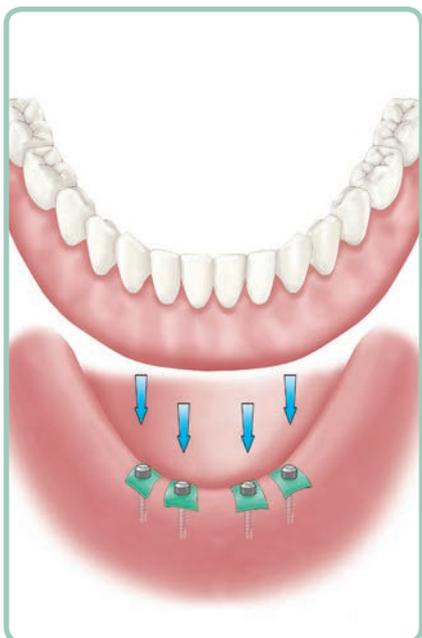
4.7 Posicionar, a nivel del hexágono de cada implante, un cuadrado de dique para evitar que los tejidos blandos entren en contacto con la resina.



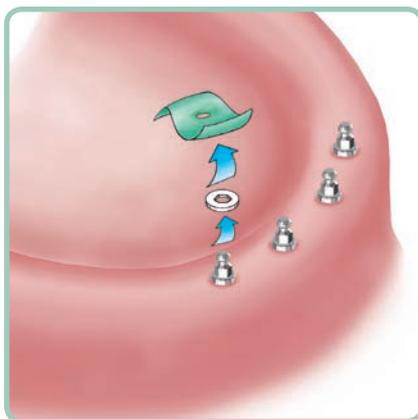
4.8 Volver a poner las micro cofias sobre todos los implantes. Se recuerda que todas las cofias deben fijarse en la prótesis en el mismo momento (no en tiempos diferentes).



4.9 Rellenar con resina autopolimerizante los alojamientos de las micro cofias obtenidos en la prótesis y eventualmente poner un poco de resina también sobre las micro cofias.



4.10 Colocar la prótesis en la boca del paciente y pedir que cierre, pero sin mucha fuerza.



4.11 Una vez concluido el proceso de polimerización de la resina, retirar la prótesis de la boca del paciente. Las micro cofias, gracias a su superficie muy retentiva, se quedan en el interior de la prótesis. Quitar los diques y los anillos distanciadores de la cabeza de los monoimplantes.



4.12 Remover la resina sobrante hasta descubrir completamente el borde inferior de las cofias, incluso todos los excedentes que podrían causar decúbitos. Acabado y pulido.

En relación con la sustitución de los O-ring y el mantenimiento de la prótesis, se consulten las indicaciones de página 97.