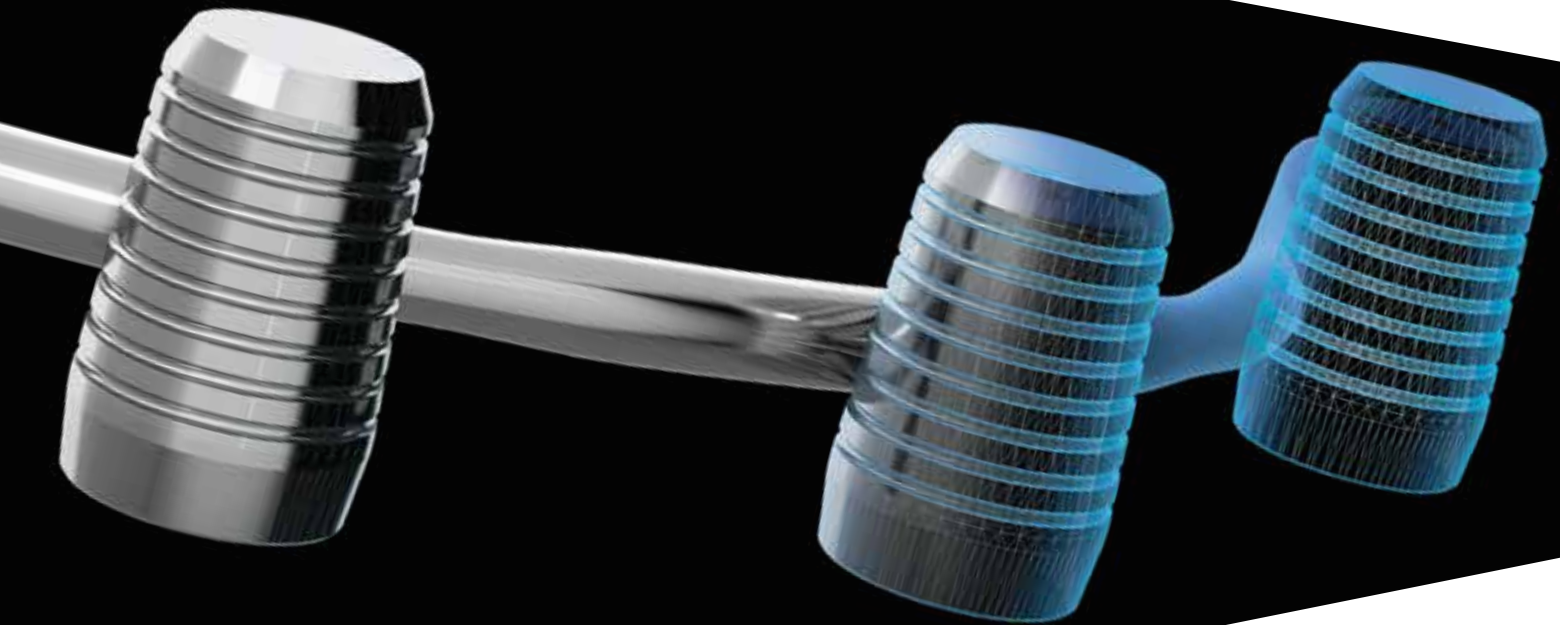


MANUAL PROTÉSICO CONOWELD



MANUAL PROTÉSICO ÍNDICE



Plataforma de conexión

6



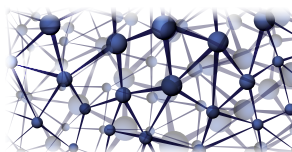
Protocolos de utilización

18



Componentes protésicos

8



Informaciones generales

34



Instrumental

14



Bibliografía

41

Sweden & Martina desarrolla y produce sistemas de implantes que ofrecen una excelente funcionalidad clínica y, al mismo tiempo, un resultado estético perfecto. Los componentes protésicos disponibles reflejan la capacidad de actualización y desarrollo de la empresa y cubren todas las necesidades de técnicos y laboratorios. La misma calidad obtenida para la producción de los implantes se garantiza también para la prótesis: de los pilares a los tornillos, cada pieza se fresa con máquinas de control numérico certificadas y no mediante moldeado. Cursos de formación, actualización continua y asistencia capilar son los elementos que mejor definen el servicio y la fiabilidad que han convertido a Sweden & Martina en el punto de referencia del mercado implantológico italiano.





PREMIUM SWITCHING PLATFORM

La morfología que nace de la evidencia clínica.



KOHNO SWITCHING PLATFORM

Caracterizado por una conicidad acentuada por el bevel para el Switching Platform.



PREMIUM Ø 3.30 MM

Dedicado a los sectores intraforaminales y útil con las crestas finas o para sustituir incisivos laterales superiores.



IMPLANTES SHORTY

Destinados a las crestas óseas con escaso desarrollo vertical disponibles tanto con emergencia Straight como con emergencia Switching Platform.

KOHNO STRAIGHT

La misma conexión combinada con una morfología cónica amplia la esfera de uso de la sistemática.



PREMIUM STRAIGHT
El implante con 16 años de historia clínica.



Shelta

SHELTA SL

La espira ancha estudiada para garantizar la máxima estabilidad primaria.



SHELTA STANDARD

Tres diámetros implantarios, una sólo conexión protésica



Conexión COLLEX

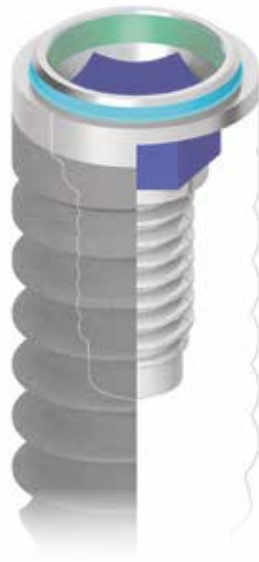
La conexión COLLEX, documentada por 16 años de éxitos clínicos, está caracterizada por un **amplio hexágono interno**, sinónimo de gran estabilidad protésica, asegurada también por el collar guía que penetra en los pilares. Esta solución de encaje confiere estabilidad y solidez al conjunto implante-prótesis. La limitación de los micromovimientos, obtenida por medio del collar, aumenta la durada de las rehabilitaciones protésicas y protege el implante de posibles sollicitaciones negativas.

La conexión COLLEX ejerce su función de estabilización independientemente de la emergencia del implante, que puede ser recta en el caso de los implantes Straight o tener un bevel en el caso de los implantes SP (Switching Platform).

El collar del COLLEX tiene también la función de guía y enganche de los driver Easy Insert, el sistema patentado Sweden & Martina para la inserción de los implantes Premium Kohno y Shelta, que garantiza la total preservación de los ángulos del hexágono interno de la conexión durante la fase quirúrgica, condición fundamental para una rehabilitación protésica exitosa.



Conexión COLLEX
Implantes Premium
Ø 3.30 mm



Conexión COLLEX
Implantes Premium Kohno Straight
Ø 3.80, 4.25, 5.00 mm



Conexión COLLEX
Implantes Premium Kohno SP
Ø 3.80, 4.25, 5.00 mm



Conexión COLLEX
Implantes Shelta
Ø 3.80, 4.25, 5.00 mm

Las propiedades de resistencia de la conexión COLLEX están documentadas también por un estudio del grupo del Prof. Covani en el que, confrontando esta conexión con la misma conexión de hexágono interno pero sin collar de soporte, se han evidenciado valores de solidez y estabilidad protésica superiores de 25% de la conexión COLLEX en comparación con la misma conexión sin collar.

(Covani U., Ricci M., Tonelli P., Barone A. - An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment - Implant Dentistry Volume 22, Number 3 2013).

ADVERTENCIA IMPORTANTE

A parità di diametro implantare, gli impianti con emergenza Straight e con emergenza Switching Platform utilizzano dunque le stesse componenti protesiche, per questo nel corso del presente manuale non si distingueranno mai le due diverse emergenze.

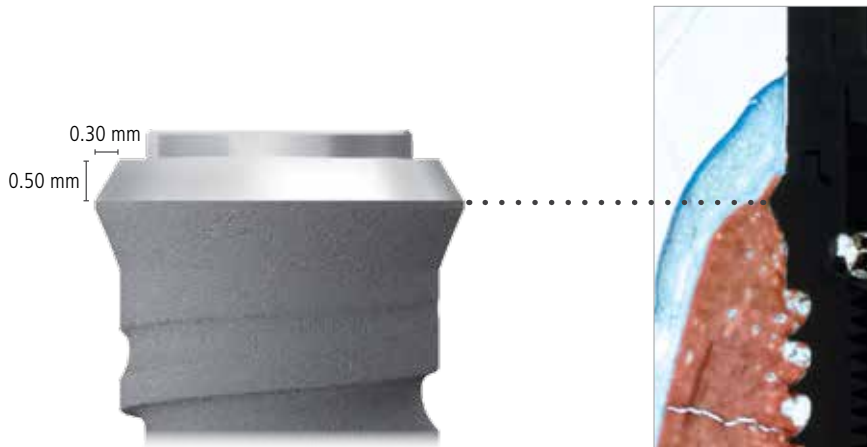


Switching Platform

El protocolo Switching Platform, técnica de rehabilitación protésica ampliamente documentada por la literatura científica, preve de alejar la plataforma de conexión protésica del hueso cervical.

Este procedimiento puede realizarse proyectando ad hoc un implante con emergencia que se ensancha a nivel del cuello, o utilizando pilares con diámetros más estrechos que la conexión del implante, siendo la geometría de la conexión la misma para todos los implantes de la gama.

Los implantes Premium Kohno SP han sido proyectados apositamente para realizar rehabilitaciones protésicas según el protocolo Switching Platform: el bevel presente en la plataforma de conexión del implante aleja la conexión de la prótesis tanto en sentido vertical como en sentido horizontal. Además, la morfología del cuello del implante es muy útil para obtener una excelente estabilidad primaria.



Ground Section de implante Premium Switching Platform a los 4 meses de la inserción.
(Imagen por concesión del Dr. D. Botticelli)

Maximización de los tejidos blandos

La decisión de simplificar la gama de pilares Conoweld a dos medidas está avalada por los excelentes resultados clínicos de los **protocolos Switching Platform** tratados en la literatura.

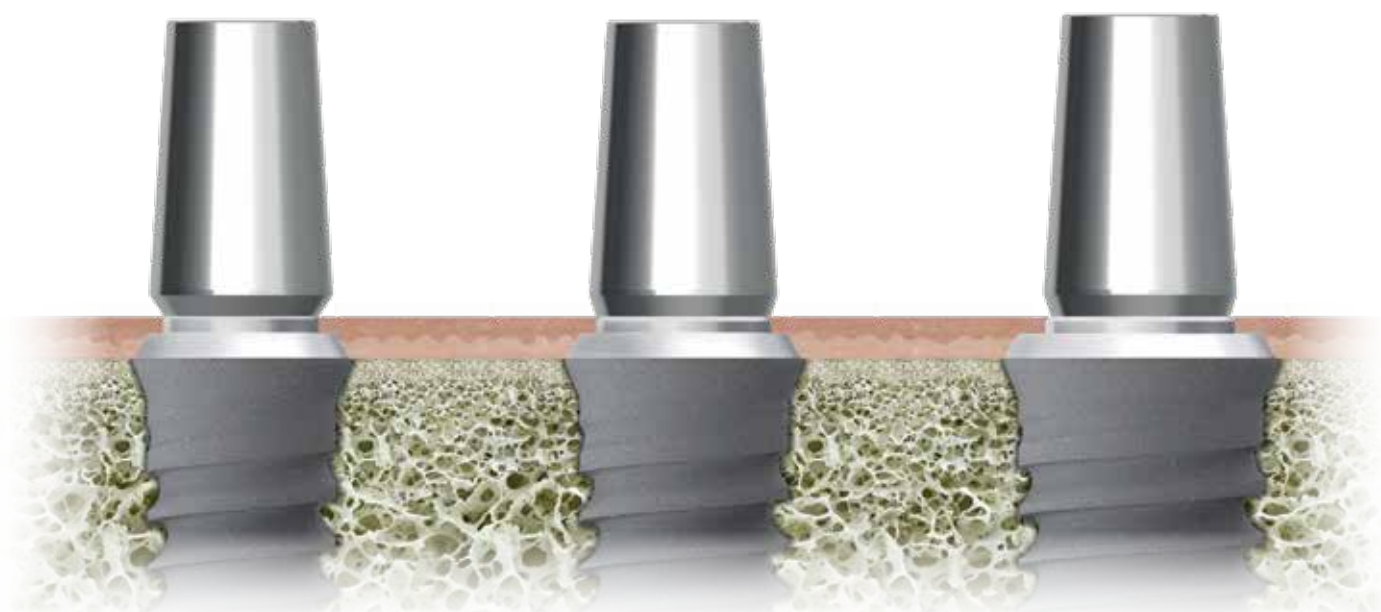
En el sistema Premium Kohno, los pilares Conoweld que se apoyan al collar COLLEX hacen posible el mismatching con una mayor cantidad de tejido gingival, que se organiza y se estabiliza en tejido queratinizado alrededor de la corona protésica.

Además, la unión implante-pilar se desplaza no sólo horizontalmente sino también verticalmente, maximizando la distancia de los tejidos blandos.

Pilar Conoweld con hexágono de 2.30 mm

Pilar Conoweld con hexágono de 2.50 mm

Pilar Conoweld con hexágono de 2.50 mm



Implante Premium SP Ø 3.80
Implante Kohno SP Ø 3.80

Implante Premium SP Ø 4.25
Implante Kohno SP Ø 4.25

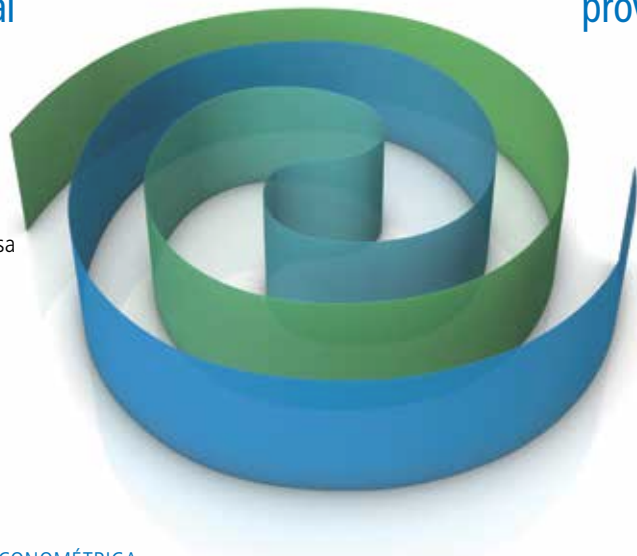
Implante Premium SP Ø 5.00
Implante Kohno SP Ø 5.00

Técnica conométrica Conoweld

La técnica Conoweld resume en sí misma las ventajas de dos protocolos ya difundidos ampliamente en la implanto-prótesis: la soldadura intraoral y la retención conométrica.

Soldadura intraoral para la fase provisional

- estabiliza los implantes de carga inmediata
- permite la realización de un provisional con carga inmediata con estructura metálica
- permite realizar una impresión precisa



Conometría para la fase provisional y definitiva

- prótesis sin cemento
- removible, pero sólo por parte del clínico
- fácil mantenimiento en el domicilio

VENTAJAS DE LA REHABILITACIÓN CONOMÉTRICA:

- Extrema seguridad del agarre: la conexión entre la cofia cónica prefabricada englobada en la superestructura y el pilar ofrece una estabilidad mecánica absoluta y segura.
- Completa reversibilidad: en cualquier momento el odontólogo podrá extraer la prótesis ejercitando siempre la misma fuerza. No existe la posibilidad de que la prótesis se mueva espontáneamente: la estabilización de los implantes que se consigue de esta forma permite efectuar la carga inmediata con seguridad.
- Gran sencillez de uso gracias a la estandarización de los pilares, que se adaptan todos a la misma cofia.
- Sencillez de mantenimiento para el paciente, que puede sentir el confort de la prótesis fija, y facilidad de acceso en las sesiones de higiene en la consulta.
- Pasivado natural de los pilares.
- Estabilidad primaria asegurada con soldadura intraoral.





La soldadura intraoral de las cofias provisionales en titanio se realiza utilizando aparatos especiales que sueldan dos piezas de titanio entre ellas, haciendo pasar a través del punto de contacto una carga eléctrica de gran intensidad pero durante un tiempo muy breve (pocos milisegundos), de forma que no se produzca ningún tipo de calentamiento en los tejidos circundantes.

La **cofia para la fase provisional** se suelda a una barra de titanio para realizar una estructura sólida pero removible, sin necesidad de desatornillar los pilares. Además, siendo pasivada en la boca, ésta podrá constituir una llave de control fiable para enviar al laboratorio una impresión precisa.

El **pilar Conoweld** puede ejercitar tanto la función de provisional como de definitivo. En este caso aporta la ventaja de eliminar los esfuerzos biológicos relacionados con las maniobras de atornillado, desatornillado y sustitución de los componentes protésicos, salvaguardando la estrecha relación que se crea entre los tejidos mucosos y la emergencia del pilar.

El sistema, desarrollado hasta ahora para implantes Premium Kohno y Shelta de todos los diámetros, incluye **pilares con cuerpo cónico**, tanto rectos como angulados a 5°, 10° y 15°, a utilizar con las específicas cofias de titanio para soldadura intraoral, en fase de provisorización, y con las correspondientes cofias definitivas, para realizar una rehabilitación de retención conométrica tanto parcial como full-arch.



La **cofia definitiva** sigue el mismo principio de funcionamiento que la provisional; no debiendo prever un grosor adecuado a la soldadura intraoral, presenta un volumen mucho más reducido, lo cual hace que el manufacturado protésico pueda ser colocado fácilmente.

Completan la gama una práctica **cofia en PMMA**, útil tanto para la impresión snap on como para la fusión, y un análogo de laboratorio fácilmente reposicionable no sólo en la impresión, sino también en la estructura solidarizada.

Prótesis Conoweld para implantes Premium Kohno y Shelta

Pilares cónicos Conoweld

Los pilares en titanio de grado 5 de la línea protésica Conoweld han sido diseñados específicamente para apoyarse con seguridad en el collar COLLEX. De esta forma es posible tener sólo dos pilares para las plataformas Premium y Kohno: uno con hexágono con llave 2.30 mm para las plataformas de 3.30 mm y 3.80 mm de diámetro implantario, y uno con hexágono con llave 2.50 mm para las plataformas de los diámetros implantarios 4.25 mm, 5.00 mm y 6.00 mm, sin diferencias entre emergencias implantarias Straight y SP. Los implantes Shelta, en cambio, compartiendo la misma conexión con hexágono con llave 2.30, utilizan siempre el mismo pilar Conoweld.

PILARES CON HEXÁGONO 2.30 MM

Los mismos pilares Conoweld rectos y angulados con hexágono de 2.30 mm se utilizan en implantes Premium Kohno Ø 3.30 y 3.80 mm y en todos los diámetros de los implantes Shelta, es decir 3.80, 4.25 y 5.00 mm.



Premium Ø 3.30



Premium Ø 3.80
Kohno Ø 3.80



Shelta Ø 3.80



Shelta Ø 4.25



Shelta Ø 5.00

PILARES CON HEXÁGONO 2.50 MM

Los mismos pilares Conoweld rectos y angulados con hexágono de 2.50 mm se utilizan en implantes Premium Kohno Ø 4.25 y 5.00 mm y para el implante Kohno Ø 6.00 mm.



Premium Ø 4.25
Kohno Ø 4.25



Premium Ø 5.00
Kohno Ø 5.00



Kohno Ø 6.00



2.30 mm



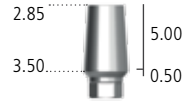
2.50 mm

Premium Kohno Ø 3.30 - 3.80 mm

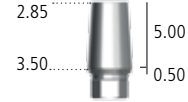
Premium Kohno Ø 4.25 - 5.00 - 6.00 mm

Shelta Ø 3.80 - 4.25 - 5.00 mm

Pilar Conoweld en titanio grado 5, recto,
altura transmucosa 0.50 mm.
Tornillo de fijación incluido

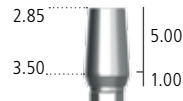


A-MD-TS-EX230-05



A-MD-TS-EX250-05

Pilar Conoweld en titanio grado 5, recto,
altura transmucosa 1.00 mm
Tornillo de fijación incluido

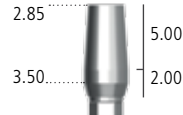


A-MD-TS-EX230-1

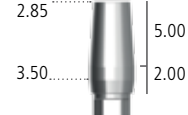


A-MD-TS-EX250-1

Pilar Conoweld en titanio grado 5, recto,
altura transmucosa 2.00 mm
Tornillo de fijación incluido

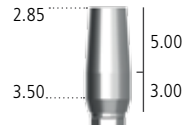


A-MD-TS-EX230-2

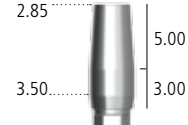


A-MD-TS-EX250-2

Pilar Conoweld en titanio grado 5, recto,
altura transmucosa 3.00 mm
Tornillo de fijación incluido

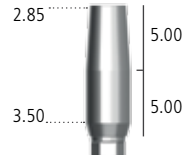


A-MD-TS-EX230-3

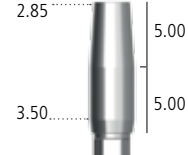


A-MD-TS-EX250-3

Pilar Conoweld en titanio grado 5, recto,
altura transmucosa 5.00 mm
Tornillo de fijación incluido

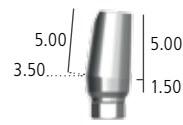


A-MD-TS-EX230-5

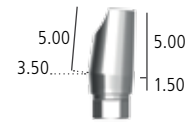


A-MD-TS-EX250-5

Pilar Conoweld en titanio grado 5,
angulado 5°
Tornillo de fijación incluido

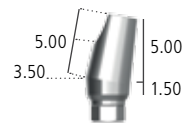


A-MA05-TS-EX230

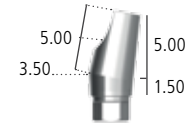


A-MA05-TS-EX250

Pilar Conoweld en titanio grado 5,
angulado 10°
Tornillo de fijación incluido

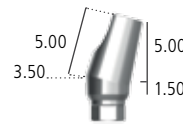


A-MA10-TS-EX230

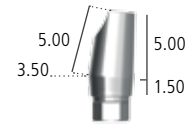


A-MA10-TS-EX250

Pilar Conoweld en titanio grado 5,
angulado 15°
Tornillo de fijación incluido



A-MA15-TS-EX230



A-MA15-TS-EX250

Tornillos de recambio
Envase de 10 unidades



VM2-180
VM2-180-10



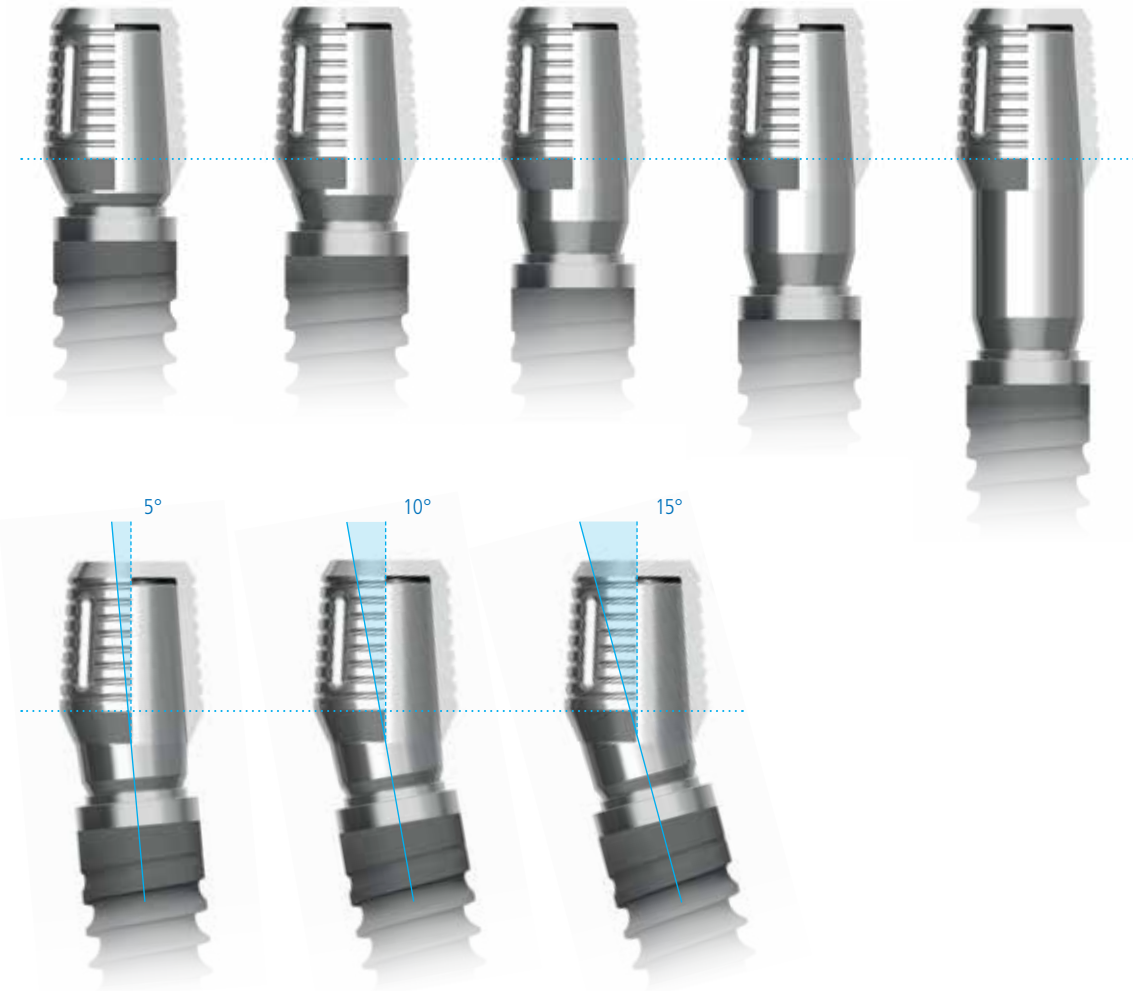
VM2-200
VM2-200-10

Torque recomendado: 20-25 Ncm.

Todas las medidas se entienden en mm, salvo cuando se especifique lo contrario.

Cofias conométricas Conoweld

La gama Conoweld incluye tres cofias distintas, universales respecto a los diámetros de los pilares y de las plataformas implantarias: esto se debe al hecho de que la retención por conometría tiene lugar en la porción más coronal del pilar, que presenta siempre las mismas dimensiones.



Las dos cofias en titanio se diferencian por su grosor: la específica para la realización de una estructura soldada intraoralmente para la fase provisional es más gruesa para sostener la soldadura con las barras de titanio, sin fundirse con el pilar subyacente, mientras la cofia destinada a unir la prótesis definitiva es más fina para limitar el impacto sobre las morfologías anatómicas del manufacturado protésico, por tanto no debe ser usada para la soldadura. Se encuentra disponible también una cofia en PMMA que permite tomar una impresión precisa también en caso de que no se disponga de una soldadora intraoral y que puede ser utilizada para el modelado y fusión de una estructura totalmente fabricada en cromo cobalto u otras aleaciones, si no se quisiera ensamblar con técnica de encolado.





código

descripción



5.70

Cofia provisional para soldadura intraoral

CAP-TS-PRO



5.70

Cofia definitiva para encolado

CAP-TS-DEF



5.70

Cofia para impresión para soldadura intraoral

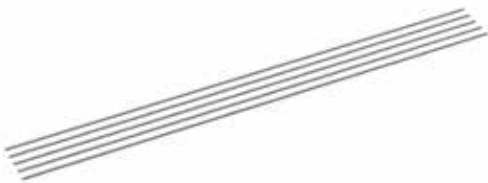
CAP-TS-IMP



17.00

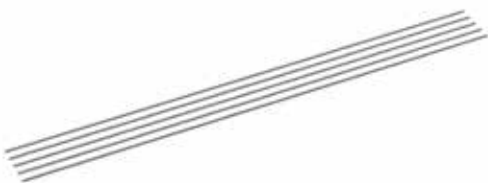
Análogo pilar para soldadura intraoral

ANA-TS



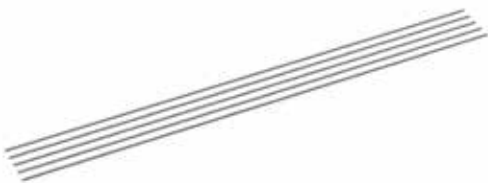
Barra titanio gr. 2, L. 150 mm, Ø 1.20 mm, envase 5 unidades

DW-BARRA1.2



Barra titanio gr. 2, L. 150 mm, Ø 1.50 mm, envase 5 unidades

DW-BARRA1.5



Barra titanio gr. 2, L. 150 mm, Ø 1.80 mm, envase 5 unidades

DW-BARRA1.8

DENT WELD

Soldadora endo-oral

DENT WELD es una soldadora endo-oral de alta tecnología indicada para la técnica de solidarización de los implantes de carga inmediata y para el mantenimiento de la estabilidad máxima durante todo el proceso de rehabilitación hasta la osteointegración de los implantes.

La soldadura tiene lugar haciendo pasar a través del punto de contacto entre las dos piezas de titanio una carga eléctrica de gran intensidad, pero durante un tiempo muy breve (pocos milisegundos), de forma que no se produzca ningún tipo de recalentamiento en los tejidos circundantes.



Características generales

- DENT WELD es la soldadora endo-oral de tecnología y calidad 100% italianas y es un producto sanitario fabricado por Swiss & Wegman s.r.l., Via Svezia, 8, 35020 - Ponte San Nicolò (PD) ITALY y distribuido en exclusiva para Italia por Sweden & Martina S.p.A.
- Segura y precisa, la soldadora lleva un microprocesador que garantiza una seguridad total en todas las aplicaciones.
- Gracias al uso de unas prácticas barras de titanio de varios diámetros que van soldadas a los pilares de titanio, en unos segundos los implantes quedan solidarizados, permitiendo así mantener la estabilidad durante todo el periodo de osteointegración.
- Dent-weld non crea chispas y no presenta ningún riesgo para el paciente, ya que durante la fase de soldadura la pinza se desconecta automáticamente de la corriente eléctrica.
- Además, el calor producido se disipa por medio de los electrodos de cobre, que tienen una mayor conductibilidad respecto al titanio, no creando ningún malestar ni al paciente ni al médico.
- Dent-weld solda también en presencia de saliva o cualquier otro líquido.
- Es fácil de usar, gracias a sus programas preseleccionados.
- La pinza es fácil de manejar y la dotación de un mecanismo de desenganche rápido permite esterilizarla fácilmente.

Configuración Estándar

Unidad de control, pinza, cable, pedal, cable de alimentación, instrucciones de uso.

Características técnicas:

Tensión de alimentación:	230V AC
Frecuencia:	50 Hz
Potencia media absorbida:	10W
Peso:	7 kg
Dimensiones:	33x22x17 cm
Clasificación:	I- BF, IPXO



Para consultar los manuales de uso del equipo de la pinza de electrodos:



Indicaciones preliminares para la soldadura

1. Fase de aproximación

La fase de aproximación consiste en poner en contacto directo los dos materiales, evitando así cualquier tipo de tensión. La presión ejercitada por las puntas debe hacer coincidir perfectamente las dos formas de los objetos a soldar, excluyendo incluso una mínima zona de luz entre los dos materiales.

2. Fase de soldadura

El mantenimiento de la presión en esta fase es de gran importancia porque sirve para mantener el acercamiento de las juntas de manera que pueda trabajarse sobre las resistencias de contacto y concentrar el nivel máximo de resistencia al centro. En dicha fase recomendamos que no se ejercite fuerza alguna que pueda contrarrestar la acción del muelle de precarga de la pinza.

3. Fase de enfriamiento

La presión tiene que mantenerse durante unos segundos (aproximadamente 5) después de haber realizado la soldadura para permitir la disipación a través de los electrodos del calor desarrollado.



Atornilladores

Los tornillos de cierre de todos los pilares para la técnica Conoweld se atornillan con los siguientes instrumentos, contenidos en todos los kit quirúrgicos y protésicos de los implantes Sweden & Martina, disponibles también como recambios.

código	descripción
	Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, extra corto
HSMXS-20-DG	
	Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, corto
HSM-20-DG	
	Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, largo
HSML-20-DG	
	Atornillador para tornillos de fijación, con racor hexagonal para carraca dinamométrica o manivela digital, corto
HSM-20-EX	
	Atornillador para tornillos de fijación, con racor para carraca dinamométrica o manivela digital, largo
HSML-20-EX	
	Atornillador para tornillos de fijación, con racor hexagonal para carraca dinamométrica o manivela digital, extra largo
HSMXL-20-EX	
	Atornillador para tornillos de fijación, con vástago para contra-ángulo
HSM-20-CA	

Carraca dinamométrica CRI5

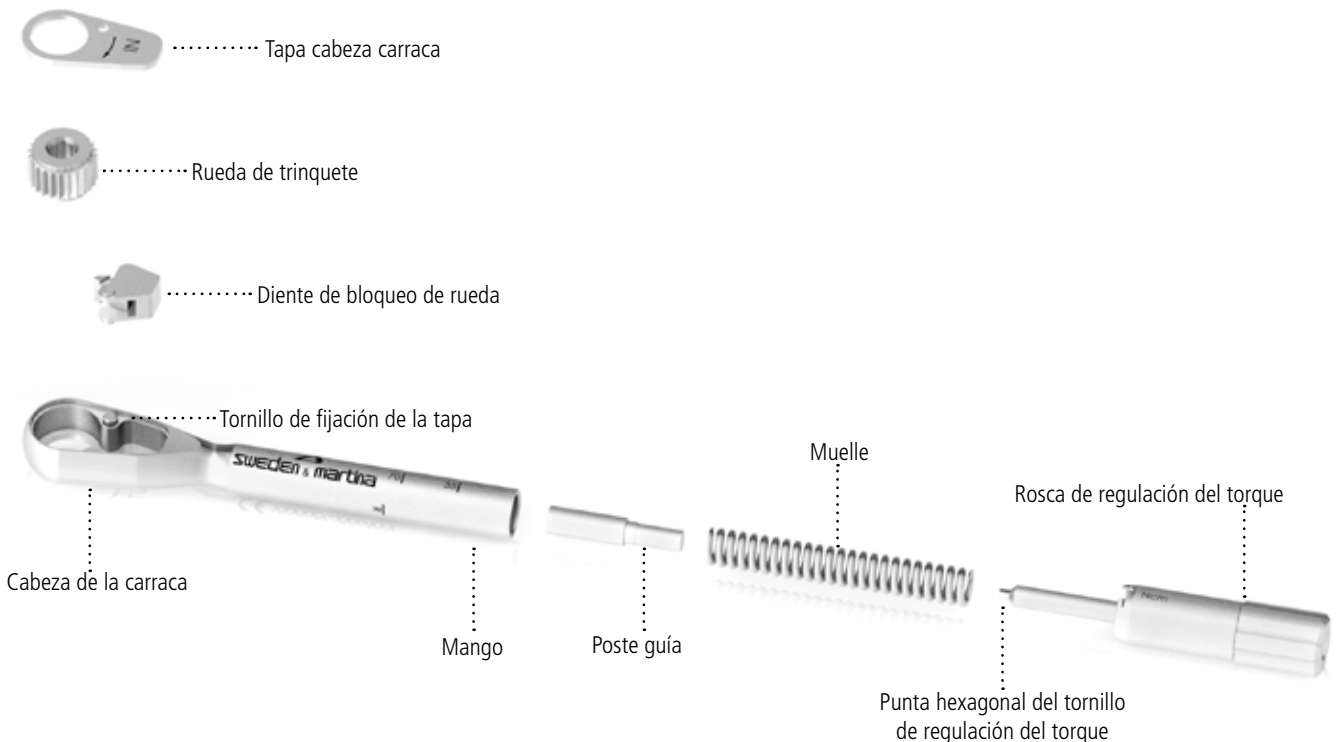
Es disponible una especial carraca dinamométrica (CRI5-KIT), vendida junto a la correspondiente llave de ajuste, para atornillar rápidamente la rosca de regulación del torque, y al lubricante en gel para el mantenimiento. La carraca puede ser utilizada con una regulación del torque de 10 a 70 Ncm o bien en posición bloqueada sin control del torque. En el uso como carraca protésica para el ajuste de los tornillos, consúltense los valores de torque indicados en la tabla de página 38. La llave de carraca CRI5 es un instrumento desmontable, multiuso, que se vende sin esterilizar. Está contenida en el Screw Kit y en todos los kit quirúrgicos de todos los sistemas implantológicos. Puede ser ordenado también como recambio.



ADVERTENCIA IMPORTANTE

Todas las componentes que van fijadas a torque inferiores de 10 Ncm van atornilladas manualmente.
Es. los tornillos transfer van cerrados a 8 Ncm.

Antes de usar este instrumento, hay que limpiarlo y esterilizarlo siguiendo las indicaciones detalladas en las página 39. Un mantenimiento adecuado, realizado siguiendo minuciosamente todas las fases, paso por paso, para el desmontaje y correcto montaje del producto durante las operaciones de limpieza, es fundamental para que el producto funcione correctamente y para preservar su duración. El personal que utiliza este instrumento, deberá haber sido instruido y haber leído las indicaciones presentes en este manual antes de manipularlo.





Tras la esterilización, la llave está lista para su uso. Antes de cualquier intervención quirúrgica o protésica, es necesario efectuar un test de evaluación para comprobar que la llave funciona y ha sido montada correctamente. La regulación del par tiene lugar siempre alineando la marca del par deseado en la apertura circular del mango. La flecha "IN" indicada en la cabeza vista desde arriba indica la posición de la llave que permite el roscado. La flecha "OUT" indicada en la cabeza vista desde arriba indica la posición de aflojamiento. Una posición de par ilimitada se obtiene mediante el posicionamiento del dispositivo de regulación del par hasta la marca indicada "R" situada en el mango de la carraca.



ADVERTENCIA IMPORTANTE

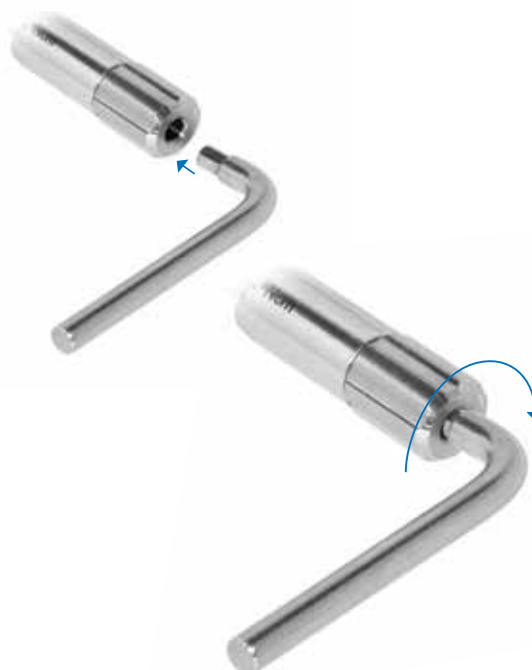
La regulación del par tiene lugar siempre mediante atornillado/desatornillado de la rosca colocada al fondo del mango del instrumento. El par tiene que regularse siempre en progresión, iniciando a atornillar desde un valor más bajo hasta llegar al torque deseado, es decir girando la rosca en el sentido de las agujas del reloj. Para ello, si fuera necesario regular un par inferior al último utilizado, se deberá aflojar con dos vueltas por debajo del nuevo par deseado, y volver a roscar en el sentido de las agujas del reloj hasta llegar a dicho valor.

La rosca puede ser atornillada y desatornillada manualmente, pero para acelerar dichas operaciones en el kit se incluye también una llave de Allen que permite girarla rápidamente.

Cualquier deterioro de los mecanismos de atornillado, de colocación y de par, tiene que ser controlado por el personal responsable del uso y mantenimiento de este instrumento odontológico. Las piezas de este mecanismo no son intercambiables. No es posible tomar una pieza de una llave para sustituirla sobre otra, pues cada carraca es tarada INDIVIDUALMENTE.

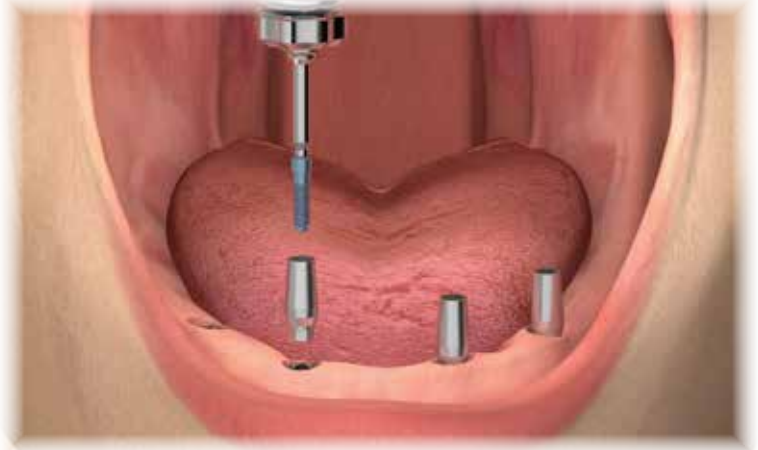
En caso de pérdida de una pieza, le rogamos que devuelva el instrumento a Sweden & Martina S.p.A. para que sea reparado. Ningún componente para el montaje de la carraca puede venderse individualmente.

No respetar las indicaciones suministradas podría causar problemas de mantenimiento y afectar a la estabilidad de la prótesis.



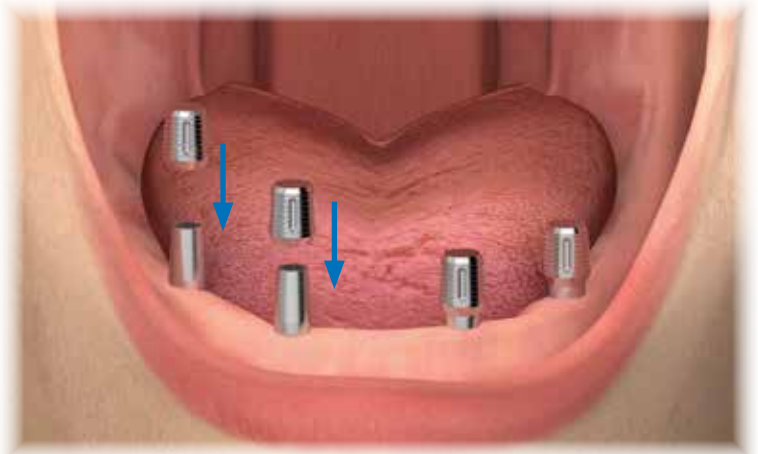
Fase de solidarización mediante soldadura endo-oral sobre cofias Conoweld para carga inmediata

Colocar sobre los implantes los pilares Conoweld, eligiendo con cuidado la altura transmucosa más adecuada y la angulación idónea en caso de implantes disparelos. Apretar los tornillos de fijación con uno de los atornilladores HSM (consúltese la pág. 15 para las longitudes y los tipos disponibles) a un torque que no supere los 25-30 Ncm.



Colocar sobre los pilares intermedios las cofias provisionales Conoweld, ejerciendo una ligera presión manualmente. Usar una barra de titanio para soldadura intraoral del grosor adecuado y precurvarla manualmente de forma congruente con el arco a rehabilitar.

Nota: se aconseja no cortar inicialmente la barra a medida porque el segmento en exceso hace más manejables las operaciones de extracción y reposicionamiento, hasta haber terminado la soldadura de las cofias.



Unir el primer segmento de barra a una de las dos cofias distales y efectuar una soldadura con una soldadora intraoral específica, según las indicaciones del fabricante.

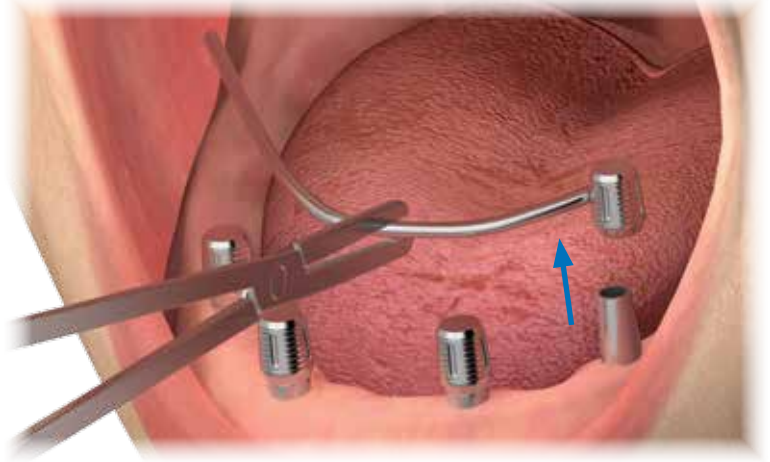
ADVERTENCIA IMPORTANTE

Para programar los parámetros de uso de la soldadora y para consultar las correspondientes indicaciones y advertencias, atégase al manual de uso del fabricante del aparato.

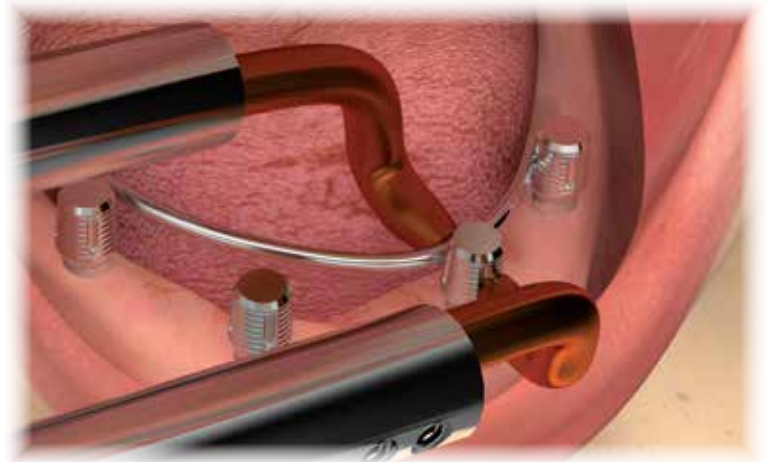




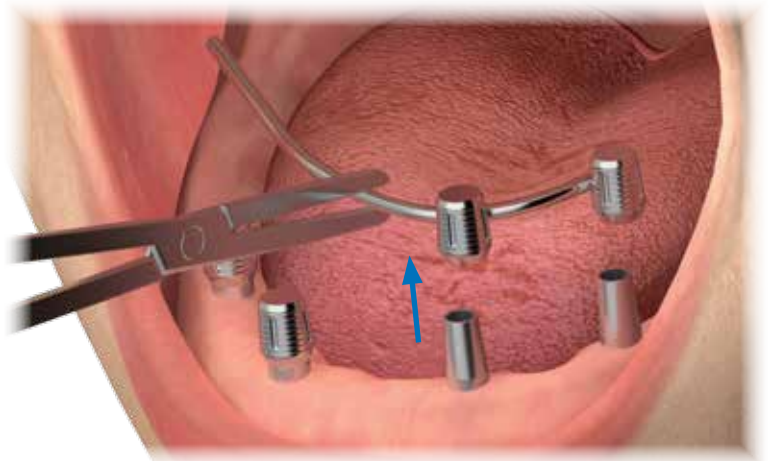
Para comprobar que el procedimiento haya sido realizado correctamente es oportuno, después de cada soldadura y antes de la siguiente, extraer de los pilares la barra y las cofias solidarizadas hasta ese momento. De este modo se comprueba que no haya tenido lugar la fusión de la pared de la cofia y el pilar subyacente y se tengan suficientes garantías de realizar una estructura pasiva.



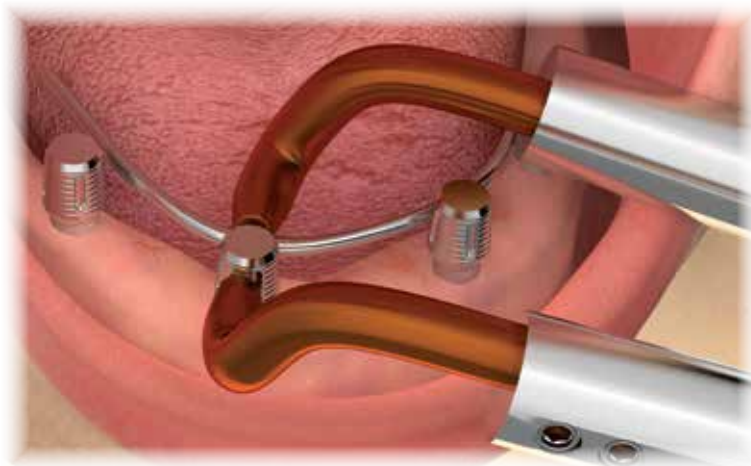
Después de haber recolocado la primera cofia en el correspondiente pilar, acompañar la barra y eventualmente remodelarla, para soldarla a la cofia subyacente.



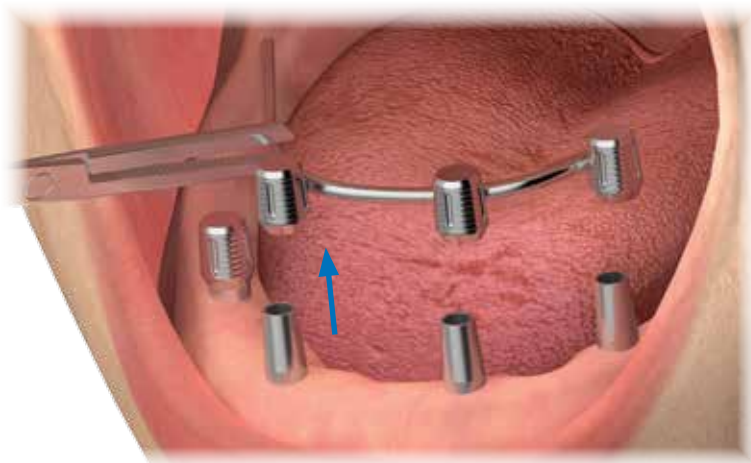
Extraer la estructura formada por la barra y por las dos primeras cofias que van soldadas a ésta para comprobar que no se haya producido la fusión entre la pared de la cofia y el pilar subyacente y para comprobar la pasividad de la estructura.



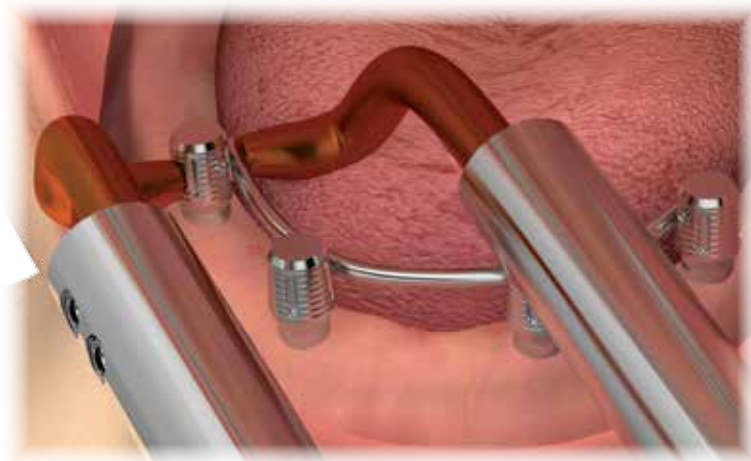
Después de haber recolocado la primera y la segunda cofia sobre sus correspondientes pilares, acompañar la barra y eventualmente remodelarla, para soldarla a la cofia subyacente.



Extraer la estructura formada por la barra y por las tres cofias soldadas a ésta para comprobar que no se haya producido la fusión entre la pared de la cofia y el pilar subyacente y el pilar subyacente y para comprobar la pasividad de la estructura.

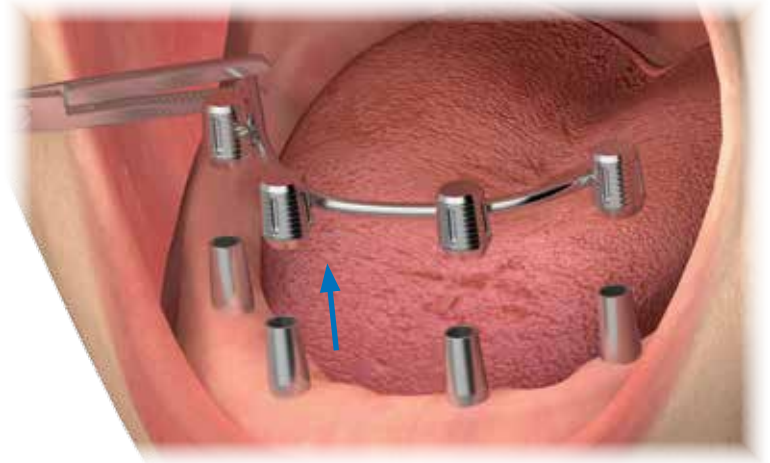


Después de haber recolocado las tres cofias en sus correspondientes pilares, acompañar la barra y eventualmente remodelarla, para soldarla a la última cofia.

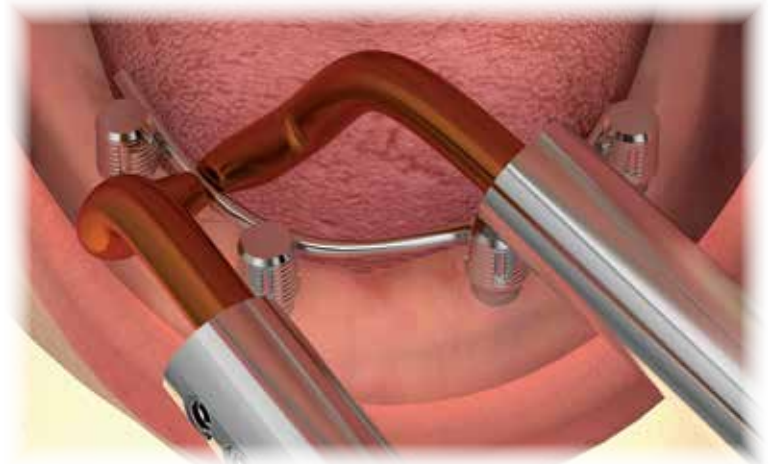




Extraer toda la estructura formada por la barra y por las cuatro cofias soldadas a ésta para comprobar que no se haya producido la fusión entre la pared de la cofia y el pilar subyacente y para comprobar la pasividad de la estructura.



Para aumentar más la pasividad de la estructura y eliminar posibles tensiones residuales, es oportuno efectuar un punto de soldadura en medio de cada segmento de titanio libre de la barra.



Si se desea una mayor rigidez de la estructura o en caso de que se prefiera utilizar barras de titanio de un diámetro fino, es posible soldar a las cofias una barra complementaria, procediendo exactamente como para la primera barra, es decir una cofia cada vez, extrayendo la estructura después de cada soldadura. El emplazamiento es preferible "en cañón de fusil" (A), es decir con las dos barras paralelas y superpuestas. Sin embargo, es posible adoptar también otras soluciones, como las barras cruzadas (B) y las de carril (C) o sea, paralelas horizontalmente. Esta conformación resulta especialmente cómoda cuando las cofias bajan al surco 1,5 mm, dejando sólo 4 mm de pared disponibles para la soldadura. Esta disposición se sugiere, en todo caso, en los sectores distales, donde normalmente no hay problemas de espesor. La barra complementaria no debería poder generar tracciones, sin embargo es posible también en este caso pasivar los segmentos libres con un punto de soldadura. En caso de emplazamiento a carril, la soldadura se efectuará inclinando verticalmente la pinza, de tal manera que se apriete un sólo segmento entre los dos electrodos.

Nota: si bien se aconseja disponer de dos barras del mismo grosor (por lo general dos barras de 1,5 mm) es posible utilizar también diámetros diferentes.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

No intentar pasivar ambos segmentos al mismo tiempo. Ya que la estructura soldada cerraría de todas formas el circuito, las barras se suavizarían y se deformarían bajo la presión de la pinza, generando otras tensiones y debilitaciones de la estructura en vez de pasivarla.





Realización del provisional inmediato: protocolo directo



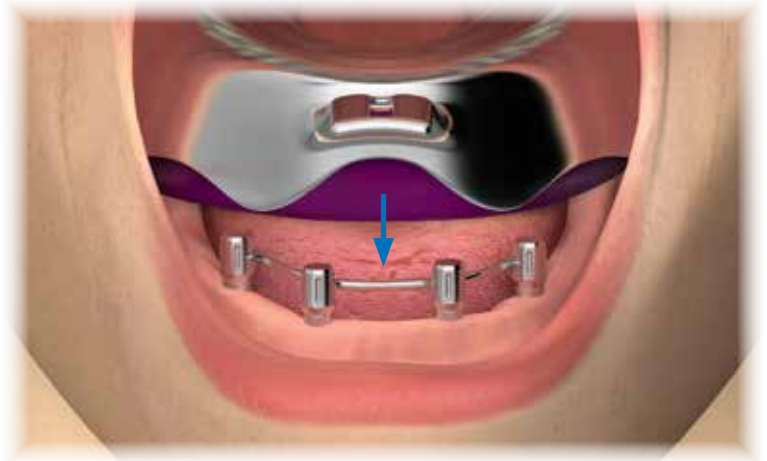
El provisional para carga inmediata puede ser realizado en el laboratorio y en la consulta del dentista, rebasando una estructura vaciada ya realizada por el laboratorio. La resina englobará completamente la estructura soldada, haciendo más fácil también la limpieza en el domicilio por parte del paciente.



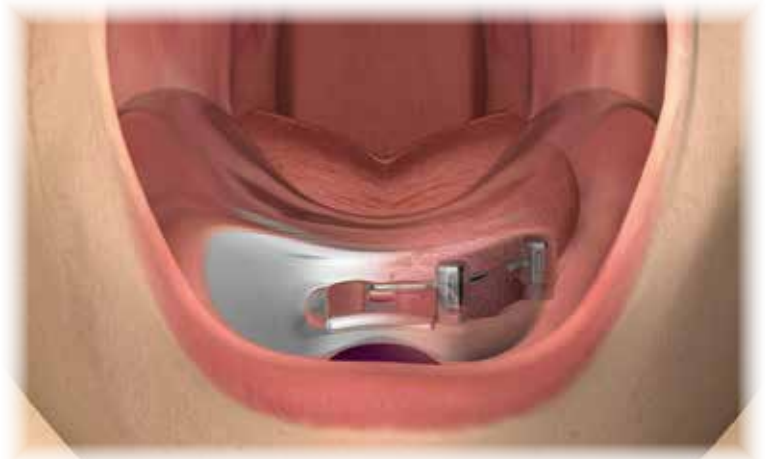
Una vez perfeccionada la base del provisional, será posible efectuar el posicionamiento inmediato en pilares Conoweld: la interacción por conometría entre éstos y las cofias Conoweld aportará a la estructura la justa retentividad que permitirá al clínico extraer el provisional en cualquier momento, pero no permitirá al paciente removerlo de forma autónoma. Esta peculiaridad de la rehabilitación conométrica garantiza una sólida estabilidad durante todo el periodo de osteointegración, limitando los micromovimientos de los implantes incluso en hueso poco mineralizado.

Protocolo indirecto: impresión sobre estructura soldada

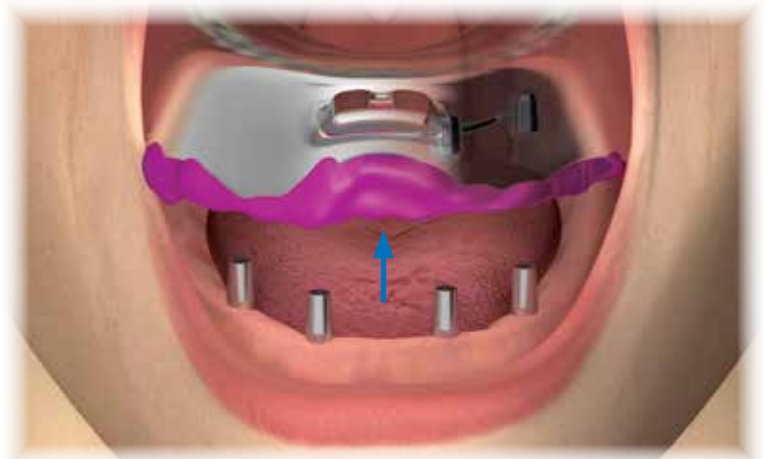
La estructura compuesta por las cofias Conoweld provisionales soldadas a las barras en titanio constituye una llave de impresión muy precisa y fiable. Por tanto, es posible obtener la impresión englobando totalmente la estructura en el material dentro de la cubeta. Ya que las cofias friccionan sobre los pilares por conometría, es oportuno utilizar un material de impresión duro, para edentulismos (por ej. SKY IMPLANT ONEMIX- ED, cód. SKY08).



Empujar la cubeta de impresión sobre la estructura soldada, de tal manera que el material de impresión, aunque de consistencia bastante rígida, incorpore totalmente la barra y las cofias soldadas a ésta.



Extraer la cubeta verticalmente: toda la estructura soldada quedará englobada en el material de impresión.

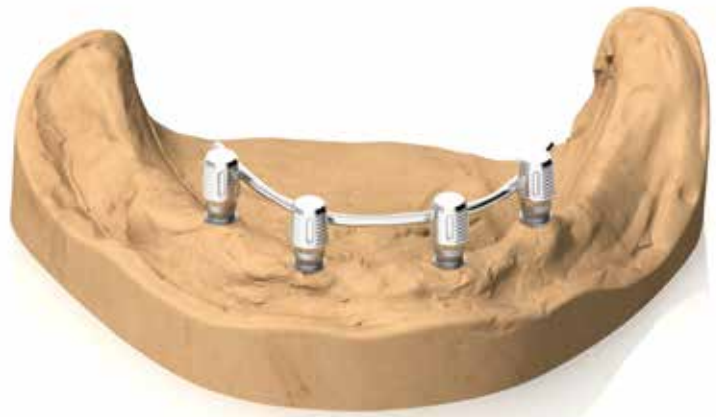




Recolocar uno por uno los transfer en las cofias metálicas. Enviar la impresión al laboratorio. Colar el modelo como de costumbre.



Liberar la estructura del material de impresión, prestando atención a no crear distorsiones y colocarla en el modelo para comprobar su completa pasividad.

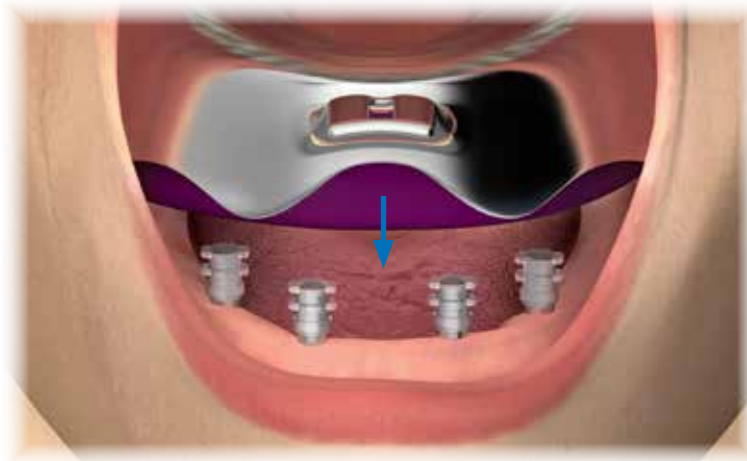


Construir sobre la estructura un provisional en resina y devolverlo a la consulta para el emplazamiento en la boca.

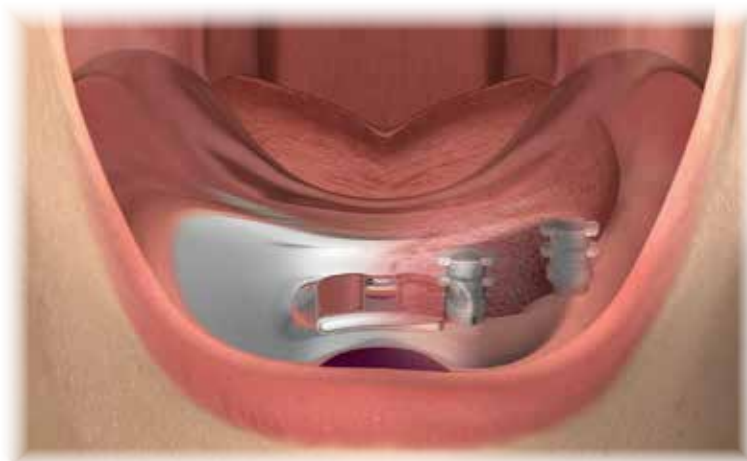


Protocolo indirecto: impresión con cofias transfer Conoweld en PMMA

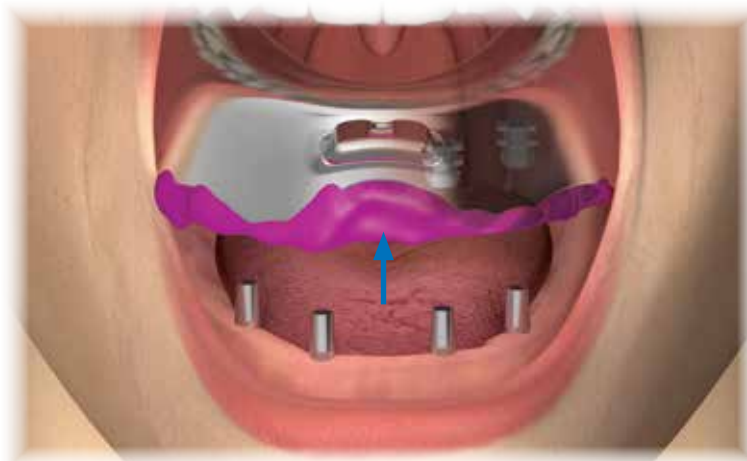
En alternativa, es posible tomar la impresión con las específicas cofias Conoweld en PMMA, introduciéndolas sobre los pilares Conoweld con una ligera presión manual. Si se desea, solidarizar entre ellas las cofias con resina e hilo.



Tomar una impresión con cubeta cerrada, asegurándose que todo el volumen vertical de cofias y pilares esté incluido en el material de impresión. Esperar los tiempos de endurecimiento indicados por el fabricante.



Extraer la cubeta verticalmente: las cofias en PMMA quedarán bien englobadas en el material endurecido.





Reposicionar en las cofias englobadas dentro del material los análogos para escayola Conoweld y enviar la impresión al laboratorio junto con la estructura soldada intraoralmente. Proceder al colado del modelo como de costumbre.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Ya que la porción que sale de todos los pilares es igual, existe un sólo análogo (cód. ANA-TS) común a todos los pilares rectos y angulados de cualquier diámetro.



Sobre el modelo obtenido de este modo puede ser realizada una estructura de refuerzo para el provisional, soldada en el laboratorio o bien obtenida con técnicas tradicionales, aprovechando los componentes conométricos del sistema. Probar en el modelo la pasivación de la estructura, tanto si hubiera sido realizada intraoralmente o en el laboratorio.



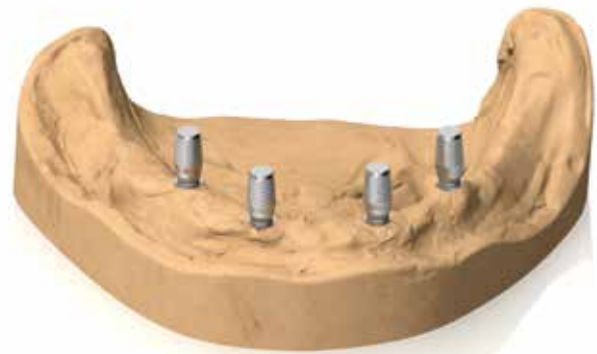
Construir sobre la estructura un provisional en resina según costumbre y devolverlo a la consulta para el emplazamiento en la boca.



Realización de prótesis conométrica definitiva

Técnica para encolado de estructura fundida sobre cofias en titanio

Tomar una impresión de precisión según el protocolo descrito en las páginas 26-27. Colocar las cofias definitivas en titanio sobre los pilares con una ligera presión manual.



Realizar un encerado de las estructuras colocando un espaciador realizado en el laboratorio para pasivar la prótesis definitiva y permitir el suceso pegado de las cofias. Las cofias estarán en contacto directo con la estructura solamente sobre la superficie plana oclusal para permitir un reset preciso de la estructura tanto sobre el modelo de laboratorio como en las distintas fases de prueba intraoral.



Fundir sólo la estructura en cera dejando en el modelo las cofias Conoweld.





Perfeccionar la base de la estructura y proceder con el revestimiento en cerámica.



Sucesivamente, colocar las cofias a la base de la estructura fundida, cada una de ellas dentro de sus correspondientes espacios. Para esta finalidad es útil extender un fina capa de primer, como ZPrime, antes de proceder a la cementación con Bis-Cem.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

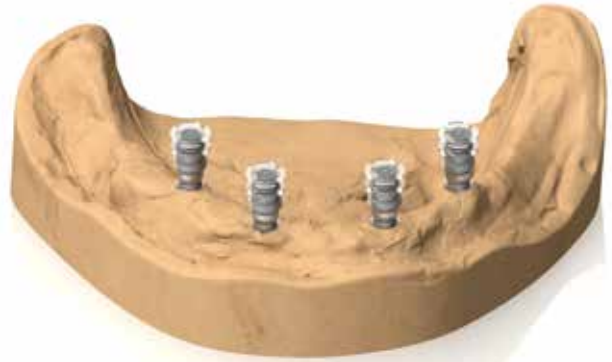
Para obtener el mejor resultado en términos de precisión y pasividad se aconseja proceder a un encolado intraoral de las cofias. No es posible hacer el encolado antes de la cerámica pues las temperaturas de cocción de la cerámica son incompatibles con cualquier cemento.



Realización de prótesis conométrica definitiva

Técnica por fusión integral con cofias calcinables

Colocar las cofias Conoweld en PMMA sobre los análogos para escayola Conoweld con una ligera presión manual.



Eventualmente, reducir las cofias calcinables congruentemente con la plantilla de silicona o con los espacios definidos por el articulador.



Realizar un encerado de la estructura definitiva de manera que se engloben las cofias calcinables Conoweld.





Fundir la estructura realizada en cera que contiene las cofias calcinables Conoweld.



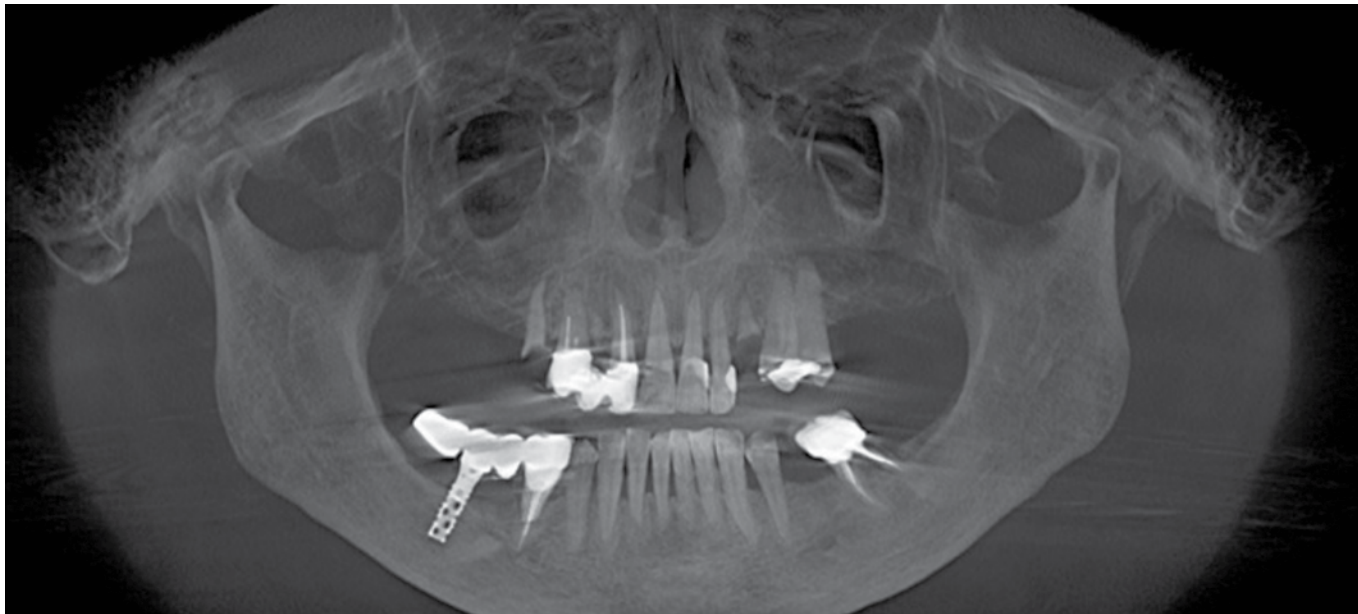
Perfeccionar la base de la estructura y proceder con el revestimiento en cerámica.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Es posible que estructuras producidas con fusión de las cofias calcinables, requieran el uso de una mínima cantidad de cemento para su estabilización intraoral, pues la fusión, por límites propios, difícilmente obtiene el mismo fit que las cofias estándar para encolado.



Caso clínico: puente sobre dos elementos con técnica Conoweld



La paciente se presenta a nuestra consulta con la necesidad de rehabilitar el 3er cuadrante en las regiones 35 y 36 tras la extracción del elemento 36 gravemente comprometido. A petición de la paciente no se procede al emplazamiento inmediato post-extracción de los implantes, sino que se opta por el posicionamiento diferido.



A distancia, por tanto, de 4 meses de la extracción se colocan, con técnica flap-less, 2 implantes Shelta (Sweden & Martina) de 3.80 mm de diámetro y longitud 11.50 mm en la región 35, y de 4.25 mm de diámetro y longitud 11.50 mm en la región 36. En ambos implantes el torque era de 65 Ncm.



Sobre los implantes se colocan 2 pilares cónicos definitivos de diámetro reducido, predisuestos para utilizar el sistema protésico conométrico Conoweld.

En la misma fase quirúrgica se procede a colocar las cofias conométricas preformadas Conoweld.

Las cofias se solidarizan mediante soldadura endo-oral (DENT WELD, distribuida por Sweden & Martina), utilizando una barra en titanio de 1.50 mm de diámetro. De este modo se obtiene un manufacturado protésico sumamente preciso, removible, que nos permitirá hacer un provisional de carga inmediata.



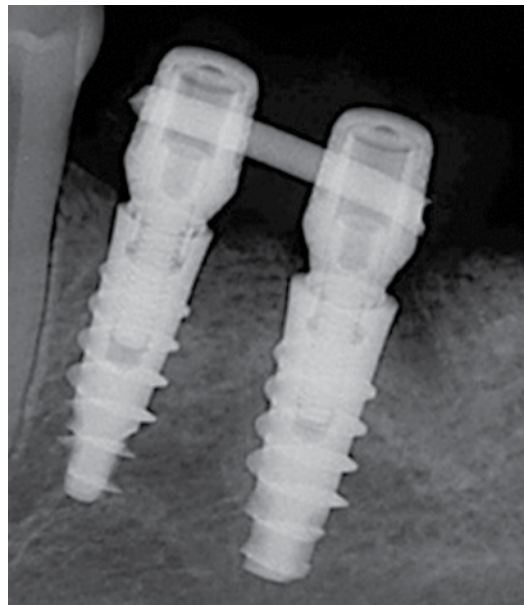
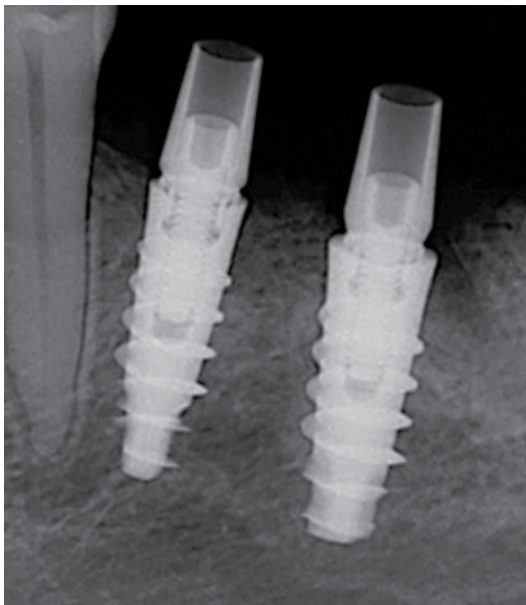
Las cofias soldadas se extraen para comprobar su pasividad y la posibilidad de ser englobadas en el provisional ya realizado.

Una vez reposicionada la estructura electrosoldada sobre los pilares se procede al rebase directo del provisional de manera que pueda englobarse la estructura y obtener un manufacturado removible reforzado que tendrá también la ventaja de estabilizar los implantes.



Extracción del provisional rebasado que será luego perfeccionado y pulido.

Aplicación del provisional "sin cemento" aprovechando las propiedades del cono morse.



RX endo-orales de control que destacan la precisión de los componentes y el Switching Platform obtenido con este tipo de pilares (Sweden & Martina).

Conclusiones

El caso presentado demuestra que con esta técnica se puede realizar de forma sencilla y rápida una implantoprótesis de carga inmediata que respete los conceptos de Switching Platform, colocando ya en la fase quirúrgica el pilar definitivo que ya no se quitará, gracias a la disponibilidad de los pilares con varias alturas transmucosas. La utilización de cofias conométricas prefabricadas permite obtener una altísima precisión; la solidarización mediante electrosoldadura permite estabilizar los implantes posicionados y hacer en la consulta del dentista un provisional que, además de ser sumamente resistente, puede ser extraído fácilmente por el clínico en cualquier momento.

La estandarización del método y su adaptabilidad a los distintos sistemas de implantes Sweden & Martina determina su facilidad de uso y la consiguiente economicidad.

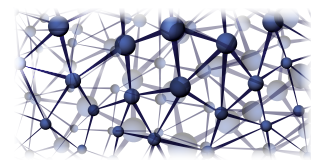
INFORMACIONES GENERALES

TITANIO GR. 2*	Valores máximos admitidos (%)	Tolerancia
Composición química:		
Nitrógeno	0.03	+/- 0.02
Carbono	0.08	+/- 0.02
Hidrógeno	0.015	+/- 0.002
Hierro	0.30	+/- 0.10 (%<0.25) +/- 0.15 (%>0.25)
Oxígeno	0.25	+/- 0.02 (%<0.20) +/- 0.03 (%>0.20)
Titanio	en balance	-
Propiedades mecánicas*		
Tensión de ruptura:	500 MPa (N/mm ²)	
Tensión de fluencia	275 MPa (N/mm ²)	
Ensanche a la fluencia:	20 %	
Reducción de la sección:	30 %	

* Estas informaciones técnicas responden a lo especificado expresamente en las normativas vigentes para el uso del titanio de grado 2 en implantología.

TITANIO GR. 5**	Valores máximos admitidos (%)	Tolerancia
Composición química:		
Nitrógeno	0.05	+/- 0.02
Carbono	0.08	+/- 0.02
Hidrógeno	0.012	+/- 0.002
Hierro	0.25	+/- 0.10
Oxígeno	0.13	+/- 0.02
Aluminio	5.50÷6.50	+/- 0.40
Vanadio	3.50÷4.50	+/- 0.15
Titanio	en balance	-
Propiedades mecánicas**		
Valores mínimos admitidos		
Tensión de ruptura (para diámetros de barra hasta 44,45 mm):	860 MPa (N/mm ²)	
Tensión de fluencia (0,2%):	795 MPa (N/mm ²)	
Ensanche a la fluencia:	10 %	
Reducción de la sección	25 %	

** Estas informaciones técnicas responden a lo especificado expresamente en las normativas vigentes para el uso del titanio de grado 5 en implantología.



PMMA

Denominación química:	Polimetil metacrilato
Color:	Trasparente
Propiedades físicas y mecánicas	
Densidad (DIN 53479):	1.18 g/cm ³
Tensión de fluencia a la compresión (ISO 527, DIN 53454):	110 N/mm ²
Ensanche de arrastre (DIN 53455, ISO 527)	5.5 %
Resistencia a la flexión	115 N/mm ²
Módulo de elasticidad (ISO 527, DIN 53457):	3300 N/mm ²
Módulo de elasticidad tangencial a aprox. Hz (DIN 53445)	1700 N/mm ²
Dureza BRINELL (con caída de bola, DIN 53456)	200 N/mm ²
Propiedades térmicas:	
Coefficiente de dilatación lineal a 0÷50 °C (DIN VDE 0304/01):	70-10 · 1/°C
Conductibilidad térmica (DIN 52612):	0.19 W/m °C
Temperatura de modelado:	≈ 160 °C
Temperatura de revenido:	>80 °C
Máxima temperatura de ejercicio continua:	78 °C
Temperatura de reblandecimiento VICAT procedimiento B (DIN 53460):	115 °C
Indeformabilidad térmica ISO 75 sollicitación de flexión 1,80 N/mm ² (DIN 53461):	105 °C
Indeformabilidad térmica según Martens (DIN 53458):	95 °C
Otros datos	
Absorción de agua en aumento de peso tras 1 día de inmersión (DIN 53495):	0.3 %

Indicaciones clínicas

La implantoprótesis moderna, tanto de carga inmediata como de carga diferida, es una disciplina muy experimentada y fiable, capaz de resolver casi todos los problemas de edentulismo, funcionales o estéticos. Una prótesis implantaria puede sustituir un solo diente (corona sobre implante), un grupo de dientes cercanos (puente sobre implantes) o un arco dental completo. Este manual se refiere al uso de componentes Conoweld para la realización de prótesis provisionales para carga inmediata y de prótesis definitivas de tipo conométrico.

Una rehabilitación implantoprotésica tiene que respetar algunos criterios fundamentales:

- la presencia de una cierta cantidad de hueso;
- la estabilidad primaria de los implantes una vez introducidos;
- un buen soporte periodontal (gingival);
- la ausencia de bruxismo (rechinado dental) o grave mal oclusión;
- la presencia de un buen equilibrio oclusal (correcto plano oclusal masticatorio).

Advertencias y contraindicaciones

En la evaluación del paciente generalmente es necesario considerar las contraindicaciones válidas para las intervenciones de cirugía odontológica.

Entre éstas se mencionan:

- alteraciones de la cadena hemática de la coagulación, tratamientos realizados con anticoagulantes;
- problemas de cicatrización o de regeneración ósea;
- diabetes melito no compensada;
- enfermedades metabólicas o sistémicas del intercambio que comprometan la regeneración de los tejidos, con una incidencia especial en la cicatrización y en la regeneración ósea;
- abuso de alcohol y tabaco y uso de drogas;
- terapias inmunosupresoras, como por ejemplo quimioterapia y radioterapia;
- infecciones e inflamaciones, como por ejemplo periodontitis y gingivitis;
- carente higiene oral;
- motivación inadecuada;
- defectos de oclusión y/o de la articulación, así como un espacio interoclusal insuficiente;
- proceso alveolar inadecuado.

Está contraindicado introducir implantes y prótesis implantarias en pacientes que presenten mal estado de salud general, que tengan una escasa o insuficiente higiene oral, que estén imposibilitados o tengan pocas posibilidades de realizar un control de sus condiciones generales o que hayan sufrido con anterioridad trasplantes de órganos. Deberán descartarse también los pacientes psicolábiles y aquellos que estén poco motivados o colaboren de forma insuficiente. Pacientes que se presenten en mal estado periodontal tienen que ser tratados y recuperados antes. En caso de falta de sustancia ósea o cuando la calidad del hueso receptor sea insuficiente y se presenten riesgos para la estabilidad del implante, deberá efectuarse antes una oportuna regeneración guiada de los tejidos. Está contraindicado también en pacientes que presenten: bruxismo, alergia al titanio (caso sumamente raro), enfermedades infecciosas agudas o crónicas, osteítis maxilares de tipo subagudo crónico, enfermedades sistémicas, alteraciones endocrinas, enfermedades de las que se deriven trastornos microvasculares, en caso de embarazo, lactancia, exposiciones anteriores a radiaciones, hemofilia, granulocitopenia, uso de esteroides, diabetes mellitus, insuficiencia renal, displasia fibrosa. Asimismo deberán considerarse las contraindicaciones comunes a todas las intervenciones de cirugía oral. Los pacientes en terapia con anticoagulantes, anticonvulsivos, inmunosupresores, con procesos inflamatorios-infecciosos activos en la cavidad oral y los pacientes con valores de creatinina y BUN alterados, no deberán ser sometidos a la intervención. Deberán descartarse los pacientes con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedades de la tiroides o de la paratiroides, tumores malignos descubiertos en los 5 años anteriores a la intervención o inflamaciones nodulares. Las quimioterapias reducen o anulan la capacidad de regeneración ósea; por tanto, se deberá valorar atentamente si es oportuno realizar rehabilitaciones implantoprotésicas en pacientes sometidos a dichos tratamientos. Con la administración de bifosfonatos, se han señalado en la literatura numerosos casos de osteonecrosis perimplantarias, sobre todo en la mandíbula. Este problema afecta de modo especial a los pacientes sometidos a tratamiento por vía endovenosa.

La prótesis tiene que ser siempre programada antes. La planificación protésica tiene que realizarse en colaboración con el protésico dental. La inserción guiada protésicamente de los implantes facilita la tarea del protésico y ofrece una mayor garantía de duración. Es oportuno recoger y archivar una documentación clínica, radiológica y radiográfica completa.

En cada uno de los envases encontrará el código, la descripción del contenido y el número de lote. Estos mismos datos se indican también en las etiquetas que contiene la información del paciente y el médico deberá citarlos para cualquier tipo de comunicación al respecto. Cuando manipule los dispositivos, tanto durante su uso como durante las operaciones de limpieza y esterilización, le aconsejamos que utilice siempre los guantes quirúrgicos de protección individual contra contaminaciones bacterianas. No respetar esta advertencia puede dar lugar a una infección cruzada. El envase se atiene a las normas europeas.

Datos del fabricante

El fabricante de los componentes protésicos y de los instrumentos descritos en el presente manual, salvo cuando se indique lo contrario, es:

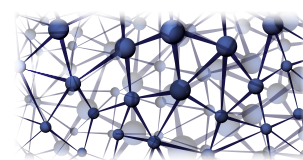
Sweden & Martina

Via Veneto 10

35020 Due Carrare (Padova) – Italia

Tel. +39 049.9124300 - Fax + 39 049.9124290

e-mail: info@sweden-martina.com www.sweden-martina.com



Clases de riesgo

A los fines de la Directiva CEE 93/42 incorporada en Italia mediante el Decreto Legislativo 46/97 de 26/3/97, anexo IX, Sweden & Martina S.p.A. se declara fabricante de los componentes de laboratorio para implantes dentales Sweden & Martina e identifica la clase de riesgo tal como se indica en la siguiente tabla. Todos los productos descritos, aunque se pueden utilizar en todos aquellos sujetos que presentan las indicaciones terapéuticas adecuadas, tienen que ser utilizados exclusivamente por personal médico profesional, con los títulos y habilitaciones necesarias y por prótesis dentales en el ámbito de la preparación de las prótesis.

Producto	Clasificación	Confección	Regla anexo IX	Clase de riesgo
Cofias para la toma de impresión sobre pilares	Invasivos de tipo quirúrgico de breve duración	Desechables, no estériles	7	2A
Pilares Conoweld y correspondientes cofias conométricas, tanto provisionales como definitivas	Invasivos de tipo no quirúrgico, destinados a la cavidad oral, de larga duración	Desechables, no estériles, con tornillos de fijación	8	2B
Tornillos de fijación para pilares	Accesorios de productos sanitarios invasivos de tipo quirúrgico, destinados a la cavidad oral, de larga duración	Desechables, no estériles. Vendidos en dotación con los correspondientes pilares o individualmente, en envase individual o múltiple	5	2A
Barras de titanio para soldadura intraoral	Invasivo de tipo quirúrgico, destinados a la cavidad oral, de larga duración	Desechables, no estériles	8	2B
Análogos de los pilares Conoweld	Producto sanitario no invasivo	Desechables, no estériles	1	1
Carraca dinamométrica	Instrumento quirúrgicos reutilizable para uso temporal (para una duración inferior a 60 minutos de forma continuada)	Reutilizable, no estéril	6	1
Atornillador para contra-ángulo	Instrumento quirúrgico invasivo, para uso temporal (duración inferior a los 60 minutos de forma continuada), destinado para ser conectado a un producto sanitario activo	Reutilizable, no estéril	6	2A
Atornilladores digitales o para carraca	Instrumentos quirúrgicos invasivos para uso temporal (duración inferior a los 60 minutos de forma continuada), no destinados para ser conectados a un producto sanitario activo	Reutilizables, no estériles	6	1

Productos desechables

Los componentes protésicos son desechables. Por desechables se entiende que cada uno de los productos tiene que ser utilizado exclusivamente por un solo paciente. Es costumbre que un componente protésico se pruebe en la boca varias veces y vuelva a mandarse al protésico dental para la finalización protésica. Esta praxis es lícita y no altera el concepto de desechable, con la condición que este componente protésico se utilice siempre y sólo para el mismo paciente. En los casos de prótesis múltiple, es importante que el mismo componente se utilice siempre y sólo en la misma posición y en conexión con el mismo implante, es decir que no se intercambien los componentes en el ámbito de la misma rehabilitación.

No respetar estas indicaciones podría dar lugar a infecciones. El posible uso en pacientes distintos tiene que ser considerado un uso off-label y en dichos casos Sweden & Martina S.p.A. declina cualquier tipo de responsabilidad.

Advertencias especiales

En el momento de apretar los tornillos para pilares se recomienda utilizar los siguientes torques:

Torque tornillos de fijación para pilares	20-25 Ncm
---	-----------

Torques de fijación demasiado elevados podrían debilitar la estructura mecánica de los tornillos y comprometer la estabilidad protésica, con posibles daños a la conexión implantaria.

Mantenimiento

La literatura previene sobre las complicaciones relacionadas con las prótesis implantarias. Dichas complicaciones pueden llevar consigo la pérdida de la osteointegración y el fracaso del implante. Un mantenimiento correcto por parte del paciente, una higiene regular en el domicilio y controles periódicos con sesiones de higiene profesional alargan la vida útil del producto. Complicaciones como, por ejemplo, el desatornillado de los tornillos que fijan la prótesis a los implantes, pueden ser fácilmente prevenidas con controles periódicos. En caso de necesidad de fijación de los tornillos muñonales o protésicos, dichas operaciones tienen que ser realizadas por el médico mediante productos específicos con control del torque de fijación. Es oportuno revisar periódicamente el calibrado de dichos productos.

Si el paciente advirtiera problemas de este tipo, es importante que se dirija lo antes posible al médico para devolver la correcta funcionalidad protésica. Retrasar la cita con el médico puede dar lugar a una fractura del tornillo de fijación o de la prótesis, en el primer caso, y a la pérdida del implante en el segundo, comprometiendo el resultado rehabilitativo. Es necesario que los médicos informen a los pacientes de esta posibilidad.

Las complicaciones pueden ser biológicas (pérdida de la integración) o mecánicas (fractura de un componente por exceso de carga). Si no hay complicaciones, la duración de los productos y de todo el aparato protésico dependerá de la resistencia mecánica en función del esfuerzo que el producto haya acumulado. Sweden & Martina S.p.A ha sometido todo el conjunto implante-pilar-tornillo de fijación a los test de resistencia al esfuerzo de 5.000.000 ciclos. Dichos conjuntos han superado con éxito los test. Los test de esfuerzo se han realizado según la norma específica y se han validado posteriormente mediante cálculo de elementos acabados.

Limpieza / Esterilización / Conservación de componentes protésicos e instrumentos

¡Atención! Todos los componentes protésicos y los instrumentos para implantes dentales se venden en condiciones NO ESTÉRILES. Antes de su uso, tienen que limpiarse, desinfectarse y esterilizarse siguiendo el siguiente procedimiento garantizado por Sweden & Martina. Dichos procesos tienen que llevarse a cabo antes de realizar cualquier intervención intraoral, es decir antes de cualquier uso, para las posibles fases de prueba, y, en cualquier caso, antes de la carga protésica definitiva. La repetición de los procesos descritos en este parágrafo no altera las características de estos productos. El incumplimiento de estas indicaciones puede provocar infecciones cruzadas.

a. Limpieza: Envases y transporte que deberán utilizarse para efectuar la limpieza: no existen requisitos especiales.

En caso de limpieza automatizada: utilice una cuba de ultrasonidos con una solución detergente. Le recomendamos que utilice exclusivamente detergentes neutros. La concentración de la solución y la duración del lavado deberán realizarse según las indicaciones del fabricante. Utilice agua desmineralizada para prevenir la formación de manchas y cercos. En el momento de la descarga, controle los recovecos de los productos, los orificios, etc. comprobando que todos los residuos hayan sido eliminados correctamente. Si fuera necesario, repita el ciclo o realice la limpieza de forma manual.

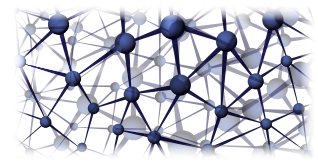
En caso de limpieza manual: utilice un detergente neutro, ateniéndose a las instrucciones de uso del fabricante. Cepille los productos con cerdas suaves, con abundante agua corriente. Utilizando el cepillo, aplique la solución detergente a todas las superficies. Aclare con agua destilada al menos durante 4 minutos. Compruebe que el agua corriente entre abundantemente por todos los resquicios. Después del aclarado, secar completamente los productos e introducirlos en bolsas de esterilización. En caso de que se realice un ciclo de secado como parte del ciclo de un aparato de lavado y desinfección, no supere los 120°C.

b. Esterilización: esterilice en autoclave al vacío y con las siguientes modalidades:

- Temperatura = 121 ÷ 124 °C, con ciclo autoclave mínimo de 20 minutos y ciclo de secado de 15 minutos.

c. Conservación: Tras la esterilización, el producto tiene que dejarse en las bolsas utilizadas para la esterilización. Las bolsas deberán abrirse sólo en el momento de reutilizar el producto. Las bolsas de esterilización pueden mantener normalmente la esterilidad en su interior, salvo que el involucro se encuentre dañado. Preste, por tanto, atención y no utilice los componentes si las bolsas en que se conservaban presentaran alteraciones; esterilice en bolsas nuevas antes de volver a usar el producto. El periodo de conservación de los productos esterilizados de las bolsas no debe superar el aconsejado por el fabricante de éstas.

El producto deberá conservarse en un lugar fresco y seco, manteniéndolo apartado de rayos solares directos, agua y fuentes de calor.



Limpieza, desinfección, esterilización y conservación de la carraca dinamométrica CR15

Los procesos descritos a continuación tienen que ser utilizados antes del primer uso y antes de cualquier intervención sucesiva. La repetición de los procesos descritos en este párrafo tiene un efecto mínimo sobre el deterioro del producto.

El incumplimiento de estas indicaciones puede provocar infecciones cruzadas.

Envases y transporte que deberán utilizarse para efectuar la limpieza: no existen requisitos especiales.

En cuanto sea posible, tras haber utilizado la llave, colóquela en un recipiente con una solución desinfectante / detergente y cubra todo con un paño. La finalidad de esta operación es la de prevenir que se sequen los agentes de contaminación provenientes del paciente y disolverlos, además de facilitar la limpieza y hacerla más eficaz.

Desmontar completamente la llave tal como se indica a continuación:



Desatornille completamente el tornillo de regulación del torque y extraiga el muelle que se encuentra dentro del mango del cuerpo de la carraca. No separe el muelle del poste que hace de tope.

Con la punta hexagonal situada en la base del tornillo de regulación del torque, desatornille y extraiga completamente el tornillo de fijación de la tapa por el lado indicado con OUT. Efectúe una ligera presión para evitar dañar la punta hexagonal.

Después de haber quitado la tapa, extraiga los dos componentes incluidos en la cabeza de la carraca: la rueda de trinchete dentada y el diente de bloqueo de la rueda.

En caso de limpieza manual, introduzca todas las superficies externas e internas del instrumento en agua caliente y límpielas mecánicamente con un cepillo de cerdas suaves. Enjuague los orificios poco accesibles de la cabeza que se encuentran alrededor de la rueda de trinquete y del diente de bloqueo de la rueda inyectando agua caliente con una jeringuilla sin aguja. Si fuera necesario, haga lo mismo dentro del mango y del dispositivo de regulación del par. Utilice un detergente neutro, ateniéndose a las instrucciones de uso del fabricante. Utilizando el cepillo, aplique la solución detergente a todas las superficies. Aclare con agua destilada al menos durante 4 minutos. Compruebe que el agua corriente entre abundantemente por todos los resquicios.

En caso de limpieza automatizada con ultrasonidos: utilice una cubeta de ultrasonidos utilizando una solución detergente. Le recomendamos que utilice exclusivamente detergentes neutros. La concentración de la solución y la duración del lavado deberán realizarse según las indicaciones del fabricante. Utilice agua desmineralizada para prevenir la formación de manchas y cercos. Durante este ciclo, evite el contacto de las piezas entre ellas, porque ello provoca el deterioro de las superficies elaboradas, y por consiguiente una pérdida de precisión de la medida del par.

En el momento de la descarga, controle los recovecos de los productos, los orificios, etc. comprobando que todos los residuos hayan sido eliminados correctamente. Si fuera necesario, repita el ciclo o realice la limpieza de forma manual.

Observación: Los residuos de sangre u otros depósitos reducen la eficacia de la esterilización. Por este motivo es importante realizar una limpieza profunda. Durante todos los ciclos de limpieza, evite pulverizaciones o chorros de líquido y trabaje con las correspondientes protecciones. Evite que este instrumento entre en contacto con otros instrumentos niquelados. Antes de realizar la esterilización, hay que volver a montar las piezas. Seque las piezas, lubrifique moderadamente las zonas funcionales y vuelva a montar la llave tal como se indica en las figuras siguientes. Un exceso de lubricante hace que el instrumento aflore hacia la superficie durante la esterilización. Utilice exclusivamente el lubricante suministrado.



Tras haber lubricado las partes indicadas en la figura, introduzca los dos elementos que componen la cabeza de la carraca en la siguiente secuencia: rueda de trinquete dentada y sucesivamente la muesca de bloqueo de la rueda.

Lubrifique las zonas de contacto entre la muesca de la rueda trinquete y el poste de la muesca de bloqueo de la rueda.

Una vez colocadas y lubricadas las partes 2 y 3 en la cabeza del cuerpo de la carraca, coloque la tapa y gire el cuerpo de la carraca por el lado OUT. Apretar con la punta hexagonal del tornillo de regulación del torque.

Lubrifique el muelle situado en el interior del mango de la carraca tal como se muestra en la figura. Monte el tornillo de regulación del torque comprobando que el instrumento funciona correctamente activando manualmente la rueda de trinquete.

Esterilización: esterilice en autoclave al vacío y con las siguientes modalidades:

Temperatura = 121 ÷ 124 °C, con ciclo autoclave mínimo de 20 minutos y ciclo de secado de 15 minutos.

Este procedimiento es importante para conservar la precisión del instrumento dentro de una tolerancia de $\pm 3,5$ Ncm. Ponga en funcionamiento el mecanismo del par y de inserción para comprobar que funciona correctamente. Elimine los restos de lubricante de la superficie externa de la llave. Introduzca el dispositivo en bolsas de esterilización. Le aconsejamos que se ejercite en las operaciones de desmontaje y montaje siguiendo las indicaciones.

Responsabilidad por productos defectuosos y términos de garantía

Ofrecer el mejor tratamiento posible al paciente y atenderle en sus necesidades son condiciones necesarias para garantizar el éxito implantológico, por lo que es necesario seleccionar atentamente al paciente, informarlo sobre los riesgos y deberes asociados al tratamiento y alentarle a cooperar con el odontólogo para que el tratamiento llegue a buen fin. Así pues, es necesario que el paciente mantenga una buena higiene, confirmada durante el check-up y consultas de control.

Deberá asegurarse siempre y documentarse, así como tendrán que ser cumplidas y documentadas las indicaciones y prescripciones del médico. La garantía cubre exclusivamente los defectos de producción comprobados, previa expedición de la pieza identificada con el código de artículo y lote, durante el periodo de validez de la garantía.

Advertencia

Los componentes protésicos fabricados por Sweden & Martina son destinados al uso con implantes dentales e instrumentos protésicos también fabricados por Sweden & Martina. La utilización de componentes no originales limita la responsabilidad de Sweden & Martina y anula la garantía del producto.

Los componentes protésicos tienen que ser atornillados a los implantes con el uso de instrumentos específicos. Para el atornillado le aconsejamos el uso de instrumentos originales fabricados por Sweden & Martina S.p.A. Sweden & Martina S.p.A. declina cualquier responsabilidad en caso de instrumental no original. Los instrumentos fabricados por Sweden & Martina S.p.A. han sido diseñados para ser utilizados con implantes dentales y componentes protésicos también fabricados por Sweden & Martina. La utilización de los instrumentos para intervenciones con implantes distintos de los fabricados por Sweden & Martina S.p.A. limita la responsabilidad de Sweden & Martina S.p.A. y anula la garantía del producto. Sweden & Martina S.p.A. declina cualquier responsabilidad en caso de instrumental no original.

El diseño y la producción de los productos sanitarios objeto de este manual se realiza de conformidad con las directivas y normas armonizadas más actualizadas por lo que respecta a los materiales utilizados, los procesos productivos, las informaciones suministradas y los embalajes.

En cada uno de los envases encontrará el código, la descripción del contenido y el número de lote. Estos mismos datos, que se indican también en las etiquetas colocadas dentro de los envases, deberán ser citados por el médico para cualquier tipo de comunicación al respecto.

Los componentes protésicos y los instrumentos fabricados por Sweden & Martina no contienen materiales de origen humano, origen animal o ftalatos.











Le recomendamos que verifique con los pacientes posibles alergias a las sustancias utilizadas.

La alergia al titanio es muy rara pero posible. Por tanto, es siempre necesario comprobar antes con los pacientes que no presenten alergias a este tipo de material. Consúltense las págs. 34-37 para ver las fichas técnicas detalladas de todos los materiales utilizados, comprobar las relativas composiciones químicas y conocer las características físico-mecánicas.

Residuos

Los componentes protésicos, una vez extraídos de la cavidad oral por un problema mecánico o biológico, tienen que eliminarse como residuos biológicos. Los instrumentos están constituidos por pequeños componentes, la mayoría metálicos. Pueden ser eliminados como tales. Si están sucios, deberán ser asimilados para su eliminación, a los residuos biológicos. En general, consúltense las normas vigentes en materia a nivel local.

Lectura de los símbolos indicados en los envases:

símbolo	descripción
	Atención: Consulte las instrucciones de uso
	Número de lote
	Código
	Producto no estéril (sólo componentes protésicos e instrumentos quirúrgicos)
	No reutilice, producto desechable
	Fabricante
	Consulte las instrucciones de uso
	Marca de conformidad CE para los productos de clase 1
	Marca de conformidad CE para los productos de clase 2a y 2b
	La ley federal americana impide la venta del producto a personas que no sean odontólogos o que actúen bajo su autoridad.



- Segura Andrés G, Martínez Lage J. F., Ferreiroa A., Faus López J., Agustín Panadero R.; Rehabilitación protésica en un maxilar atrófico a consecuencia de un trauma facial; *Gaceta Dental*, 2013; 244:112-118
- Canullo L, Micarelli C, Clementini M.; Hard tissue response to argon plasma cleaning treatment on titanium abutments: 2-year follow-up RCT; *European Journal of Oral Implantology*, 6 (Suppl. Spring), 2013; S21-S22
- Rossi F, Lang N. P., De Santis E., Morelli F, Favero G., Botticelli D.; Bone-healing pattern at the surface of titanium implants: an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2013, January 4th; DOI: 10.1111/cir.120428
- Clementini M., Canullo L, Micarelli C.; Fibroblast growth on titanium disks treated by argon plasma: an in vitro triple-blinded study; *European Journal of Oral Implantology*, 6 (Suppl. Spring), 2013; S29-S30
- Canullo L, Micarelli C, Iannello G.; Microscopical and chemical surface characterization of the gingival portion and connection of an internal hexagon abutment before and after different technical stages of preparation; *Clinical Oral Implant Research*, 2013, 24: 606-611; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02499.x
- Canullo L, Heinemann F, Gedrange T, Biffar R., Kunert-Keil C.; Histological evaluation at different times after augmentation of extraction sites grafted with a magnesium-enriched hydroxyapatite: double-blinded randomized controlled trial; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2013, January 4th; DOI: 10.1111/cir.12035
- Canullo L, Micarelli C, Clementini M., Carinci F.; Cleaning procedures on customized abutments: microscopical, microbiological and chemical analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 7: 55-56; DOI: 10.1111/cir.12019, 2012, 23(s7_128)
- Canullo L, Micarelli C, Lembo-Fazio L, Iannello G, Clementini M.; Microscopical and microbiological characterization of customized titanium abutments after different cleaning procedures; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2012, December 5th, DOI: 10.1111/cir.12089
- Wennstrom J. L., Derks J.; Is there a need for keratinized mucosa around implants to maintain health and tissue stability?; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 6: 136-146; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.0254.x
- Sisti A., Canullo L, Mottola M. P., Covani U, Barone A., Botticelli D.; Clinical evaluation of a ridge augmentation procedure for the severely resorbed alveolar socket: multicenter randomized controlled trial, preliminary results; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23: 526-535; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02386.x
- Sailer I., Muhlemann S, Zwahlen M., Hämmerle C. H. F., Schneider D.; Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 6: 163-201; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02538.x
- Barone A., Orlando B., Cingano L., Marconcini S., Derchi G., Covani U.; A randomized clinical trial to evaluate and compare implants placed in augmented vs. non-augmented extraction sockets A 3-year evaluation; *Journal of Periodontology*, 2012; 83: 836-846; DOI: 10.1902/jop.2011.110205
- Sisti A., Canullo L, Mottola M. P., Iannello G.; Crestal minimally invasive sinus lift on severely resorbed maxillary crest: prospective study; *Biomedizinische Technik/Biomedical Engineering*, 2012, 57, ISSN (Online) 1862-278X, ISSN (Print) 0013-5585; DOI: 10.1515/bmt-2011-0038
- Crespi C., Cappare P., Gherlone E.; Sinus floor elevation by osteotome: hand mallet versus electric mallet. A prospective clinical study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2012; 27: 1144-50; DOI: 10.1111/j.1708-8208.2012.00485.x
- Al-Nsour M., Chan H. L., Wang H. L.; Effect of the platform-switching technique on preservation of peri implant marginal bone: a systematic review; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 2012; 27: 138-145
- Annibaldi S., Bignozzi I., Cristalli M. P., Graziani F, La Monaca G., Polimeni A.; Peri-implant marginal bone level: a systematic review and meta-analysis of studies comparing platform switching versus conventionally restored implants; *Journal of Clinical Periodontology*, 2012; 39: 1097-1113; DOI: 10.1111/j.1600-051X.2012.01930.x
- Csonka M.; Switching Platform chirurgico e protesico; *Italian Dental Journal*, 2012; 08: 24
- Lang N. P., Pun L., Lau K. Y., Li K. Y., Wong M. C.; A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1; *Clinical Oral Implants Research*, 2012; 23 (Suppl 5): 39-66; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02372.x
- Ortega Martínez J., Pérez Pascual T., Mereque Bueno S., Hernández Alfaro F., Ferrés Padró E.; Immediate Implants following tooth extraction - A systematic review; *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2012; 17: 251-261; DOI: 10.4317/medoral.17469
- Vignoletti F., Morante Mudarra S., Lorenzo Vignau R., Oteo Pérez A., Rodrigo Gómez D.; "Implantes inmediatos en alveolos posextracción. Factores críticos en la cicatrización de los tejidos duros y blandos"; *Maxilaris, Ciencia y Actualidad Profesional e Industrial del Sector Dental*, 2012, XV, 155: 110-126
- Bruschi G., Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; Clinical study of flap design to increase the keratinized gingiva around implants. 4-year, follow-up; *Journal of Oral Implantology*, Early View, First published online in 2012, November; DOI: 10.1563/AID-JOI-D-11-00236.1
- Canullo L., Gotz W.; Peri-implant hard tissue response to glow-discharged abutments: Prospective study. Preliminary radiological results; *Annals of Anatomy*, 2012; 194: 174-478; DOI: org/10.1016/j.aanat.2012.03.006
- Canullo L, Micarelli C, Clementini M.; Effect of titanium abutment plasma cleaning on peri-implant bone level changes: randomized controlled trial, preliminary results; Poster, Winner, Prize Martignoni, AIOP Congress Bologna, 22-24 Novembre 2012
- Bastieri A.; espansione ossea controllata con Drill Bone Expander (D.B.E.): variabili e polifunzionalità; *Numeri Uno* 15, 2013, 10-12
- Scavia S.; Studio prospettico sul mantenimento del volume osseo verticale in impianti inseriti con tecnica M.I.S.E.; *Numeri Uno* 14, 2012, 14-15
- Crespi R., Bruschi G. B.; Vantaggi chirurgici nell'uso del Magnetic Mallet; *Numeri Uno* 13, 2012, 16-18.
- Csonka M.; Postestrattivo a carico immediato con Tecnica Simple e Platform Switching; *Numeri Uno* 12, 2012, 8-9
- Minenna F, De Leo L.; Riabilitazione implanto protesica con tecnica One Stage e protesi avvitata in materiale composito; *Numeri Uno*, 12;2012, 12-13
- Micarelli C., Canullo L., Baldissara A., Clementini M.; Abutment screw removal torque values before and after plasma cleaning; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 7: 72; DOI: 10.1111/cir.12019, 2012, 23(s7_162)
- Micarelli C., Canullo L., Baldissara P., Clementini M.; Abutment screw reverse torque values before and after plasma cleaning; *International Journal of Prosthodontics*, Accepted and Overview Published online, on 2012, September, 12th
- Peñarrocha Diago M., Pellicer Chover H., Peñarrocha Oltra D.; Rehabilitación con prótesis fija de arco completo maxilar mandibular sobre implantes postextracción. A propósito de un caso; *Numeri Uno* 11, 2012, 15-17
- Galli C., Piemontese M., Meikle S. T., Santini M., Macaluso G. M., Passeri G.; Biomimetic coating with phosphoserine-tethered poly(epsilon-L-lysine) dendrons on titanium surfaces enhances Wnt and osteoblastic differentiation; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2012, December 5th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02227.x
- Bengazi F., Lang N. P., Canciani E., Viganò P., Urbizo Velez J., Botticelli D.; Osseointegration of implants with dendrimers surface characteristics installed conventionally or with Piezosurgery®. A comparative study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2012, December 12th; DOI: 10.1111/cir.12082
- Schweikert M., Baffone G., Botticelli D., Favero G., Lavia P. P., Lang N. P.; Influence of buccal bony crest width on marginal dimensions of peri-implant tissues after implant installation in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 7: 77-78; DOI: 10.1111/cir.12019, 2012, 23(s7_171)
- Baffone G. M., Botticelli D., Pereira F. P., Favero G., Schweikert M., Lang N. P.; Influence of buccal bony crest width on marginal dimensions of peri-implant hard and soft tissues after implant installation. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implants Research*, 2013; 24: 250-254; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02512.x
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; A comparison of manual and electrical mallet in maxillary bone condensing for immediately loaded implants: a randomized study; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, Early View, First Published online on 2012, August, 15th, DOI: 10.1111/j.1708-8208.2012.00485.x
- Calvo-Guirado J. L., Boquete-Castro A., Negri B., Delgado Ruiz R., Gomez-Moreno G., Iezzi G.; Crestal bone reactions to immediate implants placed at different levels in relation to crestal bone. A pilot study in foxhound dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2013, January 25th; DOI: 10.1111/cir.12110
- Scala A., Lang N. P., Schweikert M. T., de Oliveira J. A., Rangel- Garcia I. Jr, Botticelli D.; Sequential healing of open extraction sockets. An experimental study in monkeys; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2013, April 1st; DOI: 10.1111/cir.12148
- Rossi F, Lang N. P., Favero G., Pantani F, Tschon M., Botticelli D.; Bone healing pattern at the surface of titanium implants: an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 7: 76-77; DOI: 10.1111/cir.12019, 2012, 23(s7_171)
- Sivoletta S., Bressan E., Salata L. A., Urrutia Z. A., Lang N. P., Botticelli D.; Osteogenesis at implants without primary bone contact - An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23: 542-549; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02423.x
- Sivoletta S., Bressan E., Salata L. A., Quinones M. E., Urrutia Z. A., Lang N. P., Botticelli D.; Deproteinized bovine bone mineral particles and osseointegration of implants without primary bone contact: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2013, April 8th; DOI: 10.1111/cir.12154
- Caneva M., Botticelli D., Viganò P., Morelli F., Rea M., Lang N. P.; Connective tissue grafts in conjunction with implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 24: 50-56; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02450.x
- De Santis E., Lang N. P., Cesaretti G., Mainetti T., Beolchini M., Botticelli D.; Healing outcomes at implants installed in sites augmented with particulate autologous bone and xenografts. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implants Research*, 2013; 24: 77-86; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02456.x
- Negri M., Lumetti S., Manfredi E., Galli C., Chiacchi G., Macaluso G. M.; Marginal bone remodelling of Sweden&Martina Premium implants: 2-years clinical results; *Clinical Oral Implant Research*, 2012; 23 Suppl 7: 98; DOI: 10.1111/cir.12019, 2012, 23(s7_218)
- Cosyn J., Hooghe H., De Bruyn H.; A systematic review on the frequency of advanced recession following single Immediate Implant treatment; *Journal of Clinical Periodontology*, 2012 Jun; 39: 582-589; DOI: 10.1111/j.1600-051X.2012.01888.x
- Covani U., Chiappe G., Bosco M., Orlando B., Quaranta A., Barone A.; A 10-year evaluation of implants placed in fresh extraction sockets: a prospective cohort study; *Journal of Periodontology*, 2012; 83: 1226-1234; DOI: 10.1902/jop.2012.110583
- Covani U., Ricci M., D'Ambrosio N., Quaranta A., Barone A.; Changes in soft tissues around immediate full-arch rehabilitations: a prospective study; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2012, January, 6th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02394.x
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.; Immediate provisionalization of dental implants placed in fresh extraction sockets using a flapless technique; *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 2012; 32: 29-37
- Morelli F.; Rigenerazione ossea orizzontale e verticale peri-implantare con mesh in titanio ed osso autogeno; *Numeri Uno* 11; 2011, 7-9
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; Electrical mallet provides essential advantages in maxillary bone condensing. A prospective clinical study; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, Early View, First Published online on 2012, January, 11th, DOI: 10.1111/j.1708-8208.2011.00432.x
- Galli C., Macaluso G.M., Elezi E., Ravanetti F., Cacchioli A., Gualini G., Passeri G.; The Effects of Er:YAG Laser Treatment on Titanium Surface Profile and Osteoblastic Cell Activity: An In Vitro Study; *Journal of Periodontology*, 82 (8): 1169-1177, 2011; DOI: 10.1902/jop.2010.100428
- Ramaglia L., Postiglione L., Di Spigna G., Capece G., Salzano S., Rossi G.; Sandblasted-acid-etched titanium surface influences in vitro the biological behavior of SaOS-2 human osteoblast-like cells; *Dental Material Journal*, 30: 183-192, 2011; DOI:10.4012/dmj.2010-107
- Scala A., Botticelli D., Faeda R.S., Rangel I.G. Jr, de Oliveira J.A., Lang N.P.; Lack of influence of the Schneiderian membrane in forming new bone apical to implants simultaneously installed with sinus floor elevation: an experimental study in monkeys; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, June 13th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02227.x
- Rossi F, Botticelli D., Pantani F, Pereira F.P., Salata L.A., Lang N.P.; Bone healing pattern in surgically created circumferential defects around submerged implants: an experimental study in dog; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, March 28th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02170.x
- Caneva M., Botticelli D., Pantani F, Baffone G.M., Rangel I.G. Jr., Lang N.P.; Deproteinized bovine bone mineral in marginal defects at implants installed immediately into extraction sockets: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, May 5th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02202.x
- De Santis E., Botticelli D., Pantani F, Pereira F.P., Beolchini M., Lang N.P.; Bone regeneration at implants placed into extraction sockets of maxillary incisors in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2012, 2011; 430-437; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2010.02122.x
- De Santis E., Lang N.P., Scala A., Viganò P., Salata L.A., Botticelli D.; Healing outcomes at implants installed in grafted sites: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, October 3rd; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02326.x
- Caneva M., Botticelli D., Morelli F., Cesaretti G., Beolchini M., Lang N.P.; Alveolar process preservation at implants installed immediately into extraction sockets using deproteinized bovine bone mineral - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, October 21st; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02332.x
- Caneva M., Botticelli D., Rossi F., Carvalho Cardoso L., Pantani F., Lang N.P.; Influence of implants with different sizes and configurations installed immediately into extraction sockets on peri-implant hard and soft tissues: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, September 29th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02310.x
- Vignoletti F, De Sanctis M., Sanz M.; Impianti immediati post-estrattivi: fattori critici per la guarigione dei tessuti; *Il Dentista Moderno*, 9:94-114, 2011
- Farronato D., Santoro G., Canullo L., Botticelli D., Maiorana C., Lang N.P.; Establishment of the epithelial attachment and connective tissue adaptation to implants installed under the concept of "platform switching": a histologic study in minipigs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, April 15th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02196.x
- Baffone G.M., Botticelli D., Pantani F., Cardoso L.C., Schweikert M.T., Lang N.P.; Influence of various

BIBLIOGRAFÍA SOBRE LOS IMPLANTES SWEDEN & MARTINA

- implant platform configurations on peri-implant tissue dimensions: an experimental study in dog; *Clinical Oral Implant Research* 22, 2011; 438-444; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2010.02146.x
- Canullo L., Pellegrini G., Allievi C., Trombelli L., Annibaldi S., Dellavia C.; Soft tissues around long-term platform switching implant restorations: a histological human evaluation. Preliminary results; *Journal of Clinical Periodontology*, 2011; 38: 86-94; DOI: 10.1111/j.1600-051X.2010.01641.x
- Canullo L., Iannello G., Netuschil L., Jepsen S.; Platform switching and matrix metalloproteinase-8 levels in peri-implant sulcular fluid; *Clinical Oral Implant Research, Early View*, First Published online on 2011, March 28th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02175.x
- Della Via C., Canullo L., Allievi C., Lang N.P., Pellegrini C.; Soft tissue surrounding switched platform implants: an immunohistochemical evaluation; *Clinical Oral Implant Research, Early View*, First Published online on 2011, September 29th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02301.x
- Baffone G.M., Botticelli D., Canullo L., Scala A., Beolchini M., Lang N.P.; Effect of mismatching abutments on implants with wider platforms - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research, Early View* First Published online on 2011, November 2nd; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02320.x
- Canullo L., Pace F., Coelho P., Sciubba E., Vozza I.; The Influence of Platform Switching on the Biomechanical Aspects of the Implant-Abutment System. A Three Dimensional Finite Element Study; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Sep 1;16 (6):e852-6; DOI: 10.4317/medoral.17243
- Canullo L., Iannello G., Götz W.; The influence of individual bone patterns on peri-implant bone loss: preliminary report from a 3-year randomized clinical and histologic trial in patients treated with implants restored with matching-diameter abutments or the platform-switching concept; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 2011 May-Jun;26(3):618-30
- Serrano-Sánchez P., Calvo-Guirado J.L., Manzanera-Pastor E., Llorio-Castro C., Bretones-López P., Pérez-Llanes J.A.; The influence of platform switching in dental implants. A literature review; *Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal*. 2011 May 1;16 (3):e400-5; DOI: 10.4317/medoral.16.e400
- Bruschi G.B., Crespi R., Cappare P., Bravi F., Bruschi E., Gherlone E.; Localized Management of Sinus Floor Technique for Implant Placement in Fresh Molar Sockets; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 2011 May 20. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1111/j.1708-8208.2011.00348.x
- Sisti A., Canullo L., Mottola M.P., Iannello G.; A case series on crestal sinus elevation with rotary instruments; *European Journal of Oral Implantology*. 2011 Summer;4(2):145-52
- Garcia-Fajardo Palacios C.; Sinus Lift. Ottimizzazione dei risultati; *NumeriUno* 10(06), 2011, 04-07
- Canullo L.; RIGENERAZIONE DI UN SITO POST-ESTRATTIVO con grave deficit osseo vestibolare con idrossiapatite arricchita di magnesio. CASE REPORT CON FOLLOW UP DEL RESTAURO IMPLANTO-PROTESICO A 2 ANNI; *Odontoiatria - Rivista degli Amici di Brugg*, 2: 166-167, 2011
- Becattelli A., Biscaro L., Ferlin P., Soattin M.; Riabilitazione implanto-protesica di entrambe le arcate mediante Toronto Bridge su impianti tiltati a carico immediato; *NumeriUno* 10(06) 2011, 10-12
- Marano G., Tomarelli F.; Carico implantare immediato e condizionamento dei tessuti molli con provvisorio in ceramica; *NumeriUno* 10 (06) 2011, 18-21
- Avanzo P., Fabrocini L., Avanzo A., Ciavarella D., Lo Muzio L., De Maio R.; Use of intra-oral welding to stabilize dental implants in augmented sites for immediate provisionalization: a case report; *Journal of Oral Implantology*, 2010 Oct 8. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1563/AID-JOI-D-10-00047
- Dominici A.D.; Solidarizzazione elettronica su impianti a carico immediato: un caso clinico in chirurgia flapless; *Dental Cadmos*, 79(8):545-550, 2011; DOI: 10.1016/j.cadmos.2011.03.002
- De Paolis G., Quaranta A., Zappia S., Vozza I., Quaranta M.; Valutazione clinica e microbiologica di impianti a connessione conometrica rispetto a impianti a connessione esagonale: caso clinico; *Dental Cadmos*, 79(7):443-454, 2011; DOI: 10.1016/j.cadmos.2010.11.010
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R., Cristalli M.P., Iannello G.; Immediate positioning of a definitive abutment versus repeated abutment replacements in post-extractive implants: 3-year follow-up of a randomised multicentre clinical trial; *European Journal of Oral Implantology*, 2010 Winter;3(4):285-96
- Csonka M.; Carico Immediato di una Cresta Mandibolare Edentula con Tecnica SIMPLE; *Italian Dental Journal*, 2011
- Canullo L., Baffone G.M., Botticelli D., Pantani F., Beolchini M., Lang N.P.; Effect of wider implant/abutment mismatching: an histological study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011:910; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Rossi F., Botticelli D., Salata L.; Bone healing in animal surgically created circumferential defects around submerged implants; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 937; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Ricci M., Funel N., Orazio V., Bobbio A., Barone A., Covani U.; Analysis of osteoblastic gene dynamics in the early human mesenchymal cell response to an implant support: an in vitro study; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 1071; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Canullo L., Gotz W.; Cell growth on titanium disks treated by plasma of Argon: experimental study; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 1082-3; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Bruschi G.B., Crespi R.; TECNICHE DI ESPANSIONE OSSEA IN CHIRURGIA IMPLANTARE; Quintessenza Edizioni S.r.l., 2011, Milano (Anteprima)
- Avellino W., Milan U., Delle Rose D.; SOLUZIONI CLINICHE E TECNICHE PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROVVISORIO FULL-ARCH SU IMPIANTI CON FUNZIONE IMMEDIATA; *NumeriUno*, 7: 11-13, 2010
- Branchi R., Vangi D., Virga A., Guertin G., Fazi G.; RESISTANCE TO WEAR OF FOUR MATRICES WITH BALL ATTACHMENTS FOR IMPLANT OVERDENTURES: A FATIGUE STUDY; *Journal of Prosthodontics*, 19(8):614-619, 2010
- Bruschi G.B., Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; TRANSCRESTAL SINUS FLOOR ELEVATION: A RETROSPECTIVE STUDY OF 46 PATIENTS UP TO 16 YEARS; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 2010 Oct 26
- Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Baffone G., Lang N.P., Botticelli D.; INFLUENCE OF IMPLANT POSITIONING IN EXTRACTION SOCKETS ON OSSEOINTEGRATION: HISTOMORPHOMETRIC ANALYSES IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research* 21; 43-49, 2010
- Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Bressan E., Botticelli D., Lang N.P.; HARD TISSUE FORMATION ADJACENT TO IMPLANTS OF VARIOUS SIZE AND CONFIGURATION IMMEDIATELY PLACED INTO EXTRACTION SOCKETS: AN EXPERIMENTAL STUDY IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research*, 21(9):885-90, 2010
- Caneva M., Botticelli D., Stellini E., Souza S.L., Salata L.A., Lang N.P.; MAGNESIUM-ENRICHED HYDROXYAPATITE AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research, Early View*, first published online 2010 Dec 9
- Caneva M., Botticelli D., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Carvalho Cardoso L., Lang N.P.; COLLAGEN MEMBRANES AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research*, 21(9):891-7, 2010
- Caneva M., Botticelli D., Salata L.A., Scombatti de Souza S.L., Bressan E., Lang N.P.; FLAP VS. "FLAPLESS" SURGICAL APPROACH AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research*, 21 (12):1314-1319, 2010
- Canullo L., Quaranta A., Teles R.P.; THE MICROBIOTA ASSOCIATED WITH IMPLANTS RESTORED WITH PLATFORM SWITCHING: A PRELIMINARY REPORT; *Journal of Periodontology*, 81:403-411, 2010
- Canullo L., Rossi Fedele G., Iannello G., Jepsen S.; PLATFORM SWITCHING AND MARGINAL BONE-LEVEL ALTERATIONS: THE RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL; *Clinical Oral Implant Research*, 21:115-121, 2010
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R.; "ONE ABUTMENT-ONE TIME": OPTIMIZING PLATFORM-SWITCHING CONCEPT. THREE-YEAR CONTROLLED PROSPECTIVE STUDY; *Clinical Oral Implant Research*, 21 (10): 1085, 2010
- Canullo L.; CASO CLINICO: AGENESIA DELL'INCISIVO LATERALE SUPERIORE DESTRO; *Italian Dental Journal*, 4: 16, 2010
- Canullo L., Cocchetto R., Loi I.; PERI-IMPLANT TISSUES REMODELING: SCIENTIFIC BACKGROUND & CLINICAL IMPLICATIONS; Quintessenza Edizioni S.r.l., 2010, Milano (Anteprima)
- Canullo L., Sisti A.; EARLY IMPLANT LOADING AFTER VERTICAL RIDGE AUGMENTATION (VRA) USING E-PTEFEE TITANIUMREINFORCED MEMBRANE AND NANOSTRUCTURED HYDROXYAPATITE: 2-YEAR PROSPECTIVE STUDY; *European Journal Oral Implantology*, 3(1):59-69, 2010
- Canullo L., Patacchia O., Sisti A., Heinemann F.; IMPLANT RESTORATION 3 MONTHS AFTER ONE STAGE SINUS LIFT SURGERY IN SEVERELY RESORBED MAXILLAE: 2-YEAR RESULTS ON A MULTI-CENTER PROSPECTIVE CLINICAL STUDY; *Clinical Implant Dentistry and Related Research, Early view* - Published online in ahead of printing, 21-10-2010
- Ciccù M., Risitano G., Maiorana C., Herford A., Oteri G., Ciccù D.; "TORONTO" SCREWED MANDIBULAR OVERDENTURE ON DENTAL IMPLANTS: FEM AND VON MISES ANALYSIS OF STRESS DISTRIBUTION; *The Journal of Implants and Advanced Dentistry*, 2(9): 41-58, 2010
- Covani U., Marconcini S., Santini S., Cornelini R., Barone A.; IMMEDIATE RESTORATION OF SINGLE IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER IMPLANT REMOVAL. A CASE REPORT; *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 30:639-645, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; OSTEOTOME SINUS FLOOR ELEVATION AND SIMULTANEOUS IMPLANT PLACEMENT IN GRAFTED BIOMATERIAL SOCKETS: 3 YEARS OF FOLLOW-UP; *Journal of Periodontology*, 81:344-349, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; A 4-YEAR EVALUATION OF THE PERI-IMPLANT PARAMETERS OF IMMEDIATE LOADED IMPLANTS PLACED IN FRESH EXTRACTION SOCKETS; *Journal of Periodontology*, 81 (11):1629-1634, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; IMMEDIATE LOADING OF DENTAL IMPLANTS PLACED IN PERIODONTALLY INFECTED AND NON INFECTED SITES IN HUMANS: A FOUR YEARS FOLLOW-UP CLINICAL STUDY; *Journal of Periodontology*, 81 (8):1140-1146, 2010
- Crespi R., Cappare P. and Gherlone E.; FRESH-SOCKET IMPLANTS IN PERIAPICAL INFECTED SITES IN HUMANS; *Journal of Periodontology*, 81:378-383, 2010
- Galli C., Passeri G., Piemontese M., Lumetti S., Manfredi E., Carra M.C., Macaluso G.M.; PHOSPHOSERINE-POLY (LYSINE) COATINGS PROMOTE OSTEOBLASTIC DIFFERENTIATION AND WNT SIGNALING ON TITANIUM SUBSTRATES; *Clinical Oral Implant Research*, 21(10): 1172, 2010
- Mantoan G.; LE CORONE PROVVISORIE IMMEDIATE SU IMPIANTI GLOBAL (METODICA CLINICA); *NumeriUno*, 7: 17-18, 2010
- Momen A., Hadeel M. I., Ahmad H. A.; PLATFORM SWITCHING FOR MARGINAL BONE PRESERVATION AROUND DENTAL IMPLANTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS; *Journal of Periodontology*, 81 (10):1350-1366, 2010
- Pantani F., Botticelli D., Rangel Garcia I. Jr., Salata L.A., Jayme Borges G., Lang N. P.; INFLUENCE OF LATERAL PRESSURE TO THE IMPLANT BED ON OSSEOINTEGRATION: AN EXPERIMENTAL STUDY IN DOGS; *Clinical Oral Implant Research*, 21(11): 1264-70, 2010
- Passeri G., Cacchioli A., Ravanetti F., Galli C., Elezi E., Macaluso G.M.; ADHESION PATTERN AND GROWTH OF PRIMARY HUMAN OSTEOBLASTIC CELLS ON FIVE COMMERCIALY AVAILABLE TITANIUM SURFACES; *Clinical Oral Implant Research* 21: 756-765, 2010
- Raddi F.; ANALISI COMPARATIVA TEST DI RESISTENZA A FATICA SPERIMENTALI E VIRTUALI; Relazione interna, Sweden & Martina, 2010
- Scala A., Botticelli D., Oliveira J.A., Okamoto R., Garcia Rangel I. Jr., Lang N.P.; EARLY HEALING AFTER ELEVATION OF THE MAXILLARY SINUS FLOOR APPLYING A LATERAL ACCESS - A HISTOLOGICAL STUDY IN MONKEYS; *Clinical Oral Implant Research*, 21 (12): 1320-6, 2010
- Silvasan M.H.; TIMING OF DENTAL IMPLANT LOADING - A LITERATURE REVIEW; *Implants - Oemus*, 11 (3): 06-16, 2010
- Sbordone L., Levin L., Guidetti F., Sbordone C., Glikman A., Schwartz-Arad D.; APICAL AND MARGINAL BONE ALTERATIONS AROUND IMPLANTS IN MAXILLARY SINUS AUGMENTATION GRAFTED WITH AUTOGENOUS BONE OR BOVINE BONE MATERIAL AND SIMULTANEOUS OR DELAYED DENTAL IMPLANT POSITIONING; *Clinical Oral Implants Research*, 2010 Nov 19. [Epub ahead of print]
- Ballini D., Attini M., Giunta S., Mezzanotte E.; MINI IMPIANTI: UN CASE REPORT; *NumeriUno*, 5: 18-20, 2009
- Biscaro L., Becattelli A., Soattin M.; RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DELLE DUE ARCADE CON CARICO IMMEDIATO: PROTOCOLLO DI LAVORO CON L'UTILIZZO DELLA TECNICA DEL MODELLO UNICO E DELLA SISTEMATICA PAD; *NumeriUno*, 8, 04-05, 2009
- Briguglio F., Briguglio E., Sidoti Pinto G.A., Lapi M., Zappia D., Briguglio R.; VALUTAZIONE CLINICA COMPARATIVA SULL'UTILIZZO DI UN COPOLIMERO DELL'ACIDO POLIGLICOLICO E POLILATTICO NEL SINUS LIFT; *Implantologia*.1:9-14, 2009
- Bruschi G. B., Bravi F., Di Felice A.; RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTI E IMPIANTI MEDIANTE TECNICHE CHIRURGICHE DI ESPANSIONE CRESTALE E SOLLEVAMENTO DEL SENO E CHIRURGIA PROTETICAMENTE GUIDATA; *NumeriUno*, 5: 8-14, 2009
- Calesini G., Micarelli C., Coppe S., Scipioni A.; EDENTOLOUS SITE ENHANCEMENT: A REGENERATIVE APPROACH TO THE MANAGEMENT OF EDENTULOUS AREAS. PART 2- PERI-IMPLANT TISSUES; *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 29(1):49-57, 2009
- Canullo L., Iurlaro G., Iannello G.; DOUBLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL STUDY ON POSTEXTRACTION IMMEDIATELY RESTORED IMPLANTS USING THE SWITCHING PLATFORM CONCEPT: SOFT TISSUE RESPONSE. PRELIMINARY REPORT; *Clinical Oral Implant Research*, 20 (4):414-420, 2009
- Canullo L., Goggia G., Iurlaro G., and Iannello G.; SHORT-TERM BONE LEVEL OBSERVATIONS ASSOCIATED WITH PLATFORM SWITCHING IN IMMEDIATELY PLACED AND RESTORED SINGLE MAXILLARY IMPLANTS: A PRELIMINARY REPORT; *International Journal of Prosthodontics*, 22 (3):277-282, 2009
- Canullo L., Iannello G., Jepsen S.; MATRIX-METALLOPROTEINASES AND BONE LOSS AT IMPLANTS RESTORED ACCORDING TO THE PLATFORM SWITCHING CONCEPT: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL ON THE INFLUENCE OF DIFFERENT MISMATCHING; *Clinical Oral Implant Research*, 20(9):873-874, 2009
- Canullo L., Vozza I., Caricato F., Dellavia C.; MAXILLARY SINUS FLOOR AUGMENTATION USING A NANO-CRYSTALLINE HYDROXYAPATITE SILICA GEL. A PROSPECTIVE STUDY - HISTOLOGICAL RESULTS AFTER 3 MONTHS OF HEALING; *Implants* 2, 24-27, 2009
- Cardelli P., Montani M., Gallio M., Biancolini M., Brutti C., Barlattani A.; ABUTMENTS ANGOLATI E TENSIONI PERIMPLANTARI: ANALISI F.E.M.; *Oral Implantology*, 1:7-14, 2009
- Carinci F., Guidi R., Franco M., Viscioni A., Rigo L., De Santis B., Tropina E.; IMPLANTS INSERTED IN FRESH-FROZEN BONE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 88 IMPLANTS LOADED 4 MONTHS AFTER INSERTION; *Quintessence International*, 40(5): 413-419, 2009
- Carusi G., Sisti A., Mottola M.P., Matera G., Veruggio P., Gelmi L., Bailo A.; TECNICA DI RIALZO DI SENO MINIMAMENTE INVASIVA NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE DEL MASCELLARE EDENTULO; *Dental Cadmos*, 77(10): 31-40, 2009
- Ceccherini A., De Angelis L., Silvestrelli S.; CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA CON LA TECNICA MODEL GUIDE: PROGETTO 3D - POSA DELL'IMPIANTO GUIDATA; *TeamWork*, 11(6), 63-75, 2009
- Ciccù M., Risitano G., Maiorana C., Franceschini G.; PARAMETRIC ANALYSIS OF THE STRENGTH IN



- THE "TORONTO" OSSEOUS-PROSTHESIS SYSTEM; *Minerva Stomatologica*, 58(1-2):9-23, 2009
- Covani U.; I VANTAGGI DELL'IMPIANTO PREMIUM/KOHNO NELLA CHIRURGIA SOSTITUTIVA DELL'ARCATA DENTARIA; Atti del Congresso, X Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata Premium Day 2009, 18-20 giugno 2009, Abano Terme, pp. 14-15
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; RADIOGRAPHIC EVALUATION OF MARGINAL BONE LEVELS AROUND PLATFORM-SWITCHED AND NON-PLATFORM-SWITCHED IMPLANTS USED IN AN IMMEDIATE LOADING PROTOCOL; *The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 24:920-926, 2009
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; DENTAL IMPLANTS PLACED IN EXTRACTION SITES GRAFTED WITH DIFFERENT BONE SUBSTITUTES: RADIOGRAPHIC EVALUATION AT 24 MONTHS; *Journal of Periodontology*, 80 (10):1616-1621, 2009
- Figliuzzi M.; LA TECNICA FLAPLESS: INDICAZIONI E LIMITI; *NumeriUno*, 3 (12-3); 2009, 04-07
- Lenzi C.; LA RIGENERAZIONE DEI DIFETTI OSSEI NEI SITI POSTESTRATTIVI MEDIANTE OSSEO BOVINO DEPROTEINIZZATO. VALUTAZIONE DELLE DIFFERENTI TECNICHE CHIRURGICHE; *Implantologia*, 1: 51-59, 2009
- Maiorana C., Ciccù M., Andreoni D., Beretta M.; CARICO IMMEDIATO DI DENTE SINGOLO: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA; *Journal of Osseointegration*, 2(1): 1-10, 2009
- Maiorana C., Ciccù M., Beretta M., Andreoni D.; RISULTATI DEL TRATTAMENTO CON CARICO FUNZIONALE PRECOCE SU PROTESI TORONTO DOPO IL POSIZIONAMENTO DI IMPIANTI IN SITI POSTESTRATTIVI; *Journal of Osseointegration*, 2(1): 95-100, 2009
- Mazzella M., Prota V., Mazzella A.; IL PONTIC A CONFORMAZIONE OVOIDALE IN PROTESI IMPIANTATE; *NumeriUno*, 6: 6-7, 2009
- Monguzzi R., Pozzi E., Franceschini F. G.; PROTESI IN ZIRCONIO SU IMPIANTI ED ELEMENTI NATURALI; *NumeriUno*, 6, 04-05, 2009
- Paniz G.; L'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA CAD-CAM ECHO PER IL TRATTAMENTO PROTOSICO DI TIPO CEMENTATO DELLE EDENTULIE SINGOLE IN ZONA ESTETICA; *NumeriUno*, 4 (4-6):04-05, 2009
- Quaranta A., Maida C., Scarscia A., Campus G., Quaranta A.; ER:YAG LASER APPLICATION ON TITANIUM IMPLANT SURFACES CONTAMINATED BY PORPHYROMONAS GINGIVALIS: AN HISTOMORPHOMETRIC EVALUATION; *Minerva Stomatologica*, 58:317-30, 2009
- Ricci M., Tonelli P., Barone A., Covani U.; RUOLO DEL PLATFORM SWITCHING NEL MANTENIMENTO DELL'OSSEO PERIMPLANTARE; *Dental Cadmos*, 77(9): 31-39, 2009
- Severi G.; CARICO PRECOCE DI IMPIANTI DENTALI CHE SOSTENGONO UNA PROTESI FISSA NELLA MANDIBOLA POSTERIORE EDENTULA; *NumeriUno*, 4: 6-8, 2009
- Barone A., Cornelini R., Ciaglia R., Covani U.; IMPLANT PLACEMENT IN FRESH EXTRACTION SOCKETS AND SIMULTANEOUS OSTEOTOME SINUS FLOOR ELEVATION: A CASE SERIES; *International Journal of Periodontics Restorative Dentistry*, 28(3):283-9, 2008
- Bosio C.; CARICO IMMEDIATO MANDIBOLARE; *NumeriUno*, 0: 7-9, 2008
- Canullo L., Malagnino G., Iurlaro G.; RIABILITAZIONE PROTOSICA DI IMPIANTI SINGOLI A CARICO IMMEDIATO: STUDIO PROSPETTICO; *Dental Cadmos*, 76(6): 1-8, 2008
- Canullo L., Nuzzoli A., Marinotti F.; TECNICHE DI REALIZZAZIONE DI UN PROVVISORIO SU MONOIMPIANTO A CARICO IMMEDIATO; *Implantologia*, 1: 21-29, 2008
- Canullo L.; PLATFORM SWITCHING E CARICO IMMEDIATO SUL DENTE SINGOLO IN ZONA ESTETICA; *NumeriUno*, 1: 6-7, 2008
- Ciccù M., Beretta M., Risitano G., Maiorana C.; CEMENTED-RETAINED VS SCREW-RETAINED IMPLANT RESTORATIONS: AN INVESTIGATION ON 1939 DENTAL IMPLANTS; *Minerva Stomatol*, 57(4):167-79, 2008
- Covani U., Barone A., Cornelini R.; BUCCAL BONE AUGMENTATION AROUND IMMEDIATE IMPLANTS WITH AND WITHOUT FLAP ELEVATION: A MODIFIED APPROACH; *International Journal Oral and Maxillofacial Implants*, 23:841-846, 2008
- Crespi R.; CARICO IMMEDIATO IN IMPLANTOPROTESI. PROTOCOLLI SPERIMENTALI E APPLICAZIONI CLINICHE; Quintessenza Edizioni S.r.l., 2008, Milano
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IL CARICO IMMEDIATO IN IMPIANTI POSTESTRATTIVI IMMEDIATI; *Implantologia*, anno 6, marzo 2008
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IMMEDIATE VERSUS DELAYED LOADING OF DENTAL IMPLANTS PLACED IN FRESH EXTRACTION SOCKETS IN THE MAXILLARY ESTHETIC ZONE: A CLINICAL COMPARATIVE STUDY; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 23:753-758, 2008
- Lenzi C. C.; LA RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTOSICA FUNZIONALE ED ESTETICA CON SINUS LIFT MONOLATERALE. CASE REPORT; *Implantologia*, 4:63-65, 2008
- Risitano G., Franceschini G., Ciccù M., Maiorana C.; ANALISI PARAMETRICA DELL'EFFICIENZA DEL SISTEMA PROTESI TIPO "TORONTO"; XXXVII Convegno Nazionale, AIAS Associazione Italiana per l'Analisi delle Sollecitazioni, 10-13 settembre 2008, Università di Roma la Sapienza, Atti del Congresso
- Scipioni A., Calesini G., Micarelli C., Coppe S., Scipioni L.; MORPHOGENIC BONE SPLITTING: DESCRIPTION OF AN ORIGINAL TECHNIQUE AND ITS APPLICATION IN AESTHETICALLY SIGNIFICANT AREAS; *The International Journal of Prosthodontics*, 21(5):389-397, 2008
- Tagliani M., Morandini E.; RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA BIMASCELLARE DI UN PAZIENTE CON GRAVE ATROFIA OSSEA MEDIANTE TECNICA DI ESPANSIONE CRESTALE ASSOCIATA A CARICO IMMEDIATO NELL'ARCATA INFERIORE E A RIALZO DI SENO MASCELLARE LOCALIZZATO CON APPROCCIO CRESTALE; *NumeriUno*, 2(10-12):04-06, 2008
- Covani U., Marconcini S., Galassini G., Cornelini R., Santini S., Barone A.; CONNECTIVE TISSUE GRAFT USED AS A BIOLOGIC BARRIER TO COVER AN IMMEDIATE IMPLANT; *Journal of Periodontology*, 78:1644-1649, 2007
- Covani U., Barone A., Cornelini R.; VERTICAL CRESTAL BONE CHANGES AROUND IMPLANTS PLACED INTO FRESH EXTRACTION SOCKETS; *Journal of Periodontology*, 78:810-815, 2007
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IMMEDIATE OCCLUSAL LOADING OF IMPLANTS PLACED IN FRESH SOCKETS AFTER TOOTH EXTRACTION; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 22:955-962, 2007
- Elezi E., Galli C., Passeri G., Lumetti S., Manfredi E., Bonanini M., Macaluso G.M.; IL COMPORTAMENTO DEGLI OSTEOBLASTI UMANI SU SUPERFICI DI TITANIO TRATTATE IN MODO DIVERSO; IADR General Session & Exhibition - Abstract Collection, 2007
- Pappalardo S., Milazzo I., Nicoletti G., Baglio O., Blandino G., Scalini L., Mastrangelo F., Tete S.; DENTAL IMPLANTS WITH LOCKING TAPER CONNECTION VERSUS SCREWED CONNECTION: MICROBIOLOGIC AND SCANNING ELECTRON MICROSCOPE STUDY; *International Journal of Immunopathologic Pharmacology*, 20 (Suppl 1) Jan-Mar: 13-17, 2007
- Ravasini T., Malaguti G., Coppi C., Bortolini S., Consolo U.; APPLICAZIONE CLINICA DI UN NUOVO IMPIANTO CORTO; *Dental Cadmos*, 6: 57-62, 2007
- Barone A., Rispoli L., Vozza I., Quaranta A., Covani U.; IMMEDIATE RESTORATION OF SINGLE IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER TOOTH EXTRACTION; *Journal of Periodontology*, 77 (11):1914-1920, 2006
- Barone A., Santini S., Sbordone L., Crespi R., Covani U.; A CLINICAL STUDY OF THE OUTCOMES AND COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MAXILLARY SINUS AUGMENTATION; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 21(11):81-5, 2006
- Covani U., Barone A., Cornelini R., Crespi R.; CLINICAL OUTCOME OF IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER IMPLANT REMOVAL; *Journal of Periodontology*, 77:722-727, 2006
- Petrillo N.; CARICO IMMEDIATO POST-ESTRATTIVO SU MONOIMPIANTI MASCELLARI; *Dental Cadmos*, 8:37-45, 2006
- Sbordone L., Guidetti F., Menchini Fabris G.B., Sbordone C.; LANGERHANS' CELL HISTIOCYTOSIS: A CASE REPORT OF AN EOSINOPHILIC GRANULOMA OF THE MANDIBLE TREATED WITH BONE GRAFT SURGERY AND ENDOSSEOUS TITANIUM IMPLANTS; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 21: 124-130, 2006
- Seganti P.; TORONTO IN FIBRA, UN'ALTERNATIVA MODERNA; *Quintessenza Odontotecnica*, 3:30-38, 2006
- Barone A., Crespi R., Santini S., Cornelini R., Covani U.; RIALZO DEL SENO MASCELLARE IN CASI DI SPLIT MOUTH: OSSERVAZIONI ISTOLOGICHE; *Italian Oral Surgery*, 2: 19-24, 2005
- Conseva E., Tealdo I., Acquaviva A., Bevilacqua E., Volpara G., Pera P.; ANALISI MORFOLOGICA E VALUTAZIONE DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE IN RELAZIONE A DIFFERENTI TRATTAMENTI DI SUPERFICIE IMPLANTARE: STUDIO IN VITRO; *Implantologia*, 4: 303-317, 2005
- Covani U., Barone A., Marconcini S., Cornelini R.; IMPIANTI POSTESTRATTIVI A PROTESIZZAZIONE IMMEDIATA. STUDIO CLINICO PRELIMINARE; *Implantologia Orale*, 5 (11): 40-45, 2005
- Pappalardo S., Baglio O.A., Carlino P., Grassi F.R.; INDAGINE AL MICROSCOPIO ELETTRONICO A SCANSIONE DI DIVERSE SUPERFICI IMPLANTARI: STUDIO COMPARATIVO; *European Journal of Implant Prosthodontics*, 1 (1): 25-34, 2005
- Riley D., Bavastrello V., Covani U., Barone A., Nicolini C.; AN IN-VITRO STUDY OF THE STERILIZATION OF TITANIUM DENTAL IMPLANTS USING LOW INTENSITY UV-RADIATION; *Dental materials; official publication of the Academy of Dental Materials*, 21 (8): 756-60, 2005
- Barone A., Ameri S., Santini S., Covani U.; GUARIGIONE OSSEA MARGINALE IN IMPIANTI POSTESTRATTIVI IMMEDIATI; *Implantologia Orale*, 5 (11): 37-40; 2004
- Barone A., Santini S., Covani U.; IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI. STUDIO LONGITUDINALE A 4 ANNI. RISULTATI PRELIMINARI; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 7-11, 2004
- Barone A., Ameri S., Santini S., Covani U.; IMPIANTI POST-ESTRATTIVI SENZA LEMBO CHIRURGICO: GUARIGIONE DEI TESSUTI MOLLI; *DoctorOs*, 15 (3): 223-227, 2004
- Bruschi G.B.; TECNICA DI ESPANSIONE VERTICALE DELLA CRESTA EDENTULA CON DISLOCAMENTO DEL PAVIMENTO DEL SENO MASCELLARE; *Implantologia Orale*, 3 (5): 9-24; 2004
- Calesini G., Scipioni A.; RITRATTAMENTO IMPLANTARE: RIFLESSIONI SU UN CASO CLINICO; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 21-26, 2004
- Carinci F., Pezzetti F., Volinia S., Francioso F., Arcelli D., Marchesini J., Caramelli E., Piattelli A.; ANALYSIS OF MG63 OSTEOBLASTIC-CELL RESPONSE TO A NEW NANOPOROUS IMPLANT SURFACE BY MEANS OF A MICROARRAY TECHNOLOGY; *Clinical Oral Implant Research*, 15: 180-186, 2004
- Cassetta M., Dell'Aquila D., Calasso S., Quaranta A.; LA MODULAZIONE DEI TEMPI DELLA TERAPIA IMPLANTARE. ANALISI DELLA FREQUENZA DI RISONANZA (AFR); *Dental Cadmos*, 1: 1-30, 2004
- Covani U., Barone A., Cornelini R., Crespi R.; SOFT TISSUE HEALING AROUND IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER TOOTH EXTRACTION WITHOUT INCISION: A CLINICAL REPORT; *The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 19(4): 549-553, 2004
- Covani U., Crespi R., Cornelini R., Barone A.; IMMEDIATE IMPLANTS SUPPORTING SINGLE CROWN RESTORATION: A 4-YEAR PROSPECTIVE STUDY; *Journal of Periodontology*, 75(7):982-8, 2004
- Covani U., Bortolaia C., Barone A., Sbordone L.; BUCCO-LINGUAL CRESTAL BONE CHANGES AFTER IMMEDIATE AND DELAYED IMPLANT PLACEMENT; *Journal of Periodontology*, 75(12):1605-12, 2004
- Morra M., Cassinelli C., Crespi R., Covani U.; VALUTAZIONE IN VITRO DI UNA NUOVA SUPERFICIE IMPLANTARE CON MORFOLOGIA NANO-STRUTTURATA; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 27-34, 2004
- Perrotti V., Scarano A., Iezzi G., Piattelli A.; RISPONDA OSSEA AD IMPIANTI A SUPERFICIE ANODIZZATA; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 13-20, 2004
- Postiglione L., Di Domenico G., Ramaglia L., di Lauro A.E., Di Meglio F., Montagnani S.; DIFFERENT TITANIUM SURFACES MODULATE THE BONE PHENOTYPE OF SAOS-2 OSTEOBLAST-LIKE CELLS; *European Journal of Histochemistry* 49 (3): 213-222, 2004
- Bellabona G.; IMPIANTO POST-ESTRATTIVO CON INNesto DI OSSEO AUTOLOGO E MEMBRANA NON RIASSORBIBILE; *Il Dentista Moderno*, 7 (9): 121-126, 2003
- Biancolini M., Brutti C.; STUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMENTO MECCANICO DI QUATTRO IMPIANTI; *Relazione interna, Sweden & Martina*, 15 gennaio 2003
- Cassetta M., Vozzolo S.V., Stasolla A., Marini M.; LA RISONANZA MAGNETICA NELLA VALUTAZIONE PREIMPLANTARE; *Dental Cadmos*, 3: 19-37, 2003
- Covani U., Cornelini R., Barone A.; BUCCO-LINGUAL BONE REMODELING AROUND IMPLANTS PLACED INTO IMMEDIATE EXTRACTION SOCKETS: A CASE SERIES; *Journal of Periodontology*, 74(2):268-73, 2003
- Covani U., Barone A., Cornelini R., Gherlone E.; RADIOGRAPHIC BONE DENSITY AROUND IMMEDIATELY LOADED ORAL IMPLANTS; *Clinical Oral Implant Research*; nr. 14 (5): 610-615, 2003
- Marzo G., Di Martino S., Marchetti E., Mummolo S.; VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DELLA METODOLOGIA IMPLANTARE POSTESTRATTIVA: 10 ANNI DI OSSERVAZIONE; *Doctor OS*, 14 (4): 366-379, 2003
- Masolini P.; IMPIANTO POSTESTRATTIVO IMMEDIATO; *Il Dentista Moderno*, 4:115-122, 2003
- Postiglione L., Di Domenico G., Ramaglia L., Montagnani S., Salzano S., Di Meglio F., Sbordone L., Vitale M., Rossi G.; BEHAVIOR OF SAOS-2 CELLS CULTURED ON DIFFERENT TITANIUM SURFACES; *Journal of Dental Research*, 82 (9): 692-696, 2003
- Scarano A., Iezzi G., Petrone G., Quaranta A., Piattelli A.; VALUTAZIONE DELLA DENSITA' OSSEA PERIMPLANTARE: UNO STUDIO SPERIMENTALE SU CONIGLIO; *Il Dentista Moderno*, 5:95-107, 2003
- Covani U., Barone A., Cornelini R.; RIALZO DEL SENO MASCELLARE UTILIZZANDO PLASMA RICCO DI PIASTRINE E SOLFATO DI CALCIO; *Doctor OS*, 6: 725-730, 2002
- Covani U., Barone A.; IMPIANTI IMMEDIATI E PLASMA RICCO DI PIASTRINE: CASO CLINICO; *Dental Cadmos*, 10:79-85, 2002
- Cilenti C., Grasso G., Pincso S., Pulvirenti G.; SISTEMA COMBINATO PER LA CARATTERIZZAZIONE A FATICA DI MATERIALI IMPLANTOLOGICI E PROTOSICI; *Relazione interna, Università di Catania*, 2001
- Conforti A., Madini G.; MONO IMPIANTI: REALIZZAZIONI PROTOSICHE CON L'AUSILIO DI VETROPOLIMERI OCCLUSO FUNZIONALI; *Rassegna Odontotecnica*, 9: 33-48, 2000


sweden & martina
www.sweden-martina.com

Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy
Tel. +39.049.9124300
Fax +39.049.9124290
info@sweden-martina.com

Sweden & Martina Mediterranea S.L.
Sorolla Center, Oficina 801
Av.da Cortes Valencianas 58, 8pl
-46015-Valencia, España
Tel. +34.96.3525895
info.es@sweden-martina.com
Numero gratuito 900993963



Rev. 03-14



Estos contenidos son los más actualizados en el momento de la publicación.
Verifique con la empresa si existen nuevas actualizaciones.