

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica

Open bite. Bibliographical Revision

Yenileidy Fonseca Fernández^I, Elaine Fernández Pérez^{II}, Angélica María Cruañas^{III}

I Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral.
e.mail: yenyff@correodecuba.cu

II Especialista Primer Grado en Ortodoncia. Instructora. e.mail: michogb@yahoo.es

III Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral.
e.mail: angelicamcm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la mordida abierta anterior es aquella situación de la oclusión, en la que uno o más dientes (maxilares o mandibulares) no alcanzan el plano de la oclusión por no hacer contacto con los antagonistas.

Objetivo: abordar estudios actuales de la maloclusión Mordida Abierta anterior.

Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica desde una perspectiva histórica y actualizada en revistas nacionales e internacionales a través de la consulta de Pubmed, LILACS, Hinari y Google. Además también se dispuso de textos originales impresos limitando la búsqueda a los últimos 5 años.

Desarrollo: la mordida abierta es difícil de tratar y la recidiva puede alcanzar el 25 % de los casos tratados, causa malestar dada su ineffectividad funcional, masticatoria, fonética y estética. Las mordidas abiertas dentales tienen prevalencia de 75 % en dentición mixta y disminuyen conforme avanza la edad.

Conclusiones: la mordida abierta tiene mayor prevalencia en la infancia, debido a la mayor práctica de hábitos bucales deformantes en esas edades. Además se observa con mayor frecuencia en la raza negra y sexo femenino.

Palabras clave: mordida abierta, maloclusión, hábitos.

ABSTRACT

Introduction: the previous open bite is kind of the occlusion, where one or more teeth (maxillary or mandible) don't reach the plane of the occlusion because don't making contact with the antagonists.

Objective: to approach on current studies about previous open bite.

Material and Methods: it was carried out a bibliographical review from a historical perspective and updated in national and international journals through Pubmed, LILACS, Hinari and Google. It also had original articles. We limit the search to the last 5 years.

Development: the treatment of open bite is complex and there are reports of 25% of recurrence. It cause discomfort because functional, phonetic and aesthetic inefficiency. Open bites have prevalence of 75% in mixed dentition and lowering with age.

Conclusions: this malocclusion it is observed more frequency during the childhood because at that time they practice more the oral bad habits. It is also observed with more frequency in the black race and female sex.

Key words: open bite, malocclusion, habits.

INTRODUCCIÓN

La mordida abierta anterior se define como una maloclusión caracterizada por la desviación en la relación vertical del maxilar y mandibular del sector anterior, identificada por una falta de contacto entre segmentos opuestos. Esta definición, basada en la descrita por Carabelli desde la mitad del pasado siglo, aunque bastante aceptada no es única, varía según los distintos autores. Ya desde aquella época, Defoulon hizo notar que hay influencias musculares externas e internas en su desarrollo.^{1,2}

Para algunos es la disminución del grado de sobremordida o resalte vertical normal; para otros, es el contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. Y puesto que los criterios son distintos, también la incidencia de la maloclusión tiene una variabilidad de acuerdo con el concepto del clínico o investigador.^{2,3}

Según la zona donde asienta la anomalía, la mordida se clasifica en mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva, mordida abierta posterior, si afecta a los segmentos laterales que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales, también tenemos la mordida abierta completa si el contacto sólo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior.⁴

Para la escuela británica, las mordidas abiertas son clasificadas en mordidas abiertas falsas y verdaderas: las verdaderas responden a un patrón esquelético facial en el que la dolicocefalia en la relación de los maxilares constituye la base de la maloclusión. En las falsas (o pseudomordida abierta), es donde también falta el contacto pero la morfología facial es normal y la apertura vertical tiene un origen local, es exclusivamente alveolo dentario.^{5,6}

Esta maloclusión se desarrolla por la interacción de varios factores etiológicos, entre ellos se encuentran: variaciones en la erupción dental y en el crecimiento

alveolar, desproporción en el crecimiento muscular o incluso, una función neuromuscular aberrante relacionada con disfunciones linguales, hábitos orales o ambas. Es decir, la presencia de un patrón hiperdivergente, más una posición lingual anormal (frecuentemente asociada con problemas en las vías aéreas) o hábitos de succión digital, son factores de riesgo para su desarrollo.^{7,8}

Hasta hoy no se ha podido determinar el papel exacto de la herencia como factor etiológico de la maloclusión. Se ha podido establecer una heredabilidad alta en las dimensiones craneofaciales y relativamente baja en las variaciones de los arcos dentarios, pero sigue sin conocerse el impacto que ella pueda tener en la etiología de las maloclusiones que presentan componentes esqueléticos y dentales.^{6,7}

OBJETIVO

Con el propósito de elevar más el arsenal de conocimientos sobre esta maloclusión, que crea condiciones psicológicas desfavorables para el desarrollo emocional del niño, se realizó la presente revisión bibliográfica que tiene como objetivo abordar el tema desde la perspectiva de estudios actuales sobre la mordida abierta anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

La información se obtuvo mediante la revisión de artículos en formato digital e impreso, de publicación reciente. Por la vía electrónica se utilizaron los localizadores Pubmed, LILACS, Hinari y Google, mediante descriptores como mordida abierta, maloclusión, hábitos. Fueron revisados 34 de ellos y se realizó una selección de 18, teniendo en cuenta la importancia de su alto valor científico y actualización. La búsqueda se limitó a los últimos 5 años. También se dispuso de la literatura clásica disponible en el Centro de Información Científico Técnico de la Facultad de Estomatología «Raúl González Sánchez».

DESARROLLO

Las desarmonías oclusales representan un intento de la naturaleza por establecer un equilibrio entre todos los componentes morfogenéticos, funcionales y ambientales concomitantes a los que se ve sometido el ser humano. Algunos investigadores plantean que más de 70% de los niños y jóvenes mayores de 6 años la padecen, lo cual explica el tercer lugar que ocupa entre los problemas sanitarios.¹

Dentro de dichas desarmonías se encuentra la maloclusión de mordida abierta anterior, que ha sido de gran interés para los ortodoncistas, ya que su diagnóstico y tratamiento es uno de los temas más controvertidos en la Ortodoncia, constituye una de las anomalías más difíciles de tratar, y a pesar de que la etiología acompaña a la lesión, es la etiopatogenia la que mejor nos da las pautas para encarar la terapéutica.^{9,10}

La mordida abierta es difícil de tratar y presenta un pronóstico de bueno a pésimo dependiendo de su etiología y severidad, además de que la recidiva puede alcanzar 25% de los casos tratados.¹¹

Algunos autores expresan las dudas que plantean las mordidas abiertas y urgía a determinar si los ortodoncistas son o no capaces de tratarlas con cierta garantía de éxito y que la corrección sea estable.^{12,13}

Esta maloclusión causa malestar al paciente dada su ineffectividad funcional, masticatoria, fonética y estética; es una deformidad dentomaxilar difícil de tratar, las recidivas son frecuentes y se requiere un enfoque integral que engloba aspectos funcionales y estéticos.^{8,11-14}

En la actualidad, se habla de mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta a las bases óseas, la mordida abierta es dental.¹²

Las mordidas abiertas dentales no tienen anormalidades esqueléticas significativas, ellas se relacionan con los hábitos y la edad es una consideración importante. Son autocorregidas o responden inmediatamente al tratamiento miofuncional y la mecanoterapia.¹⁵

La prevalencia de la misma en la dentición mixta es de 75% causado por varios factores como: erupción parcial de los incisivos, tamaño anormal del tejido linfoide, provocando una posición inadecuada de la lengua, persistencia de deglución infantil y la presencia de hábitos orales.¹⁶

Esta disminución de la misma conforme avanza la edad ocurre por el desarrollo de una oclusión normal, maduración neural del niño favorecido por el cese de los hábitos orales, disminución del tamaño de las adenoides y el establecimiento de la deglución normal adulta.⁸ Un estudio realizado en Bogotá en 4 724 niños con edades de 5 a 17 años, detectó mordida abierta anterior en 9% de los casos y con mayor frecuencia en las denticiones decidua y mixta temprana.⁸

En México, Ramírez y colaboradores reportaron una prevalencia de 38% en niños de 3 a 6 años.⁷ Wurgaft y colaboradores, en 67 pacientes con edades que fluctuaban entre 5 y 19 años, detectaron 16,3% de mordida abierta en la zona anterior, y los grupos donde más se observaba fue de 5 a 8 años.⁹

Esto se relaciona con el estudio realizado en México por Ramírez y colaboradores que la misma se observa con mayor prevalencia en los grupos de menor edad.

Un estudio en población norteamericana señaló desvío de la mordida ideal en 20% de los casos, con solo 2% de severidad, con necesidad de tratamiento ortodóncico y se observó que donde menos prevalecía era en la etapa de la adolescencia y la adultez.¹¹

Graber y Swain plantean que esta Maloclusión es más frecuente en la raza negra.¹⁷ Esto se relaciona con lo planteado por el estudio que se realizó en Bogotá⁸ y por los resultados obtenidos en México por Ramírez y colaboradores.⁷ Proffit registró una prevalencia de 3,5% en sujetos de los 8-17 años de edad¹¹ donde se presentan con mayor frecuencia en el grupo de menor edad.¹³

En Pakistán un estudio reciente en población con dentición permanente reporta una prevalencia de 4%.¹⁴

En Cuba, Santiso Cepero reportó en una muestra de 1 970 niños de 5 años una prevalencia de esta maloclusión de 15,75%.¹⁵ Riesgo Cosme y colaboradores⁵ reportan una prevalencia de 35 % en estudiantes de 1er grado, muy cercano a lo informado por Podadera Valdés en grupos de edades similares.¹⁶

Un estudio similar realizado en otros grupos de edad, de 7 a 9 y de 12 a 14 años permitió comprobar una remisión espontánea de 80 % de las mordidas abiertas existentes en el grupo de menor edad. Un análisis intersexo reveló diferencias estadísticamente significativas a favor del sexo femenino para una $P > 0.05$ con una $Z = 2.28$ en el grupo de 3 a 4 años al aplicar un test de comparación de proporciones.¹⁶

Un estudio realizado por Kantorowitz¹⁸ en un grupo de niños de 6 años dio como resultado que 4,2% de la muestra presentó mordida abierta anterior. Todos los estudios anteriormente citados confirman que existe una tendencia a la reducción de esta maloclusión según avanza la edad, favorecido en gran medida por una disminución en la práctica de los hábitos nocivos.¹⁶

Las discrepancias en las prevalencias reportadas responden a diferencias en los grupos de edades, diferencias étnicas, de sexo y socioeconómicas, y de los criterios utilizados para el diagnóstico.¹⁹

CONCLUSIONES

En la época de la dentición decidua y mixta (3-8 años), es donde más se observa la mordida abierta anterior debido a la mayor frecuencia en estas edades de mal hábito de succión, uno de los factores etiológicos que más repercusión tiene en el desencadenamiento de la misma. Además, la prevalencia de esta en cuanto al sexo y la raza se observa más en el sexo femenino y la raza negra respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Sinovas E, Halabi Díaz T, Alió Sanz JJ. Tratamiento temprano vs tratamiento tardío. ¿Cuándo actuar? Parte I. Clase II y Mordida Abierta. *Ortodoncia Clínica*. 2009; 12(1):21-33.
2. Oliveira AC, Almeida Pordeush I, Silva Torres C, Torres M. Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescent with Down Syndrome. *Angle Orthodontist*. 2010; 80(4): 748-52.
3. Álvarez T, Gutiérrez H, Mejías M, Sakkal A. Reporte de un caso clínico de mordida abierta falsa. *Rev Lat Ortod y Odontoped*. 2011; 10(2): 15-21.
4. Riveros Alejo CM. Manejo de una mordida abierta anterior con deglución disfuncional mediante ortopedia funcional de los maxilares con SN3: reporte de un caso. Ponencia. XIII Congreso Latinoamericano de Odontología Pediátrica, Buenos Aires. Septiembre 16 al 18, 2008. [Consultado 12 de junio 2012]. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/-articulos/16925106/4/34.pdf>

5. Riesgo Cosme YC, Costa Montané DM, Rodríguez Fernández SC, Crespo Mafrán MI, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre". MEDISAN. 2010; 14(1):1-5.
6. Cozza P, Baccetti T, Franchi L, Toffol L, McNamara J Jr. Mandibular Changes produced by Functional appliances in Class II Malocclusion: A systematic Review. AJO. 2008; (5): 8.
7. Ramírez Mendoza J, Bulnes López RM, Guzmán León R, Torres López JE, Priego Álvarez HR. Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, México. Odontol Pediatr. 2011; 10(1):6-12.
8. Thilander B, Peña L y colaboradores. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogotá, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development. European J of Orthod. 2011; 23: 153-67.
9. Wurgaft R, Rappoport K, ZeñaRata P, Vieira C, Rappoport D. Estudio descriptivo de signos y síntomas, en niños y adolescentes, con Trastornos Temporomandibulares. Rev Lat Ortod y Odontoped. 2008; 5(3): 40-51.
10. Glazer K, Barros A, Perez M, Gomes C. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. Rev Saude Publica. 2009; 41 (3):343-50.
11. Proffit WR, Fields HN, Maray LL. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHAMES III Survey. Int J Orthognath Surg. 2003; 13 (2):97-106.
12. Cangialosi TJ. Skeletal morphologic features of anterior open bite. Am J Orthod. 2008; 5:28-36.
13. Proffit WR. The timing of early treatment: an overview. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2001; 129(4):47-9.
14. Marwat HJ, Amin B, Khan A. Frequency of anterior open bite patients reporting to AFID, RAWALPINDI. Pakistan Oral & Dental Journal. 2009; 281(1): 71-4.
15. Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ, García Alonso N, Blanco Céspedes AM. Estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad. Rev Cub Ortod. [En línea]. 1995; 10(2). [Consultado 2 de abril del 2012] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol10_2_95/-ord06295.htm.
16. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3-6 años de edad. 2002-2003. Rev Cub Estomatol. 2004; 22. [En Línea] [aprox. 9p] 2008; 41(2).[Consultado 2 de abril 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas-est/vol41_2_04/est04204.htm
17. Graber T, Swain B. Ortodoncia. Principios generales y técnicas. 1era Madrid: Ed Médica Panamericana S.A.; 1988.
18. Kantarowitz A, Korkaous G. The self correction of orthodontic anomalies. First International Orthodontic Congress. New York, USA: 1926, Aug 16-20.

19. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latin Ortodoncia y Odontop [En línea][aprox. 9p] 2011;5.[Consultado 26 de abril 2012]. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/-art5.asp>.

Recibido: 6 de octubre de 2013
Aprobado: 3 de junio de 2014