

Técnica lingual y mordida abierta

Massimo Ronchin
Fioralba Baldaccini
Caterina Montaldo

Universidad de
Estudios de Cagliari
Curso diplomado
en Odontología
Cátedra de Clínica
Odontológica

Resumen

También podemos tratar casos de mordida abierta con la técnica lingual. Al final del tratamiento podemos extraer los brackets linguales de la arcada superior y substituirlos con attaches vestibulares. O también se puede recurrir al uso de mini-realces fijos sobre los molares inferiores de los pacientes en com-

binación con la utilización de elásticos verticales. Tal metódica es mucho más eficaz, aunque debe ser manejado según el criterio preciso y escrupuloso del ortodoncista.

Palabras clave: Ortodoncia Lingual. Mordida abierta.

Summary

Open bite cases may also be treated with lingual orthodontics. At the end of treatment we can remove the lingual brackets of the upper arch and substitute them with vestibular attachments. Or we may use fixed elements over the lower molars, continuing this with

the use of vertical elastics. This method is particularly useful, although it should be applied according to the correct criteria of the clinician doing it.

Key words: Lingual Orthodontics. Open-Bite.

Introducción

Durante la última década la ortodoncia lingual se ha visto últimamente evolucionada a pesar de las maloclusiones que podamos encontrar sean una contraindicación, actualmente puedan ser tratadas con éxito.

Así segundas y terceras clases, como también pacientes con problemas de T.M.J. en casos de cirugía ortognática han encontrado una solución a través de la sistemática lingual.

La mordida abierta siempre ha constituido una dificultad para la técnica lingual, de hecho está más indicada para la intrusión de los dientes frontales aunque tengan que abrir la mordida.

Además la presencia de los brackets posicionados sobre la superficie lingual de los incisivos y los cani-

nos superiores, constituirán a menudo un obstáculo a la adquisición de una correcta guía incisiva (Figura 1).

En todo caso la presencia del atache impide el resurgimiento de una hipercorrección del Overbite, cosa más bien recomendable para la estabilidad del resultado.

Fundamentalmente existen dos modalidades para poder trabajar con la técnica lingual, aunque exista mordida mordida abierta anterior.

La primera posibilidad es aquella que habrá que advertir al paciente, desde el inicio de la terapia hasta el final del tratamiento, por 1 o 2 meses podremos observar que los attaches linguales de la arcada superior han sido substituidos por con dispositivos vestibulares (atches o botones transparentes). De esta manera, con la ayuda de elásticos verticales

Correspondencia:
Dr. Massimo Ronchin
Via L. Einandi 72
Venezia-Mestre 30174
Italia
E-mail: masronch@tin.it



1



2c

Figura 1.
La presencia de brackets en lingual de los incisivos y los caninos pueden suponer un obstáculo para lograr una correcta guía incisiva

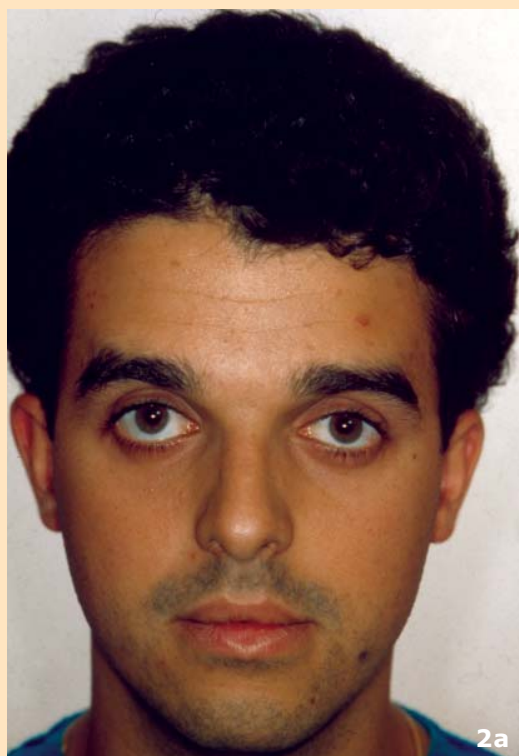
Figura 2a.
Foto frontal del paciente

Figura 2b.
En esta telerradiografía lateral se puede apreciar la mordida abierta esquelética y la relación de Clase III

Figura 2c y 2d.
Foto endooral donde argumenta la mordida inversa anterior y la mordida cruzada en los espacios de la arcada inferior

Figura 3a.
Arcada superior del paciente tratada con la técnica lingual

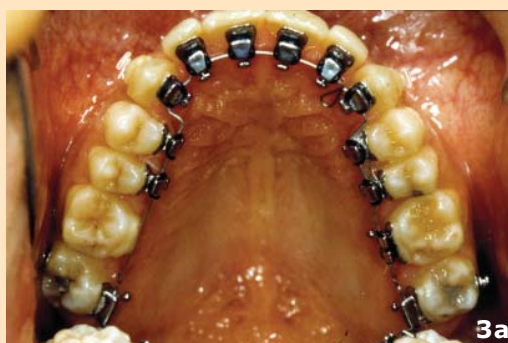
Figura 3b.
Arcada inferior tratada con la técnica labial



2a



2d



3a



2b



3b

Figura 4a y 4b.

Visión intraoral derecha e izquierda. Han sido extraídos los ataches vestibulares de sus dientes frontales. La aparatología lingual está aún "in situ"



Figura 4c.

Visión oclusal. Es evidente el A-Splint desde el 44 al 34. Los arcos seccionales han sido utilizados para perfeccionar el tratamiento en los segmentos posteriores



Figura 5.

Los ataches linguales son extraídos. Los elásticos verticales y un son utilizados durante la noche para cerrar la mordida



Figura 6a y 6b.

Visión endooral y facial de la sonrisa del paciente, antes del tratamiento





7a



7c



7d



7b

Figura 7a y 7b.
Fotografía frontal
y telerradiografía
del paciente antes
del tratamiento

Figura 7c 7d.
Foto endooral lateral
del paciente

anteriores, hay la posibilidad de finalizar la cura y obtener una corrección completa del overbite.

Caso clínico nº1

Este paciente de 24 años presenta una maloclusión de tipo Clase III, esquelética con mordida abierta (Figuras 2a, 2b, 2c y 2d).

El tratamiento ha sido conducido con una aproximación lingual para la arcada superior y vestibular para la arcada inferior (Figuras 3a y 3b).

Cercano a los 6 meses se han extraído los ataches vestibulares de los frontales inferiores (Figuras 4a y 4b) donde han sido implantados lingualmente desde el 44 hasta 34 (Figura 4c).

La mecánica fue continuada utilizando los seccionales en el sector lateral inferior (Figuras 4a y 4b). Como se puede apreciar, la técnica lingual ha provocado una capacidad expansiva; las mordidas cruzadas laterales han sido resueltas de forma brillante.

Pasados otros 2 meses, se han extraído los ataches linguales de la arcada superior y aplicando algún botón transparente en la zona frontal superior. Lo

Figura 8a y 8b.
La visión oclusal hace que se aprecie el desalineamiento de la arcada y del apiñamiento

Figura 9a y 9b.
Fotografía oclusal que muestra la evidente colocación total lingual de bonding. Es evidente el realce posterior en Duralay construido sobre la cara oclusal del primer molar



que ha hecho posible la aplicación de elásticos verticales anteriores como aparecen en la Figura 5.

En las Figuras 6a y 6b vemos la oclusión y la sonrisa del paciente después la extracción total de la aparatología fija.

El tratamiento ha sido tratado no mucho más de 10 meses con una aproximación estéticamente aceptable. El paciente ha llevado como contención una placa superior con el plano lateral. Los resultados han sido demostrados estables pasado el tiempo.

Otra posibilidad para tratar los casos de mordida abierta, son aquellas donde se utilizará un realce acrílico en el sector posterior, en relación al primer o segundo molar inferior.

Este dispositivo que ha sido medido puntualmente por el Dr. Ronchin a finales de los años 80 que sucesivamente ha descrito en otras publicaciones donde se ha relevado simplemente como eficaz.

Se trata de mini-realzar las bases construidas en resina Duralay sobre la superficie oclusal de una pareja de molares. Generalmente vengo a seleccionar los segundos molares inferiores, porque a falta de los dientes del juicio, son elementos más distales de la

arcada, pueden ser utilizados también los primeros molares como segunda situación clínica.

El realce acrílico ocupa toda el borde oclusal del diente, deberá ser perfectamente plano y paralelo al plano oclusal. Durante el movimiento incisivo de la mandíbula la cúspide mesio-palatina del molar superior de poder completar un movimiento fluido de protusividad y la lateralidad con respecto al plano acrílico inferior.

El contacto bilateral en céntrica, deberá ser momentáneo. La superficie oclusal del realce no deberá presentar grandes cráteres o rugosidades que puedan interferir con el movimiento.

En pequeñas mordidas no deberán presentar planos inclinados que puedan hacernos desplazar la mandíbula en direcciones diversas con posición de relación céntrica.

La altura del realce dependerá de la exigencia clínica del momento. El realce tiende a abrasarse durante el tiempo formando aquellos abombamientos producto de la cúspide antagonista.

En este caso los cráteres deberán ser rellenados, o también todos los realces reducidos y nuevamente aplanados como segunda opción clínica.



Figura 10a y 10b.
Foto endooral lateral del paciente durante el tratamiento ortodóntico lingual. Es visible un único elástico vertical que ha sido utilizado anteriormente. También es evidente la presencia de los realces donde pueden potenciar el efecto de la mecánica

Figura 10c y 10d.
Visión endooral y facial de la sonrisa del paciente al final del tratamiento

Aunque estos mini-soportes deberán ser seguidos y vigilados atentamente por el ortodoncista.

Generalmente, vienen mantenidos por un periodo de pocos meses, hasta que el efecto intrusivo de sus molares y de sus desvinculados para los dientes anteriores haya sido solucionado.

Caso clínico nº2

También este paciente demuestra una mordida abierta esquelética, como aparece en la telerradiografía lateral (Figura 7b).

El paciente también presenta la tendencia hacia una mordida abierta anterior (Figura 7c).

El apiñamiento es evidente en la imagen oclusal (Figuras 8a y 8b).

En este caso el paciente ha elegido una aproximación totalmente invisible, por lo tanto se han aplicado attaches linguales esto es sobre la arcada inferior como la superior (Figuras 9a y 9b).

En la imagen que aparece en la Figura 9, es evidente el realce acrílico presente sobre el su segundo molar inferior. Su efecto es intrusivo para los molares tanto superiores como inferiores y del refuerzo de la mecánica

Figura 11a y 11b.
Visión endooral lateral del paciente. Es evidente sobre todo la mordida abierta lateral, sobre todo en el lado derecho

Figura 12.
El tratamiento ha sido iniciado con la aplicación de la técnica lingual sobre la arcada superior

Figura 13a y 13b.
Continuadamente se han estado aplicando los ataches vestibulares sobre la arcada inferior. Es evidente como la combinación de realce-elástico lateral obliga a una Clase III



utilizada anteriormente. De hecho, después del alineamiento de la arcada y la resolución del apiñamiento, vengo aplicando los elásticos verticales anteriores. Su acción esta enfatizada a la distancia aumentada entre las dos arcadas, en virtud a la presencia de los realces posteriores (Figuras 10a y 10b). Dos botones transparentes colocados sobre los caninos superiores son suficiente para enganchar esta mecánica.

En esta fase es importante vigilar la coordinación de los arcos, por que los dientes de la arcada antagonista no podrán contactar entre ellos, y por lo tanto no se podrá visualizar la posición de máxima intercuspidación hasta que no hayan sido extraídos los realces de los ataches linguales en la arcada superior.

Al final del tratamiento, después de la extracción de la aparatología fija y de los realces, el paciente presenta una oclusión y una sonrisa satisfecha (Figuras 10c y 10d).

La intercuspidación podrá ser mejorada con un posicionador que actúe como retención.

Caso clínico nº3

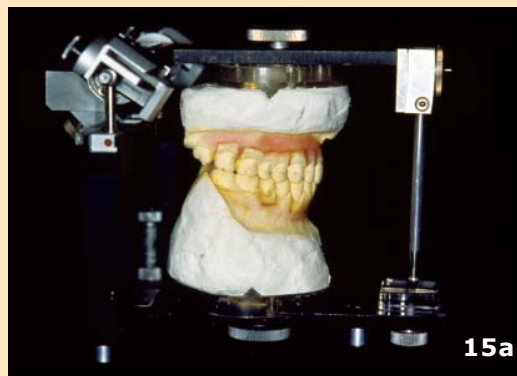
En el caso de este paciente estamos afrontando una mordida abierta lateral con notable gravedad (Figuras 11a y 11b).



14a



14b



15a



15b



16a



16b

Figura 14a y 14b.
Foto endooral seguida pasados unos meses más tarde. La acción del elástico obliga a obtener una Clase III

Figura 15a y 15b.
Después de la extracción de los ataches, posteriormente se ha hecho un set-up en el articulador semi individual para construir el posicionador

Figura 16a.
El posicionador en caucho negro utilizado sobre el paciente como active retention

Figura 16b.
Foto endooral frontal de la paciente hecha a las pocas semanas de la entrega del posicionador

En este caso la elección ha sido elegida y hecha por una aproximación lingual para la arcada superior (Figura 12), mientras que para la arcada inferior hemos utilizado ataches vestibulares (Figuras 13a y 13b).

También la utilización de los realces han sido determinantes para potenciar la mecánica; también en este caso algún botón vestibular bucal ha proporcionado el enganche para la utilización de los elásticos laterales.

Estos arcos han sido diseñados con la curva anti-Spee (esa vestibular inferior) y la hiper-Spee (esa vestibular superior).

Después de algunos meses de tratamiento la oclusión está notablemente mejorada (Figuras 14a y 14b).

La utilización de elásticos de Clase III en el lado derecho y de Clase II en el lado izquierdo, ha contribuido a la alineamiento de la línea media.

Figura 17a y 17b.
Foto endooral después
de dos años
a la finalización
del tratamiento



Al final, después de la extracción de la aparatología y de los realces, el caso ha sido montado en un articulador seguido de un set-up.

Un posicionador tradicional, de caucho negro, ha perfeccionado la oclusión y nos ha servido como contención (Figura 16a), protegiendo la lengua e impidiendo la interposición lateralmente tras la arcada.

En la Figura 16b se observa la foto hecha después de pocas semanas de uso con el posicionador.

El resultado tras un período de dos años transcurridos, se puede apreciar en las fotos correspondientes a las Figuras 17a y 17b.