



Inicio

Publicaciones

Año 2012

Mordida Cruzada Anterior. Revisión Bibliográfica

- **Gabriela González Pérez.** Odontólogo, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela
- **Laura Marrero Fuenmayor.** Odontólogo, Universidad Santa María. Caracas, Venezuela

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia en las patologías de Salud Bucodental. En la mayoría de los casos las maloclusiones siempre se encuentran asociadas a uno o varios hábitos, por lo tanto a veces resulta difícil definir el factor etiológico específico causante de la maloclusión. La Mordida Cruzada Anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. Se presenta mayormente en la población japonesa y coreana. Puede ser de tipo dental, esquelética o funcional, por ello es de vital importancia establecer el diagnóstico correcto para efectuar el tratamiento adecuado. El tratamiento para la Mordida Cruzada Anterior es variable y puede ir desde un Plano Inclinado de Mordida hasta la Mascara Facial. Es recomendable establecer un tratamiento temprano para prevenir el desarrollo de una futura Clase III esquelética.

Palabras Claves: Mordida cruzada anterior, maloclusión, mordida cruzada, tratamiento temprano, aparatología removable

Abstract

According to the World Health Organization (WHO) malocclusions rank third in prevalence diseases in Oral Health. In most cases malocclusions are always associated with one or more habits, therefore sometimes is hard to define the specific etiological cause of malocclusion. The anterior crossbite has been defined as a malocclusion in which the incisors and / or maxillary canines are in tongue position with respect to their counterparts in the jaw. It occurs mostly in Japanese and Korean population. It may be of dental, skeletal and functional, so it is vital to establish the correct diagnosis to effect the right treatment. Anterior crossbite treatment is variable and can range from an inclined plane of bite to the face mask. It is advisable to establish an early treatment to prevent future development of a skeletal Class III.

Keywords: Anterior crossbite, malocclusion, crossbite, early treatment, removable appliances

La maloclusión es afección del desarrollo; en la mayoría de los casos la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. En ocasiones es posible demostrar la existencia de una causa específica aislada; así como también es frecuente que estos problemas sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico causante de la maloclusión. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia de patologías en Salud Bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, ya que la región presenta altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el

85% de la población. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y se asocia mayormente a la prevalencia de hábitos(2)

Los objetivos para considerar un tratamiento temprano en dentición mixta y primaria tardía, muestran la importancia de iniciar un tratamiento de ortodoncia temprano, para minimizar aquel que involucra extracciones de dientes permanentes y cirugía ortognática. (3)

Lo ideal es la corrección del hábito una vez identificado, apoyado en el concepto de "Intercepción Vs. Corrección", que se aplica principalmente en aquellos problemas funcionales, discrepancias de longitud de arco, corrección de problemas verticales y corrección de discrepancias sagitales.

Ciertamente no toda terapia ortodóncica bajo el nombre de "tratamiento temprano" es siempre buena opción, sin los conocimientos previos pueden darse diagnósticos erróneos, empezar el tratamiento antes de tiempo o simplemente no utilizar la aparatología adecuada. Por lo tanto, el tratamiento temprano debe ser definido aun dentro de contexto de la terapéutica ortodóncica en general, y con este principio dar al especialista un tratamiento temprano efectivo. (3)

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

El diagnóstico y el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior son importantes para el desarrollo de las relaciones intermaxilares de los pacientes en crecimiento. La mordida cruzada anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula (Fig. 1 ,2).

La frecuencia de la mordida cruzada anterior es variable y se ha mostrado una diferencia étnica, se ha observado en un 50% en la población japonesa y coreana, y un 3 -5% en la población caucásica. Este tipo de maloclusión puede involucrar uno o más dientes, así como también puede ser por causa esquelética, dental y/o funcional. (4)

Se considera dental cuando por diversas causas los incisivos superiores se encuentran en posición lingual con respecto a los dientes anteroinferiores: entre ellas tenemos un patrón de erupción lingual de los incisivos superiores, erupción retardada de los anterosuperiores, presencia de dientes supernumerarios y longitud inadecuada del arco. (4)

La Mordida Cruzada Anterior de carácter Funcional, es también denominada Pseudo Clase III, y puede ser causada por contactos prematuros que conducen a una posición más adelantada de la mandíbula en la máxima intercuspidad dentaria. (4)

La Mordida Cruzada Anterior Esquelética está asociada a una discrepancia en el tamaño o posición del maxilar superior con respecto a la mandíbula o viceversa, se puede dar que la Clase III esquelética se presente a causa de:

- a. Maxilar en buena posición, mandíbula protruida.
- b. Maxilar retruido, mandíbula en buena posición.
- c. Maxilar retruido, mandíbula protruida. (5)

Diversos autores han referido que una mordida cruzada anterior de tipo dental o funcional, puede conllevar al desarrollo de una maloclusión Clase III de tipo Esquelética, si no es corregida a tiempo. (4)

La Mordida Cruzada Anterior debe ser corregida tan pronto se detecte y se obtenga la colaboración del niño. El principal objetivo del tratamiento temprano es prevenir un crecimiento aberrante de los maxilares y sus componentes dentoalveolares, así mismo prevenir la disfunción de la articulación temporo mandibular, ya que en este tipo de maloclusión los cóndilos adquieren una posición más anterior en la cavidad glenoidea; igualmente la traba que ejercen los dientes anteroinferiores inhibe el crecimiento adecuado del maxilar superior. (4)

La corrección temprana previene el desgaste anómalo de las superficies vestibulares e incisales de los dientes

anterosuperiores, como también de las superficies linguales e incisales de los anteroinferiores, disminuye el riesgo de problemas periodontales a futuro que puedan afectar a los dientes anteroinferiores debido al trauma constante al que se encuentran sometidos en este tipo de maloclusión.

El tratamiento por parte del Odontólogo General u el Ortodoncista para este tipo de Maloclusión, puede ser muy variable dependiendo de su etiología y del momento de instaurar la terapia mediante técnicas ortopédicas ortodonicas y/o quirúrgicas. (4)

El tratamiento de la Mordida Cruzada Anterior de tipo dental, es de buen pronóstico y su principal objetivo se basa en cambiar el eje de inclinación de los dientes anterosuperiores buscando un adecuado overbite y overjet. A la hora de seleccionar el tipo de tratamiento a instaurar deberá tomarse en cuenta una serie de variables que nos condicionaran el éxito o no del tratamiento entre ellas tenemos: la edad del paciente, la disposición de su colaboración, así como la efectividad y duración del tratamiento.

La principal opción de tratamiento para este tipo de maloclusiones de tipo dental es el Plano Inclinado de Mordida Anterior, el cual es un plano inclinado que se realiza con acrílico auto o termocurado, que busca levantar la mordida, y al mismo tiempo cambiar la orientación del eje longitudinal de los dientes anterosuperiores que se encuentran involucrados en la mordida cruzada anterior. (4)

El plano de mordida anterior deberá ser confeccionado con una angulación de 45° (Fig.3), la utilización de imágenes de tipo cromos o calcomanías dentro de los aparatos con imágenes atractivas motivaran mas al niño para la aceptación del mismo. Los aparatos deberán ser cementados en boca con un cemento intermedio para evitar su desalojo accidental y disminuir el riesgo de ingestión del mismo, facilitando también su uso en horas nocturnas. La ventaja de este aparato es que ayuda a descruzar la mordida en un tiempo muy corto y con un mínimo de incomodidad para el paciente (Fig. 4). (5)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Otra opción de tratamiento para las mordidas cruzadas anteriores es el Plano de Mordida Posterior, este tipo de aparatología será empleada únicamente cuando aproximadamente 1/3 de los dientes cruzados queden por detrás de su antagonista inferior en posición de reposo; el grosor del plano de mordida posterior no debe ser mayor a los 2 mm y las cúspides de todos los dientes posteriores deberán hacer contacto con el plano, para de esta manera evitar futuras desviaciones axiales de las coronas de los mismos. (5)

La mordida cruzada anterior de carácter funcional, se puede definir como un reflejo funcional de un posicionamiento anterior de la mandíbula, patrón muscular adquirido a una posición que simula maloclusión. (6)

Características morfológicas de los pacientes con Clase III y Pseudo Clase III (Diagnostico Diferencial).

Existen características morfológicas a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial entre los pacientes Clase III y Pseudo Clase III, por lo cual es pertinente establecer el diagnóstico adecuado en estos 2 tipos de casos. Así

- **Pseudo Clase III.**

- a. Cuando se lleva a relación céntrica los incisivos presentan una relación tope a tope.
- b. La mandíbula presenta un tamaño normal.
- c. Los incisivos superiores se encuentran retroinclinados, y los inferiores se encuentran protruídos o en posición normal.
- d. En relación céntrica el perfil del paciente es recto y en posición de reposo es ligeramente cóncavo.
- e. Relacion Molar Clase I o Clase III
- f. Longitud mandibular normal.

- **Clase III verdadera.**

- a. Retrognatismo o micrognatismo del maxilar superior.
- b. Prognatismo o macrognatismo mandibular.
- c. Combinación de alteraciones en tamaño y posición del maxilar superior e inferior.
- d. Base del cráneo anterior corta.
- e. Dientes anterosuperiores protruídos, y dientes anteroinferiores retroinclinados (compensación dentoalveolar).
- f. Presenta algún grado de herencia familiar.
- g. Características Faciales: surco mentolabial aplanado, perfil cóncavo, tercio medio deprimido como referencia al poco desarrollo de los huesos malar y maxilar

La posición de tope a tope de los incisivos cuando el paciente con Pseudo Clase III es guiado a una oclusión céntrica, es un parámetro importante para distinguir de la maloclusión Clase III verdadera. El análisis cefalométrico de una Pseudo Clase III muestra un SNA normal, si se diagnostica a tiempo; y muestra un SNB ligeramente aumentando debido a la posición adelantada de la mandíbula.(6)

Por lo general la causa de la Pseudo Clase III es la inclinación inadecuada de los dientes incisivos, y el tratamiento está orientado a corregir la inclinación del eje longitudinal, lograr una correcta posición mandibular, y un adecuado entrecruzamiento vertical y horizontal. Si estos casos no se tratan tempranamente van a interferir con

el crecimiento adecuado de las bases óseas, y pueden resultar en futuras deformidades faciales. (6)

Existen diversas alternativas para el tratamiento de las Pseudo Clase III es el uso de la aparatología ortopédica funcional, sin embargo se han diseñado diversos aparatos para el tratamiento de este tipo de maloclusiones, tales como placas acrílicas con resortes, aparatos removibles con tornillos expansión anterior, planos inclinados. Debido a que la Pseudo Clase III se caracteriza por problemas dentarios, el tratamiento precoz tiene por objetivo la corrección de la angulación de los incisivos superiores.(6)

Según Gu, considera que un dispositivo simple fijo que promueva la pro inclinación de los incisivos y/o retroinclinación de los incisivos inferiores contribuye a la corrección de la mordida cruzada anterior, y la eliminación del desplazamiento anterior mandibular.(7)

Se puede concluir si la clase III es tratada a tiempo se pueden conseguir tales objetivos como:

1. Reducir el crecimiento en tamaño de la mandíbula.
2. Aumentar el tamaño del maxilar a su potencial genético máximo,
3. Mover el maxilar hacia adelante hasta su posición genética máxima.(8)

El análisis cefalométrico es esencial para confirmar el diagnóstico de una maloclusión de Clase III y para formular un plan de tratamiento quirúrgico o no-quirúrgico. Según Derek Mahony (Australia) afirma que el análisis cefalométrico de Bimler es el mejor para diagnosticar las maloclusiones Clase III, ya que el análisis del tamaño de la mandíbula y la posición de la mandíbula pueden relacionarse fácilmente con la longitud y posición de la base craneal anterior y el tamaño del maxilar y la posición del maxilar pueden también relacionarse con el tamaño y posición de la base craneal anterior.(8)

Otros aparatos usados para la corrección ortopédica de las Clases III son el aparato de Frankel III modificado, o un aparato de Han, o un Twin Block invertido. Para que estos aparatos tengan éxito, el maxilar debe estar sólo ligeramente retruido y el paciente debe ser capaz de ocluir tope a tope antes de empezar el tratamiento. (8)

El tratamiento con mayor tasa de éxito incluye la utilización de un aparato tridimensional para agrandar el maxilar, en conjunción con una máscara facial (Fig. 5) (aparato extraoral de protracción) para mover el maxilar como un todo hacia adelante, hacia una posición más favorable. Este aparato extraoral se ajusta en combinación con un aparato inferior labial y elásticos intraorales de Clase III intentando prevenir al máximo el crecimiento mandibular.(8)

La desventaja de las compensaciones de las bases dentoalveolares para corregir un problema esquelético de Clase III reside en que a menudo se requiere la extracción de premolares inferiores.(8)

Conclusión.

El objetivo del tratamiento temprano de la maloclusión es el poder lograr un crecimiento y desarrollo normal de niño, y así de esta manera evitar que el paciente no tenga que pasar por tratamientos mucho más complicados, costosos, extensos y con menos éxitos como cirugías ortognáticas, etc. Las maloclusiones detectadas y tratadas a tiempo, con un tratamiento adecuado y temprano, logran beneficios incontables para los pacientes que la padezcan. En la mordida cruzada anterior es de vital importancia diagnosticarla temprano y establecer el tratamiento adecuado para prevenir la instauración de una maloclusión Clase III esquelética.

Referencias Bibliográficas.

1. Canut, J. (2004). Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da Edición. Editorial Masson. Barcelona, España.
2. <http://www.dardemamar.com/paginaOMS.htm>

3. Castillo, S. (2002).Ortopedia y Ortodoncia Temprana.
4. Hernández, J. (1997)Un método de tratamiento para la mordida cruzada anterior a la dentición primaria. Revista Estomatológica. Numero 7, 48:51. Cali - Colombia.
5. Quirós, O. Bases biomecánicas y aplicaciones clínicas en Ortodoncia Interceptiva. AMOLCA Caracas 2009
6. Silva F. Diversas formas del tratamiento temprano de la maloclusión Pseudo Clase III. Reporte de casos..96:106
7. Gu, Y.(2000). Dental changes and spaces gained as a result of early treatment of Pseudo Class III malocclusion. Aust Ortho. 40:52
8. Mahony, D. (2001).Tratamiento Interceptivo de Maloclusiones Clase III. Ortodoncia Clínica. 10:15

Inicio

Publicaciones

Año 2012



Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría
Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5
Calle El Recreo Edif. Farallón, piso 9 Ofic. 191, Sabana Grande, Caracas, Venezuela
Teléfonos: (+58-212) 762.3892 - 763.3028
E-mail: publicacion@ortodoncia.ws

Desarrollado por

