

22. Schwartz, H.: Determinants of anterior tooth form and position in oral rehabilitation. Proceedings of the Second International Prosthodontics Congress. Mosby, St. Louis, pág. 80, 1979.
23. Silverman, M.: Occlusion in prosthodontics and in the natural dentition. Washington, 1ª Ed. Caps. 1 y 4, 1962.
24. Valentín, M.: Le guide antérieur: dysfontions et parafunctions diagnostic différentiel. Les Cahiers de Prothese N° 39, Juillet 1982.

SUPRAGNASIA, MORDIDA CUBIERTA

Dra. GRACIELA S. LAIN*

1) INTRODUCCION

En el recién nacido se denomina "Schachtelbiss" (mordida en tapa de caja) y se observa que el reborde del maxilar superior cubre el reborde del maxilar inferior, tanto que practicando el examen bucal del recién nacido, separando los labios no puede verse el reborde inferior.

Cuando esta anomalía en el recién nacido no es corregida, pasa a la dentadura caduca, mixta y luego a la permanente, denominándose entonces MORDIDA CUBIERTA, SUPRAGNASIA, DECKBISS, COVERBITE.

2) DEFINICION

La Mordida Cubierta es una disgnasia cuyas características, con referencia a los tres planos del espacio, son:

- Plano Vertical-Supragnasia
- Plano Transversal-Endognasia
- Plano Sagital-Distoclusión

3) DESCRIPCION

3.1 PARTES DURAS

3.1.1 ANOMALIAS DENTARIAS

Retrusión y verticalización de las piezas **12/12**. Retrusión de **1/1** y en algunos casos también de los **2/2**.

Protrusión o vestibulo posición de los **2/2** y en algunos casos solamente de los **3/3**.

Se ha demostrado por estudios cefalométricos que los gérmenes de los **1/1** se encuentran en posición vertical en los caducos y que los permanentes regirían esa dirección en la erupción.

3.1.2 ANOMALIAS OSEAS

a) Anomalías de los maxilares.

En el Deckbiss hay una Distoclusión del Maxilar Inferior, pero puede presentarse con Normoclusión.

b) Anomalías de la A.T.M.

Según Graber la relación oclusal habitual y la relación céntrica deben coincidir.

En esta disgnasia, la actividad de los músculos de cierre en la oclusión habitual y mordida de trabajo, carecen de sincronización.

Cuando hay mordida cubierta del maxilar superior, la electromiografía muestra hábitos musculares de cierre.

En esta anomalía el cóndilo se desplaza hacia atrás y arriba en la fosa articular por acción del músculo temporal estableciéndose un desplazamiento.

El cóndilo deslizándose por la parte posterior del disco, produce un chasquido que a posteriori puede afectar al tejido conectivo retroarticular.

La A.T.M. puede adaptarse a esta desviación durante algún tiempo; pero ante la continua tracción del disco y presión sobre el tejido conectivo subyugante, más el espasmo muscular y la mordida cubierta, se detectan clínicamente chasquidos y crepitaciones en este tipo de anomalía.

3.2 PARTES BLANDAS

La electromiografía proporciona un método objetivo para determinar la actividad muscular. Al contraerse el músculo se crea una corriente eléctrica; pero como se emplean electrodos de superficie, según Graber es prácticamente imposible medir una unidad motora.

Por otra parte, como estas unidades motoras no funcionan armónicamente, si la carga de trabajo es mayor, se producirán contracciones más fuertes y más unidades motoras para esa función acelerada.

Además de considerar los músculos maseteros, temporales, pterigoideos externos e internos, como "músculos masticadores", se deben relacionar con las funciones, como, la respiración, deglución, fonación, y aún la actitud postural, dado que también en ésta se ha demostrado por electromiografía que los músculos se encuentran en posición activa manteniendo el equilibrio entre partes duras y blandas.

En la disrelación intermaxilar la función muscular es anómala, tendiendo a realizar una compensación, readaptación, desempeñando entonces las funciones antedichas.

En la Clase II/II hay una actividad retrusiva en las fibras posteriores dominantes del temporal, acompañada por fibras profundas del masetero. El pterigoideo externo es sometido a tensión continua, lo que trae como consecuencia contracciones y espasmos musculares.

El paciente con mordida cubierta es un típico masticador temporal (movimientos de abre y cierre, en tijera).

Esta disgnasia puede tener un patrón hereditario pero, es agravada por la mal posición de compensación y funcionamiento de la musculatura; ésta, por sí misma no produjo la retrusión del maxilar inferior, pero ha aceierado hábitos como causa de maloclusiones.

El perfil es típico, la raíz nasal se encuentra avanzada.

El labio inferior es hipertónico; el surco mentoniano muy pronunciado.

4) ETIOLOGIA DE LA MORDIDA CUBIERTA

- 1) Herencia.
- 2) Alteración de la frecuencia eruptiva (los órganos dentarios superiores de la zona frontal preceden la erupción de los inferiores).
- 3) Extracción prematura de las piezas dentarias de la zona lateral (pérdida de la zona de apoyo de Hotz).
- 4) Hipertonía labial (músculo presiona y retruye los 21/12).
- 5) Punto stomio alto.
- 6) Erupción en posición vertical de los gérmenes.

5) TERAPEUTICA

El tratamiento consiste en la elevación de la oclusión (plano vertical), protrusión y/o retrusión de los frontales superiores en disgnasia (plano ántero-posterior), expansión de la arcada a la altura de los caninos y primeros premolares (plano

transversal).

Si el tratamiento se realiza en dentición primaria o mixta se tratará con aparatología funcional (bimler deckbiss).

Si se realiza durante la dentición permanente se puede emplear una terapéutica combinada, comenzando con placas activas y finalizando con aparatología funcional.

Hotz prefiere comenzar el tratamiento en la dentición mixta.

6) CONCLUSIONES

Su etiología puede ser: funcional o hereditaria.

Su tratamiento consiste en: elevación de la oclusión, avance del maxilar inferior de su posición distal, inclinación vestibular de los dientes frontales en retrusión y ensanchamiento de la arcada dentaria.

En los casos muy pronunciados, es conveniente un tratamiento precoz, en la primera fase de la dentición, y conducirá al éxito, en tanto el tratamiento se realice consecuentemente, lo cual dependerá de la colaboración del paciente y sus familiares.

BIBLIOGRAFIA

- Bay, R.: Odontoestomatología Alemana. Año 1958, Tomo V.
Génesis y Etiología de las disgnasias.
- Graber, T.M.: Ortodoncia. Teoría y Práctica. 3ra. Edición.
- Haupl, K.: Odontoestomatología Alemana. Tomo V. Año 1958.
Formación de la dentadura de leche, etc.
- Hotz, R.: Ortodoncia de la práctica diaria. Año 1974.
- Kertész, T.: Jornadas Uruguayas de la Oclusión. Año 1966.
- Moyers, R.: Ortodoncia. 3ra. Edición.
- Reichenbach-Brückl: Clínica y Terapéutica Ortopédicomaxilar. Primera Edición Argentina. Año 1955.

* Asistente del Departamento de Odontología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".