

TRATAMIENTO DE LA MALPOSICION DE UN PRIMER MOLAR INTERIOR IMPACTADO

por los

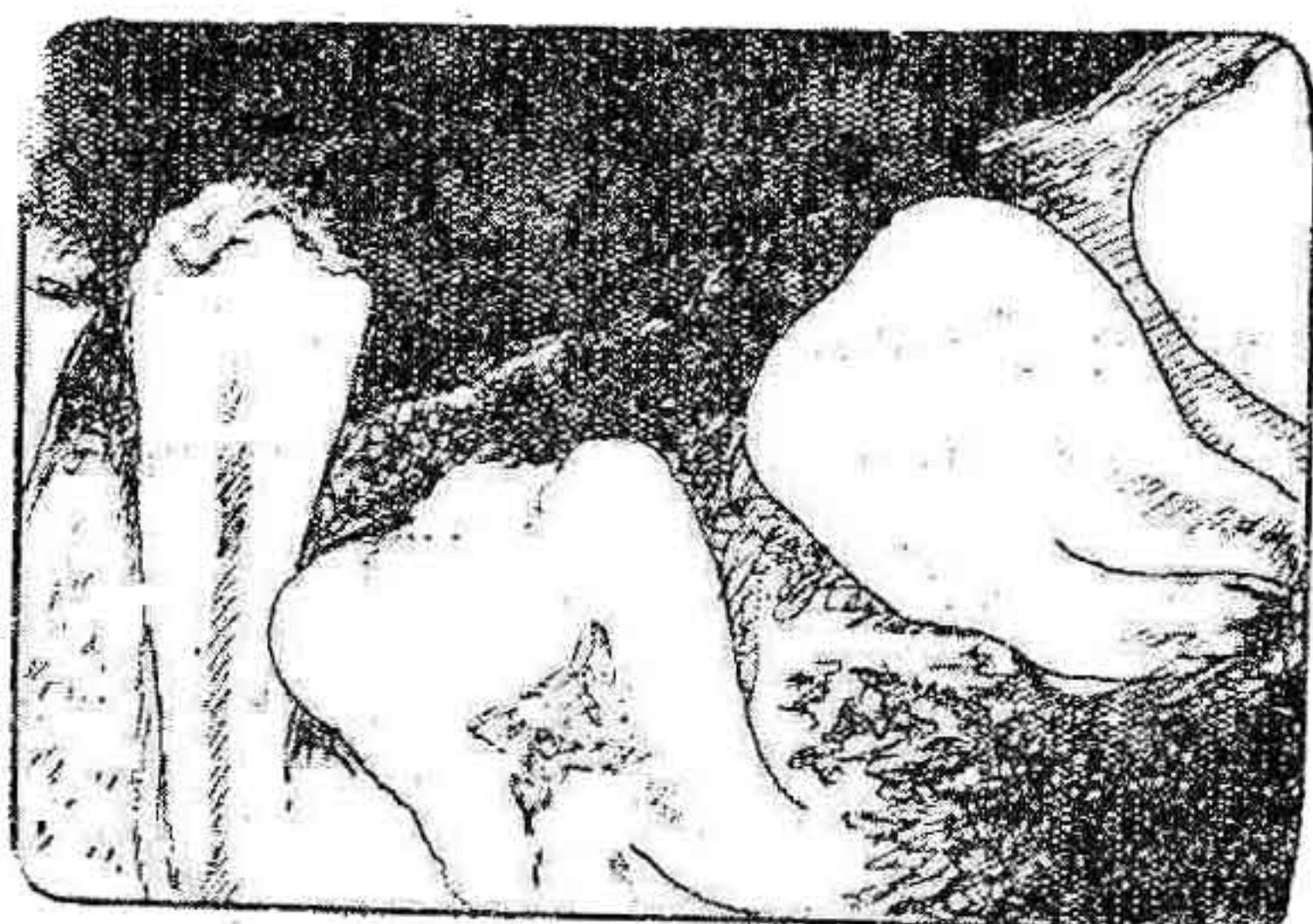
DRS. V. S. IYER Y N. A. BOOTH

Se trata de una niña de once años, que acude a nuestra consulta para ser atendida su boca. En seguida se apreció que su primer molar inferior derecho no se veía en la arcada. La oportuna radiografía, figura 1, reveló la presencia de una cripta por encima de las coronas impactadas del primero y segundo molares. Las raíces del primer molar estaban mal formadas, siendo cortas y curvas distalmente. La muchacha no tenía ningún otro síntoma de interés para el caso, como tampoco los que pudieron aportar la familia.

Tratamiento quirúrgico

El 6 de julio de 1950 fué resecada la lámina ósea que cubría, muy fina, las coronas del primero y segundo molar inferior, así como la parte correspondiente del folículo, lo cual se hizo con anestesia por infiltración. La incisión se practicó en el área retromolar, continuando hasta la papila interdental del canino. Los colgajos mucoperiostales se virrieron hacia afuera, resecándose la lámina ósea, para exponer los folículos. Su membrana, de éstos, fué extraída en partes, quedando al descubierto las coronas del primero y segundo molares. Los folículos tenían la apariencia de un quiste. El segundo molar se encontraba verticalmente, pero algo apoyado hacia el lado lingual. El primer molar estaba en buena posición en el centro de la cresta, en el plano horizontal, pero inclinado mesialmente en el plano sagital, con un espacio de dos a tres milímetros entre él y el segundo molar. Se resecó algo de hueso en el segundo molar, pero sin exponer las raíces, siendo elevado, levantado, del lado mesiovestibular. El primer molar fué también levantado unos cuatro milímetros en su posición, hasta la altura del segundo molar (fig. 2), y fijado entre éste y el segundo bicúspide. El colgajo mucoperiostal fué incindido para permitir luego deliberar la porción coronaria del primero y segundo molar expuestos. Al objeto de controlar la hemorra-

gia, se colocó esponja de gelatina sin ejercer presión alguna, sujetándola con una sutura exprofesa. Inmediatamente se pensó insertar aplicaciones ortodóncicas para mover el segundo molar distalmente, y el primer molar oclusalmente, pero se decidieron como impracticables en este momento, debido a la posición del primer molar y la incompleta emergencia del segundo molar.



Tercer molar

Primer molar

FIG. 1.—*Por encima de las coronas impactadas del primer y segundo molar se aprecia la fina lámina ósea. Radiografía tomada antes de la intervención quirúrgica*

El tratamiento postoperativo indicado fué el reposo con la aplicación de bolsa de hielo, lavado o enjuagatorio con una solución salina normal, y analgésicos para reducir el dolor. La dieta consistió en alimentos blandos.

Cuatro días después de la operación había un ligero edema, que no llegó a molestar a la paciente. La sutura fué levantada manteniéndose la esponja hemostática. Los tejidos cicatrizaban satisfactoriamente.

Examinado el campo de la intervención un mes después, el primero y segundo molar eran visibles, pero no habían llegado a irrumpir en la superficie de la encía. El área operada aparecía abierta y la encía cicatrizaba bien. Un mes y pico después—30 de septiembre—el segundo molar había hecho erupción tres o cuatro milímetros, y el primer molar era ya claramente visible.

Seis meses después—29 de marzo de 1951—el primer molar continuaba impactado entre el segundo molar y segundo bicúspide, llegando a considerarse la conveniencia de proceder a la extracción del primer molar, pero habiéndose apreciado que ello supondría gran pérdida de substancia ósea y el trauma correspondiente a los dientes vecinos, dado el tamaño, posición y la formación radicular del pri-

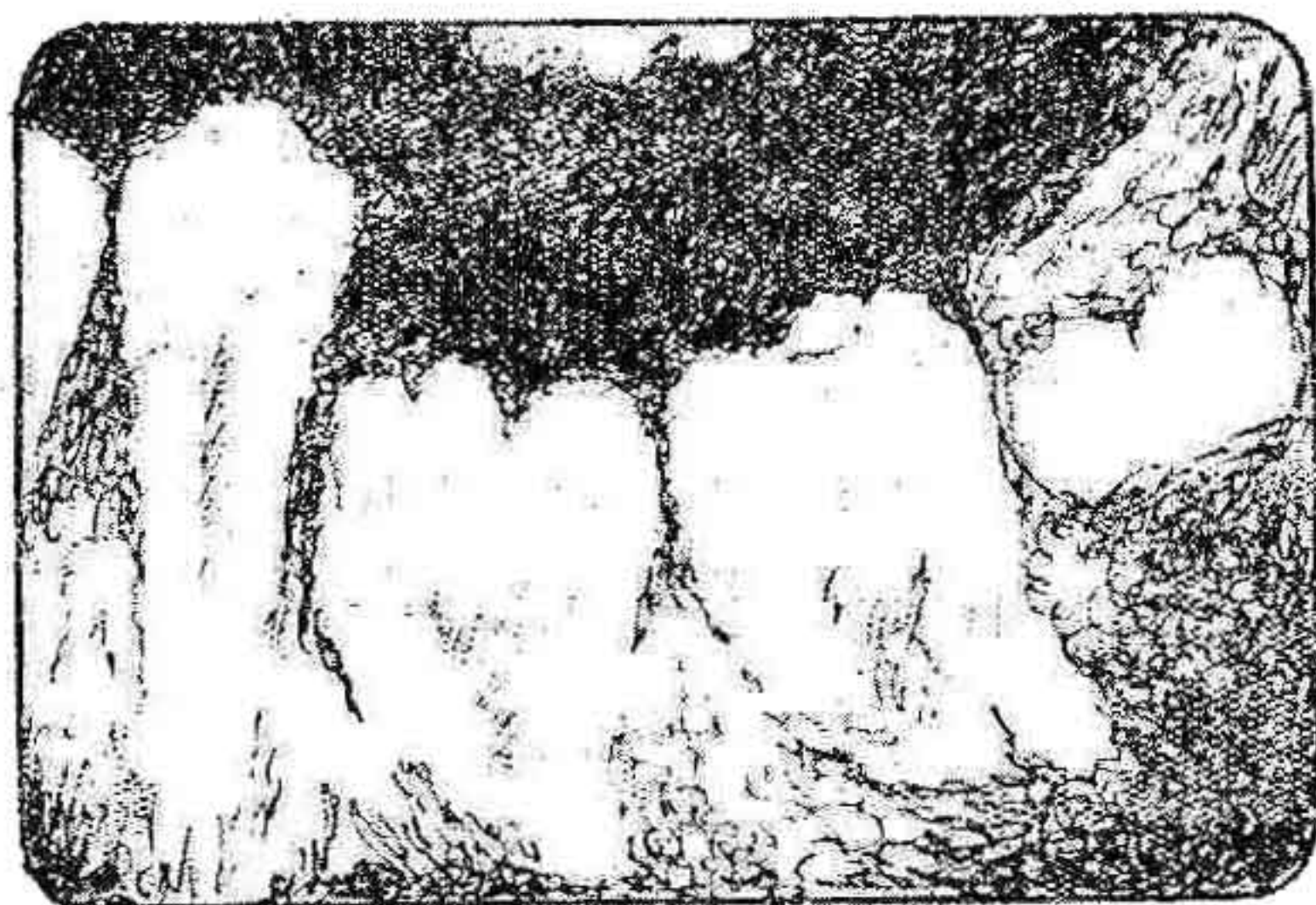
mer molar, fué decidida la abstención, teniendo en estrecha observación a la muchachita.

El primer molar disponía de su vitalidad normal, indicada por las pruebas adecuadas con el vitalizador. Se ordenó a la paciente el masticar goma blanda para estimular la erupción del diente.

Tratamiento ortodóncico

Cuando fué vista nuevamente la paciente, después de siete meses—28 de noviembre—, el primer molar había hecho ya su erupción vetibularmente. El segundo molar se había inclinado mesialmente, reduciendo así el espacio entre el segundo molar y el segundo bicúspide. El espacio entre estos dos dientes era de 8,2 milímetros, mientras la distancia mesiodistal del primer molar se calculaba en 11,2 milímetros, deducida de la del lado izquierdo. Dado el que todos los dientes de ambas arcadas se encontraban perfectamente alineados, se intentó llevar el primer molar derecho a su correcta posición en el arco, mediante el oportuno tratamiento ortodóncico, el cual fué comenzado el 28 de noviembre de 1951.

Se cementó una banda con dos garfios vestibulares en el primer molar; lo cual fué de cierta dificultad por su posición, íntimamente unido a los dientes vecinos. Otra banda con otros dos garfios palatales fué asimismo cementada en el primer molar antagónico, o sea



Tercer molar

FIG. 2.—Radiografía tomada después de la intervención quirúrgica. Se puede apreciar la nueva posición conseguida

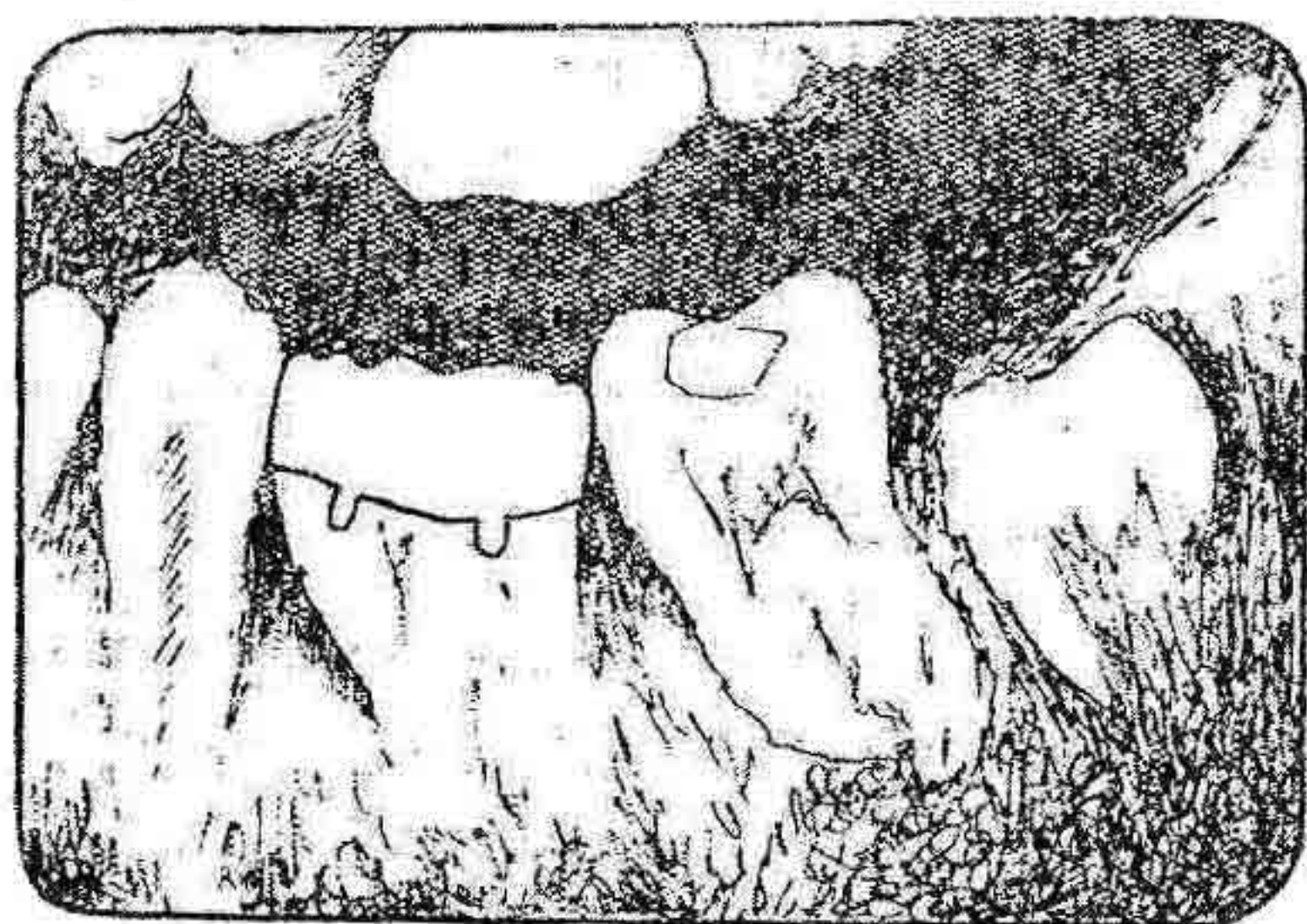
superior. Entonces le fueron proporcionadas a la muchacha unas gomas que se colocó cruzadas en los garfios de ambos molares, es decir, que las gomas iban de palatal a vestibular y de arriba abajo.

Después de cuatro meses, el 29 de marzo de 1952, el primer molar inferior se había movido hacia arriba y adentro, es decir, oclusal y lingualmente. Las finas cúspides del molar fueron desbastadas li-

geramente con carborundum, continuando el tratamiento con los anillos o tirantes de goma.

El 10 de mayo se colocó un arco lingual inferior, pues el molar superior mostró signos de cierta luxación (*), y porque se trataba de vertir el molar inferior algo más lingualmente. Desde este momento la tensión elástica se hizo discontinua.

Molar superior, con
la banda



El tercer molar, que
va a hacer su erup-
ción normalmente

Primer molar, con la
banda colocada

FIG. 3.—Radiografía tomada con el resultado obtenido

El 27 de junio se levantó el arco lingual y se redujo todavía más el tratamiento con las gomas. El 8 de agosto se consideró que el primer molar inferior había adquirido una posición correcta, no sólo con relación a su antagónico, sino también con respecto a su arco. La prueba de vitalidad demostró que el diente había conservado su vitalidad. La radiografía demostró que el segundo molar se había migrado distalmente y hacia arriba por el tratamiento ortodóncico; la posición del tercer molar no fué afectada y se mantuvo en posición correcta, esperándose su normal erupción.

Resumen

Se trata de una muchacha de once años, cuyo primer molar inferior derecho se encontraba mal puesto e impactado. La combinación de un tratamiento quirúrgico y ortodóncico, que se describe, corrigió la malposición. El tratamiento quirúrgico consistió en levantar el diente en su saco o folículo. Ortodóncicamente el diente fué colocado en su posición por medio de anillos de goma que actuaron cruzados y por la ampliación de un arco lingual inferior (*per O. S., O. Med. O. Pth., 1 vol., 7, 1954, 21*).

*1) Nota del traductor: Es lógico esta situación y se hace extraño no haberlo evitado con un anclaje más amplio.