

Intrusión de molares con microimplantes

Dr. Pablo Echarri



1. Una situación muy frecuente en la clínica es la extrusión de un molar por ausencia del molar antagonista



4. Vista oclusal del mantenedor de espacio removible



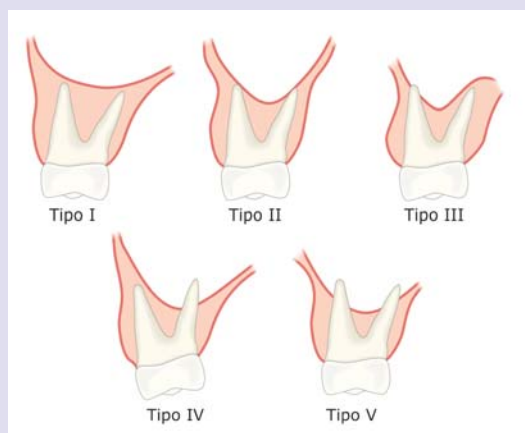
2. En este caso se trata de una paciente de 12 años y se debe mantener el espacio hasta que tenga suficiente edad para la reposición del molar ausente con un implante



5. Con la edad suficiente se le realizó el implante del molar inferior, pero es necesario realizar la intrusión del molar superior para que se pueda completar el implante con la corona correspondiente



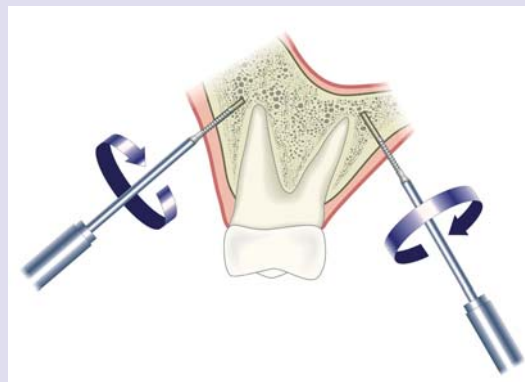
3. Para la mantención del espacio se utiliza un mantenedor removible que mantenga el espacio entre el segundo premolar y el segundo molar y a la vez evita que continúe la extrusión del molar antagonista



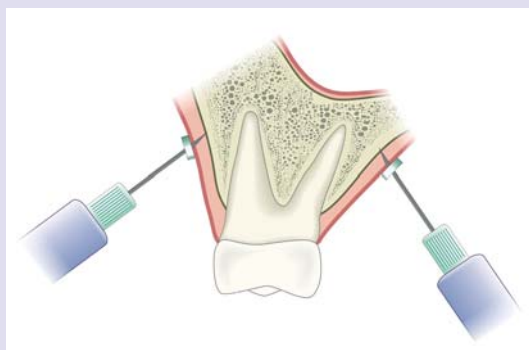
6. Cuando el molar se ha extruido previamente, es fácil suponer que habrá espacio suficiente para la intrusión entre los ápices radiculares del molar y el seno maxilar. En esta imagen se esquematizan las posibles relaciones entre el seno maxilar y los ápices radiculares. Las relaciones verticales y sagitales han sido clasificadas por el Dr. Hee-Jim Kim. Las relaciones verticales se clasifican en Tipo I: El seno maxilar no está en contacto con las raíces. Tipo II: El seno está en contacto con las raíces. Tipo III: Las raíces vestibulares se introducen en el seno. Tipo IV: Las raíces palatinas se introducen en el seno. Tipo V: Las raíces vestibulares y palatinas se introducen en el seno. Sólo el tipo I es favorable para la intrusión molar



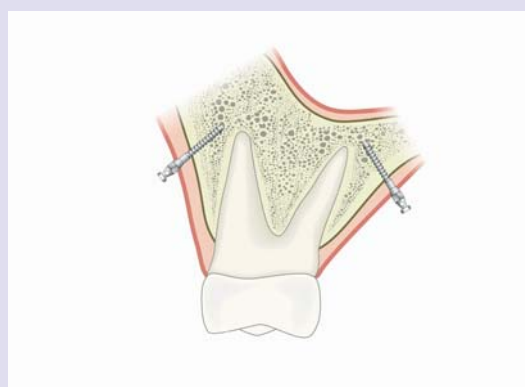
7. Las relaciones transversales se dividen en; Tipo I: El seno desciende por vestibular de las raíces molares. Tipo II: El seno desciende entre las raíces vestibulares y palatinas. Tipo III: El seno desciende por palatino de las raíces palatinas. El diagnóstico sólo se puede hacer con un TAC. En cualquier caso se puede hacer la intrusión si existe suficiente espacio entre los ápices y la pared inferior del seno maxilar



10. A continuación se coloca el microimplante cuidando de no contaminarlo. Se utiliza el destornillador largo manual para vestibular y el corto para palatino



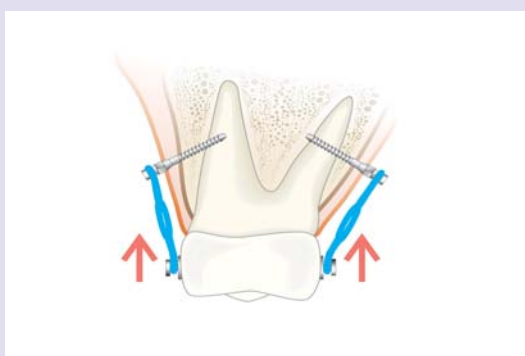
8. Para intruir un molar se debe colocar un microimplante por vestibular y otro por palatino. La técnica para la colocación (ver ficha nº7) comienza anestesiando la mucosa exclusivamente. Primero se coloca un tope de endodoncia en la aguja y se busca el contacto óseo para medir el espesor de la mucosa y seleccionar un implante 4 ó 5mm más largo para que se introduzca en el hueso



11. Esquema de los microimplantes colocados en vestibular y en palatino. Normalmente la mucosa vestibular tiene un espesor entre 1 y 2 mm por lo que se usa un microimplante de 6 ó 7 mm. En palatino la mucosa tiene un espesor aproximado de 5 mm por lo que generalmente se utiliza un microimplante de 9 ó 10 mm



9. Los implantes que utilizo para este fin son los ABSOANCHOR cónicos (tapered) 13 11 (1,3mm de diámetro en la base y 1,1 mm de diámetro en la punta). Para realizar el fresado se debe utilizar una fresa de diámetro menor 0,1mm a 0,3mm que el microimplante, o sea de 0,9mm



12. Desde un botón vestibular y otro palatino cementados en el molar, se tracciona el molar con cadenas elásticas. Se debe ajustar la fuerza vestibular y la palatina para controlar el torque. Los microimplantes son de retención por fricción (de carga inmediata). Por esta razón la cadena elástica se coloca inmediatamente después de colocar el microimplante





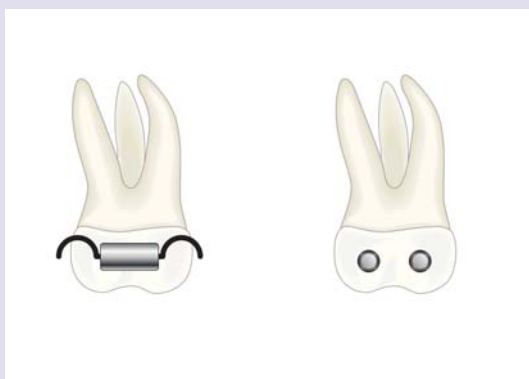
13. Radiografía de control después de la colocación de los microimplantes.



16. Tracción desde los microimplantes hasta los botones cementados en el molar. Vista oclusal.



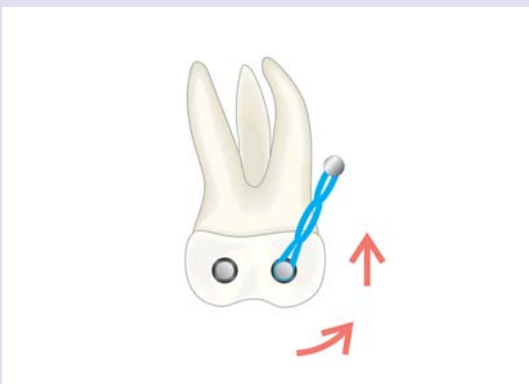
14. Tracción desde el microimplante hasta el botón cementado en el molar. Vista vestibular.



17. Para el control de la inclinación se pueden cementar dos botones vestibulares o un tubo y un arco unidental con dos ganchos. Esto aumenta las posibilidades de activación y el control de la inclinación.

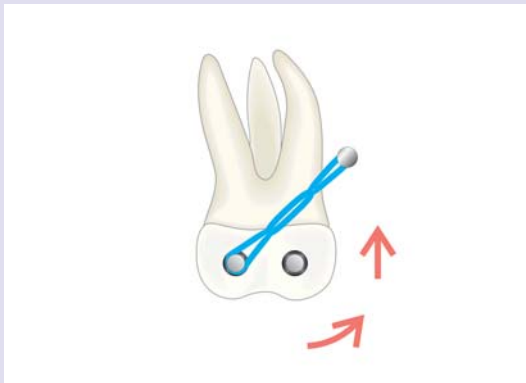


15. Tracción desde el microimplante hasta el botón cementado en el molar. Vista palatina.

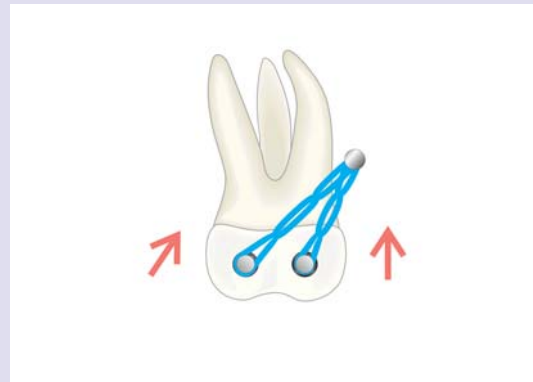


18. Las posibles activaciones son: tracción desde el botón mesial hasta el microimplante.

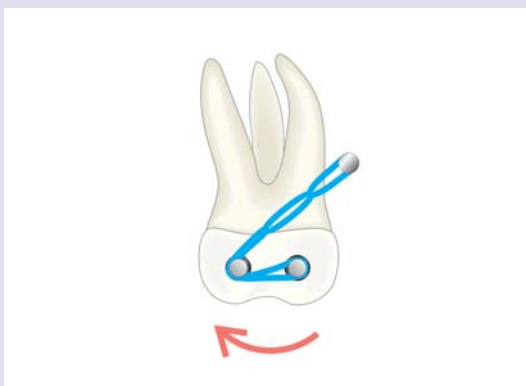




19. Tracción desde el botón distal hasta el microimplante



22. Tracción desde los dos botones hasta el microimplante



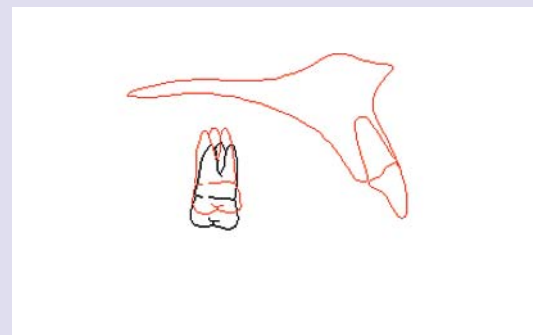
20. Tracción desde el botón mesial y pasando por oclusal del botón distal hasta el microimplante



23. Molar intruido con sobrecorrección y colocación de la corona provisional inferior. Se esperará a que el molar se estabilice antes de colocar la corona definitiva. Se puede ferulizar con los dientes vecinos con un alambre adherido a las caras palatinas



21. Tracción desde el botón distal y pasando por oclusal del botón mesial hasta el microimplante



24. Superposición de los trazados cefalométricos. La intrusión fue de 2,5mm en 3 meses con cambio de cadena elástica cada 3 semanas

