

Seminario Taller de Mordida Constructiva

MORDIDA CONSTRUCTIVA

RESUMEN:

Los aparatos funcionales actúan reposicionando la mandíbula; modificando el sistema neuromuscular para lograr estímulos fisiológicos, por lo tanto es necesaria la toma de una mordida constructiva para confeccionar el dispositivo terapéutico.

En la bibliografía se encuentran incongruencias por lo cual se decidió realizar un seminario para unificar criterios a la hora de realizar esta etapa tan importante en la construcción de nuestro medio terapéutico.

CONSTRUCTIVE BITE (working- bite)

SUMMARY:

The functional appliances work replacing the jaw, changing the neuromuscular system to achieve physiological stimulation, so it is necessary to take a working bite to make this therapeutic appliance.

In the books we can find many controversies, incongruities, so it has been decided to hold a seminary to unify criteria at the moment of arriving to this really important stage in the construction of our therapeutic appliance.

I. Definición:

Es un registro clínico plástico, estático que busca modificar la relación entre los arcos dentarios, en los tres planos del espacio.

Busca el reposicionamiento mandibular, en una relación corregida a través de la modificación del sistema neuromuscular; para transferir la información al dispositivo terapéutico.

II. Objetivos:

Busca lograr un nuevo engrama neuromuscular, cambiando la dirección, tonicidad, intensidad y longitud muscular.

Estas modificaciones actúan a nivel esquelético, tanto óseo como articular, y también a nivel dentoalveolar. Modifica las funciones del sistema estomatognático, creando fuerzas diferenciales, que apuntan a la armonía del sistema, lo que finalmente se traduce en un crecimiento y desarrollo eugénico.

Es así que toda la información que contiene la mordida constructiva, es transferida al dispositivo terapéutico elegido.

Buscamos:

- Coincidencia de línea media facial
- Coincidencia de líneas medias óseas maxilares
- Normo relación en el plano sagital
- Altura determinada en el plano vertical para activar el sistema neuro-muscular
- Permitir el cierre oral anterior

III. Requisitos o consideraciones a tener en cuenta:

1: Previas al registro

- Diagnóstico
- Estructural
- Cefalometría
- Biotipo
 - Funcional
 - Dentario
- Pronóstico
- Plan de tratamiento (¿Que es lo que quiero hacer? ¿Que hábitos quiero contrarrestar?, etc.)
- Terapéutica y aparatología (cada aparato se basa en una filosofía; cada aparato tiene sus posibilidades y limitaciones)
- La necesidad de otorgar una guía incisiva ficticia o el logro de una guía anterior natural (para esto necesito altura).
- Fijarnos que los pacientes no tengan dientes flojos porque desvían la mandíbula, por molestias por Ej.

2: Durante el registro

Modelos de trabajo:

Deben ser recientes y estar realizados en yeso piedra, resistente, libre de burbujas, y bien recortados. (Fig.1)



Fig.1

Referencias a marcar en los modelos de trabajo:

- trazar líneas medias óseas y prolongarlas a vestibular. (Fig. 2 y 3)



Fig. 2



Fig. 3

- Relación o llave canina: marcar eje de canino superior y espacio interproximal entre canino y primer molar caduco inferior o premolar permanente inferior, según la edad dentaria del paciente. (Fig. 4 y 5)

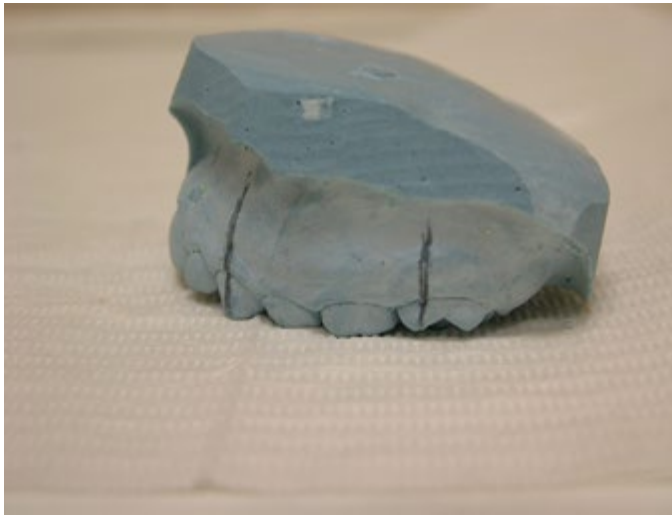


Fig. 5

- Plano poslácteo o llave molar: marcar el eje de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente y surco vestibular del primer molar inferior permanente. Marcar caras distales de molares caducos superior e inferior para plano poslácteo. (Fig. 4y 5)

- Reevaluar función mandibular en reposo y oclusión.

- Entrenar al paciente en la nueva postura mandibular. Es útil indicarle alguna referencia que le sea fácil de recordar.

- Rodete de cera:

- se realiza en forma de herradura y de un espesor de cuatro láminas de cera, debe estar de consistencia algo dura, depresible pero no totalmente blando, de modo que el paciente tenga que hacer fuerza. (Fig.6)

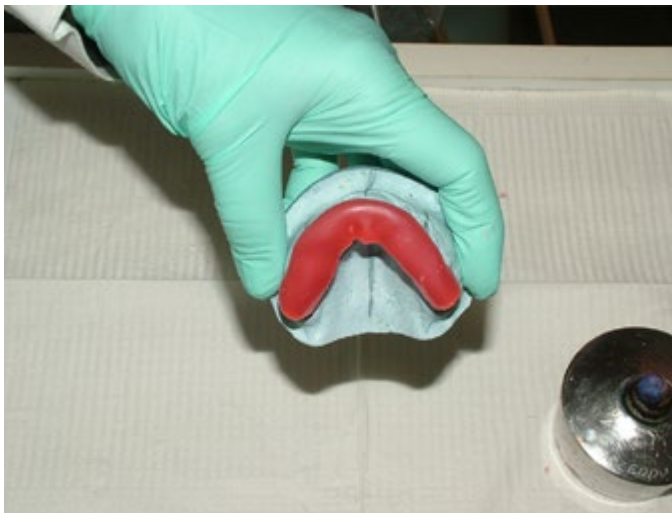


Fig.6

-Dimensiones: en sentido vestibulo lingual abarcan toda la cara oclusal; su extensión hacia distal debe abarcar todo el perímetro del arco, hasta la mitad de la cara oclusal del último molar erupcionado para que no haya contacto con mucosa. (Fig.7)

-Marcar las improntas superiores en el modelo, nos permite posicionar la herradura de cera más fácilmente en boca.

- Marcar en la mordida línea media, eje canino, cúspide mesio-vestibular, para que después se nos haga fácil guiar la mandíbula a la nueva posición.

-Para clase III se hace mas alta atrás que adelante (posibilita



Fig. 7

colocar la mandíbula mas atrás), para clase II se hace mas alto adelante que atrás.

3: Toma de la mordida propiamente dicha

Llevar a la boca el rodete de cera y posicionar en el maxilar superior. (Fig.8)



Fig.8

- Guiar al paciente tomando suavemente el mentón, para llevar sin forzar, la mandíbula a la posición buscada; o sea enfrentando las líneas referenciales. (Fig.9)



Fig.9

- Respetar el espacio libre interoclusal, no invadirlo.
- Una vez obtenida la posición en los planos sagital y transversal, se le pide al paciente que vaya cerrando suavemente, hasta llegar a la posición en el plano vertical.
- Mientras logro el correcto registro puedo ir retirando de boca y posicionando en los modelos de trabajo, para evaluar y recortar excesos. (Fig.10)

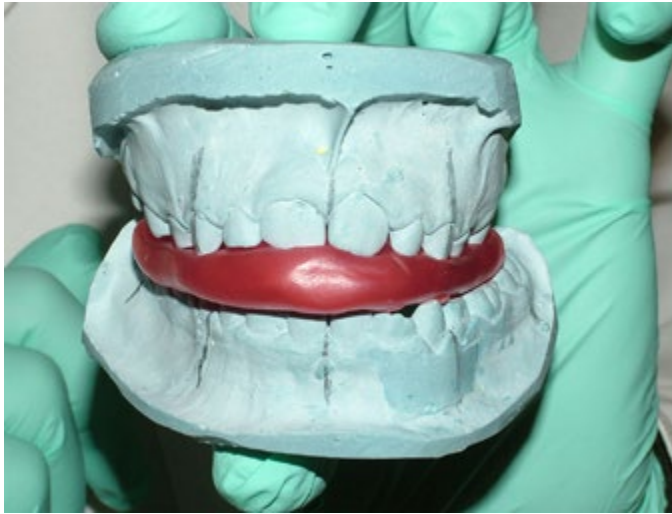


Fig.10

- Debe evitarse que la cera abarque zonas depresibles de tejido blando, pues falsean el registro.

4: Una vez obtenido el registro debemos evaluar

- En el plano transversal:
 - Establecer líneas medias dentarias y líneas media facial. (Fig.11)
 - Posición del mentón que quede centrado con respecto a la cara, lo evaluamos de frente y desde atrás y arriba.
 - Cierre labial



Fig.11

- En el plano vertical.
 - Evaluar altura acorde a las características del medio Terapéutico y según la altura facial inferior del paciente.
 - Considerar que cuanto más avance mandibular en sentido sagital, menor altura en el plano vertical.
- En el plano sagital.
 - Perfil armónico

- Lograr una llave canina clase I, priorizarla siempre.
- Clase I molar. (Fig.12)

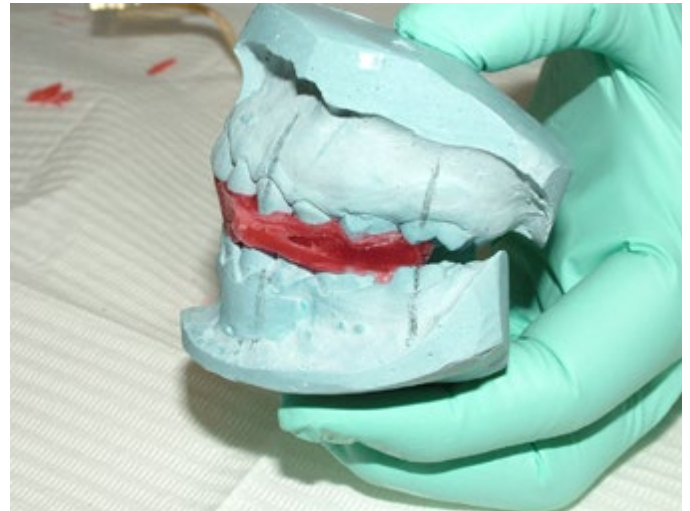


Fig.12

Luego de corroborados todos estos aspectos, se enfría en agua y se vuelve a probar para confirmar y evaluar comodidad en el cierre labial y la deglución.

La mordida constructiva obtenida, debe ser estable y cumplir con todos los requisitos antes expuestos.

IV. Consideraciones generales de acuerdo al diagnóstico:

De acuerdo a las diferentes combinaciones de las anomalías estructurales, dentarias y funcionales que surgen del balance diagnóstico, la mordida será individualizada para el caso clínico.

V. Consideraciones generales de acuerdo al medio terapéutico:

- La relación incisal puede lograrse o no de acuerdo a lo estructural y dentario en el plano sagital. Si no se logra en el inicio del tratamiento, puede ser posible en una etapa posterior.
- Los Activadores Klammt, RMF, Bionator y Placas de Planas; que funcionan como un activador colocadas en boca, se debe balancear el avance mandibular con la apertura, según la entidad de la anomalía sagital.
- Bimler y Frankel requieren mínima altura, compatible con el pasaje de los elementos constitutivos del aparato.
- La altura varía en caso de llevar mesa de mordida o equiplan.

Conclusiones:

Por todo lo analizado concluimos que la toma de la mordida constructiva no es un acto clínico aislado sino una maniobra que se establece luego de un estudio individualizado del caso clínico.

Esto es la clave del desenvolvimiento del tratamiento ortopédico funcional. La mordida constructiva es el "motor" que dinamizará las matrices funcionales a través del dispositivo terapéutico elegido. ■

Bibliografía:

1. Blau, F. El método funcional em ortopedia dentofacial. Edit. Mundi 1969. 172-179.
 2. Feijóo, G. Atlas de la aparatología ortopédica. Edit. Mundi 1967. Mordida constructiva: 14-15.
 3. Graber, T. Neumann, B. Aparatología ortodóntica removible. Edit. Panamericana 1982. Cap. 9. Bionator: 217-233.
 4. Graber, T. Neumann, B. Aparatología ortodóntica removible. Edit. Panamericana 1982. Cap. 11. Activador abierto elástico: 239-252.
 5. Graber, T. Neumann, B. Aparatología ortodóntica removible. Edit. Panamericana 1982. Cap. 12. Activador: 253-313.
 6. Graber, T. Neumann, B. Aparatología ortodóntica removible. Edit. Panamericana 1987. Cap. 7. Mordida constructiva: 175-195.
 7. Graber, T. Rakosi, T. Petrovic, A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Edit. Harcourt Brace, 1988. Cap. 5. Principio de los aparatos funcionales: 87-108.
 8. Graber, T. Rakosi, T. Petrovic, A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Edit. Harcourt Brace, 1988. Cap.8, El activador: 163-190.
 9. Graber, T. Rakosi, T. Petrovic, A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Edit. Harcourt Brace, 1988. Cap. 11. El Bionator: un activador modificado: 217-225.
 10. Graber, T. Rakosi, T. Petrovic, A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Edit. Harcourt Brace, 1988. Cap. 12. El regulador de funciones de Fränkel: 227-271.
 11. Graber, T. Rakosi, T. Petrovic, A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Edit. Harcourt Brace, 1988. Cap. 13. La técnica de los bloques gemelos: 273-303.
 12. Godoy, D. Ortopedia estomatológica infantil. Métodos y aparatos de uso actual. Octubre 1991.
 13. Harzer, W. Eckardt, L. El activador elástico abierto y el activador rígido abierto. Rev. Quintessence técnica (ed. esp.) Abril 1998. Vol. 9; 4: 209-220.
 14. Ohanian, M. Fundamentos y principios de la ortopedia dento-maxilo-facial. Edit. Actualidades médico Odontológicas Latinoamérica C.A. 2000. Cap. 13. clasificación de las terapêuticas: 200-204.
 15. Witzig, J. Spahl, T. Ortopedia maxilofacial. Clínica y aparatología. Biomecánica. Tomo I. Edit. Masson Salvat, 1991. Cap. 2. El Bionator: 33-114.
 16. Witzig, J. Spahl, T. Ortopedia maxilofacial. Clínica y aparatología. Biomecánica. Tomo I. Edit. Masson Salvat, 1991. Cap. 2. El Bionator II y III: 379-407.
- * Dra. Wilma Haller (Docente Titular Clínica de Prevención, IUCEDDU)
Dra. Isabel Poggi (Docente Titular Clínica de Ortopedia, IUCEDDU)
Cursantes de la Carrera de Especialidad IUCEDDU generación 2007-2008: Dres. Solange Almada, Lorena Carbone, Fernando Fagúndez, Valentina Guido, Álvaro Lamas, Magdalena Mateos y Virginia Monzón.
- Dra: Virginia Monzón: mavickymol@hotmail.com
-