



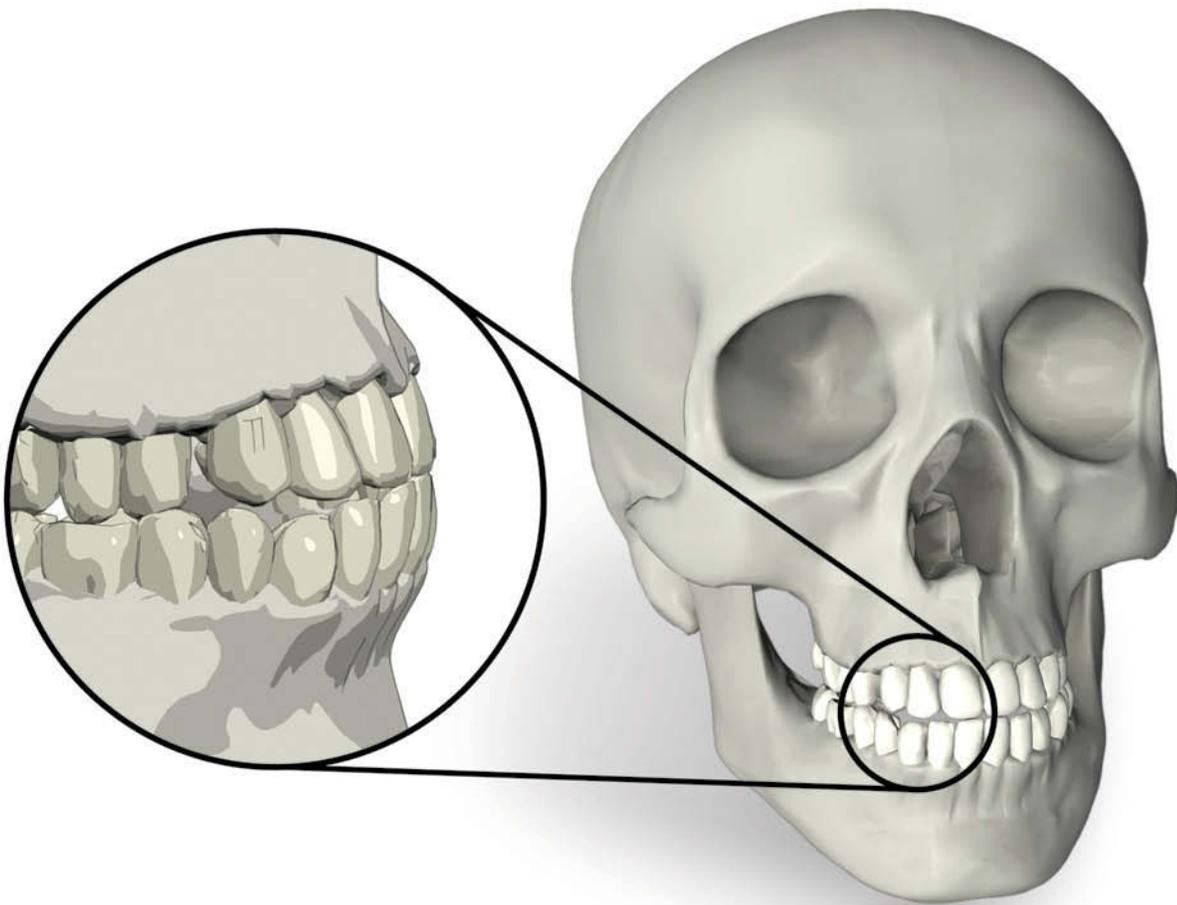
Manuale Chirurgico

Tecniche Step By Step

Indice

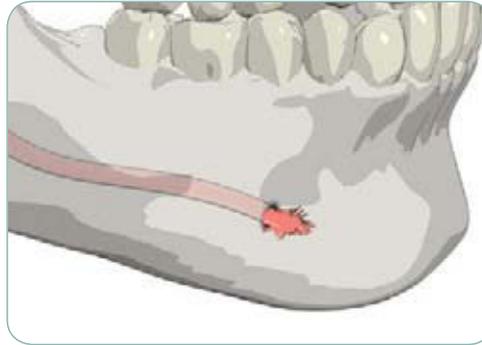
Pre-chirurgico	1-8
Misurazione Dell'osso	2
Classificazione Dell'osso	3
Scelta Delle Dimensioni Degli Impianti	4-5
Fabbricazione Di Una Dima Chirurgica	6-8
Strumentario	9-11
Contenuto Della Cassetta	10
Descrizione Degli Strumenti	11
Inserimento Chirurgico	12-20
Tecnica Chirurgica In Due Tempi	13-16
Tecnica Chirurgica Monofase	17
Split Crest Mandibolare In Due Tempi	18
Rialzo Interno Del Pavimento Del Seno	19
Appendice	20
Misurazione Dei Monconi	20

Pre-Chirurgico

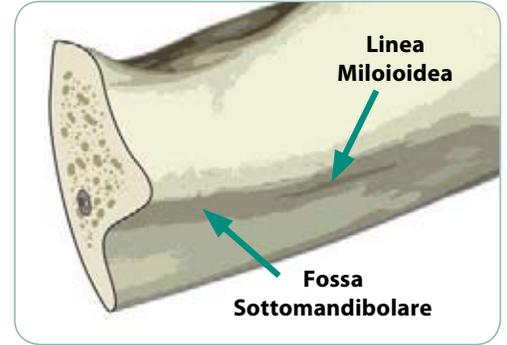


► **Criteri Chiave Per Il Successo**

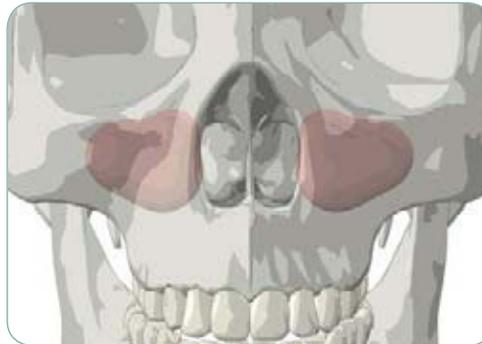
- Esaminare il paziente a bocca chiusa per verificare che vi sia una distanza interocclusale sufficiente per la prevista protesi finale.
- Una frenulectomia può essere consigliabile per migliorare la condizione dei tessuti molli intorno alla prevista protesi finale.
- La Tomografia Computerizzata (TAC), pur se di norma non necessaria, può essere utile per determinare i siti implantari ideali in presenza di un volume minimo di osso o se sussistono dubbi sull'esatta posizione delle strutture anatomiche.



Occorre fare attenzione ad evitare il nervo alveolare inferiore ed il forame mentoniero nella regione dei premolari, poiché il nervo mandibolare è spesso inclinato coronalmente in questa zona.



Occorre fare attenzione ad evitare la perforazione della fossa sottomandibolare, situata al di sotto della linea miloioidea, e in particolare lo spazio sublinguale nella mandibola anteriore dove è localizzata l'arteria sottolinguale. L'involontaria perforazione di queste lamine linguali può essere evitata dirigendo correttamente la fresa pilota e gli alesatori vestibolarmente e controllando la zona con il contatto delle dita durante la perforazione.



Occorre identificare con certezza la posizione del seno mascellare e del pavimento nasale, al fine di evitare l'involontaria penetrazione con un alesatore o con un impianto.

Tipo Di Osso	Descrizione	*Superficie Implantare Consigliata	Tempi Di Osteointegrazione
	<p>Tipo I</p> <p>Osso Corticale Denso Scanalatura di un alesatore da 3.5mm piena di osso e quantità minima di sangue</p>	<p>Integra-CP™</p>	<p>ca. 16 Settimane</p>
	<p>Tipo II</p> <p>Osso Corticale Poroso e Trabecolare Con Trabecole Spesse Scanalatura di un alesatore da 3.5mm piena di osso imbevuto di sangue</p>	<p>Integra-CP™ Integra-Ti</p>	<p>ca. 10-12 Settimane ca. 16 Settimane</p>
	<p>Tipo III</p> <p>Osso Corticale Poroso e Trabecolare Con Trabecole Sottili Scanalatura di un alesatore da 3.5mm solo parzialmente piena di osso imbevuto di sangue</p>	<p>Integra-CP™ Integra-Ti</p>	<p>ca. 12 Settimane ca. 16 Settimane</p>
	<p>Tipo IV</p> <p>Osso Trabecolare Con Trabecole Sottili Scanalatura di un alesatore da 3.5mm priva di osso</p>	<p>Integra-CP™</p>	<p>ca. 16-20 Settimane</p>

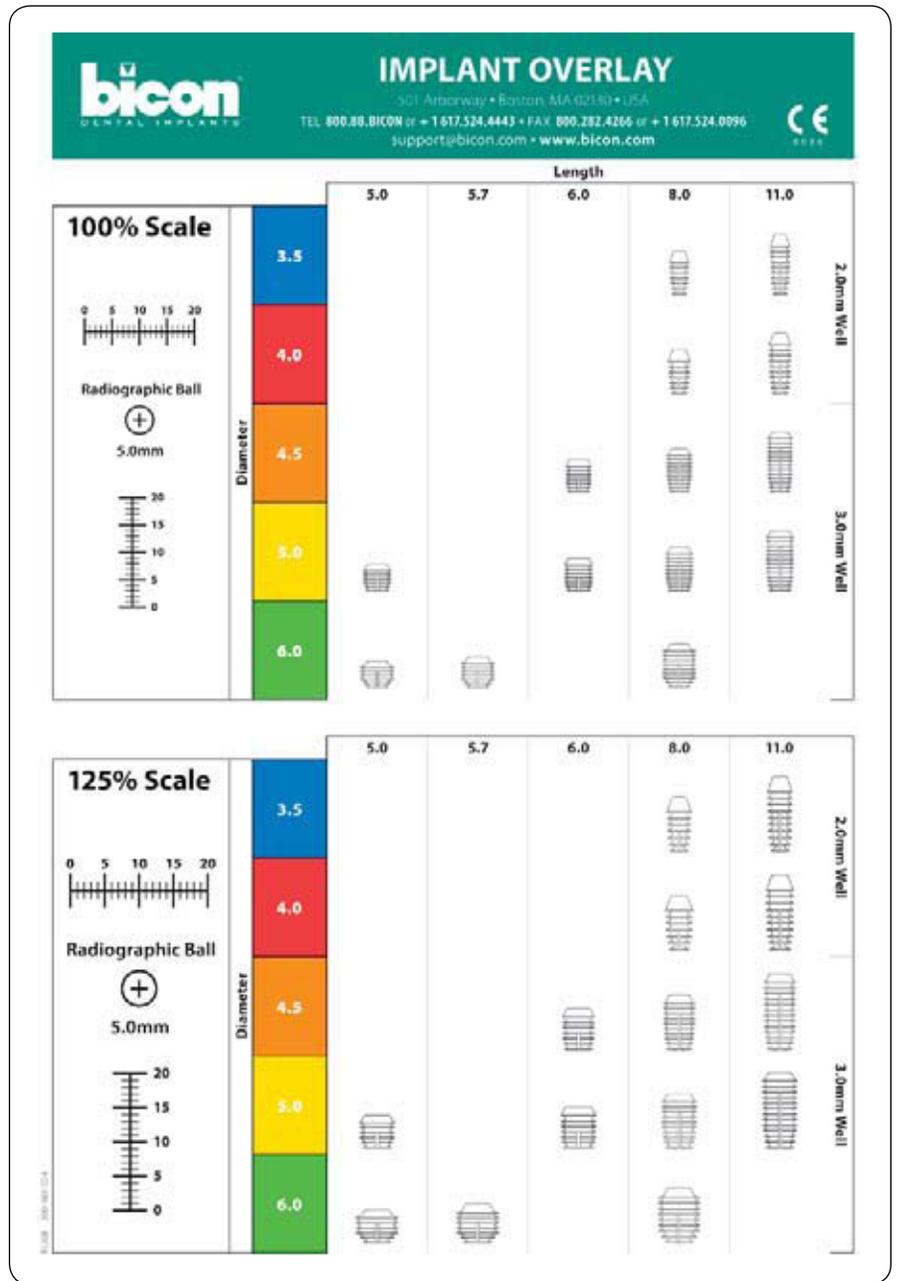
*Integra-CP™ è il nome commerciale attribuito al trattamento superficiale di Bicon precedentemente denominato HA (Idrossiapatite).

Scelta Delle Dimensioni Degli Impianti

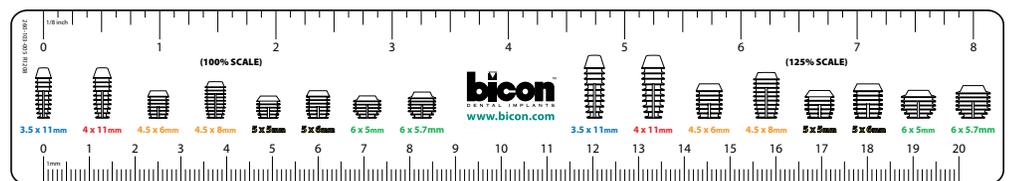
- La corretta lunghezza e larghezza dell'impianto dipende dall'osso disponibile e dai carichi occlusali previsti.
- In generale, scegliere l'impianto più largo ma non necessariamente il più lungo consentito dall'osso.
- Sulla base di radiografie panoramiche e periapicali, come pure di modelli diagnostici e di un esame clinico, si determina la presenza di una sufficiente distanza mesio-distale ed altezza verticale dell'osso per inserire in sicurezza e correttamente un impianto Bicon nel sito implantare proposto.
- Un righello trasparente o un lucido trasparente con il profilo dell'impianto nelle dimensioni reali e ingrandite al 125% è utile per selezionare le misure corrette dell'impianto. Poiché le radiografie non sono necessariamente riproduzioni precise, occorre tener conto del grado di distorsione quando vengono usate per determinare le giuste dimensioni dell'impianto.

► Criteri Chiave Per Il Successo

- Gli impianti con diametro 3.5mm sono generalmente destinati all'impiego nei settori anteriori mandibolari. Se possibile, evitare di utilizzarli nei settori anteriori del mascellare superiore e comunque sempre nei settori posteriori.
- L'impianto 5.0 x 6.0mm è in grado di supportare qualunque dente lungo l'arcata dentaria.
- Se possibile, a partire dal canino verso i molari, posizionare un impianto per dente.
- Utilizzare impianti Integra-CP™ nei casi con osso di qualità mediocre o innestato.
- E' consigliabile avere almeno 1.0mm di osso intorno all'impianto. Perciò una larghezza della cresta ossea di 5.5mm è adeguata per alloggiare comodamente un impianto da 3.5mm, a meno che non si ricorra a tecniche di split crest o di innesto per allargare l'osso in corrispondenza del sito.
- Nella porzione anteriore del mascellare superiore è consigliabile posizionare impianti con diametro del pozzetto superiore a 2.0mm, soprattutto quando è previsto l'uso di un moncone angolato.
- La larghezza dell'osso alveolare può essere valutata con una sonda parodontale o calibro. Si consiglia di garantire 1.0mm di osso intorno agli impianti per una prognosi favorevole nel tempo.
- Per gli impianti da inserire anteriormente nel mascellare superiore, anticipare sempre la potenziale necessità di tecniche di split crest o di bone graft.



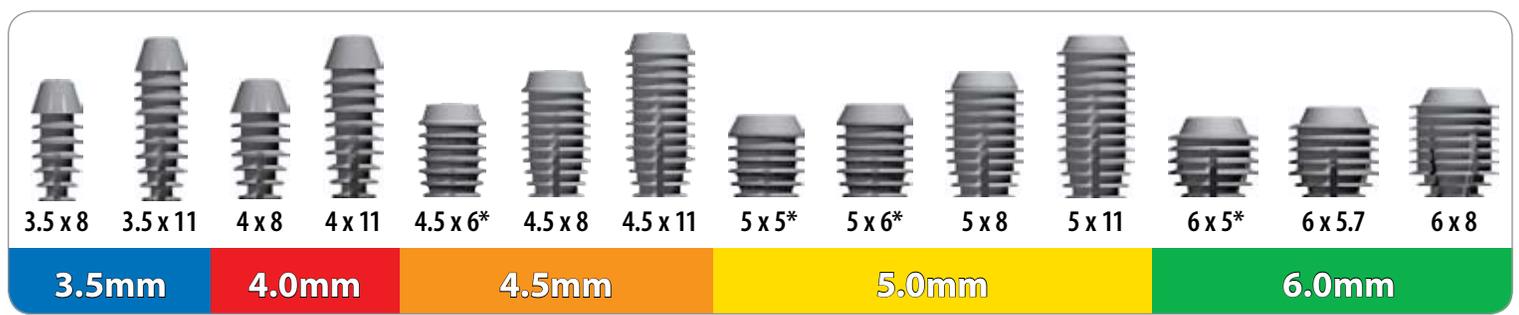
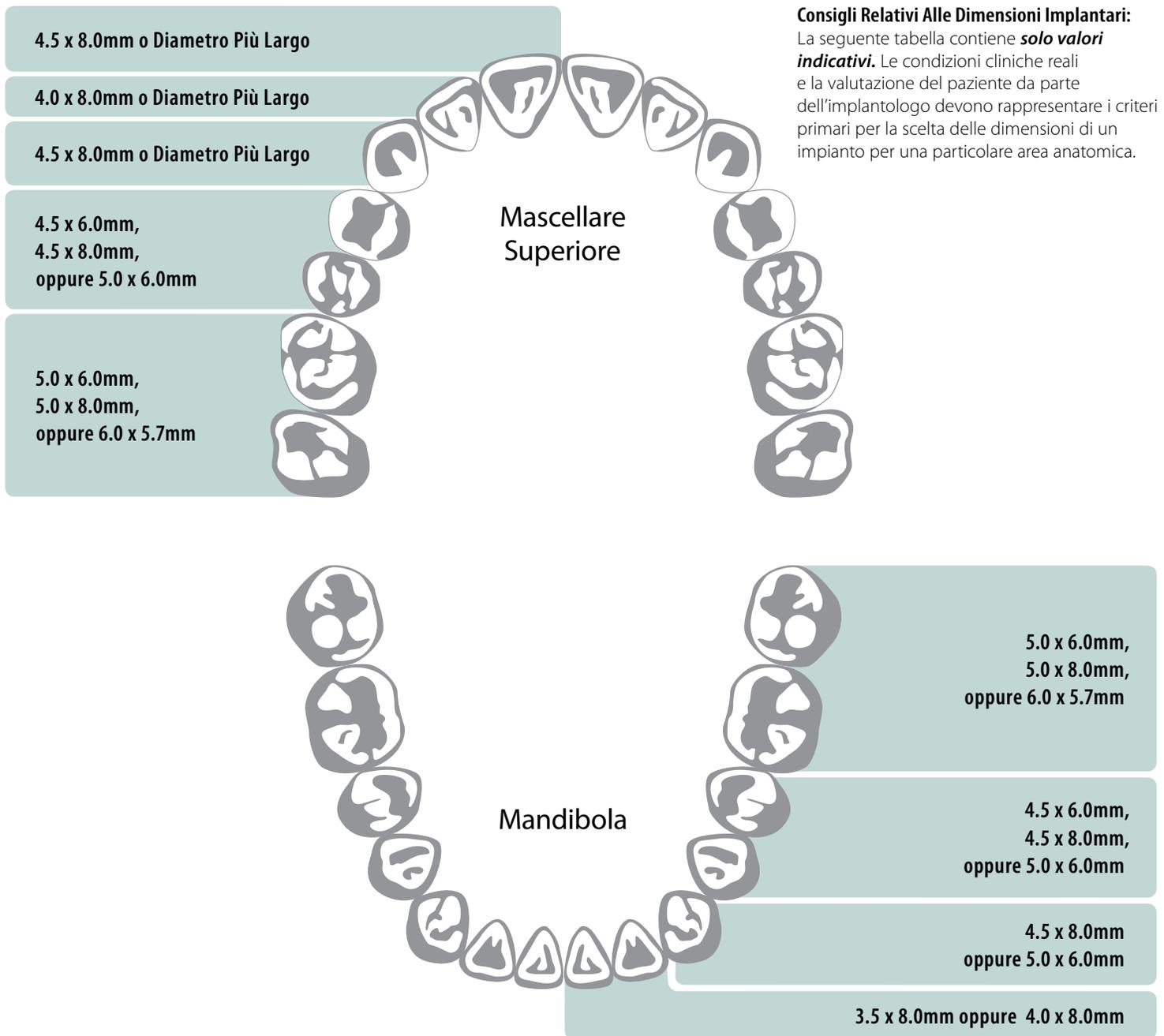
Lucido Per Impianti Bicon



Righello Per Impianti Bicon

Consigli Relativi Alle Dimensioni Implantari:

La seguente tabella contiene **solo valori indicativi**. Le condizioni cliniche reali e la valutazione del paziente da parte dell'implantologo devono rappresentare i criteri primari per la scelta delle dimensioni di un impianto per una particolare area anatomica.

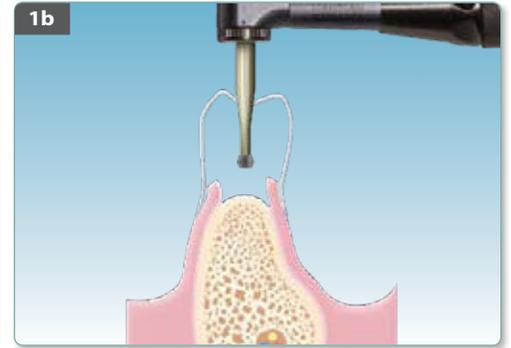
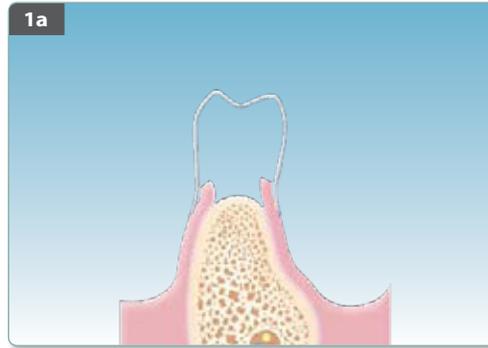


*Consigliato per la tecnica chirurgica in due tempi.

Dima Chirurgica

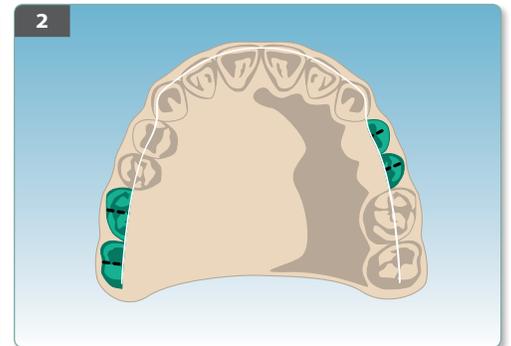
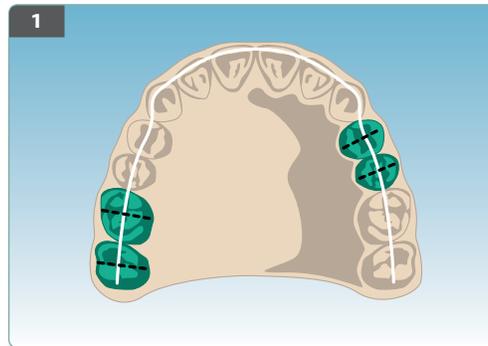
L'accurato posizionamento di qualunque impianto richiede la consapevolezza del restauro protesico finale. Solitamente, per la fabbricazione di una dima chirurgica che aiuterà il dentista a inserire in modo corretto impianti multipli, sono necessari modelli di studio montati e una ceratura diagnostica dei denti da sostituire. Nonostante la posizione e il volume dell'osso disponibile determineranno la traiettoria definitiva della fresa pilota, i clinici dovrebbero cercare di rimanere al centro del dente interessato ed entro 10° dall'asse d'inserzione della protesi finale.

Dima Termostampata



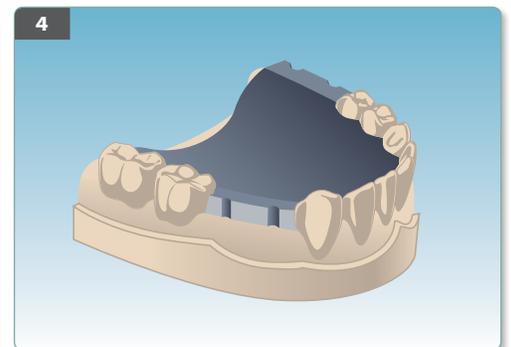
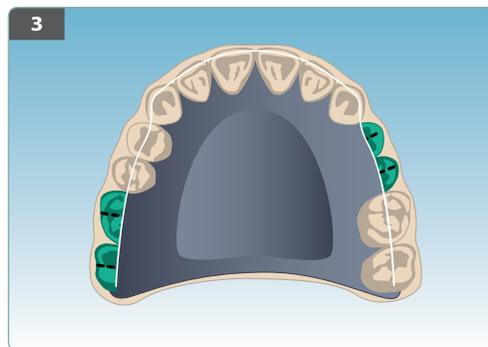
Dopo avere registrato un'impronta e avere colato il modello sulla base della ceratura diagnostica, si prepara sul modello una mascherina termostampata utilizzando un sottile disco per mascherine come quelli normalmente usati per la fabbricazione di restauri provvisori alla poltrona. Si pratica un foro al centro della superficie incisale od oclusale della dima nella posizione del previsto dente su impianto. Se possibile si procede a ritagliare la dima termostampata fino a lasciare almeno un dente distalmente e tre o quattro denti mesialmente alla zona dell'elemento da sostituire.

Dima da modello in gesso



Utilizzando un duplicato del modello in gesso sulla base della ceratura diagnostica, tracciare una linea attraverso il bordo incisale e attraverso le superfici oclusali dei denti e un'altra linea al centro di ciascun dente da sostituire, intersecando la linea incisale o quella oclusale.

Asportare la porzione linguale dei denti da sostituire.

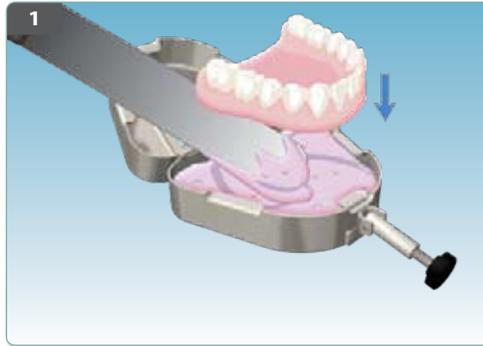


Modellare la resina sul versante linguale del modello fino al livello della fossa centrale o del bordo incisale dei denti da ricostruire.

Tagliare un solco largo 2.5mm nella resina, corrispondente al centro di ciascun dente che si intende sostituire.

Fabbricazione Di Una Dima Palatale Da Protesi Esistente

Per le aree edentule estese, fabbricare una dima palatale utilizzando una protesi rimovibile già esistente. Quando si fabbrica la dima palatale, il versante vestibolare è inclinato all'indietro, partendo dal bordo incisale o dalla fossa centrale dei denti proposti, verso la cresta alveolare, il che su un duplicato della protesi è rappresentato come la più grande concavità sul lato della cresta alveolare della protesi stessa.



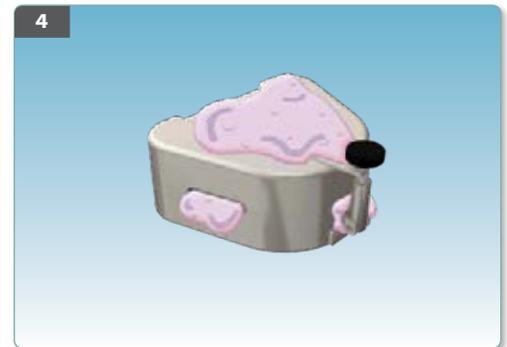
1 Inserire la protesi nell'alginato nella muffola da duplicazione.



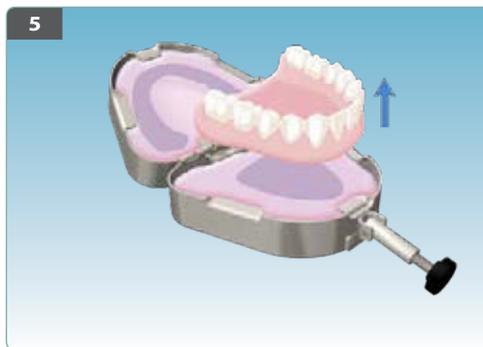
2 Applicare l'isolante.



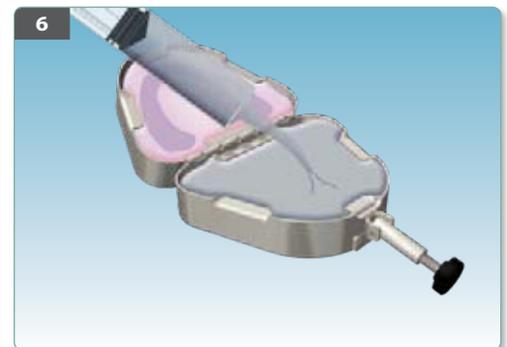
3 Riempire il controstampo con alginato.



4 Chiudere e lasciare indurire l'alginato.



5 Aprire ed estrarre la protesi.



6 Riempire lo stampo in alginato con resina.

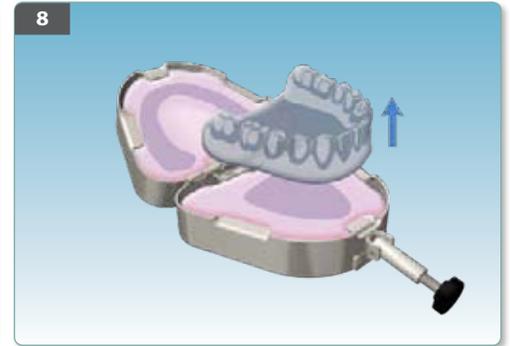
Continua alla pagina successiva

► **Criteri Chiave Per Il Successo**

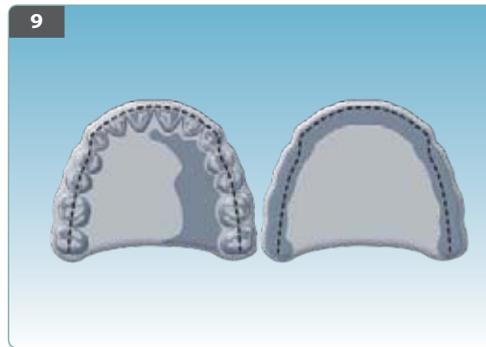
- La traiettoria della fresa pilota sarà la traiettoria dell'impianto e la traiettoria di un moncone protesico diritto.
- L'osteotomia implantare definitiva, per quanto possibile, dovrebbe trovarsi al centro del dente protesico finale.
- Il corretto posizionamento mesio-distale del foro pilota è più decisivo di una traiettoria leggermente fuori asse.
- Sia le dime termostampate che le dime palatali vengono sterilizzate a freddo prima dell'uso al fine di facilitare l'ottenimento di una corretta traiettoria per la fresa pilota.



7 Chiedere e lasciare indurire la resina.



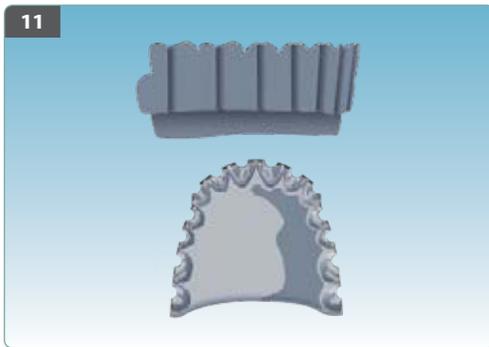
8 Aprire ed estrarre il duplicato della protesi.



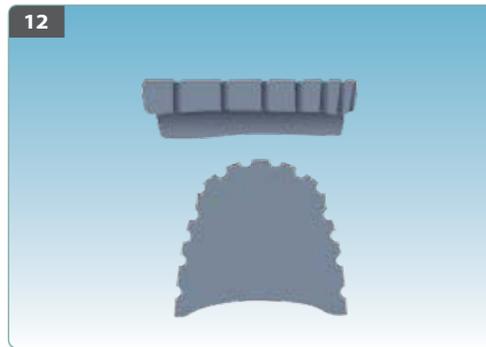
9 Tracciare una linea al centro di ogni dente e una linea che rappresenta la più grande concavità sul lato della mucosa.



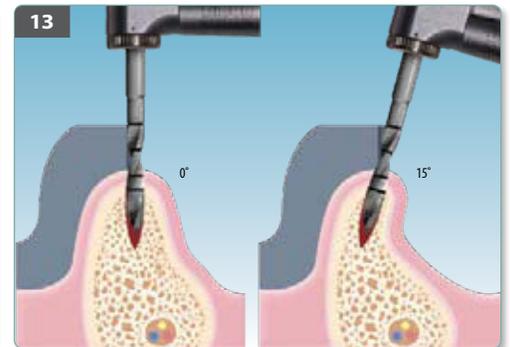
10 Praticare un solco largo 2.0mm al centro di ogni dente, unendo le linee che rappresentano il centro di ogni dente e la più grande concavità sul lato della mucosa.



11 Rimuovere la resina acrilica vestibolare lungo il versante che unisce le due linee rappresentanti il centro di ogni dente e la più grande concavità sul lato della mucosa.



12 Ridurre la lunghezza incisale in eccesso onde evitare interferenze con la testina del manipolo.

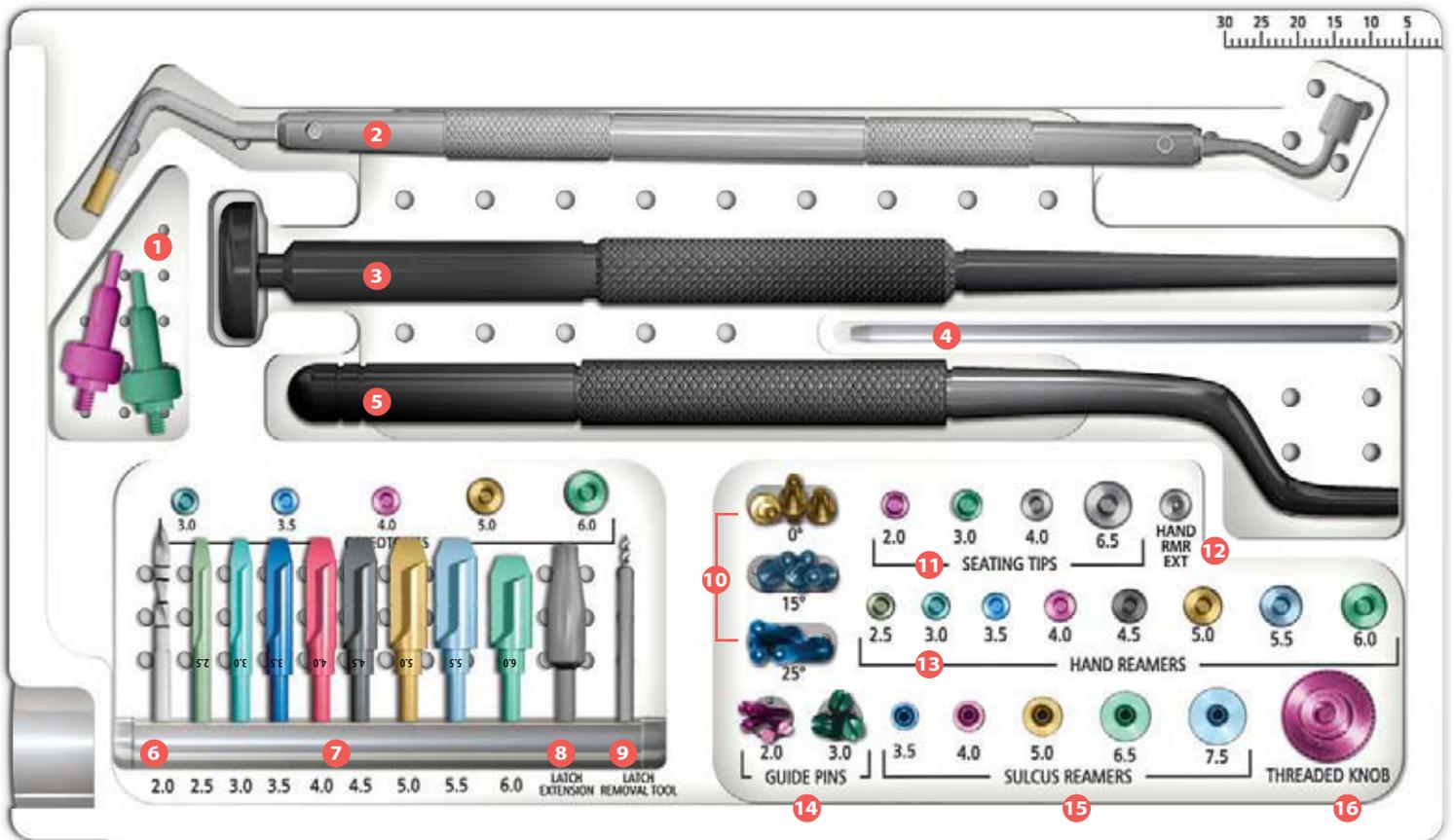


13 La dima determina il posizionamento mesio-distale. Il volume dell'osso disponibile determina l'angolazione vestibolo-linguale definitiva.

Strumentario



Kit Chirurgico Completo



1 Trasportatore per impianti

I trasportatori per impianti sono destinati all'uso con una manopola per mucotomo/osteotomo oppure con un battitore diritto, per favorire il posizionamento e il recupero di certi impianti in base alla situazione clinica. È essenziale che l'impianto comprenda come disingaggiare un impianto dal trasportatore prima di utilizzarlo nel cavo orale.



2 Profondimetro/Compattatore

Il profondimetro ha lo scopo di facilitare la misurazione della profondità dell'osteotomia. Il compactatore serve a comprimere l'innesto di osso autologo sopra la spalla dell'impianto.



3 Battitore Diritto

Il battitore diritto è destinato all'uso con tutti gli strumenti filettati: alesatori manuali, osteotomi per solco osseo, trasportatori per impianti, bisturi circolari, osteotomi, scalpelli, espansori per osso, puntali per inserimento impianti e osteotomi di profondità.



4 Chiave Per Rimozione Alesatori

La chiave per rimozione alesatori serve ad allentare alesatori manuali, osteotomi, scalpelli ed espansori per osso da un battitore diritto o da una manopola per mucotomo/osteotomo.



5 Battitore Angolato

Il battitore angolato è destinato all'uso con l'impianto e il relativo puntale per inserimento quando non è possibile l'accesso diretto.



6 Fresa Pilota

La fresa pilota è specifica per la preparazione dell'osteotomia pilota iniziale e per stabilire la traiettoria dell'osteotomia. Le tacche sono posizionate a 6,0, 8,0, 11,0, e 14,0mm.



7 Alesatore da micromotore

Gli alesatori da micromotore servono per preparare un'osteotomia e per raccogliere il materiale per innesto autologo senza irrigazione, a una velocità massima di 50 giri/min. Sono disponibili due lunghezze per adattarsi a differenti situazioni cliniche.



8 Prolunga Per Alesatore Da Micromotore

La prolunga per alesatore da micromotore si utilizza per allungare un alesatore da micromotore, onde facilitare l'accesso quando i denti adiacenti interferiscono con la testina del manipolo. Se l'alesatore da micromotore non è completamente ingaggiato nella prolunga prima dell'uso, l'alesatore può bloccarsi o danneggiarsi in modo permanente all'interno della prolunga stessa.



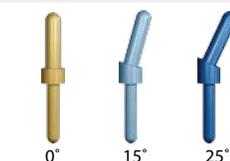
9 Dispositivo Per Rimozione Tappo Di Guarigione (Micromotore)

Il dispositivo per rimozione ha lo scopo di facilitare la rimozione del tappo di guarigione dal pozzetto dell'impianto durante la fase del rientro chirurgico.



10 Pin Di Parallelismo

I pin di parallelismo intendono essere un aiuto per allineare correttamente le osteotomie pilota e, in seguito, gli impianti.



11 Puntale per inserimento impianto/bloccaggio moncone

I puntali per l'inserimento dell'impianto si usano in combinazione con un battitore diritto o angolato per facilitare il corretto alloggiamento di un impianto o di un moncone. Quando si utilizzano i puntali è fondamentale che questi ultimi siano completamente inseriti nel pozzetto dell'impianto per non causare la distorsione del pozzetto durante l'uso, cosa che potrebbe impedire in seguito il completo ingaggio della connessione conica del moncone al suo interno.



12 Prolunga Per Alesatore Manuale

La prolunga per alesatore manuale consente di utilizzare gli alesatori manuali con un manipolo contrangolo.



13 Alesatore manuale

Gli alesatori manuali si utilizzano con un battitore diritto per la preparazione manuale delle osteotomie.



14 Astina guida

Le astine guida standard fungono da guida per gli osteotomi per solco osseo, osteotomi di profondità, come pure per i bisturi circolari. Esse possono altresì aiutare nella valutazione del grado di osteointegrazione di un impianto.



15 Osteotomo per solco osseo

Gli osteotomi per solco osseo servono per l'asportazione dei tessuti molli o dell'osso al di sopra dell'impianto, che potrebbe impedire il perfetto ingaggio della connessione conica di un moncone all'interno del pozzetto dell'impianto.



16 Manopola Per Mucotomo/Osteotomo

La manopola per mucotomo/osteotomo si utilizza con gli strumenti filettati: osteotomi per solco osseo, trasportatori per impianti, bisturi circolari e osteotomi di profondità.



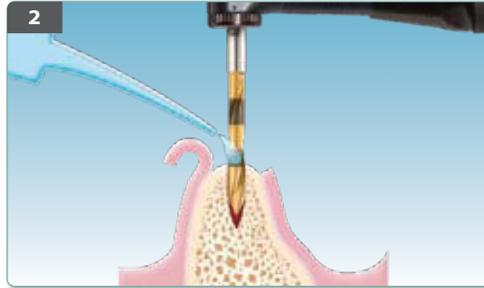
Inserimento Chirurgico



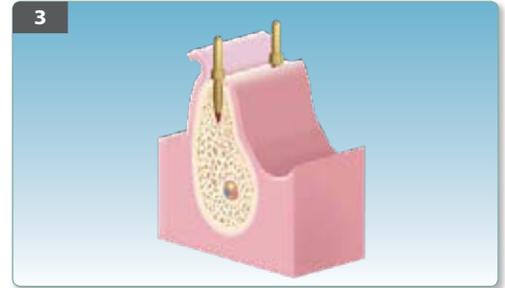
Tecnica Chirurgica In Due Tempi Per L'inserimento Di Impianti



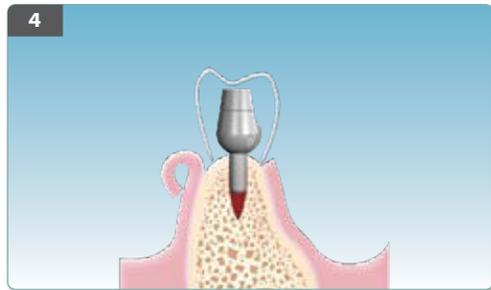
1 Disegno Dei Lembi
Sito d'estrazione Lembo a busta Festonato



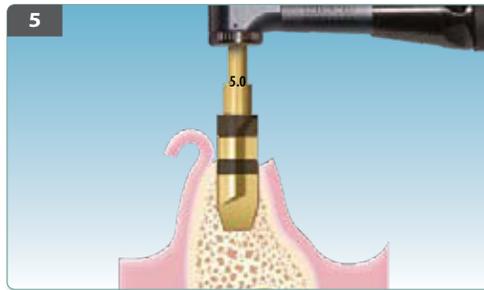
2 Se possibile, praticare il foro pilota di 2.0mm con irrigazione esterna, a una profondità maggiore di 2.0mm–3.0mm rispetto all'impianto selezionato.



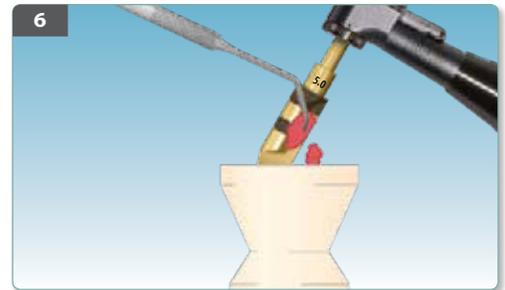
3 Utilizzare i pin di parallismo per facilitare l'allineamento quando si posizionano impianti multipli.



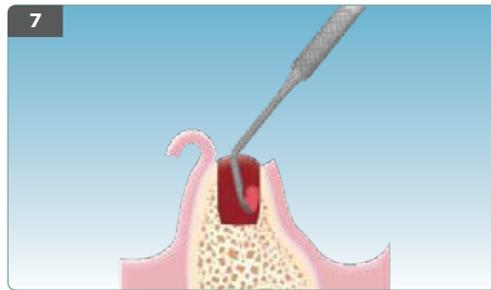
4 Inserire un moncone con gambo da 2.0 mm nel foro pilota e confermare il corretto posizionamento con una dima termostampata.



5 Allargare l'alveolo con alesatori di diametro progressivamente crescente **senza irrigazione** a un massimo di 50 giri/min. In questo caso è stato scelto un impianto 5.0 x 6.0mm, per cui la fresa finale utilizzata avrà anch'essa un diametro di 5.0mm.



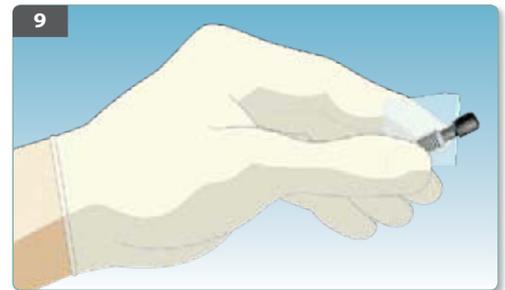
6 Porre l'osso autologo prelevato tramite le scanalature degli alesatori, in un dappen in silicone per essere usato successivamente.



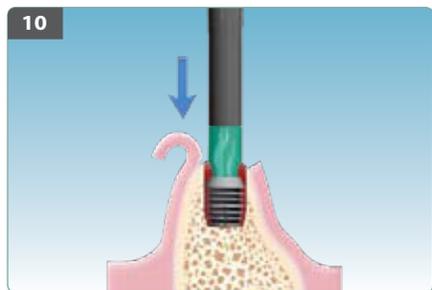
7 Raccogliere i residui di osso dalle scanalature dell'alesatore e dall'alveolo.



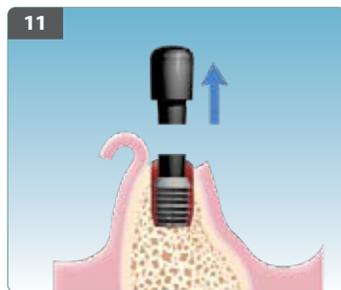
8 Il blister sterile dell'impianto viene fatto cadere su un vassoio sterile, poi si rimuove la pellicola posteriore in Tyvek® prima di tagliare l'involucro interno dell'impianto con le forbici.



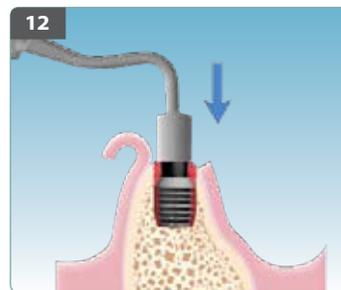
9 Estrarre l'impianto dalla busta in polietilene.



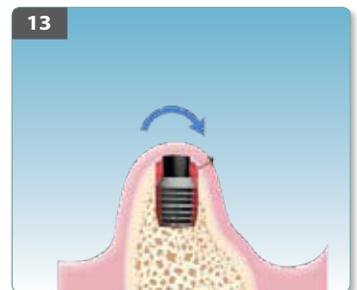
10 Inserire l'impianto alloggiando—preferibilmente—il puntale per inserimento direttamente nel pozzetto dell'impianto.



11 Tagliare il tappo di guarigione. Accertarsi che non rimangano spigoli vivi, i quali potrebbero irritare i tessuti molli.

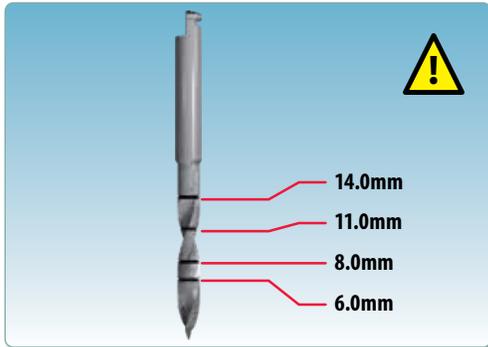


12 Posizionare l'osso autologo prelevato sopra la spalla dell'impianto. Vedi precedente fase C6.



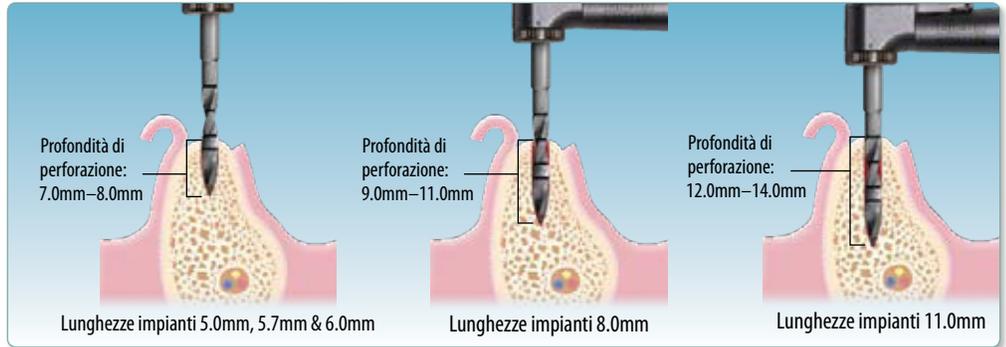
13 Chiudere e attendere almeno dieci-dodici settimane perché si verifichi l'osteointegrazione.

Fresa Pilota



Prima di utilizzare una fresa pilota, è fondamentale identificarne e comprenderne le marcature di profondità.
Non dare per scontato l'altezza della prima marcatura.

Profondità Di Perforazione Ideale Per Diverse Lunghezze Implantari



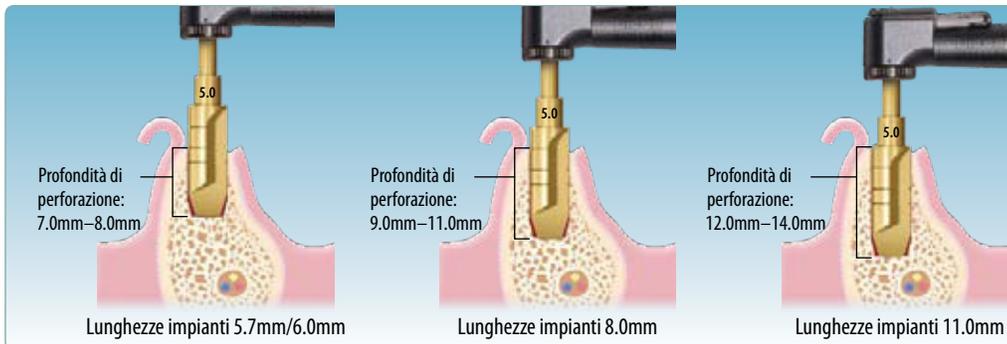
Se la traiettoria è corretta, continuare a fresare con la fresa pilota fino alla marcatura di profondità, il che consentirà di alloggiare l'impianto selezionato al di sotto del livello dell'osso. Nelle aree estetiche l'impianto dovrebbe essere posizionato 5.0mm al di sotto della mucosa vestibolare. Nelle aree non estetiche gli impianti possono essere posizionati a livello della cresta ossea.

Marcature Di Profondità Sugli Alesatori Da Micromotore



Gli alesatori vengono usati in sequenza, iniziando con un diametro di 2.5mm e terminando con il diametro dell'impianto prescelto. Gli alesatori hanno marcature orizzontali di profondità a 6.0, 8.0, 11 e 14mm, mentre i vecchi alesatori avevano contrassegni differenti. E' fondamentale conoscere le marcature di profondità sugli alesatori da micromotore prima dell'intervento chirurgico. Non dare per scontato l'altezza della prima marcatura su nessun alesatore da micromotore. Se sussistono dubbi sulle marcature di una fresa o alesatore, provvedere alla misurazione **prima** di utilizzare lo strumento.

Profondità Di Perforazione Ideale Per Diverse Lunghezze Implantari



Perforare alla profondità che consentirà all'impianto selezionato di essere alloggiato 1.0-3.0mm al di sotto della cresta ossea. Per un'estetica ideale nei settori anteriori l'impianto dovrebbe essere inserito 5.0mm al di sotto della mucosa vestibolare.

Sito Di Estrazione Nel Settore Anteriore Del Mascellare Superiore



1 TRAIETTORIA INIZIALE
Fresare inizialmente la parete palatale dell'alveolo con una traiettoria della fresa più perpendicolare rispetto alla prevista traiettoria della protesi finale.



2 MODIFICA DELLA TRAIETTORIA
Non appena la fresa pilota si impegna nell'osso, modificare la traiettoria della fresa tenendola più parallela ai denti adiacenti e alla prevista ricostruzione finale.

Osso Crestale Non Uniforme



3 LIVELLI OSSEI NON UNIFORMI
Onde evitare l'involontario spostamento di un alesatore, occorre uniformare i livelli di osso intorno all'imbocco dell'osteotomia pilota.

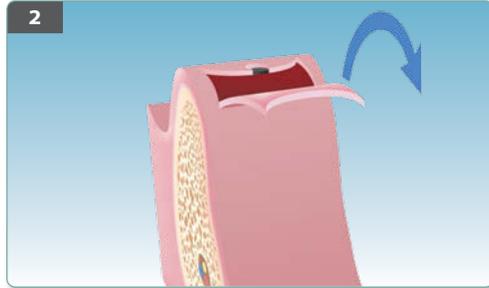


4 OSTEOTOMO PER SOLCO OSSEO
Ruotare un osteotomo per solco osseo, in alternativa una fresa rotonda su un'astina guida da 2.0mm inserita nell'osteotomia pilota di 2.0mm per uniformare i livelli di osso intorno all'imbocco dell'osteotomia pilota.

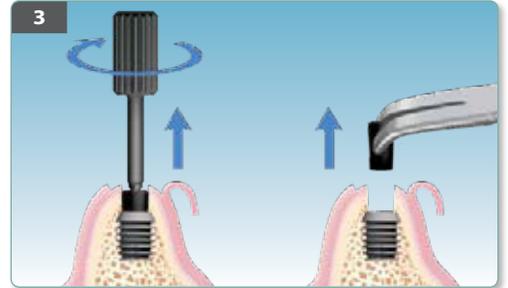
Tecnica Di Esposizione Dell'impianto E Posizionamento Del Moncone Protesico



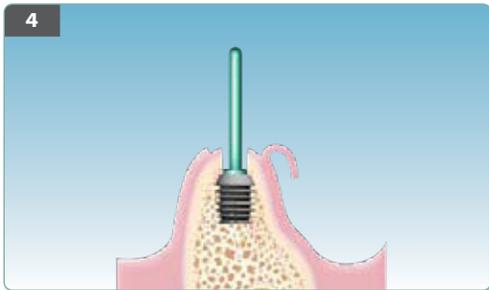
1 Esporre l'impianto nelle aree estetiche con un'incisione crestale semilunare.



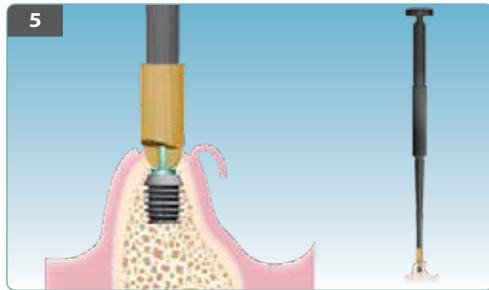
2 Scollare un lembo vestibolare a spessore parziale.



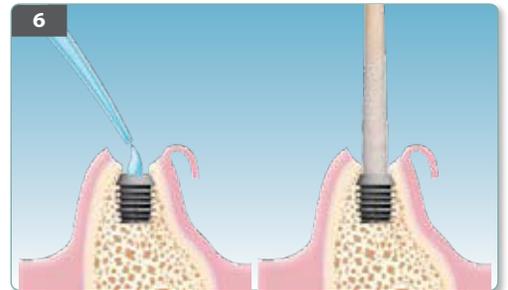
3 Rimuovere il tappo di guarigione con l'apposito dispositivo per rimozione.



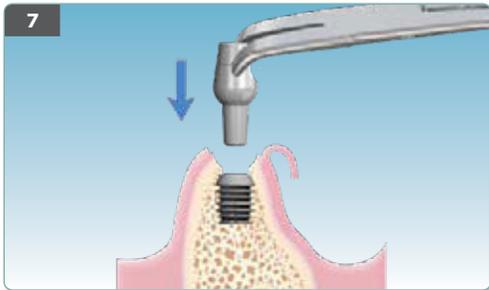
4 Inserire l'astina guida appropriata per controllare l'integrazione e l'angolazione.



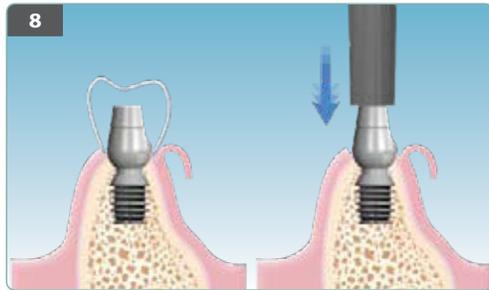
5 Asportare l'osso in eccesso mediante l'osteotomo per solco osseo corrispondente al moncone selezionato, con la manopola per mucotomo/osteotomo o con il battitore dritto.



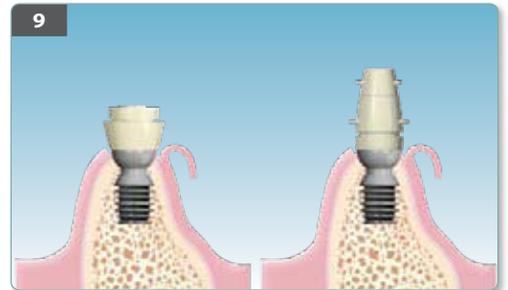
6 Lavare abbondantemente e asciugare bene il pozzetto implantare con una punta in cotone.



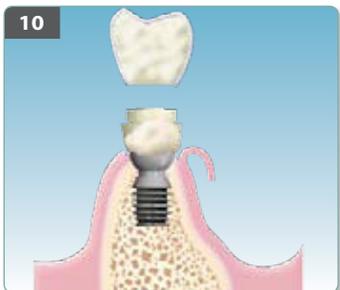
7 Inserire il moncone selezionato. In alternativa, selezionare un moncone provvisorio, attendere la guarigione gengivale e procedere alle tecniche di presa d'impronta.



8 Utilizzare una dima per confermare la corretta scelta del moncone prima di ingaggiare la connessione conica nel pozzetto dell'impianto, quindi picchiettare sul moncone in direzione dell'asse lungo del gambo per ingaggiarne la connessione conica.



9 Posizionare una cuffia in policarbonato o guaina in acrilico a clip sopra al moncone e procedere alla modifica, se necessario.



10 Iniettare la resina acrilica intorno alla cuffia in policarbonato o alla guaina in acrilico a clip e nella dima termostampata.



11 Posizionare la dima per modellare la corona provvisoria.

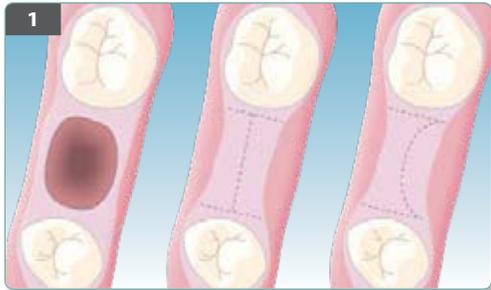


12 Rifornire e lucidare la resina a contatto con la cuffia in policarbonato o la guaina in acrilico per favorire la formazione del solco gengivale.

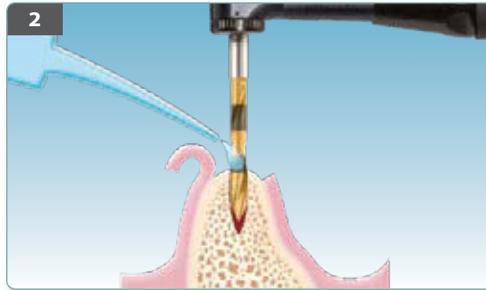


13 Attendere la guarigione dei tessuti molli prima di registrare l'impronta finale.

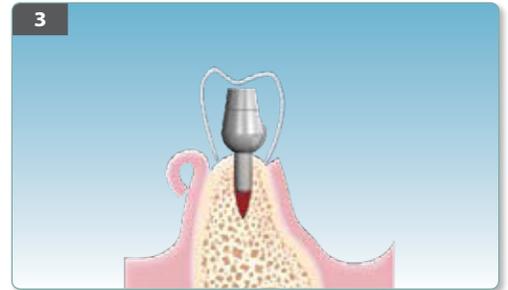
Tecnica Chirurgica Monofase Per L'inserimento Di Impianti



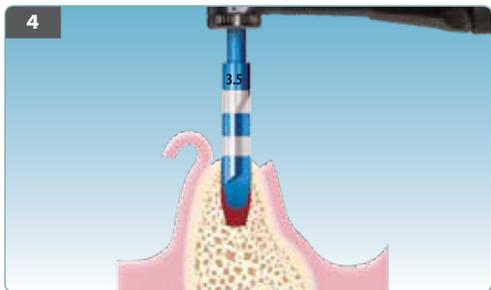
Sito d'estrazione Lembo a busta Festonato



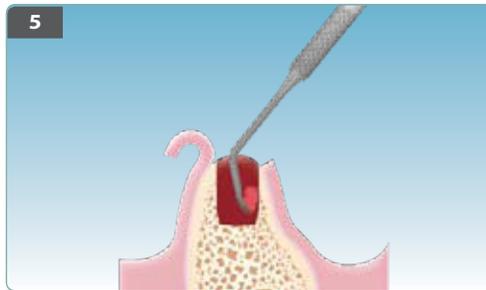
Se possibile, praticare il foro pilota di 2.0mm con irrigazione esterna, a una profondità maggiore di 2.0mm-3.0mm rispetto all'impianto selezionato. Vedi pagina 14.



Inserire un moncone con gambo da 2.0 mm nel foro pilota e confermare il corretto posizionamento con una dima termostampata.



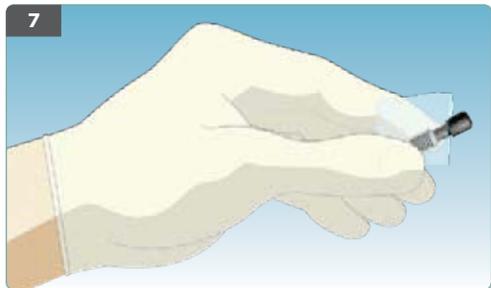
Allargare l'alveolo con alesatori di diametro progressivamente crescente senza irrigazione, a un massimo di 50 giri/min. Vedi pag. 14.



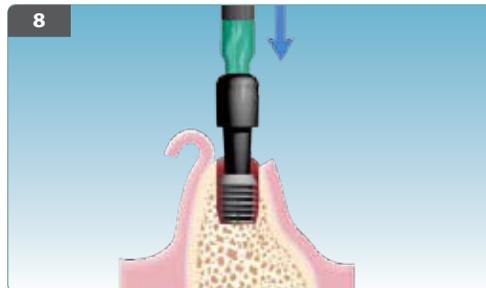
Prelevare i residui di osso dalle scanalature dell'alesatore e dall'alveolo.



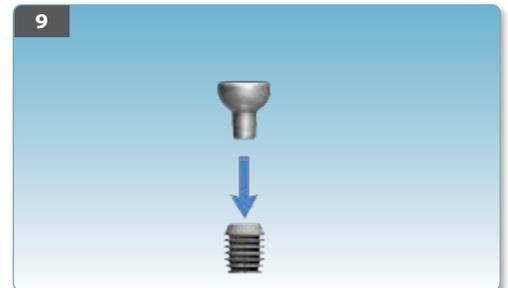
Il blister sterile dell'impianto viene fatto cadere su un vassoio sterile, poi si rimuove la pellicola posteriore in Tyvek® prima di tagliare l'involucro interno dell'impianto con le forbici.



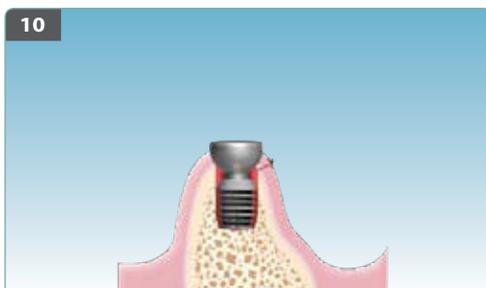
Estrarre l'impianto dalla busta in polietilene.



Alloggiare l'impianto picchiando leggermente sul tappo di guarigione o direttamente nel pozzetto dell'impianto con il puntale per inserimento adeguato.

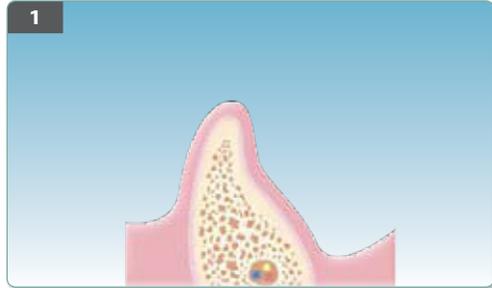


Una volta posizionato l'impianto, sostituire il tappo di guarigione nero con il moncone provvisorio adeguato.

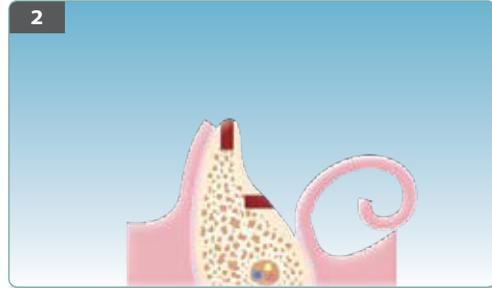


Assottigliare la mucosa se necessario. Attendere un minimo di 10-12 settimane perché si verifichi l'osteointegrazione prima di rimuovere il moncone provvisorio.

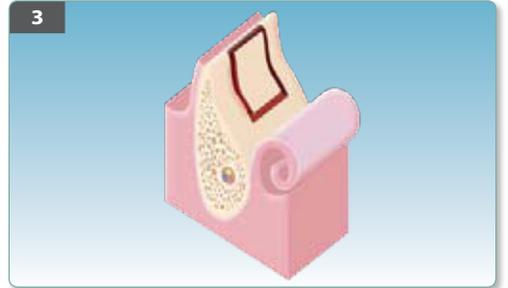
Tecnica "Split Crest" Mandibolare In Due Tempi



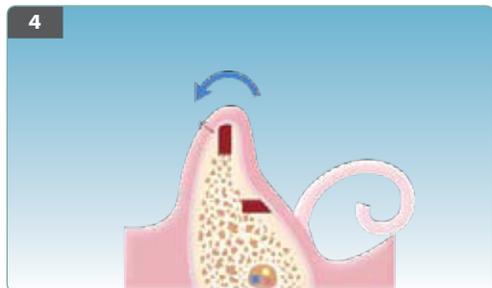
Veduta coronale della mandibola.



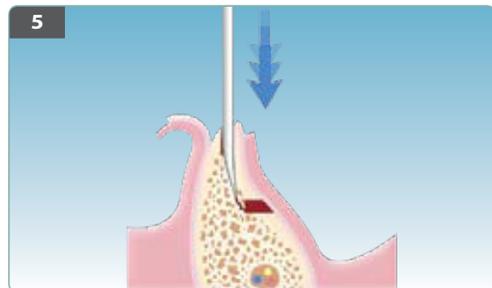
Sollevare un lembo a tutto spessore e praticare un'osteotomia crestale stretta. Praticare un'osteotomia orizzontale più larga 3.0mm sopra al canale mandibolare.



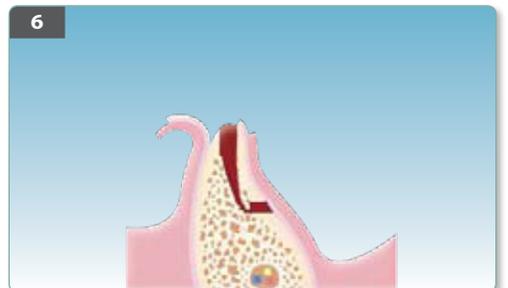
Veduta laterale di due osteotomie verticali sottili e di un'osteotomia orizzontale più larga.



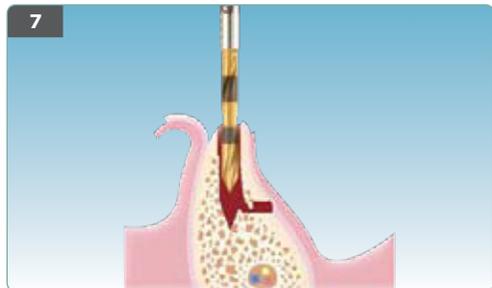
Chiudere per tre o quattro settimane al fine di ristabilire l'afflusso di sangue alla corticale.



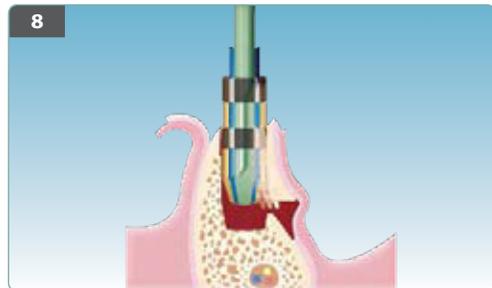
Viene utilizzato uno scalpello di Cottle curvo per separare la lamina vestibolare.



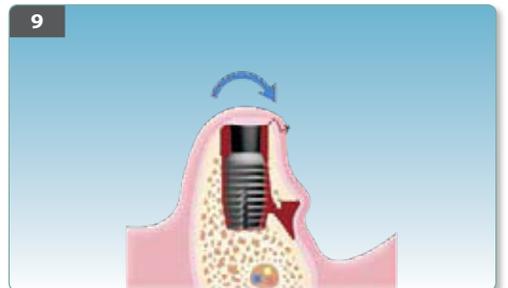
La lamina vestibolare è separata, ma rimane attaccata al periostio vestibolare.



Senza scollare il periostio vestibolare, praticare un foro pilota di 2.0mm a una profondità maggiore dell'osteotomia orizzontale.

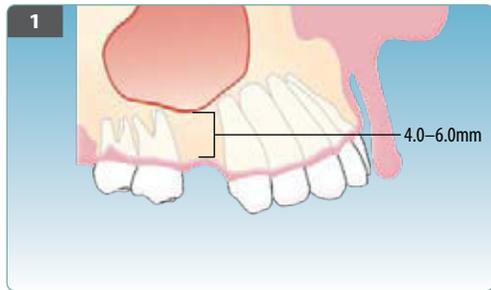


La corteccia vestibolare viene fratturata e dislocata all'esterno in quanto vengono usati alesatori di diametro più largo.



Inserire l'impianto in un'osteotomia allargata apicalmente al taglio orizzontale. Consentire un tempo minimo di 4 mesi per l'osteointegrazione.

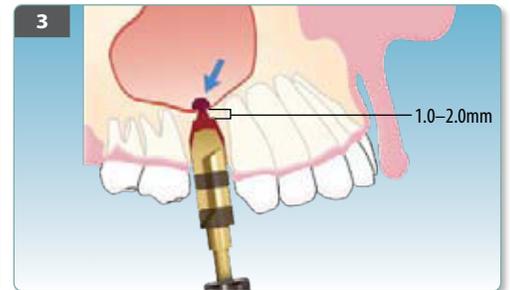
Internal Sinus Lift Technique



Si noti la profondità minima dell'osso residuo pari a 4.0-6.0mm.



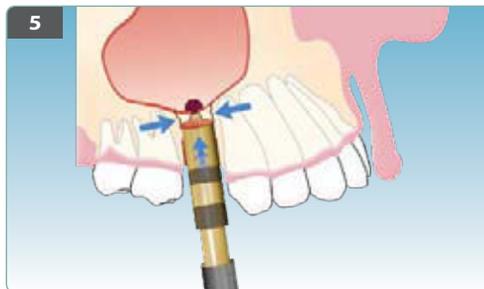
Preparare l'osteotomia iniziando con la fresa pilota \varnothing 2.0mm. Il foro pilota potrebbe penetrare nel pavimento del seno e nella membrana del seno.



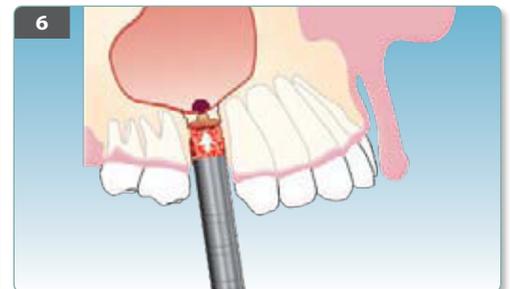
Continuare a preparare l'osteotomia con alesatori di diametro progressivamente crescente, fino al punto in cui rimarranno 1.0-2.0mm di osso al di sotto del pavimento del seno. Per questo caso è stato selezionato un impianto con diametro 5.0mm.



Inserire un osteotomo per rialzo da 5.0mm Bicon nell'osteotomia e ingaggiare la zona leggermente al di sotto del pavimento del seno.



Picchiettare delicatamente l'osteotomo e creare una frattura capillare intorno al pavimento dell'osteotomia.



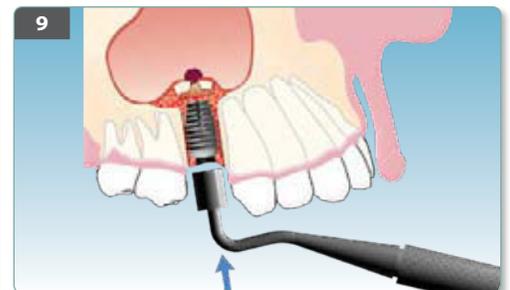
Inserire nell'alveolo un materiale per la rigenerazione ossea, come il Synthograft™.



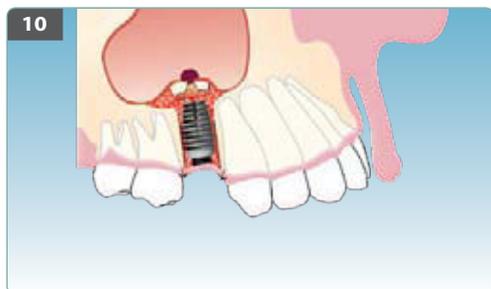
Introdurre l'impianto nel sito dell'osteotomia con l'apposito trasportatore o puntale per inserimento impianto e usare l'impianto per rialzare il pavimento del seno.



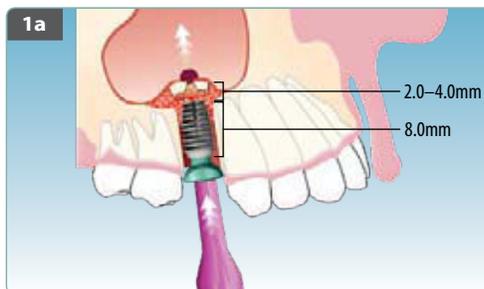
Inserire e tagliare il tappo di guarigione.



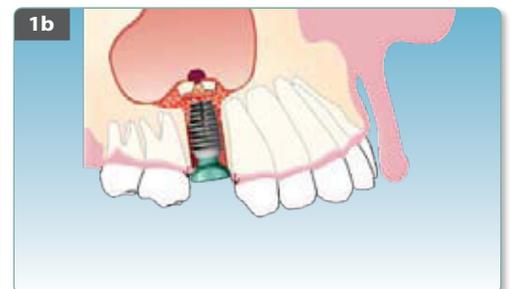
Applicare il materiale da innesto osseo sopra la spalla dell'impianto.



Suturare e attendere minimo 14-16 settimane prima di esporre gli impianti.



In alternativa è possibile inserire nell'impianto un moncone provvisorio per rialzo del seno Bicon, così da evitare che l'impianto migri all'interno della membrana del seno.



Suturare intorno oppure sopra al moncone per rialzo del seno.

Rialzo Interno Del Pavimento Del Seno-Tecnica Alternativa Monofase

Guida Alla Misurazione Dei Monconi

Il disegno del sistema di monconi Bicon prevede che la base emisferica del moncone non si collochi a livello del collo dell'impianto. Strutturalmente si crea una zona radiotrasparente al di sotto del gambo del moncone quando lo stesso è completamente alloggiato. Si noti che il gambo dei monconi non va modificato

in nessun modo. Qualunque modifica del gambo di un moncone o l'uso di un cemento influenza l'accoppiamento a frizione della connessione conica, rendendo il moncone potenzialmente non ritentivo. I seguenti diagrammi illustrano l'alloggiamento finale e il metodo di misurazione per ciascun tipo di moncone.

Moncone Provvisorio



Il diametro effettivo del moncone provvisorio tiene conto del diametro del moncone definitivo con spazio per una cuffia in policarbonato. L'altezza del moncone viene misurata dall'estremità superiore dell'impianto all'estremità superiore del moncone provvisorio.

Moncone Di Guarigione



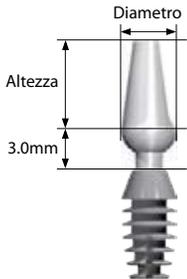
Il diametro del moncone di guarigione viene misurato sul punto più largo dello stesso. L'altezza viene misurata dall'estremità superiore del gambo alla parte più alta del lato occlusale del moncone di guarigione.

Moncone Per Protesi Fissa Avvitata



Il diametro del moncone è di 4.0mm nel suo punto più largo. L'altezza del moncone fisso avvitato viene misurata dalla parte più larga del moncone all'estremità superiore dell'impianto. Le due altezze disponibili sono 3.5mm o 5.0mm. Questo moncone ha una testa conica di 20°.

Moncone Senza Spalla - Gambo Di 2.0mm



Il diametro del moncone viene misurato sul punto più largo dello stesso. L'altezza del moncone senza spalla preformata viene misurata dalla parte più larga al versante occlusale del moncone.

L'altezza del gambo del moncone è costante e non variabile.

Moncone Senza Spalla - Gambo Di 3.0mm



Il diametro del moncone viene misurato sul punto più largo dello stesso. L'altezza del moncone senza spalla preformata viene misurata dalla parte più larga al versante occlusale del moncone.

L'altezza del gambo del moncone è costante e non variabile.

Moncone Brevis™



L'altezza del moncone Brevis™ viene misurata dall'estremità superiore dell'impianto alla spalla del moncone. Le altezze sono 2.0, 4.0 o 6.0mm. L'altezza totale dall'estremità superiore dell'impianto all'estremità superiore del moncone è di ca. 5.0, 7.0 o 9.0mm rispettivamente.

Moncone Locator®



L'altezza del moncone Locator® viene misurata dall'estremità inferiore della parte in oro del moncone Locator® alla spalla del moncone. Le altezze sono 1.0, 2.0, 3.0, 4.0 o 5.0mm.

Moncone Stealth



L'altezza del moncone Stealth a spalla preformata viene misurata dall'estremità superiore dell'impianto alla spalla del moncone. Le altezze sono 1.5, 2.0, 3.0, 3.5, 4.0, 6.0 o 8.0mm, in base al diametro del moncone. L'altezza del gambo del moncone è variabile.





biconTM
D E N T A L I M P L A N T S

BICON ITALIA S.R.L.

Via Santa Rita da Cascia 33 ■ 20143 Milano

TEL +39 02 8139623 (r.a)

FAX +39 02 89123697

www.bicon.com ■ italy@bicon.com; ordini@bicon.com