

# Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica

C.D.E.O. Paloma Gabriela Acosta Uribe\*

M.O. Alma Rosa Rojas García\*\*

C.D.E.O. Jaime Fabián Gutiérrez Rojo\*\*\*

M.O. Rafael Rivas Gutiérrez\*\*\*\*

\*Egresada de la especialidad en Ortodoncia, U.A.N.  
Autora responsable.

\*\*Maestría en Odontología. Docente de la especialidad en Ortodoncia, U.A.N.

\*\*\*Egresado de la especialidad en Ortodoncia. Docente de la unidad académica de Odontología, U.A.N.

\*\*\*\*Maestría en Odontología. Docente de la especialidad en Ortodoncia, U.A.N.

- Acosta, U.P.G., Rojas, G.A.R., Gutiérrez, R.J.F., Rivas, G.R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Oral Año 11. Núm. 33. 2010. 577-579

Descriptor: mordida abierta, deglución atípica, terapia miofuncional

Keyword: open bite, atypical swallowing

## resumen

La mordida abierta corresponde a la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas. Provocando frecuentemente alteraciones estéticas y funcionales en la masticación, fonación y deglución.

La deglución atípica es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sin número de alteraciones a nivel bucal.

La mordida abierta puede deberse a diferentes factores etiológicos y para obtener un buen resultado en su tratamiento es necesario realizar un buen diagnóstico.

Se presenta un caso clínico donde actúa dicho factor etiológico en el cual se logró un resultado satisfactorio en el tratamiento ortodóncico.

## abstract

The anterior open bite refers to the absence of contact between the teeth of the anterior sectors of maxillas with its antagonist. Frequently bringing aesthetic and functional alterations in chewing, phonation and swallowing. Open bite can be due to different etiologic factors and it is necessary to make a right diagnosis in order to obtain a good result in treatment. The atypical swallowing is a bad habit, produced by many factors which trigger alterations at buccal site. A clinical case is presented where this etiologic factor acts. A satisfactory result in the orthodontic treatment was obtained.

## Introducción

La mordida abierta anterior se puede definir como la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas.<sup>1</sup> Cuando la separación es de 0 a 2 mm se considera una mordida abierta moderada, si pasa de 3 a 4 mm se le llama severa y más de cuatro mordida abierta extrema.<sup>2</sup>

J. Lefonlon, en el año de 1841, describe algunas irregularidades que ocurren en la cavidad oral con la fuerza externa de los músculos y labios, así como la fuerza interna que produce la lengua y las fuerzas oclusales. Menciona que algunos sonidos durante el habla pueden ser factor de desplazamiento dental debido a la fuerza de la lengua sobre los dientes. Pero no fue hasta un año después cuando Caravelli introduce el nombre de *mordida abierta*.<sup>3</sup>

La mordida abierta anterior trae frecuentemente alteraciones estéticas y funcionales en la masticación, fonación y deglución.<sup>4</sup>

Siempre es motivo de controversia entre los ortodoncistas la causa y el tratamiento de las mordidas abiertas. La causa es muy difícil de identificar porque existe una amplia gama de factores etiológicos.<sup>5</sup>

Entre los factores etiológicos encontramos: la posición anormal de la lengua, presión excesiva de la lengua al deglutir<sup>6</sup>, respiración bucal<sup>2</sup> y hábitos de succión. Pueden ser asociados con la formación o el mantenimiento de la mordida abierta.<sup>6</sup> Según las condiciones que determinan la aparición de una maloclusión de este tipo:

- Hábitos alterados durante el crecimiento:
  - Chupeteo del dedo pulgar.
  - Disfunción lingual: interposición lingual.
  - Deglución atípica.
- Deficiente erupción de dientes anteriores, o excesiva erupción de dientes posteriores, o combinación de ambas.
- Alteración de crecimiento de las bases esqueléticas maxilares: altura facial posterior excesiva, retrognatia mandibular severa, rama ascendente mandibular excesivamente corta, síndrome de cara larga.
- Trastornos morfológicos condilares: reabsorción condilar idiopática, secuelas de traumatismos condilares, necrosis avascular.<sup>1</sup>

En los Estados Unidos el 6.6% de los afroamericanos presenta mordida abierta, el 2.9% de los caucásicos y el 2.1% de los México-americanos.<sup>7</sup>

Existe una gran relación de la mordida abierta con la deglución atípica. Si la mordida abierta es severa la deglución atípica lo es también, y por lo tanto los problemas de dicción también aumentan.<sup>8</sup>

La deglución se manifiesta desde muy temprano. A las seis semanas de gestación ya hay manifestaciones de actividad deglutoria. En el recién nacido la lengua está en posición postural de succión hacia delante y parece relativamente grande. La punta de la lengua toma parte en el sellado labial anterior, insertándose en las almohadillas gingivales. Esta posición de la lengua y su correspondiente deglución es denominada deglución infantil. Durante el

segundo semestre del primer año de vida, el reflejo deglutorio comienza a modificarse por el cambio de alimentación de líquido a semisólidos o sólida y por la erupción dentaria. Este período entre seis a doce meses de edad se denomina de transición y está condicionado fundamentalmente por la maduración neuromuscular, el cambio en la postura de la cabeza y el efecto gravitacional de la mandíbula.<sup>9</sup>

La deglución atípica en los niños es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sin número de alteraciones a nivel de la cavidad bucal. Es la enfermedad de la lengua en la cual, la acción muscular es activada a un mal hábito.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar las palabras, algo más acentuado en niños de edad escolar.<sup>2</sup>

En un estudio realizado por el Dr. Pizarro, de los 79 niños examinados, se encontraron un 18,9% sin alteraciones y un 81,1% con alteraciones de algún mal hábito oral; la distribución por sexo fue: pacientes sin alteraciones, el 40% son varones y el 60% mujeres. Entre los portadores de los malos hábitos orales se encontraron que el 68,4% fueron varones y el 31,6% mujeres. La frecuencia de los malos hábitos orales es la siguiente: respirador bucal 48,1%, deglución atípica 41,7%, chupadores de dedo 27,8%, muerde objetos 16,4%, onicofagia 10,1% y los bruxomanos 8,8%.<sup>10</sup>

Se menciona que la deglución atípica es una adaptación a la mordida abierta en lugar de la etiología. Cuando la lengua se proyecta sirve como válvula para prevenir que no escape la comida o líquidos.<sup>2</sup>

#### Terapéutica de la deglución atípica

-Métodos funcionales: realizados habitualmente por el fonoaudiólogo, con el propósito de reeducar la musculatura que interviene en la deglución.

-Métodos psicológicos: aplicados por psicólogos por medio de acondicionamiento e hipnosis.

-Método mecánico: ejecutados por ortodoncistas mediante aparatos que buscan impedir u orientar la posición de la lengua durante la deglución.

-Método mixto: son los más indicados, porque integran los aparatos con ejercicios mioterapéuticos específicos.<sup>10</sup>

Entre los tratamientos más comúnmente usados para la mordida abierta está el bite block, aparatos para quitar el hábito, arco extraorales, mentonera de tracción vertical, arcos quirúrgica.<sup>12</sup>

Los tratamientos de la mordida abierta con extracciones proporcionan una mayor estabilidad de la sobremordida que los tratamientos sin extracciones.<sup>13</sup>

Los casos más severos generalmente terminan siendo corregidos con tratamientos combinados ortodóncos-quirúrgicos, entre los menos severos podemos encontrar diversas alternativas para su corrección, sin embargo en muchas ocasiones tenemos casos donde aún después de haber agotado casi todos nuestros esfuerzos persiste la mordida abierta, o no cierra completamente, ahora bien pensemos en la estabilidad del cierre de mordida antes de inmiscuirnos en cómo lo cerramos, algunos clínicos tratan las mordidas abiertas como lo que muchas ellas son, o lo

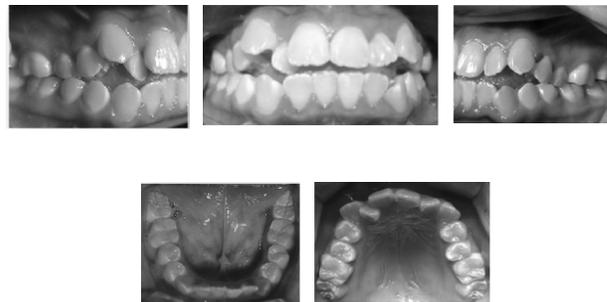
que aparentan ser, una apertura en la zona anterior, o sea a nivel de incisivos y algunos casos hasta caninos y premolares, y tratan de cerrar la apertura haciendo descender la región que ocupa los dientes del maxilar superior obteniendo en muchos casos una extrusión de los dientes antero-superiores, con cambios remodelativos óseos que permiten cerrar adecuada o medianamente la mordida dependiendo de su severidad.<sup>14</sup>

## Fotos iniciales



#### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 16 años 2 meses de edad que acudió a la clínica de ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. El motivo de la consulta fue *mis dientes están chuecos*, presentando las siguientes características: perfil facial; convexo, tercio inferior aumentado, biotipo dólcofacial, apiñamiento dental anterior, clase I esquelética, clase II canina, clase I molar, mordida abierta anterior de 3mm, proinclinación de los incisivos superiores e inferiores, crecimiento armónico, giroversiones forma de arcos; cuadrados. Como hábito: deglución atípica.



Para corregir el hábito de la deglución atípica se le indicó a la paciente terapia miofuncional, que consistía en ejercicio para reposicionar la lengua. El tratamiento de ortodoncia se llevó a cabo con extracciones de los primeros premolares superiores e inferiores, se utilizó la técnica estándar Edgewise .018" y secuencia de arcos. La paciente acudió a la clínica cada 3 o 4 semanas durante 3 años 3 meses.

### Discusión

Vera menciona que el tratamiento de la mordida abierta debe ser hecho con base en la anatomía y a la función.<sup>8</sup> En caso de utilizar micro implantes para la intrusión de los molares, se debe tener cuidado en la retención de los molares<sup>15</sup> y se debe de olvidar el componente funcional de las mordidas abiertas.

Jason en su estudio evaluó la estabilidad en el período de retención en pacientes con mordida abierta tratados con extracciones y sin extracciones encontrando que estadísticamente no hay diferencia significativa en la retención del tratamiento (en este estudio el período de retención para los pacientes sin extracciones era de cinco años y para los pacientes con extracciones era de ocho). Sin embargo se observó que en los pacientes con extracciones hay mayor estabilidad en la sobremordida vertical obtenida.<sup>13</sup>

Diferentes autores refieren dentro de su tratamiento el uso de ejercicios miofuncionales para eliminar la deglución atípica y de esa manera ayudar al cierre de la mordida abierta. Coincidiendo con lo reportado por Vera<sup>8</sup>. En este caso clínico, se observó que la ejecución de los ejercicios contribuyó al cierre de la mordida.

### Conclusión

En los pacientes con mordida abierta es importante tomar en cuenta todos los factores que la componen para su tratamiento. Los ejercicios funcionales ayudan a que la lengua cambie su posición y de esa forma la mecánica del tratamiento de ortodoncia sea más efectiva, y el tratamiento tenga mayor estabilidad disminuyendo la posibilidad de tener recidiva.

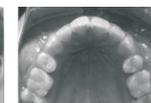
### Bibliografía

- 1.-García, A., González, R., González, L., Burgueño, G. Mordida abierta anterior, Protocolos Clínicos Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Consultado el día 25 de marzo del 2009 en [archivos.secom.org/archivo/2df/protocolo.pdf](http://archivos.secom.org/archivo/2df/protocolo.pdf).
- 2.-Karacay, S., Akin, E., Ortakoglu, K., Bengi, O. Dynamic MRI evaluation of tongue posture and deglutitive movements in a surgically corrected open bite. *Angle Orthod* 2006; 76 (6), 1057-1065.
- 3.-Parker, J. The interception of the open bite in the early growth period. *Angle Orthod* 1971; 41 (1): 24-44.
- 4.-Mejía, C., Galvis, J., Sierra, M. Alternativa de tratamiento de la mordida abierta anterior por medio del aparato ortopédico funcional Simoes Network 3, revista CES Odontología. Vol. 8-Nº 1, 1995, 70-83.
- 5.-Hotokezaka, H., Matsuo, T., Nakagawa, M., Mizuno, A., Kobayashi, K. Severe Dental open bite malocclusion with tongue reduction after orthodontic treatment. *Angle Orthod* 2001; 71: 228-236.
- 6.-Cozza, P., Mucedero, M., Baccettic, T., Franchid, L., Treatment and post-treatment effects of quad-helix/crib therapy of dentoskeletal open bite. *Angle Orthod* 2007; 77 (4), 640-645.
- 7.-Beane, R., Reimann, G., Phillips, C., Tulloch, C. A Cephalometric Comparison of Black Open-Bite Subjects and black normals. *Angle Orthod* 2003; 73 (3), 294-300.
- 8.-Vera, A., Chacón, I., Ulloa, R., Vera, S. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y

## Fotos intermedias



## Fotos finales



edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de catia, propatria, en el segundo trimestre del año 2001 consultado el día 22 de marzo del 2009 en: [www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion\\_atipica\\_mordida\\_abierta\\_diccion\\_rendimiento\\_escolar.asp#](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp#)

- 9.-Olguín, P., Quintana, S. Mordida abierta anterior en niños de 2 a 4 años y uso de pacificadores orales en un sector de la comuna de la Barnechea, revista dental de Chile, Vol. 92, Nº2, 2001, 1-8.
- 10.-Peñaflor, F., Vierna, Q. Cierre de mordida en paciente adulto con tratamiento de ortodoncia fija y terapia miofuncional, *Oral Año* 9. Núm. 29. Verano 2008. 453-456.
- 11.-Pizarro, C., Hornorato, R. Alteraciones neuromusculares buco-faciales, 1981, revista *Rev Che Pediatr*. 52, 299-302.
- 12.-Cal-neto, J., Quintao, C., Menezes, I., Almeida, M. Severe anterior open-bite malocclusion orthognathic surgery or several years of orthodontics?. *Angle Orthod* 2006; 76 (4), 728-733.
- 13.-Janson, G., Valarelli, F.P., Beltrao, R.T., De Freitas, M.R., Henriques, J.F. Stability of anterior open-bite extraction and non-extraction treatment in the permanent dentition. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2006; 129(6):768-74.
- 14.-Quirós, O. Uso del bloque de intrusión posterior, en el tratamiento de mordidas abiertas anteriores, *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*, 2003, Caracas-Venezuela.
- 15.-Park, H., Kwon, O., Sung, J. Non extraction treatment of an open bite with microcrew implant anchorage. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2006, 130(3): 391-402