



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA IMPLANTOLOGÍA EN LA REHABILITACIÓN BUCAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ULLRICH PINEDO, FEDERICO

ASESOR: LÓPEZ TREJO, CONSUELO

Ciudad Universitaria, México, Distrito Federal,

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



TESTIS PROFESSIONAL

ADAM'S BURICK FINCO

C O N T E N I D O

	PAG.
1.- PROLOGO.....	1
2.- INTRODUCCION.....	3
3.- HISTORIA DE LA IMPLANTOLOGIA.....	4
4.- DIAGNOSTICOS Y PRONOSTICOS EN LA IMPLANTACION.....	8
5.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	27
6.- TECNICA DE LA IMPLANTOLOGIA:.....	30
a) Secuencia Radiográfica.	
b) Diferentes Técnicas llevadas a cabo en cada uno de los Implantes.	
c) Conocimientos básicos en cirugía en la técnica llevada a cabo del tipo de Implantes.	
7.- EVALUACION DE LAS TECNICAS Y SUS RESULTADOS...	53
8.- MATERIALES UTILIZADOS:.....	78
a) Instrumental.	
b) Diferentes tipos u formas de cada Implante.	
9.- CASOS CLINICOS.....	92
10.- CONCLUSIONES.....	107
11.- BIBLIOGRAFIA.....	109

IMPLANTOLOGIA ORAL

Se ha estudiado anteriormente los cambios tan dramáticos en la Ciencia Moderna de la Odontología, que es así que las personas siguen perdiendo todavía sus órganos dentarios y como consecuencia el Cirujano Dentista le llamará proceso o borde edéntulo.

Como podemos observar que en nuestra Odontología, tradicionalmente estas zonas edéntulas las reemplazaremos con dentaduras parciales removibles o dentaduras completas.

Dado los diferentes tratamientos que se han llevado a cabo y obtenido diferentes resultados se ha investigado un nuevo tipo de rehabilitación bucal de nuestras piezas dentarias para describirlo simplemente como un "IMPLANTE" que actuará como un reemplazo del diente faltante e irá fijo al borde edéntulo.

Podemos decir así que en la Odontología los implantes son utilizados tanto para mantener en la boca dientes afectados como también para reemplazar los dientes perdidos.

Estos implantes tienen las ventajas, estéticas funcionales y psicológicas para dar así un mejor confort a nuestro paciente, ellos estimulan el crecimiento de tejido óseo refuerzan aparatos protésicos, estabilizan prótesis removibles eliminan así la necesidad de adhesivos, dándole en ca-

so de una prótesis fija, un soporte extra a sus dientes pilares.

Debemos de saber que en todo implante tendrá los siguientes requisitos, el ser bio-competibles y bio-funcionales, tenemos dos tipos básicos de implantes orales que son los intraperiósticos y los subperiósticos.

Diré así que el tema de la implantología no es nuevo para el Cirujano Dentista, pues podemos observar que tiene gran utilidad y un campo muy amplio para un mejor aprendizaje ya que a nivel escolar no se le dá la importancia debida, por eso me introduzco sobre este tema para darle así una utilidad y técnica adecuada, pues tendrá un mayor campo para que en un futuro pueda llegar a un mejor conocimiento de esta Rama de la Odontología tan importante, pues la experiencia obtenida durante el ciclo escolar me ha despertado el interés, dándole un mejor tratamiento a nuestros órganos dentarios y también saber como poder reemplazarlos.

CAPITULO II

I N T R O D U C C I O N

Con el advenimiento de los diferentes tipos de implantes endóseos y sus múltiples usos en la reconstrucción oral con altos grados de éxito, diferentes técnicas mecánicas y quirúrgicas han aparecido.

Estos procedimientos han traído aparejado el desarrollo para llevar a cabo la técnica con un mínimo de truma al hueso y a los tejidos blandos y el máximo de facilidad y rapidéz para el Odontólogo.

En implantes, muchos factores tienen relación con el éxito del procedimiento, la apertura interoclusal, paralelismo de las cabezas de los pilares, una adecuada colocación antero-posterior, la curvatura básica del cuerpo del implante, de acuerdo al hueso del paciente, etc., son todos factores que contribuyen al éxito inmediato en la colocación del implante.

Alteraciones repetidas, imprecisas y costosas en tiempo son eliminadas, la fatiga mental también se reduce significativamente resultando un mejor pronóstico a largo plazo para nuestros pacientes.

HISTORIA DE LA IMPLANTOLOGÍA

CAPITULO III

En la antigüedad se realizaron implantes tanto en Odontología, como en Medicina, para resolver diferentes problemas médicos y/o dentales. Aunque en la mayoría de éstos casos no se logró el éxito deseado ya que no contaban con los medios y conocimientos necesarios que requiere este tipo de tratamientos. Después de las investigaciones realizadas por Pasteur a mediados del siglo pasado, del trabajo de Lister sobre antisepsia (1860) y del descubrimiento de los rayos Roetgen (1895) ya - que éstos aportaron conocimientos y sus productos con - base científica para el mejor conocimiento de las estructuras óseas en los diferentes tratamientos.

Fué necesario analizar la conducta del tejido óseo y otros tejidos orgánicos ante la presencia de cuerpos extraños, para que los implantes fueran considerados en concepto de progreso, tanto en Traumatología, Ortopedia Médica, y benéficamente en los tratamientos Odontológicos.

El lapso de tiempo transcurrido entre 1909 hasta nuestros días, dentro del campo de la investigación, se han obtenido frutos muy valiosos, tanto médico como Odontológicos. Lambote pionero de la acción electrolítica de los metales provocada por humores orgánicos: Algrave - confirmó que el elemento plata, era un tóxico perjudicial a nivel de tejido óseo; Troudé implantó acero en - animales de laboratorio provocando una inhibición en el desarrollo óseo.

ción en las inmediaciones del implante. Se cree que sean fenómenos de corrosión, ya que los productos de las mismas son aflojados por los tejidos adyacentes.

También fueron localizadas concentraciones de iones de cromo en forma dispersa através de los tejidos óseos y a cierta distancia de los implantes.

Examinando los tejidos periapicales, alrededor de los implantes, indican generalmente la presencia de macrófagos esparcidos en los interteicos óseos.

Otros investigadores encontraron hallazgos histológicos por medio de análisis de microsondas, consistentes en: tejido conectivo con inflamación crónica presente en el canal radicular, Tejido de granulación rico en leucositos polimorfonucleares, e inflamación crónica en el ligamento parodontal, Microfotográficamente, se observó en -- las áreas adyacentes al implante, fibras de colagena y -- partículas de calcio. No obstante es importante hacer mención, que hay constante formación ósea.

Las microsondas utilizadas en los análisis, fueron colocadas en berilio y posteriormente limpiadas con acetona y alcohol con finalidades asépticas.

A continuación se describen las posibles alteraciones, pueden suceder en éste tipo de tratamientos;

Microfotográficamente se observó en la colocación de un implante en la raíz mesial de un primer molar inferior:

Raíz anquilosada, inflamación e infiltrado alrededor del ápice y por supuesto del implante fibras colágenas dispersas en toda el área.

Posteriormente otros investigadores descubrieron que los implantes contruidos básicamente por algunos de los siguientes metales en proporción variable, tales como: Zinc, Cobre, Oro, Plata, Aluminio, Acero, Hierro, Plomo, Niquen, provocaban algunas alteraciones como: Corrosión, inhibición del desarrollo óseo, osteitis refractaria, irritación de tejidos, afecciones en la reproducción celular, etc.

También existen metales que son oxidados por los tejidos orgánicos y que en muchos casos provocan supuraciones asépticas. El material del potencial eléctrico mayor que el de tejido óseo, es intolerado y el de potencial eléctrico al de tejido óseo es absolutamente inofensivo. En las mismas investigaciones anteriores, demostraron que la aleación cromo-cobalto, molibdeno, es aceptado por los fluidos orgánicos, es de potencial eléctrico similar al de tejido óseo y no inhive la producción celular. En la actualidad su aplicación y aceptación va siendo progresiva en traumatología, Ortopedia, Cirujía Plástica y Odontología, como por ejemplo: Estructura del armazón de válvulas plásticas del corazón, proporciones articulares de dedos y coxofemoral, así como en deficiencias de huesos craneales y mandibulares.

A continuación expondré investigaciones recientes sobre implantes realizados por algunos investigadores norteamericanos; Vanepble y asociados confirmaron que el Vitálium fué electropositivo en fluidos del cuerpo humano.

Ferguson: demostró microscópicamente y por medios electrónicos que definitivamente existe una crateriza--

En otro implante, colocado en la raíz distal de un primer molar inferior microfotográficamente en la sección histológica, el hueso que cubre el implante -- también se observó procesos inflamatorios crónicos, -- predominando células macrófagas (mecanismos de defensa).

Otra microfotografía demostró, que en la raíz distal del primer molar inferior, el ligamento parodontal cubre casi toda la raíz, y además algunas de sus fibras se adhieren al cemento.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO EN LA IMPLANTOLOGIA

A la investigación de varios materiales de implantes intraóseos con el microscopio electrónico, todos ellos, a sí como también las aleaciones están sujetos a reacciones electroquímicas en los líquidos orgánicos.

La resistencia a la corrosión varía. Se investigaron cuatro materiales de implantes intraóseos:

- a) Aleación de Cromo - Cobalto - Molibdenio.
- b) Tematalio - Titanio.
- c) Aleación de Oro y Platino.

Se ha observado en post - operatorio, que después de un año de haberse realizado en perros, se encontró que el Titanio y la aleación de Oro y Platino, tenfa una resistencia superior a la corrosión, juzgada por la ausencia de defectos en la superficie.

Las consideraciones toxicológicas acerca de los implantes, puede ser definido como un objeto que se introduce en un tejido vivo.

Sabemos que los implantes exitosos mantienen su biofuncionalidad y biocompatibilidad a través de su vida útil.

El término Biocompatibilidad se refiere a que el im-

plante permanezca en sitio sin causar efectos adversos en tejidos vecinos o a tejidos alejados u órganos.

El término Biofuncionalidad, se refiere a la posibilidad de un material biocompatible que sirva para llenar un propósito adecuado.

La Histopatología del tejido de sostén de un implante intraóseo; se obtuvo mediante el siguiente procedimiento:

En un paciente que tenía un implante intraóseo colocado en su mandíbula, el cual sufrió un accidente coronario fatal, tres años después de la inserción (Fig.1). El cuerpo y la rama mutante del lado derecho de su mandíbula fué recuperada en la autopsia (Fig.4), y preparado para su intervención histológica.

El epitéleo alrededor del cuello del implante, estaba inflamado (Fig.6), alejándose progresivamente del surco se hacía más delgado recordando el epitéleo de conjunción, una capa positiva se encontró en la interfase del implante (Fig.8).

El tejido conectivo alrededor del implante (ligamento peri-implantario), consistía de una capa densa de tejido conectivo inmediatamente adyacente al implante y una capa de tejido conectivo colágena poco denso conteniendo algunos sistemas de fibras bien organizadas. Fibras horizontales se extendían del alveolo a la interfase tisular, debajo del surco gingival (Fig.9), un sistema de fibras formando un ligamento suspensorio se extendía debajo del

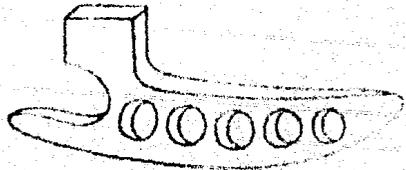
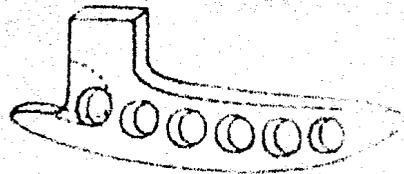
implante y se insertaba en las paredes bucal y lingual del alveolo del implante.

El hueso de sostén parecía tener sistemas haversia--nos bien desarrollados, fibras de Sharpey estaban presentes adyacentes al ligamento peri-implantario en especial en la zona opuesta a la inserción de las fibras principales (Fig. 12), no se notó actividad osteoclástica excepto cerca del surco gingival.



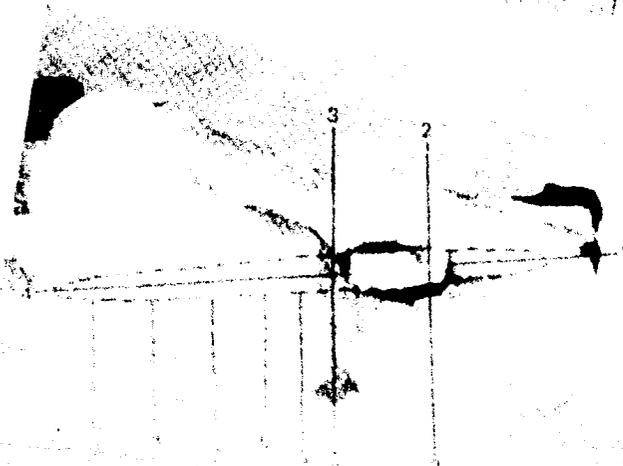
en la radiográfica de nuestro paciente de la zona de la sínfisis del lado derecho, y en la tercera toma ya se coloca el nuestro implante.

1. Lanta Intraóseo
 en la maxila.

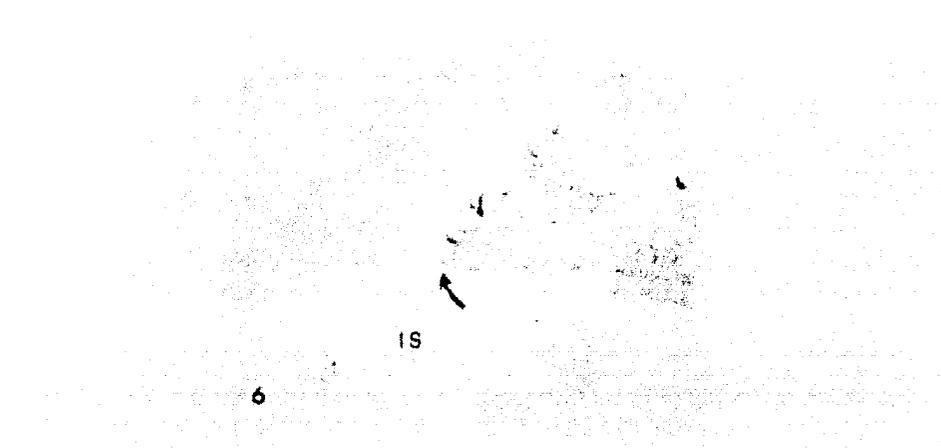




1. Implantation des instruments sur un plan de travail
 2. Mise en place des instruments sur le patient



3. Réglage des instruments sur le patient
 4. Réglage des instruments sur le patient



IS

6

Se muestra el Epitélio alrededor del implan-
te, el cual está inflado.



Fig. 1. Elongación de la línea de unión en las zonas inferiores del alveolo.

Fig. 2. Una capa delgada positiva encontrada en la interfase del caso del alveolo.



Fig. 3. En una línea horizontal, se ve la línea del alveolo en la interfase (IS) y, debajo del mismo, el alveolo.

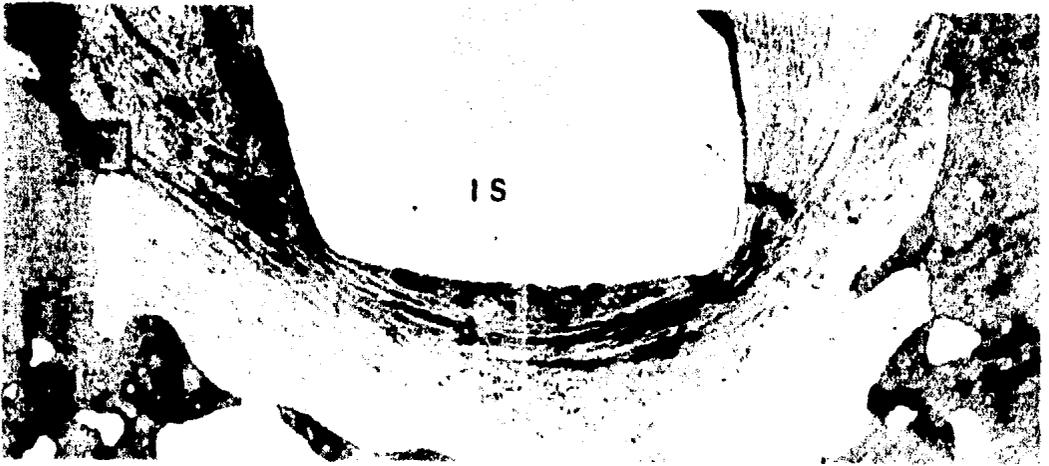
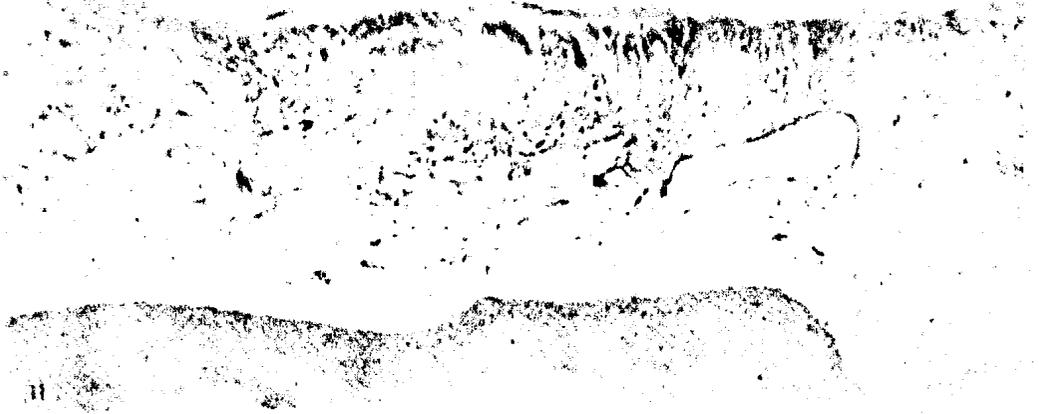


Fig. 17, In sistema principal de fibras, formando un elemento sustentorio, y se extiende debajo del implante, y se inserta en la pared bucal y lingual del alveolo --
del implante.

15



elaborar el perfil correctivo del flujo...

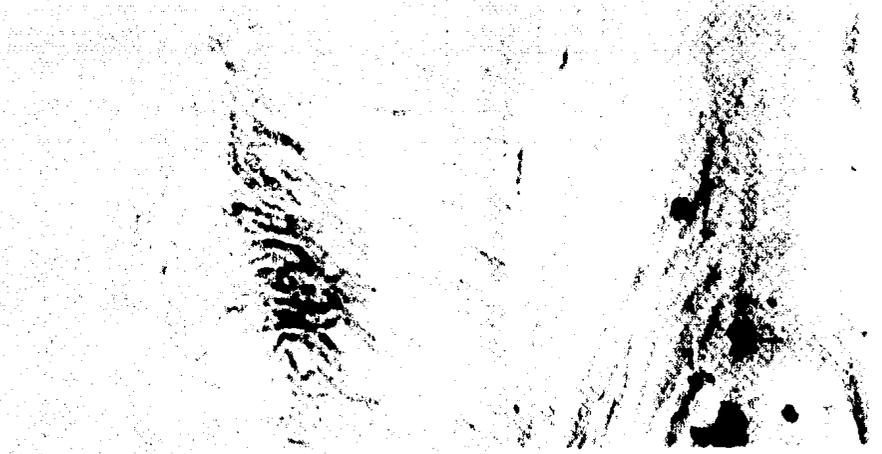




Fig. 1. Section of the embryo in transverse layers. A vessel is
seen in the middle, and the embryo is contained in the
inner layer of the outer part of the embryo. The embryo
is shown in the middle of the embryo.

The embryo is shown in the middle of the embryo. The embryo
is shown in the middle of the embryo. The embryo is shown
in the middle of the embryo. The embryo is shown in the
middle of the embryo. The embryo is shown in the middle
of the embryo. The embryo is shown in the middle of the
embryo. The embryo is shown in the middle of the embryo.

LA ESTIMULACION CATODICA DEL HUESO ALVEOLAR

Una extensa experimentación en animales ha demostrado la respuesta del hueso a corriente directa. Próximamente la respuesta a nivel del electrodo positivo y negativo fué comparado demostrándose la destrucción del hueso a nivel del ánodo.

En este experimento una corriente catódica de amplitud constante fue colocada a través del implante lámina-lámina, endo-ósea una hora por día el ánodo endo-óseo y el ánodo fue eliminado del sitio del implante -- con las amplitudes de corriente que se utilizaron, se observó un incremento en la formación de hueso tanto en la velocidad de depósito, como en la cantidad comparadas con los sitios de control.

El incremento fué moderado en los sitios de control en que se utilizó 20 micro-amperes, más permanente a 40 micro-amperes, y marcado cuando se usó 100 micro-amperes, (Fig. 6, 7y 8), la velocidad de reparación ósea fué influenciada por el tiempo, el sitio anatómico, y la amplitud de corriente utilizada.

Este sería el método eficaz para poder transmitir una estimulación catódica a implante intraperiósticos a fin de incrementar la cicatrización ósea.

Fig. 1. Se venos el crecimiento del tejido óseo en el pie de nuestro paciente.

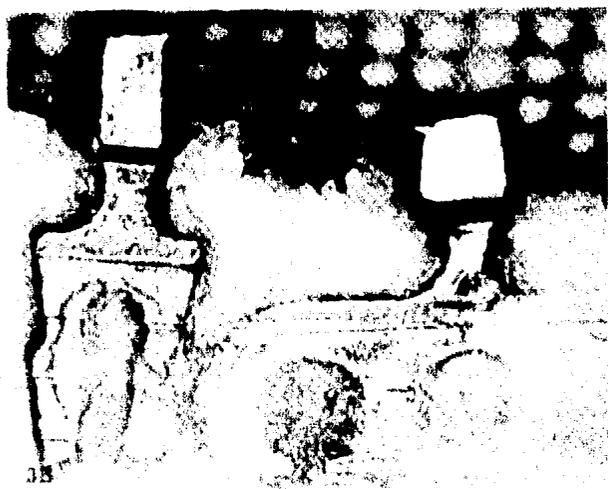
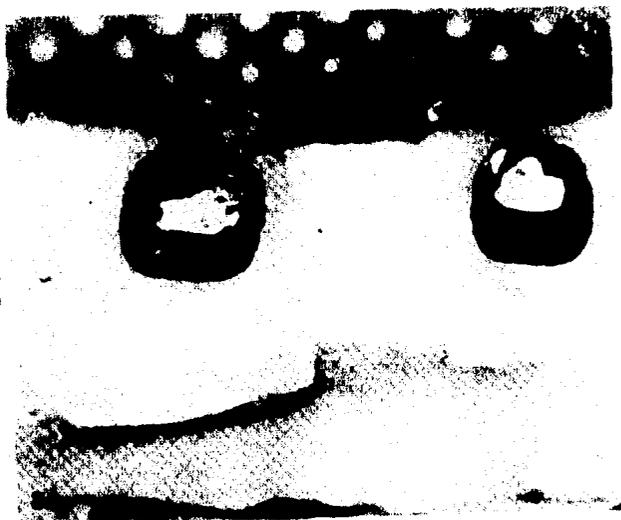


Fig. 2. En este campo se ve el pie óseo, después de ser cubierto con una sola suelta.



Fig. 30. Observamos la forma de crecimiento de los osteoclastos alrededor de nuestro implante.

Fig. 31. Observamos la forma de crecimiento de los osteoclastos alrededor de nuestro implante.

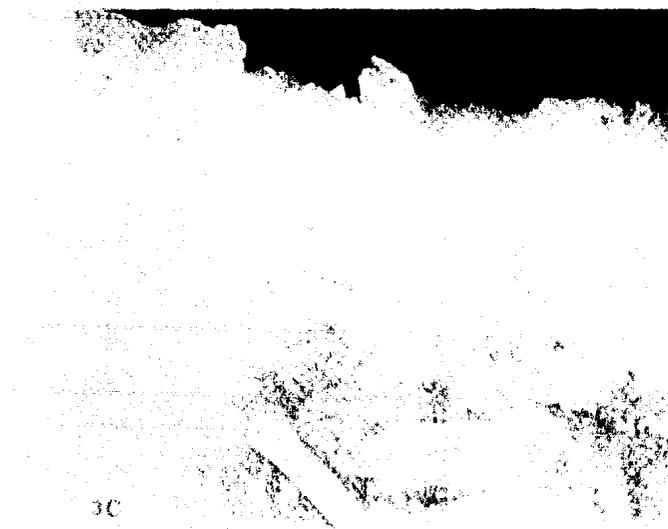




Fig. 1
Incremental activity of the ...
... core of ...



6



Observamos la forma
de la colocación del
ánodo.

6



Aquí podemos ver, la
colocación del polo
negativo, para así po
der estimular nuestro
tejido óseo.

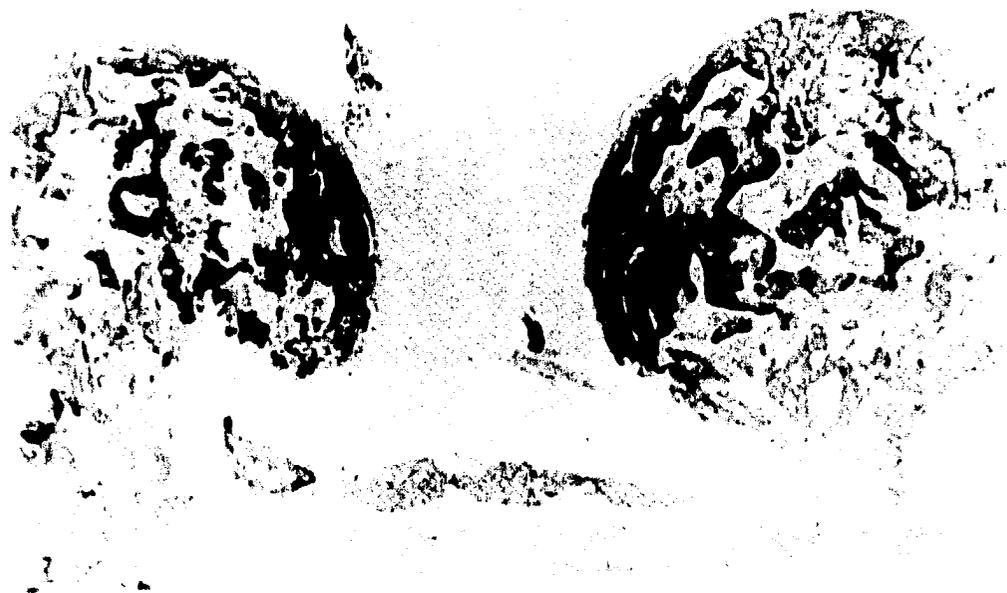
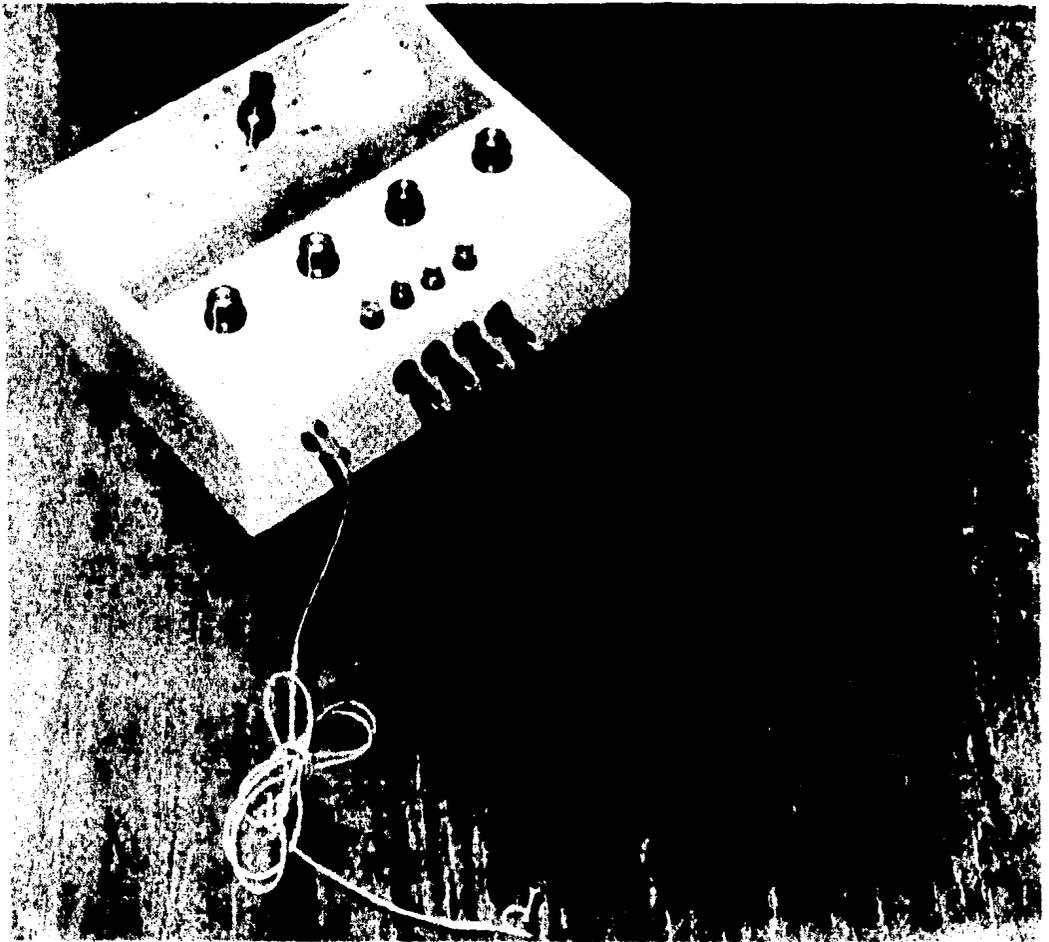


FIG. 7

Reducción catódica de H_2 a 100 micromperos.



El uso del aparato electrónico auxiliar para
el control del crecimiento de fibras ópticas

El uso del aparato electrónico auxiliar para el control del crecimiento de fibras ópticas es un tema de gran importancia en el campo de la tecnología de las fibras ópticas. Este dispositivo permite controlar con precisión el crecimiento de las fibras, lo que es esencial para garantizar su calidad y rendimiento. El aparato está diseñado para ser utilizado en un entorno de laboratorio o industrial, donde se requiere un control riguroso de los parámetros de crecimiento. Su funcionamiento se basa en principios de electrónica avanzada, lo que le confiere una alta precisión y fiabilidad. Este tipo de tecnología es fundamental para el desarrollo de nuevas aplicaciones en telecomunicaciones, medicina y otros campos donde se utilizan fibras ópticas.

CAPITULO V:

INDICACIONES Y CONTRADICCIONES

INDICACIONES QUE DEBEMOS TOMAR EN CUENTA:

- 1.- El Paciente deberá tener cierta estabilidad emocional, desarrollo intelectual, capaz de comprender y aceptar el implante valorando la salud física y los beneficios que puede recibir del tratamiento.
- 2.- Valorar el tejido óseo y los órganos dentarios, por medio de análisis clínico exhaustivo y así veremos, si es posible el tratamiento.
 - a) Para estabilizar dientes con movilidad que hayan perdido soporte óseo.
 - b) Mínimo que tenga tercio apical en condiciones para colocar una inserción endo-ósea.
 - c) Fracturas, reducciones, ferulizaciones que hayan sido originadas por traumatismos.
- 3.- La valoración de nuestros órganos dentarios y un diagnóstico, pronóstico definitivo junto con el estudio radiográfico.
- 4.- Para su colocación necesitamos de preferencia tejido sano.
- 5.- Estos implantes se pueden utilizar en cualquier edad después de la la. dentición.

- 6.- Deberán llevarse a cabo su fuerza de compensación - por restaurar las piezas faltantes, y así evitar tener algún fracaso.
- 7.- Los implantes de pernos darán mejor resultado en -- piezas anteriores.
- 8.- Los implantes de espirales darán mejor resultado en piezas posteriores y para reforzar Prótesis.
- 9.- Debe de haber en implantes de hoja o navaja tolerancia oclusal y paralelismo de las piezas contínuas.

CONTRADICCIONES QUE DEBEMOS TOMAR EN CUENTA.

- 1.- Mala técnica del Cirujano Dentista.
- 2.- Cuando hay movilidad persistente durante el tiempo de 5 semanas.
- 3.- Cuando se coloque un implante y no se termine la -- Prótesis entre la 3a. y 5a. semana.
- 4.- Cuando no se controla la hemorragia, y se coloca un implante estabilizador endodóntico.
- 5.- Cuando se tocan los implantes con algún otro metal que no sea titanium. (acero o cromo).
- 6.- Cuando los pacientes no estén controlados (diabetes

Cardiovasculares, etc.).

- 7.- Cuando tengan síntomas psicológicos.
- 8.- Cuando haya problemas como osteomielitis.
- 9.- Cuando se quiera colocar en la la. dentición.
- 10.- Cuando no tenga tolerancia oclusal.

CAPITULO VI

TECNICA DE LA IMPLANTOLOGIA

Debemos conocer y dominar las diferentes técnicas llevadas a cabo en Radiología, pues para ello necesitaremos de la secuencia radiográfica en cada uno de los casos a tratar.

SECUENCIA RADIOGRAFICA: Estarán indicadas y será para cada tipo una secuencia diferente.

I.- IMPLANTE DE HOJA O NAVAJA

- a) Toma de radiografía periapical de la zona edéntula.
- b) Toma de radiografía periapical con malla milimétrica de la zona edéntula.
- c) Toma de radiografía panorámica de nuestro paciente (frente y lateral).
- d) Toma de radiografía periapical con malla milimétrica y panorámica en (post-operatoria).
- e) Control Rx durante 5 años.

II.- IMPLANTES ESTABILIZADORES ENDODONTICOS.

- a) Toma de radiografías periapicales de nuestro tratamiento endodóntico de elección.

- b) Toma de radiografías con malla milimétrica - para la medición del área.
- c) Toma de radiografía con malla milimétrica en la colocación del implante.
- d) Toma de radiografía (post-operatoria.)

III.- IMPLANTES DE PERNOS

- a) Toma de radiografía con malla milimétrica de la zona edéntula.
- b) Toma de radiografía con malla milimétrica con nuestro perno.
- c) Toma de radiografía (post-operatoria).

IV.- IMPLANTES DE ESPIRALES

- a) Toma de radiografía con malla milimétrica de la zona edéntula.
- b) Toma de radiografía con malla milimétrica de las muestras espirales.
- c) Toma de radiografía Periapical (post-operatoria).

V.- IMPLANTE INSERCIONES INTRAMUCOSALES

- a) Se tomará una radiografía panorámica de este paciente de frente y lateral.
- b) Se tomará la radiografía (post-operatoria) para control de nuestro paciente.

DIFERENTES TECNICAS LLEVADAS A CABO EN CADA UNO

DE LOS IMPLANTES

I.- IMPLANTE DE HOJA O NAVAJA

Tendremos que tener en cuenta la elección de un buen anestésico, el bloqueo deberá hacerse de la siguiente manera:

Primeramente colocaremos un cartucho de anestésico en la rama ascendente de la mandíbula (regional), en el caso de que sea en el maxilar inferior. En el maxilar superior, deberá ser (regional) a nivel de la ramificación del nervio oftálmico, el anestésico no deberá provocarnos ningún edema el contorno de la incisión.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEBERA SER:

- a) Incisión nítida y fuerte de un sólo trazo hasta periostio.
- b) La incisión debe ser a nivel de la línea media de

del proceso edéntulo.

- c) Se retirará el tejido del hueso con una legra para periostio sin desgarrarlo y dejarlo más limpio el tejido óseo.
- d) Se tendrá que regularizar nuestro proceso en caso de que sea necesario con el alveolotomo y lima.
- e) En caso de que sea necesario deberá regularizarse el contorno de tejido de la insición para una mejor unión en la sutura.

INSICION EN EL TEJIDO OSEO

- a) La insición deberá ser sobre la medida de la radiografía y el tope en la fresa quirúrgica.
- b) Se medirá la longitud del implante y se marcará en el tejido óseo.
- c) Teniendo las mediciones ya controladas procederemos con la fresa a perforar el tejido de la siguiente manera:
 - c.1.) Se harán varias perforaciones a nivel de la línea media, cuatro o cinco las que sean necesarias.

- c.2.) Se unirán para tener el canal a la longitud y altitud adecuada para así tener sitio receptor del implante.
- c.3.) Sabiendo así que nuestro implante mide de grosor 2 mm. aproximadamente, la fresa tendrá que medir 1 mm. para que al colocar el implante tenga poco de fricción.
- c.4.) Así con el medidor milimétrico revisaremos que este el piso liso y que no quede ninguna esquirla ósea.
- c.5.) Colocaremos el implante como prueba para saber si descansa correctamente en la cabeza del pónico.
- c.6.) Lo quitaremos y se hará la asepsia para colocarlo después definitivamente.
- c.7.) Se colocará el implante y se cortará el tejido a nivel de los pónicos para que no queden arrugas cuando suturemos la insición.

II.- IMPLANTE ESTABILIZADOR ENDODONTICO

Para la secuencia de este tipo que es de los más exitosos de los implantes y la técnica apropiada en el tratamiento del conducto radicular procederemos a -

- c.2.) Se unirán para tener el canal a la longitud y altitud adecuada para así tener sitio receptor del implante.
- c.3.) Sabiendo así que nuestro implante mide de grosor 2 mm. aproximadamente, la fresa tendrá que medir 1 mm. para que al colocar el implante tenga poco de fricción.
- c.4.) Así con el medidor milimétrico revisaremos que este el piso liso y que no quede ninguna esquirla ósea.
- c.5.) Colocaremos el implante como prueba para saber si descansa correctamente en la cabeza del p_ontico.
- c.6.) Lo quitaremos y se hará la asepsia para colocarlo después definitivamente.
- c.7.) Se colocará el implante y se cortará el tejido a nivel de los p_onticos para que no queden arrugas cuando suturemos la insición.

II.- IMPLANTE ESTABILIZADOR ENDODONTICO

Para la secuencia de este tipo que es de los más exitosos de los implantes y la técnica apropiada en el tratamiento del conducto radicular procederemos a -

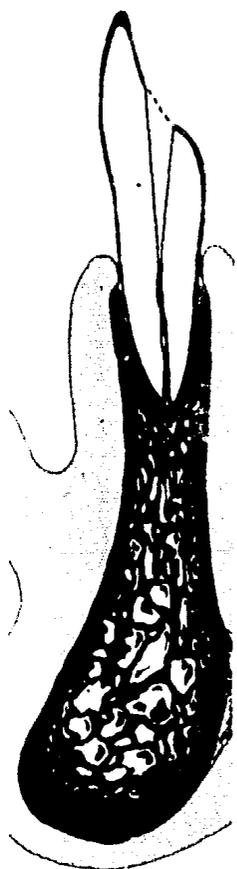


Fig. A. Podemos observar el órgano dentario para su tratamiento.

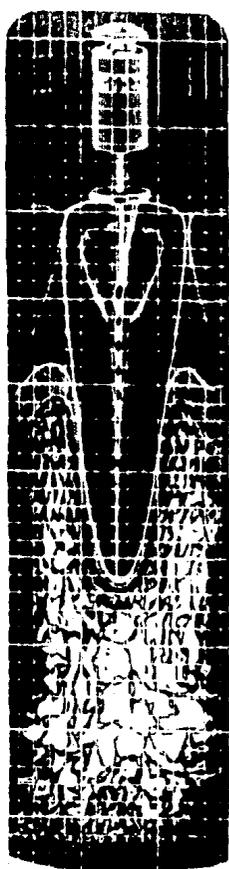


Fig. B. Toma radiográfica con regla milimétrica para la medición del conducto.

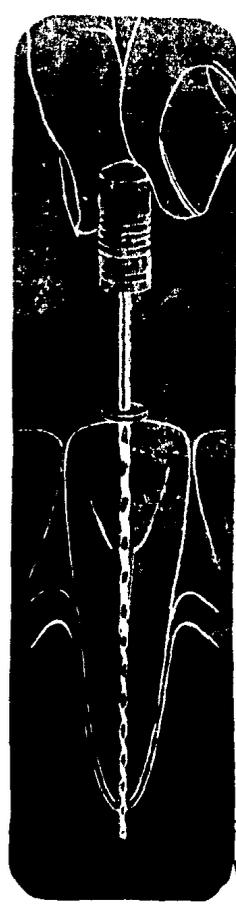
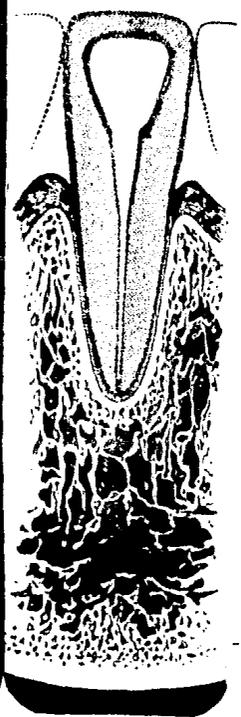


Fig. C. Ensanchamiento con instrumento de mano o con fresas para el fije del órgano dentario.



TECNICA DEL IMPLANTE DEL ESTABILIZADOR ENDODONTICO

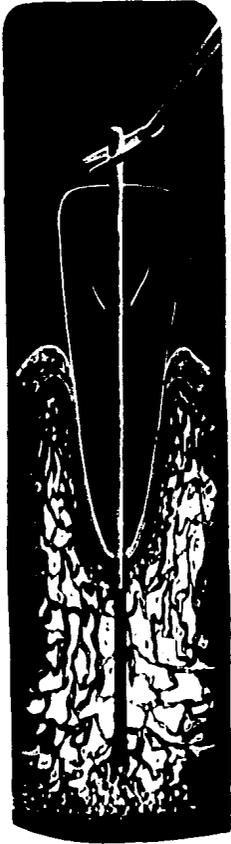


Fig. H. Ya teniendo nuestro conducto para la colocación del implante, tendremos cuidado en el buen secado de las paredes del diente hasta pasar 2 a 3 mm. del apice.

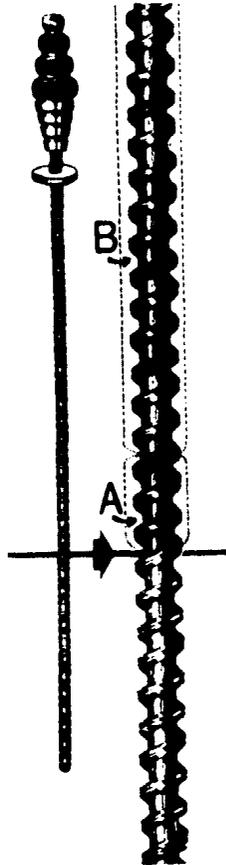


Fig. I. Colocación del cemento N_2 en la parte apical (A) y la colocación del cemento de Oxifos o Durelón (B).

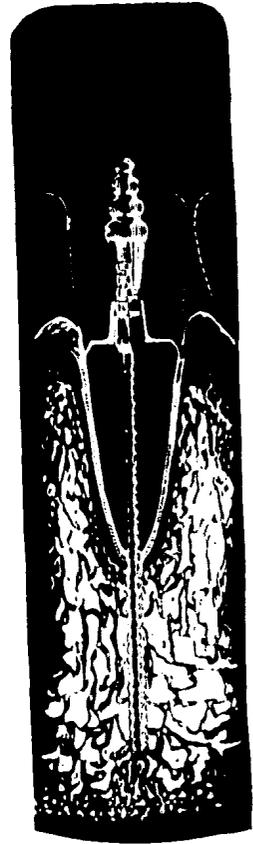


Fig. J. Colocación y cementación del implante

TECNICA DEL IMPLANTE DEL ESTABILIZADOR ENDODONTICO



Fig. F. Vemos la perforación con la fresa quirúrgica hasta el tejido óseo.



Fig. F. Toma radiográfica con mala milimétrica.

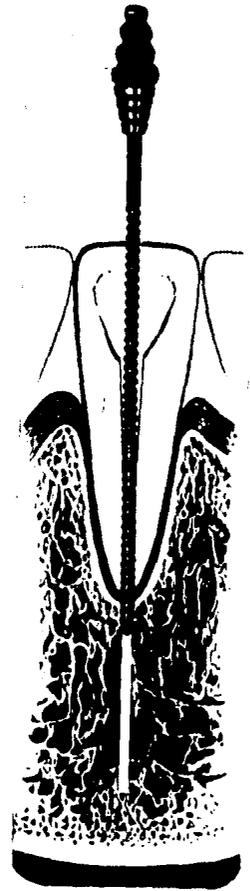
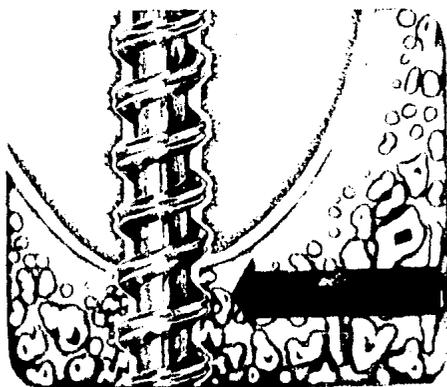
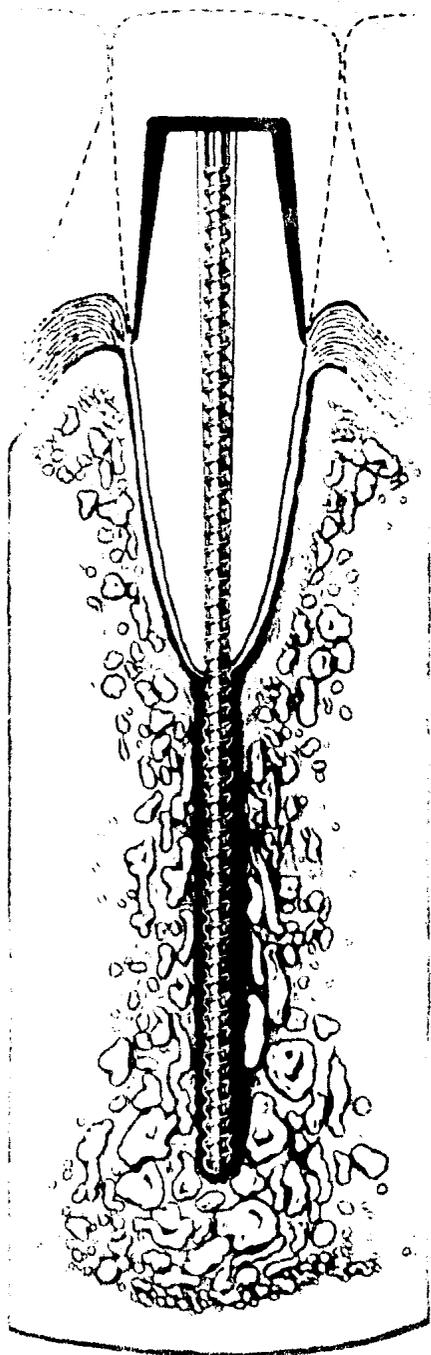


Fig. G. Observamos la extracción del implante para así tener una buena asepsia.

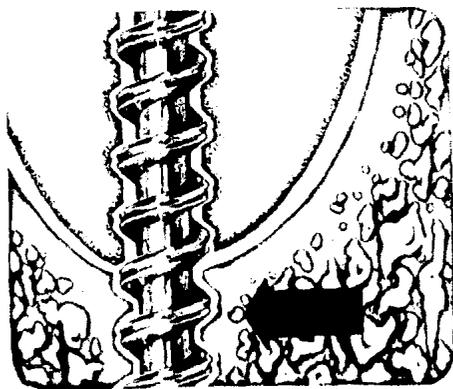
Llevarlo de la siguiente manera:

- a) La elección de un buen anestésico es necesario para un mejor tratamiento de órgano dentario.
- b) Programación de instrumental que debe ser minucioso y de elección.
- c) La toma radiográfica milimétrica con un ensanchador y tendremos la longitud y grosor de nuestro conductor.
- d) Se medirán y colocarán los topes en la fresa - para tejido óseo para así poder trepanarlo sin ningún error.
- e) Se tomará la radiografía milimétrica con bari-lla (milimétrica).
- f) Tendremos que tener en cuenta, la asepsia del conducto y su perfecto secado no más allá de 2 mm. del ápice (foramen apical).
- g) Teniendo la lista, la técnica, procederemos a terminarla colocando nuestro implante ya que la perforación (trepanación), nos dejó la guía para poder introducirlo sin ningún problema.



En el momento de un gran
 ruido a la izquierda del
 eje del eje del eje del eje del
 eje del eje del eje del eje del
 eje del eje del eje del eje del

Fig. 3. Colocación de un
 tubo de acero en el fondo del pozo.



En el momento de un gran
 ruido a la izquierda del
 eje del eje del eje del eje del
 eje del eje del eje del eje del

h) En el caso de que este implante quedara más largo, se podrá cortar sin ningún problema con un disco - de carburo.

i) En la obturación seguiremos la siguiente técnica:

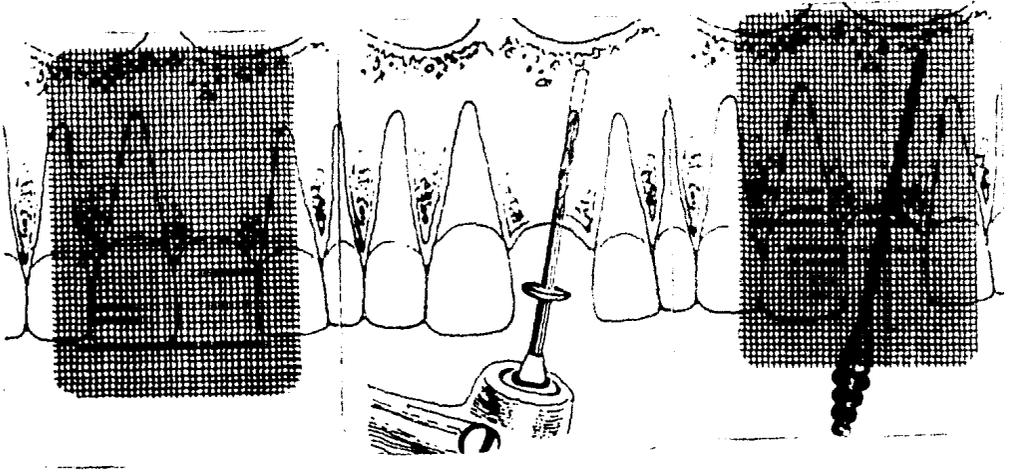
Ya medido nuestro implante por colocar, a nivel del ápice se obturará dentro del límite de dos o tres milímetros Cemento N₂ y el cementado hasta el nivel de cámara pulpar será con cemento de oxifosfato (durelón).

III.- IMPLANTES DE PERNOS

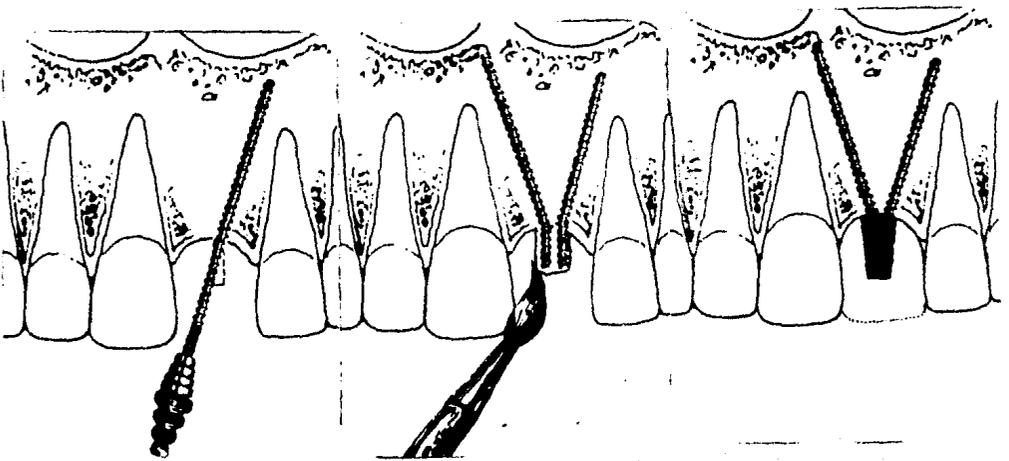
LA TECNICA SERA:

- a) La toma radiográfica milimétrica de la zona edéntula, (Fig. 1).
- b) En seguida será la perforación hacia donde haya -- más hueso disto palatino y mesio palatino, y en el inferior será hacia Mesial y Distal con éstas fresas quirúrgicas de los números (1, 2, 3, 4 y 5), - (Fig. 2).
- c) Mediremos con la barilla milimétrica y tomaremos - una radiografía (Fig. 3).

TECNICO PARA LA COLOCACION DE UN IMPLANTE EN FORMA
DE PERNO

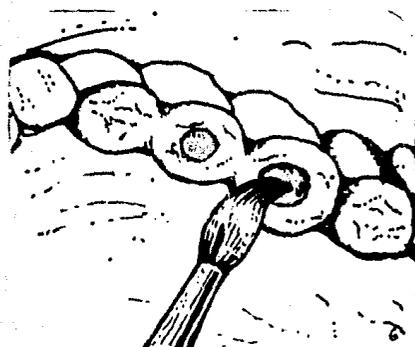
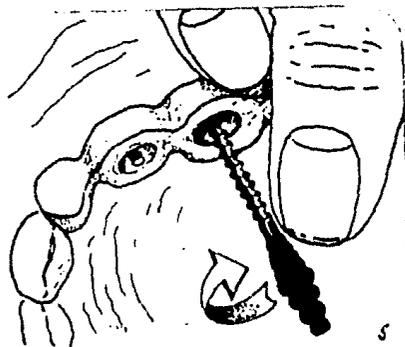
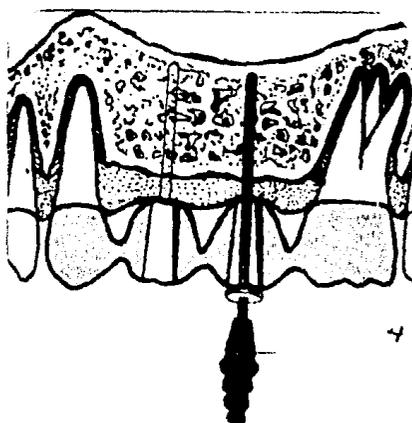
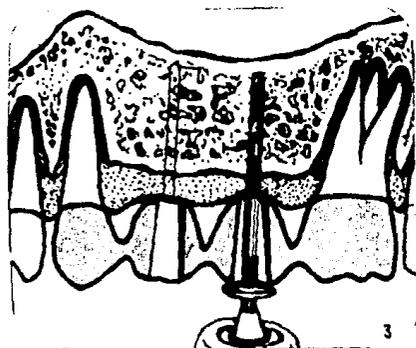
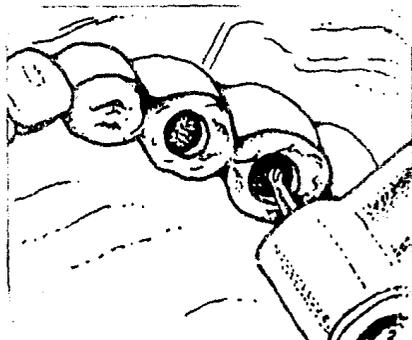
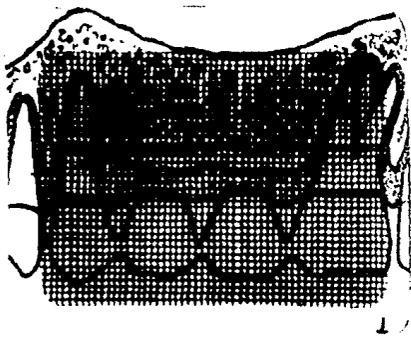


Como podemos observar en éstas figuras, la técnica llevada a cabo en piezas anteriores para la colocación de un implante en forma de perno, para la restauración de una pieza faltante, y es donde mejor resultado tendremos al aplicarla a algún paciente.



TECNICA PARA LA COLOCACION DE IMPLANTES DE PERNOS

Como podemos observar en las siguientes ilustraciones,
se encuentran en refuerzo protésico



- d) Colocarémos nuestros pernos, de un número más-groeso que la de la fresa para que entre a presión, (Fig. 4).
- e) Se cortarán y modelarán un muñon con alguna resina, (Fig. 5).
- f) La restauración final con una corona completa, (Fig. 6).

V.- IMPLANTE SUBPERIOSTICO INTRAMUCOSALES

Para la técnica adecuada contarémos con un paciente edéntulo total o parcialmente y procederémos a llevar a cabo nuestra técnica.

- a) Con la fresa de acrílico que tiene tope, se colocará en ángulo recto sobre la Prótesis y se hará algunas perforaciones, en la línea media y las otras del lado paletino en medio de las de la línea media.
- b) Se colocará las inserciones en la Prótesis y se pegarán con acrílico autopolimerizable.
- c) Se quitarán las fundas de protección para quitar con la fresa el excedente de acrílico y se cepillará.
- d) Las inserciones se marcarán con algún lápiz pa-



FIGURA No. 1
Observamos una dentadura total del maxilar superior, en la cuál se pondrán las incisiones en la zona de mejor retención.

FIGURA No. 2
Teniendo en cuenta dichas zonas de la prótesis, se marcaran para así poder colocar las incisiones, tanto en la parte lingual, como en la línea media, y más alta de las crestas, éste será el principal requerimiento.

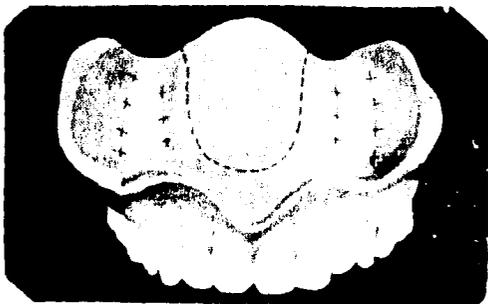


FIGURA No. 3
En ésta figura, se verá la forma en que nos ha quedado puesta nuestra prótesis recordada de la parte central, la técnica para hacer las perforaciones con ayuda de drill en las zonas ya marcadas.

FIGURA No. 4
El siguiente paso es la colocación de la incisión en cada una de las perforaciones.



FIGURA No. 5

En su paso siguiente, será la colocación de acrílico del color rosa, blanco, etc. para la fijación de la inserción.

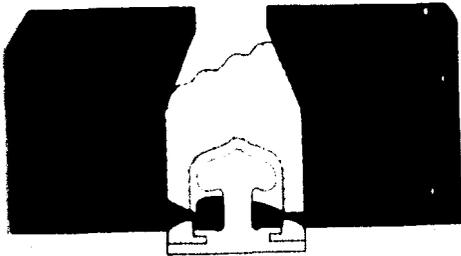


FIGURA No. 6

En ésta ilustración es cuando se tendrá el paso final y entonces quitaremos las fundas de protección de la inserción para que con nuestra fresa re cortadora se quiten todos los excedentes de acrílico.

FIGURA No. 1

Preparación del sitio receptor de la inserción protésica, después coloque la prótesis durante 3 a 5 minutos removeré, limpio y coloco la prótesis durante 3 a 4 semanas.



a) Colocación del implante intramucosal.

Las partes de que se compone éste implante son:

- I) Receptor en la mucosa
- II) Este implante no distorciona ni comprime la mucosa en sus extremos ni en el fondo.
- III) Tiene el largo y ancho adecuado para una buena retención.
- IV) Las inserciones tienen que ir cementadas en la prótesis y éstas a su vez en la mucosa.

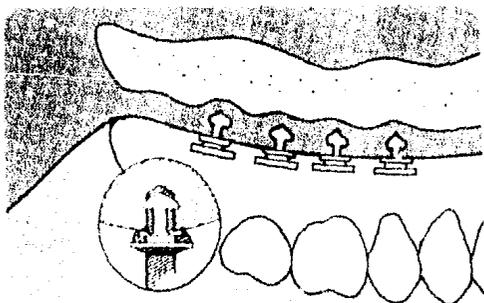


FIGURA No. 2

La preparación en el paciente, se marcarán las inserciones con un lápiz y se colocará la prótesis en el paciente, y se hará que cierre el paciente después se retirará y observaremos las marcas del implante que quedaron, se procederá a colocar anéctico en los puntos, perforaremos con una fresa de tejido y tendremos el sitio receptor.

ra así darnos una mejor referencia en el paciente.

- e) Se procederá a colocar el anestésico de 2 a 3 gotas por sitios marcados en la colocación de la prótesis.
- f) Ya anestasiado el paciente se pasará a perforar -- con las fresas que son de baja velocidad, con agua y se presionará fuerte al colocar la fresa.
- g) Las perforaciones serán más largas y anchas que la insición para no dar más molestias cuando oprima - el paciente.
- h) Colocaremos la prótesis y ya colocada y sin ningún problema se limpiarán todas las insiciones y sitios receptores y colocaremos anéstesico tópico.
- i) Colocada la placa habrémos terminado el tratamiento en una cita.
- j) El post-operatorio será que el paciente no debe quiárselo hasta la próxima cita en 7 o 10 días para asearla.

- k) La siguiente cita será a los 15 días y hay que ver que no tenga ninguna anomalía.

El paciente, podrá quitarse la prótesis, únicamente para asearla. Con respecto a los botones en la placa inferior, se llevará a cabo el mismo tratamiento, pero en éste, las perforaciones irán hasta el hueso, pues éste tejido de colágena, se regenera y se pondrá la prótesis, y éstos no se podrán colocar en lingual ni vestibular.

V.- IMPLANTES ESPIRALES

LA TECNICA A SEGUIR ES LA SIGUIENTE:

- a) Se tomará la radiografía de la zona edéntula, ésta será milimétrica.
- b) Se preparará la pieza continua a la que irá fijado el implante.
- c) Perforaremos el tejido hasta llegar a la medición de nuestro implante.
- d) Mediremos la perforación con nuestra barilla milimétrica y tomaremos otra radiografía.
- e) Se tomará una medición para poder colocar nuestras espirales, éstas irán en forma de "v" ó

IMPLANTES EN ESPIRAL



Fig. A.

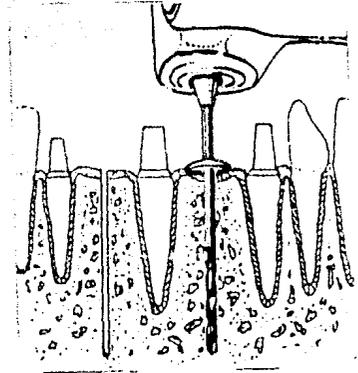


Fig. B.

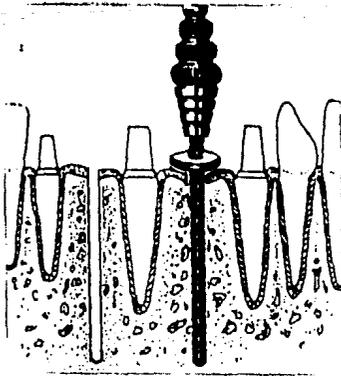


Fig. C.

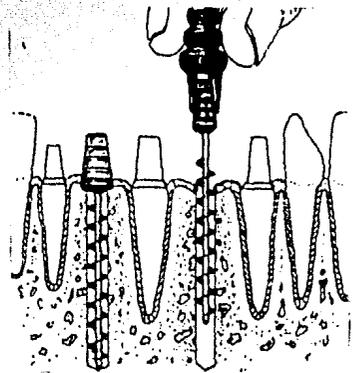
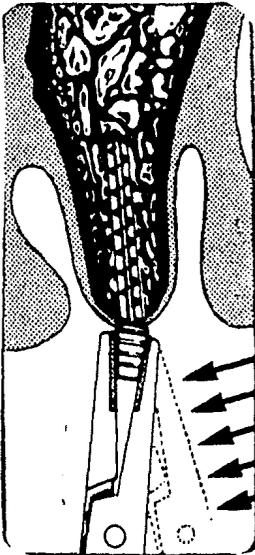
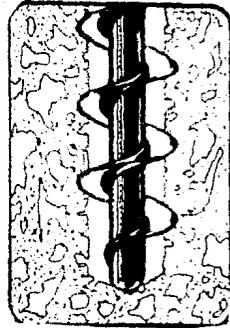


Fig. D.

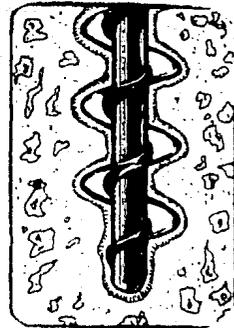
IMPLANTES EN ESPIRAL

Toma de R_x de nuestro
Implante en la coloca
ción.



Dobléz de nuestro
Implante para te-
ner tolerancia.

Toma R_x Post-Operatoria
note el crecimiento del
tejido óseo alrededor -
de las espirales.



paralelas al eje longitudinal del diente, según sea el tratamiento, y sabiendo que cada espiral mide 1 mm., en algunas ocasiones el hueso cortical es muy duro, entonces utilizaremos nuestra fresa para ensancharlo un poco para que al colocar la espiral entre a presión, pero hay que tomar en cuenta que no sea con demasiada presión.

- f) Después de colocadas las espirales, se cortan y se fabricará un Muñon para que éste, y la preparación continúa, y así poder fabricar una Prótesis fija.

La técnica para reforzar puentes fijos que presentan movilidad dentaria, es la siguiente:

- a) Toma de radiografía milimétrica, (Fig. 1).
- b) Se perforará la cara oclusal de la pieza protésica, (Fig. 2).
- c) Perforación hasta hueso y medición con nuestra barilla milimétrica y se tomará otra radiografía, (Fig. 3)
- d) Se colocará nuestra espiral o perno, (Fig. 4).
- e) Se cortará la espiral o el perno, (Fig. 5).
- f) Se cimentará con alguna resina la prótesis, ---

(Fig. 6).

La colocación de los espirales también será en forma de "V" o en dirección al eje longitudinal del diente.

CAPITULO VII

EVALUACION DE LAS TECNICAS Y SUS RESULTADOS

Como observaremos se citan varios informes clínicos de éxitos en la utilización de los implantes de lámina intraósea.

En un paciente en el cual mes antes de la autopsia se colocaron cuatro implantes de lámina de Titánium que falleció por complicaciones de un carcinoma gastrointestinal. Estas fueron utilizadas para sostener una prótesis fija completa inferior (Fig. 1).

En la autopsia se obtuvo un espécimen tisular en bloque (Fig. 2).

Las radiografías lateral y oclusal (Fig. 3 y 4), del espécimen muestran la encapsulación del implante en el hueso. No existía evidencia clínica de movilidad.

El espécimen fue descalcificado y sometido a una investigación de rutina mediante el Scannig con microscopio electrónico (Fig. 5 y 7).

Era evidente la cercana adaptación del tejido periimplante y del hueso a su alrededor.

Esto confirma los resultados de experimentos previos en animales.

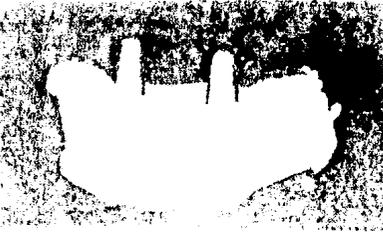


Fig. 1. Toma fotográfica de este implante de 2 x 0,5 cm. Observaremos el tejido óseo alrededor del mismo veremos así lo exitoso que es y el resultado obtenido durante un tiempo adecuado en el paciente.

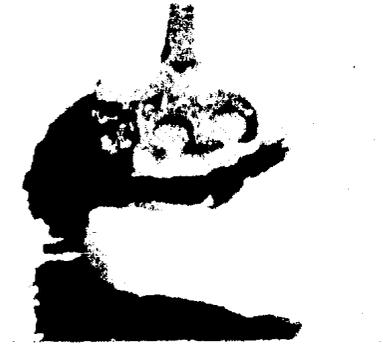
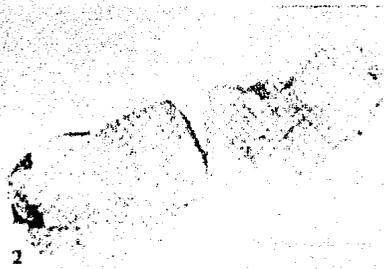


Fig. 2. Observaremos las marcas en el tejido óseo al retirar el implante y veremos el crecimiento del hueso alrededor de las patas y costorno superior del implante.

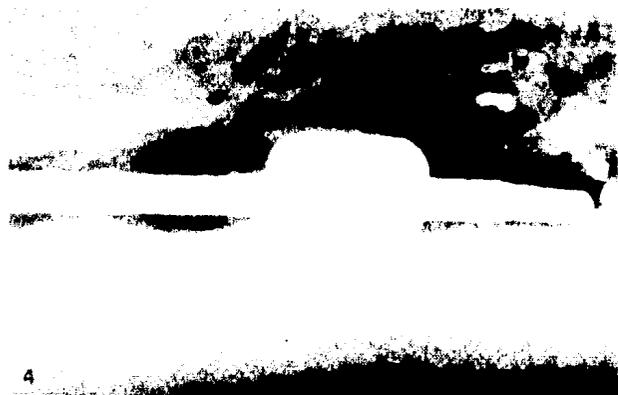


2

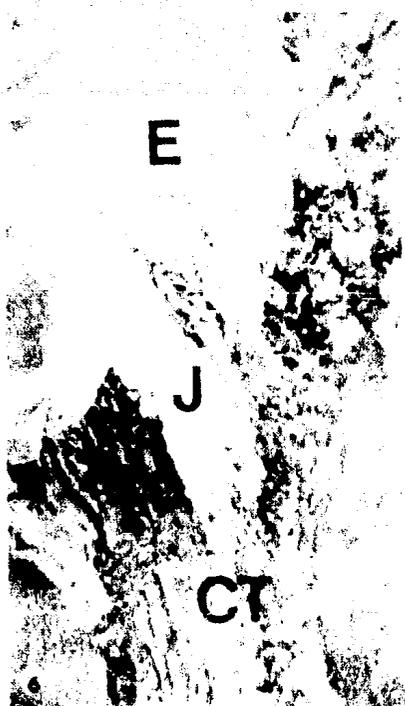


THE NEW HEBREW LITERATURE IN THE AFTERMATH OF EXILE

THE NEW HEBREW LITERATURE IN THE AFTERMATH OF EXILE is a collection of essays by leading scholars in the field of Hebrew literature. The essays are arranged in two parts: the first part deals with the literature of the late 19th and early 20th centuries, and the second part deals with the literature of the 1920s and 1930s. The essays are written in a clear and concise style, and they provide a comprehensive overview of the development of Hebrew literature during this period. The collection is a valuable resource for students and scholars alike.



Geografía Cultural del lenguaje.



Para su estudio con microscopio electrónico y observaciones lo exitoso que es la colección del implante.



5

loma para su estudio con el uso de un elec-
trómetro, y observaremos lo siguiente que es
la colocación del "laplandia".



Tema del Informe con Microscopio Electrónico

Se presenta ahora un caso de cinco años post-operatorio. Si se compara la radiografía post-operatorio inmediata (Fig. 11) con la radiografía lateral y oclusal (Fig. 12 y 13), tomando cinco años después se observan cambios mínimos.

Los implantes lámina intraóseas pueden servir satisfactoriamente como substitutos de los dientes por largos períodos de tiempo.

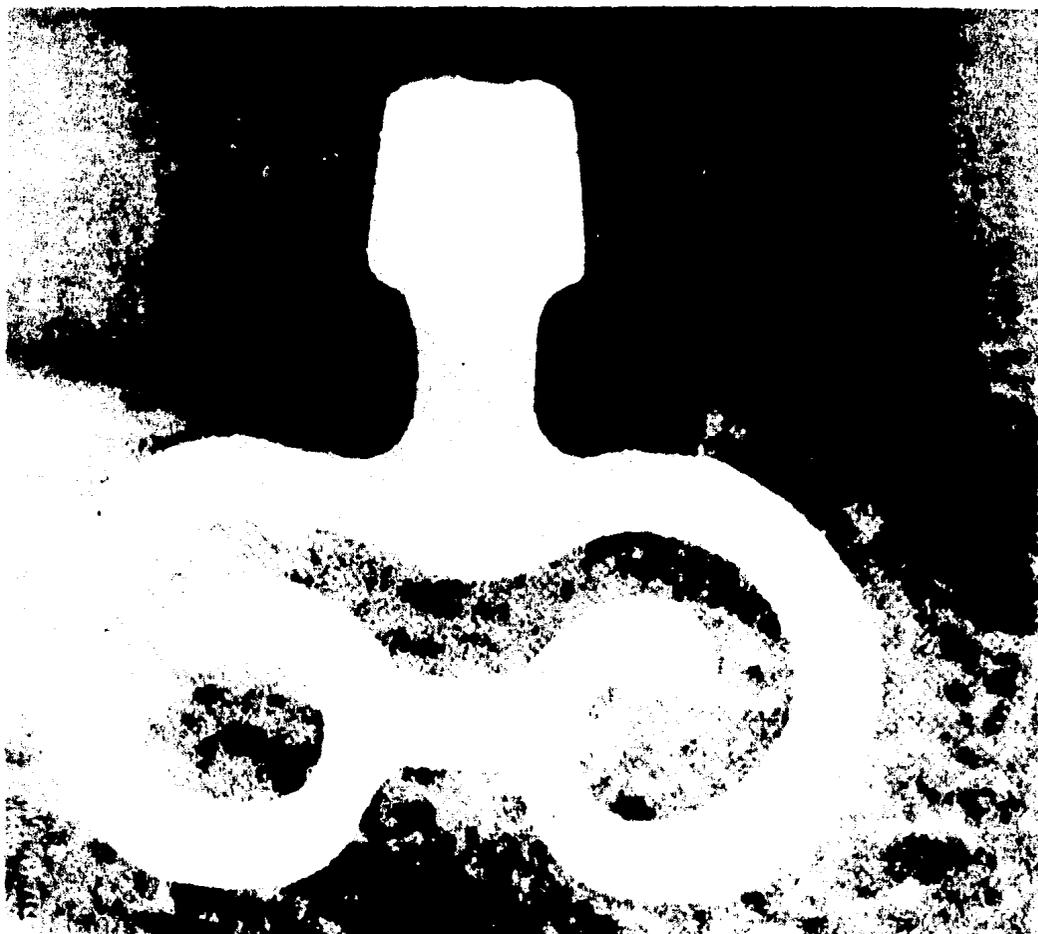
Se aconseja una cuidadosa selección de los casos con proporción positiva de férula.



Obsérvese las piezas con tratamientos endodónticos. Nuestro Implante colocado en la parte posterior de la mandíbula, irá en tal forma para así poder tener una prótesis fija y darle una mejor funcionalidad en la masticación al paciente. Véase la toma radiográfica después de la colocación del Implante.

En la fotografía siguiente, vemos como el tejido ha cubierto toda la parte de la incisión a la colocación del Implante y observaremos que no quedó ninguna arraca, ni zonas más pronunciadas para así poder colocar la prótesis sin ningún problema posterior que nos causara alguna molestia a nuestro paciente.





Una radiografía de un implante en un diente -
conoperencia y observamos el radiolítico resulto
negativo (después de 5 años de su colocación).

Como podemos observar también son útiles en la reducción intra oral abierta que se practica de rutina - en un procedimiento dificultoso y muchas veces traumático que puede ser ahora facilitado con implantes.

Láminas modificadas, la cabeza y el cuello se separan del cuerpo de la lámina (Fig. 1), para crear una cuña de fijación.

Esta cuña se inserta entónces suavemente en un canal que cruza la fractura (Fig. 4, 8 y 12), después es firmemente martillada en su lugar para estabilizar correctamente los segmentos opuestos. Las cuñas se usan conjuntamente con la colocación de alambres intermaxilares.

De los resultados favorables en animales de experimentación (Fig. 2 a 5), se practicaron una serie de casos clínicos. Inicialmente la Cuña de Fijación se usó en procedimientos extraorales de rutina. Los casos se evaluaron hasta dos años después.

Se trata luego con procedimientos intraorales. Se presenta un caso típico (Fig. 9 a 16). Una radiografía panorámica en el post-operatorio, demuestra una apropiada reducción y fijación (Fig. 14).

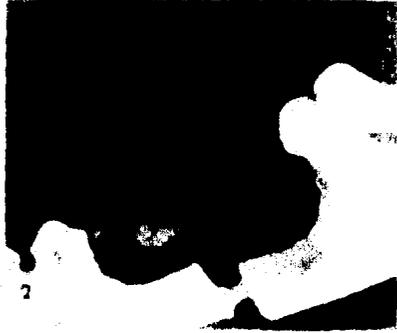
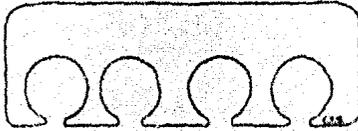
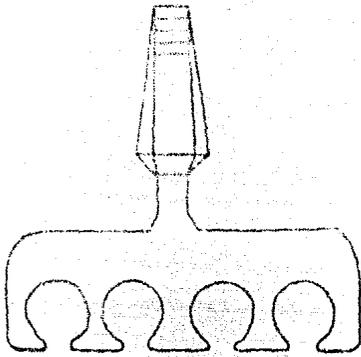


Fig. 1. Construcción de un implante y su colocación en una mandíbula simulada.

Fig. 2. Funcionamiento de la fractura al utilizar la técnica de implante. El hueso con sus tejidos.



Fig. 3. Funcionamiento de la fractura al utilizar la técnica de implante. El hueso con sus tejidos.



1. The specimen is a cross-section of a plant stem, showing a central pith surrounded by a cortex and a vascular ring. The vascular ring consists of xylem and phloem, with a distinct cambium layer. The xylem is located towards the center, and the phloem is located towards the periphery. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers.

2. The specimen is a cross-section of a plant stem, showing a central pith surrounded by a cortex and a vascular ring. The vascular ring consists of xylem and phloem, with a distinct cambium layer. The xylem is located towards the center, and the phloem is located towards the periphery. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers.

3. The specimen is a cross-section of a plant stem, showing a central pith surrounded by a cortex and a vascular ring. The vascular ring consists of xylem and phloem, with a distinct cambium layer. The xylem is located towards the center, and the phloem is located towards the periphery. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers. The cambium is a layer of cells that produces secondary xylem and secondary phloem. The secondary xylem is located towards the center, and the secondary phloem is located towards the periphery. The secondary xylem is composed of tracheids and vessels, and the secondary phloem is composed of sieve tubes and phloem fibers.



Observamos una fractura (Fig. 6), y que para la colocación del implante, se utilizará la técnica de la inj er si ón de la o Navaja. También obsérvese la incisión (Fig. 7) y la colocación final en la (Fig. 8).





Fig. 11, obsérvese la incisión en el tejido dseo de la dimensión adecuada.

Fig. 12, varómes en los puntos S.P., de cada extremo, la longitud del implante y la longitud de la incisión.





13

Ya colocado nuestro Implante (Fig. 13), se procederá de inmediato a ferulizar las piezas inferiores y superiores para dar así - un mejor resultado post-operatorio.

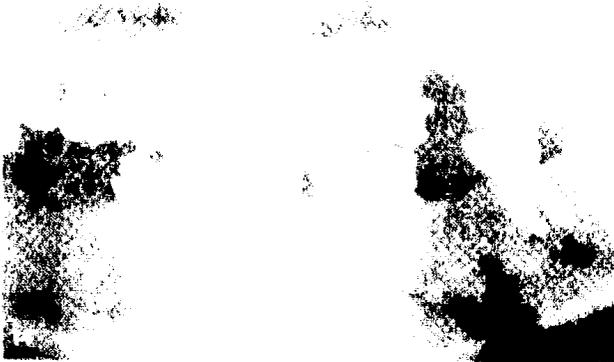


Fig. 14. En ésta toma radiográfica, nótese la reducción y fijación apropiadas.

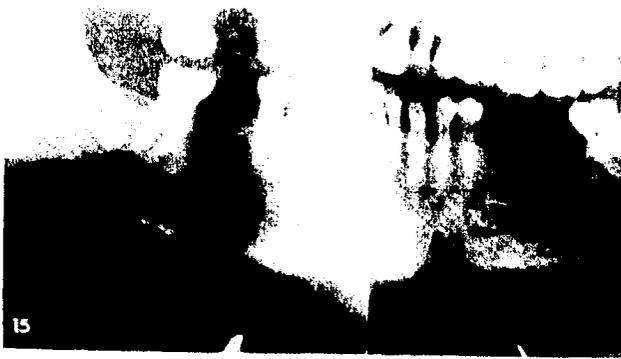


Fig. 15, Toma radiográfica con sin las bandas superiores e inferiores.

Fig. 16, Utilizando una buena técnica, veremos que habrá un mejor resultado en el trabajo radiográfico oclusal.



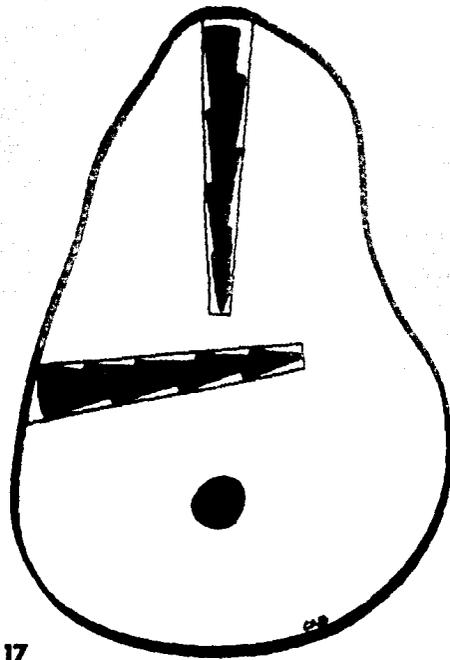


Fig. 17, Aquí se observa, la fuerza que se tuvo que utilizar para un mejor resultado.

Esta técnica puede acortar el tiempo de permanencia de alambres intermaxilares y puede ser de gran beneficio para pacientes, de otra manera, tendrían una - incisión extraoral, que puede ser antiestética, y puede dar lugar a la formación de un queloide o una fistula extra-oral secundaria a infección y puede causar interferencia en las vías neurológicas.

Se ha elaborado exitosamente en el tratamiento de fracturas horizontales de la mitad de la raíz que puede ocurrir debido al trauma.

El procedimiento consiste en la limpieza y remodelado del canal radicular, la colocación del implante y la cementación permanente.

Un colgajo de grosor total fue reflejado a fin de curetear el tejido a nivel de la línea de fractura.

La línea de fractura fué ampliada y biselada --circunferencialmente con una fresa quirúrgica 701 con la esperanza de obtener regeneración ósea en esa área. El colgajo fue suturado y un vendaje periodontal fue aplicado.

El primer caso clínico (Fig. 1 a 7), muestra una evaluación de siete años.

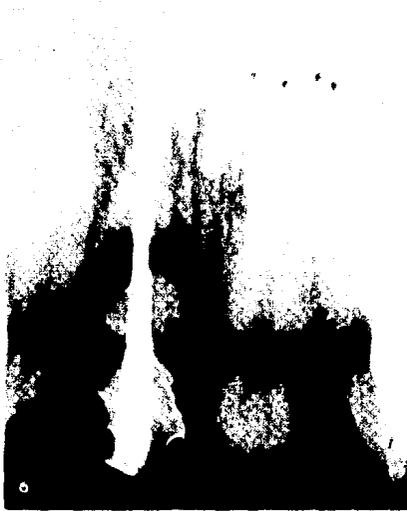
El segundo caso (Fig. 8 a 11), es una evaluación de cuatro años.

En el tercer caso (Fig. 12 a 14) muestra una evaluación de un año y medio.

Todos estos son asintomáticos y muestran grados diversos de cicatrización radiográfica.

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

FROM THE FOUNDING OF THE COLONIES TO THE PRESENT





IN QUEL CASO IL TUMORE PERSISTE (ZANGI ENDOCRINICO CON
COSTRIZIONE ENERGETICA) IL COLICO DO TUMORE (STAB-
ILIZZAZIONE) E' UNO DEI PIU' BUONI ESITI DEL TRAT-
TAMENTO CON LA CHIRURGIA.

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

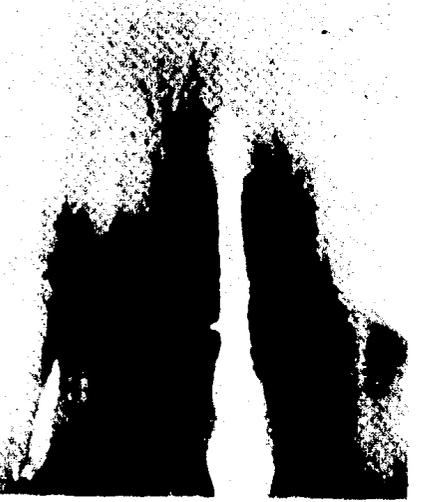
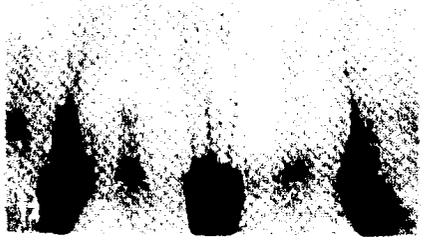
IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE

IL TUMORE PERSISTE
IL COLICO DO TUMORE

IL COLICO DO TUMORE
IL TUMORE PERSISTE



Las ventajas de esta técnica es que provee mejor retención y estabilidad para conservar el fragmento apical de la raíz y el hueso alveolar a sus alrededores.

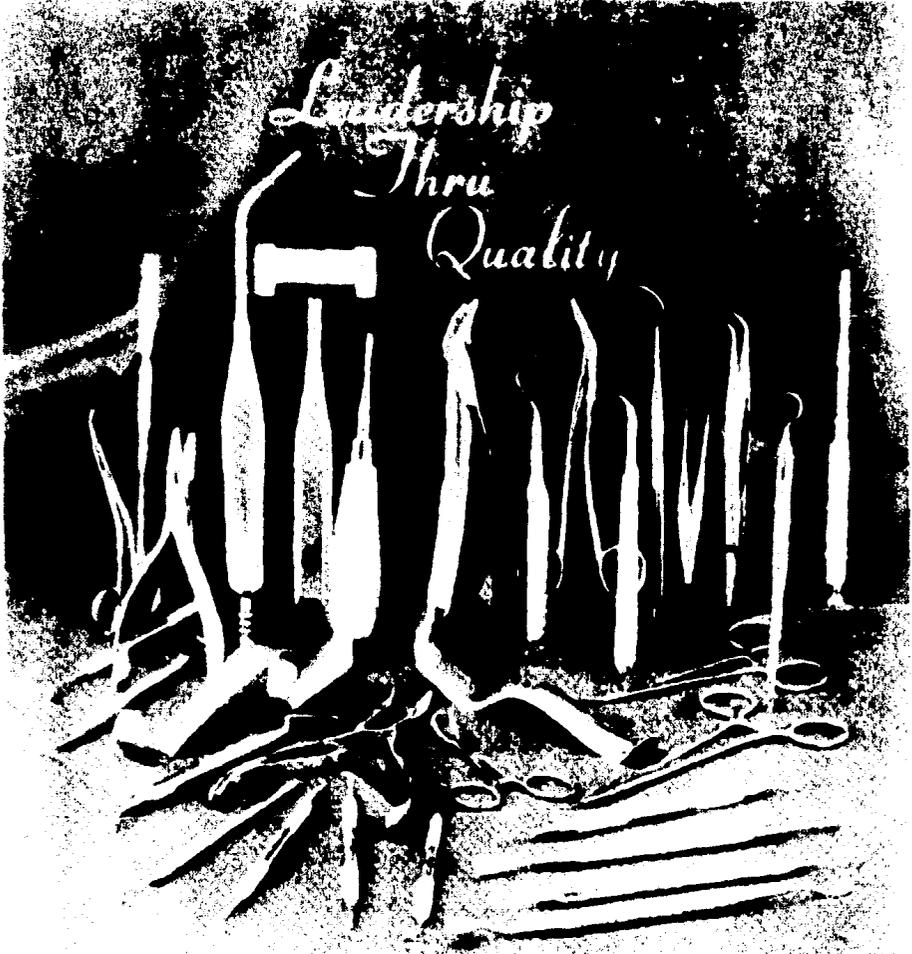
CAPITULO VIII

MATERIALES UTILIZADOS

A.- INSTRUMENTAL

- a) 126 Marcador para tejido de línea fina.
- b) 127 Mango de bisturi.
- c) 128 Hoja para bisturi No. 15,
- d) 129 Hoja para bisturi No. 12.
- e) 130 Hoja para bisturi No. 11.
- f) 131 Elevador regular para periostio.
- g) 132 Elevador grueso para periostio.
- h) 133 Gurbia para hueso.
- i) 134 Tijeras para tejido.
- j) 135 Separador normal tisular.
- k) 136 Separador automático tisular.
- l) 137 Fresas para hueso Esp. XL.
- m) 138 Fresas para hueso Esp. XXL.
- n) 139 Limpiador y checador de canal.
- ñ) 140 Asentador de titanium doble.
- o) 141 Asentador de Titanium sencillo.
- p) 142 Asentador de punta de titánium.
- q) 143 Removedor de implantes de titanium.
- r) 144 Porta implantes de titanium.
- s) 145 Juego de pinzas de titanium para ajuste.
- t) 146 Martillo.
- u) 147 Pinzas tisulares.

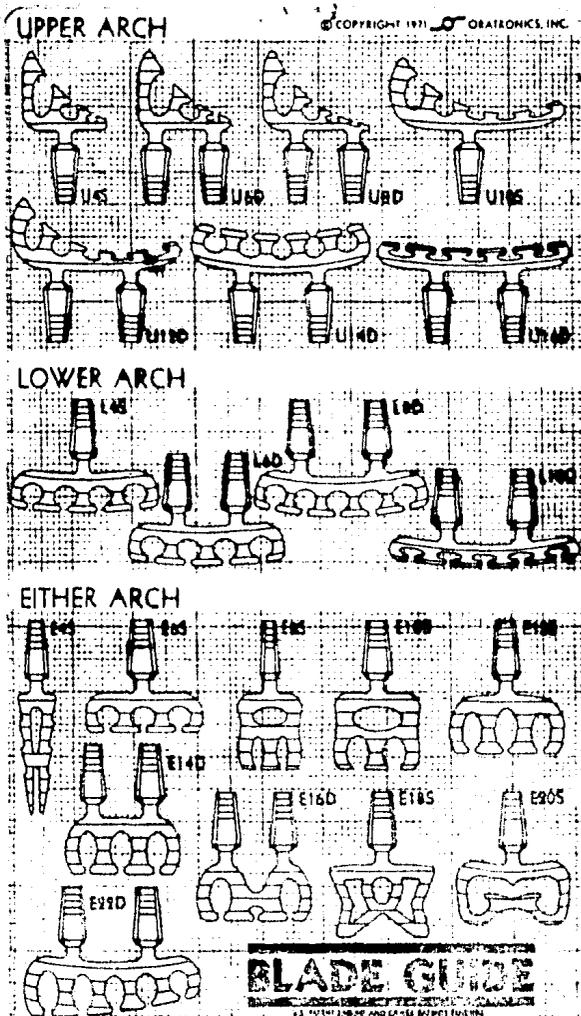
*Leadership
Thru
Quality*



*Leadership
Thru
Quality*



TIPOS DE IMPLANTES SEGUN TAMAÑO Y FORMA PA-
RA LA COLOCACION ANTERO SUPERIOR O INFERIOR



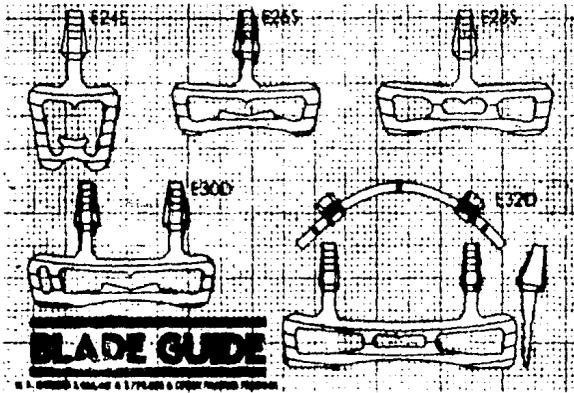
IMPLANTS INTERNATIONAL

SUITE 2000, THE OSBYLER BLDG, NEW YORK, N.Y. 10017 PIP-YUS 0080

ORATHONICS, INC.

TIPOS DE IMPLANTES SEGUN TAMAÑO Y FORMA PA-
RA LA COLOCACION ANTERO SUPERIOR E INFERIOR

ENDOSTEAL BLADE IMPLANTS (L.E.W)



IMPLANTS INTERNATIONAL
SUITE 8400, THE CHRYSLER BLDG., NEW YORK, N.Y. 10017 212-TU 8-0050

OCULARIMPLANTS INC.

© COPYRIGHT 1973 OBLATRONICS INC.

- v) 148 Porta agujas.
- w) 149 Tijeras para remover suturas.
- x) 150 Protectores de plástico.
- y) 151 Cuñas de metal.
- z) 152 Agujas atraaloc

B) DIFERENTES TIPOS Y FORMAS DE CADA IMPLANTE:

1.- Implantes de Hoja o Navaja.

a) Arco Inferior: L4S

L6D

L8D

L 10D

b) Arco Superior: U 10S U4S

U 12D U6D

U 14D U8D

U 16D

c) Ambos Arcos: E 4S E 16D E 28S

E 6S E 18S E 30D

E 8S E 20S E 32D

E 10S E 22D

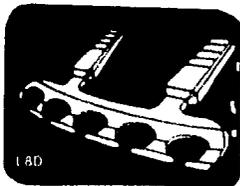
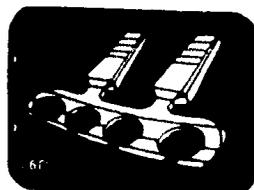
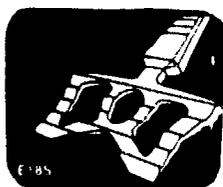
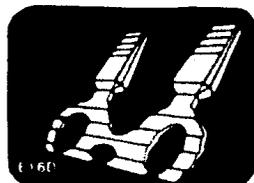
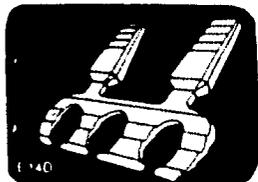
E 12S E 24S

E 14D E 26S

2.- Implantes de Estabilizadores Endodónticos:

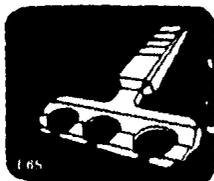
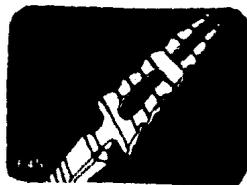
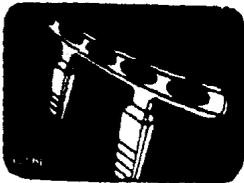
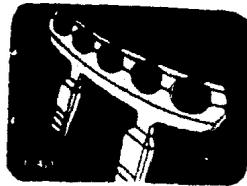
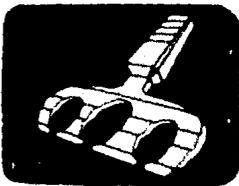
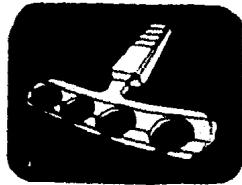
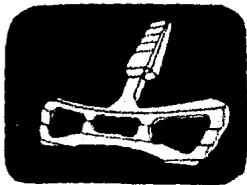
a) Estabilizadores endodónticos.

Handwritten Title



Handwritten text at the bottom of the page, possibly a list or description of the components shown in the illustrations above.

PLUMBING TECHNICAL COMPANY



- b) Fresas para hueso.
- c) Varillas de medición milimétrica.
- d) Instrumento de inserción para el estabilizador po
poste combinado No. 5.
- e) Malla milimétrica.
- f) Caja de puntas de papel (No. 6 y No. 8).
- g) Equipo Durelón.
- h) Equipo N₂
- i) Reductomático 10:1.
- j) Giromático contra-ángulo.
- k) Ensanchadores manuales.
- l) Ensanchadores para contra-ángulo.
- m) No. de fresas para estabilizador No. 1.
- n) No. de fresas para estabilizador No. 2.
- ñ) No. de fresas para estabilizador No. 3.
- o) No. de fresas para estabilizador No. 4.

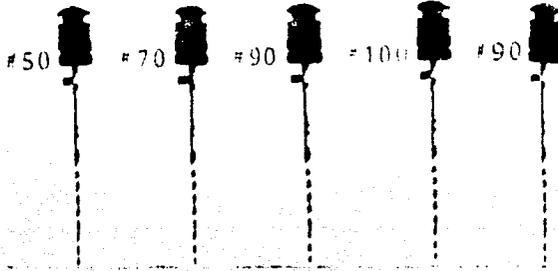
NOTA: (m, n, ñ, o) combinadas con fresas para hue
so.

PROGRAMACION COORDINADA DE INSTRUMENTAL

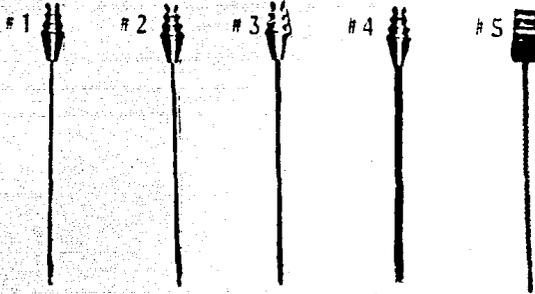
Ensanchadores manuales:	# 50	# 70	# 90	# 100	# 90
Fresas para hueso:	# 1	# 2	# 3	# 4	# 5
Varillas milimétricas:	# 1	# 2	# 3	# 4	# 5
Estabilizador Endodóntico:	# 1	# 2	# 3	# 4	# 5

PROGRAMACION COORDINADA DE INSTRUMENTAL

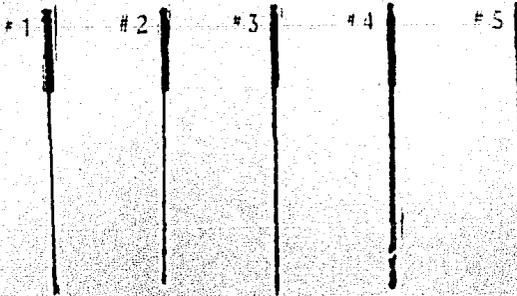
ENSANCHADORES MANUALES



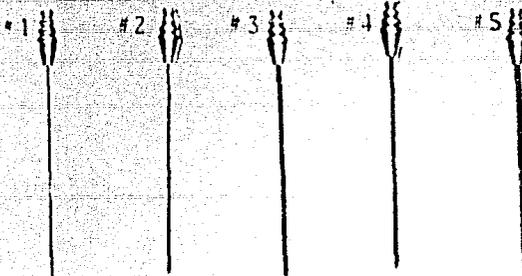
ESTABILIZADORES ENDODONCI COS



FRESAS PARA HUESO

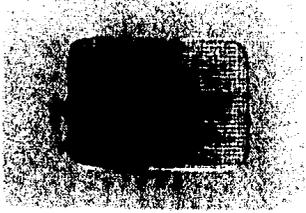


VARILLAS MILIMETRICAS



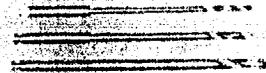
3.- Implantes de Pernos:

- a) Pernos de reemplazo para dientes y refuerzo de puentes (de c/u de 2 diámetros).
- b) Fresas para hueso (2 de c/u de 3 long. y 2 de diámetro).
- c) Varilla milimétrica.
- d) Pernos de reemplazo de diente (9 de c/u de 2 de diámetro).
- e) Fresas para huesos (3 de c/u de 3 long. y 2 de diámetro).
- f) Varillas de medición milimétrica.
- g) Fresas para hueso coordinados:
 - FC - I C (Corta)
 - FC - I M (Mediana)
 - FC - I L (Larga)
- h) Reductomático corta-ángulo 10:1
- i) Fresas redondas de mayor largo:
 - No. FC - IC (Corta)
 - No. FC - IM (Mediana)
 - No. FC - IM (Larga)
- j) Malla milimétrica.

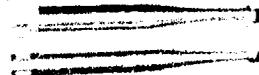


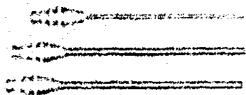
alla milimétrica para la
toma de f_x

ma. de mano reductor automático
para la perforación del
hueso o tejido óseo.



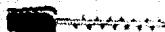
Coordinación de Drills --
(1, 2, 3) para la prepara-
ción del canal para el ti-
po de implante.





Implantes de puentes para re-
forzar puentes fijos en zo-
nas dentales con estabilidad
de zonas con los dientes.

Implante de Espiral.- zo-
nas dentales pequeñas.



Implante de Espiral con mar-
cador para su colocación.

Se usa para reorientar la
posición del implante.



4.- Implantes de Espirales:

- a) Espirales para hueso (3-No. 1, 5-No. 2, 2-No. 3)
- b) Fresas para hueso (2-No. 1, 3-No. 2, 2-No. 3)
- c) Varilla de medición milimétrica (3 de diámetro).
- d) Instrumento de inserción.
- e) Reductomático contra-ángulo 10:1
- f) Malla milimétrica.
- g) Fresas redondas de mango largo No. 5.
- h) Fresas redondas de mango largo No. 6.
- i) No. 1 espirales para hueso.
- j) No. 2 espirales para hueso.
- k) No. 3 espiral para hueso.
- l) No. 1 fresa espiral para hueso.
- m) No. 2 Fresa espiral para hueso.
- n) No. 3 fresa espiral para hueso.

5.- Implantes Subperiósticos Intramucosales:

- a) Botones de inserción con protectores de plástico.
- b) Fresas para sitio receptor.

- c) Fresas para remover acrílico.
- d) Fresas para tejido.
- e) Marcador de tejido de línea fina.
- f) Equipos de fresas surtidas.
- g) Reductomático contra-ángulo 10:1

CAPITULO IX

CASOS CLINICOS

El paciente era un desdentado total excepto por un - canino mandibular con movilidad de grado III (Fig. 1), se colocaron cuatro implantes-lámina y se fabricó una superestructura temporaria (Fig. 2 a 6) luego de la cicatrización (Fig. 7), se colocaron copa de transferencia fabricados en plástico encima de las cabezas de los implantes (Fig. 8).

Se tomó una impresión maestra (Fig. 9) y se montó un modelo maestro (Fig. 10) se fabricó y se cementó permanentemente un sistema de barra y dedales oro de conección sobre los implantes (Fig. 11).

Se construyeron placas de mordida (Fig. 12) para producir una oclusión funcional.

Después de determinar la dimensión vertical el blo-- que de la mordida, se contornea y se prepara para retener una pasta abrasiva de oclusión. Luego que el paciente hace el ajuste funcional, la línea media se marca en la mordida de cera (Fig. 13)

La placa de la mordida superior se monta con un tene
dor de mordida con mezcla rápida (Fig. 14) y el caso se ar
ticula.

Se seleccionana los dientes y se colocan para una --
prueba.

Luego que el paciente da su aprobación, se fabrica -
la prótesis definitiva (Fig. 15).

El paciente completa el ajuste funcional con una pas
ta de carborundum.

CASO CLINICO

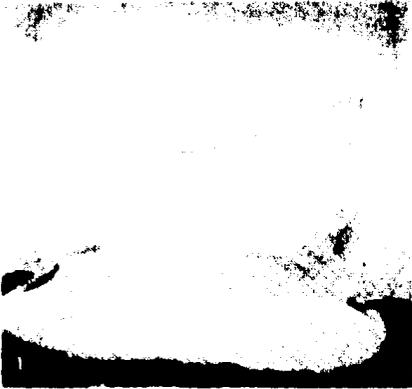


FIGURA No. 1

FIGURA No. 2



FIGURA No. 3



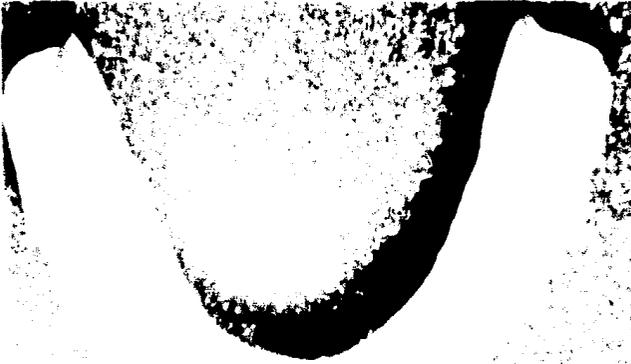


FIGURA No. 4



FIGURA No. 5

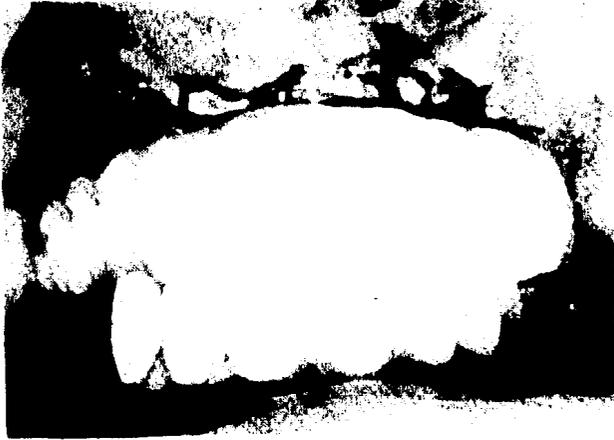


FIGURA No. 6

FIGURA No. 7

7



FIGURA No. 8

8



FIGURA No. 9

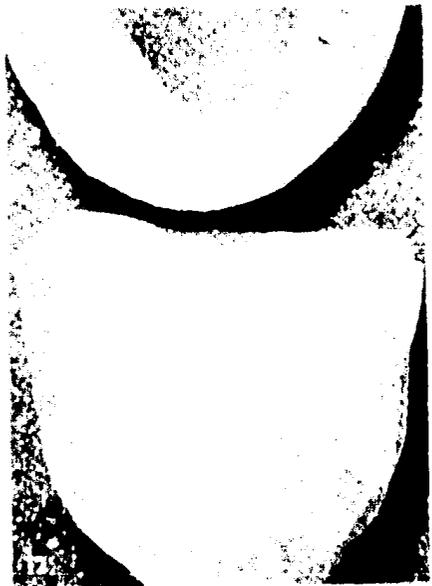
FIGURA No. 10



FIGURA No. 11



FIGURA No. 12



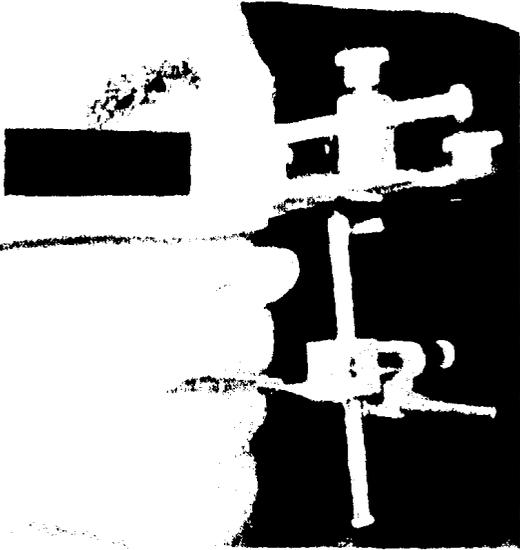


FIGURA No. 13

14

FIGURA No. 14

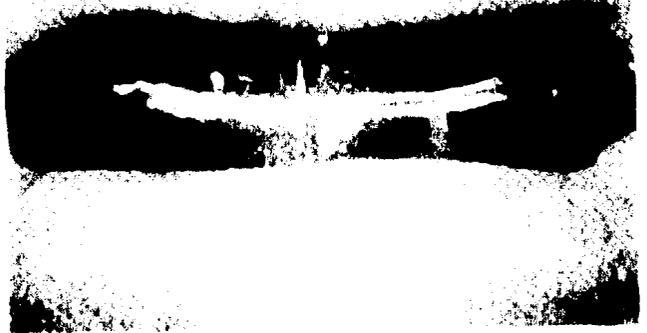


FIGURA No. 15

15

CASO CLINICO No. 2

En una mujer de treinta y cinco años, con pérdida de numerosos dientes posteriores y marcada sobremordida (Fig. 1), un canino maxilar impactado el paladar fué removido. - (Fig. 2).

Dos implantes lámina proveen pilares posteriores.

En la mandíbula (Fig. 3), la restauración inferior - se hizo en tres segmentos. En el postoperatorio se logró - una corrección de la sobremordida y restauración de la oclusión a arco completo (Fig. 4).

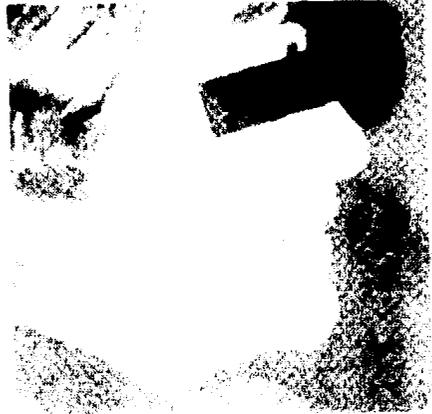
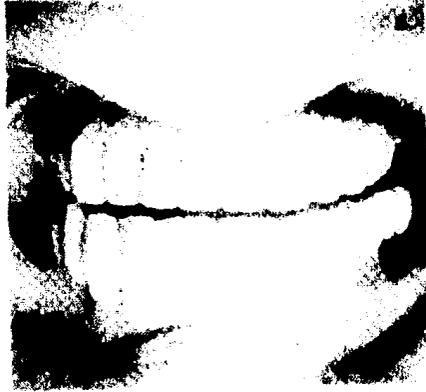
En una mujer de cuarenta y cinco años que necesitara una rehabilitación oral extensiva. Un implante lámina endo-ósea provee un pilar posterior.

Una ferulación de arco completo fabricado en porcelana y metal restaura la dentición maxilar, tres restauraciones individuales, porcelana a metal, se usaron en la mándibula. Las condiciones fisiológicas y psicológicas del pa-ciente fueron completamente restauradas.

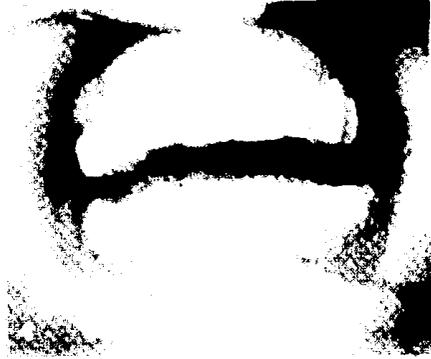
CASO CLINICO No. 2



CASO CLINICO No. 2



CASO CLINICO No. 2



CASO CLINICO DE ALFRED L. FRANK Y COLABORADORES:

Una mujer de cincuenta y cinco años requería de la -
estabilización del incisivo central superior, seguido de -
una terapia parodontal.

Siguiendo una preparación biomecánica dentro del ca-
nal, se usaron ensanchadores del No. 40 para la preparación
intraósea que iba a recibir el implante cromo-cobalto.

El procedimiento completo fué hecho en una sesión.

El procedimiento resultó una reducción considerable
de la movilidad existente. A los dos años, una radiografía
de control demostró una reducción de la membrana periodon-
taltal, y un mínimo de movilidad; además una buena condi-
ción de salud gingival.

El paciente de sesenta y siete años de edad, requi-
rió de una terapia endodóntica en el incisivo lateral infe-
rior izquierdo, presentando una movilidad clase III, y una
pérdida del hueso soporte. Se decidió colocar un implante
endodóntico intraóseo como relleno del canal de la raíz y
se utilizó una estabilización adicional al diente vecino.

El diente fué tratado como un caso convencional de -
endodóncia las dos primeras citas.

Usando como medicamento para el canal paramonocloro-fenol alcanforado.

La única diferencia, fué que la preparación biomecánica se le agregaron dos milímetros más abajo de la longitud radiográfica.

La preparación intraósea, fué mejorada, en la tercera visita con ensanchadores del No. 40 y el implante fué - colocado y cementado en su lugar.

Una radiografía 18 meses después no presentó reacción periapical y en el exámen clínico no demostró movilidad apreciable.

Una mujer de diecisiete años de edad, que a causa de un traumatismo se lesionó el incisivo central superior izquierdo, mostrando una fractura horizontal a la mitad de la raíz asociada a una reacción.

Se hizo el tratamiento de apicectomía y se completó con un implante endodóntico intraóseo.

Una radiografía de control a los cuarenta meses, demostró radiolucidez clínicamente observamos que la movilidad disminuye considerablemente.

Paciente de cincuenta y tres años de edad de sexo -- masculino, se hace su historia clínica.

Se encontró enfermedades propias de la infancia, sin datos de importancia.

Por enfermedades parodontales se extrajeron los incisivos centrales y laterales, y que en la actualidad se encuentran en perfectas condiciones de salud, se le extrajeron las piezas anteriores inferiores, dejando exclusivamente los caninos, los cuáles fueron tratados con implantes - endodónticos intraóseos con finalidades protésicas (Fig. 7).

Paciente sexo masculino de veinte años de edad se -- presenta con dolor espontáneo, por traumatismo en incisi--vos centrales y laterales superiores.

Así como una fractura en el tercio medio y ápical -- del incisivo central inferior derecho.

Además presentaba sarro supragingival, hiperplasia - gingival por medicación de dilantin sódico ya que es epilépico; se encuentra bajo control médico.

EL PLAN DE TRATAMIENTO CONSISTIO:

Primeramente se controló el dolor, se ferulizaron -- las piezas inferiores de canino a canino.

Se le medicó con antibacterianos, anti-inflamatorios y analgésicos.

Se le hizo tartectomía y programa de control personal de placa.

En los entrales inferiores se le hizo tratamiento endodóntico con el respectivo acceso óseo se lavó con agua bi destilada; conseguida la preparación del conducto, se procedió a cementar el implante en su lugar con endo-post (cromo-cobalto-molibdeno) a una profundidad de 6 mm. más el ápice, dentro del tejido óseo.

7 meses después no ha presentado reacción a la observación radiográfica, ni molestia alguna. (Figs. 3, 4, 5, y 6.).

CONCLUSIONES

TEMA X

El uso de implantes intraóseos, es en ésta época un complemento importante en la práctica del cirujano dentista.

Los implantes intraóseos y submucosos, han demostrado su gran utilidad en:

- a) Conservar dientes naturales
- b) Estabilizar dientes con paradontopatias
- c) Aprovechar restos radiculares, con fines "prótesis."
- d) Reforzar prótesis fijas
- e) Tratar fracturas radiculares (tercio medio, tercio apical, etc.)
- f) Proteger y prolongar la vida del diente por razones masticatorias.
- g) En fracturas mandibulares.
- h) Estabilización y retención en prótesis totales y parciales.
- i) En colocación de prótesis en pequeños espacios anteriores.
- j) Ayuda en la colocación de prótesis fijas de media arcada o arcada completa.
- k) Restaurar dientes faltantes anteriores.

Para el diagnóstico es básico el estudio radiográfico, ya sean radiografías corono-radiculares, extra-orales, panorámicas, etc., y otros datos que el paciente nos puede remitir al hacer su historia clínica.

Una vez que se haya valorado y confirmado la indica
ción del tratamiento, tendremos presente:

- a) Todo lo necesario que requiere un procedimiento quirúrgico.
- b) Realizar los diferentes pasos del tratamiento.
- c) Las perforaciones en tejido.
- d) Los accesos óseos.
- e) Colocación de ~~cada~~ uno de ellos.
- f) Su cementación o fijación del implante.

Los estudios recientes han demostrado que éstos ti
pos de implantes por su biocompatibilidad y biofunciona-
lidad, darán un mejor resultado en nuestros pacientes --
con nuestras técnicas adecuadas para cada uno de éstas -
incersiones.

En todo tipo de implante, se deberá controlar radio
gráficamente, pues así se observará que también es un es
timulante al crecimiento de tejido óseo.

BIBLIOGRAFIA

DR. LEONARD I. LINKOW

- 1.- A DYNAMIC APPROACH TO ORAL IMPLANTOLOGY
VOLUMEN I MAXILARY IMPLANTOLOGY.

DR. LEONARD I. LINKOW

- 2.- A DYNAMIC APPROACH TO ORAL IMPLANTOLOGY
VOLUMEN II MANDIBULAR IMPLANTOLOGY.

DR. MAURICE J. FAGAN SR. D.D.S.B.S.

- 3.- NUEVOS CONCEPTOS EN IMPLANTES.
"IMPLANTODONTICS"

DR. PROF. DOTT GIORDANO MURATORI.

- 4.- MULTI-TYPE ORAL IMPLANTOLOGY.

MORTON L. PEREL D. D. S.

- 5.- DENTAL IMPLANTOLOGY AND PROSTHESES.

PROF. DOTT GIORDANO MURATORI.

- 6.- OSTEOFIBROUS IMPLANT AND IMPLANTOLOGICAL.
REVISION 1974 - 1975.

DR. ARALDO ANGEL RITACCO.

- 7.- IMPLANTES ENDODONTICOS INTRAOSEOS.
EDITORIAL MUNDI. PRIMERA EDICION 1967.

- 8.- COHEN S. A., PERMANENT INTERNAL SPLINT FOR A
FRACTURED INCISOR ROOT DENT DIG 74: 162
APRIL 1968.

9.- COLEGIO INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGIA ORAL.
SEMINARIO SOBRE IMPLANTES ORALES (TEORICO).

SEDE HOTEL CAMINO REAL, MEXICO, D. F.

LOS DIAS 24 Y 25 DE SEPTIEMBRE DE 1977.

CONFERENCISTA DR. CHARLES M. WEISS.

S U M A R I O :

- TEMA I IMPLANTES DE NAVAJA,
- TEMA II IMPLANTES SUB PERIOSTICOS
- TEMA III IMPLANTES ESTABILIZADOR PARA ENDODONCIA
- TEMA IV IMPLANTES DE BOTONES DE INSERCION
- TEMA V IMPLANTES DE ESPIRALES.

10.- COLEGIO INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGIA ORAL.

SEMINARIO SOBRE IMPLANTES ORALES (TEORICO PRACTI
CO.

SEDE HOTEL CAMINO REAL, MEXICO, D. F.

LOS DIAS 11 Y 12 DE FEBRERO DE 1978.

CONFERENCISTAS: DR. CHARLES M. WEISS

DR. ARTURO VALLADOLID

S U M A R I O :

- TEMA I ESTUDIO GENERAL DE LA IMPLANTOLOGIA ORAL
- TEMA II INSERCIONES INTRAMUCOSAS O BOTONES DE IN
SERCION INTRAMUCOSA.
- TEMA III ESTABILIZADOR ENDODONTICO
- TEMA IV IMPLANTE DE HOJA
- TEMA V IMPLANTE SUBPERIOSTICO: TOTAL, UNILATERAL
Y CIRCUNFERENCIAL.
- TEMA VI PERNOS PARA REFUERZO DE PUENTES Y PARA RE
EMPLAZAR UN SOLO DIENTE.

II.- COLEGIO INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGIA ORAL.**SEMINARIO SOBRE IMPLANTES ORALES****SEDE HOTEL CAMINO REAL, MEXICO, D. F.****LOS DIAS 30 Y 31 DE MARZO Y 1º DE ABRIL 1978.****CONFERENCISTAS:****DR. ANTONIO MORRA GRECO - ITALIA****DR. CHARLES M. WEISS - E.E.U.U.****DR. ENRIQUE VIECO B. - COLOMBIA****DR. ARTURO VALLADOLID - MEXICO.****SUMARIO:**

- TEMA I ESTUDIO GENERAL DE LA IMPLANTOLOGIA ORAL.**
- TEMA II INSERCIONES INTRAMUCOSAS O BOTONES DE INSERCIÓN INTRAMUCOSAL.**
- TEMA III IMPLANTE DE HOJA.**
- TEMA IV ESTABILIZACION ENDODONCIA.**
- TEMA V IMPLANTES SUBPERIOSTICOS: TOTAL, UNILATERAL Y CIRCUNFERENCIAL.**
- TEMA VI PER NOS PARA REFUERZO DE PUENTES Y - PARA REEMPLAZAR UN SOLO DIENTE.**