

Artículo Original

Publicado el 10-11-04

A G Estrada

E E Rodríguez Yáñez

R Casasa Araujo

Mesialización de un segundo molar inferior sustituyendo un primer molar:

Presentación de un caso clínico ortodóntico.

Autores asociados

Centro de Estudios de Ortodoncia del
Bajío (C.E.O.B) Irapuato, Gto.
México. www.ceob.com.mx

Resumen:

En el presente caso se muestra una paciente de 24 años de edad con una maloclusión clase I molar derecha y clase II canina derecha e izquierda (no hay clase molar izquierda, ya que hay pérdida del 36); se realizaron extracciones superiores e inferiores de premolares (15,24 y 44) y se traccionó el 37 y 38 para cerrar el espacio del molar faltante.

Correspondiente a:

Dr. Esequiel Eduardo Rodríguez Yáñez

Centro de estudios de Ortodoncia
del Bajío

Blvd. Lázaro Cárdenas 1477
Prof. Col. Moderna C.P. 36690
Tel. 01 (462) 625-36-77
Tel./Fax 01 (462) 624-89-59

Irapuato, Guanajuato, México

E-mail: megadental2000@yahoo.com.mx

Dates:

Accepted 13 October 2004

To cite this article:

A G Estrada

E E Rodríguez Yáñez

R Casasa Araujo

Mesialización de un segundo molar inferior sustituyendo
un primer molar: Presentación de un caso clínico
ortodóntico.

Virtual Journal of Orthodontics [serial online]

2004 November 10; 6 (3): p. 35 -41

Available from URL
<http://www.vjo.it/read.php?file=mesia.pdf>

Copyright © V.J.O. 2004

ISSN 1128-6547

Introducción

La posibilidad de usar el segundo molar como un sustituto para el primer molar es posible en ciertos casos.⁽¹⁾

El diagnóstico y plan de tratamiento, determinan si los molares se han de mantener en su sitio o se han de mover mesio-distal, lateral o verticalmente.^(2,6)

Existen factores que debemos considerar antes de tomar ésta decisión, tales como: la edad del paciente, posición ocupada por el diente en cuestión, estado del segmento posterior y la estabilidad de la pieza, estado del puente óseo, así mismo evaluar la corrección de la inclinación, torsión y rotación.^(1,4,6,7)

Los molares inferiores se mueven mesialmente con menor facilidad que los superiores, lo cual es atribuido a la estrechez del proceso alveolar.^(1,3,5) Los primeros molares son considerados como claves para una oclusión correcta, por lo cual no es muy común que sean candidatos a ser extraídos, sin embargo, si existe caries extensa o apiñamiento severo se prefiere su extracción a diferencia de los bicúspides sanos. Si los primeros molares se extraen cuando ya han erupcionado los segundos molares, el tratamiento debe iniciarse en los tres meses siguientes a la extracción, de lo contrario se corre el riesgo de crear una inclinación indeseable de los segundos molares y una pérdida de hueso en el lugar de las extracciones.^(1,3,7)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad, cuyo motivo de consulta es “tengo los dientes atrapados”, no presenta antecedentes patológicos importantes ni refiere ningún hábito bucal.

Analisis Extraoral

La paciente presenta un tipo de cara braquicefálica, un perfil recto, tercios faciales simétricos, buen contacto labial, ángulo nasolabial de 100° y mentolabial en 135° .(Fig. 1 y 2)



Fig.1

Análisis Intraoral

Presenta un apiñamiento dentoalveolar superior de -10.5 mm y de -5 mm para la arcada inferior (según el método de Carey); overjet de 5mm y overbite del 30%, líneas medias desviadas aproximadamente 1 mm, presenta clase I molar derecha y clase II canina derecha e izquierda, la clase molar



Fig. 2

izquierda no está establecida debido a la pérdida del primer molar inferior izquierdo; la arcada superior presenta una forma de parábola con linguoversión en laterales y vestibuloversión en centrales, el arco inferior se presenta en forma cuadrangular con giroversiones en el segmento anterior, caries en piezas posteriores, ausencia del primer molar izquierdo y la presencia de los cuatro terceros molares (Figs. 3,4,5,6 y 7)



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig.6



Fig.7

Análisis Cefalométrico

Presenta clase II esquelética, con protrusión maxilar, tendencia a una mordida profunda. Dentalmente encontramos una biproclinación y una biprotrusión. (Fig.8)



Fig.8

En la radiografía panorámica observamos un buen nivel radicular y óseo, restauraciones mal ajustadas, ausencia del primer molar inferior izquierdo y presencia de los cuatro terceros molares (Fig.9)



Fig.9

Plan de tratamiento.

Extracciones de premolares superiores e inferiores (15, 24 y 44), bite plane para abrir mordida y descruzar los dos laterales superiores, secuencia de arcos térmicos,

traccionar el 37 y 38 para cerrar el espacio del molar faltante (primer molar inferior izquierdo), elásticos intermaxilares para interdigitar mordida, elásticos clase II, retenedores circunferenciales y una barra vestibular fija en inferior.

Secuencia de tratamiento.

Full bonding (brackets en todos los dientes) en la arcada superior e inferior, al mismo tiempo se colocó un bite plane removible para abrir la mordida y así descruzar los laterales superiores; se colocó alambre redondo 0.016" NiTi térmico (Fig.10)



Fig.10

Se realizó la secuencia de alambres hasta un alambre redondo NiTi térmico 0.020". Posteriormente se colocaron alambres rectangulares de acero calibre 0.017" x 0.025" para cerrar los espacios superiores e inferiores (Fig. 11). Se ancló el segmento antero-inferior para mesializar el 37 y 38 (Fig.12) y se usaron elásticos bilaterales clase II. Se realizaron dobleces de segundo orden a nivel del 37

para paralelizar las raíces.



Fig. 11



Fig. 12

Una vez que se obtuvo la clase I canina, se colocaron elásticos intermaxilares para una mejor intercuspidadón (Fig.13).



Fig. 13

Resultados

Facialmente, seguimos observando un perfil recto y los tercios faciales simétricos; los ángulos nasolabial y mentolabial no presentaron modificaciones importantes (Figs. 14 y 15).



Fig. 14



Fig. 15

Al término del tratamiento se logró una buena armonía dental, líneas medias coincidiendo, over jet y over bite en norma, clase I canina derecha e izquierda, clase I molar derecha y clase II molar izquierda, arcadas en forma de parábolas sin presencia de espacios. El 37 se logró colocar en el espacio del 36 y el 38 migró hacia mesial. Se colocaron retenedores circunferenciales superiores e inferiores y una barra fija de acero 0.016" de 33 a 37 para tener un mejor control de la recidiva (Figs.16,17,18, 19 y 20). El 38 es remitido a prótesis para que sea colocada una restauración envolvente.



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 21



Fig. 19

En la radiografía panorámica final encontramos un paralelismo radicular aceptable y una ligera recidiva en el 37. Posteriormente se colocó un retenedor circunferencia para cerrar dicho espacio (Fig.22).



Fig. 20



Fig. 22

Radiográficamente observamos que el ángulo interincisal se abrió, los incisivos superiores e inferiores los encontramos en norma y el over jet a mejorado considerablemente (Fig. 21).

Conclusiones

La mesialización de molares para sustitución de piezas faltantes es un método alternativo de tratamiento en algunos casos. Si logramos un buen control del movimiento mesial del molar podemos llegar a obtener un tratamiento altamente exitoso y así, evitar que ese espacio sea restaurado con una prótesis o un implante de titanio ^(8,9).

Dentro de los inconvenientes de la mesialización es la retención. En nuestro caso, ferulizamos y colocamos retenedores circunferenciales y aún así, presentó recidiva. Éste espacio fué cerrado con los retenedores removibles. El tiempo de retención es indefinido.

Bibliografía

- 1.- McLaughlin P. Richard, Bennett C. John. Manejo ortodóntico de la dentición con aparatos preajustado, Isis Medical Media Ltd. Oxford OX1 1ST, Inglaterra, 1997.
- 2.- Little RM, Reidel RA, Stein A. Mandibular arch length increase during the mixed dentition: post retention evaluation of stability and relapse. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990.
- 3.- Proffit R. William, Ackerman L. James. Soft tissue limitations in orthodontics: Treatment planning guidelines. The Angle Orthodontist, Inc.1997 No. 5, 327 – 336.
- 4.- Carano Aldo, Testa Mauro, Siciliani Giuseppe. The Distal Jet for Uprighting Lower Molars. The Journal Clinic Orthodontics, 1996 Dec, 707 – 710.
- 5.- Grave K. C., Gallagher D.P. Upper First Molar Extractions. The Journal Clinic Orthodontics, Volume 1984 Oct. 738 – 740.
- 6.- Chipman R. Malcolm, Second and third molars: Their role in orthodontic therapy. The American Journal Orthodontics, 1961 Jul. 498-520.
- 7.- Yamaguchi and Nanda, The effects of extraction and nonextraction treatment on the mandibular position. Oklahoma City, Okla. American Journal Orthodontics.1991 Nov, 443-452.
- 8.- Luecke E. Percy, Johnston E. Lysle Jr., San Antonio, Texas, and Ann Arbor, Mich " The effect of maxillary first premolar extraction and incisor retraction on mandibular position: Testing the central dogma of functional orthodontics" The American Journal Orthodontics. 1992 Jan, 4-12.
- 9.- Julie Ann Staggers Julie Ann, Winchester, Va. Vertical changes following first premolar extractions. American Journal Orthodontics. 1994 Jan, 19-24.