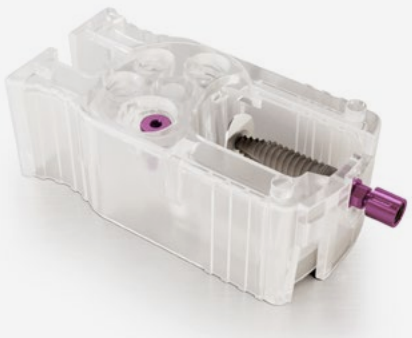
CONELOG®
PROGRESSIVE-LINE

CONELOG® IMPLANTE PROGRESSIVE-LINE INFORMACIÓN BÁSICA TÉCNICA QUIRURGICA



IMPLANTES CONELOG® PROGRESSIVE-LINE
PLANIFICACIÓN DE LAS POSICIONES DE LOS IMPLANTES CONELOG®
TÉCNICA QUIRÚRGICA
MODALIDADES PARA LA CICATRIZACIÓN

a perfect fit™

camlog

ÍNDICE

INFORMACIONES GENERALES DEL SISTEMA SOBRE CONELOG® SISTEMA DE IMPLANTES PROGRESSIVE-LINE **2**

IMPLANTES CONELOG® PROGRESSIVE-LINE **3**
GENERALIDADES 3
DIMENSIONES DEL IMPLANTE 5

PLANIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DEL IMPLANTE **6**
RELACIONES DE PALANCA EN EL IMPLANTE 6
DISTANCIAS RESPECTO A LAS ESTRUCTURAS VECINAS 6
DISEÑO DE LAS RESTAURACIONES PROTÉSICAS 7
FÉRULA QUIRÚRGICA CON CASQUILLOS PARA LA PLANIFICACIÓN MEDIANTE TC 8
ELABORACIÓN DE LA FÉRULA QUIRÚRGICA CON CASQUILLO PARA LA PLANIFICACIÓN MEDIANTE TC 8
ORTOPANTOMOGRAFÍA 9
SET QUIRÚRGICO PARA LOS IMPLANTES CONELOG® PROGRESSIVE-LINE 10

TÉCNICA QUIRÚRGICA **12**
SECUENCIA DE FRESADO PARA LA PREPARACIÓN DEL LECHO DEL IMPLANTE 12
SECUENCIA DE FRESADO ALTERNATIVA EN HUESO BLANDO 14
REALIZACIÓN DE LA INCISIÓN 17
PREPARACIÓN DEL LECHO IMPLANTARIO 18
IMPLANTACIÓN 25
INSTRUMENTOS ADICIONALES 34

MODALIDADES PARA LA CICATRIZACIÓN **38**
CICATRIZACIÓN SUMERGIDA 38
CICATRIZACIÓN TRANSGINGIVAL 39

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL **44**

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL SISTEMA DE IMPLANTES CONELOG®

El sistema de implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE está basado en la dilatada experiencia con los implantes de la línea de producto SCREW-LINE, así como en exhaustivos estudios en el laboratorio. El sistema de implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE es un sistema fácil de usar y con una consecuente orientación protésica.

Todos los productos CONELOG® se fabrican siempre empleando la tecnología más vanguardista y son continuamente perfeccionados por el equipo de Investigación y Desarrollo de la empresa en colaboración con clínicas, universidades y técnicos dentales. Así se garantiza su adaptación al estado más actual de los conocimientos.

Los sistemas de implantes CAMLOG® y CONELOG® tienen una sólida documentación científica. Así lo demuestran los estudios* de los más diversos parámetros, como la superficie de los implantes, el momento de la implantación y/o la carga del implante, la estabilidad primaria, el diseño de la conexión y el tipo de supraestructura. Los resultados a largo plazo de la superficie Promote® son convincentes.

NOTA IMPORTANTE
Las siguientes descripciones no son suficientes para el uso inmediato del sistema de implantes CONELOG®. Por eso recomendamos que sea un médico con experiencia el que instruya en el manejo correcto del sistema de implantes. Los implantes dentales y los pilares CONELOG® deben ser usados exclusivamente por dentistas, médicos, cirujanos y técnicos dentales formados en el sistema. CAMLOG ofrece regularmente programas de formación adaptados a sus necesidades.

Los errores de método en el tratamiento pueden provocar la pérdida de los implantes así como importantes pérdidas en la sustancia ósea periimplantaria.

CÓDIGO POR COLORES

CODIFICACIÓN POR COLORES DE LOS PRODUCTOS QUIRÚRGICOS Y PROTÉSICOS CONELOG®

	COLOR	DIÁMETRO
	Gris	3.3 mm
	Amarillo	3.8 mm
	Rojo	4.3 mm
	Azul	5.0 mm

* Consultar el capítulo «Documentación adicional» en la página 44

IMPLANTE CONELOG® PROGRESSIVE-LINE

GENERALIDADES

Los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE son implantes endo-óseos y están disponibles en diferentes longitudes y diámetros. Se implantan quirúrgicamente en los huesos del maxilar superior y/o inferior y sirven para el anclaje de prótesis orales funcionales y estéticas en pacientes parcial o completamente desdentados. La restauración protésica se realiza con coronas individuales, puentes o sobredentaduras completas que se unen a los implantes CONELOG® mediante los correspondientes aditamentos CONELOG® PROGRESSIVE LINE. Los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE se han desarrollado para poder realizar de un modo más sencillo los conceptos terapéuticos modernos como, p. ej., la restauración o la carga inmediata, en los que se necesita una alta estabilidad primaria. La geometría del implante está concebida de modo que sea posible desarrollar una alta estabilidad inicial; además, el implante posee también las características probadas del implante CONELOG® y destaca por:

- Una rosca de anclaje coronal para una sujeción adicional cuando la altura ósea es limitada
- Una zona de paredes paralelas para flexibilidad de la posición vertical
- Una zona cónica de forma anatómica para una mayor estabilidad primaria y un diámetro reducido para las áreas con poco hueso
- Una superficie mecanizada del hombro del implante,
- Platform Switching integrado de manera estándar
- La superficie Promote®

Los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE no solo se pueden usar como implantes tardíos, sino también como implantes inmediatos o inmediato-diferidos en el hueso del maxilar superior y/o inferior. La cicatrización puede ser sumergida o transgingival. En las técnicas quirúrgicas de una fase, los implantes se pueden cargar de manera inmediata si la estabilidad primaria alcanzada es buena y la carga funcional es la adecuada.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

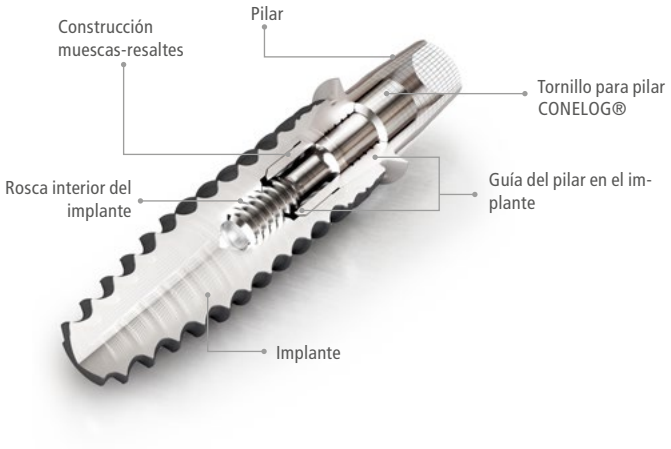
En la zona estéticamente más exigente es recomendable que la parte coronal del hombro del implante esté situada a una mayor profundidad. Para esta situación está indicado el implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus, que se puede colocar tanto epicrestal como subcrestal*.

* Consultar [A]
** Consultar [B]
en el capítulo «Documentación adicional» en la página 44

IMPLANTE CONELOG® PROGRESSIVE-LINE

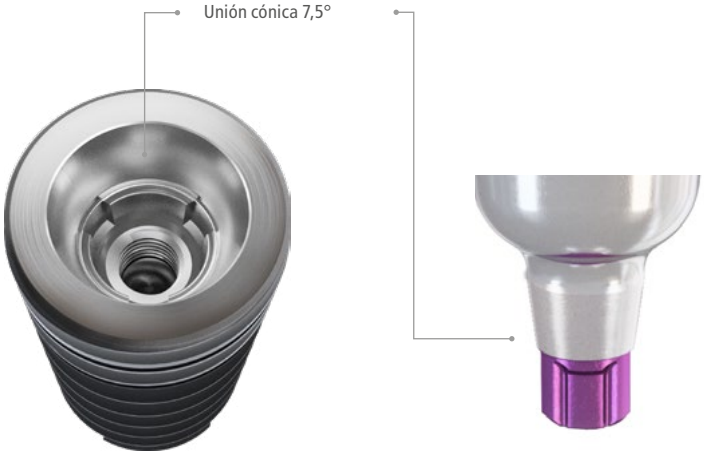
MATERIAL

Todos los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE están fabricados de titanio de grado 4 y los pilares y tornillos de pilar CONELOG®, de aleación de titanio Ti6Al4V ELI.



PRECISIÓN DE FABRICACIÓN

Las geometrías interior y exterior de los implantes y los pilares CONELOG® han sido torneadas, en su mayor parte, por arranque de virutas. Esto permite unas tolerancias mínimas. El resultado es una excelente precisión de ajuste de los componentes sin efecto adverso sobre la estructura del material. Por eso, la unión implante-pilar CONELOG® garantiza una conexión extraordinariamente precisa, estable y antirrotatoria con los componentes protésicos CONELOG®.



CONFIGURACIÓN INTERNA DEL IMPLANTE

Los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE están provistos en su configuración interna de un cono (7,5°) y tres muescas para el posicionamiento de los pilares CONELOG®. Los pilares CONELOG® presentan en apical un cono y tres resaltes. Estos elementos se encajan en la conexión cónica y en las tres muescas del implante.

En la conexión, el hombro del implante no está cubierto por el pilar CONELOG® (Platform Switching integrada). Los pilares CONELOG® se fijan en el implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE con el tornillo de pilar CONELOG® aplicando un torque definido.

Para la colocación óptima del pilar en el implante, este debe estar alineado en el hueso de modo que una de las tres muescas apunte hacia vestibular. Los instrumentos de inserción y los postes de inserción están provistos de marcas externas que se corresponden con las tres muescas de la configuración interna del implante CONELOG®.

Construcción muescas-resaltes de la unión implante-pilar CONELOG®

DIMENSIONES DEL IMPLANTE

	Artículo	Implantes con poste de inserción roscado Referencia	Implantes con poste de inserción a presión Referencia	Ø	L	Ø A
	Implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE, Promote® plus incl. poste de inserción y tornillo de cierre, estéril **Material** Titanio de grado 4	C1085.3309*	C1086.3309*	3.3 mm	9 mm	2,2 mm
		C1085.3311*	C1086.3311*		11 mm	
		C1085.3313*	C1086.3313*		13 mm	
		C1085.3316*	C1086.3316*		16 mm	
		C1085.3807**	C1086.3807**	3.8 mm	7 mm	3.0 mm
		C1085.3809	C1086.3809		9 mm	
		C1085.3811	C1086.3811		11 mm	2,7 mm
		C1085.3813	C1086.3813		13 mm	
		C1085.3816	C1086.3816		16 mm	
		C1085.4307**	C1086.4307**	4.3 mm	7 mm	3.0 mm
		C1085.4309	C1086.4309		9 mm	
		C1085.4311	C1086.4311		11 mm	2,7 mm
		C1085.4313	C1086.4313		13 mm	
		C1085.4316	C1086.4316		16 mm	
		C1085.5007**	C1086.5007**	5.0 mm	7 mm	3.5 mm
		C1085.5009	C1086.5009		9 mm	
		C1085.5011	C1086.5011		11 mm	3,2 mm
		C1085.5013	C1086.5013		13 mm	
		C1085.5016	C1086.5016		16 mm	

Nota: La longitud de implante (L) es la distancia desde la parte apical redondeada hasta la superficie mecanizada del hombro del implante. (Longitud total)
Ø A: diámetro apical (valor medio)

*** NOTA IMPORTANTE**

Los implantes CONELOG® con un **diámetro de Ø 3.3 mm** son una alternativa en el caso de una anchura de cresta limitada de 5–6 mm. Debido a la menor resistencia mecánica, en comparación con la de los implantes de mayor diámetro, estos implantes solo deben usarse del siguiente modo:

- Individualmente sólo para sustituir incisivos inferiores y/o laterales en la arcada superior.
- Las mandíbulas desdentadas pueden rehabilitarse protésicamente con una barra para ferulización de al menos cuatro implantes de Ø 3.3 mm sin extensiones distales.
- En la preparación del lecho del implante para implantes con un diámetro de 3.3 mm no se deben usar técnicas para una infrapreparación.
- Para las mandíbulas parcialmente desdentadas están indicados los implantes de diámetro 3.3 mm si se combinan con implantes de mayor diámetro en estructuras superiores ferulizadas. siempre y cuando se tenga en cuenta la resistencia limitada de los implantes de Ø 3.3 mm.
- Si se emplean pilares de bola en combinación con implantes de Ø 3.3 mm debe evitarse una carga mecánica excesiva sobre los implantes.
- El tiempo de cicatrización de los implantes de Ø 3.3 mm es de al menos 12 semanas.
- No están permitidas las construcciones de coronas telescópicas sobre implantes con Ø de 3.3 mm.

**** NOTA IMPORTANTE**

Los implantes CONELOG® con una **longitud de 7 mm** sólo deberán emplearse si el espacio disponible es insuficiente para un implante de mayor longitud. Con esta longitud de implante no se recomienda la carga inmediata en la sustitución de dientes individuales.

Si la relación entre la longitud de la corona y la longitud del implante es desfavorable, deberán considerarse los factores de riesgo biomecánico y el odontólogo tendrá que tomar las medidas pertinentes.

PLANIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DEL IMPLANTE

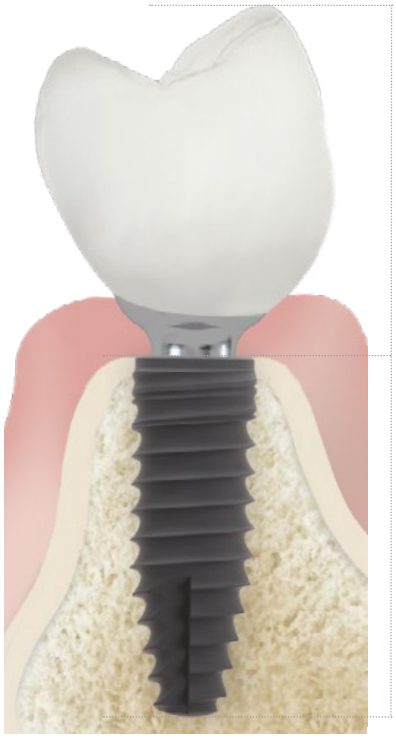
Por lo general, la planificación del implante debe hacerse en equipo y partir de la terapia protésica («Backward Planning»). A continuación se recogen algunos aspectos que se deben tener en cuenta durante la planificación:

RELACIONES DE PALANCA EN EL IMPLANTE

La carga de la interfase implante-hueso resulta de la relación de palanca del pilar osteointegrado con el brazo de carga protésico (es decir, la longitud supracrestal del implante más la longitud de la corona desde el hombro del implante). Si la longitud del implante (LI) es inferior a la longitud de la corona (LC), deben tomarse las medidas necesarias para reducir la carga (p. ej. mediante ferulizaciones protésicas). En el caso de unas relaciones de palanca desfavorables en el implante deberá seleccionarse un implante más largo.

La relación entre la longitud de la corona (LC) y la longitud del implante (LI) no debe ser superior a 0.8:1.

La distribución de los implantes debe seleccionarse de tal modo que los segmentos sean cortos. El eje común de inserción del bloque de coronas / puentes se debe conseguir a través de la preparación del pilar. La unión implante-pilar no debe modificarse.



DISTANCIAS RESPECTO A LAS ESTRUCTURAS VECINAS

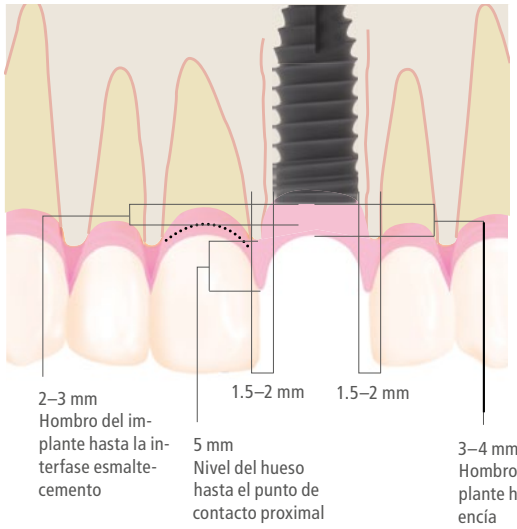
POSICIÓN VERTICAL DEL IMPLANTE

Se deben tener en cuenta las recomendaciones de las distancias a mantener respecto a las estructuras vecinas, para que la cicatrización transcurra sin complicaciones y los tejidos duros y blandos se puedan desarrollar adecuadamente durante la fase de cicatrización.

Para determinar la posición vertical del implante, en el gráfico se muestran las distancias recomendadas. Estas deben adaptarse a la situación clínica.

La longitud del implante se debe determinar de tal forma que haya suficiente hueso (mínimo 1 mm) alrededor del implante.

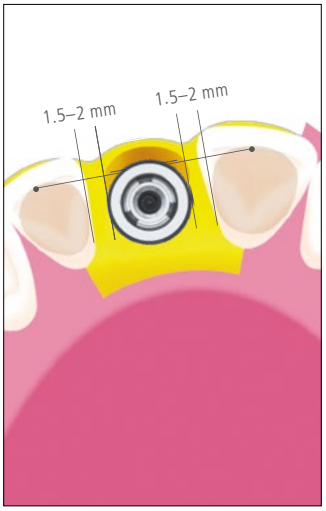
Posición vertical del implante



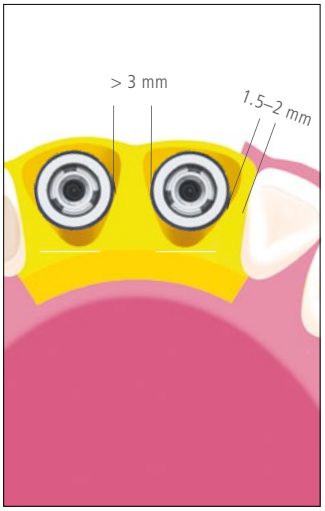
POSICIÓN HORIZONTAL DEL IMPLANTE

Se deberá mantener una distancia mínima de 1.5 mm respecto al diente natural vecino y de 3 mm respecto al implante vecino.

El diámetro del implante se debe evaluar de tal forma que haya suficiente hueso (mínimo 1.0 mm) alrededor del implante.



Posición mesio-distal del implante en el nivel del hueso



Distancias en el nivel del hueso

DISEÑO DE LAS RESTAURACIONES PROTÉSICAS

Con independencia del tipo de restauración –coronas individuales fijas, coronas ferulizadas, puentes o restauraciones removibles–, se deberá tener en cuenta la higiene adecuada de la restauración.

En el caso de las restauraciones híbridas recomendamos diseñar la prótesis con «Passive Fit». Bajo «Passive Fit» se entiende el ajuste sin tensión de una construcción ferulizada secundaria (corona protésica) o primaria (barra) sobre los implantes.

En el caso de las construcciones de coronas telescópicas, este ajuste se consigue mediante la adhesión intraoral de la corona secundaria (preferentemente cofia galvánica) a la estructura terciaria. En las construcciones de barra, el ajuste pasivo se consigue empleando casquillos de barra y una adhesión intraoral de la base de titanio. En cada caso, el objetivo es conseguir un ajuste de la prótesis sin tensión.

Durante la planificación de una construcción removible, los implantes deberán colocarse de tal modo que permitan, en caso necesario, una posible ampliación para una prótesis fija.

Restauración con coronas unitarias

Puentes cementados

PLANIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DEL IMPLANTE

FÉRULA QUIRÚRGICA CON CASQUILLOS PARA PLANIFICACIÓN MEDIANTE TC

En la plantilla de planificación realizada desde el encerado diagnóstico se incluyen los casquillos para la planificación mediante TC colocados en las posiciones adecuadas del implante, y se emplean como posiciones de referencia en la radiografía. Los casquillos se componen de dos piezas y están fabricados de una aleación de titanio, ya que no provoca radiación dispersa en la TC/TVD.

La parte inferior se polimeriza en la férula mientras que la superior se encaja. Para el diagnóstico radiológico se emplea todo el casquillo, mientras que para la cirugía se puede retirar el componente superior y sirve como guía de fresado (ver «Fresado piloto con casquillo para la planificación por TC»).

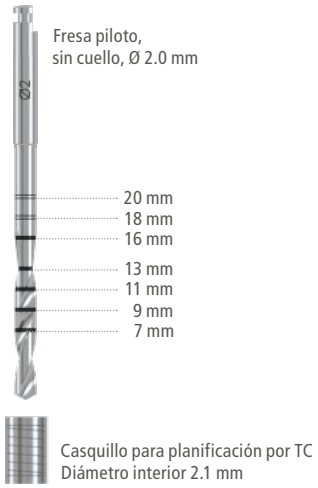
Mediante una colocación consecuente de los casquillos directamente en el nivel de los tejidos blandos se puede estimar su grosor en la TC/TVD. Para más información consulte la documentación del sistema.

ELABORACIÓN DE LA FÉRULA QUIRÚRGICA CON CASQUILLO PARA LA PLANIFICACIÓN MEDIANTE TC

Si se ha elaborado una férula de planificación o radiográfica con casquillos para la planificación mediante TC, es posible transformarla en una férula quirúrgica después de adaptar las posiciones de los casquillos conforme a la planificación de los implantes. En caso necesario se procederá a realizar un esquema a partir de la plantilla para posibilitar intraoperatoriamente un posicionamiento estable después de la preparación del colgajo (base dental o gingival fuera de la región que se va a operar).

FRESA PILOTO CON CASQUILLO PARA LA PLANIFICACIÓN MEDIANTE TC

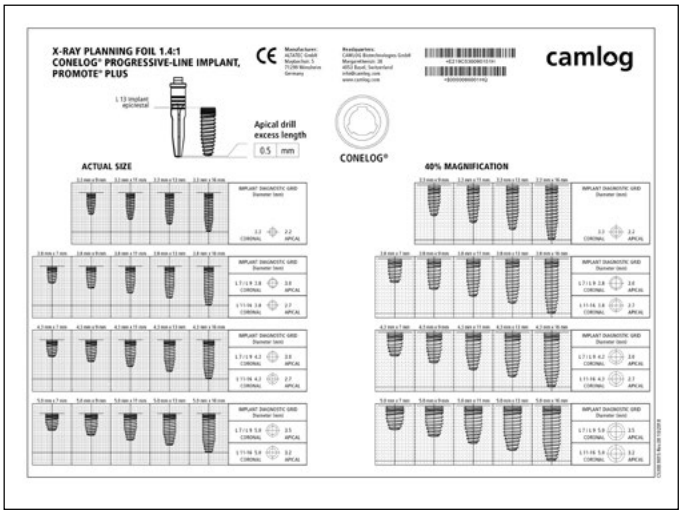
Opcionalmente hay disponible una fresa piloto sin cuello y con diámetro de 2.0 mm para el uso con el casquillo para la planificación mediante TC con diámetro interior de 2.1 mm. En la zona de trabajo de la fresa hay marcas anulares cuyos bordes inferiores indican, en cada caso, profundidades de fresado de 7*, 9, 11, 13, 16, 18 y 20 mm. El ancho de las marcas anulares es de 0.4 mm. Las marcas de 18 y 20 mm se emplean como orientación durante el uso del casquillo de 4 mm para la planificación mediante TC con un diámetro interior de 2.1 mm.



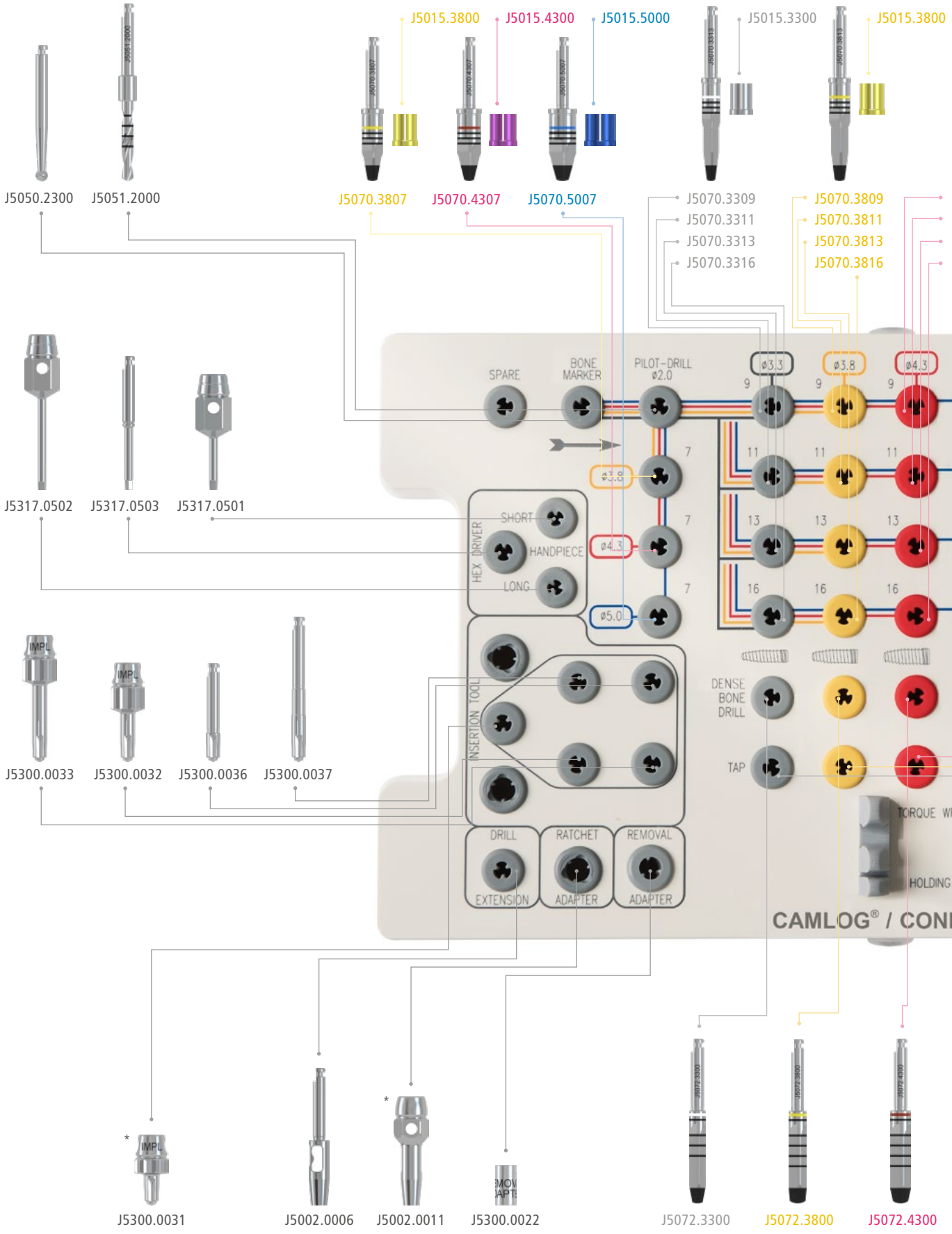
NOTA IMPORTANTE
¡La fresa piloto solo debe utilizarse con casquillos para planificación mediante TC con diámetro interior de 2.1 mm!

ORTOPANTOMOGRAFÍA

Para comprobar las dimensiones en una OPG hay disponibles láminas radiográficas de planificación en las escalas 1:1.25 y 1:1.4 para todos los tipos de implante. Las ampliaciones de las láminas se corresponden con los factores de distorsión de la mayoría de las OPG, aun así sólo debería considerarse como una aproximación de las dimensiones del implante.

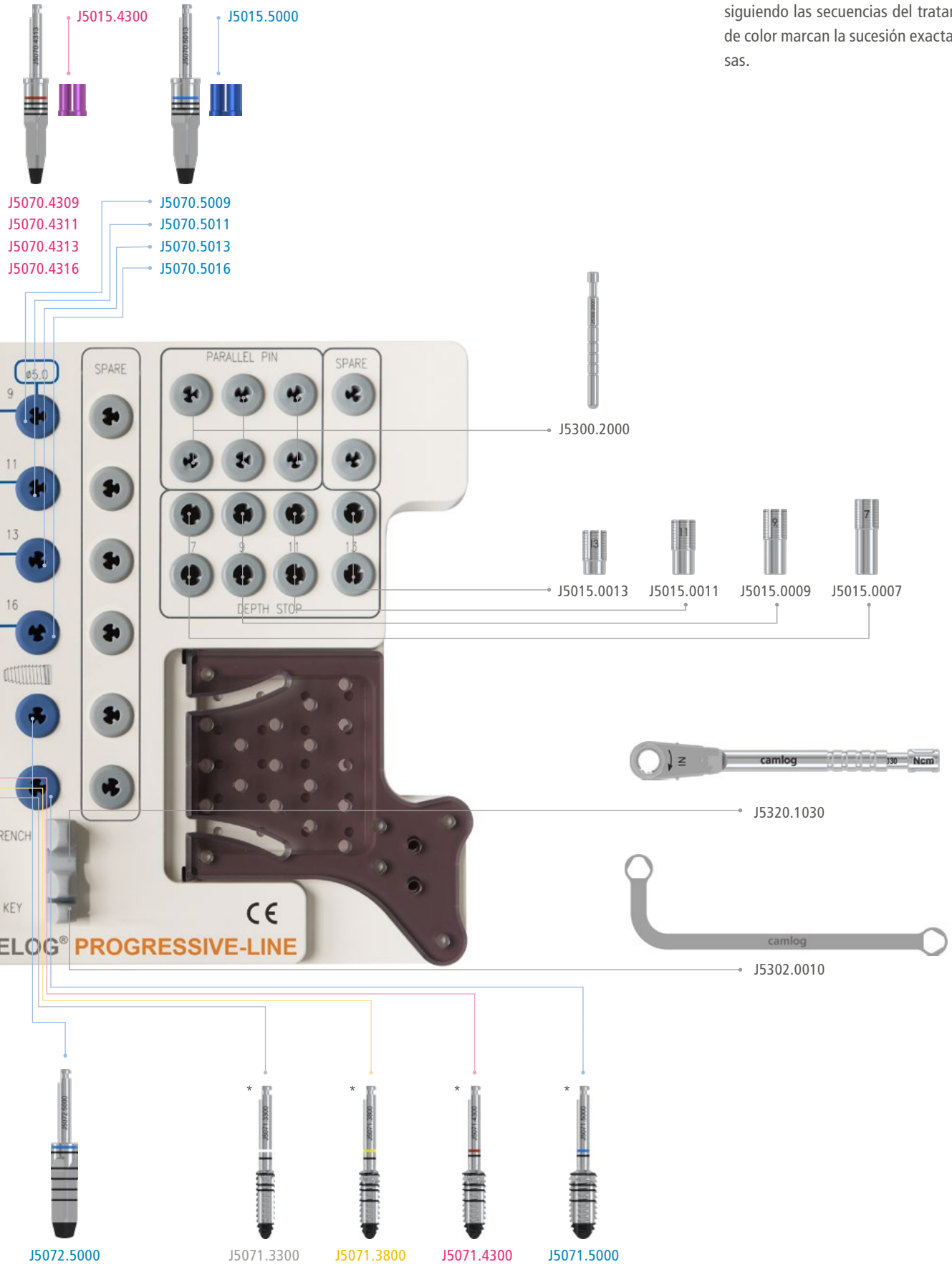


SET QUIRÚRGICO PARA LOS IMPLANTES CONELOG® PROGRESSIVE-LINE



* Artículos opcionales, se pueden adquirir por separado.

Las fresas están dispuestas y ordenadas en el estuche siguiendo las secuencias del tratamiento. Las líneas de color marcan la sucesión exacta del uso de las fresas.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

SECUENCIA DE FRESADO PARA LA PREPARACIÓN DEL LECHO DEL IMPLANTE

Sinopsis de la realización del lecho del implante tomando como ejemplo un implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus de 13 mm de longitud.

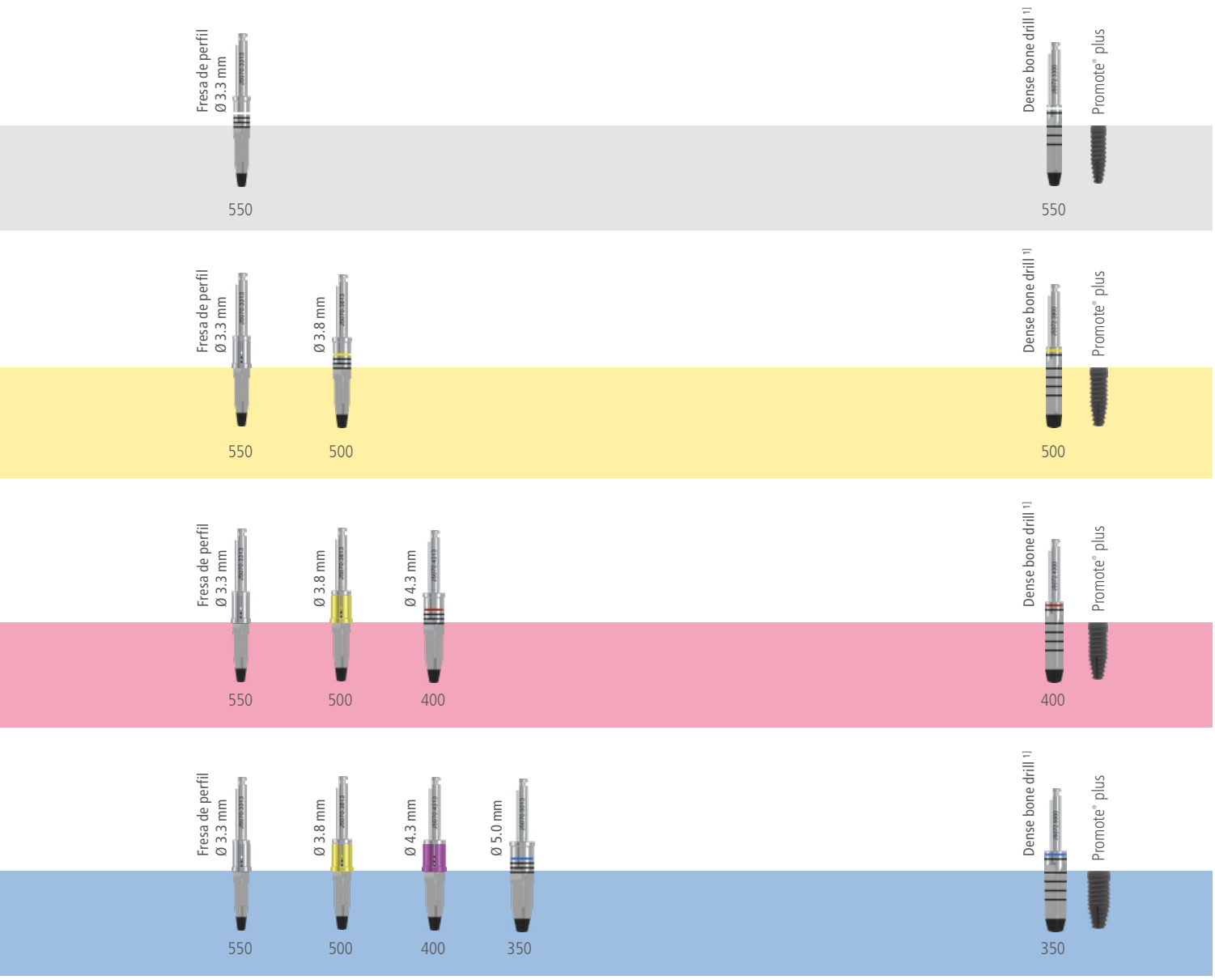
La secuencia de fresado estándar para el implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE incluye los siguientes pasos:

- Marcación de la posición deseada del implante, p. ej., con la fresa esférica Ø 2.3 mm
- Fresado de profundidad en el eje protésico del implante con la fresa piloto Ø 2.0 mm
- Comprobación de la profundidad y del eje de perforación con el paralelizador Ø 2.0 mm
- Realización del fresado con la secuencia de las fresas
- Sondaje de la profundidad del lecho del implante hasta el límite óseo
- Uso de la Dense bone drill [1]

[1] Cuando la calidad del hueso es 1* y 2* es necesario utilizar una Dense bone drill para reducir el torque de inserción.

NOTA IMPORTANTE
Alternativamente a la Dense bone drill se puede usar un macho de rosca (máx. 15 rpm).
El uso tanto de la Dense bone drill como del macho de rosca en la preparación del lecho del implante puede provocar una reducción de la estabilidad primaria.

* Consultar [C] en el capítulo «Documentación adicional» en la página 44

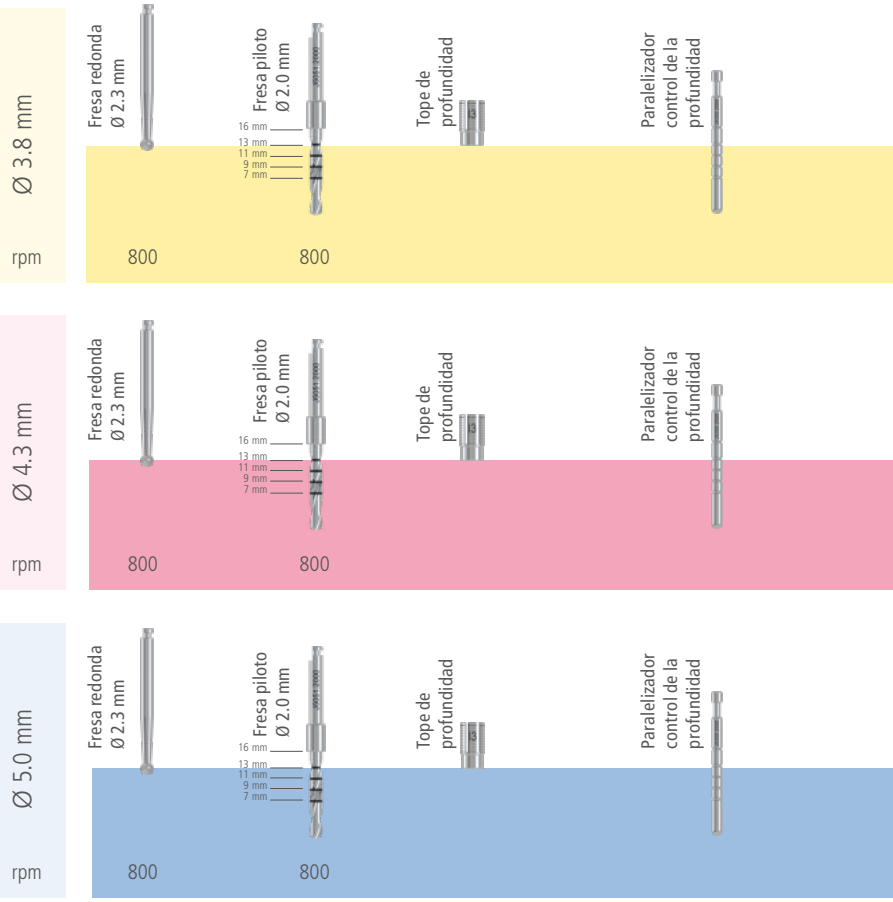

Fresa de perfil Ø 3.3 mm
550
Dense bone drill [1]
550
Promote® plus
Fresa de perfil Ø 3.3 mm
550
Ø 3.8 mm
500
Dense bone drill [1]
500
Promote® plus
Fresa de perfil Ø 3.3 mm
550
Ø 3.8 mm
500
Ø 4.3 mm
400
Dense bone drill [1]
400
Promote® plus
Fresa de perfil Ø 3.3 mm
550
Ø 3.8 mm
500
Ø 4.3 mm
400
Ø 5.0 mm
350
Dense bone drill [1]
350
Promote® plus

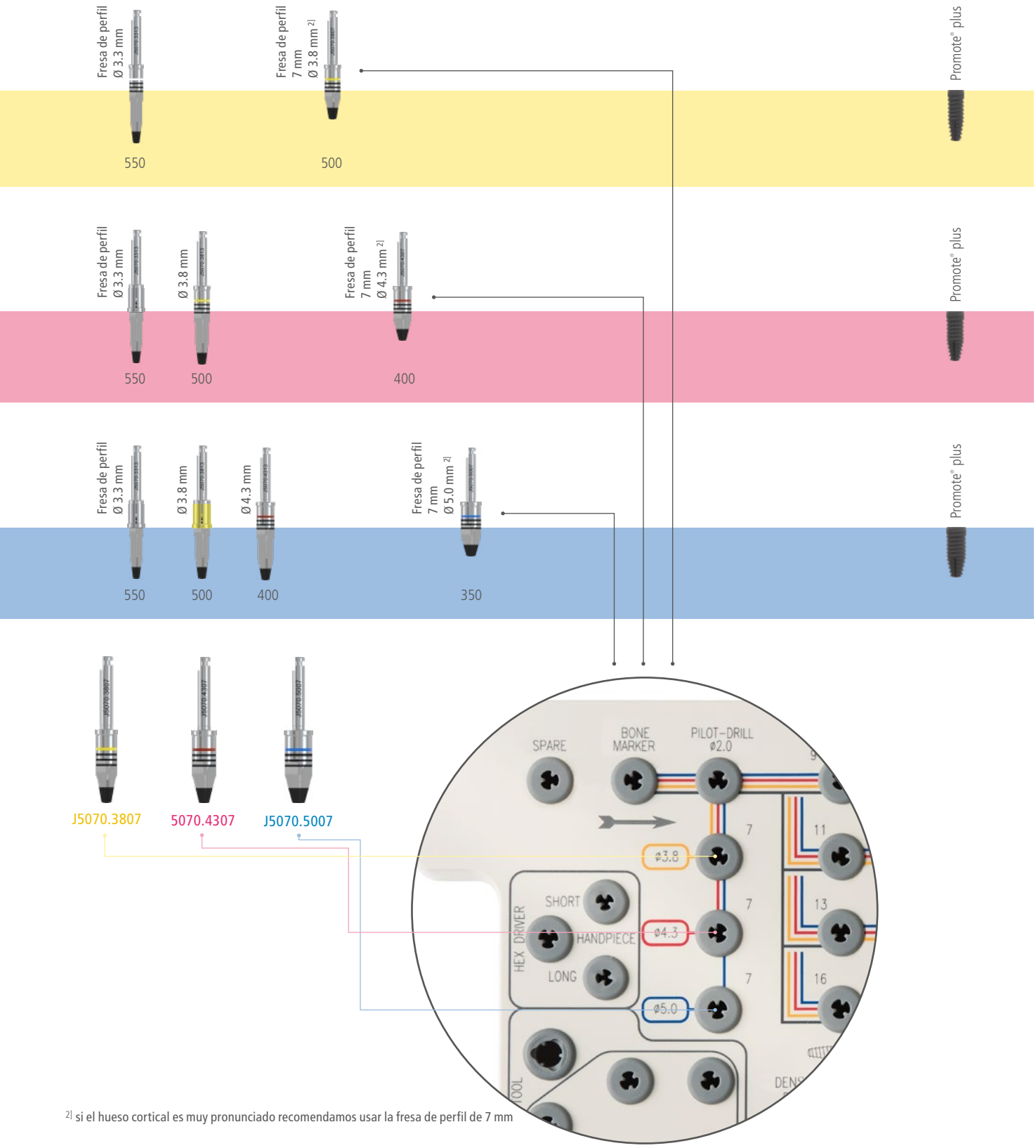
TÉCNICA QUIRÚRGICA

SECUENCIA DE FRESADO ALTERNATIVA EN HUESO BLANDO

En ocasiones, cuando el hueso es especialmente blando, se recomienda una infrapreparación del lecho implantario para conseguir una estabilidad primaria adicional.
Una infrapreparación se consigue cuando no se utiliza la última fresa de perfil prevista en el protocolo estándar.
En vez del último fresado de perfil según el protocolo estándar, **cuando el cortical es marcado** se utiliza la fresa de perfil PROGRESSIVE-LINE de 7 mm; esta fresa de perfil tiene la función de un avellanador y reduce la presión sobre el hueso cortical.

NOTA IMPORTANTE
Si al insertar los implantes se alcanzan momentos de torsión demasiado altos, se deberá cambiar al protocolo estándar.





2] si el hueso cortical es muy pronunciado recomendamos usar la fresa de perfil de 7 mm

TÉCNICA QUIRÚRGICA

VELOCIDADES DE LAS FRESAS

Las velocidades máximas de fresado (350–800 rpm) varían en función del tipo y del diámetro de la fresa conforme a la tabla. (Reducción del contraángulo 16:1–20:1).

La velocidad máxima de giro para el macho de rosca es de 15 rpm (reducción pieza de mano 70:1–100:1). El adaptador de la llave de carraca también permite elaborar manualmente la rosca.

REFRIGERACIÓN DE LAS FRESAS

La refrigeración se realiza mediante refrigeración externa en el contraángulo con una solución salina estéril (prerrefrigerada a 5 °C).

VIDA ÚTIL DE LAS FRESAS

La durabilidad de la capacidad de corte de las fresas depende de la calidad del hueso y de la técnica de fresado. Las fresas piloto y de perfil se pueden emplear para 10-20 fresados. Si fuera necesario ejercer demasiada presión porque se está utilizando una fresa roma, esta deberá ser sustituida inmediatamente para evitar un sobrecalentamiento del hueso.

Nombre	∅	Velocidad máx.: (rpm)
Fresa redonda	–	800
Fresa piloto, con/sin tope	2.0 mm	800
PROGRESSIVE-LINE Fresa de perfil con/sin tope	3.3 mm	550
	3.8 mm	500
	4.3 mm	400
	5.0 mm	350
PROGRESSIVE-LINE Dense bone drill	3.3 mm	550
	3.8 mm	500
	4.3 mm	400
	5.0 mm	350
PROGRESSIVE-LINE Macho de rosca	3.3 mm	máx. 15
	3.8 mm	
	4.3 mm	
	5.0 mm	

ATENCIÓN
La sobrelongitud apical máxima de la fresa es de 0.5 mm.

REALIZACIÓN DE LA INCISIÓN

Las ilustraciones muestran la inserción de un implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus de tamaño de Ø 4.3/L 13 mm. La guía de la incisión y el diseño del colgajo resultan de la posición del implante prevista y de las particularidades clínicas del lugar de la implantación.

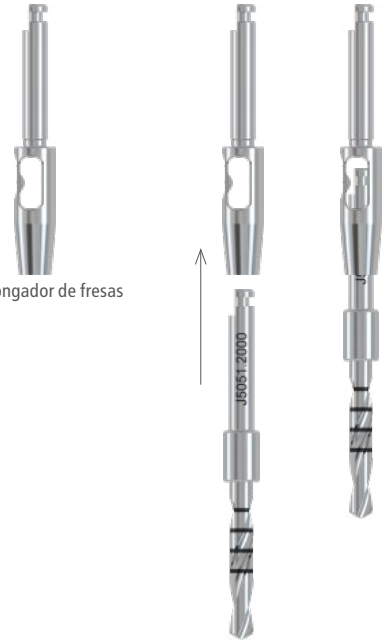
También existe la posibilidad de seccionar el tejido blando (bisturí circular) para crear acceso al hueso. Están disponibles los correspondientes bisturís circulares (bisturís circulares Guide System).

Corte de la mucosa

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La preparación del lecho del implante para los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE es en determinados pasos idéntica a la preparación del lecho del implante CONELOG® SCREW-LINE. Por eso, para la preparación del lecho del implante de los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE también pueden utilizarse la fresa piloto y su tope de profundidad, el prolongador de fresas y el paralelizador SCREW-LINE.

NOTA
Es importante que la última fresa de perfil y, dado el caso, la Dense bone drill (o alternativamente el macho de rosca) sean del sistema CONELOG® PROGRESSIVE-LINE.



Prolongador de fresas

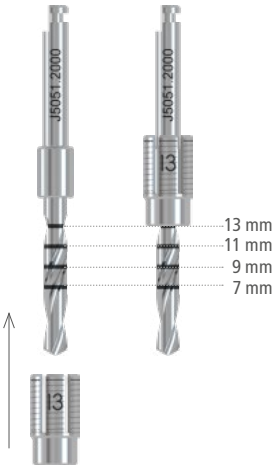
PREPARACIÓN DEL LECHO IMPLANTARIO

GENERALIDADES

PROLONGADOR DE FRESAS
Para la preparación del lecho implantario en zonas vecinas a dientes elongados hay disponible un prolongador de fresa para evitar apoyar el contraángulo en la dentición residual.

TOPE DE PROFUNDIDAD PARA FRESA PILOTO
Un tope de profundidad insertable limita la profundidad de fresado a 7, 9, 11 o 13 mm.
El fresado de perfil final se debe hacer sin tope de profundidad si el implante se va a situar en epicrestal (ver página 22).

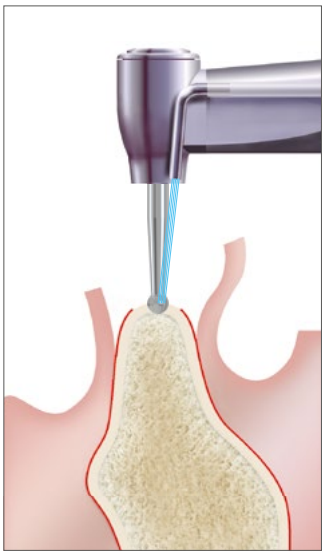
Tope de profundidad SCREW-LINE



MARCACIÓN DEL HUESO CORTICAL

La fresa redonda Ø 2.3 mm se emplea para la marcación del hueso cortical con la que se simplifica la colocación de la fresa que se utilizará después. La punta redondeada de la fresa esférica se introduce hasta la mitad.

Velocidad máxima de giro: 800 rpm



Punzonado del hueso cortical

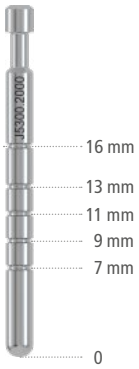
TÉCNICA QUIRÚRGICA

FRESADO PILOTO Y CONTROLES DE PROFUNDIDAD

La profundidad y el eje del lecho del implante se determinan con la fresa piloto. Las marcas de profundidad en la fresa cónica corresponden a las longitudes de implante 7, 9, 11 y 13 mm. La profundidad máxima de perforación es de 16 mm. Por motivos de seguridad deberá emplearse un tope de profundidad conforme a la longitud planificada del implante.

Velocidad máxima de giro: 800 rpm

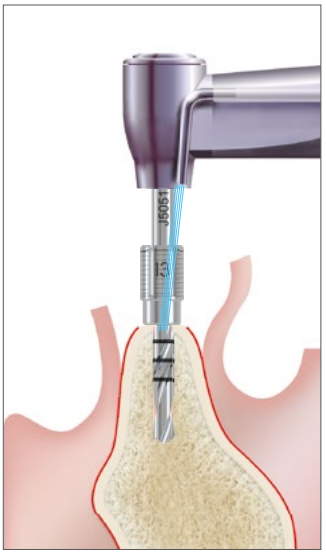
Fresa piloto Ø 2.0 mm
máx. 800 rpm



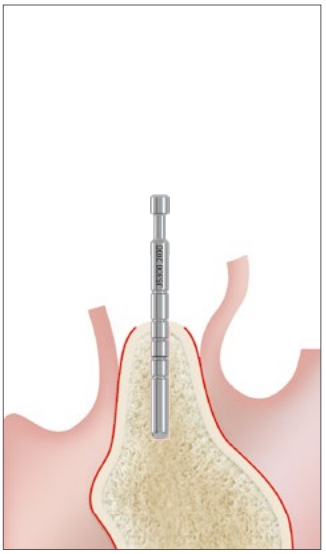
Paralelizador
PROGRESSIVE-LINE

Después del fresado se controlan la profundidad y la alineación del lecho del implante con el paralelizador con marcas de profundidad. Si se van a colocar varios implantes, se introduce un poste de paralelización en el primer fresado para alinear después los demás ejes de los implantes.

La fresa piloto se alineará de forma paralela al paralelizador y se controlará ópticamente desde dos direcciones (sagital y transversal).



Fresado piloto



Controles de la profundidad después del fresado piloto

SECUENCIA DE FRESADO

Para cada tamaño de implante se ofrecen fresas de perfil de diámetro y longitud específicos. Las fresas de perfil están codificadas con color y marcadas con láser.

Las fresas de perfil contenidas en los sets quirúrgicos se entregan con un tope de profundidad desmontable codificado con color.

Longitud

7 mm | 9 mm | 11 mm | 13 mm | 16 mm

De acuerdo con la profundidad de fresado definida (longitud del implante) el aumento del diámetro de las fresas de perfil se realiza en orden ascendente hasta alcanzar el diámetro de implante planificado. La reducción en pasos pequeños del diámetro permite conseguir una preparación respetuosa del hueso.

Velocidades máximas de giro:
Ø 3.3 mm, 550 rpm
Ø 3.8 mm, 500 rpm
Ø 4.3 mm, 400 rpm
Ø 5.0 mm, 350 rpm

Ø 3.3 mm | Ø 3.8 mm | Ø 4.3 mm | Ø 5.0 mm

Fresa de perfil PROGRESSIVE-LINE →

Secuencia de fresado en orden ascendente para ensanchar el orificio de fresado hasta el diámetro definido del implante.

REALIZACIÓN DEL FRESADO DE PERFIL (SECUENCIA DE FRESADO ESTÁNDAR)

Realización del fresado de perfil en el ejemplo para un implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE del tamaño Ø 4.3/13 mm:

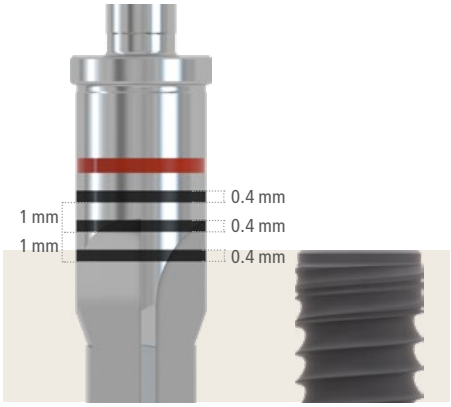
1. Fresa de perfil Ø 3.3/13 mm **con** tope,
3. Fresa de perfil Ø 3.8/13 mm **con** tope,
3. Fresa de perfil Ø 4.3/13 mm **sin** tope (fresado de perfil final).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

FRESADO DE PERFIL FINAL

El **implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE, Promote® plus,** se coloca **epicrestal**. Para ello, el fresado de perfil final se realiza **sin tope** y hasta el borde superior de la primera marca de profundidad llena. Si el fresado de perfil final se hace con el tope de profundidad, el implante se sitúa 0.4 mm supracrestal.

Los topes de profundidad reutilizables pueden emplearse en fresas de perfil solicitadas posteriormente (pedido posterior sin tope de profundidad).

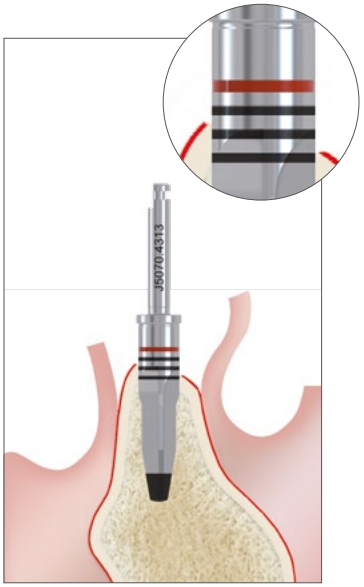


Si el nivel óseo circular es irregular, el tope de profundidad se coloca en el punto más alto del hueso de la mandíbula para que limite así la profundidad de inserción.

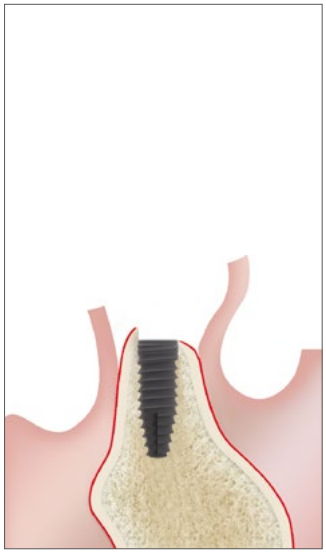
Si por motivos funcionales o estéticos se requiere una inserción más profunda, después de retirar el tope de profundidad es posible realizar un fresado de perfil más profundo en pasos de 1 mm (¡es imprescindible tener en cuenta las estructuras anatómicas!). En este caso, la preparación se realiza de forma análoga a las marcas de láser (negro). Estas marcas están dispuestas en intervalos de 1.0 mm y su anchura es de 0.4 mm.

ATENCIÓN
La sobrelongitud apical máxima de la fresa es de 0.5 mm.

Para limpiar las fresas es necesario retirar los topes de profundidad. Los topes de profundidad limpiados deben ser de nuevo montados para la esterilización (véanse las «Instrucciones de preparación para el Sistema de Implantes CAMLOG®/CONELOG®», referencia J8000.0032). Los topes de profundidad pueden solicitarse por separado posteriormente.



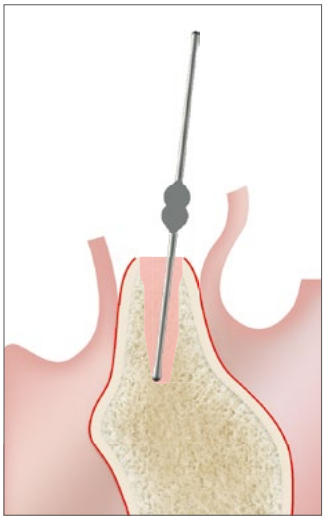
Fresado de perfil sin tope de profundidad para una inserción más profunda



Ejemplo: profundidad de hundimiento en caso de una anatomía ósea irregular

CONTROL DEL LECHO IMPLANTARIO

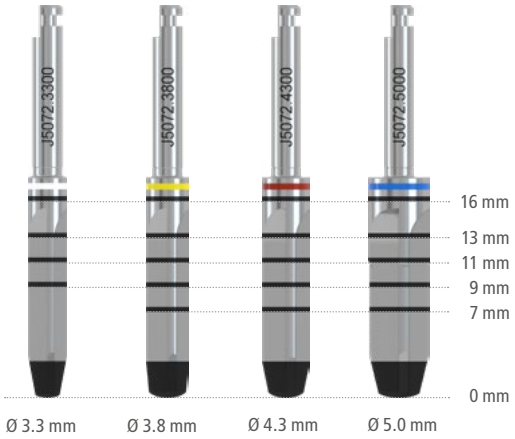
Se recomienda el sondaje del fresado del lecho del implante para detectar una fenestración. En la documentación del paciente debe recogerse el resultado del sondaje, que constata la no presencia de tejido blando en el fresado del lecho del implante.



Control del lecho implantario

PROCEDIMIENTO EN EL HUESO DURO

Todos los implantes CONELOG® PROGRESSIVE-LINE son autorroscantes. Sin embargo, en las calidades de hueso 1* y 2* se debe usar la Dense bone drill para reducir el momento de torsión durante la colocación del implante.
El uso de la Dense bone drill es, comparado con el macho de rosca, bastante más sencillo porque la Dense bone drill, como todas las fresas de perfil, se puede utilizar a mayores velocidades de giro sin necesidad de cambiar el sentido del giro. Se puede utilizar directamente con la ayuda del contraángulo.
Además, los 4 filos cortantes de la Dense bone drill permiten recoger las virutas de hueso.



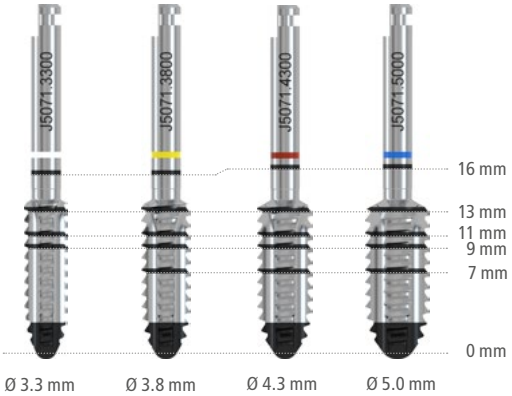
Dense bone drill PROGRESSIVE-LINE

* Consultar [C] en el capítulo «Documentación adicional» en la página 44

TÉCNICA QUIRÚRGICA

ALTERNATIVA

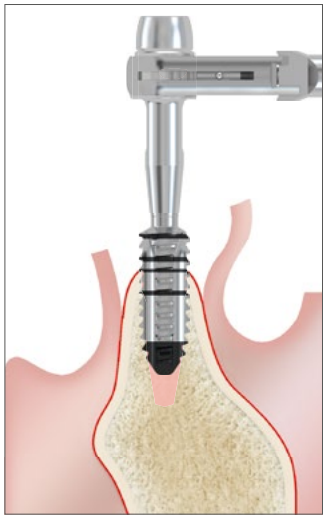
Alternativamente a la Dense bone drill también se pueden usar los machos de rosca. Estos se introducen a diferentes profundidades en la cavidad según la longitud del implante. Las marcas en los machos de rosca representan las profundidades de inserción específicas de las longitudes (no son proporcionales a las longitudes de los implantes) para los implantes de las longitudes 7 mm, 9 mm, 11 mm, 13 mm y 16 mm.
No se debe superar la velocidad máxima de giro de 15 rpm en la elaboración mecánica de la rosca. Se recomienda la elaboración manual.



Machos de rosca PROGRESSIVE-LINE, máx. 15 rpm

La elaboración de la rosca de forma manual se realiza con el adaptador para macho de rosca PROGRESSIVE-LINE y la llave de carraca dinamométrica bloqueada. Al girar el macho de rosca para introducirlo y sacarlo, es necesario tener en cuenta la alineación del lecho implantario.

Llave de carraca dinamométrica bloqueada


Macho de rosca en la parte superior del lecho del implante

Adaptador para vástago ISO (contraángulo)

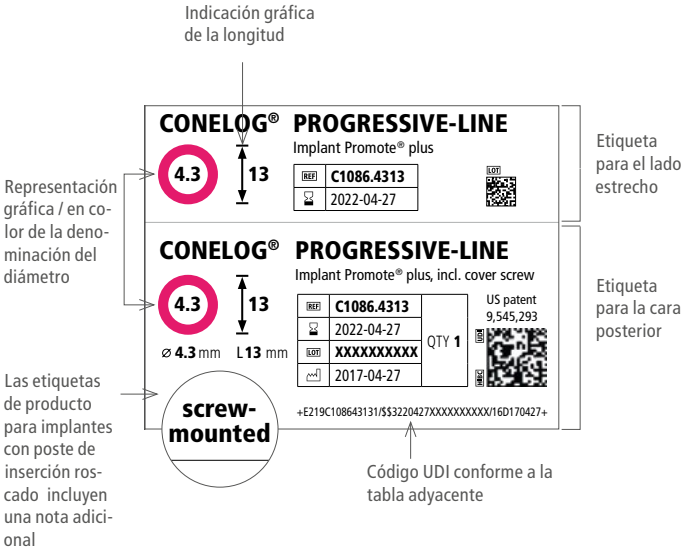
IMPLANTACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ENVASE Y LA MANIPULACIÓN DEL IMPLANTE

A) Envase (caja de cartón) con etiqueta:

La etiqueta del envase contiene informaciones importantes del sistema y está colocada en tres lados. De este modo es visible aunque los envases estén apilados.

Ejemplo de etiqueta del producto del envase para un implante con el poste de inserción a presión:



Información adicional en el envase exterior:
La cara inferior del envase del implante CONELOG® remite a las instrucciones de uso en formato electrónico: https://ifu.camlog.com. Además contiene un código QR que dirige directamente a la página de internet correspondiente.

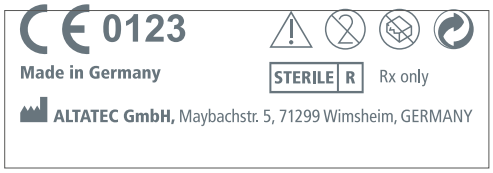
La vista lateral del envase del implante CONELOG® contiene la marca CE, las correspondientes advertencias y la dirección del distribuidor.

CÓDIGO UDI

A B C D E F G H I J K

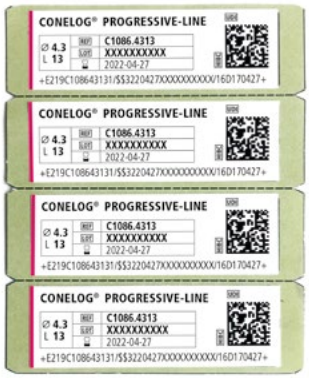
+E219C108643131 / $$3220427XXXXXXXXXX /16D170427+

Partes del código primario (UDI-DI)	Código	Explicación
A	+	Identificación HIBC protegida (1 posición)
B	E219	Código del fabricante (cía. Altatec)
C	C10864313	Referencia (máx. 13 posiciones)
D	1	Identificación HIBC protegida (número de unidades de envase, 1 posición)
Partes del código secundario (UDI-DI)	**Código**	**Explicación**
E	/	Símbolo de separación primario/secundario
F	$$3	Identificador de la fecha de caducidad
G	220427	Fecha de caducidad (6 posiciones) 27/04/2022
H	XXXXXXXXXX	Lote de producción (10 posiciones)
I	/16D	Identificador de la fecha de fabricación
J	170427	Fecha de fabricación (6 posiciones) 27/04/2017
K	+	Indicador de verificación variable



TÉCNICA QUIRÚRGICA

B) Blíster transparente con lámina Tyvek® y etiqueta primaria:
El blíster con la lámina Tyvek® representa el envase primario, cuyo contenido –soporte del implante con el implante y el tornillo de cierre– es estéril. El blíster incluye además cuatro etiquetas del paciente autoadhesivas. Estas se pueden usar, p. ej., para el historial médico del paciente, el carnet del implante, el escrito de remisión o para el pedido al técnico dental. Para una orientación más rápida también está marcada en color la indicación del diámetro.



C) Soporte del implante con implante y tornillo de cierre:
En el soporte del implante, el implante y el tornillo de cierre se encuentran firmemente sujetos en el envase. Con el soporte del implante es posible desbloquear y sacar el implante y el tornillo de cierre mediante un sencillo mecanismo de clic. Además, el implante sigue siendo reconocible de manera inequívoca en el soporte del implante después de retirar el envase primario:

a) El diámetro del implante se identifica a través de la codificación por color del poste de inserción y del tornillo de cierre.
b) En el caso de los implantes con poste de inserción a presión, la escala situada en el lado inferior del soporte del implante permite leer la longitud del implante: la posición de la pequeña placa de soporte de titanio en la escala indica la longitud del implante de 7, 9, 11, 13 y 16 mm.

Escala para determinar la longitud del implante con poste de inserción a presión

D) Poste de inserción a presión:
Los implantes están asegurados en el soporte del implante con un poste de inserción del diámetro correspondiente. Los postes de inserción **están a presións** en el implante y se pueden sacar de él fácilmente después de la implantación sin necesidad de usar instrumentos adicionales.

E) Poste de inserción roscado :

Además de la versión con postes de inserción a presións, existe otra variante en la que los postes de inserción están atornillados al implante. Dicha variación se especificará en la etiqueta del envase (véase página 25). La variante atornillada es necesaria en la cirugía guiada (Guide) para poder colocar el implante guiándose con plantillas. Sin embargo, también puede utilizarse si al realizar la inserción es necesario corregir la posición del implante en las tres dimensiones espaciales durante la intervención.

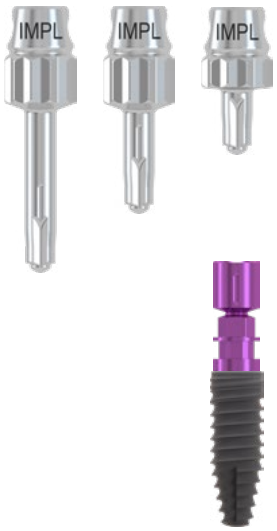
Al igual que los postes de inserción a presións, los postes de inserción roscado s están codificados por colores y se aseguran con el implante en el soporte. Tras la implantación, debe soltarse en primer lugar la unión atornillada del poste de inserción y el implante. A continuación se podrá sacar el poste de inserción del implante.

F) Instrumentos de inserción:

El implante puede cogerse directamente con la llave de inserción a través del poste de inserción (a presión o roscado) y sacarse del soporte del implante. Para este fin puede usarse una de las cinco llaves de inserción representadas.

Las llaves de inserción largas permiten además colocar implantes en posiciones profundas.

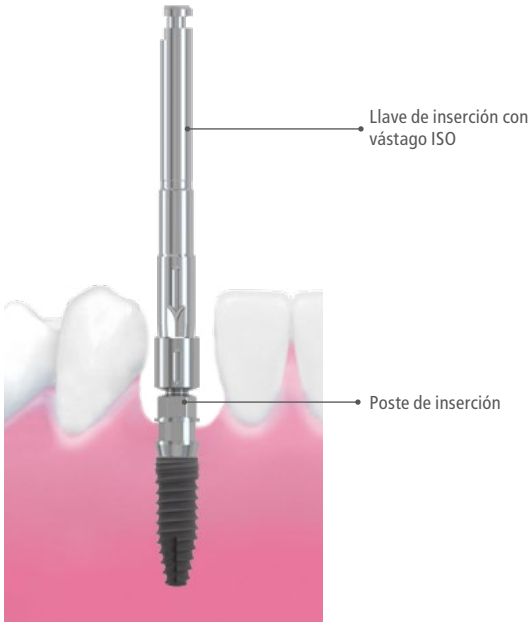
Las tres llaves de inserción manuales para el uso con la carraca (larga, corta, extracorta).



Las dos llaves de inserción con vástago ISO (corto y largo) para usar con el contraángulo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La imagen muestra el uso de la llave de inserción mecánica (con vástago ISO) con poste de inserción hacia el implante CONELOG® Ø 3.3 mm en un espacio reducido.



NOTA
Los instrumentos de inserción y en especial los postes de inserción a presións se han diseñado de tal forma que también se pueden usar en los espacios interproximales estrechos. Ninguno de estos componentes tiene un diámetro mayor que el implante.

G) Instrumento auxiliar para la inserción:
Si en la cirugía de elevación del seno se espera que la estabilidad primaria no sea suficiente, CAMLOG recomienda utilizar implantes con postes de inserción roscado s. Estos permiten, en caso necesario, corregir la posición del implante en las tres dimensiones espaciales durante la intervención. Si durante la planificación se prevé el uso de un implante con poste de inserción a presión, CAMLOG recomienda el montaje del instrumento auxiliar para la inserción (véase página 34) en lugar del poste de inserción a presión premontado. Al contrario que el poste de inserción a presión, el instrumento auxiliar para la inserción está atornillado y también permite, en caso necesario, corregir la posición del implante en las tres dimensiones espaciales durante la intervención.

APERTURA DEL ENVASE Y TRASLADO DEL SOPORTE DEL IMPLANTE A LA ZONA ESTÉRIL

El envase se abre con la lengüeta perforada.

NOTA

Si la lengüeta perforada del envase está parcial o totalmente abierta, el envase se debe considerar como dañado y el implante no debe utilizarse.

Las cuatro etiquetas del paciente autoadhesivas incluidas en el blíster se pueden usar, p. ej., en los siguientes documentos:

- Carnet del implante
- Historial médico del paciente
- Escrito de remisión

El blíster con la lámina Tyvek® es la barrera estéril. La esterilidad del contenido está asegurada si el blíster y la lámina Tyvek® no están dañados.

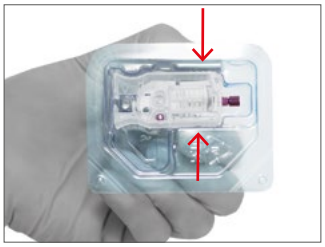
Apertura del blíster:

El blíster tiene una lengüeta de agarre en cada una de las dos esquinas inferiores. Al tirar de las lengüetas, la lámina Tyvek® se puede separar fácilmente del blíster.

El soporte del implante se puede trasladar hasta la zona segura de dos formas diferentes **(A y B)**:

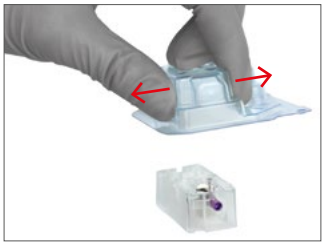
A: DEJANDO CAER EL SOPORTE DEL IMPLANTE SOBRE LA SUPERFICIE ESTÉRIL

El blíster abierto se aprieta ligeramente con dos dedos colocados en el punto marcado.



El blíster está diseñado de tal modo que el soporte del implante se mantiene dentro del blíster mientras se esté presionando con los dedos. Esto permite la colocación controlada sobre la superficie estéril.

Cuando se deja de apretar con los dedos, el soporte se puede dejar caer de manera controlada sobre la superficie estéril.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

B: ENTREGA DEL SOPORTE DEL IMPLANTE AL IMPLANTÓLOGO

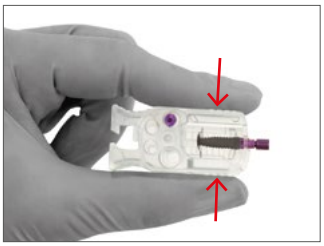
El blíster abierto se entrega al implantólogo.

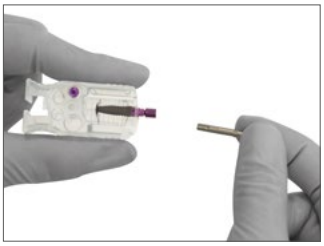
El implantólogo coge el soporte de implante colocando dos dedos en las posiciones previstas.

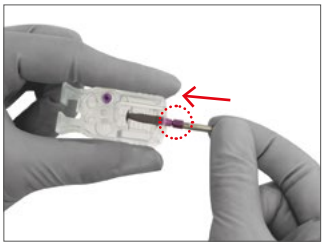
A continuación, el soporte del implante se puede usar en la zona estéril.

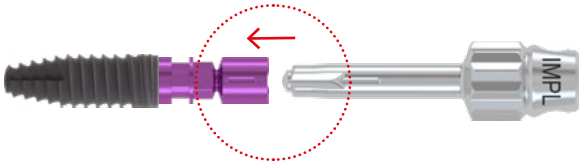
TOMA DEL POSTE DE INSERCIÓN CON LA LLAVE DE INSERCIÓN MANUAL

El soporte del implante se sujeta con dos dedos por la zona anterior y a continuación la llave de inserción se introduce en el poste de inserción.
Debe tenerse en cuenta que para la toma del poste de inserción con la llave de inserción se debe apretar. De este modo se garantiza la sujeción segura de la llave de inserción en el poste de inserción.









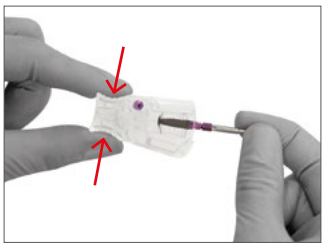
¡Mantenga la correcta alineación durante el proceso de inserción de la llave!

Las tres marcas de las muescas en la cabeza del poste de inserción sirven para facilitar la toma del poste con la llave de inserción, provista también de tres marcas análogas.

Además, las tres marcas de las muescas en la llave de inserción y en el poste de inserción indican la posición de las muescas en la unión implante-pilar.

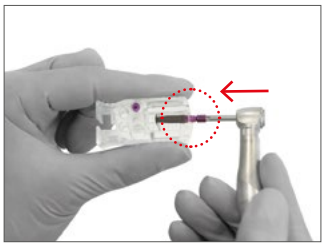
Solo después de encajar el instrumento de inserción en el poste de inserción, sostener el soporte del implante por la zona posterior (véase la flecha en la imagen) y apretar para que el bloqueo del soporte del implante se abra y se suelte el implante.

Sacar el implante en el poste de inserción **recto hacia arriba** (sin doblarlo).

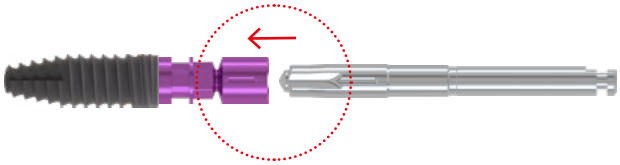


TOMA DEL POSTE DE INSERCIÓN CON EL CONTRAÁNGULO

Opcionalmente, el poste de inserción se puede tomar directamente con la llave de inserción mecánica con vástago ISO y el contraángulo: el soporte del implante se sujeta por la zona anterior; a continuación el poste de impresión se toma con la llave de inserción mecánica o el contraángulo. Debe tenerse en cuenta que para la toma del poste de inserción con la llave de inserción se debe apretar. De este modo se garantiza la sujeción segura de la llave de inserción en el poste de inserción.



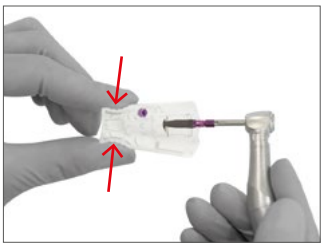
Durante la toma es preciso asegurarse de la alineación correcta de las tres marcas de las muescas en la cabeza del poste de inserción y en la llave de inserción.



¡Mantenga la correcta alineación durante el proceso de inserción de la llave!

Solo después de encajar el instrumento de inserción en el poste de inserción, sostener el soporte del implante por la zona posterior (véase la flecha en la imagen) y apretar para que el bloqueo del soporte del implante se abra y se suelte el implante.

Sacar el poste de inserción **recto hacia arriba** (sin doblarlo).



TÉCNICA QUIRÚRGICA

INSERCIÓN DEL IMPLANTE Y POSICIONAMIENTO

El implante se introduce manualmente en la porción coronal del lecho implantario con la ayuda del instrumento de inserción.
Después se puede girar hacia la derecha manualmente y con cuidado hasta la posición final con la carraca o con el contraángulo (no superar la velocidad máxima de giro de 15 rpm). Es necesario tener en cuenta la alineación del lecho implantario.

Si se ha realizado antes la rosca, la posición del comienzo de la rosca en el hueso cortical debe coincidir con la del implante.

Se recomienda girar primero manualmente la llave de inserción con el implante con cuidado hacia la izquierda hasta que el comienzo de la rosca sea perceptible. Seguidamente, el implante se atornilla girándolo hacia la derecha con la llave de inserción.

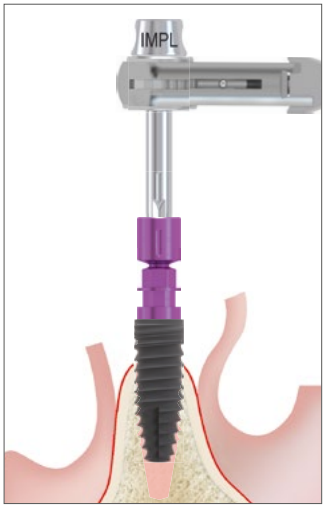
Cuando se alcance la profundidad de inserción prevista (comp. Capítulo «Fresado de perfil»), una de las tres muescas debería estar orientada hacia vestibular.

Si la profundidad de fresado fue establecida individualmente mediante la retirada del tope de profundidad en el fresado de perfil, es necesario tenerla en cuenta durante la inserción del implante. Existe la posibilidad de posicionar individualmente los implantes de forma vertical conforme a la profundidad del fresado.

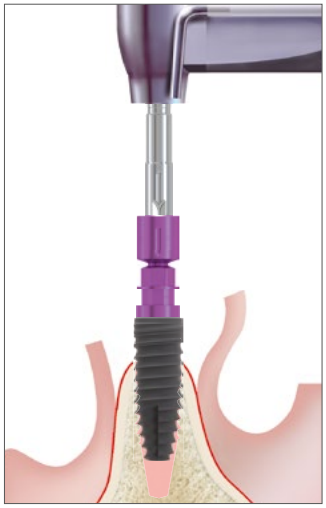
NOTA
Si en una cirugía de elevación del seno se espera que la estabilidad primaria no sea suficiente y, aún así, se opta por este tratamiento, recomendamos montar el instrumento auxiliar para la inserción en lugar del poste de inserción premontado (ver la página 34). Al contrario que el poste de inserción encajado, el instrumento auxiliar para la inserción está atornillado y permite, en caso necesario, corregir la posición del implante en las tres dimensiones espaciales durante la intervención.

Inserción del implante con la llave de inserción manual

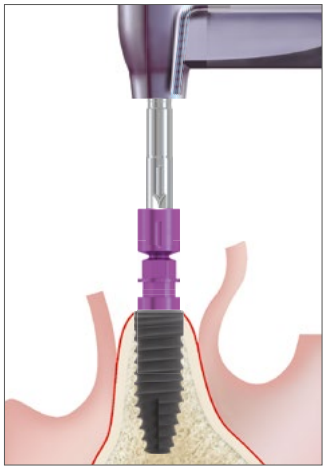
Inserción del implante con la llave de inserción para contraángulo



Inserción del implante con la llave de inserción manual y la carraca


Inserción del implante con la llave de inserción para contraángulo y el contraángulo (máx. 15 rpm)

Implante insertado manualmente


Implante insertado con el contraánuglo

Durante la implantación es preciso tener en cuenta los siguiente:

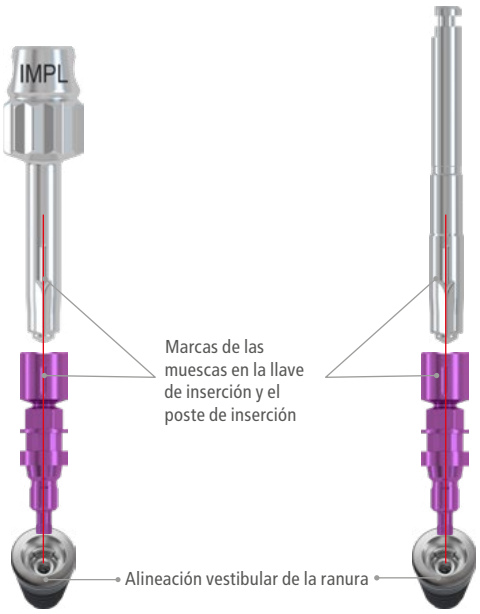
En la llave de inserción y en el poste de inserción hay marcas de muescas que se corresponden con las tres muescas de la unión implante-pilar. Las marcas permiten el control de la posición de las ranuras durante la inserción, así como su alineación protésicamente necesaria.

Si el técnico dental no ha indicado ninguna posición de las ranuras, la alineación más recomendable en casi todos los casos es la vestibular porque el ángulo de los pilares angulares parte de una ranura.

NOTA
En el posicionamiento de las ranuras es necesario tener en cuenta que para girar hasta la posición de la siguiente ranura (120°), el implante debe girarse a más profundidad, aprox. 0.3 mm.

Llave de inserción manual para la carraca

Llave de inserción para contraángulo con vástago ISO



Después de finalizar satisfactoriamente la comprobación de la profundidad de la implantación (comp. con el capítulo «Fresado de perfil») y la posición de las muescas (ver arriba), la forma de sacar del implante el poste de inserción dependerá del tipo que se haya utilizado:

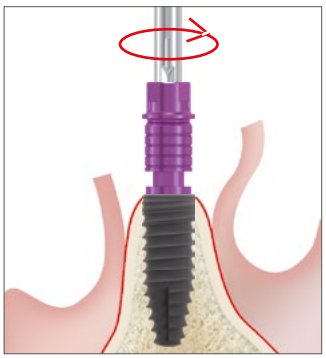
a) Poste de inserción a presión:
El poste de inserción a presión se puede retirar del implante directamente con la llave de inserción. Aquí es preciso asegurarse de que la estabilidad primaria del implante es suficiente. En el caso de que el poste de inserción se quede en el implante de forma imprevista, se puede sacar fácilmente con unas pinzas. Si se desea dejar primeramente el poste de inserción en el implante (p. ej., para poder comparar mejor los ejes de varios implantes), se debe retener el poste de inserción en el implante con un instrumento adecuado una presión axial para poder soltar la llave de inserción del poste de inserción.

Si la estabilidad primaria no es suficiente, el implante se puede estabilizar con un instrumento adecuado mientras se retira el poste de inserción.

b) Poste de inserción roscado :
Tras retirar el instrumento de inserción, el tornillo del interior del poste de inserción se afloja con el destornillador, hex, y el poste de inserción se retira con las pinzas o a mano (¡peligro de aspiración!). Si la estabilidad primaria es baja, CAMLOG recomienda sujetar el implante con la llave guía al aflojar el tornillo para evitar que el implante se mueva.

Retirada del poste de inserción a presión en la inserción manual

Retirada del poste de inserción a presión en la inserción mecánica



Aflojamiento del tornillo del interior del poste de inserción roscado para poder extraerlo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

INSTRUMENTOS ADICIONALES

INSTRUMENTO AUXILIAR PARA LA INSERCIÓN CORTO

El instrumento auxiliar para la inserción corto se puede montar del siguiente modo:

- Coger el implante con el instrumento de inserción
- Deslizar el casquillo del diámetro correspondiente codificado con color sobre la parte endoósea del implante (fig. 1)
- Comprimir el casquillo con las pinzas hemostáticas a la altura del hombro del implante
- Implante con poste de inserción a presión: sacar la llave de inserción con el poste de inserción
  Implante con poste de inserción roscado : desatornillar el poste de inserción
- Introducir el instrumento auxiliar para la inserción del diámetro correspondiente en el implante hasta que los resaltes se encajen en las muescas (fig. 2)
- Fijación del implante a través del tornillo de retención del instrumento auxiliar de inserción (apretarlo manualmente) (fig. 3)
- Retirar las pinzas hemostáticas y el casquillo (fig. 4)

Fig. 1

Fig. 2

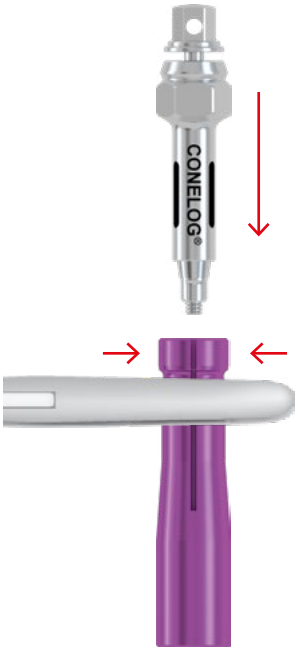


Fig. 3

Fig. 4

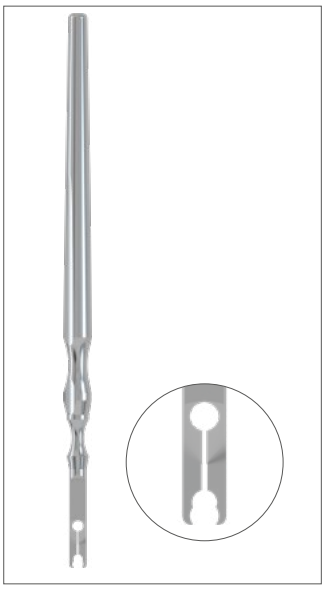
Instrumento auxiliar para la inserción corto montado

NOTA IMPORTANTE
La pinza hemostática, el instrumento auxiliar de inserción CONELOG® y el casquillo deben ser esterilizados antes de su uso.

INSTRUMENTO PICKUP PARA IMPLANTES CON POSTE DE INSERCIÓN A PRESIÓN

Normalmente, el implante se saca del soporte del implante con el instrumento de inserción. En los implantes con poste de inserción a presión, como alternativa al instrumento de inserción, también se puede utilizar el instrumento PickUp para sacar el implante.

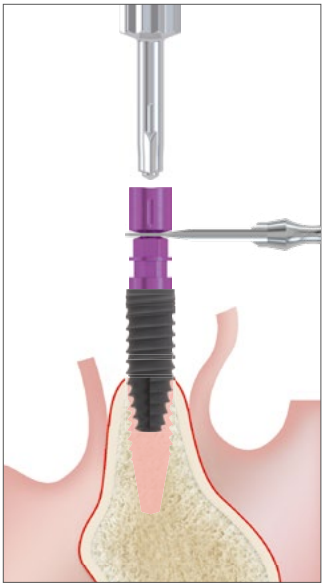
Para ello, el instrumento PickUp se desliza en la incisión sobre el poste de inserción a presión por encima del hexágono.



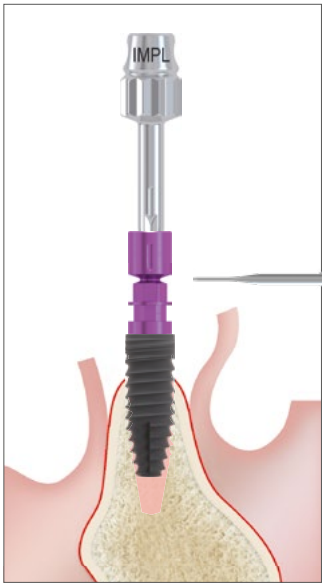
Instrumento PickUp

Fijación del instrumento PickUp en el poste de inserción CONELOG®

Para la inserción, el instrumento de inserción seleccionado se desliza sobre el poste de inserción. El implante se introduce en el hueso y el instrumento PickUp se retira.



Introducción del instrumento de inserción y colocación del PickUp



Retirada del instrumento PickUp y atornillado del implante

TÉCNICA QUIRÚRGICA

ADAPTADOR ROSCADO PARA IMPLANTES/PUNTO DE ROTURA CONTROLADA DEL POSTE DE INSERCIÓN A PRESIÓN

Si al enroscar el implante se producen pares de torsión o de flexión demasiado elevados, el poste de inserción a presión se rompe por el punto de rotura controlada. Este punto es una protección de la configuración interna del implante. De este modo se asegura que la configuración interna del implante no se daña, y que el fragmento roto del poste se puede sacar del implante en una sola pieza usando unas pinzas.

En caso de rotura del punto de rotura controlada, es preciso asegurar el trozo roto con un hilo antes de sacarlo para evitar que el paciente lo aspire.

Se pueden dar las siguientes dos situaciones:

A: Si la rotura del punto de rotura controlada se produce al mismo tiempo que la colocación final del implante, la pieza rota del poste de inserción a presión debe retirarse como se ha descrito anteriormente y se puede continuar con el procedimiento de la manera prevista. En el implante se pone un tornillo de cierre o un casquillo de cicatrización, o se rehabilita ya con un componente protésico.

B: Si la rotura del punto de rotura controlada se produce cuando el implante no está en la posición definitiva, este se debe retirar como se describe a continuación, y se tiene que averiguar el motivo de la rotura del punto de rotura controlada.

Adaptador roscado CONELOG®
para todos los diámetros

Después de la rotura del punto de rotura controlada, el implante se desenrosca del poste de inserción a presión con el adaptador roscado. Para ello se debe retirar la pieza rota y colocar el adaptador roscado sobre el poste de inserción a presión roto encajado en el implante. Encajar el instrumento de inserción en el adaptador roscado y, ayudándose de la llave de carraca dinamométrica inicialmente bloqueada, desenroscar el implante girándolo en el sentido contrario a las agujas del reloj.

NOTA

Los fragmentos del poste de inserción a presión, el adaptador roscado y el implante no están fijados entre sí, por eso es preciso asegurar todos los elementos para evitar su aspiración.

Los adaptadores roscados CONELOG® solo deben usarse para explantar implantes no osteointegrados.

A continuación, el implante se puede desenroscar con el adaptador roscado y el instrumento de inserción ayudándose de la llave de carraca dinamométrica inicialmente bloqueada. El implante se debe desechar.

Colocación del adaptador roscado sobre el poste de inserción roto

Desenroscar el implante con la ayuda del adaptador roscado y la llave de carraca dinamométrica

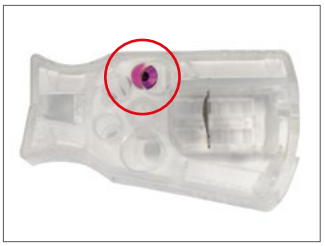
MODALIDADES PARA LA CICATRIZACIÓN

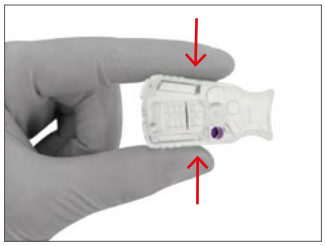
CICATRIZACIÓN SUMERGIDA

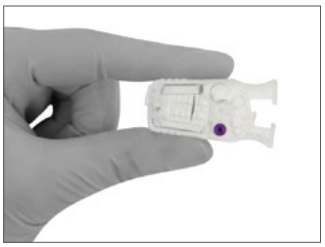
Para protegerlo de las caídas, el tornillo de cierre para la cicatrización sumergida se encuentra en la parte central del soporte de implante (círculo rojo) en una de las cavidades previstas para ello (Ø 3.3 mm, Ø 3.8 mm, Ø 4.3 mm y Ø 5.0 mm).

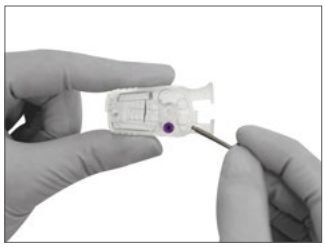
El tornillo de cierre se desbloquea cerrando (apretando) el soporte del implante (véase la imagen). Ahora se puede acceder al tornillo. Este proceso solo es posible cuando ya no están el implante ni el poste de inserción.

El tornillo de cierre se puede extraer directamente del soporte de implante con la ayuda de un destornillador hexagonal y **aplicando presión**.

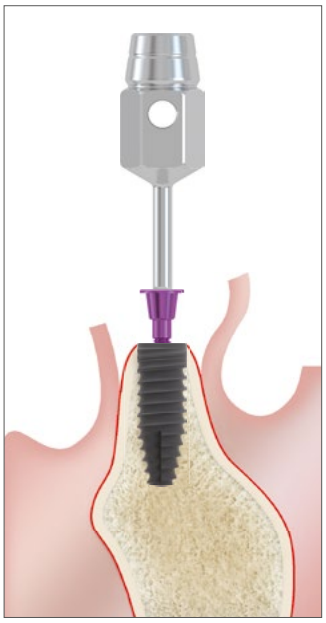




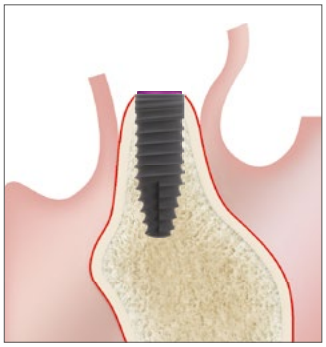




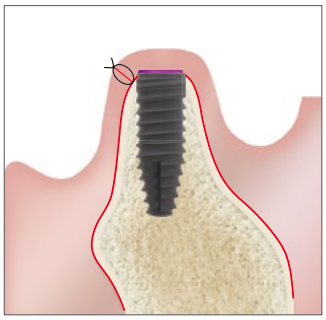
Ahora, el tornillo de cierre cogido con el destornillador hexagonal se puede atornillar manualmente en el implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE (¡peligro de aspiración!). El tornillo de cierre sólo debe ser roscado manualmente de manera controlada con el destornillador hexagonal.



Roscado del tornillo de cierre CONELOG®



El implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE con el tornillo de cierre CONELOG®



Cierre de la herida

CICATRIZACIÓN TRANSGINGIVAL

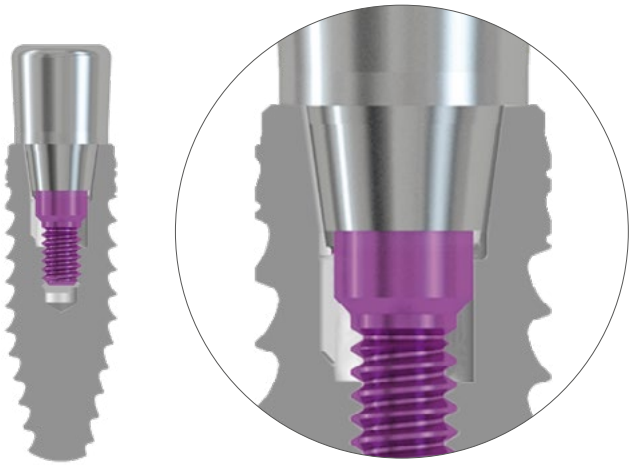
CASQUILLO DE CICATRIZACIÓN CONELOG®

El uso de los casquillos de cicatrización CONELOG® fomenta el modelado de los tejidos blandos periimplantarios. Los casquillos de cicatrización CONELOG® están disponibles en tres geometrías diferentes:

- Cilíndrico
- Bottleneck
- Wide body

Los pilares de cicatrización están codificados por colores conforme al diámetro del implante.

Los casquillos de cicatrización CONELOG® se aprietan a mano en el implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE con un destornillador, hex. Las superficies del cono no entran en contacto. El casquillo de cicatrización reposa sobre el hombro del implante mecanizado, pero no lo cubre por completo. De este modo se consigue adaptar el tejido blando sobre el hombro.



Unión implante CONELOG® PROGRESSIVE-LINE – casquillo de cicatrización CONELOG®

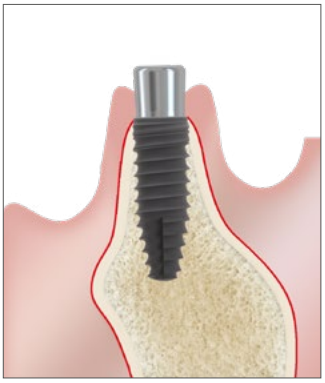
MODALIDADES PARA LA CICATRIZACIÓN

	Artículo	Referencia	Ø	AG	ØG
	Casquillo de cicatrización CONELOG® cilíndrico estéril **Material** Aleación de titanio	C2015.3320	3.3 mm	2.0 mm	3.0 mm
		C2015.3340		4.0 mm	3.0 mm
		C2015.3820	3.8 mm	2.0 mm	3.5 mm
		C2015.3840		4.0 mm	3.5 mm
		C2015.3860*		6.0 mm	3.5 mm
		C2015.4320	4.3 mm	2.0 mm	3.8 mm
		C2015.4340		4.0 mm	3.8 mm
		C2015.4360*		6.0 mm	3.8 mm
		C2015.5020	5.0 mm	2.0 mm	4.5 mm
		C2015.5040		4.0 mm	4.5 mm
		C2015.5060*		6.0 mm	4.5 mm
	Casquillo de cicatrización CONELOG®, wide body estéril **Material** Aleación de titanio	C2014.3340	3.3 mm	4.0 mm	4.8 mm
		C2014.3840	3.8 mm	4.0 mm	5.3 mm
		C2014.3860		6.0 mm	5.3 mm
		C2014.4340	4.3 mm	4.0 mm	5.8 mm
		C2014.4360		6.0 mm	5.8 mm
		C2014.5040	5.0 mm	4.0 mm	6.5 mm
		C2014.5060		6.0 mm	6.5 mm
	Casquillo de cicatrización CONELOG®, bottleneck estéril **Material** Aleación de titanio	C2011.3340	3.3 mm	4.0 mm	3.3 mm
		C2011.3840	3.8 mm	4.0 mm	3.8 mm
		C2011.3860		6.0 mm	3.8 mm
		C2011.4340	4.3 mm	4.0 mm	4.0 mm
		C2011.4360		6.0 mm	4.0 mm
		C2011.5040	5.0 mm	4.0 mm	4.7 mm
		C2011.5060		6.0 mm	4.7 mm

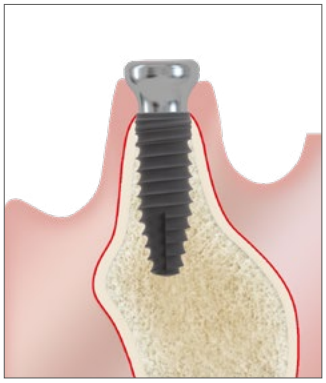
AG: Altura gingival
ØG: Diámetro gingival
* indicado para el registro de la mordida

CASQUILLO DE CICATRIZACIÓN CONELOG® CILÍNDRICO Y WIDE BODY

Los casquillos de cicatrización CONELOG® cilíndrico y wide body son los que se emplean de forma estándar. Para la inserción en el implante se atornilla manualmente un casquillo de cicatrización CONELOG® del diámetro correspondiente con la ayuda de un destornillador, hex. La altura gingival se selecciona de tal modo que el casquillo de cicatrización se encuentre a 1-1,5 mm supragingival. Después de la estabilización del tejido periimplantario se realiza la impresión.



Casquillo de cicatrización CONELOG® cilíndrico



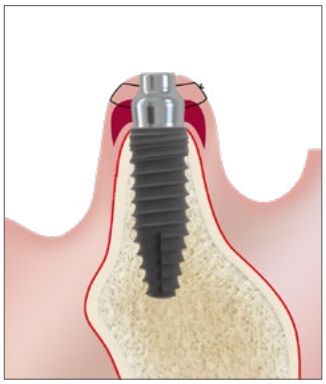
Casquillo de cicatrización CONELOG®, wide body

CASQUILLO DE CICATRIZACIÓN CONELOG®, BOTTLENECK

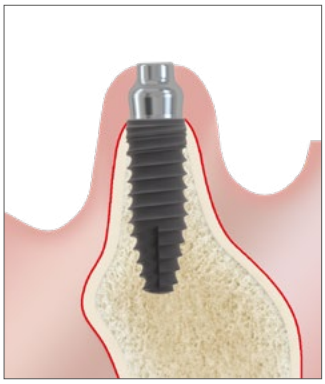
En las zonas estéticamente más exigentes es posible optimizar el resultado del tratamiento utilizando casquillos de cicatrización CONELOG® bottleneck. La sección transversal reducida en coronal permite una proliferación del tejido durante la cicatrización.

Después de 3 – 4 semanas (antes de la organización definitiva de las fibras elásticas) se atornilla un casquillo de cicatrización CONELOG® cilíndrico. En ningún caso puede extirparse tejido.

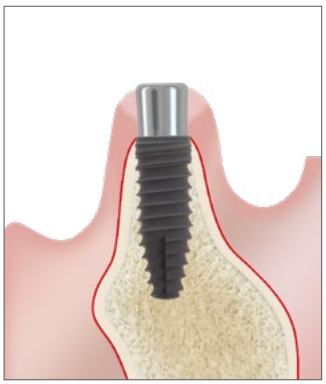
El tejido es desplazado hacia coronal creando así una estructura similar a la papila. Después de la estabilización del tejido periimplantario se realiza la impresión.



Fase de cicatrización



Proliferación del tejido blando

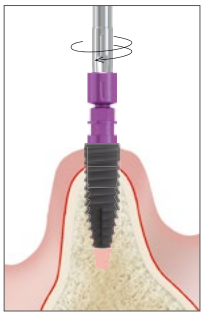


Desplazamiento coronal del tejido blando mediante la sustitución con un casquillo de cicatrización CONELOG®, cilíndrico

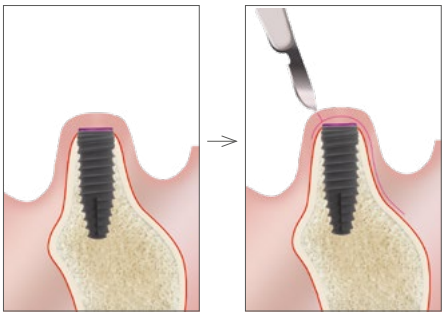
MODALIDADES PARA LA CICATRIZACIÓN

PROLIFERACIÓN DEL TEJIDO/REFUERZO DEL TEJIDO

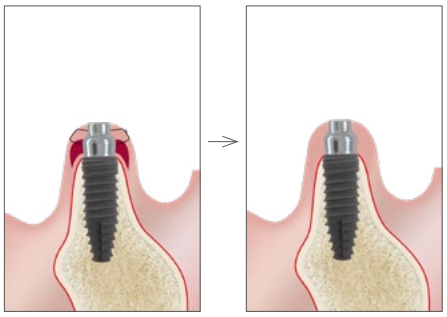
Uso
Una fase (transgingival)



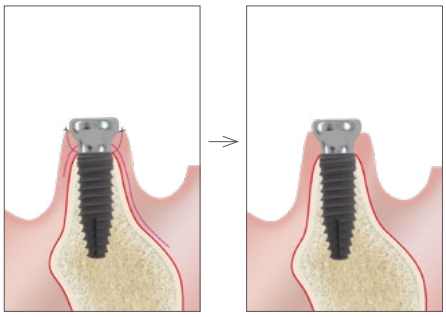
Uso
Dos fases (sumergida)



Bottleneck
Proliferación del tejido – Paso 1

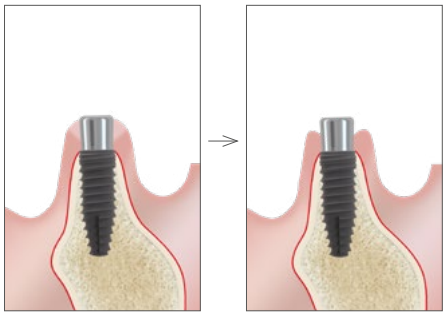


Wide body
Refuerzo del tejido



Opcional

Cilíndrico
Proliferación del tejido – Paso 2



Rehabilitación con el pilar provisional
CONELOG®

Rehabilitación definitiva
Pilar con supraestructura

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Encontrará más información sobre los productos CONELOG® en la siguiente documentación:

- Catálogo de productos CONELOG®
- Instrucciones de uso CONELOG®
- Manuales de instrucciones CONELOG®
- Indicaciones de preparación
- Sinopsis de la bibliografía CAMLOG
- CAMLOG y la ciencia

[A] Schwarz F, Alcoforado G, Nelson K, Schaer A, Taylor T, Beuer F, Strietzel FP. Impact of implant–abutment connection, positioning of the machined collar/microgap, and platform switching on crestal bone level changes. CAMLOG Foundation Consensus Report. Clin.Oral Impl. Res. 2014; 25(11): 1301-1303.

[B] Histology of an implant with reverse buttress thread of the same geometry. Histologic evaluation of 3 retrieved immediately loaded implants after a 4-month period. Lezzi G, Pecora G, Scarano A, Perrotti V, Piattelli A. Implant Dent. 2006; 15(3): 305-312.

[C] Bone quality as documented in Lekholm U, Zarb GA. Patient selection and preparation. In: Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editors. Tissue-integrated prostheses- Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago: Quintessence Publishing Co 1985; p. 199–209.

Los documentos, excepto [A], [B] y [C] están disponibles en la correspondiente representación CAMLOG del país.

Véase también en:

https://ifu.camlog.com
www.camlog.com

NOMBRES DE MARCA Y COPYRIGHT
Los nombres de marcas protegidos (marcas registradas) no se indican de forma especial. Por lo tanto, la ausencia de esta indicación NO significa que se trate de un nombre registrado no protegido. El documento, incluidas todas sus partes, está protegido por los derechos de autor. Usted puede descargar el contenido para el uso personal no comercial, pero está prohibido modificarlo o reproducirlo. No está permitido, y puede constituir un delito punible por la vía penal, cualquier uso que se encuentre fuera de los límites de la ley de derechos de autor sin la autorización previa por escrito de CAMLOG Biotechnologies GmbH.

Ref. J8000.0243 Rev.01 05/2019

CE 0123

+E219J8000024311

+$001008001 4IQ

HEADQUARTERS
CAMLOG Biotechnologies GmbH | Margarethenstr. 38 | 4053 Basel | Suiza
Teléfono +41 61 565 41 00 | Fax +41 61 565 41 01 | info@camlog.com | www.camlog.com

Fabricante de los productos CONELOG® y CAMLOG®: ALTATEC GmbH | Maybachstr. 5 | 71299 Wimsheim | Alemania

camlog