

[Resumen]

La odontología lleva mucho tiempo concentrada en la prótesis completa. A día de hoy, no pocos dentistas y protésicos creen que en un futuro cercano se prescindirá de este tipo de prótesis. Sin embargo, todavía algunos pocos siguen especializándose en ella. A continuación se describe el moderno concepto de colocación «NT», también conocido como APF NT, para prótesis completas e implanto-soportadas en un maxilar edéntulo.

Palabras clave

Prótesis completa. Concepto de colocación. APF NT.

(Quintessenz Zahntech. 2008;34(8):960-4)

APF NT, el garante del equilibrio entre la estabilidad y la dinámica

Michaela Genenger

El mecánico dental Jürg Stuck expuso una vez en una entrevista que desde hace 75 años, cuando la odontología estaba dominada por la prótesis completa, ya se había pronosticado su final. Esta expectativa la siguen manifestando hoy día los dentistas para los próximos 25 años. Aunque se hubieran cumplido al pie de la letra los pronósticos, el comportamiento de la realidad odontológica es bien distinta¹.

La prótesis completa viene siendo considerada actualmente incluso en la docencia y representa, por ejemplo en la joven carrera «Tecnología dental» impartida en la Escuela Técnica Superior de Osnabrück, una especialidad importante en la formación práctica y teórica. El objetivo prioritario es comprender, valorar y poder desarrollar procedimientos complejos.

Para ello, según la opinión de la autora, se ha creado especialmente el sistema de colocación dental según APF NT (siglas en alemán para estética, fonética, funcionalidad, nueva tecnología). Se trata de un sistema que permite pasar de las prótesis clásicas convencionales a las prótesis de valor intermedio con ayuda de un instrumental manejable. Por ejemplo, uno se debe desprender aquí de la idea de que la colocación de los dientes comienza en el maxilar inferior. Es posible que la prótesis completa terminada tenga una apariencia distinta a la que hubiera sugerido la disposición de los dientes.

Introducción

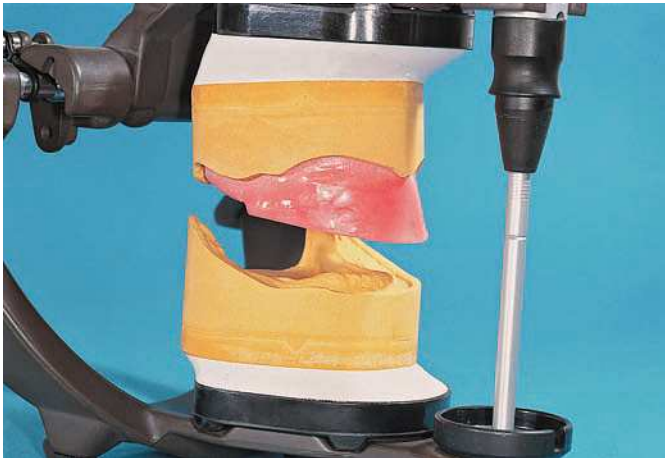


Fig. 1. La plantilla de control fisionómica «memoriza» la información básica mediante la posición de los dientes frontales del maxilar superior. Este medio de comunicación básico lo crea el protésico dental y el dentista lo puede individualizar en el paciente.



Fig. 2. La toma de los valores de la plantilla de control fisionómica se realiza con una llave de silicona. Los incisivos centrales superiores (Genios A, Dentsply, Hanau, Alemania) se ajustan según el punto más externo, bajo y frontal del arco de silicona.

Las tendencias tienen en cuenta que cada vez más pacientes no duran satisfechos mucho tiempo con las prótesis estándar. Esta situación ofrece al dentista y al protésico la posibilidad de concentrarse en este círculo especial de pacientes. Y es posible llevarlo a cabo con una inversión relativamente modesta en un equipamiento adicional limitado. Se trata más de una transformación mental consecuente respecto de los conceptos de colocación y su aplicación en la práctica. A continuación se presentan los rasgos fundamentales.

Puntos de referencia del sistema NT

Una prótesis completa realizada específicamente para el paciente se puede confeccionar con pocos datos teniendo en cuenta la anatomía natural. El indicador de inclinación de las superficies de oclusión es un recurso básico. Ayuda a construir los ángulos adecuados para el paciente, incluso cuando las superficies de oclusión apenas discurren paralelas a la línea de Camper, como se describe en cualquier manual convencional.

El recurso básico en la comunicación con el dentista lo conforma la plantilla de control fisionómica (molde de mordida de la plantilla de registro) que confecciona el protésico dental (fig. 1). Ésta facilita la información decisiva acerca de la sobremordida, el hombro sagital, la inclinación de la superficie de oclusión, el volumen de los labios y la longitud de los dientes. El dentista encuentra así de manera especialmente sencilla la posición de los dientes anteriores. En la prueba oral de la letra «F» el dentista determina inmediatamente si en el primer intento se ha efectuado bien la posición óptima de los dientes frontales, pues es el mismo paciente, y no el modelo, la fuente de los datos decisivos.

La colocación de los dientes comienza, según cada caso, en los incisivos superiores. Los bordes incisales se ajustan (en este caso utilizando el llamado método de la llave de silicona) según el punto más externo, bajo y frontal del arco de silicona (fig. 2). A continuación, el indicador de inclinación de las superficies de oclusión se emplea



Fig. 3. Después del posicionamiento de los incisivos del maxilar superior se monta el indicador de inclinación de las superficies de oclusión (el instrumental formado por una barra de fijación, una herramienta de colocación para el posicionamiento de los dientes laterales y la herramienta para el manejo).



Fig. 4. En la zona de los dientes frontales se coloca el inserto (la placa oscura) sobre el borde de los incisales y en el modelo se ponen en contacto dos puntos de partida situados en la zona posterior con el borde de metal del indicador de inclinación de las superficies de oclusión.

para posicionar correctamente los dientes del maxilar inferior (fig. 3). El indicador de inclinación de las superficies de oclusión muestra la altura vertical de la inclinación. De esta manera se asegura que la inclinación de la superficie de oclusión sube antes hacia dorsal en lugar de descender. El aparato se monta en el articulador y se ajusta en el modelo y en los incisivos del maxilar superior ya colocados (fig. 4). A continuación se fija la situación obtenida apretando los tornillos con la llave Allen (fig. 5).

Poco a poco se van colocando el resto de los dientes y a continuación se controlan los dientes del maxilar inferior con la herramienta de colocación, de modo que las cúspides linguales muestren contacto o, por el contrario, la misma distancia respecto a la herramienta de colocación (fig. 6).

En el maxilar inferior también se comienza con los incisivos (fig. 7). Una vez situada la herramienta de colocación se ponen en primer lugar los dientes laterales inferiores. La posición del antagonista en el maxilar superior depende de la colocación del siguiente. De esta manera se obtiene la posición y la inclinación de los pares de antagonistas. Se puede avanzar tanto de izquierda a derecha como al contrario.

De esta manera generalizada el llamado concepto de oclusión lingualizado se realiza a la perfección incorporando, según la experiencia de la autora, los dientes artificiales Genios (Dentsply). Con sólo pocos contactos entre las cúspides palatinas de los dientes laterales superiores y las cavidades centrales de sus antagonistas en el maxilar inferior se abandona el modelo de intercuspidación habitual dejando sin contacto las regiones cuspidales bucales, pero creando al mismo tiempo el equilibrio entre la estabilidad y la dinámica de una prótesis completa (alivio bucal).

La autora ha experimentado a través de sus cursos sobre APF NT que cuando a algún participante le parece sugerente este concepto sólo es cuestión de tiempo hasta que lo pone en práctica y lo aplica a sus pacientes. Como lo más difícil en la vida es, en general, cambiar de método, se podrá aprovechar incluso aquel que hasta ahora no se

Discusión



Fig. 5. Después de fijar la herramienta de colocación se gira el articulador completo (hasta ese momento estaba apoyado sobre la cabeza).

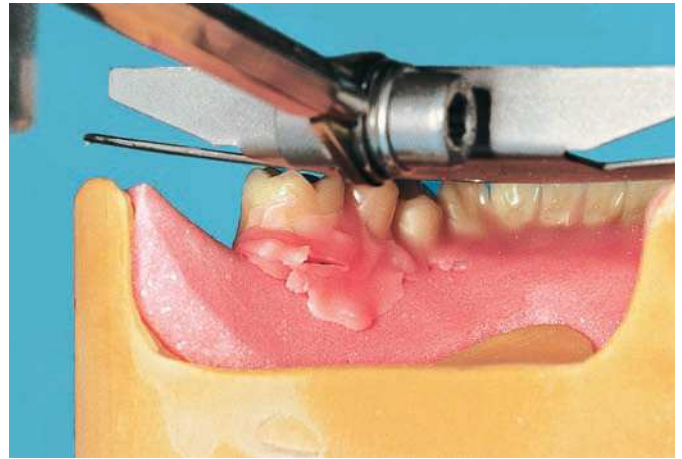


Fig. 6. Si los dientes anteriores están posicionados se sigue efectuando la colocación por pares de antagonistas controlando siempre en el maxilar inferior con la herramienta de colocación. Las cúspides linguales mantienen la misma distancia con respecto a dicha herramienta o presentan contacto.



Fig. 7. Colocando el diente 36. El control de la altura vertical se realiza de la manera habitual con el indicador de inclinación de las superficies de oclusión.

ha ocupado a fondo de la colocación dental. El sistema APF NT se recomienda definitivamente a todos, pues evita con fiabilidad los errores más habituales en la confección de prótesis completas y considera de verdad los aspectos individuales del paciente a un nivel intermedio. La transición a trabajos que se pueden denominar con razón individuales no depende tanto de aparatos adicionales como de la información que se posea. Por eso, la plantilla de control fisionómica sirve especialmente como instrumento de comunicación entre el laboratorio y la clínica. Además el APF NT se puede utilizar sin problemas también en el área de la cada vez más importante creación de prótesis implantosoportada o se puede ampliar en esa dirección.

Conclusión Quien se anime a aprender el sistema APF NT creará por lo general buenas prótesis completas. Desde el punto de vista económico una prótesis implantosoportada por paciente genera importantes ganancias, aunque sólo se puede aplicar en una parte

de las personas adultas. Para quien envejece patológicamente, es decir, para aquellas personas que tienen problemas oculares, auditivos y habilidades manuales disminuidas, la mayoría de las veces no sirven intervenciones implantológicas complejas, sino una prótesis completa individual que devuelva una parte de la calidad de vida perdida. Para el resto, los pacientes adultos más sanos, el sistema APF NT se puede ampliar sin problemas en la creación de prótesis implantosoportadas.

1. Totalprothetik – Spagat zwischen Stabilität und Dynamik (Interview mit ZTM Jürg Stuck). DZW Zahntech 2003;45(3):19-21.

Bibliografía

Michaela Genenger.
Mittlerer Bühl 10, 91090 Effeltrich, Alemania.
Correo electrónico: creationmicha@yahoo.de

Correspondencia