

TRATAMIENTO DE MORDIDA ABIERTA POR HÁBITO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

[HOME](#) > [ARTÍCULOS PUBLICADOS](#) >

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera:

Ligero, M., Gurrola, B., Laiseca, G., Casasa A.

Tratamiento de mordida abierta por hábito. Reporte de un caso clínico".

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica julio 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

Marielisa Ligero Guerrero ¹, Dra. Beatriz Gurrola Martínez ², Dra. Gabriela Laiseca ³, Dr. Adán Casasa ⁴

1. Residente de 2º año del posgrado en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia y Ortopedia maxilofacial CESO
2. Profesora de Metodología de la Investigación en el CESO y profesor de tiempo completo titular "B" en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
3. Profesor de Teoría y Clínica del CESO
4. Profesor de clínica y director de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilo facial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.

Resumen

En el siguiente artículo se muestra el reporte de un caso de un paciente femenino con 19 años 11 meses de edad quien presenta mordida abierta anterior asociada a un hábito de proyección lingual. Para el tratamiento de esta maloclusión se hizo uso de un corrector de hábito y elásticos para contribuir al cierre de la mordida.

Palabras clave: mordida abierta, hábito proyección lingual.

Abstract

The following article is the report of a case of a 19 years 11 months feminine patient who displays an open bite associate to a lingual projection habit. For the treatment of this maloclusión it was use a habit corrector and elastics to contribute to the closing of the bite.

Key words: open bite, lingual projection habit.

Introducción

La sobremordida se refiere como la superposición vertical de los incisivos, se puede decir que una sobremordida adecuada es aquella que alcanza de 1 a 2mm. En las mordidas abiertas no se produce esta superposición vertical y se observa una separación entre los incisivos superiores e inferiores. Shapiro define mordida abierta como la falta de superposición de los incisivos superiores con los incisivos inferiores en oclusión céntrica. El reto del ortodoncista está en diagnosticar en primera instancia las causas de la mordida abierta, indicar entonces la

mecanoterapia mas adecuada y enfrentarse muchas veces a la inestabilidad de los resultados. (1)

Alexander Ch menciona que este tipo de maloclusión es difícil de tratar pues presenta una etiología multifactorial entre ellas podemos nombrar causas genéticas, problemas de erupción, posición dental, causas esqueléticas y succión digital y función de la lengua. (2) Un hábito es un comportamiento que se repite regularmente de forma consciente o inconsciente y sobre el cual se debe intervenir para logra el éxito del tratamiento. 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 mas invasivos para corregir el problema. 1 Por otra parte el hábito de lengua o el empuje lingual es una posición anormal que puede desarrollar o mantener la mordida abierta anterior y Bennet (3) y col refieren que las mordidas abiertas como consecuencia del hábito de lengua pueden ser corregidas a través de varios métodos incluyendo aparatos fijos, aparatos removibles y ejercicios. En este sentido en los casos más severos donde la cirugía podría ser la opción, el control de la lengua es crítico como lo menciona Alexander W en el tratamiento de pacientes con ángulos altos (hiperdivergentes) en las maloclusiones que cursan con mordida abierta Ningún sistema de ortodoncia será exitoso en el cierre de la mordida si la lengua no desarrolla una función normal.(4) El control de la dimensión vertical es considerado uno de los factores más importantes en un tratamiento exitoso de mordida abierta en pacientes hiperdivergentes. (5) Entre los resultados del tratamiento debería observarse la rotación de la mandíbula en sentido contrario de las agujas del reloj debido a la intrusión de los molares como foco central del tratamiento (6).

Caso Clínico

Se presenta a consulta una paciente de sexo femenino de 19 años y 11 meses de edad Fig 1, Fig. 2 y Fig. 3 la cual es clasificada como Clase I esquelética, hiperdivergente, clase I molar Bilateral, clase III canina derecha, Clase I canina izquierda, Presenta Mordida abierta anterior como se puede observar en la Fig. 4.

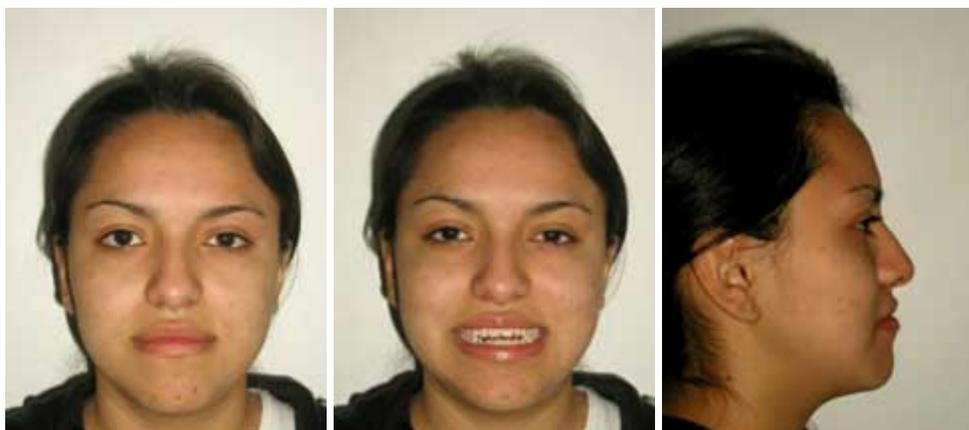


Fig 1
Fotografía de frente

Fig.2
Fotografía frente sonrisa

Fig.3
Fotografía perfil



Fig.4
Fotografía oclusal de frente corrobora mordida abierta

Estudios de inicio se le tomaron al paciente los modelos de estudio Fig.5.



Fig.5
En los modelos de estudio inicial podemos corroborar la mordida abierta anterior

Se tomaron las radiografías de inicio: Rx Panorámica Fig 6 Rx lateral Fig. -7



Fig.6

Radiografía panorámica, se observa la falta de contacto anterior



Fig7

Radiografía cefálica lateral.

Se observa la hiperdivergencia de la paciente y la mordida abierta anterior

Los estudios de progreso se realizaron al año y un mes después de haberse iniciado el tratamiento. En este momento ya se observa el cierre de la mordida abierta anterior.
Fig. 8, 9,10, 11

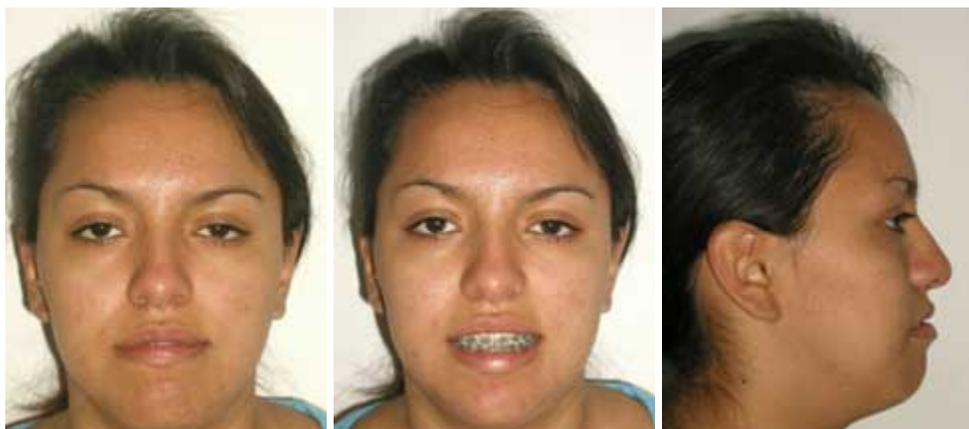


Fig.8
Fotografía de frente progreso

Fig.9
Fotografía de sonrisa progreso

Fig.10
Foto lateral de progreso



Fig. 11
Fotografía oclusal de frente

Se le coloco a la paciente una rejilla lingual para corregir el habito Fig.12



Fig.12

Se muestra el corrector de hábitos conocido como trampa de lengua.

Estudios finales se observa a la paciente con la corrección total de la mordida abierta. Una adecuada sobremordida. Oclusión clase I molar y canina bilateral. Fig. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.



Fig 13
Fotografía de frente final



Fig.14
Fotografía de perfil final



Fig.15
Fotografía de frente sonrisa final



Fig.16
Fotografía intraoral se observa la mordida cerrada



Fig. 17
Modelos de estudio final



Fig.18
Sobremordida

Estudios Radiográficos Finales

Fig.20, Radiografía panorámica, Fig. 21 radiografía cefálica lateral final



Fig. 20

Radiografía panorámica final. Se observa contacto en todas las piezas dentarias.



Fig.21

Radiografía cefálica lateral final

Discusión

Debido al potencial de crecimiento y a la colaboración del paciente el tratamiento de las mordidas abiertas especialmente las asociadas a hábitos en pacientes hiperdivergentes es conveniente comenzar a edades tempranas de acuerdo a Bennet. Muchas terapias han sido destinadas a incrementar la estabilidad de los resultados obtenidos en pacientes con mordida abierta, autores como Shapiro recomiendan respecto al hábito de lengua esperar por lo menos

dos años antes de retirar la terapia utilizada para obtener una buena función. La corrección de la mordida abierta hecha a través de la ortodoncia fija ha sido reportada con éxito. Y los registros postratamiento muestran los cambios dentoalveolares favorables con este tipo de terapias como lo reporta Alexander en sus estudios los cuales han demostrado que solo un 35% de los casos presentan recidiva significativa de la mordida abierta a largo plazo. Por otro lado es muy importante señalar lo que nos dice López referente a mantener la estabilidad de los resultados obtenidos y el control de los factores que causaron la maloclusión ya que hay que tener presente que en los casos de pacientes con mordida abierta la estabilidad sigue siendo poco predecible (7).

Conclusión

En este caso se observó una corrección exitosa de la mordida abierta, los resultados dentales y estéticos fueron favorables. Se logró establecer una sobremordida ideal. Se controló el hábito de lengua, esta tomó su posición adecuada y mientras permanezca en esa posición la estabilidad será mayor.

Referencias bibliográficas

1. Shapiro Peter. Stability of open bite treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;121:566-8.
2. Alexander Charles Open bite, dental alveolar protrusion, Class I malocclusion: A successful treatment result Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;116:494-500.
3. Sarver David and Weissman Sherri. Nonsurgical treatment of open bite in nongrowing patients Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995;108:651-9.
4. Bennet Greg and col Efficacy of Open-Bite Treatment with the Thera-spoon. JCO 1999 33:5, 283-285.
5. Alexander Wick The Role of Occlusal Forces in Open-Bite Treatment. JCO 2000 34: 1, 23-29.
6. English Jeryl. Early treatment of skeletal open bite malocclusions Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;121:563-5.
7. Lopez-Gavito G, Wallen TR, Little RM, Joondeph DR. Anterior open bite malocclusions: a longitudinal 10-year postretention evaluation of orthodontically treated patients. Am J Orthod 1985;87:175-86.
8. Cozza Paola and col. Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005;128:517-9.