



ANOMALIAS VERTICALES MORDIDA ABIERTA*

Diagnóstico y pronóstico

Dra. Rosita Piekarewicz de Lazovski

Palabras clave: Mordida abierta: diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico.

INTRODUCCION

El diagnóstico es el arte de conocer los signos y síntomas de las enfermedades. Realizando el análisis de todos los elementos etiopatogénicos, morfológicos, clínicos y funcionales, logramos un balance semiológico lo más amplio posible y llegamos al diagnóstico y al pronóstico.

DIAGNOSTICO

En ortopedia funcional el diagnóstico debe ser:

* Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Ortopedia funcional de los maxilares. Montevideo, octubre, 1988.

I) Integral: el ser humano es una unidad; hay sinergismo de funciones, existe interdependencia de los distintos órganos y sistemas, de modo que los factores generales se manifiestan en las distintas disgnacias.

II) Precoz: importa resolver los problemas en sus primeras manifestaciones.

III) Funcional: por la interrelación de forma y función.

Desarrollo

Evaluamos someramente los elementos que manejamos para nuestra elaboración diagnóstica:

I) Anamnesis, alejada y actual

Nos dará el conocimiento de los antecedentes familiares e individuales del paciente, del que surgirá la información en relación a la evolución del niño desde su

concepción, nacimiento y evolución hasta el momento que llega a nuestra consulta.

II) Examen clínico

Debe ser morfofuncional, analizando desde lo general a lo particular.

Nuestro examen clínico comienza con la observación del niño desde la sala, su postura, su desplazamiento y su actitud frente a la situación, sin descuidar el aspecto psicológico.

En el examen facial veremos generalmente:

- cara alargada,
- altura facial anterior aumentada,
- tercio inferior muy aumentado,
- altura facial posterior disminuida con rama corta y a veces con concavidad posterior,
- al tacto, escotadura premaseterina marcada, característica de la mandíbula en postrotación,
- desequilibrio entre elevadores y suprahioides,
- sínfisis fina y alargada,
- perfil angulado,
- narinas estrechas, comprimidas, que se observan cuando el componente funcional respiratorio está comprometido,
- incompetencia labial, frecuentemente el labio superior está hipotenso, evertido por falta de trabajo y el labio inferior ligeramente evertido,
- mordida abierta anterior o lateral,

-muskulatura débil, flaccidez e hipomuskulatura,

-a veces vegetaciones adenoideas y/o amígdalas voluminosas,

-tamaño, forma y posición de la lengua.

Las anomalías verticales abiertas son las más fáciles de diagnosticar desde el punto de vista clínico, presentando como signo común la inoclusión en el sector anterior y/o lateral en períodos en que debería haber alcanzado su cierre natural. Puede ser fisiológica, presentándose en los períodos eruptivos.

Estas anomalías pueden no presentarse puras, sino asociadas a otras anomalías: transversales y/o sagitales.

III) Examen funcional

Debemos comenzar por considerar:

- alteración del cierre bilabial,
- trastornos en la fonación,
- respiración bucal nocturna o permanente,
- succión digital o de objetos extraños,
- deglución atípica con distintas conductas en la relación labio-lengua,
- simple interposición lingual sin trastornos sagitales.

Importa la observación del comportamiento funcional deglutorio para elaborar el pronóstico y la elección de la terapéutica adecuada.

Los factores funcionales, relaciones labiales, comportamiento lingual, suc-

ción, deglución y trastornos en la respiración, etc. requieren el concurso de factores endógenos (nutricional, hormonal, metabólico, trastornos neuromusculares, factores heredoconstitucionales) para generar mordidas abiertas.

IV) Exámenes complementarios

- a) Estudio de modelos.
- b) Estudio radiológico.
- c) Estudio cefalométrico. Telerradiografía en norma lateral.

a) *Características radiológicas:* en las telerradiografías de perfil, se observan las siguientes características:

- cavum,
- sínfisis alargada y estrecha con el eje mayor inclinado hacia atrás,
- cortical de la sínfisis adelgazada,
- ángulo goníaco abierto,
- rama corta a concavidad posterior,
- escotadura premaseterina marcada,
- conducto dentario (cuando se ve) aplastado,
- cuello condíleo estrecho y alargado, orientado hacia arriba y atrás,
- incisivos ubicados sobre el eje mayor sínfisario,
- ángulo interincisivo disminuido,
- a nivel de la columna cervical, actitud lordótica cervical,
- aumento de la distancia espina nasal anterior-mentoniano respecto al tercio medio facial,

-disminución de la altura facial posterior,

-aumento de la altura de alveolares, distancia ápice-basal, si bien se da en la zona molar, es más evidente en el sector anterior, e indica la tendencia a la compensación en el crecimiento mandibular.

En el estudio de todos los signos y síntomas debemos establecer un diagnóstico diferencial entre las mordidas abiertas que se presentan con divergencia basal, con un ángulo B aumentado y aquellas en las que no se presenta dicha divergencia basal.

Los datos radiológicos que consideramos complementarios no valen por sí mismos, sino que son analizados en el contexto del resto de las estructuras. La divergencia de basales indica la característica de la dirección del crecimiento, ya sea rotacional anterior o posterior o vertical y hay que tomarlo en cuenta en el pronóstico y en el plan terapéutico.

No debemos descuidar las mordidas abiertas potenciales en las cuales no está presente la mordida abierta clínica; ellas se pueden presentar cuando en el transcurso del tratamiento de otras anomalías no se tuvo en cuenta la tendencia rotacional de la mandíbula durante el crecimiento. También se pueden presentar como consecuencia de las modificaciones que producimos sobre el equilibrio neuromuscular al expandir o distalar.

PRONOSTICO

El pronóstico se debe considerar tanto desde el punto de vista etiopatogénico como terapéutico, ya que nuestra propuesta será alcanzar el equilibrio morfofuncional, neuromuscular y su estabilización.

En él entran en juego factores inherentes al profesional y factores inherentes al paciente, su medio familiar y en el que se desenvuelve habitualmente, tomando en consideración el grado de colaboración que se logre.

Importa sobre todo la oportunidad del tratamiento, la edad del paciente, la anomalía en sí, los factores heredoconstitucionales, las características biotipológicas y los factores psicológicos. Se debe hacer un

balance final e interrelacionar todos los elementos ya que todos importan.

En el terreno de las mordidas abiertas, llevando al organismo a un óptimo morfofuncional logrando la rehabilitación y el equilibrio neuromuscular, el pronóstico será favorable. La propuesta terapéutica siempre estará condicionada a la capacidad de recuperación funcional y orgánica del paciente y a su colaboración.

En las mordidas abiertas potenciales el pronóstico será favorable siempre que no se agrave el equilibrio inestable presente, mediante maniobras terapéuticas no basadas en el control de los sectores posteriores. Cuando ya están implicadas las estructuras óseas en un terreno con hiperdivergencia basal, el pronóstico será más reservado.

CASOS CLINICOS

Caso clínico N° 1 (figuras 1, 2, 3 y 4)

N.O. 10 años.

Mordida abierta, estrechez, ligera distorsión.

Presenta asimetría facial.

Tercio inferior aumentado, narinas estrechas.

Incompetencia labial, labio superior corto, labio inferior evertido con surco

labiomentoniano marcado y también surco nasogeniano marcado.

Hábito de succión del pulgar.

Respiración mixta.

Disfunción en la deglución: realiza el cierre anterior con labio y lengua, eleva el labio inferior con la ayuda del grupo mentoniano.

Radiológicamente se observa: sínfisis fina, escotadura premaseterina, rama corta.

Actitud lordótica cervical.

Los valores cefalométricos nos indican que las estructuras no están comprometidas. Consideramos como factores etiológicos la disfunción y el hábito y nuestro

pronóstico será favorable por el grado de compromiso estructural, por la colaboración del paciente y la eliminación del hábito.

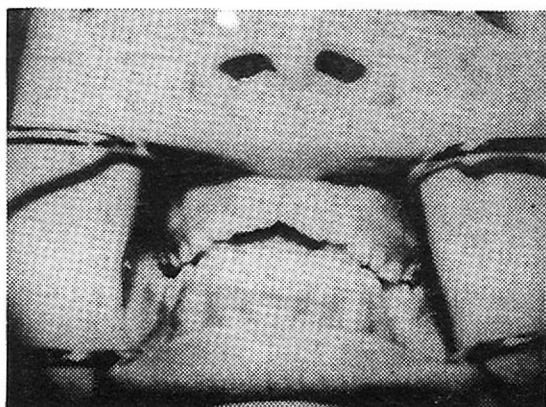


Figura 1

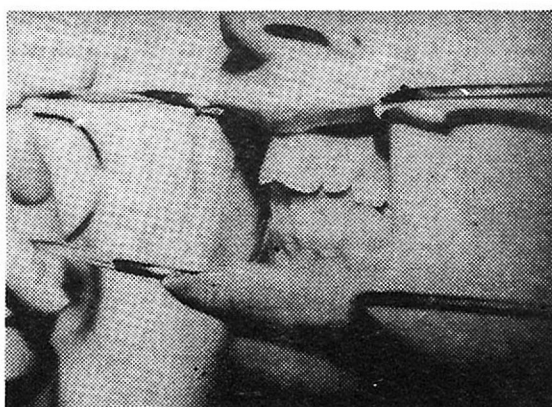


Figura 2



Figura 3

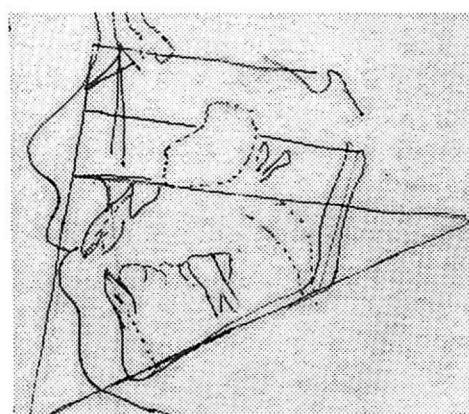


Figura 4

Caso clínico N° 2 (figuras 5, 6, 7 y 8)

P.G. 12 años

Actitud xifótica y lordótica con escápulas aladas.

Importante aumento del tercio inferior facial, disminución del tercio medio.

Disminución de la altura facial posterior.

Boca abierta con lengua bien visible.

Papada por posición baja de la lengua.

Respirador bucal permanente por problemas amigdalinos; tendencia a la mesio-relación, mordida cruzada unilateral con



Figura 5

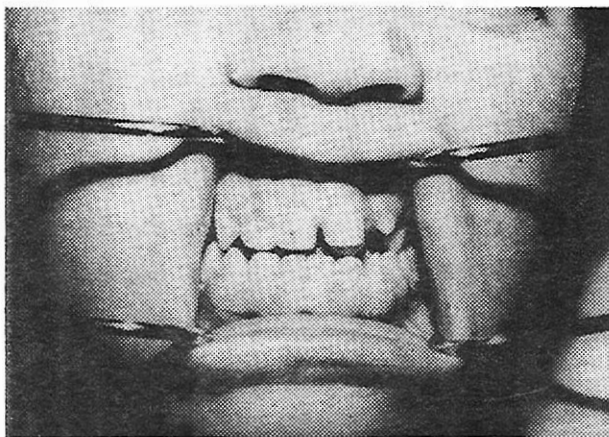


Figura 6

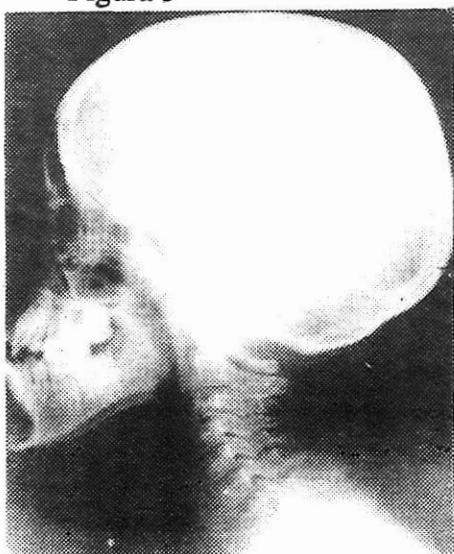


Figura 7

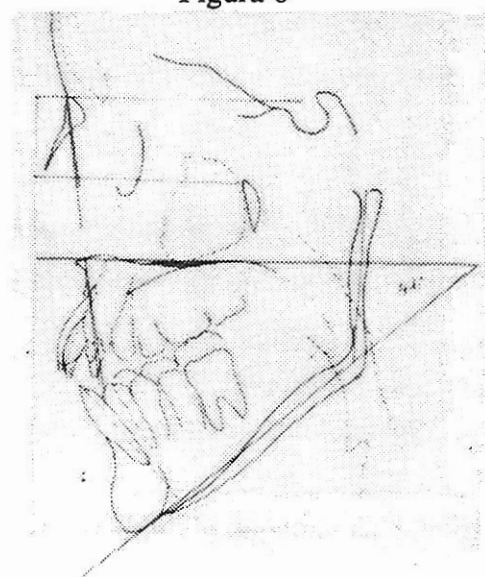


Figura 8

déficit en el desarrollo del maxilar superior.

Trastornos funcionales en la deglución y en la fonación.

Radiológicamente encontramos una sínfisis fina; escotadura premaseterina marcada; ángulo B o interbasal muy aumentado, lo que nos indica que es una mordida abierta clínica con hiperdivergencia de bases óseas.

En este caso el pronóstico es reservado por la presencia de estos factores, a los que se suman los trastornos funcionales.

Resumen

Se analizan los distintos elementos que componen el balance semiológico para realizar el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el pronóstico de las anomalías verticales abiertas.

Se destaca la importancia del diagnóstico precoz, integral y funcional.

Se procurará el apoyo de las diferentes ramas médicas y paramédicas, teniendo en cuenta las diversas alteraciones funcionales involucradas.

Se presentan dos casos clínicos para ejemplificar lo expuesto.

Summary

We analyze different parts of the elements that form the semiology to make the diagnostic, the differential diagnostic and the prognosis of the vertical open anomalies.

We emphasize the importance of diagnostic in advance, integral and functional.

We procure the support of different medical specialists and paramedicals, taking into account the different functional alterations involved.

Two clinical cases are presented to give an example of the elements mentioned above.

Bibliografía

- TORRES, R.: *Biología de la boca*.
TORRES, R.: *Tratado de Gnato-Ortopedia Funcional de los Maxilares*.
LANGLADE, M.: Los problemas de los grandes excesos verticales anteriores. *Revista Española de Ortodoncia*, 14 (1984), 73-114.