

Solución a paciente con mordida cruzada bilateral y dientes 12 y 22 cruzados

Juan Andrés Vicuña Barzallo

Residente del segundo año de la maestría del CESO.

Dra. Beatriz Gurrola Martínez

Profesor de metodología de la investigación en la maestría del CESO, y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.

Dr. Adán Casasa Araujo

Profesor de clínica y director del CESO.

Dr. Daniel Rivero Tames

Profesor de clínica.

Resumen

Se reporta una paciente de 14 años 11 meses de edad cuyo motivo de consulta fue "quiero enderezar mis dientes, porque no me gustan al sonreír." En los estudios cefalométricos es tipo esquelético clase I con tendencia a clase esquelética tipo III, hiperdivergente, con mordida cruzada posterior bilateral y cruzada del 12 y 22. Entre los objetivos del tratamiento se planteó descruzar la mordida, aliviar el apiñamiento superior e inferior, obtener una adecuada clase I molar y clase I canina bilateral, así como obtener un correcto overjet y overbite. La maloclusión fue tratada con arco expandido en el maxilar y arco colapsado en mandíbula. Se obtuvo una oclusión funcional una intercuspidad adecuada, una guía de desoclusión canina, una guía anterior y un overjet y overbite adecuados. No se realizaron las extracciones de los terceros molares.

Palabras clave: *Overjet, overbite, mordida cruzada posterior.*

Introducción

Se habla de mordida cruzada posterior en pacientes cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores las que ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores.

Las mordidas cruzadas pueden ser anterior y posterior, la posterior puede ser uni o bilateral, hay que diferenciar si esta mordida es dentario o esquelética^{1,2,3,4}. La mordida cruzada posterior o anterior es un problema para el individuo ya que produce un mal desgaste dentario por el entrecruzamiento de los dientes, también tienen dificultad con el habla y con la alimentación por su mala intercuspidad para triturar los alimentos y deglutir. Quiroz señala que estos pacientes van a tener problemas en el futuro como: ruidos articulares, dolor y bloqueo de la articulación temporomandibular⁵. Estas maloclusiones pueden deberse a factores genéticos y hereditarios, o a los hábitos de chuparse el dedo, uso del chupete o ser respiradores orales, esto puede provocar un cambio en el patrón esquelético normal y causar una relación errónea de la oclusión.

Reporte del caso

Se presenta paciente femenino de 14 años y 11 meses de edad que acudió a consulta para que se "alinien sus dientes". Al examen clínico extraoral, en las fotografías de frente (Figura 1) se observa una paciente simétrica y dolicofacial; con perfil recto (Figura 2). En la fotografía de sonrisa se evidencia su mordida cruzada posterior bilateral y anterior de dientes 12 y 22, su apiñamiento severo superior, así como la desviación de la línea media dental inferior 1.5 mm hacia el lado izquierdo con respecto a la línea media dental inferior (Figura 3).

En los estudios intraorales iniciales, podemos ver (Figura 4) la desviación de la línea media dental inferior 1.5 mm hacia el lado izquierdo, así como mordida cruzada anterior 12 y 22 y posterior bilateral. En las fotografías intraorales laterales derecha se observa la relación molar clase I y canina clase II (Figura 5) y al lado izquierdo la relación molar clase III y canina clase I (Figura 6), la presencia de overjet en 0 mm y un overbite disminuido a 0%.

Apiñamiento severo presente en la arcada superior (Figura 7) y moderado en la arcada inferior, también podemos ver las formas de arco en el



Fig. 1. Foto extraoral de frente.

Fig. 2. Perfil.

Fig. 3. Sonrisa.



Fig. 4. Intraoral de frente.



Fig. 5. Lateral derecha.



Fig. 6. Lateral izquierda.



Fig. 7. Oclusal Superior.



Fig. 8. Oclusal Inferior.

maxilar superior es triangular y en la mandíbula oval (Figura 8).

En lo que respecta a los estudios radiográficos de inicio, en la radiografía cefálica lateral se muestra la presencia de una clase I esquelética, su hiperdivergencia y la retroclinación de los incisivos superiores y la proclinación de los incisivos inferiores (Figura 9).

En la radiografía panorámica vemos un adecuado paralelismo radicular con 28 dientes presentes y los cuatro terceros molares en formación (Figura 10).

Método

El tratamiento que se realizó en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO, consistió en alineación, nivelación, expansión maxilar, stripping, detallado y retención. Los objetivos del tratamiento fueron los siguientes: corregir el apiñamiento maxilar y mandibular mediante expansión y stripping, quitar la mordida cruzada posterior con arcos expandidos en el maxilar y los arcos colapsados en la mandíbula, para obtener la clase I canina derecha y clase I molar izquierda mediante el uso de los elásticos y mantener la clase canina I izquierda y la clase molar I derecha, corregir las líneas medias dentales, conseguir un adecuado overbite y overjet y, dentro de lo funcional, lograr una correcta intercuspidad, alcanzar una guía de desoclusión canina y una guía incisiva.

Una vez obtenidos los objetivos del tratamiento, se pueden observar en las fotografías intraorales de progreso y en las faciales, el cambio obtenido en sonrisa (Figura 11), perfil (Figura 12), intraoral de frente (Figura 13), con aparatología lateral derecha (Figura 14) e izquierda (Figura 15), así como vista oclusal superior (Figura 16).

En los estudios radiográficos de progreso vemos en la radiografía panorámica un adecuado paralelismo radicular, con los cuatro terceros molares en desarrollo (Figura 17).

Resultados del tratamiento

El examen clínico extraoral posterior al tratamiento reveló un perfil adecuado, una oclusión tanto estética como funcional (Figura 18-20).

Estudios intraorales finales

En las fotografías intraorales se observa la correcta alineación y nivelación alcanzada, la coincidencia



Fig. 9. Radiografía lateral de cráneo pretratamiento



Fig. 10. Radiografía panorámica inicial.



Fig. 11. Sonrisa.

Fig. 12. Perfil.



Fig. 13. Intraoral de frente.



Fig. 14-15. Aparatología lateral derecha e izquierda.

de las líneas medias facial y dentales superior e inferior, así como una adecuada, oclusión, una buena relación de overjet y overbite y el descruce de la mordida bilateral posterior y de los dientes 12 y 22 (Figura 21).

En las fotografías intraorales lateral derecha e izquierda (Figura 22 y 23) se ve la clase I canina y molar bilaterales, así como una adecuada intercuspidación posterior.

En los estudios radiográficos finales, en la radiografía lateral de cráneo, se observó la clase I esquelética con tendencia clase III, la hiperdivergencia del paciente, su mejor relación dental y su perfil de tejidos blandos (Figura 24).

En la radiografía panorámica final se muestra el adecuado paralelismo radicular, observándose también la radiopacidad de canino a canino inferior por la presencia del retenedor fijo de 3 a 3 (Figura 25).

Para la retención y estabilidad del tratamiento, además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron retenedores Hawley en la arcada superior e inferior y un retenedor fijo de 3 -3 en la arcada inferior. Podemos ver una comparación en las fotografías extraorales de inicio, progreso y final (Figura 26), así como las intraorales de inicio y final (Figura 27 y 28).

Discusion

Cuando el contacto es casi alcanzado entre los dientes opuestos, la actividad muscular se ajusta para ubicar ambos cóndilos concéntricamente en la fosa glenoidea, la mordida cruzada no permite el asentamiento apropiado del cóndilo en el lado opuesto, forzando al músculo temporal posterior a ser más activo. Como resultado hay desequilibrio muscular, la mandíbula se vuelve significativamente más larga en el lado donde no hay mordida cruzada que en el lado donde sí está presente. La posición del cóndilo es más superior y posterior en el lado de la mordida cruzada, con una cabeza más estrecha y corto cóndilo. El cóndilo en el lado de la mordida cruzada no se encuentra delante y hacia abajo en la fosa glenoidea, mientras que el cóndilo en el lado de la mordida cruzada se coloca hacia atrás y hacia arriba⁹. La ATM se adapta a los desplazamientos de la mandíbula por el crecimiento condilar y remodelación superficial de las fosas. Aunque una relación causal no ha



Fig. 16. Oclusal superior.

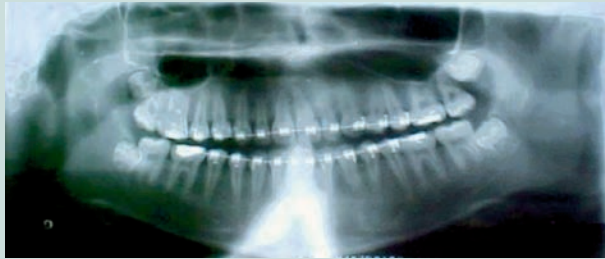


Fig. 17. Rx panorámica con aparatología en dientes.



Fig. 18. Frente



Fig. 19. Perfil.



Fig. 20. Sonrisa.



Fig. 21. Intraoral de frente línea media coincidente.



Fig. 22. Lateral derecha.



Fig. 23. Lateral izquierda.



Fig. 24. Rx lateral de cráneo.

sido probada entre mordida cruzada y TMD, los estudios han encontrado una mayor incidencia de algunos signos y síntomas en niños con mordida cruzada. Por lo tanto, el tratamiento temprano es importante no sólo para lograr un crecimiento y desarrollo normales, sino también para ayudar a prevenir TMD.⁵

Resultados

La estética es fundamental y necesaria más aun en la adolescencia, uno de los problemas en estas edades son los hábitos de higiene y uso del cepillado dental; en este caso, con motivación, la paciente fue mejorando su limpieza dental. Los objetivos planteados se cumplieron; el descruce de la mordida anterior y posterior, lo cual dejó a la paciente satisfecha, y comentó que, debido a este tratamiento, su autoestima se fue modificado positivamente.

Conclusiones

Los resultados alcanzados en el tratamiento indican que el diagnóstico adecuado de las maloclusiones garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso. Determinar la etiología es muy importante para poder decidir el tratamiento adecuado. Eliminar los hábitos de los pacientes, determina la mejoría y rapidez del tratamiento. Con pacientes cooperadores se evitan posibles recidivas ya que se garantiza el uso de los retenedores.



Fig. 25. Rx panorámica.



Figura 26. Inicio, progreso y final.



Figura 27. Inicio.



Figura 28. Final.

Referencias bibliográficas

1. Bravo LA. ed. Manual de Ortodoncia. Madrid: Síntesis; 2003. 617-48.
2. Angle EH. Classification of malocclusion. Dent Cosmos 1899; 41:248-64.
3. Lorente P. Clasificación y tratamiento de las maloclusiones transversales. Rev. Esp. Ortod. 2002;42:179-81.
4. Lorente P. Clasificación y tratamiento de las maloclusiones transversales. 1. Mordidas cruzadas bilaterales (MCB). Rev. Esp. Ortod. 2002;42:182-95.
5. Quiroz O. Manual de Ortopedia Funcional de los maxilares y Ortodoncia Interceptiva. 1a. ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1993.
6. Van der Linden, F. Theoretical and practical aspects of crowding in the human dentition. J. Am. Dent. Assoc 1974; 89: 139-153.
7. Canut, J.A. Ortodoncia clínica y terapéutica. Primera edición 1988, Barcelona España
8. Barbería Leache, E. Odontopediatría, segunda edición, España 2001 Pág. 240.
9. Ramírez Omar German-YAÑEZ, DDS, MDSC. Planas Direct Tracks for Early Crossbite Correction, JCO /June 2003 Volume XXXVIII No 6.