

EXTRACCION DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR EN EL TRATAMIENTO ORTODONCICO

p o r

T. M. GRABER

D. D. S.—M. S. D.—Ph. D. Kenilworth, Illinois ()*

Las extracciones, como coadyuvante en ortodoncia, ya no engendran controversias en los círculos de dicha especialidad, pues muy pocos ortodoncistas hoy en día niegan la necesidad de sacrificar algún diente en un momento determinado. Donde en verdad puede existir la controversia es en cuanto "a cuál es el diente a sacrificar y en qué momento debe realizarse el mismo".

Con referencia a la extracción rutinaria de las cuatro primeras bicúspides, los que estudian fisiología lo piensan profundamente llegado el momento, pues a pesar de los constantes esfuerzos por desarrollar reglas precisas en este sentido, lo cierto es que ellas fallan cuando menos se espera.

Por otra parte, clínicos competentes han llegado a la convicción de que ningún diente es intocable en lo que se refiere a tratamiento ortodóncico, pues lo mismo resulta factible el sacrificio de los primeros bicúspides, segundos incisivos inferiores, segundos molares, y hasta el propio canino; pues el fundamento de la extracción no es otro que el medio de realizar el tratamiento ortodóncico lo menos traumático posible y con el máximo de resultados estables.

Al determinar la extracción de cualquier diente, se requiere considerar fundamentalmente la relación dento-mandibular, la cual debe siempre lograrse en el tratamiento de la Clase II.

A mí se me ha hecho aparente que el movimiento posterior del hueso básico que corresponde al maxilar superior de por sí es prácticamente nulo. Por tanto, si a esa inclinación hacia abajo y adelante del hueso básico del maxilar superior le aplicamos cierta inclinación

(*) Profesor asociado del Departamento de Ortodoncia de la Universidad de Northwestern.

distal de los dientes, obtendremos la corrección anteroposterior debido al subsiguiente crecimiento mandibular. Como quiera que en toda maloclusión existe una interdependencia de los factores bastantes variados, es que tenemos que considerar en esto la edad del paciente, el sexo, la severidad del problema, el balance endocrino, la aparatología usada, etc.

En los casos donde la contribución del movimiento distal es apreciable, se requiere primeramente obtener el espacio necesario para efectuar dicho movimiento mediante las extracciones, pues si no lo hacemos así, nos encontraremos con que una vez ganado el limitadísimo espacio de que se dispone para efectuar el movimiento en el propio alvéolo, la fuerza distal que imprimimos al arco dentario forzará las unidades dentarias individualmente, llevándolas fuera de la alineación normal, ya sea hacia lingual o hacia bucal.

De la misma forma, cuando queremos ganar ese espacio a expensas de llevar el segundo molar superior hacia el distal por el hecho de que el tercer molar no hubiere brotado, nos encontraremos con que hemos propiciado el impacto de ambos molares; siendo, por eso, que yo encuentro la extracción del segundo molar superior como un paso decisivo en la corrección de ciertas maloclusiones de Clase II.

En este trabajo hago el reportaje de un caso que corresponde a una niña de nueve años, cuyo problema inicial fué una Classe II severa, División 1. Las medidas cefalométricas de la paciente indicaron un cierre normal sin desplazamiento, así como una desrelación ápice-basal severa. Debido a que el arco inferior se encontraba aparentemente normal y en balance, determiné usar solamente fuerzas extraorales; al año de tratamiento la erupción precoz de los segundos premolares superiores dejaba mucho que desear, lo cual me determinó a proceder a la extracción de los segundos molares superiores, pudiendo desde ese momento obtener un ajuste anteroposterior rápido que me permitió retirar los aparatos a los once meses subsiguientes. Le puse un retenedor Hawely, el cual no usó la paciente, por lo cual puedo afirmar que no hubo período de retención. Dos años más tarde el resultado obtenido se mantenía estable, y nuevas medidas cefalométricas practicadas en esa oportunidad determinaban una retroposición de los dientes superiores, a la vez que los terceros molares hacían su erupción normal.

Nuevo análisis cefalométrico cuatro años más tarde señalaba que el caso se mantenía sin ninguna variación en las ventajas obtenidas, y que la diferencia ápice-basal alcanzada mediante el tratamiento era de una reducción de 4,5 grados.

SUMARIO

Resumiendo las observaciones realizadas en mi práctica de la especialidad, creo conveniente resaltar los siguientes puntos:

1. Que para determinar la pieza dentaria que debe ser extraída es indispensable considerar la infinita variabilidad de forma y función, así como la multiplicidad de factores que deben considerarse a un mismo tiempo, pudiendo de esa forma mitigar grandemente la extracción rutinaria de los primeros premolares.
2. En los tratamientos de distolución o Clase II, tenemos que considerar lo siguiente: a) Que el mayor cambio producido por los aparatos es en el maxilar superior. b) Que el ajuste de la posición dental en el maxilar superior por ella sola, o conjuntamente con el crecimiento mandibular, es la base de la corrección. c) Que utilizando el área del segundo molar para obtener el espacio necesario, más tarde la erupción mesio-vertical de los terceros molares cubrirá el espacio sobrante. d) Que el cierre de los espacios de bicúspides a veces resulta bastante difícil.
3. Que toda vez que el maxilar superior representa la verdadera área de ajuste en los tratamientos de Clase II, los mismos deben ser efectuados tan solo en este arco a fin de reducir la complejidad de los aparatos y el trauma de los tejidos.
4. Que en los casos de Clase II, División I, la extracción de segundos molares superiores facilita su corrección, siempre y cuando concurren las circunstancias siguientes: a) Que los incisivos superiores se encuentran excesivamente inclinados hacia el labial sin que existan espacios o diastemas entre ellos.
5. Que los incrementos de crecimiento durante el tratamiento reduce la distalización de la dentadura superior. Y cuando dicho crecimiento dejare de ser factor coadyuvante en el ajuste del arco supe-

rior, el espacio necesario para la distalización puede obtenerse favorablemente usando el espacio de los segundos molares superiores.

6. Que los casos más desfavorables para el tratamiento de las Clases II con extracción de segundos molares superiores, son aquellos en que existe un severo desplazamiento del segmento óseo anterior con inclinación vertical de los incisivos superiores, sin espacio entre los mismos y con acentuada sobre-mordida. No obstante, los incrementos de un buen crecimiento pueden mejorar el pronóstico de tales casos.

(*per* "Am. of Orth." vol. 41, núm. 5. Ortiz Torrente.)

COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA PRIMERA REGION

La Sección Científica del Curso 1955-56 del mes de mayo, 17.^a del presente curso, tuvo lugar el día 24, con la colaboración del prestigioso anestesista doctor Luis Agosti Romero, que disertó sobre "Anestesia general", siendo el conferenciante muy aplaudido.

La Sección correspondiente al jueves, 7 de junio, tuvo lugar con el siguiente programa: Seminario de Estomatología Quirúrgica, Director doctor don Carlos Losada, curso sobre terceros molares anormales. "Técnicas quirúrgicas de extracción de los terceros molares anormales", en el que el disertante mostró toda su dilatada competencia.