

I'm not robot!

La mordida abierta es una denominación genérica para la falta de contacto de los dientes anteriores. La etiología de la mordida abierta es multifactorial; se puede atribuir a causas genéticas y ambientales, reflejadas en factores patológicos (distrofia muscular, labio y/o paladar hendido) y factores de desarrollo.¹ Los hábitos de succión digital y de deglución atípica constituyen un aspecto de especial interés en la etiopatogenia de la mordida abierta. La deglución atípica se detecta cuando se proyecta la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua, produciendo una mayor acción muscular, que es activada a un mal hábito.² La mordida abierta dental es aquella en la que la relación ósea vertical es correcta y el problema es exclusivamente alveolodentario.³ Tratamientos Existen varias modalidades, tales como: Arco extraoral de alta tracción Arco con multiloops Recordatorios linguales y bloques de mordida Anclaje esquelético con microtormillos en los dientes posteriores.⁴ La deglución con presión atípica de la lengua se clasifica en: Tipo I: no causa deformación. Tipo II con presión lingual anterior: durante la deglución, la lengua ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: 1) mordida abierta anterior, 2) mordida abierta y vestibuloversión, y 3) mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.⁵ Reporte del caso Se reporta el caso clínico de un paciente de 24 años y 4 meses de edad, quien acude a consulta por motivo de “alineación”. Análisis de inicio En la radiografía lateral de cráneo de inicio se observa el patrón esquelético clase I hiperdivergente del paciente, así como sus posiciones dentales. En la fotografía extraoral el tercio inferior se encuentra aumentado. (Figuras 1 y 2) Figura 1. Radiografía lateral de cráneo de inicio. Figura 2. Perfil inicial del paciente. Las fotografías intraorales muestran las relaciones molares clase I bilateral, clase II canina bilateral, apiñamiento moderado superior e inferior y giroversión de incisivos centrales superiores. (Figuras 3-5) Figura 3. Intraoral lateral derecha de inicio. Figura 4. Intraoral lateral izquierda de inicio. Figura 5. Intraoral de frente de inicio. El paciente inicia con arcos de forma cuadrada superior e inferior. En las fotografías oclusales se observa el apiñamiento moderado que presentan ambas arcadas. (Figuras 6 y 7) Figura 6. Oclusal superior de inicio. Figura 7. Oclusal inferior de inicio. Tratamiento Este consistió en alineación, nivelación, colocación de elásticos clase II y línea media, así como recordatorios linguales de canino a canino en la arcada superior. Para la corrección de la mordida abierta anterior se utilizaron elásticos en caja. Para el detallado se usaron dobleses de primer orden, arcos rectangulares de acero y elásticos en delta. Objetivos Mantener el perfil facial y la clase I molar derecha; obtener la clase I molar izquierda y la clase I canina bilateral; corregir el overjet y overbite, el hábito lingual, la mordida abierta anterior, la giroversión de los OD 11 y 21, el apiñamiento maxilar y mandibular, y las líneas medias dentales. El objetivo esquelético fue mantener las relaciones esqueléticas y el estado de salud periodontal. Para los objetivos funcionales, que fueron la corrección de hábitos, la correcta intercuspidadción, lograr guía de desoclusión canina y guía incisiva, la mecánica utilizada consistió en secuencia de arcos NiTi 0,014, 0,016, 0,018, 0,017x0,025 superior e inferior, acero 0,016, 0,018 superior e inferior, Kobayashi en órganos dentales 22 y 42 con elástico en caja anterior 3/16, alambre de acero rectangular, dobleses de primer orden, elásticos en delta bilateral, retenedor fijo en superior de canino a canino y Hawley modificado con rejilla en anterior con perla de recordatorio lingual, y en inferior un retenedor fijo de canino a canino. Estudios de progreso En éstos se mantuvo el perfil facial, como puede observarse en la radiografía lateral de cráneo. (Figura 8) Figura 8. Radiografía lateral de cráneo de progreso. En la radiografía panorámica de progreso se muestra la aparatología utilizada. (Figura 9) Figura 9. Radiografía panorámica de progreso. Resultados El tiempo total de tratamiento fue de 1 año 6 meses, logrando los objetivos planteados: la corrección del apiñamiento maxilar y mandibular y de la mordida abierta anterior, la eliminación del hábito de empuje lingual y de la coincidencia de las líneas medias dentales, como se muestra en las figuras comparativas de inicio y final del tratamiento. (Figuras 10) Figura 10a. Comparativa: inicio y final de tratamiento. Figura 10b. Comparativa: inicio y final de tratamiento. Finalmente, la forma de las arcadas terminó redonda. Para la retención se colocó un retenedor Hawley con rejilla y perla en la arcada superior y un retenedor fijo superior e inferior. (Figuras 11-13) Figura 11. Hawley superior. Figura 12. Retenedor fijo inferior. Figura 13. Retenedor de frente intraoral. Discusión McRae menciona que la mordida abierta anterior es generada por origen multifactorial y para poder corregirla primero se debe encontrar su origen; cuando se detecta con deglución atípica como principal problema, se tiene una proyección de la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua, produciendo una mayor acción muscular que se convierte en un mal hábito.⁶ Autores como Artese y Bueno señalan que el mecanismo para detener el descanso de la lengua sobre los dientes es la colocación de recordatorios linguales; éstos deben ser puestos de manera fija para reeducar la lengua.^{7,8} Por otro lado, Cozza señala que la estabilidad a largo plazo parece ser significativa tanto en pacientes en crecimiento como en adultos si se mantiene un adecuado overbite después del tratamiento.⁹ En el caso expuesto, la mordida abierta fue producto de una interposición lingual que presentaba el paciente, ya que tenía una deglución tipo II con una deformación de tipo mordida abierta anterior, motivo por el cual el tratamiento se definió con la colocación de los recordatorios linguales en vez de colocar la rejilla lingual. Estos aparatos tratan de que el paciente no encuentre satisfacción en el hábito y tienda a abandonarlo. Conclusión La mordida abierta anterior, al igual que el hábito de lengua que presentaba el paciente, se corrigieron con los recordatorios linguales. Estos pueden ser usados con o sin brackets o arcos, siempre tomando en cuenta que la corrección temprana de mordidas abiertas ayuda a prevenir reabsorción radicular. Referencias Chafarí JG, Haddad RV. Mordida abierta: espectro de potenciales limitaciones de tratamiento y Seminarios en ortodoncia. Dic 2013;19(4):225-39. Peñaflor FA, Viera QJM, Sánchez RT, Martínez OBR. Cierre de mordida en paciente adulto con tratamiento de ortodoncia fija y terapia miofuncional. Oral. Verano 2008;9(29):453-6. Nejlá Karacam, Eren Isman, Abdullah Kalayci, Zafer Sari. Los casos moderados a mordida abierta anterior severa tratados con anclaje cigomático. Dic 2012;1(4):E147-E156. Disponible en: [consulta: julio 2016]. García González LA. Manejo ortodóntico de la ONU. Paciente de clase II esquelética. Universidad Mayor Nacional de San Marcos, Facultad de Odontología. Escuela de posgrado 2014. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Mar 2011. Disponible en: www.ortodoncia.ws [consulta: septiembre 2016] McRae AE. Adherible lingual Spur. Terapia para tratar abierta anterior Bite. Tesis de maestría, 2009. Documento 25. Disponible en: [consulta: septiembre 2016]. Artese A, Drummond S, Mendes do Nascimento J, Artese F. Criterios para el diagnóstico y el tratamiento de la mordida abierta anterior con la estabilidad. Dental Press J Orthod. May-Jun 2011;16(3):136-61. Bueno Medeiros R, Cardoso de Araújo LF, Nelson J, Trindade Motta A. Estabilidad del trato de la mordida abierta en pacientes adultos: una revisión sistemática. Sep 2012;1(3):e97-e101. Cozza P, Baccetti T, Franchi L, McNamara J. Efectos de un tratamiento Jr de un quad-hélice modificada en pacientes con mordida abierta dentoesequelética. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2006;129:734-9. Inglés JD, Olfert KDG. Ejercicio de los músculos masticatorios como tratamiento adyuvante para Open Bite. Las maloclusiones. Seminarios en ortodoncia. Sep 2005;11(3):164-9. Fujiki T, Takano-Yamamoto T, Noguchi H, Yamashiro T, Cuan G, Tanimoto K. Un estudio cinerradiográfico del movimiento de la lengua y la deglución de cierre de la nasofaringe en pacientes con mordida abierta anterior. El ortodoncista. Angulo. 2009;70(4):284-9. Arif Umít Gurton, Erol Akin, Seniz Karacay. Intrusión inicial de los molares en el tratamiento de la mordedura abierta anterior: maloclusión en pacientes cada vez mayor. El ortodoncista. Angulo. 2009;74(4):454-64. Diciondo M, Akin E, Karacay S, Bulakbasi N. Los primeros efectos de la cuna de la lengua en movimientos de la lengua durante la deglución. El ortodoncista. Angulo. 2009;76(3):400-5. Cozza P, Mucedero M, Baccetti T, Franchi L. Tratamiento y los efectos posteriores al tratamiento de Quad-Helix / cuna. Terapia de dentoesequeléticas. Mordida abierta. El ortodoncista. Angulo. 2007;77(4):640-5. Ozbek MM, Toygar UT, Altug-Atac AT y Lowe AA. Estabilidad de la expansión maxilar y la postura de la lengua. El ortodoncista. Angulo. 2009;79(2):214-20.