

Corrección de mordida cruzada anterior afectando a un incisivo permanente

Estrela Sanchis F., Almerich J. M., Gascón Mayordomo F.

Resumen

El objetivo del presente trabajo, es evaluar un método pasivo, mediante la creación de un plano inclinado de composite, para la corrección de la mordida cruzada anterior afectando a un solo incisivo. Se seleccionó un total de 20 niños de una semana de tratamiento, demostraban que en todos los casos el incisivo superior permanente, había conseguido una posición correcta.

Palabras clave: mordida cruzada, incisivo, plano inclinado y composite.

Introducción

Cuando la erupción de los incisivos superiores se desarrolla en una posición lingual respecto de los inferiores, hablamos de mordida cruzada anterior. Pueden estar implicados uno o más incisivos y ser debido a la existencia de un patrón esquelético con prognatismo mandibular, u obedecer a una causa localizada que provoca una lingualización del incisivo en su alveolo.

Este tipo de malposición, se desarrolla en edad temprana con frecuencia de 4-5% (Sim, 1.977; Mcdonald, 1.983 y Magnuson, 1.985).

En referencia a las mordidas cruzadas de discrepancia localizada, podemos encontrar que las causas que con más frecuencia la pueden ocasionar son: la presencia de un supernumerario, traumatismos en los incisivos temporales maxilares o una longitud de arco insuficiente.

La evolución clínica de este tipo de patología, cuando no se corrige tempranamente, conduce a la producción de abrasiones en la corona clínica de los incisivos superiores e inferiores, inflamación y daño de los tejidos periodontales y de soporte, e incluso pérdida de espacio por migración de los dientes adyacentes. (Sim, 1.977; Macdonald, 1.983 y Canut, 1;988).(Fig. 1 y 2).



Fig. 1: Abrasión de la corona en el incisivo superior e inferior

Por ello, una vez establecido el correcto diagnóstico y causa de la mordida cruzada, debe instaurarse un tratamiento inmediato que soluciones el problema en fase de dentición mixta.

El objetivo del presente trabajo, es evaluar un método pasivo de corrección de la mordida cruzada de un solo incisivo permanente, mediante la creación de un plano inclinado de composite adherido directamente al propio diente.



Fig. 2: Inflamación y retracción del tejido periodontal en el incisivo inferior

Material y métodos

Se seleccionó un grupo de 20 niños, de edad comprendida entre los 6 y 8 años que presentaban una mordida cruzada anterior localizada a nivel de un incisivo central permanente. (Fig 3)

En el protocolo de selección de los casos, se implantaron como requisitos para la aplicación del tratamiento interceptivo, que:

- El niño se encontrase en estado de dentición mixta, con oclusión de los primeros molares permanentes en clase I.

- En el estudio radiológico efectuado en cada caso, no se debía observar ningún elemento responsable del desplazamiento del incisivo superior, y la posición apical de la raíz del diente debía ser normal, es decir, que no había vestibuloversión del incisivo que se encuentra en mordida cruzada. (Fig 4).

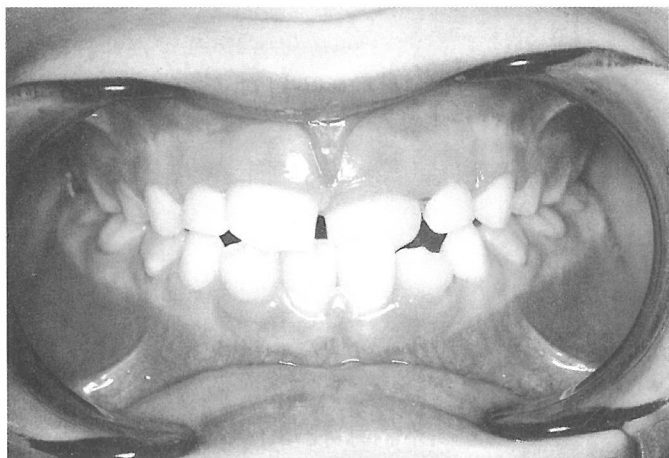


Fig. 3: Incisivo central superior en mordida cruzada

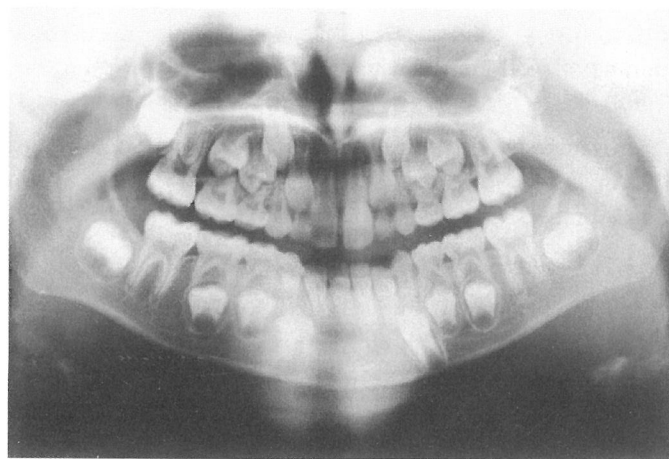


Fig. 4: Estudio ortopantomográfico

- Existir suficientemente espacio mesiodistal para poder desplazar vestibularmente el incisivo.

En todos los casos se instauró un tratamiento interceptivo pasivo, creando un plano inclinado de composite sobre el incisivo inferior.

Para su aplicación, se limpió la superficie del esmalte y se grabó con ácido ortofosfórico durante 60 segundos, se lavó con agua a presión durante 30 segundos, se secó y se aplicó resina de unión y capas de un composite de tipo híbrido a nivel incisal, creando un plano con una inclinación de unos 45° respecto del eje longitudinal del diente, hasta alcanzar una altura de 3-4 mm, aproximadamente (Fig. 5).

Se chequeó la oclusión, comprobando que el único contacto entre ambas arcadas era entre el incisivo inferior, existiendo una disoclusión posterior (Fig. 6).

Se instruyó al niño sobre el nuevo tipo de oclusión y se



Fig. 5: Plano inclinado de composite sobre el borde incisal del incisivo inferior

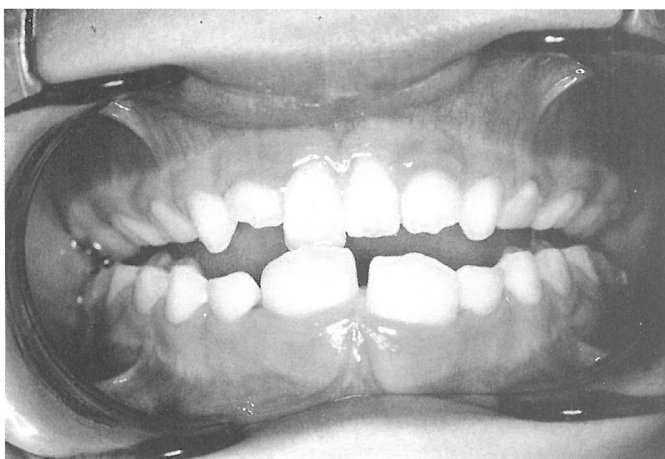


Fig. 6: Oclusión del incisivo superior sobre el plano de composite y disoclusión posterior

le recomendó el seguimiento de una dieta e higiene habitual.

A las 48 h. de la instauración del tratamiento, se hizo un primer control y el siguiente y último, una semana más tarde, procediendo a retirar la resina compuesta mediante pulido.

Resultados

En el primer control, realizado a los 48 h., se observó que el incisivo superior presentaba un cierto grado de vestibulización con disminución de la mordida abierta posterior. (Fig. 7).

Al cabo de una semana de aplicar el tratamiento, se comprobó que en todos los casos, el incisivo se encontraba en su posición correcta y que la disoclusión posterior había desaparecido. En este momento se procedió a eliminar el plano inclinado.

Se interrogó al niño si había presentado algún tipo de molestia o disconfort durante el periodo del tratamiento, en todos los casos la respuesta fue negativa.

Se chequeó la oclusión, y se comprobó que la propia posición del incisivo superior con su sobremordida con respecto al inferior actuaba como retenedor para evitar la recidiva. (Fig. 8).

Se hizo una revisión de los 20 casos tres meses más tarde y se comprobó que en ninguno de ellos existía recidiva.

Discusión

Entre los métodos pasivos descritos en la literatura para corrección de mordida cruzada anterior encontramos: el

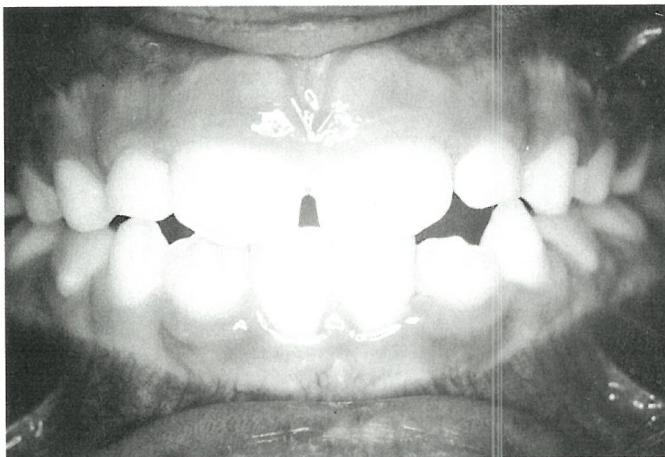


Fig. 7: Disminución de la disoclusión posterior dos días después de comenzar el tratamiento

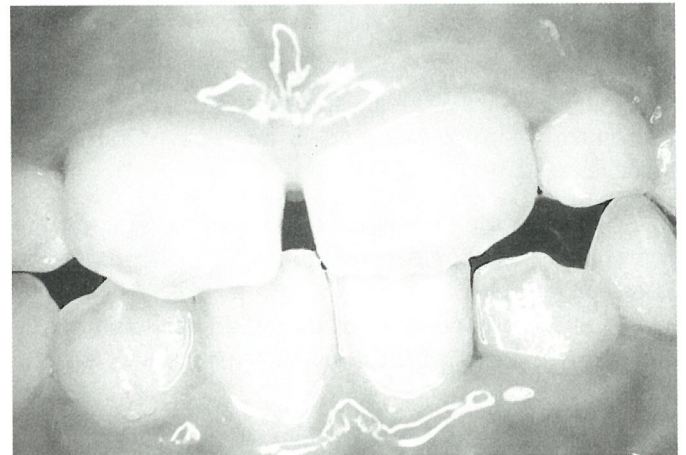


Fig. 8: Incisivo central superior en su posición correcta.

bajalenguas, las coronas de acero invertidas y los planos inclinados de acrílico cementados.

El momento ideal para la aplicación del bajalenguas, es cuando se está iniciando la erupción de los incisivos y antes de que se produzca la linguoclusión. Si se aplica en esta fase, podemos corregir la mala dirección en la erupción del incisivo superior y evitar que quede bloqueado por los inferiores. Pero esto requiere un diagnóstico en esta fase inicial de la erupción y una total cooperación por parte del paciente, que en la mayoría de los casos es difícil de conseguir (Mayoral, 1986 y Urizar, 1988).

La aplicación de una corona de acero invertida en el incisivo superior, es un recurso sencillo con el que conferir la corrección de la mordida cruzada. El problema que plantea es la falta de estética, que implica su rechazo por parte del niño y de los padres (Sexto and Croll, 1983).

El plano inferior de acrílico, precisa una fase de laboratorio, que encarece el tratamiento, y al cementarse sobre un grupo de seis dientes inferiores, puede dar lugar a un disconfort y gingivitis en la zona por falta de higiene durante el periodo del tratamiento (Croll and Riesenberg, 1988).

Los aparatos de tipo activo, son de más compleja elaboración y están indicados cuando la mordida cruzada afecta a más número de dientes (Sim, 1977 y Croll, 1988).

Las ventajas que ofrece la terapia interceptiva mediante la creación de un plano inclinado de composite, radica en que es un dispositivo fijo que cumple su objetivo de forma cómoda; es seguro y se aplica de forma rápida y sencilla; precisa de un mínimo número de visitas clínicas y es estéticamente aceptable.

Por último, proporciona una corrección rápida de la mordida cruzada del incisivo permanente, sin daño para el

diente ni el tejido periodontal de sostén, ya que son las propias fuerzas oclusales y de masticación las que desplazan vestibularmente al diente, deslizándolo sobre el plano inclinado, en un breve espacio de tiempo.

Conclusiones

La mordida cruzada anterior que afecta a un solo incisivo, es una malaoclusión que requiere la instauración de un tratamiento inmediato con el fin de evitar los trastornos secundarios que derivan de su mantenimiento en boca.

Después de un correcto diagnóstico, clínico y radiológico, la corrección de la linguoclusión del incisivo superior con un método pasivo, mediante la creación de un plano inclinado de composite, nos puede ofrecer las siguientes ventajas:

1. Sencillez y facilidad de aplicación.
2. Estética y confort para el paciente.
3. Coste Bajo.
4. Corta duración del tratamiento.

Bibliografía

- Canut J.A et al.: Ortodoncia Clínica. 1º ed. Salvat 1.988 pp.: 144.
- Croll T.P. and Riesenber R.E.: Corrección de la mordida cruzada anterior en la dentición temporal mediante planos inclinados fijos (I). Técnica y ejemplos. Quintessence Ed. Española, 1: 546-52, 1.988a.
- Croll T.P. and Riesenber R.E.: Corrección de la mordida cruzada durante la primera dentición mediante el uso de planos inclinados fijos (II). Más ejemplos y discusión. Quintessence Ed. Española, 1: 623-29, 1.988b.
- Magnuson B.O. Pedodontics: A sistematic approach, 1º ed. Copenhagen: Munksgaard, 1.981 pp. 255-76.
- Mayoral P.: Linguoclusión de los incisivos superiores en dentición mixta. Rev. Iberoamer. de Ortod., 6: 15-22, 1.986.
- Mcdonald R.E. and Avery D.R.: Odontología para el niño y el adolescente. 4º ed. Mundi 1.983, pp.: 550-56.
- Sexton T. and Carroll T.P. Anterior crossbite correction in the primary dentition using reserved stainless steel crowns. J. of Dentistry for Children, march-april: 117-20, 1.983.
- Sim J.: Movimientos dentarios menores en niños. 2º ed. Mosby Co., 1.977 pp.: 243-71.
- Urizar M.A.: Ortodoncia Imperceptiva. Ortod. Espa, 29: 65-67, 1.988.

Dra. Filomena Estrela Sanchis y Dr. José Manuel almerich: Profesores Asociados, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia; Dr. Francisco Gascón Mayordomo: Profesor titular, Facultad de Medicina y Odontología. Univesidad de Valencia.

Publicado en
CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY
"INTERCEPTIVE CORRECTION OF
ANTERIOR CROSSBITE"

Filomena Estrela / José Almerich / Francisco Gascón.
 Vol 15, Núm. 3/1991. P.: 157-159.

Dr. Etiquette, analizador de aliento

Un analizador de bolsillo, llamado Dr. Etiquette se ha comenzado a comercializar por una compañía japonesa, construido a base de un semiconductor que "huele" los metil mercaptanos. Parece que éstos son producidos por las bacterias y son la causa fundamental de la halitosis.

Los usuarios de este aparato deberán llevarlo a la boca y lanzar su aliento; el aparato lleva tres lucecitas que parpadean dependiendo de la intensidad del olor. Así cuando el Dr. Etiquette considera que el aliento es soportable socialmente, se enciende una lucecita verde, ámbar cuando la cosa ya no está tan clara y roja cuando la fetidez de nuestro aliento pudiera poner en peligro el éxito de nuestras relaciones sociales.

Los fabricantes del aparato, que se comercializa en Estados Unidos y Japón al precio de 125 dólares, afirman que muchos compradores pagarán con gusto tan alto precio.