

Caso clínico Pág. 36-48.

Manejo de una mordida abierta con el overjet aumentado en la dentición mixta.

Yazmin Tapia, Antonio Finlayson.

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Panamá. yaminita09@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-9192-2415>
antonio.finlayson@up.ac.pa <https://orcid.org/0000-0002-8055-6724>.

Fecha recepción: 17 de marzo 2022

Fecha de aceptación: 30 de abril 2022

Resumen

La mordida abierta anterior en la dentición mixta es una de las maloclusiones más difíciles de tratar debido a su etiología multifactorial y su alta tasa de recidiva; por esto debe ser tratada lo antes posible ya que la falta de relación vertical entre los incisivos puede generar problemas en el plano sagital. Presentamos un paciente de 9 años con una mordida abierta anterior. Se manejó con aparatología Interceptiva removible y posteriormente se controló la erupción de los dientes permanentes.

Palabras clave Mordida Abierta, Etiología, Maloclusión.

Abstract

Anterior open bite in the mixed dentition is one of the most difficult malocclusions to treat due to its multifactorial etiology and high recurrence rate; therefore, it should be treated as soon as possible since the lack of vertical relationship between the incisors can generate problems in the sagittal plane. We present a 9 year-old patient with an anterior open bite.

She was managed with removable interceptive appliances and later the eruption of the permanent teeth was controlled.

Keywords

Open bite, etiology, malocclusion.

Introducción

La definición de «mordida abierta» depende de los autores. Carabelli, a mitad del siglo dieciocho, la definió como la mal oclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas (1)

Subtelny y Sakuda (2) la definieron como espacio vertical abierto entre dientes anteriores mandibulares y maxilares. Aunque la pérdida de contacto vertical puede existir entre los dientes anteriores o posteriores, los factores etiológicos involucrados son diferentes.

Distintos autores han definido la mordida abierta como la falta de contacto incisal entre los dientes anteriores cuando el paciente está en relación céntrica (3,4,5) Al evaluar el momento en que cada incisivo permanente erupciona, y para no diagnosticar de manera equivocada una mordida que está abierta porque el proceso de erupción normal no ha finalizado, Podemos agregarle a esta definición que la mordida abierta anterior es la falta de contacto incisal entre los incisivos centrales antagonistas cuando los laterales superiores permanentes ya han erupcionado.

La prevalencia de la mal oclusión «mordida abierta» es desconocida, pero se ha estimado que varía según la edad y por eso es que el rango es muy grande (1.5 a 11%). (6)

Por ejemplo, en niños de 6 años es de 4.2%, mientras que a los 14 años es de 2%.

La prevalencia en niños de USA es del 16 % en la población negra y del 4 % en la blanca, con prevalencia de la mordida abierta anterior simple (que involucra principalmente los incisivos) y disminuye paulatinamente hasta la adolescencia. Es decir, todos los niños

experimentan mordidas abiertas anteriores durante la transición de la dentición temporal a la permanente, con poca alteración en su fisiología oral durante este periodo, que puede durar de uno a dos años. (2)

En las clínicas de ortodoncia el 17% de los pacientes tienen algún tipo de mordida abierta, por lo que debemos saber manejarla. (7)

Factores Etiológicos

La mordida abierta anterior es una de las principales causas de deterioro de la función masticatoria y fonatoria y también causa considerables problemas estéticos a los pacientes afectados (8).

La etiología implica la interacción de factores ambientales como hábitos de succión prolongados, respiración bucal, empuje lingual o labial y alteraciones de la erupción con un patrón de crecimiento facial vertical determinado genéticamente (9).

La falta de balance de la musculatura facial ejerce un papel fundamental en la aparición de una mordida abierta anterior. El hábito de succión digital, la presencia de la interposición lingual durante la deglución y/o el hábito de la interposición labial hacen que ese balance del sistema estomatognático se pierda (10)

La dirección del crecimiento mandibular es otro factor que puede producir el desarrollo de una mordida abierta. De la manera más sencilla, si pensamos que la cabeza de nuestro paciente es un reloj análogo, podemos decir que la mandíbula crecerá en la dirección de las manecillas del reloj o en dirección contraria a las manecillas del reloj. Cuando esta dirección de crecimiento es igual a la dirección normal de las manecillas del reloj entonces la mordida se puede abrir en el sector anterior. (11)

Caso Clínico

Paciente masculino de 9 años de edad acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá en compañía de su mamá y su abuela, quienes refieren como motivo principal de la visita "Quiero arreglarle la mordida a mi hijo porque tiene los dientes para adelante"

Historia médica: EL paciente es asmático para lo que utiliza inhaladores que contienen salbutamol y beclometasona dipropionato y es alérgico al pelo de gato. ASA II.

Examen Facial de frente: Paciente mesocefálico, Tercio y quintos simétricos, mentón prominente, labio superior e inferior funcional y proporcional y cierre labial normal (Fig. 1 y 3), perfil convexo (Fig.2).



Figura 1

Figura 2

Figura 3

Examen intra-bucal: Mordida Abierta Anterior con interposición lingual mamelones marcados en dientes anteriores superiores e inferiores. Mucosa labial y yugal sin patología aparente (Fig. 4 y 5), encía rosa coral con puntillado de cascara de naranja leve acúmulo de placa (Fig. 8 y 9), paladar normal (Fig. 6), inserción media de los frenillos labiales laterales superiores e inferiores, faceta de desgaste en pieza #53 y # 63 (Fig. 5), surcos profundos en #16, #26, #36 (Fig. 6 y 7). Presenta caries dental en varios dientes. Restauración en buen estado en la pieza # 85 (O) #54(OD) y #65(OM).



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

Examen Radiográfico: Trabeculado óseo homogéneo, cóndilos simétricos, radiopacidades compatibles con material restaurador, imágenes radiolúcidas compatibles con caries dental, formación de los gérmenes dentarios de piezas permanentes. (Fig. 10)



Figura 10

La telerradiografía lateral muestra un paciente con una relación esquelética de clase I, vías respiratorias reducidas; la rotación mandibular es posterior y se confirma el tamaño del mentón. Los incisivos inferiores y superiores están biprotruidos y no hay contacto incisal con sus contrapartes antagonistas. (Fig. 11)



Figura 11|

Diagnóstico:

- Clase I esquelética con clase I de maloclusión y mordida abierta anterior; biprotrusión dental y lengua protráctil. Caries Dental, Gingivitis, Surcos Profundos y Riesgo cariogénico alto.

Opciones de Tratamiento

Al decidir qué aparatología se va a colocar es necesario pensar qué aparato puede resolver la mayoría de las patologías que presenta un paciente. Generalmente cuando existe un mal hábito, se prefiere un aparato fijo. Sin embargo, en nuestro caso se conversó con el paciente y con la madre y concluimos que íbamos a tener la cooperación de ambas partes. Se escogió un aparato removible superior con un arco vestibular para lograr la retrusión de los incisivos superiores y se le agregó espolones verticales alacrílico para resolver el problema vertical.

La 2da opción eran dos aparatos: primero se hubiese colocado una jaula lingual para controlar el mal hábito y resolver el problema vertical y un segundo aparato removible para retruir los incisivos superiores.

Plan de tratamiento:

- Fase 1: Presentación de caso clínico y presupuesto a los padres, profilaxis dental y aplicación de flúor, sellantes, restauraciones.

- Fase II: Colocación de Aparatología Removible y guía de erupción.
- Fase III: Control de aparatología, guía de erupción, control de riesgo cariogénico y profilaxis cada 4 meses.

Ejecución del tratamiento

1. Se realizaron los tratamientos de fase I que incluía sellantes y restauraciones
2. Procedimos a tomar impresiones para la confección de un aparato removible.
3. Se colocó y se entregó un aparato removible de ortodoncia tipo Hawley pero se le agregaron espolones en palatino para controlar el mal hábito. También se dio indicaciones al paciente y a la madre, Durante 10 meses controlamos este aparato en donde se realizaba desgaste delacrílico y se ajustaba el arco labial para retruir los incisivos superiores y controlar el hábito de lengua.

(Fig. 12 y 13)



Figura 12



Figura 13

5. Se continúa controlando la erupción de los dientes restantes.
6. Fotos de Finales: Figura 14 a 19.



Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19

Discusión

Este caso es interesante ya que el paciente, presenta una anomalía en el plano vertical y sagital. La elección de un aparato removible en un niño varón, de nueve años y con un mal hábito parece ir en contra de lo que dicen la mayoría de los clínicos, sin embargo cuando se tiene un paciente cooperador que desea resolver su patología, y acudientes que saben supervisar el uso del aparato, el porcentaje de éxito aumenta muchísimo.

Por esto es importante realizar un buen diagnóstico y realizar una ortodoncia preventiva para un buen mantenimiento del espacio, revisiones de los hábitos bucales y el control de la caries. Y en caso de la detección temprana de una maloclusión dental realizar un intervención o procedimientos que elimine o reduzca la gravedad de la maloclusión en desarrollo a través de la utilización de aparatología de corrección de mal hábito, de recuperación de espacio y guía de erupción. (12)

Al comparar las fotografías 2 y la 14 podemos observar como la línea de la sonrisa cambia de inversa a paralela. Observen el cambio del perfil en las fotografías 3 y 15. Y por último la disminución del overjet se puede ver al comparar las fotografías 5 y 17.

Referencias Bibliográficas

1. Garcia C. Mordida abierta anterior. Revista estomatología. 2004;12(2).
2. Ngan P, Fields H. Open Bite: A review of Etiology and Management. American Academy of Pediatric Dentistry 1997;19(2): 91-7
3. Parker JH. The interception of the open bite in the early growth period Angle Orthod. 1971 Jan;41(1)24-44
4. Subtelny HD, Sakuda M. Open bite diagnosis and treatment. Am J O thod. 1964 May;50(5):337-58 24.
5. Cozza P, Mucedero M, Baccetti T. Franchi L. Early orthodontic treatment of skeletal open bite malocclusion: a systematic review Angle Orthod 2005 Sept 75(5):707-13
6. Zuroff JP, Chen SH, Shapiro PA, Little RM, Joondeph DR, Huang Gu Orthodontic treatment of anterior open-bite malocclusion: stability 10 years postretention. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010 Mar;137(3):302e1 302.08.
7. Proffit WR. Equilibrium theory revisited factors fluencing position of the teeth. Angle Orthod 1978 July 48(3)175-86. open-bite
8. Farronato G, Giannini L, Galbiati G, Stabilini SA, Maspero C. Orthodonticsurgical treatment: neuromuscular evaluation in open and deep skeletal bite patients. Prog Orthod. 2013;14:41.

9. Pisani L, Bonaccorso L, Fastuca R, Spena R, Lombardo L, Caprioglio A. Systematic review for orthodontic and orthopedic treatments for anterior open bite in the mixed dentition. *Prog Orthod.* 2016 Dec;17(1):28.
10. Lopez-Gavito G, Wallen T, Little RM, Joondeph DR. Anterior malocclusion: a longitudinal 10-year postretention evaluation of orthodontically treated patients. *Am J Orthod* 1985 Mar;87(3):175-86
11. Justus R. Correction of anterior open bite with spurs longterm stability *World J Orthod.* 2001;2(3):219-31.
12. Burhan AS, Nawaya FR. Preventive and interceptive orthodontic needs among Syrian children. *J Egypt Public Health Assoc.* 2016 Jun;91(2):90-4.