
Manejo interceptivo de una mordida cruzada anterior con el aparato de Eschler.

Celenia Porras

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Panamá porrasrosie@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-5915-662X>

Dr. Antonio Finlayson

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Panamá. Antonio.finlayson@up.ac.pa <https://orcid.org/0000-0002-8055-6724>

DOI <https://doi.org/10.48204/2710-7825.4920>

Fecha de recepción: 30 de marzo 2023

Fecha de aceptación: 20 de mayo 2023

Resumen.

Existe un consenso general entre los ortodoncistas que las mordidas cruzadas anteriores en la dentición mixta deben ser tratadas lo antes posible para permitirle al maxilar superior desarrollarse sin ningún tipo de restricción. El diagnóstico diferencial ante la presencia de una mordida cruzada anterior debe estar presente, ya que el diagnóstico equivocado no conducirá a los resultados esperados.

Palabras claves:

Mordida cruzada anterior, dentición mixta, Diagnóstico diferencial

Abstract

There is a general consensus among orthodontists that anterior crossbites in the mixed dentition should be treated as soon as possible to allow the maxilla to develop without restriction. The differential diagnosis in the presence of an anterior crossbite must be present, since the wrong diagnosis will not lead to the expected results.

Keywords: Anterior crossbite, mixed dentition, Differential diagnosis

Introducción

Se trata de una paciente femenina que acude a la facultad con la madre. El motivo de la consulta es que le desea arreglar los dientes a su hija. En los antecedentes dentales, la madre reporta que ha llevado a su hija pocas veces al odontólogo para que le realizaran profilaxis dentales. La paciente dice cepillarse los dientes una vez al día y no utiliza hilo dental ni enjuague bucal. El índice de O'Leary fue de 22.5% y tiene cinco momentos de azúcares al día. No tiene médico de cabecera y no tiene ninguna condición médica existente. No está tomando ningún medicamento. Tiene un riesgo sistémico ASA I.

Análisis Facial

Todas las estructuras anatómicas de la cara como los ganglios linfáticos, músculos masticatorios, las ATM, glándulas salivales mayores no presentaron ningunas adenopatías.

La forma de la cara es Mesofacial y de frente presenta una ligera asimetría de los lados; la mandíbula está ligeramente desviada hacia la izquierda. Fig. 1. El perfil es recto y tiene una biprotusión. El labio superior está aplanado. Fig. 2 Durante la sonrisa se observa una mordida cruzada anterior; no se observan los corredores bucales. El labio superior es funcional y proporcional. Fig. 3



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Al examen intraoral se observa una mordida cruzada anterior. Las líneas medias dentales no coinciden porque la mandíbula tiene una ligera desviación hacia la izquierda Fig. 4 y 5 El arco superior es ovalado y el inferior es cuadrado. Fig. 6 y 7



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

Se observa resto radicular y múltiples lesiones cariosas. La relación molar derecha es ligeramente clase III y la relación molar izquierda es de clase I. Fig. 8 y 9



Figura 8



Figura 9

Al examen radiográfico observamos la formación de todos los dientes permanentes inclusive los 3eros molares. Los estadios de Nola son simétricos de ambos lados y coinciden con su edad cronológica. Del lado superior izquierdo a nivel de los premolares se observa una disparidad entre los premolares con los del lado derecho. Fig. 10



Figura 10

La teleradiografía lateral de cráneo muestra una relación esquelética de Clase I. Los incisivos superiores permanentes están ligeramente retruídos y los incisivos inferiores permanentes están protruidos. Fig. 11



Figura 11

Diagnóstico

Clase I esquelética con clase I de maloclusión con mordida cruzada anterior. Apiñamiento dental; Gingivitis inducida por placa. Necrosis pulpar. Caries Dental y alto riesgo cariogénico.

Plan de Tratamiento

1. Presentación del caso a los padres
2. Aspectos Preventivos
3. Protocolo de actualización en el niño de alto riesgo.
4. Profilaxis y aplicación de flúor
5. Exodoncia de 6.4
6. Restauraciones

7. Interfase
8. Colocación de aparatología
9. Controles

Diagnóstico Diferencial

Cuando estamos ante una mordida cruzada anterior es importante que se realice el diagnóstico diferencial para determinar la causa de la misma. Es importante que tengamos presente que en estos casos podremos tener una mordida cruzada anterior producto del crecimiento esquelético excesivo de la mandíbula o del poco crecimiento maxilar. También podremos estar ante una mordida cruzada anterior funcional en donde producto de una interferencia oclusal, el paciente desvía la mandíbula hacia adelante para evitar la interferencia. O tendremos una mordida cruzada anterior producto de la alteración del ángulo de erupción de los incisivos.

Durante la anamnesis se debe descartar la posibilidad de la herencia como el factor causal principal de la mordida cruzada anterior.

Es necesario manipular la mandíbula y tratar de moverla hacia atrás. Se realizó la manipulación de la mandíbula y en ningún momento dio signos de moverse para atrás. De igual forma, no se detectó durante el interrogatorio familiar, que existiera un factor hereditario de clase III.

Selección de aparatología de ortodoncia

El aparato debía tener las siguientes características:

1. Capacidad de mover los incisivos superiores permanentes hacia vestibular.
2. Capacidad de mover los incisivos inferiores permanentes hacia lingual
3. Planos de altura para levantar la mordida y que se pueda saltar la mordida cruzada.
4. Algún tipo de retenedores para que el aparato no se desalojé.

Selección del aparato

La conversación con el acudiente pudo determinar que la paciente era cooperadora y en caso que se tuviera que utilizar un aparato de ortodoncia removible, íbamos a contar con la cooperación de la paciente para que se lo colocará.

Se decidió colocar un arco de Eschler. Fig. 12,13 y 14. Este aparato de ortodoncia removible tiene un tornillo de expansión para protruir los incisivos superiores permanentes. Los retenedores fueron ganchos tipo adams; tiene planos de altura para saltar la mordida cruzada anterior y un arco labial invertido para retruir los incisivos inferiores permanentes.

Indicaciones del uso del aparato y las activaciones del tornillo de expansión

Se le indico a la paciente que utilizará el aparato después que llegaba de la escuela y para dormir. Se citó a la paciente todas las semanas para activar el tornillo de expansión.



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Resultados

Luego de 9 meses de tratamiento y activación del aparato, se logró descruzar la mordida anterior. En el tratamiento de guía de erupción, los dientes de la zona de sostén pudieron erupcionar normalmente. Fig. 15,16, 17 y 18.



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

Las relaciones laterales de ambos lados se normalizaron. Fig. 19 y 20.



Fig. 19



Fig. 20

Al observar las fotos faciales finales, el cambio más notable fue la mejora en la posición del labio superior en la vista de perfil. Fig. 22.



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23

Referencias Bibliográficas

1. Proffit, W. Fields, H. Larson, B. Sarver, D.: Contemporary Orthodontics. Sixth edition. 2019. Elsevier.
2. Graber, L. Vanarsdall, R. Vig, K. Huang, G. : Orthodontic current principles and techniques. Sixth edition. 2017. Elsevier.
3. Sarver, D. Dentofacial Esthetics, from macro to micro. Quintessence. 2020.