

CONSULTAS

P. N.º 1.2.1.—*¿Cómo desinfectaría las piedras y discos de Carborundum?*

R. N.º 1.2.1.—El empleo de las piedras de Carborundum requiere algunos cuidados, tanto para lograr la mayor eficacia en su empleo como para evitar los contagios, fáciles, por tratarse de un material poroso.

El Carborundum es el Siliciuro de Carbono, de dureza casi 10 de la escala de Mohr; sólo le ataca el ácido fluorhídrico. Por tanto, puede desinfectarse por todos los procedimientos conocidos: calor, ebullición, agentes químicos, etc.

Cuando se embotan, bien por el uso, bien por haber tallado amalgama con ellas, se las sumerge en una solución de ácido nítrico al 5 por 100 durante dos o tres horas, teniéndolas otras tantas en una solución de bicarbonato, para neutralizar el ácido.

Ahora bien; los discos y algunas piedras de formas especiales están fabricados asociando el Carborundum al caucho vulcanizado; por tanto, en su desinfección no se puede utilizar el calor ni los agentes que ataquen a este último.

Se lavan bien con agua y jabón y se sumergen en una solución de formalina en alcohol, al 5 por 100; o, mejor, durante quince minutos en alcohol de 80° C.

P. N.º 1.2.2.—*Desde el punto de vista de la calidad del trabajo y del paciente, ¿debo emplear mejor las aleaciones de metales no preciosos, o el acero?*

R. N.º 1.2.2.—La prótesis no es más ni menos que una terapéutica, y hemos de tener en cuenta, como regla general, que los diversos materiales que los integran tienen sus indicaciones, que el práctico conoce perfectamente.

En el caso que se nos pregunta contestaremos que el acero tiene sus indicaciones principalmente en la construcción de corbatas y planchas troqueladas, aparatos de ortodoncia, etc.

No obstante, también se construyen trabajos bastante perfectos de coronas y puentes en este metal, pero la soldadura, por las propiedades que tiene el acero inoxidable, de ser altamente oxidable a las altas temperaturas, hace que sus superficies sufran una fuerte oxidación y las soldaduras no corran perfectamente, sufriendo fracasos en estos trabajos cuando no se emplean las soldaduras especiales o se emplean de una manera inadecuada.

Existen otras aleaciones a base de cromo y cobalto, como son las denominadas por la casa Krupp-Vitallium 260 y V 180.

La primera aleación tiene una dureza mayor que la segunda, y se emplea principalmente para aparatos colados, corbatas, resortes y aparatos especiales para el tratamiento de las paradentosis por inmovilización de los dientes.

La segunda aleación, que es más blanda, se emplea en la construcción de coronas y puentes, y se suelta perfectamente con oro blanco y metal Degussa.

Actualmente se emplean en Alemania coronas de aluminio magnesio.

En el próximo Congreso seguramente nos decidiremos a presentar una serie de aleaciones para la construcción de prótesis de tipo económico, con indicación de las técnicas de su manipulación.—DR. T. BLANCO BUENO.

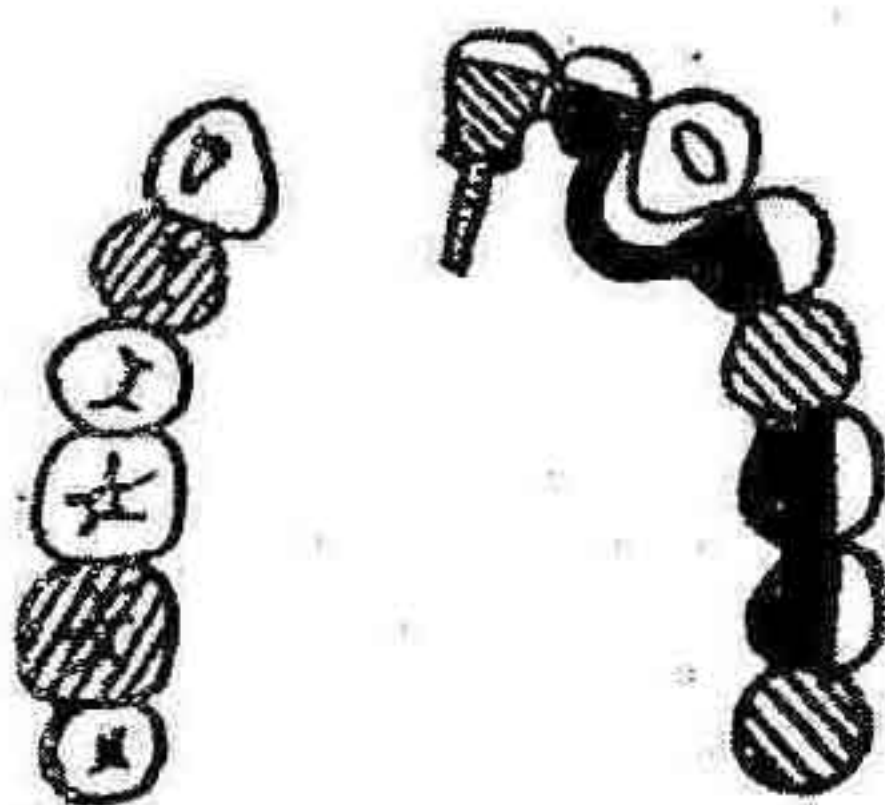
PREGUNTA N.º 1.2.3.—*Un hombre de unos cincuenta y tres años se nos presenta en nuestra clínica con su boca en el estado siguiente: ausencia del central y lateral superior derecho. En el mismo lado, el primer licúspide y segundo molar están cubiertos por coronas de oro. En el lado izquierdo el central (véase el adjunto croquis) sirve de pilar de un puente por medio de una corona Richmond (?); el lateral está ausente, así como el primer licúspide; posee el segundo con otra corona como pilar, al cual sigue un espacio que corresponde escasamente a dos molares ausentes, espacio que limita el molar forrado con una*

corona y pilar del puente. Este trabajo data de hace dos años, hecho en una capital de provincia. Su estado no es muy satisfactorio: el central tiene una fistulita que se abre periódicamente sin molestias, en el vestíbulo. La corona de oro del molar está mal adaptada y no llega en algunas partes a cubrir la del diente; su anillo gingival está continuamente irritado.

Sin trasladarse varios kilómetros no es posible hacer radiografías. ¿Qué decisión cabe?

C. J.

RESPUESTA N.º 1.2.3.—El acertar en el consejo es muy difícil no pudiendo observar el caso, o, como muy bien dice C. J., sin el magnífico medio auxiliar de los rayos X. Con unas buenas



Croquis del caso que se presenta.

nas placas radiográficas, y en este caso modelo de la arcada superior, el proyecto podría hacerse definitivo.

Faltos, pues, de esos elementos, vamos a ofrecerle las diferentes posibilidades:

a) Consideremos primero que un puente fijo preparando una inserción tres cuartos en el camino derecho como pilar, para recabar un apoyo en el central es solución que habría de supeditarse al pronóstico o decisión que se siguiera con este diente. No parece, sin embargo, que con el cuadro que se pinta sea recomendable este tipo de estructura, poco económica ni compensadora probablemente para el dispendio del paciente.

b) Algunos profesionales optan, en ocasiones, en que es uno solo el diente ausente, por retirar la corona del primer lícuspide derecho para soldar el sustituto por intermedio de un tirante arqueado, solución que dieron ya en el lado opuesto.

Pero aparte de que estos tirantes sólo excepcionalmente y cumpliendo ciertos requisitos, pueden aceptarse, concurre en este caso que la longitud del tramo y la dificultad de utilizar el pilar opuesto hacen este proyecto imposible para una estructura fija.

c) En este caso se podría decidir por una plaquita de caucho, esperando el nuevo cuadro, que se presentará cuando claudique el puente. Sin embargo, nosotros no somos partidarios de esta conducta, pues por usufructuar demasiado un dispositivo fijo en que uno de los pilares sucumbe antes que los

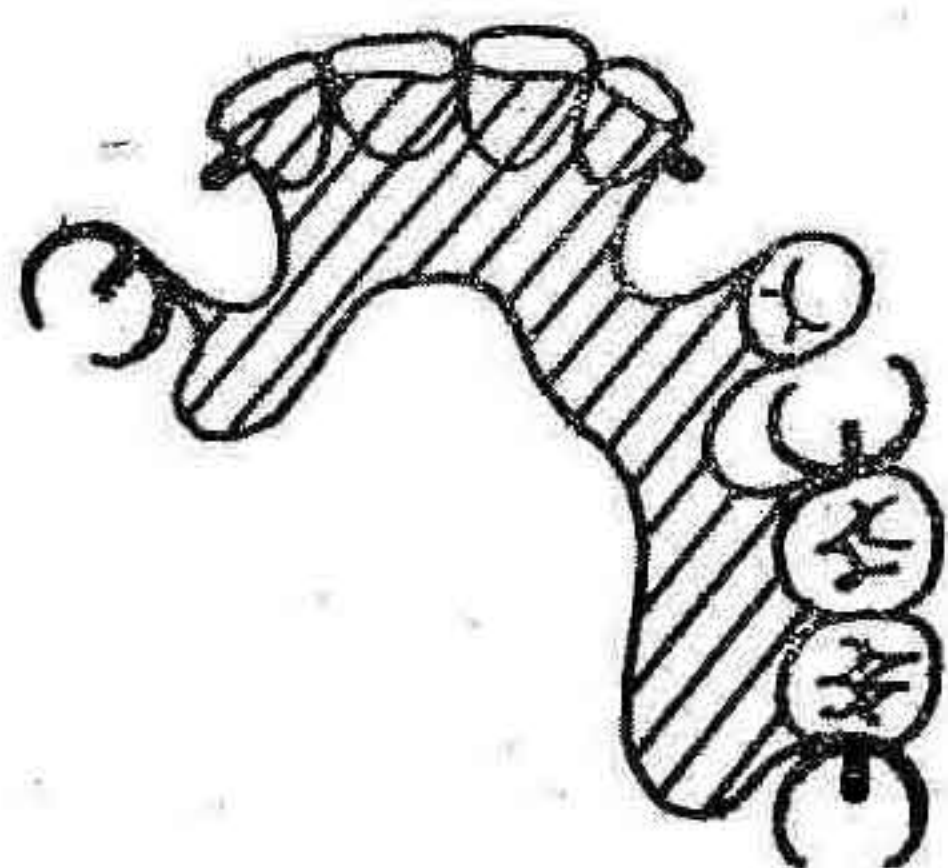


Fig. 2.—Solución "B", más económica y aprovechando que el 25 no estaba tallado.

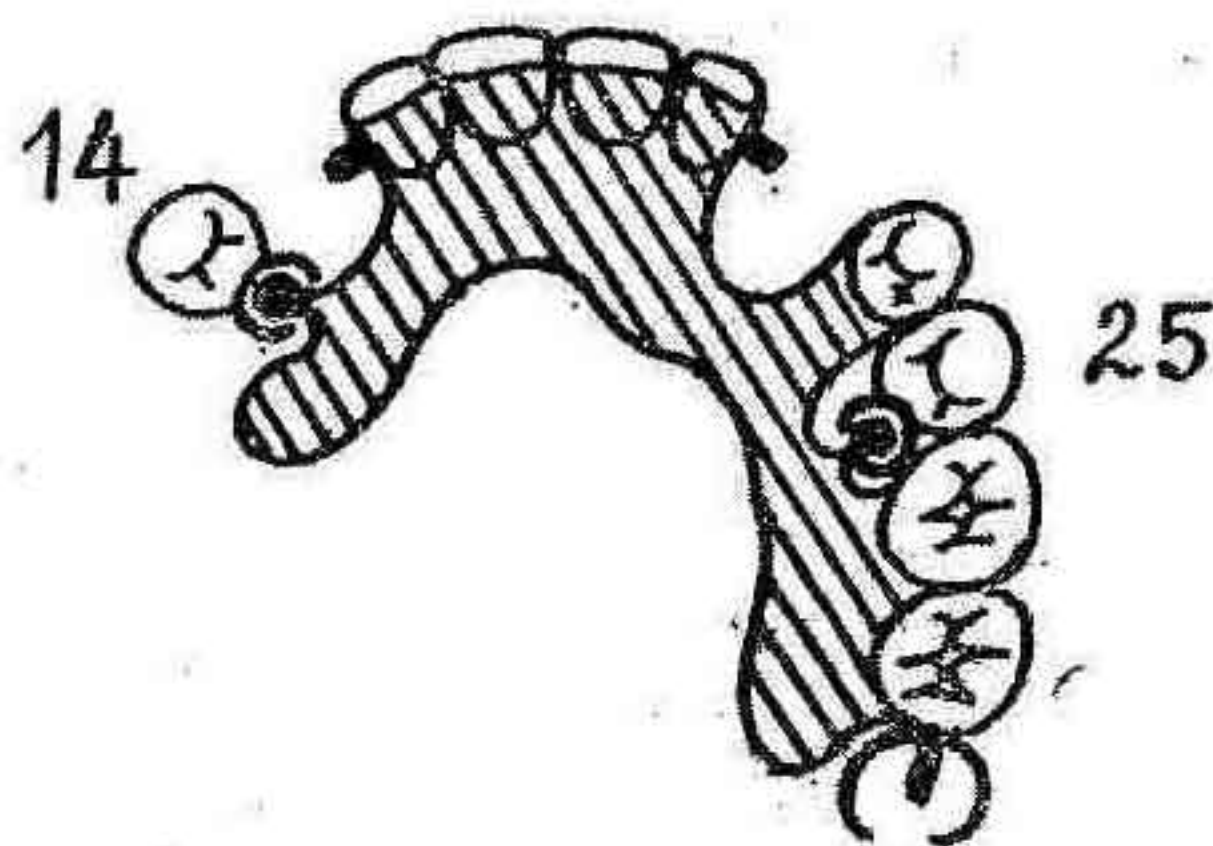


Fig. 3.—Solución "F" con casquetes 14-25, aprovechados para emplearlos en conjunción para las inserciones binarias.

demás, termina el paciente por perderlos todos, imposibilitándole luego de recurrir a las estructuras fijas y, sobre todo, lo que es peor, teniendo quizás que soportar el brusco cambio de un pequeño dispositivo fijo por una amplia placa palatina.

d) Supongamos, pues, que se decide la extracción del central, cuyo acto operatorio *ha sido* poco laborioso y cruento. Podemos, pues, disponernos a preparar nuestro trabajo clínicamente para un dispositivo fijo, mientras sigue la cicatrización.

Bajo las coronas del puente "nos hemos encontrado" las del diente incólume, sin devastación alguna, contingencia que nosotros vamos a aprovechar para preparar el diente para una inserción tres-cuartos.

Aun cuando se optase por una estructura fija de materiales sintéticos (que no están en ese caso aconsejadas), es aquella inserción la indicada. El mismo anclaje habremos de proyectar

para ambos caminos. En el extremo de este puente fijo colocaríamos la corona-banda, cuidando de tallar cónicamente las paredes del molar.

No obstante la ventaja que supone para las acciones del tramo incisivo su porción molar, nosotros, teniendo en cuenta que el primer bicúspide derecho (14) lleva una antiestética corona, la quitaríamos para establecer en ese diente un "apoyo" tallado en el casquete (porcelana o resinas metacrílicas), con el que mejoraría además la naturalidad.

e) Sin embargo de todo lo anteriormente expuesto, creemos que lo más práctico es, tras el levantamiento del puente, proyectar un dispositivo movable en el cual pueden encontrarse, para su construcción, cualquiera de los materiales o sus combinaciones.

f) Si el enfermo dispone de mejores medios económicos pueden sustituirse los garfios de la solución anterior por las inserciones binarias: la del lado derecho, que va montada en casquetes entero (14), y la del izquierdo—de no estar el diente devastado (25)—, en una inserción tres cuartos.

Otro grupo de proyectos es posible concebir si puede, o debe, entrar en juego el diente (2) segundo molar superior derecho, por estar su restauración (corona-banda) en mal estado.