

CONSULTAS

En esta Sección publicaremos todas las respuestas que se nos envíen por nuestros lectores a las consultas solicitadas. Las diferentes contestaciones posibles ofrecerán la ventaja de sacar más amplias o exactas conclusiones.

Las preguntas y respuestas podrán enunciarse con firma, iniciales, seudónimo o anónimamente.

PREGUNTA N.º I.I.I.—¿Cómo debo obturar las caries cervicales para evitar la sensibilidad dolorosa después de obturado el diente?

RESPUESTA N.º I.I.I.—Ante todo, nuestro comunicante no especifica si se trata de casos de verdaderas caries o de erosiones semilunares del cuello de los dientes. Aun cuando para la patogenia de ambas lesiones haya una diferencia profunda, podemos considerarlas unificadas en lo que respecta al tratamiento: la obturación.

El que esos casos después de obturados permanezcan sensibles no tiene nada de particular; si los dientes, aun estando libres de caries, son a veces sumamente sensibles en esa zona, ¡no han de serlo después, cuando concurren aún circunstancias agravantes! Estas son las infinitas lesiones microscópicas que se producen en los tubos dentinales. La colocación, en contacto con la dentina, de sustancias casi siempre irritantes, lo que determina una primera fase defensiva, puede no obstante dejar luego detenido el proceso, pero asimismo continuar y producir fenómenos francamente pulpares en todos sus grados. La conductibilidad térmica de las obturaciones es otra de las circunstancias agravantes que puede dar lugar a su vez a fenómenos irritativos.

Para poder obtener éxito en estas obturaciones, tendremos en cuenta, a más de las condiciones de los materiales, primeramente, la forma de preparación de la cavidad. No se debe profundizar mucho, pues la proximidad pulpar nos lo veda. No se debe buscar el fondo plano, sino con la convexidad hacia el exterior, para que este fondo sea en cierto modo *paralelo* a la pulpa. No ser muy exigentes en la retención, pues por su situación están poco expuestas a las acciones mecánicas intensas. A ser

posible, prescindir de la anestesia, pues a veces nos encontramos con la pulpa mucho antes de lo que pensábamos. Emplear una buena fresa de cono invertido, girando lentamente y procurando que la parte plana de ella vaya cortando el fondo, tallándolo curvado, como decimos anteriormente.

Si la obturación va a ser metálica y la profundidad lo permite, hacer un revestimiento aislante del fondo con cemento o gutapercha; se recomienda por algunos autores el colocar una obturación provisional con la pasta de óxido de zinc-eugenol, o con el oxicloruro de zinc, y al cabo de cierto tiempo preparar, sobre ella como fondo, la cavidad para la obturación definitiva, o levantarla y proceder como de ordinario. El material a emplear tiene gran importancia en la responsabilidad del dolor.

Los silicatos, que estéticamente son aceptables, ofrecen el inconveniente de una acción escarótica sobre la pulpa; sea debida a las impurezas arsenicales o al exceso de ácido, acción ésta muy difícil de evitar a pesar de los barnices aislantes. Estas obturaciones suelen producir el dolor de varios tipos; primero es una exacerbación a las impresiones térmicas frías, característico de irritación pulpar, y con diversas gradaciones pueden llegar hasta los dolores pulpares clásicos. A veces sin haberse presentado éstos, o pasando casi desapercibidos, aparece el dolor al calor o a la presión, que ya acompaña a la fase peridentaria de la complicación pulpar. Otro inconveniente de los silicatos es su gran solubilidad, teniendo en cuenta que en esa región cervical suele darse mayor facilidad de retención y de fermentaciones ácidas que obran a su vez sobre la obturación.

La incrustación metálica, descontando su aspecto inestético, es muy duradera; pero en cambio, por su buena conductibilidad, suele ser causa de dolores, requiriendo un espesor muy pequeño y un fondo suficientemente protector, cosa a veces difícil técnicamente de lograr, dado el poco terreno de que se dispone.

Mucho mejor solución, en todos los aspectos, es la incrustación con resinas, que estéticamente, mecánicamente y bajo el punto de vista de la conductibilidad térmica, resultan irrepro-

chables. Tan sólo el problema de su fijación sin que padezca la estética, es lo difícil de su empleo. Pero dada su tolerancia por la pulpa, es el mejor obturante para evitar los dolores consiguientes.

La amalgama tiene el inconveniente de los metales y su feo aspecto.

En los dientes no muy visibles resulta un buen material para estas obturaciones la gutapercha, con la que se obtienen efectos bastante duraderos y completamente desprovista de acciones dolorosas, ni térmicas, ni químicas, ni irritativas.

Cuando se nos presenta el paciente con obturaciones ya hechas, podemos intentar producir alivio por medio de los alcalinos en solución, procurando que estén en contacto prolongado con el diente.

P. N.º 2.1.1.—*Sr. Director: He recibido en mi consulta a una señora que me exige le haga un puente. Tiene solamente los dos centrales, el lateral superior derecho y un molar a cada lado en ambos extremos, estando todos en buenas condiciones. ¿Qué convendría hacer?*

R. N.º 2.1.1.—Evidentemente son poderosas las razones para no recurrir a los dispositivos fijos, aun pese al estado satisfactorio de los dientes. El hacerlo supondría grave quebranto para ellos mismos, sin ningún otro beneficio.

Si guiándonos por las escalas de valores de Tylman, Black, Wustrow, Morton, etc., sumamos los coeficientes correspondientes a los dientes ausentes y los comparamos con la suma de la de los disponibles, apreciaremos una enorme diferencia, además de la circunstancia de ser uno de los apoyos el diente menos resistente de la arcada, y cuyo valor llega escasamente al tercio del del diente más sólido.

En ninguno de los lados es aconsejable un dispositivo fijo.

Si se trata de una señora (no se nos indica la edad, detalle muy importante para conocer su psicología), es muy posible vencer su resistencia a aceptar los dispositivos movibles, con la sola precaución de desterrar de los labios del profesional el calificativo de *dentadura*, que a la necesaria y correcta restauración parcial podría corresponderle. Llámela “puente movi-

ble"—en realidad *punte* es—y muéstrele la enorme ventaja de disponer de él en la mano para su limpieza, además del pronóstico.

La proyección de su planta o estructura básica puede ser diversa y sólo podría precisarse sobre el modelo. Para determinar exactamente su construcción, sólo con él y su relación oclusal es posible.

Si la paciente es de modesta posición económica, puede proponérsele la simple placa de caucho. La topografía y consistencia del tejido mucoso aconsejarán el lugar y empleo o no de la válvula o cámara de aire.

Por sobreentendido se deja que las de goma quedan rigurosamente proscritas.

Si la idea no es aceptada y las posibilidades económicas son mayores, pueden proyectarse ganchos metálicos en ambos molares.

Si la parte palatina anterior (fig. 1, A) se estrecha y no contournea a los dientes, como debe aconsejarse, *ponga en su planta*

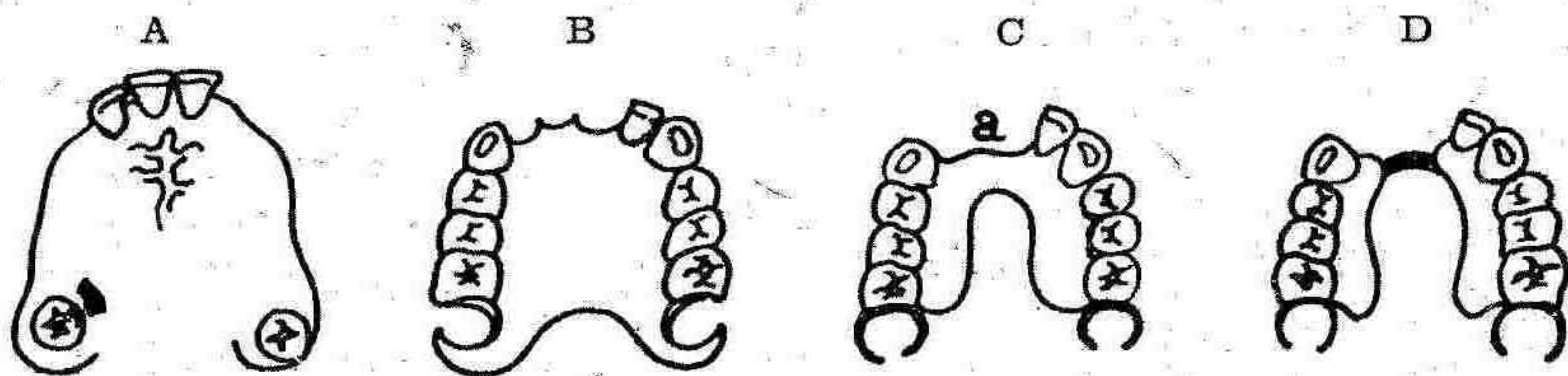


Figura 1.—A, representación del caso. B, C, D, tres posibles proyecciones.

correspondiente una o dos hojas de estaño, con objeto de que al asentarse el dispositivo en la boca no produzca “hernias” gingivales.

Proyectando progresivamente en el orden económico, se puede sustituir este *punte* de material (a) por otro metálico (figura 1, D).

Dependiendo del temperamento, educación, potencia masticatoria, etc., este *punte* puede reforzarse: 1.º, por una doble barra anterior (fig. 2, A); y 2.º, colocando ésta posteriormente (B).

También puede ocurrir que los molares dispongan de tan

pequeña altura coronaria, que a los ganchos, en ellos proyectados, nos aconseje proveerlos de un tope oclusal (ganchos de tres ramas o brazos). En tal caso, si el revestimiento mucoso es muy esponjoso, puede hacerse necesaria su proyección sobre "ballestas" (fig. 2, C).

Si se quiere reducir el área de la planta de la estructura, por facilitario así también la consistencia de la mucosa palatina,

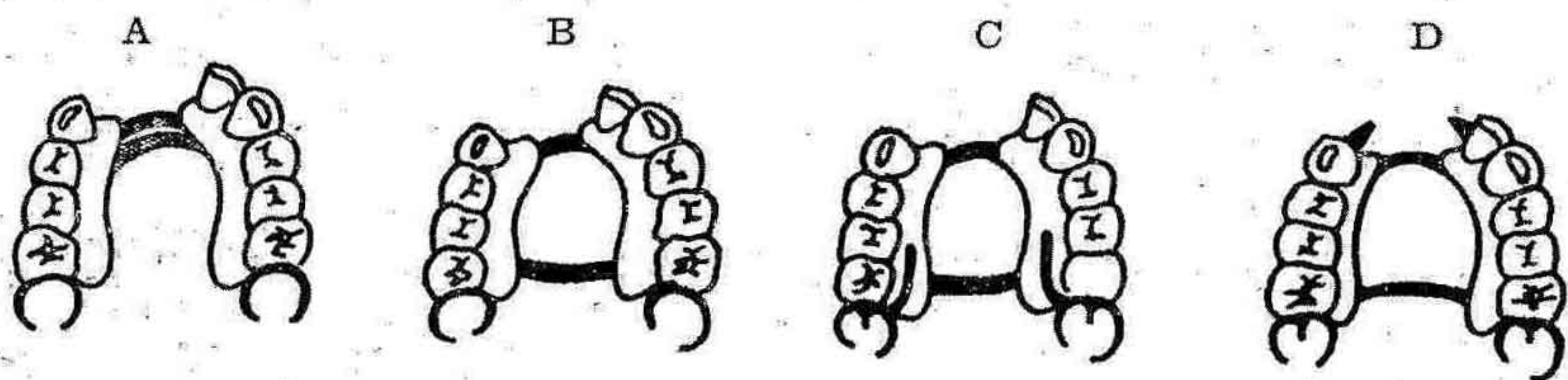


Figura 2.^a—A, B, colocación distinta de los tirantes palatinos. C, los garfios a los molares van montados sobre «ballestas». D, las monturas de los dientes se apoyan en sus extremos sobre los tejidos duros de los dientes.

podríase entonces suprimir estas "ballestas" a condición de apoyarse en los otros dos extremos, en la rigidez del tejido dentario. El dispositivo quedaría entonces como muestra en la figura 2, D.

En este caso se exige la preparación de estos dientes para transformar el plano inclinado de la cara palatina—que así no se puede aprovechar—en normal o agudo. De la misma manera pueden emplearse en combinación con estos dispositivos los "attachements" ("inserciones binarias" de Sáenz de Pipaón).

Decidiéndose por esta solución, lo único que convendría determinar, con la ayuda de los rayos X, es de si esta preparación habría de solidarizar *los tres dientes* anteriores, para evitar sus posibles desplazamientos en el usufructo del dispositivo.

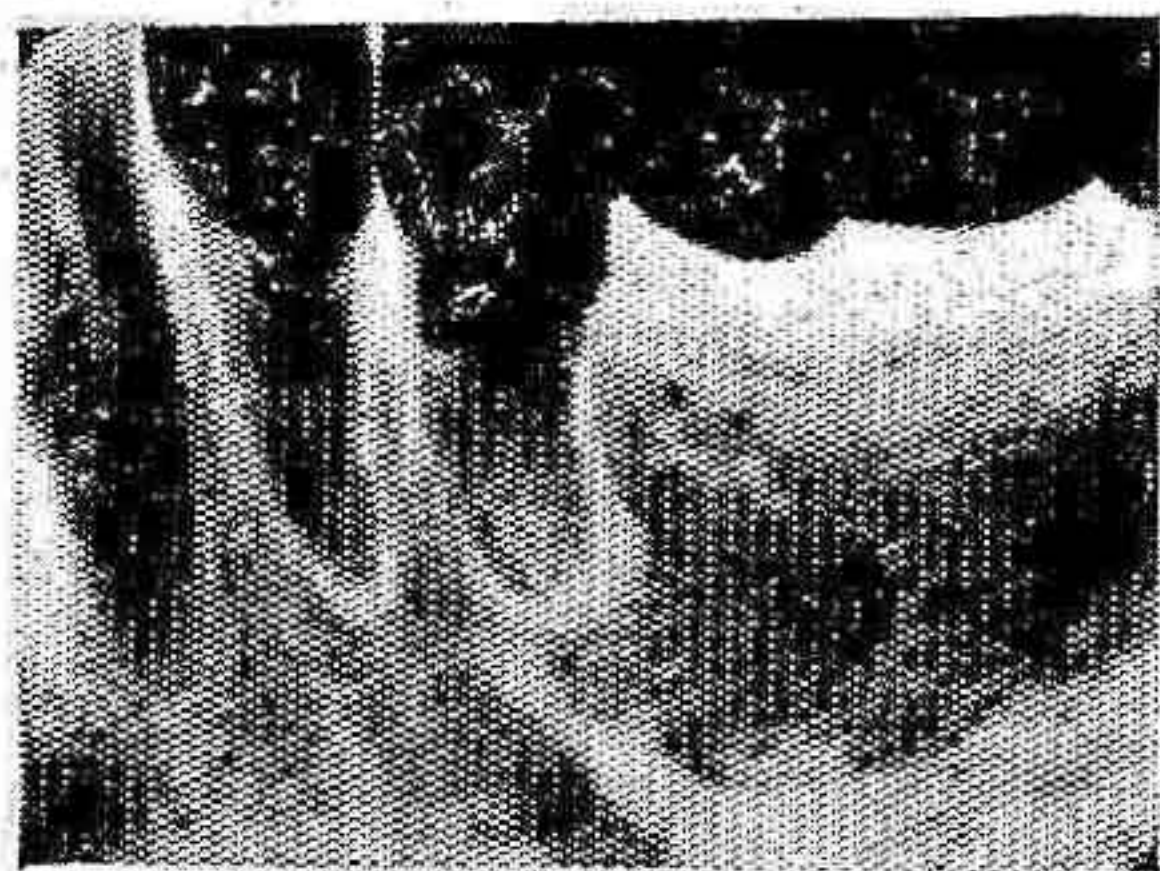
Su construcción cabe en todos los materiales que dispone el odontólogo, así como en sus combinaciones. Nosotros le aconsejaríamos, sin embargo, el empleo de las resinas metacrílicas, reservándi su construcción en metales nobles para la última solución ofrecida.

En cualquier caso débese medir la extensión que haya de darse al material vestibularmente, observando descuidadamente la risa de la paciente.

Si utiliza los sólidos argumentos que hacen de elección estos dispositivos en el caso de referencia, no hay duda que tiene que convencer a su paciente. En caso contrario desista de hacer nada, o deje bien a salvo su responsabilidad. Un cliente perdido en estas condiciones, tras el fracaso del profesional que acceda a sus deseos, es a la postre más incondicional nuestro.

P. N.º 3.1.1.—*Deseo someter a mis colegas el presente caso, por si sus opiniones pudieran aclararme algo el pronóstico y el tratamiento a seguir.*

Se trata de los dos premolares inferiores, el segundo sirviendo de pilar (fig. 1) a un puente de tres piezas intermedias. El puente rinde un buen servicio a su portador actualmente; tan sólo periódicamente le produce alguna molestia o dolor peridentario. Ante las sombras que indican un proceso de pericementitis crónica o acaso de paradentosis, ¿podríamos pensar que una rarefacción ósea tan difusa fuese un granuloma?



Estas son las cuestiones que deseo someter a mis colegas, a fin de que me aclaren y den su opinión sobre el plan terapéutico a seguir (radical o conservador), teniendo en cuenta que la actual longitud del puente no permite normalmente el prolongarlo hasta el canino.—P. D. L.

R. N.º 3.1.1.—El caso que presenta P. D. L. es más interesante de lo que a una ligera observación pudiera parecer. Nosotros estimamos útiles, para la formación de un juicio más profundo, los conocimientos precisos siguientes: Sexo del paciente (lo sospechamos masculino), temperamento y constitución (tipo pícnico de Kretschmer o digestivo de Sigaud?), estado general y particular de las arcadas (seguramente en el lado opuesto hay deficiencias por defecto de condición o restauración), y por fin, del tipo de oclusión.

Nosotros recomendaríamos a P. D. L. que impresionara nuevamente una placa de rayos X y obtuviera una nueva radiografía del molar pilar del puente.

Con todos esos datos le prometemos un amplio informe.