

***Asentamiento
de Pilares
en
Maxilar Anterior***



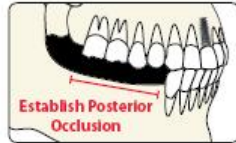
C/ MAESTRAT, 41-43. 1º
TERRASSA 08225
93 780 47 99
www.tonal.es

Lista De Comprobación: Asentamiento De Pilares En Maxilar Anterior

1. PLANIFICACIÓN

□ Planificación del tratamiento

Para evitar la posibilidad de la pérdida de adherencia de pilares en maxilar anterior, es esencial asegurar una oclusión anterior y posterior estable.



□ Planificación quirúrgica

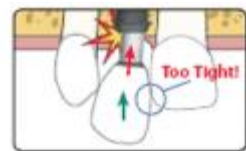
La trayectoria de la fresa piloto marcará la trayectoria del implante y su pilar recto, por lo tanto debe acercarse el máximo a la trayectoria del diente adyacente para evitar en lo posible el empleo de pilares angulados. Los pilares angulados, con su carga fuera del eje del implante, incrementarán la posibilidad de pérdida de fricción inadvertida del pilar.



2. MANEJO DE COMPONENTES

□ Evitar dañar los componentes

Agarrar inapropiadamente el perno del pilar o aplicar una presión en una dirección inadecuada a las paredes internas del implante puede disminuir la eficacia de la fricción cónica.



□ Eliminar contaminantes

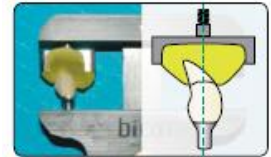
Emplear un paño con alcohol para limpiar la sangre, polvo de los guantes, detritus plásticos u otros contaminantes del perno del pilar. Insertar una torunda de algodón del tamaño adecuado para limpiar el interior del implante.



3. PREPARACIÓN PARA ASENTAMIENTO

□ Fabricar una plantilla de asentamiento

Empleando un *alineador de coronas*, fabricar un molde de resina hidroplástica alrededor de la corona / pilar y emplear la punta asentadora de coronas para facilitar la impactación de la corona / pilar en el sentido del eje longitudinal del implante para engazar correctamente la conexión cónica.



□ Inserción preliminar

Asentar la corona / pilar solamente con presión manual para evaluar y eliminar las posibles interferencias al asentamiento pasivo de la corona / pilar.



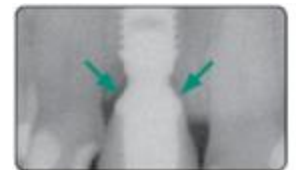
□ Eliminación de interferencias

Eliminar cualquier exceso de contacto dental interproximal ajustando la corona / pilar. Eliminar cualquier interferencia de tejido blando o hueso ajustando la corona / pilar y/o aliviando o eliminando tejido blando o hueso.



□ Confirmación radiográfica

Confirmar la eliminación de interferencias óseas con una radiografía.



□ Alinear la corona / pilar

Alinear la corona / pilar antes de confirmar los contactos pasivos interproximales con seda dental. Ante la duda, siempre modificar cualquier contacto que pueda ser demasiado ajustado, ya que contactos interproximales no pasivos inhibirán el encaje de la conexión por sellado cónico.



□ Ajustar los contactos

Ajustar los contactos demasiado estrechos hasta que la seda dental pueda pasar a través de los puntos de contacto con una resistencia mínima.



Lista De Comprobación: Asentamiento De Pilares En Maxilar Anterior (continuación)

4. ASENTAMIENTO E IMPACTACIÓN

□ Control de sangrado

Eliminar o controlar el sangrado empleando una combinación de vasoconstrictores, presión y tiempo.



□ Limpiar los componentes

Limpiar el perno del pilar con un paño empapado en alcohol y el interior del implante con una torunda de algodón del tamaño adecuado.



□ Inserción de la corona

Insertar y alinear la corona / pilar



□ Impactado inicial

Mientras soportamos con los dedos el puente de la nariz del paciente, aplicar un golpe inicial de impactación empleando la plantilla de asentamiento y el asentador de coronas para asegurar que las fuerzas de asentamiento están dirigidas en el sentido del eje del implante.



□ Confirmar los contactos

Confirmar los contactos interproximales pasivos con seda dental y, si es necesario, retirar la prótesis golpeando el mango de un fórceps, para ajustar cualquier área que no tenga un ajuste pasivo correcto.



□ Golpes de asentamiento

Después de confirmar los contactos pasivos interproximales y mientras soportamos digitalmente el puente nasal del paciente, aplicar intermitentemente seis golpes de asentamiento definitivos adicionales empleando una plantilla de asentamiento y un martillo de 250g o mayor.



□ Reconfirmar los contactos

Reconfirmar la presencia de contactos pasivos interproximales. Si los contactos son demasiado ajustados, retirar la corona / pilar para ajustes adicionales.



5. EVALUACIÓN Y AJUSTE

□ Establecer contactos

Establecer contactos incisales uniformes inicialmente en oclusión habitual y después con protusión y retrusión.



Contactos iniciales



Contactos después de los ajustes

□ Ajustar contactos *Apretando con los dientes*

Establecer contactos balanceados uniformemente mientras el paciente aprieta en todos los extremos de oclusión, incluyendo movimientos de retrusión de la mandíbula, que pueden indicar la necesidad de ajustar el aspecto facial de la restauración.



Contacto durante movimiento de retrusión mandibular



Marcas indicando la necesidad de reducir el contorno facial de la restauración. Ver que no hay contacto en oclusión habitual.

Claves Para El Éxito

- Ser paciente mientras se siguen todos los aspectos de las técnicas descritas y especialmente metódico en la evaluación y ajuste de los contactos ínter proximales y oclusales.
- Asegurarse de que hay una oclusión apropiada anterior y posterior
- Evitar dañar el perno del pilar o el interior del implante
- Eliminar todas las interferencias de tejido blando o hueso
- Dedicar todo el tiempo necesario para hacer los ajustes necesarios **para conseguir contactos pasivos ínter proximales.**
- Limpiar el perno del pilar y el interior del implante con un paño empapado en alcohol
- Emplear un molde de asentamiento de corona para dirigir las fuerzas de asentamiento en el eje del perno del pilar y del implante
- Asegurar la conexión a fricción cónica con seis golpes de impactación definitivos empleando un martillo de 250 gramos a mayor.
- Después del asentamiento definitivo de la corona / pilar, reconfirmar la presencia de contacto pasivo ínter proximal y, si es necesario, hacer los ajustes apropiados.
- Evaluar pacientemente y ajustar con meticulosidad los contactos incisales con papel de marcado delgado mientras el paciente **aprieta** y mueve la mandíbula en todas las direcciones de oclusión extremas.