

TRATAMIENTO DE LAS MORDIDAS CRUZADAS.

AUTORA

DRA. MAIYELIN LLANES RODRIGUEZ*

***PROFESORA INSTRUCTORA. ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ORTODONCIA.**

Sumario: -Concepto.

- Clasificación de las mordidas cruzadas anteriores y posteriores.
- Mordidas cruzadas anteriores. Tipos. Etiología. Diagnóstico y tratamiento.
- Mordidas cruzadas posteriores. Etiología. Diagnóstico y tratamiento.
- Confeción de aparatos.

DESARROLLO:

En la oclusión normal los dientes superiores sobresalen ligeramente hacia vestibular con relación a los inferiores, o sea, la cara vestibular de los superiores cubre la cara vestibular de los inferiores; esto constituye el resalte normal.

Cuando la cara vestibular de los inferiores está cubriendo la cara vestibular de los superiores tenemos una Mordida cruzada.

El tratamiento precoz es más fácil y con mejores resultados, pero es importante al valorar el caso y antes de proceder a vestibularizar los dientes superiores, tener en cuenta que es imprescindible que tengamos el espacio necesario.

NO PODEMOS PONER UN DIENTE EN UN ESPACIO MÁS PEQUEÑO QUE DICHO DIENTE.

CLASIFICACIÓN

Según el lugar donde estén ubicadas:

- Anterior
- Posterior

Mordida cruzada anterior: Cuando los incisivos o caninos inferiores están por vestibular de los superiores. Pudiendo ser de tres formas:

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

- ❖ Mordida cruzada anterior simple.
- ❖ Mordida cruzada funcional.
- ❖ Mordidas cruzadas anteriores complicadas.

Mordida cruzada anterior simple: solo existen uno o dos dientes en resalte invertido y hay el espacio necesario para su ubicación en el arco.

Mordida cruzada funcional: Producto de la interferencia de los dientes anteriores al ocluir se produce un desplazamiento hacia delante de la mandíbula, estableciéndose una relación molar de mesioclusión o clase III funcional.

Mordidas cruzadas anteriores complicadas: Además de estar incluidos varios dientes presentan otros problemas como pueden ser, falta de espacio, prognatismo mandibular (verdadera clase III) y la pseudo clase III esquelética por falta de desarrollo maxilar. ESTE TIPO DE MALOCLUSIÓN DEBE SER REMITIDA AL ORTODONCISTA.

Etiología:

Mordida cruzada anterior simple:

- ◆ Persistencia del diente temporal.
- ◆ Traumatismos fuertes sobre los temporales anteriores.

La mordida cruzada anterior simple es producida por inclinaciones anormales de los dientes anteriores sin trastornos graves de la relación molar.

Estas desviaciones en la inclinación de los dientes anteriores pueden ser debidas a persistencia del diente temporal lo que obliga al diente permanente a brotar por lingual de los temporales. También puede ser por traumatismos fuertes sobre los temporales anteriores que hayan logrado inclinar los folículos permanentes.

Mordida cruzada anterior funcional:

- ◆ Retención de los incisivos primarios por una reabsorción anormal de sus raíces.
- ◆ Hipertrofia amigdalina.

La retención de los incisivos primarios provoca el brote hacia lingual de los permanentes, produciéndose una oclusión borde a borde de los incisivos a lo que el paciente busca una posición de acomodación llevando la mandíbula hacia delante al ocluir.

Las amígdalas hipertróficas e infestadas se tornan dolorosas, imposibilitando al paciente a llevar la lengua a su posición normal de reposo, porque al chocar la lengua con las amígdalas se produce dolor; en evitación de esto el paciente lleva la mandíbula hacia delante, buscando que con esta posición la lengua esté en reposo en una posición más adelantada, produciéndose entonces una mordida cruzada.

Mordida cruzada anterior complicada:

- ◆ Hereditaria.
- ◆ Mordida cruzada anterior simple o funcional que no se trató a tiempo.

Cualquiera de estas dos mordidas cruzadas cuando han actuado en un niño durante mucho tiempo han sido capaces de supeditar el crecimiento del maxilar superior al del inferior, produciéndose una pseudoclase III, poco desarrollo del maxilar, apiñamiento y relación de clase III en los molares.

Diagnóstico

- ✿ Interrogatorio.
- ✿ Valoración de su aspecto general y facial.
- ✿ Examen bucal (arcadas en oclusión y en reposo).

Si la relación molar es de clase II o de clase III, debe ser remitido al ortodoncista.

En la mordida cruzada anterior simple, deben existir uno o dos dientes en mordida cruzada o inclinación anormal, los primeros molares en neutroclusión y debe existir el espacio necesario para su ubicación en el arco.

En el tipo funcional, la mandíbula es desplazada ligeramente hacia delante, la relación molar es de ligera mesioclusión, puede existir ligera inclinación anormal de los dientes, lo que produce la interferencia. Todo esto se comprueba indicando al paciente que abra y cierre la boca, observamos la posición mandibular y si hay interferencias en el cierre podemos pronosticar que al desaparecer éstas, los cóndilos irán a una posición normal y los molares pasarán a una relación de neutroclusión. También es necesario interrogar a los padres con relación a crisis de amigdalitis, así como en el examen físico bucal, observar el estado de las amígdalas.

El macrognatismo mandibular o clase III verdadera con mordida cruzada anterior debe ser remitida al ortodoncista, así como la pseudo clase III, esta maloclusión es fácil de diagnosticar por el gran apiñamiento que se presenta en el arco superior.

Tratamiento de las mordidas cruzadas anteriores simples:

DEPRESORES LINGUALES:

Se toma un depresor lingual y se apoya uno de sus extremos en la cara lingual del diente o dientes cruzados y el otro extremo lo sostiene el paciente con la mano, mandándose a ocluir al paciente, encontrándose que en esta posición mordiendo el depresor lingual se hace palanca sobre la cara palatina de los dientes superiores en mordida cruzada, teniendo como punto de apoyo esta palanca a los incisivos inferiores, esta operación debe realizarse varias veces al día, con fuerza y todas las veces que el paciente pueda.

PLANO INCLINADO:

Se confecciona sobre los incisivos dándosele una inclinación que sea capaz de obligar al incisivo superior a desplazarse hacia vestibular.

Se construye empleando acrílico autocurable, se lo puede conformar directamente sobre los incisivos o sobre un modelo de yeso (este último ahorra tiempo junto al sillón y asegura un mejor producto). El plano inclinado fijo debe limitarse su uso a los casos más simples; cuando la cooperación del paciente sea dudosa para los aparatos removibles, el plano guía cementado resulta particularmente efectivo.

Una modificación del plano inclinado es la férula de Oppenheim. Se conforma de modo que los premolares y molares ocluyan también sobre ella. El aparato se activa desgastando las caras oclusales aproximadamente 1 mm, de manera que los únicos dientes que tocan sean los incisivos desplazados que apoyan en el plano inclinado. El resto de la férula queda fuera de oclusión. Cuando el movimiento incisivo, los dientes posteriores ocluyen nuevamente y el acrílico debe ser desgastado nuevamente. En este

caso, la fuerza es mínima y deseable especialmente para los dientes con raíces que no están totalmente calcificadas.

También se puede agregar un plano inclinado a un aparato inferior tipo Hawley. Se emplean apoyos oclusales en los molares para lograr estabilización. Este aparato tiene la ventaja de que puede utilizarse el arco vestibular para retruir los incisivos en malposición vestibular a su alineación correcta.

En la construcción del plano inclinado debe tenerse mucho cuidado para asegurar que solo el diente o los dientes cruzados estén en contacto con el acrílico. La fuerza resultante es el subproducto de un vector combinado de intrusión y desplazamiento hacia delante. Cuanto más empinado es el plano, mayor será el vector anterior.

Todos los planos inclinados tienen la característica de abrir la mordida, permitiendo que erupcionen los dientes posteriores. Así, el plano inclinado está contraindicado a menos que exista una apreciable cantidad de entrecruzamiento.

Si la mordida no es tan profunda, resulta más segura la férula de Oppenheim.

Si el entrecruzamiento es poco profundo, y el uso del plano inclinado está contraindicado, puede emplearse una placa superior con bloques de mordida en los dientes posteriores y resortes por detrás de los incisivos superiores desplazados para corregir la mordida cruzada anterior. Generalmente tan pronto como se elimina la mordida cruzada, hay una rápida corrección autónoma de los incisivos inferiores desplazados, bajo las fuerzas combinadas de la oclusión y el labio.

Todos los aparatos de plano inclinado deben utilizarse en forma continua. Si el aparato se retira durante las comidas, generalmente se forzará a los dientes a volver a su malposición original. Los sacudimientos repetidos pueden dañar al diente y aflojarlo. Cuando se lo usa en forma adecuada, el plano inclinado, utilizando las fuerzas funcionales, puede lograr la corrección en unos pocos días. Rara vez toma más de 6 semanas.

APARATOS REMOVIBLES CON RESORTES DE VESTIBULARIZACIÓN:

Este aparato se construye igual que el removible tipo Hawley pero se le adicionan resortes que sean capaces de llevar hacia vestibular a los dientes que están en mordida cruzada. El aparato debe llevar un grueso de acrílico que le permita abrir la mordida al paciente para lograr el paso hacia vestibular de los dientes superiores sin encontrarse con la interferencia de los incisivos inferiores.

Mordidas cruzadas posteriores:

Clasificación:

- | | |
|----------------|------------------------|
| ◆ Unilaterales | Simples
Complicadas |
| ◆ Bilaterales | Simples
Complicadas |

Diagnóstico:

- ◆ Valorar la oclusión del paciente en sentido transversal, observando que las cúspides vestibulares de los dientes inferiores estén más hacia vestibular que las cúspides bucales de los superiores.

Estas anomalías se detectan durante el examen bucal por parte del estomatólogo, ya que no constituyen un problema estético como ocurre con las mordidas cruzadas anteriores y por lo general no es preocupación de padres y pacientes.

Tratamiento:

- ◆ Confección de dos bandas, una en el molar superior y otra en el antagonista inferior, con una liga intermaxilar.

A la banda del superior se le coloca un soporte o un botón lingual en la cara palatina de la banda, a la del inferior se le coloca cualquiera de estos dos aditamentos en la cara vestibular de la banda y utilizando una liga No. 26 que se engancha del aditamento lingual superior al aditamento vestibular inferior. Esta liga debe cambiarse cada tres días por una nueva.

Bibliografía:

- Cabañas, C y colectivo de autores; Temas de Ortodoncia y estomatología infantil. Texto básico. Editorial pueblo y educación. 1982
- Moyers, R E: Manual de Ortodoncia. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. 4^{ta} Edición, 1992.
- Graber, T M: Aparatología Ortodóncica Removible. Editorial Científico-Técnica. Edición Revolucionaria. 1984.