

Sistema de anclaje Locator, a propósito de un caso

Dra. Mar Lorente Clapés *
 Dra. Marta Marcé Clavillé *
 Dr. Joan Soliva **
 Dra. Sandra Fernández ***
 Dr. Oscar Figueras ***
 Dr. Santi Costa ****
 Dr. Lluís Giner *****
 Dr. Miquel Cortada *****

* MÁSTER PRÓTESIS BUCAL UIC. BECARIA DE INVESTIGACIÓN

** INSTRUCTOR CLÍNICO MÁSTER PRÓTESIS BUCAL Y MÁSTER

IMPLANTOLOGÍA ORAL: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS, UIC

*** COORDINADOR CLÍNICO MÁSTER PRÓTESIS BUCAL Y MÁSTER

IMPLANTOLOGÍA ORAL: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS, UIC

**** COORDINADOR MÁSTER PRÓTESIS BUCAL Y MÁSTER

IMPLANTOLOGÍA ORAL: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS, UIC

***** DIRECTOR DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA DE LA UIC

***** VICEDECANO UIC

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUÑA

Barcelona

INTRODUCCIÓN

El paciente, varón de 50 años, que se presenta en el siguiente caso clínico, acudió en 2004 a la Clínica Odontológica de la Facultat de Odontologia de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), con el propósito de arreglarse un puente anterior fracturado y con la consecuencia de no poder colocarse tampoco su prótesis parcial removible superior y que se resolvió mediante el sistema de anclaje Locator.

Se le realizó el historial médico, junto con la exploración extrabucal e intrabucal, según el protocolo usado en el Máster de Prótesis Bucal y ATM de la UIC y se inició el tratamiento en la misma cita por el carácter urgente de la visita, ya que el paciente carecía de estética y función.

PRESENTACIÓN DEL CASO

EXPLORACIÓN INTRAORAL

El paciente era portador de una PPR metálica superior

de 8 piezas (14-17, 24-27), un puente metal porcelana de 13-12-11, siendo pilares 13 y 11 ambas piezas endodonciadas reconstruidas sin poste y una PPR metálica inferior de 5 piezas, realizado hacía 2 años.

Aspecto de los pilares tras la fractura. Se observa una fractura coronal de los pilares, posiblemente por la ausencia de poste en la reconstrucción de los pilares endodonciados. Tras una revisión bibliográfica sobre la reconstrucción del diente endodonciado, casi todos los autores concluyen que en cualquier localización e independientemente del grado de destrucción del diente, cuando los dientes sean pilares de prótesis (fija o removible), colocamos siempre poste para minimizar el riesgo de fracaso¹⁻⁶. También se observa una hipertrofia de la encía que deberá tratarse antes de iniciar el plan de tratamiento (Figuras 2 y 3).

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

Se le realiza una radiografía periapical de los pilares con paralelizador para comprobar el estado de las endodencias. Se observa ausencia de imagen periapical y raíces cortas. El paciente no refiere dolor (Figura 4).

RESOLUCIÓN DEL CASO

Se establecieron dos planes de tratamiento.

Primer plan de tratamiento:

- Gingivectomía con bisturí eléctrico.
- Alargamiento coronario de los pilares, ya que no disponíamos de estructura dental suficiente para la reconstrucción del diente.
- Poste de fibra de vidrio y reconstrucción con composite de ambos pilares⁷⁻¹².
- Puente metal cerámica nuevo de 13-12-11.
- PPR metálica superior nueva.

Segundo plan de tratamiento:

- Gingivectomía con bisturí eléctrico.
- Sistema de anclaje Locator en ambos pilares.
- Compostura de 13-12-11 en la misma PPR metálica superior del paciente.

Tras explicar los planes de tratamiento al paciente y valorar ventajas y desventajas de cada tratamiento, nos decidimos a realizar el segundo plan de tratamiento, por:

- Ser más rápido.
- Menor coste.
- Más conservadores con los pilares, ya que el paciente al presentar raíces cortas, el pronóstico de los pilares tras el alargamiento de corona no era predecible.
- Mejor proporción corono-radicular.
- Mejor pronóstico a largo plazo.
- Motivación del paciente, ya que el paciente no quería el mismo tratamiento anteriormente realizado.



Figura 1. Puente metal cerámica 13-12-11 fracturado

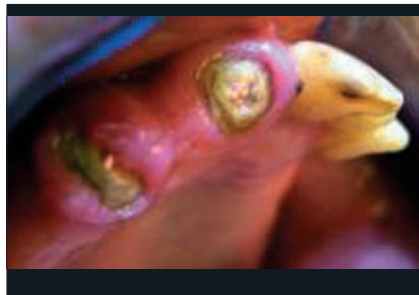


Figura 2



Figura 3

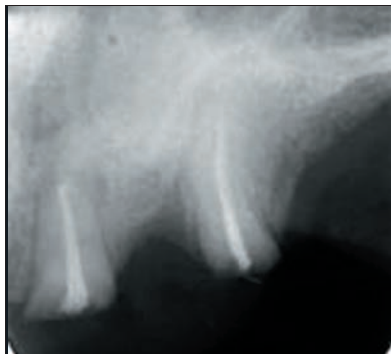


Figura 4



Figura 5



Figura 6

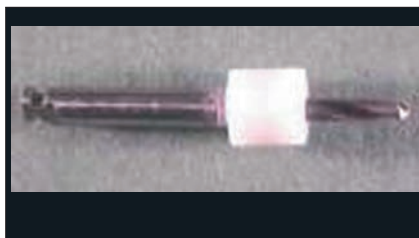


Figura 7



Figura 8



Figura 9

SISTEMA DE ANCLAJE LOCATOR

El sistema de anclaje Locator consta de varios elementos¹³:

- El atache metálico que se cementa en la raíz (Figura 5).
- Hembra metálica y botones de nylon que van colocados en la próte-

sis (Figura 6). Diferentes colores dependiendo de la retención.

- Fresa piloto (Figura 7).
- Fresa para la parte coronal (Figura 8).
- Posicionador de la hembra (Figura 9).

- Paralelizador (Figura 10). Este sistema de anclaje está indicado para retener prótesis completas o parciales removibles y permite al paciente colocarse la prótesis sin ninguna dificultad.

Está contraindicado en aquellos



Figuras 10 y 11

casos donde se necesite una conexión totalmente rígida.

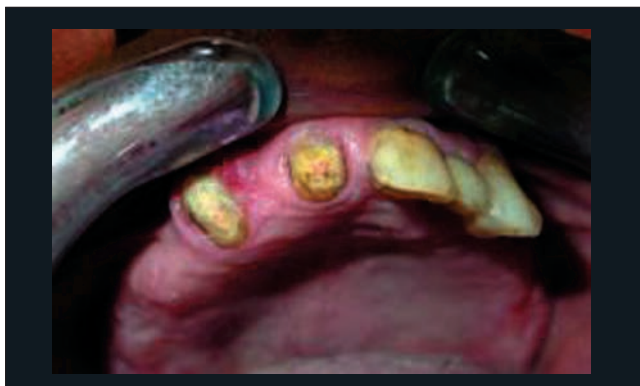
En este sistema de anclaje existe un complemento que se utiliza en aquellos casos en que las raíces no son paralelas, y son rótulas de 10° y 20° (Figura 11).

Tras preparar todo el material necesario, se le realizó una gingivectomía con bisturí eléctrico a la encía hipertrófica de alrededor de los pilares (Figuras 12 y 13).

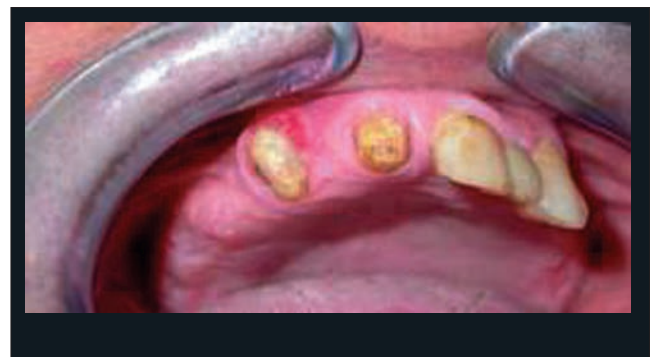
Seguidamente retiramos la gutapercha necesaria del conducto. Primero con Gates Glidden y luego con la fresa piloto del sistema Locator (Figuras 14 y 15).

Una vez conformado el conducto se conforma la parte coronal del conducto con la fresa específica para que el anclaje Locator se asienta (Figuras 16 y 17).

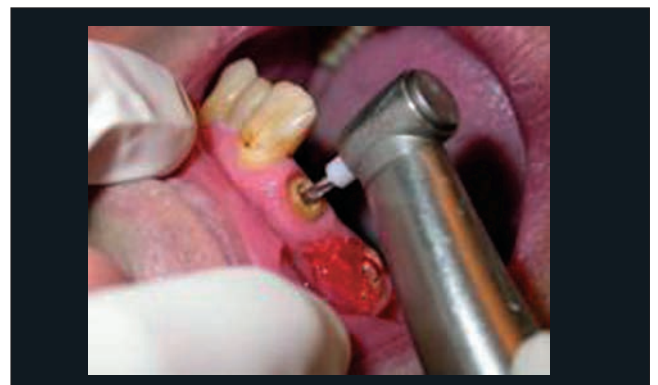
Una vez preparado el conducto, antes de cementar definitivamente el sistema de anclaje Locator, debe probarse con el para-



Figuras 12 y 13



Figuras 14 y 15

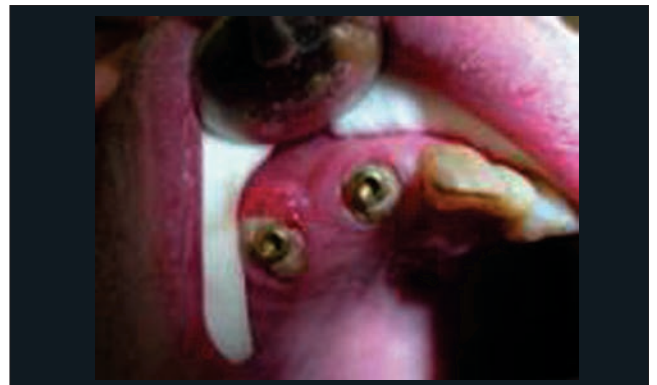


Figuras 16 y 17





Figuras 18 y 19



Figuras 20 y 21



Figura 22

Figura 23

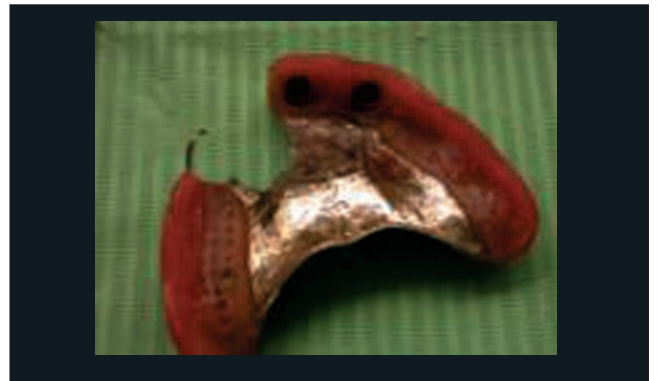


Figura 24

Figura 25



Figura 26

lelizador para ver la vía de inserción que tendrá la prótesis y comprobar, así también, el ajuste del anclaje. Si las raíces no fueran paralelas con el paralelizador lo veríamos y escogeríamos entonces un locator angulado (Figuras 18 y 19).

Una vez comprobada la vía de inserción se cementa el Sistema de anclaje Locator. En este caso clínico se cementó con cemento de resina dual Relix Unicem^{14,15}. Para cementar el Locator en boca, nos podemos ayudar a posicionarlo en su lugar con el paralelizador (Figuras 20 y 21).

Tras cementar el Locator, se colocará un aro blanco de plástico en las raíces para aislarlas de la resina autopolimerizable y también se colocará la hembra metálica, con el botón de nylon en su interior, en boca. Se realizarán también unas hendiduras en la prótesis parcial del paciente para que, tras fraguarse la resina autopolimerizable, esta hembra metálica con el botón de nylon en su interior se quede en la prótesis parcial del paciente (Figura 22).

Se coloca resina autopolimerizable rosa en la prótesis parcial removible del paciente, y se lleva a boca y se hace morder al paciente en PIM durante 10 minutos. Transcurrido el tiempo retiramos la prótesis removible de boca y pulimos el sobrante de resina autopolimerizable. Por tanto, en la prótesis del paciente estará la hembra metálica con el botón de nylon en su interior, que será el que se cambiará cuando necesitemos más o menos retención o cuando esté gastado por el paso del tiempo (Figura 23).

En este caso clínico decidimos cambiar el botón de nylon negro por el rosa que es más retentivo. Esta decisión dependerá de la habilidad del paciente. También durante la primera semana se le puede dejar al paciente el aro negro que es el de menor retención y cambiarlo a las 2 semanas, cuando el paciente ya tiene mejor manejo. En este caso el aro negro era insuficiente y colocamos el aro rosa de mayor retención que el negro (Figuras 24 y 25).

A la semana citamos al paciente para una visita de control. El grado de satisfacción del paciente era óptimo. Recomendamos mucha higiene para proteger a los pilares de la posible caries secundaria (Figura 26).

CONCLUSIONES

— El tratamiento con el Sistema de anclaje Locator nos permite solucionar casos clínicos con rapidez, bajo coste y dónde la estética y función se ven afectados.

— Es un tratamiento conservador, en aquellos casos donde existen restos radiculares con raíces cortas.

— Proporcionan buena retención a la prótesis del paciente.

— Se puede utilizar como tratamiento provisional a la espera de implantes.

CORRESPONDENCIA

Lluís Giner Tarrida
C/ Gomera, s/n
08190 Sant Cugat del Vallès
(Barcelona)
lginer@sintenet.com.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Rinke S, Hüls A.** Restauraciones postendodónticas de dientes posteriores. Quintessence 1999; 50: 1035-1047.
2. **Rinke S.** Restauración postendodóntica de los dientes del grupo anterior. Criterios prácticos para la elección del material y del sistema. Quintessence (ed. esp). Vol. 14, núm 4, pp. 203-213, 2001.
3. **Miguel A. Iglesia-Puig.** Fiber reinforced post and core adapted to a previous metal ceramic crown. Journal Prosthetic Dentistry 2004, 91: 191-4.
4. **Annika Torbjorner.** A literature review on a prosthetic treatment of structurally compromised teeth. Int.J. Prosthodont 2004; 17; 369-376.
5. **Francesca Monticelli.** A behavior of translucent fiber post: A 2 year prospective study. Int.J. Prosthodontic 2003; 16: 593-596.
6. **Ellner S.** Four post and core combinations as abutments for fixed single crowns: a prospective up to 10 year study. Int.J. Prosthodontic 2003; 16: 249-254.
7. **Maccari P.** Fracture resistance of endodontically treated teeth restored with three different prefabricated esthetic posts. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. Vol 15, núm 1, pp. 25-31, 2003.
8. **Sirimai S.** An in vitro study of the fracture resistance and the incidence of vertical root fracture of pulpless teeth restored with six post-and-core systems. Journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 81, núm 3, pp. 262-9, March 1999.
9. **Akkayan B.** Resistance to fracture of endodontically treated teeth restored with different post systems. Journal of Prosthetic Dentistry 2002; 87: 431-37.
10. **Ferrari M, Vichi A, Mannocci F.** Retrospective study of the clinical performance of fiber posts. American Journal dentistry. 13: 9B-13B, 2000.
11. **Galhano GA.** Evaluation of the flexural strength of carbon fiber, quartz fiber, glass fiber based posts. J.Endod 2005 Mar; 31(3): 209-211.
12. **Fokkinga WA.** A structured analysis of in vitro failure loads and failure modes of fiber, metal and ceramic post and core systems. Int. J. Prosthodont. 2004 Jul. Aug; 17(4); 476-82.Review.
13. www.preat.com/locr_inst.htm
14. **Kumbuloglu O.** Shear bond strength of composite resin cements to lithium disilicate ceramics. J. Oral Rehabil. 2005 Feb 32(2): 128-33.
15. **Piwowarczyk A.** In vitro shear bond strength of cementing agents to fixed prosthodontic restorative. The Journal of Prosthetic Dentistry 2004; 92: 265-73.