

¿Por qué el tratamiento de una mordida abierta en un paciente en crecimiento no debería postergarse?

**Prof. Dra.
Beatriz
Paganini**



Es sabido, dentro del universo de la ortodoncia, que para cerrar mordidas debemos tener una mente bien abierta.

Se hace imposible desligar la lengua, en los pacientes en crecimiento, de los excesos verticales, como son las mordidas abiertas producidas por disfunción deglutoria, masticatoria o por hábito de interposición inter-arco tanto en el sector anterior como en el posterior.

Frente al desequilibrio, debemos arrimar circunstancias favorables, para sí poner en marcha los mecanismos reguladores que lo llevarán a la configuración perfecta.

Un estímulo funcional como la lengua con igual magnitud y persistencia tendrá diferente repercusión según el biotipo muscular del niño y, por sobre todas las cosas, según la forma en que la función respiratoria se realice de un modo saludable o, por el contrario, con dificultad.

Estos 17 músculos linguales conforman un órgano fundamental del sistema estomatognático, el cual ejerce una función insoslayable que le imprime la capacidad de ser la generadora por excelencia de la forma de los arcos dentarios, siempre y cuando ésta logre un trabajo sinérgico controlado en cada movimiento deglutorio junto a la cincha yugal y a la musculatura labial. Cuando esto no ocurre, se crea una adaptación funcional muy desfavorable que desconfigura el sistema y queda en evidencia una mordida abierta. "La forma es la imagen plástica de la función" (Ruffini). Los tratamientos de las mordidas abiertas, que habitualmente se proponen para los pacientes que están en proceso de crecimiento y que persiguen un cambio ortopédico real, deben lograr al principio cambios que promuevan una adaptación muscular de la nueva posición con acortamiento del músculo pterigoideo lateral para esperar, en una segunda etapa, una adaptación articular y dentoalveolar. Así, milagrosamente, una mordida abierta se irá cerrando.

Será entonces, el medio terapéutico mejor elegido para cada caso clínico junto a la reeducación neurooclusal y a la transdisciplina, lo que nos garantizará el éxito del tratamiento sin caer en una puerta giratoria que no nos conduzca a ninguna parte.

Dra. Lucrecia Clemenz	COMPONENTE FUNCIONAL
	La etiología de la mordida abierta puede ser genética, funcional o multifactorial. En todo tratamiento, es ineludible eliminar los factores etiológicos de la maloclusión a fin de alcanzar una estabilidad a largo plazo. Desde hace años se reconoce la importancia de eliminar el hábito (succión digital, interposición labial, uso prolongado de chupete) y corregir la función (masticación, deglución y respiración). En palabras de Philippe, para mantener los resultados del tratamiento, es necesario establecer un equilibrio funcional que mantenga los elementos morfológicos sobre los cuales está construido. La forma debe estar bien adaptada a la función, la función a la forma y al tipo de dismorfia.¹ Por ello, las disposiciones morfológicas y de comportamiento particulares deben ser previstas por el plan de tratamiento, obtenidas luego de su ejecución y conservadas de por vida. Cuando de mordidas abiertas se trata, inmediatamente, se piensa en la necesidad de realizar "control vertical". ¿Qué se entiende por "control vertical"? Implica cubrir las superficies oclusales de las piezas posteriores con el propósito de impedir su extrusión y permitir, así, la erupción normal de los procesos dentoalveolares anteriores. En su mayoría, las mordidas abiertas se asocian a patrones hiperdivergentes con biotipos dolicofaciales.

	El control posterior tiene como objetivo principal evitar el aumento en la dimensión vertical, lo que agravaría la mordida abierta anterior. En consecuencia, favorece la autorrotación mandibular redireccionando el crecimiento.² Sin embargo, este concepto no solo aplica a pacientes en crecimiento. También, es necesario controlar la extrusión posterior (anclaje vertical) en adultos con mordida abierta anterior. Lo que difiere según la edad del paciente y su estadio de crecimiento y desarrollo es el tipo de aparatología, el tiempo de tratamiento, el resultado y, por supuesto, la estabilidad. El hecho de realizar un correcto control posterior implica no solo la disminución de la dimensión vertical, mediante la autorrotación mandibular sino, también, beneficios oclusales, articulares y estéticos. El mantenimiento de los resultados del tratamiento exige muy frecuentemente una reeducación del hábito y función para lograr una respiración nasal diurna y nocturna y una lengua que descanse en el interior de las arcadas en todas las circunstancias (deglución, pronunciación, sueño).³ Para concluir, es de suma importancia detectar y diagnosticar tempranamente los problemas verticales teniendo en cuenta que, las alteraciones verticales tratadas en estadios de crecimiento responderán con una estabilidad postratamiento a largo plazo, asociada a un reordenamiento funcional, muscular y oclusal. 1. Philippe J. <i>Maintenir les effets du traitement orthodontique</i>. [Keeping steady treatment result]. Rev. Orthop. Dento-Faciale. 2015; 49: 313-323. 2. Proffit W, Fields H, Sarver D. <i>Ortodoncia contemporánea</i>, 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. 606-620. 3. Philippe J. <i>Quelques opinions sur la contention</i>, Rev. Orthop. Dento-Faciale. 2015; 49: 303-308.
Dra. Melina Arias	TEJIDOS BLANDOS
	Este tipo de maloclusión de carácter vertical se encuentra mayormente asociado a patrones faciales de tipo hiperdivergente, en donde suele manifestarse un crecimiento vertical excesivo del tercio inferior de la cara con rotación mandibular en sentido horario, que da un aspecto de “cara alargada” y propicia una alteración en el balance facial.¹ Esta tendencia rotacional genera un predominio del crecimiento vertical en relación al adelantamiento mandibular, muchas veces incrementado por la hipotonicidad de los músculos elevadores. La distancia de los labios y el mentón respecto a la línea E (plano estético de Ricketts) se encuentra aumentada; esto se asocia a un perfil convexo con un ángulo nasomental disminuido y escasa proyección del cuello, caracterizado por ángulos mentocervical y cervicofacial abiertos, junto con la posible presencia de papada debido a un inadecuado posicionamiento lingual.² Frecuentemente, esta alteración está vinculada a factores funcionales que desencadenan o agravan el cuadro clínico; por ejemplo, una protrusión lingual influye sobre la falta de contacto dentario y, a su vez, en una falta de sellado oral. Por su parte, los pacientes suelen manifestar signos asociados a facies adenoideas, como incompetencia labial, hipotonicidad muscular y la antes mencionada interposición lingual. La presencia de obstrucciones en las vías aéreas superiores, predispone a adoptar una respiración bucal que deriva en cambios posturales a nivel del posicionamiento lingual, labial y mandibular.³ La musculatura perioral manifiesta una hipotonía labial con un borramiento del surco labiomentoniano, debido a un cierre muchas veces forzado. Es así cómo esta alteración genera un proceso crónico sostenido que muchas veces compromete la estabilidad luego de un abordaje terapéutico que no resulte integral.



	La finalidad de un adecuado diagnóstico permite trabajar sobre la causa y evitar la recidiva. El tratamiento ortopédico temprano permite un redireccionamiento del crecimiento mediante un control vertical y manejo del plano oclusal por medio de la autorrotación mandibular; el mismo tendrá incidencia en el mencionado crecimiento vertical de la cara y, a su vez, influirá sobre las funciones conformadoras para evitar el asentamiento de esta alteración de carácter multifactorial, lo cual influye sobre los tejidos blandos, logra un mejoramiento en el perfil y en la estética facial, en la tonicidad de los músculos periorales y trata hábitos que pueden resultar desencadenantes de la disgnacia. 1. Saldarriaga Cadavid A. <i>Mordida abierta anterior: Características y factores intrínsecos y extrínsecos</i>. Rev. CES Odont. 1989; 2(2): 71-82. 2. Acuña Dávalos GE, Ballesteros Lozano M, Oropeza Sosa G. <i>Descripción cefalométrica del patrón facial en mordida abierta esquelética</i>. Rev. Odont. Mex. 2013 mar.; 17(1): 15-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2013000100003&lng=es [acceso 18 abril 2022]. 3. García CA. <i>Mordida abierta anterior. Revisión de la literatura</i>. Rev. Estomatología. 2004; 12(2): 4-19.
Dra. Solange Lavia	REPAROS CEFALOMÉTRICOS
	Nada es más desafiante para un ortodoncista que la mordida abierta anterior... Y no es para menos, pues para empezar, se trata de una entidad de origen multifactorial, donde en la mayoría de los casos, están involucrados tanto aspectos genéticos como ambientales y, por ende, haciendo alusión al viejo refrán de: "¿Qué fue primero: el huevo o la gallina?", es muy difícil detectar la causa inicial que predispone a esa condición. Esto la convierte en una alteración de difícil diagnóstico y enfoque terapéutico, así como en uno de los casos con mayor tasa de recidiva. Si bien es sabido que en estas maloclusiones el control de los factores funcionales es primordial, pues son sin dudas el disparador para que la anomalía se instale o perpetúe, no hay que dejar de lado el conocimiento del componente estructural interno y su comportamiento rotacional vertical. Por esta razón, es condición sine qua non incluir en la evaluación de la mordida abierta anterior, un valioso aliado de diagnóstico: la cefalometría. Independientemente del cefalograma con el cual el ortodoncista se sienta más familiarizado, será fundamental detectar si existe o no un compromiso esquelético de base, que alerte al profesional, no solo a enfocarse en el tratamiento causal que genera dicha maloclusión, sino a controlar aquellos factores que son inherentes al paciente (e imposibles de modificar), para que las mecánicas empleadas no agraven tal condición y la hagan más susceptible a una futura recidiva. Por ello, las exigencias terapéuticas deberán ser más que rigurosas. Valores cefalométricos alterados tales como: la altura facial inferior, el ángulo del plano mandibular, la inclinación del plano palatino de Ricketts y el porcentaje de alturas de Jarabak, que corroboren la presencia de una mordida abierta de origen esquelético, serán factores cruciales a tener en cuenta durante la planificación, en pos de lograr un tratamiento adecuado y estable en el tiempo.¹ La importancia del diagnóstico precoz, sobre todo, antes del pico prepuberal, contemplar una sobrecorrección del <i>overbite</i> con valores mayores a la norma, y preconizar el uso de contenciones funcionales son el <i>as bajo la manga</i> con la que podrá contar el profesional, y que actuarán como escudo protector contra una maloclusión tan recidivante como la mordida abierta anterior. 1. Acuña Dávalos GE, Ballesteros Lozano M, Oropeza Sosa G. <i>Descripción cefalométrica del patrón facial en mordida abierta esquelética</i>. Rev. Odont. Mex. 2013; 17(1): 15-19, ISSN 1870-199X.

Dra. Verónica Molina



CAVUM RESPIRATORIO

La mordida abierta anterior es una de las maloclusiones más difíciles de tratar en ortodoncia. Se debe diferenciar si es de origen esquelético o dentario.¹

Los pacientes con características esqueléticas de tipo dólico facial tienen, generalmente, las vías aéreas obstruidas. La apariencia facial de ellos fue nombrada hace muchos años como facie adenoidea: los pómulos son estrechos, las narinas comprimidas, presentan incompetencia labial y ojeras exageradas. Esa terminología resultaba errónea, ya que se relacionaba exclusivamente al patrón dólico facial y su expresión “vacía” con mordida abierta, con una obstrucción adenoidea o con otras deficiencias respiratorias. Es fallido tener en cuenta que la condición patológica causante de la obstrucción de las vías aéreas pueda estar relacionada con enfermedad o anomalías de las narinas, septum o de la arquitectura externa nasal o con una obstrucción de la masa adenoidea que pudo haber sido resuelta al momento de la evaluación de las vías aéreas superiores. Se debería hacer un confiable examen de las vías aéreas antes de intervenir, para que el tratamiento vaya directamente al agente etiológico.²

Se asocia a una etiología multifactorial que implica factores genéticos y/o ambientales. Dentro de estos factores se encuentran el comportamiento (hábitos de succión de dedo y postura lingual hacia delante), el patrón de crecimiento no favorable (crecimiento esquelético vertical con rotación mandibular hacia atrás), el trastorno dentoalveolar (diente anquilosado y traumas), los trastornos de los tejidos blandos (macroglosia, hipertrofia amigdalina, etc.), las posturas corporales inadecuadas y la obstrucción nasofaríngea (causante de la respiración oral, como el bloqueo anatómico, las enfermedades alérgicas o la hiperplasia adenoidea).³

Los pacientes con mordida abierta anterior presentan, generalmente, una reducción de la dimensión anteroposterior de las vías aéreas, más significativa en la naso y orofaringe. Ellos tienen el hioides en una posición más anteroinferior, lo que luego da un incremento en las dimensiones verticales de las vías aéreas. También, se observa una altura dentoalveolar y una altura facial anterior aumentadas, reflejando un crecimiento vertical y rotacional posterior.⁴

Los pacientes con mordida abierta esquelética, en comparación con los pacientes con mordida abierta dentaria, muestran una sobremordida más negativa y un crecimiento de rotación posterior. Además, la dimensión anteroposterior de la orofaringe es significativamente menor.⁵

Se observa en los pacientes con mordida abierta dentaria una mejor adaptación muscular, ya que el hioides se mueve de manera anteroinferior, y hay un incremento de la dimensión vertical de las vías aéreas.

El estrechamiento anteroposterior de las vías aéreas superiores, así como la adaptación muscular del hioides, revelan una propensión a la mordida abierta anterior.⁶

1. Ricketts R, et. al. *Técnica bioprogresiva de Ricketts*. Buenos Aires: Panamericana; 1983. p. 24-39.
2. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. *Mordida abierta anterior* (revisión bibliográfica) 2021.
3. Ngan P, Fields HW. *Open bite: a review of etiology and management*. Pediatr. Dent. 1997; 19(2): 91-8.
4. Laranjo F, Pinho T. *Cephalometric study of the upper airways and dentoalveolar height in open bite patients*. Int. Orthod. 2014; 12: 467-482.
5. Gregoret J, et. al. *Ortodoncia y cirugía ortognática. Diagnóstico y planificación*. 2.ª ed. Caracas: Amolca. p. 101-115.
6. Vidal-Manyari PA, Arriola-Guillén LE, Jiménez-Valdivia LM, Dias-Da Silveira HL, Boessio-Vizzotto M. *Upper airways evaluation in young adults with anterior open bite*. Int. Orthod. 2020; 18: 276-285.