

VISION DE LA ORTODONCIA ANTE LA AUSENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Dr. Carlos Julio Lemoine. Ortodoncista. Profesor colaborador de la cátedra de Ortodoncia en la Universidad Central de Venezuela.

Dra. Paola Reyes V. Odontóloga U.S.M

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera: **Lemoine C. Reyes P.. "Visión de la ortodoncia ante la ausencia de los primeros molares permanentes"**. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica noviembre 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

RESUMEN: Tradicionalmente la odontología ha tratado las ausencias de dientes posteriores con prótesis, y más recientemente con implantes. De esta manera se resuelven todos los problemas que involucra la pérdida prematura de algún molar, evitando la inclinación de las piezas adyacentes hacia el espacio, extrusión del molar antagonista o problemas periodontales que induce una falta de apoyo, estimulación e higiene.

Ante esta situación el ortodoncista juega un papel muy importante en la conducta a seguir para solventar esta pérdida y para darle al paciente una solución; es un tratamiento para compensar este espacio consecuencia de la ausencia del molar, con la utilización de otro molar remanente de ese mismo lado para así cerrar el espacio dejado. Todo mediante la movilización hacia delante del sector posterior de ese mismo lado por medios mecánicos, vale decir ortodoncia.

PALABRAS CLAVE: Pérdida primer molar, cierre de espacio.

ABSTRACT: Traditionally, dentistry has treated the absences of posterior teeth with prosthesis and, more recently, with implants. In this way, all the problems related to the premature loss of a molar are resolved avoiding the inclination of the adjacent teeth into the empty space, extrusion of the antagonist molar or periodontal problems that are induced by either lack of support, stimulation or hygiene.

In view of this situation, the orthodontist plays an important role in designing the procedure to follow to give a solution to the patient by a treatment which uses the remnant of another molar, on the molar and thus closing the space. All of this achieved through the mobilization of the posterior sector of the same side by mechanical means, in other words, orthodontics.

KEY WORD: Loss of first molar; closing the space.

La pérdida del primer molar permanente es frecuente en los pacientes que acuden a nuestra consulta, como diente de la segunda dentición y de aparición temprana, es susceptible al ataque de caries dental, y en ocasiones alcanza una destrucción tan grande que conlleva a su posterior extracción, más aún si el paciente ha sido atendido por un profesional de la salud poco conservador, provocando así la pérdida prematura de un elemento fundamental en la oclusión, considerado por algunos autores "la piedra angular de la oclusión"; su ausencia trae consigo consecuencias como la inclinación mesial del segundo y tercer molar, la distalización de los premolares, la extrusión del molar antagonista, la alteración del margen gingival al molar inclinado, rebordes marginales desiguales, impactación de alimentos y colapso posterior de la mordida.^{1,2,3,4,5}

Tradicionalmente, muchos especialistas han abordado estos casos protésicamente, tendencia incrementada desde la aparición de los implantes. Ante esta situación el ortodoncista juega un

papel importante en la conducta a seguir para solventar la pérdida de un primer molar permanente, brindándole al paciente soluciones a través del tratamiento ortodóncico. Al estudiar el caso debemos reflexionar sobre los verdaderos alcances de la ortodoncia que nos permitan obtener resultados óptimos sobre los pacientes evitando terapias invasivas como los implantes u otro tipo de prótesis, valiéndonos de tecnologías innovadoras que permitan cumplir con los objetivos primordiales: devolver la función y estética perdida.^{6,7,8}

Tomada la decisión de cerrar la brecha a través de tratamiento ortodóncico, mediante la movilización hacia delante del sector posterior, debe evaluarse el caso y determinar la factibilidad del mismo, teniendo en cuenta aspectos como la calidad del hueso alveolar remanente en el espacio edéntulo. Deben observarse características como la existencia de un espacio adecuado para la colocación del nuevo molar en sentido vestíbulo-lingual del reborde alveolar y ausencia de defectos periodontales en los dientes adyacentes a la brecha.⁹

También debemos considerar el tiempo transcurrido después de la extracción, si es reciente contamos con un borde alveolar adecuado y una densidad ósea apropiada para realizar el movimiento del segundo molar, siendo éste un procedimiento sencillo, más aún si se tiene la posibilidad de planificar la extracción con el cirujano de manera de que no se haga compresión de las tablas alveolares al momento de la exodoncia, para que el diente sea conducido por éstas y entonces el procedimiento ortodóncico solo consistiría en colocar los arcos de cierre de espacio con el calibre y aleación correspondiente.¹⁰

Por otro lado, tenemos los casos de extracción no reciente en los que debemos evaluar el estado del reborde alveolar remanente en la brecha, el cual tiende a resorberse, atrofiarse y adelgazarse, es allí donde los alcances de la ortodoncia se ven limitados. El problema del cierre de espacios edéntulos de larga data trae consigo situaciones de resorción y remodelado del hueso alveolar, pero más importante aun es señalar, que se produce un estrechamiento bucolingual del proceso alveolar. Kessler sugiere que si el ancho bucolingual del segundo molar es mayor que el reborde edéntulo adyacente, el diente no debería ser movido mesialmente.

En este aspecto debemos señalar que el manejo de los casos de cierre de espacios edéntulos es igualmente considerado para adultos como adolescentes, sin embargo, los sitios de antiguas extracciones significan un reto desde el punto de vista mecánico y biológico en el tratamiento ortodóncico.

Anteriormente, algunos autores consideraban que cerrar el espacio edéntulo por medio de la ortodoncia, años después que el diente fue perdido producía resultados impredecibles, consideraban que podría ser una mejor opción realizar un tratamiento protésico para su restauración.”

Graber establece que el cierre de espacio en el área del molar raras veces es posible o es limitado a través de la terapia ortodóncica. El movimiento de los dientes posteriores generalmente se dificulta debido a la extensa área de superficie radicular, la resistencia tisular incrementada y las necesidades de anclaje involucrados.

Con el avance de la ortodoncia se ha determinado que el cierre del espacio por pérdida del primer molar permanente a través de un tratamiento ortodóncico para sustituirlo con el segundo molar es una vía excelente para obtener resultados estables, funcionalmente balanceados y estéticamente satisfactorios.

Es en esta situación cuando debemos valernos de las diferentes posibilidades a nuestro alcance, el canal quirúrgico y el aumento del reborde alveolar. El primero es un procedimiento casi exclusivo en la mandíbula ya que el hueso alveolar tiene una densidad muy alta por lo que la migración de un molar se ve dificultada, facilitando así, a través de este método, la traslación del molar en cuestión con la menor resistencia posible. Este procedimiento consiste básicamente en la eliminación progresiva de tejido óseo, con el fin de evitar la resistencia mecánica.(Fig.1,2).

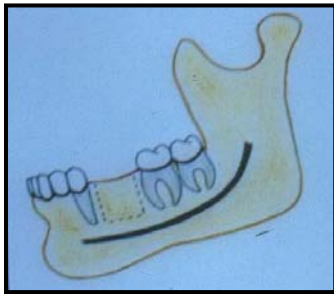


Figura 1: Canal quirúrgico (Vista lateral)

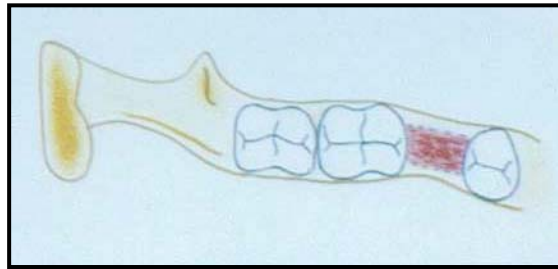


Figura 2: Canal quirúrgico (Vista oclusal)

El segundo procedimiento llamado aumento de reborde alveolar o regeneración del hueso alveolar perdido o dañado como resultado de una enfermedad o de un traumatismo puede plantear problemas en la ortodoncia clínica. Múltiples estudios durante los últimos años han llevado al desarrollo de un principio de tratamiento denominado "Regeneración Tisular Guiada" (RTG). Este principio afirma que solo las células con capacidad para producir regeneración están en condiciones de invadir la lesión tratada quirúrgicamente durante el proceso cicatrizal. Esto se logra mediante la colocación de una barrera física que excluya los tipos indeseables de tejido.

La aplicación del principio de la RTG para la regeneración ósea (Regeneración Osea Guiada, ROG) fue investigada primero por Dahlin y Col (1988) en un trabajo experimental en ratas. En este sentido el objetivo es la creación de un espacio cerrado que solo pueda ser invadido por las células con capacidad osteoformadora del hueso existente.^{11,12,13.}

Los casos estudiados demostraron resultados satisfactorios, en los que se logró el cierre del espacio, devolviendo así la función y estética perdidas; éstos fueron ratificados por la salud óptima de los tejidos óseos y blandos después del tratamiento y la ausencia de resorción radicular y recidiva. Además, demostraron que no sólo el cierre de espacio es posible sino que puede ayudar en el tratamiento de ciertos casos, como aquellos con apiñamiento anterior, los cuales normalmente pueden requerir la extracción de los premolares para solventar el mismo y poder tratarse sin extracciones utilizando el espacio provisto tras la pérdida del primer molar permanente.



Figura 3: Ausencia del primer molar permanente



Figura 4: Cierre de espacio posterior

Los casos ilustrados (Fig.3, 4) demuestran que el cierre de espacio por pérdida del primer molar permanente, pueden tratarse a través de la ubicación del diente adyacente a la brecha mediante el tratamiento ortodónico de mesialización del diente posterior. Es importante señalar que este tratamiento es menos agresivo y más duradero para el paciente si lo comparamos con el protésico. Asociado a ello, en la mayoría de los casos es necesario el tratamiento de ortodoncia para desinclinarse el molar adyacente y finalmente restaurar a través de prótesis. Entonces, ¿por qué someter a un paciente a un tratamiento protésico para restituir el diente perdido y que además posee indicación de tratamiento de ortodoncia para solventar otros aspectos de su salud bucal ¿No implicaría mayor comodidad al paciente realizarse un solo tipo de tratamiento, incluso en el aspecto económico y de tiempo?

Ante esta controversia debemos observar que el mayor problema es que las diferentes disciplinas, que en el caso que nos concierne son prostodoncia y ortodoncia, poseen su propia tendencia, sin embargo el especialista debe abrirse otras posibilidades para conseguir la solución más adecuada tanto para el paciente como para él mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Daugaard – Jensen Ingrid: Extraction of First Molars in Discrepancy Cases. AM I ORTHOD 64: 115-136, 1973.
2. Vanarsdall RI, Swart MIL: Molar Uprighting, Ormco catalog Nº 740-0014, Glendora, Calif. Ormo Corporation. 1980.
3. James A Mc. Namara, Jr, DDS, PhD, William L. Brudon, Needham Press. Orthodontic and Orthopedic Treatment in the Mixed Dentition, Chapter 19, pg 347-353. Jan, 1993.
4. Malone, W; Koth, D: Tylmans Teoría y Práctica en Prostodoncia. 8va. ED. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. pp. 15-76-359-360-362. 1990.
5. Kessler, M; Interrelationship between orthodontic and periodontics. Am J Orthod 70: 154-172. 1976
6. Wise, R:J: y Kramer, G:M. Int. J Periodontal Rest Dent, 1983
7. Proffit, William: Contemporary Orthodontics. The C.V. Mosby Company St. Louis, 1986.
8. Graber TM: Orthodontics: PRINCIPLES AND PRACTICE, 3ª ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1972.
9. Ricketts, R.M. Información no publicada, 1993
10. Lemoine, Carlos Julio; Manual de periodoncia-ortodoncia. Fitolito e Impresión La Galaxia, C.A. Caracas-Venezuela. Disponible en www.misonrisa.com.
11. Davies JE, Hosseini MM. Histodinamics of endosseous World healing. En: Davies JE ed. Bone Engineering Toronto: Davies JE ed.; 2000, pp. 1-14.
12. Trueta J, The role of blood vessels in osteogenesis. J Bone Joint Surg Bs 1963; 45:402
13. Giner y cols. Aumento del reborde de tejido duro con una membrana resorbible y un injerto de partículas sin cierre completo de colgajos. Revista Internacional de Odontología Restauradora y Periodoncia. Vol. 4, Nº 4, 2000, pp. 395-401.