

Corrección de Mordida abierta anterior, reabsorción radicular anterosuperior, ausencia de órganos dentales 13 y 22.

Autores: Eliana Nataly Pantoja Patiño, residente de segundo año de la maestría en Ortodoncia Y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores De Ortodoncia (CESO), Beatriz Gurrola Martínez, profesor del CESO, profesor titular C definitivo en la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, Adan Casasa Araujo director del CESO.

Resumen

Las maloclusiones son generadas cuando las dos arcadas superior e inferior no encajan correctamente y/o cuando la dentición no está perfectamente alineada. Es decir, la maloclusión se produce cuando los dientes están en mala posición dentro del arco o respecto al maxilar opuesto. La etiología de las maloclusiones es multifactorial influida por factores genéticos y ambientales. En este artículo expondremos un caso clínico de una paciente de 27 años, que acude al CESO refiriendo “*mi mordida no me gusta*”. Diagnosticada con mordida abierta anterior, como hábitos presenta interposición lingual, clase I esquelética, hiperdivergente, clase II molar bilateral, clase III canina bilateral, raíz corta del órgano dental 11. Apiñamiento moderado superior y severo inferior, overbite y overjet negativo, ausencia de órganos dentales 13 y 22, caracterización de órgano dental 23 por 22, pronóstico reservado de los órganos dentales 17, 27, 36 y 46. Tratamiento alineación, nivelación, extracción de órganos dentales 17, 27, 36 y 46, corrección de hábito, manejo de espacios, detallado y retención, se utilizaron brackets prescripción Roth 0.022 x 0.028, tubos bondeables en 6’s y 8’s superiores, 7’s y 8’s inferiores, recordatorios linguales y botones linguales, tiempo de tratamiento activo un año seis meses. *Palabras claves: mordida abierta, órganos dentales, apiñamiento, extracción, manejo de espacios.*

Abstract

Malocclusions are generated when the two upper and lower arches do not fit together correctly and/or when the dentition is not perfectly aligned. In other words, malocclusion occurs when the teeth are in a bad position within the arch or with respect to the opposing jaw. The etiology of malocclusions is multifactorial influenced by genetic and environmental factors. In this article we present a clinical case of a 27 year old female patient who comes to the CESO saying "I don't like my bite". Diagnosed with anterior open bite, as habits she presents lingual interposition, skeletal class I, hyperdivergent, bilateral class II molar, bilateral class III canine, short root of dental organ 11. Moderate upper and severe lower crowding, negative overbite and overjet, absence of dental organs 13 and 22, characterization of dental organ 23 by 22, reserved prognosis of dental organs 17, 27, 36 and 46. Treatment: alignment, leveling, extraction of dental organs 17, 27, 36 and 46, habit correction, space management, detailing and retention, using prescription Roth brackets 0.022 x 0.028, bondable tubes in upper 6's and 8's, lower 7's and 8's, lingual reminders and lingual buttons, active treatment time one year and six months. Key words: open bite, dental organs, crowding, extraction, space management.

Introducción

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional, por lo cual existe la necesidad de clasificar a la maloclusión en los tres planos del espacio, en orden de realizar un diagnóstico completo de nuestro sistema estomatológico ⁽¹⁾. en el siguiente caso clínico vamos enfatizarlo a La Mordida abierta anterior que se define como la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no se establece contacto con sus antagonistas. La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores que generalmente se manifiesta a nivel de los incisivos, pero también se puede encontrar en la región posterior o una combinación de ambas. Esta puede presentarse desde temprana edad (después de los tres años de edad) pero es mucho más común encontrarla entre las edades comprendidas de 8 y 10 años (fase

de dentición mixta). El tratamiento de mordida abierta debe ser iniciado cuanto antes para incrementar las posibilidades de éxito, ya que estos pacientes pueden verse beneficiados con el tratamiento temprano y distribuir las fuerzas para mantener, restringir o redirigir el crecimiento vertical ⁽²⁾. La mordida abierta es difícil de tratar y presenta un pronóstico de bueno a pésimo dependiendo de su etiología y severidad, además de que la recidiva puede alcanzar 25% de los casos tratados. Algunos autores expresan las dudas que plantean las mordidas abiertas y determinar si los ortodoncistas son o no capaces de tratarlas con cierta garantía de éxito y que la corrección sea estable. Esta maloclusión causa malestar al paciente dada su ineffectividad funcional, masticatoria, fonética y estética; es una deformidad dentomaxilar difícil de tratar, las recidivas son frecuentes y se requiere un enfoque integral que engloba aspectos funcionales y estéticos. En la actualidad, se habla de mordida abierta dental y mordida abierta esquelética ⁽³⁾. La mordida abierta de tipo esquelética, es aquella donde el patrón esquelético sí influye, se caracteriza por una elongación del tercio inferior de la cara, rotación de la mandíbula en sentido de las manecillas del reloj, un patrón de crecimiento hiperdivergente y contactos sólo en molares, mientras que la mordida abierta de tipo dental, es aquella en la que el patrón esquelético vertical no contribuye y generalmente se presenta de canino a canino, los incisivos maxilares se encuentran protruidos y proinclinados⁽⁴⁾. Las mordidas abiertas dentales no tienen anomalías esqueléticas significativas, ellas se relacionan con los hábitos y la edad es una consideración importante, son autocorregidas o responden inmediatamente al tratamiento miofuncional y la mecanoterapia ⁽⁵⁾. En el caso de nuestro paciente la mordida abierta es de tipo dental por un hábito de lengua. Definimos como un hábito al comportamiento que se repite regularmente de forma consciente o inconsciente y sobre el cual se debe intervenir para lograr el éxito del tratamiento ⁽⁶⁾. Estos hábitos pueden provocar deterioros en el crecimiento y desarrollo normal de las estructuras orofaciales dentro como la: mordida abierta, mordida profunda, protrusión dentoalveolar, biprotrusión, paladar profundo, labios secos entre otras ⁽⁷⁾. El tratamiento de la mordida abierta es un reto aún mayor en pacientes que ya han superado su etapa de crecimiento dado que la reorientación del crecimiento no es una opción deben considerarse otro tipo de tratamientos más invasivos para corregir el problema ⁽⁶⁾. La terapia miofuncional es una excelente alternativa ya que reeduca al paciente, elimina los hábitos nocivos y recupera la sinergia de los músculos, evitando así una recidiva posterior al tratamiento ortodóncico ⁽⁸⁾. Por lo tanto, la retención es considerada parte del tratamiento ortodóncico, la estabilidad no es un objetivo considerado sólo durante la retención, ya que muchas de las decisiones tomadas durante el tratamiento correctivo, habrán tenido en cuenta la estabilidad del tratamiento deseado a largo plazo ⁽⁹⁾.

Caso clínico

Paciente de 27 años de edad, cuyo motivo de consulta es "mi mordida no me gusta" en los estudios de inicio extraorales observamos en la (Figura 1) paciente simétrica, tercio inferior de la cara disminuido con respecto al medio y al superior, labios competente, en la (Figura 2) observamos su foto de sonrisa donde podemos notar su mordida abierta anterior y sonrisa coronal, sus estudios intraorales de inicio, nos muestran las fotografías: la mordida abierta anterior (Figura 3), clase II molar y clase III canina derecha (Figura 4) y clase II molar izquierda y clase III canina izquierda (Figura 5).



Fig. 1 Frente inicio



Fig. 2 Sonrisa inicio



Fig. 3 Frente inicio



Fig. 4 Lado derecho inicio



Fig. 5 Lado izquierdo inicio

Observamos las caras oclusales de los molares 17, 27, 36 y 46 con restauraciones defectuosas, el apiñamiento moderado en la arcada superior y el severo en la arcada inferior, la forma de los arcos es ovalada para las dos arcadas. (Figura 6 y 7).



Fig. 6 vista oclusal superior



Fig. 7 vista oclusal inferior

Estudios radiográficos de inicio, en el análisis cefalómetro (Figura 8) se determinó con una clasificación esquelética clase I según su ANB de 1° , de crecimiento hiperdivergente, en sus criterios dentales se observó proclinación del incisivo superior según 1-PLT 127° y proclinación del incisivo inferior según 1-PM 101° . En el análisis de Harvold la mandíbula es más pequeña en proporción al maxilar con una unidad de diferencia de 19 mm.



Fig. 8 Radiografía lateral de cráneo inicial

En la radiografía panorámica inicial (Figura 9) se ven 30 dientes presentes. La raíz corta del órgano dental 11, ausencia de órganos dentales 13 y 22. La zona radiopaca compatible con tratamiento endodóntico en el órgano dental 27 y 36, zona radiopaca material de restauración en órgano dental 17, 37 y 46.



Fig. 9 Radiografía panorámica

Tratamiento

El plan de tratamiento consistió en: para lograr la corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, por medio de extracción de O.D 17, 27, 36 y 46, alineación y nivelación, se llevó a cabo con un arco continuo superior sin bondear dientes anteriores (Figura 10), secuencia de arcos nitinol 0.012, 0.014, 0.016, 0.018, 0.016 x 0.022, 0.017 x 0.025, superior e inferior y acero 0.018, 0.020 superior e inferior. Para obtener la clase II molar funcional bilateral, corrección de overjet y overbite, y obtener clase I canina bilateral por medio de cierre de espacios recíproco y mecánica de elásticos con botón por palatino en los O.D 16, 18, 26, 28, botón por lingual de los O.D 37, 35 47 y 45, cadenas intermaxilares por vestibular, de O.D 8 al 5 y por lingual del O.D 8 al 6 superior bilateral y elásticos clase III de 3/16" 4.5oz. Para la caracterización del O.D 14, 23, 24 y corrección de los bordes incisales por medio de

ameloplastias de la cúspide palatina del O.D 14 y 24, y ameloplastias de los bordes incisales de los O.D 11, 21, 23. Para obtener máxima intercuspidad, oclusión funcional y paralelismo radicular se realizó mediante detallado con alambre de acero inoxidable 0.017 x 0.025 inferior, dobleces de primer orden, bondeo anterosuperior con arco seccional nitinol 0.012 y 0.014 y elásticos en delta 1/8" 4.5oz (figura 11) y para la estabilidad y post-tratamiento, se realizó mediante retenedores fijos de 2 a 2 en superior y de 3 a 3 en inferior, retenedor circunferenciales superior con perla de tucat e inferior y myobrases A1 regular. En las Figuras 10,11, 12 y 13 el progreso del tratamiento.



Fig. 10 Frente progreso



Fig. 11 frente progreso



Fig. 12 derecha progreso.



Fig. 13 izquierda progreso

Resultados

En las fotografías intraorales finales se observa una relación molar clase II funcional derecha, relación canina clase I derecha (Figura 14) líneas medias coincidentes, máxima intercuspidad, corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, se mejoró el estado periodontal, una correcta intercuspidad, guía incisiva y desoclusión canina (Figura 15), relación molar clase II izquierda, relación canina clase I izquierda (Figura 16), el tiempo de tratamiento fue de un año diez meses.



Fig. 14 derecha final

Fig. 15 Líneas medias coincidentes

Fig. 16 izquierda final

En las fotografías de perfil inicio y final se observan los cambios por el tratamiento con la mejoría de los tejidos blandos y Armonía facial (Figura 17).



Fig. 17 comparación perfil inicio progreso final

En la sobreimposición sobre componente craneofacial podemos observar los cambios dentales por los movimientos realizados durante el tratamiento de ortodoncia, comparación inicio-final. (Figura 18)

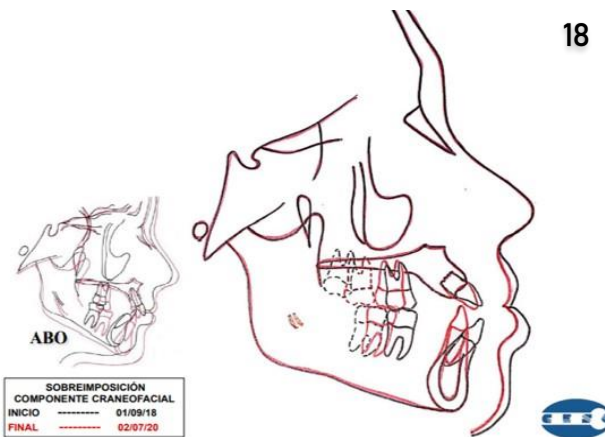


Fig. 18 Sobreimposición inicio final.

Para la retención y estabilidad del tratamiento se recomendó utilizar el retenedor circunferencia superior e inferior, superior con perla de tucat, fijo de 2 a 2 superior y de 3 a 3 inferior y Myobrace A1 regular (Figura 19, 20, 21, 22).



Fig. 19 Retenedor circunferencial superior Fig. 20 retención superior e inferior



Fig. 21 retenedor circunferencial inferior Fig. 22 Myobrace A1 Regular

Discusión

El ortodoncista cuenta con una serie de registros e instrumentos diagnósticos (fotografías intrabucales, extrabucales, radiografías periapicales, cefálica lateral, posteroanterior, estudios cefalométricos, modelos, etc.) que lo orientan en la identificación de estas alteraciones morfológicas que presentan los pacientes con mordida abierta⁽¹⁰⁾. Se define La mordida abierta como una situación clínica en la cual existe una falta de contacto entre los dientes superiores e inferiores anteriores o posteriores. Se define como la dimensión vertical abierta entre los bordes incisales de los dientes anteriores maxilares y mandibulares. Barbre y Sinclair la definen como una condición clínica donde las coronas de los incisivos superiores no sobrepasan el tercio incisal de las coronas de los incisivos inferiores, cuando la mandíbula está en máxima oclusión⁽¹¹⁾. Esta maloclusión puede estar dada por hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y una deformación ósea que va a tener una mayor o menor repercusión según la edad que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño⁽¹²⁾. Nuestra paciente

presenta un hábito de interposición lingual, En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Esta interposición se puede clasificar en: Tipo I: no causa deformación, Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Provocando de esta manera: Mordida abierta anterior, vestibuloverción, y mordida cruzada posterior ⁽¹³⁾. Hablando clínicamente la mordida abierta presenta diversas manifestaciones clínicas, las cuales han sido divididas para una mejor comprensión. A nivel maxilar se relaciona con la proclinación y protrusión de los incisivos superiores, la gingivitis, la disminución del diámetro transversal del maxilar, la presencia del arco maxilar estrecho y en forma de “V “, un paladar profundo y la ausencia del contacto dental anteroposterior. A nivel mandibular las manifestaciones clínicas se relacionan con la proclinación y protrusión de los incisivos inferiores, la rotación mandibular y el aumento del ángulo goníaco, la ausencia del contacto dental anterior o posterior y el aspecto de cara larga (dolicofacial). Un análisis cefalométricos específico permite clasificarlas y orientar al ortodoncista en su labor ⁽¹⁴⁾. La mayoría de los pacientes que presentan mordida abierta anterior buscan tratamiento sólo por estética, diversos problemas pueden presentarse como son falta de guía anterior y canina, dificultad para cortar los alimentos, problemas de lenguaje como el ceceo, problemas temporomandibulares, entre otros ⁽¹⁵⁾. encontramos diferentes métodos de tratar estos problemas como son: elásticos verticales, cirugía ortognática, recordatorios linguales, arcos de canto multiloop y dispositivos de anclaje temporal, como el principal factor de la mordida abierta encontramos la mala postura de la lengua Justus demostró que las mordidas abiertas anteriores se pueden cerrar de manera segura y eficaz utilizando espuelas de lengua soldadas a un arco lingual y que los resultados permanecerían estables debido al reflejo propioceptivo del paciente ante el dolor lo cual permite de manera segura erradicar el hábito ⁽¹¹⁾. debemos tener presente que existen factores que nos llevan a adquirir está mal oclusión como son los hábitos, succión digital, interposición lingual, respiración oral excesiva y si no los tratamos junto con el tratamiento de ortodoncia seguramente vamos a encontrar una recidiva segura en un futuro ⁽¹⁶⁾.

Conclusiones

- En este caso clínico se cumplieron los objetivos propuestos al inicio del tratamiento, se logró una corrección exitosa de la mordida abierta, armonía entre las arcadas, los resultados dentales y estéticos fueron favorables. Se logró establecer una sobre mordida ideal. Se controló el hábito de lengua, esta tomó su posición adecuada y mientras permanezca en esa posición la estabilidad será mayor ya que la probabilidad de estabilidad a largo plazo de la mordida abierta incrementa cuando los pacientes son colaboradores.

Referencias bibliográficas

1. Francisco Javier Ugalde Morales, Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal, revista ADM, Vol. LXIV, No. 3 Mayo-Junio 2007 pp 97-109 <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
2. Esequiel E. Rodriguez Yañes, Rogelio Casasa Araujo, Adriana C. Natera M. 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos, Cap 5 Mordida Abierta Pag. 159
3. Yenileidy Fonseca Fernández, Elaine Fernández Pérez, Angélica María Cruañas, mordida abierta anterior. Revisión bibliográfica, Revista habanera de ciencias medicas 2014; 13 (4); 509-515 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000400003
4. Mónica María Vanegas Achipiz; Dra. Beatriz Gurrola Martínez; Daniel Rivero; Dr. Adán Casasa Araujo; Corrección de mordida abierta anterior causada por hábito de interposición lingual. Año 2018 <https://intranetceso.com/academico/misarticulos/agregarpdf/uploads/th5a5OwHdtoYTQY.pdf>

5. Santiago Alejandro Gómez García; Isabel Zapata; Beatriz Gurrola Martínez; Adán Casasa Araujo, Corrección de mordida abierta, por habito de lengua a través de erradicador de habito bondeable, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría año 2016.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-45/>
6. Marielisa Ligeró Guerrero, Beatriz Gurrola Martínez, Gabriela Laiseca, Dr. Adán Casasa, Tratamiento de mordida abierta por hábito - Reporte de un Caso clínico, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Año 2009.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-14/>
7. Cruz Felix, Greisy Saym; Gurrola Martínez; Casasa, Adán, Paciente con mordida abierta por hábito, apiñamiento severo, caso clínico, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2019.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-8/>
8. María Fernanda González De Sousa; Pierina Gabriela Flores Colmenares, Terapia Miofuncional como alternativa de tratamiento para evitar la Recidiva en Mordida Abierta Anterior, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2014.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-35/>
9. Lila Aguilar de Orta; Juana Di Santi de Modano, Estabilidad y Recidiva de las Mordidas Abiertas Anteriores, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2010.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-18/>
10. Álvarez Tatiana; Gutiérrez Hilda; Mejías Marian; Sakkal Antonieta, Reporte de un caso clínico de Mordida Abierta falsa, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2011.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-3/>
11. Gonzalo Alonso Uribe Restrepo. Ortodoncia teoría y clínica. "Fundamentos de odontología" 2da edición. Medellín Colombia 2010: cap. 56 pág. 950
12. Valentina Alvizua; Oscar Quirós, Efectividad de la terapia Miofuncional en los hábitos más comunes capaces de producir maloclusiones clase II, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Año 2013.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-15/>
13. Carmen Lugo; Irasema Toyo, Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2011.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
14. Dariel Carulla Martínez, Rolando Curbelo Mesa, Mario Michel Benedit García, Mordida Abierta Anterior: Denticiones, Categorías y Terapéuticas - Revisión bibliográfica, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Año 2020.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-7/>
15. Diana Carbo Ordóñez; Daniel López; Jelsyka Quiros Castillo, Corrección de mordida abierta esquelética sin extracciones y sin cirugía: caso clínico, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2020.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-16/>
16. Jose A Bosio , Roberto Justus. Treatment and retreatment of a patient with a severe anterior open bite. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics October 2013 Vol 144 Issue 4
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24075668/>

