

Mordida cruzada anterior

La mordida cruzada anterior de uno o más incisivos permanentes no es un hecho infrecuente. Presentamos el caso una niña a la cual se procedió a corregir una mordida cruzada del 11 y del 21 de una manera rápida y sencilla. Es importante diagnosticar precozmente el patrón eruptivo de los incisivos para evitar tener que realizar tratamientos más complejos.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

En el siguiente caso clínico presentamos a una niña de 7 años de edad a la que se le diagnosticó una mordida cruzada anterior -del 11 y del 21- (fig. 1), siendo la oclusión molar y canina correcta (fig. 2 y 3), por lo que llegamos a la conclusión de que las bases esqueléticas están bien relacionadas entre sí y que el origen de esta maloclusión es dental. Esto nos hace pensar que el tratamiento que requiere no será complicado. Además, es capaz de establecer contacto con los bordes incisales y tiene espacio suficiente en sentido mesiodistal para que el diente se mueva hasta su posición correcta.



Fig.1



Fig.2



Fig.3

Al no haber erupcionado todavía el 12 ni el 22, optamos por realizar un tratamiento sencillo con un plano inclinado que nos sirvió de guía para adelantar la posición tanto del 11 como del 21. No optamos por un depresor lingual porque requiere mucha colaboración por parte de la niña y además ya era bastante marcada la mordida cruzada. El plano inclinado, en cambio, no necesita mucha cooperación y está aconsejado cuando hay uno o dos dientes afectados y además existe una ligera sobremordida, como es el caso (fig. 1).

TRATAMIENTO

Tomamos unas impresiones de alginato y registros oclusales y enviamos los modelos al laboratorio de ortodoncia.

Se realizó un plano inclinado, cubriendo los incisivos inferiores, en una placa inferior removible sujeta a los primeros molares permanentes por medio de ganchos tipo Adams para que así estuviera más fijo y estable (figs. 4, 5 y 6).



Fig.4



Fig.5



Fig.6

En la fig.7 podemos observar el plano inclinado que lleva la placa removible.



Fig.7

Este aparato actúa disminuyendo el avance de los incisivos inferiores y presionando sobre la superficie palatina de los incisivos superiores para desplazarlos vestibularmente. Si se quiere, se puede añadir al aparato una rejilla lingual que obligue a la lengua a posicionarse hacia palatino, por detrás de los incisivos superiores; así se logra un estímulo para el movimiento dental de los incisivos superiores hacia labial.

El tratamiento suele durar un mes aproximadamente pero, como ocurre con todos los aparatos removibles, el éxito del tratamiento depende de la cooperación y el cumplimiento por parte del paciente. Si se consiguen ambos y el paciente se compromete a usar el aparato, el tratamiento funciona satisfactoriamente. En este caso, la niña lo rompía porque jugaba con el aparato quitándose y poniéndose con la lengua.

Realizamos revisiones periódicas cada 15 días y en 1 mes se consiguió una oclusión anterior correcta (fig. 8).



Fig.8

Aparte de la solución propuesta y que pusimos en práctica, tenemos a nuestra disposición otras alternativas de tratamiento:

1. **Planos Inclinaos Anteriores.** Se puede emplear desde un depresor lingual hasta una pinza, indicando al niño que realice ejercicios de palanca sobre el diente en mordida cruzada. Estos aparatos tienen la ventaja de su bajo coste y la desventaja de que dependen de la cooperación del paciente. Otra opción es utilizar planos inclinados de acrílico pero cementados a los incisivos inferiores o al diente en mordida cruzada. En dentición temporal, puede ser efectivo el tallado selectivo de caninos y molares temporales.
2. **Placas Activas Removibles.** Son placas simples con un mínimo levantamiento de mordida para asegurar el paso, hacia labial, del incisivo o incisivos cruzados y uno o varios resortes de protrusión (tipo cantilever, en forma de S).

Si la mordida cruzada se trata como parte integrante de una maloclusión más extensa, con gran apiñamiento e irregularidad dental en la arcada superior, puede empezarse directamente con aparatos fijos multibrackets en la arcada superior, colocando un plano inferior removible de acrílico para favorecer el descruzamiento incisivo.

Dra. Ana M. García Valoria
Odontopediatra

Caso clínico publicado en Geodental.com
<http://www.geodental.net/article-6614.html>