



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
UNIDAD DOCENTE ORTODONCIA

SOBREMORDIDA PROFUNDA

Dr. ALBERTO ALBALADEJO MARTÍNEZ

Bibliografía Básica:

CANUT JA. Orto-doncia Clínica. Ed. Salvat. pp. 427-437. Barcelona 1988.

CHACONAS SJ. Ortodoncia. Ed. El Manual Moderno. pp. 287-299. México DF 1982.

RAKOSI T, JONAS I. Atlas de Ortopedia Maxilar. Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas SA Masson_Salvat. pp. 190-192. Barcelona 1992.

Bibliografía de Consulta:

BRAVO A. Análisis del patrón facial y su relación con la maloclusión, Tesis Doctoral. Universidad de Valencia 1986.

LANGLADE M. Diagnostic Orthodontique. Editorial Maloine SA Editeurs. pp. 730-755. París 1981.

PASCUAL MA. Tratamiento de la sobremordida en los síndromes de Clase II. Ortod Esp 1988; 29:75-83.

SIRIWAT PP, JARABAK J. Maloclusión and facial morphology. Angle Orthod 1985; 55:127-138.

VAN DER LINDEN FPGM. Development of the dentition. Quintessence. Cap. 11, pp. 93-104. Chicago 1983.



Objetivos Operativos

Comprender la definición de sobreoclusión profunda.

Saber diferenciar sobreoclusión de sobreoclusión profunda.

Identificar una sobreoclusión profunda en mordidas cruzadas anteriores.

Aprender a localizar una sobreoclusión profunda en fotografías de casos clínicos.

Conocer la prevalencia de la sobreoclusión profunda.

Diferenciar entre sobreoclusión profunda alveolodentaria y esquelética.

Conocer las características intraorales, extraorales y cefalométricas que acompañan a una sobreoclusión profunda.



PROBLEMAS VERTICALES

- MORDIDA ABIERTA
- SOBREMORDIDA PROFUNDA





Problema vertical acompañado de sagital y transversal

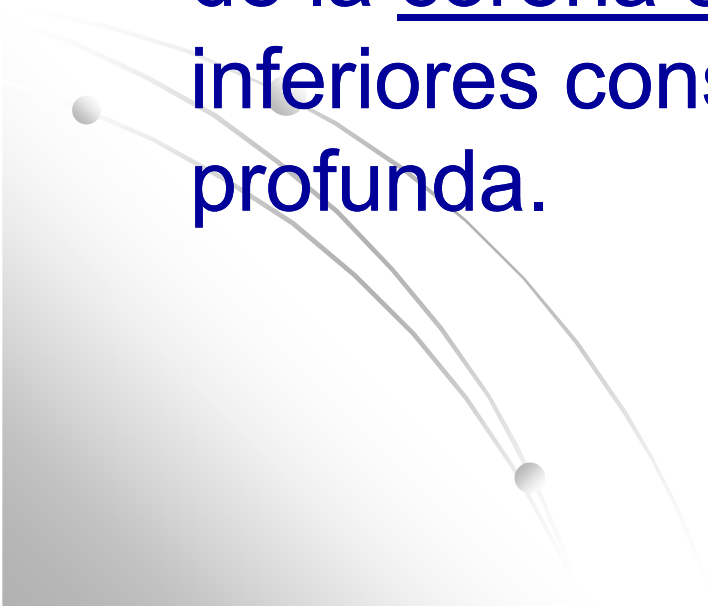
DEFINICIÓN

Strang (Sobremordida): el solapamiento de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores en el plano vertical.

Sobremordida Profunda: Hace referencia a la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente a los incisivos inferiores



- Suele admitirse que más de 4 mm de sobremordida o, en general, el solapamiento vertical de los incisivos en más de un tercio de la dimensión vertical de la corona clínica de los incisivos inferiores constituye una sobremordida profunda.



$<1/3$



$\geq 1/3$



$<1/3$



$\geq 1/3$

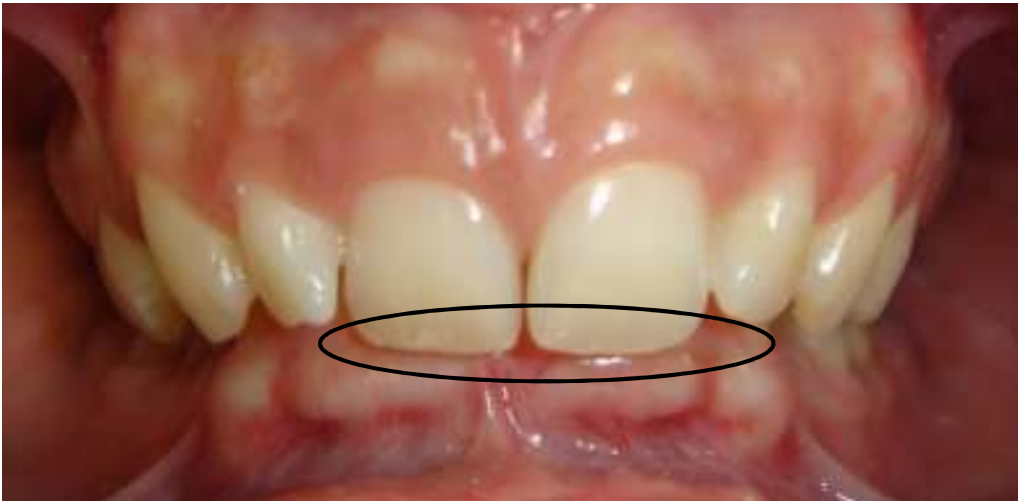


- También podemos encontrar sobremordida profunda en pacientes con resalte negativo en maloclusiones clases III. Sobre todo en Pseudoprognatismos. En maloclusiones esqueléticas Clase III sin componente funcional es más raro encontrarlas.



- Posiblemente la maloclusión más lesiva para los tejidos dentarios y de soporte de los dientes.
- Provoca dos problemas funcionales:
 - Irritación tejido ginival.





- Posiblemente maloclusión más lesiva para los tejidos dentarios y de soporte de los dientes.
- Provoca dos problemas funcionales:
 - Irritación tejido ginival.

- Problemas en la articulación temporomandibular, probablemente relacionada con la situación condilar retruida en exceso a ocluir en máxima intercuspidadación y “movimientos verticales (pérdida de guía canina).

- Problemas verticales combinados: problemas anteroposteriores y o transversales.



PREVALENCIA

- Estudio en España:
- Edades 13-16. Valor medio sobremordida: 3.9 (± 1.9).
- Solapamiento vertical igual o superior a los 2/3 en el 19%.
- Es una de las maloclusiones más frecuentes y de las más difíciles de resolver.

- Es un problema clínico cuando se ve afectada la función masticatoria, función de la articulación temporomandibular o estética facial



- Constituye un signo típico (aunque no siempre presente) de maloclusión clase II división 2



CLASIFICACIÓN

- DENTOALVEOLAR.
- ESQUELÉTICA.



Clasificación

DENTOALVEOLAR

- Hay una supraerupción de los incisivos tanto superiores como (más frecuentemente) inferiores.
- Los incisivos tienden a erupcionar en exceso al no existir una relación interincisiva adecuada (exceso de resalte o verticalización excesiva de los incisivos).

Tercio facial inferior normal (patrón vertical normal y más raramente de cara larga).



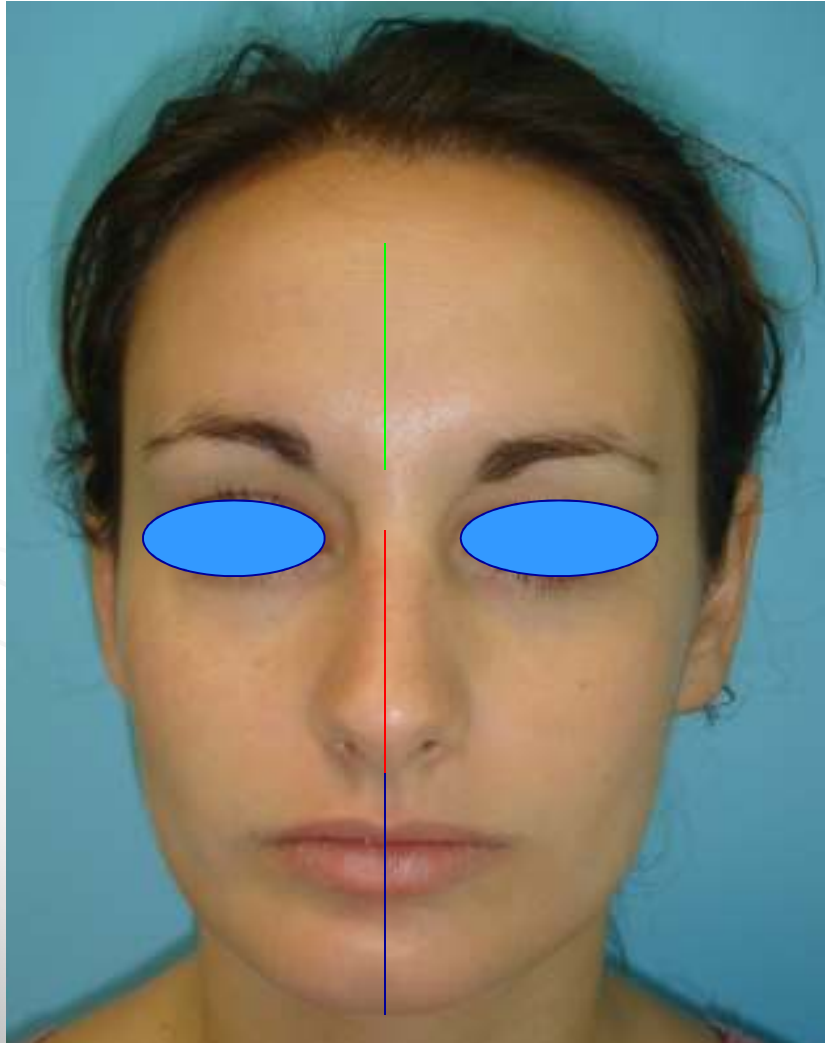
ESQUELÉTICA

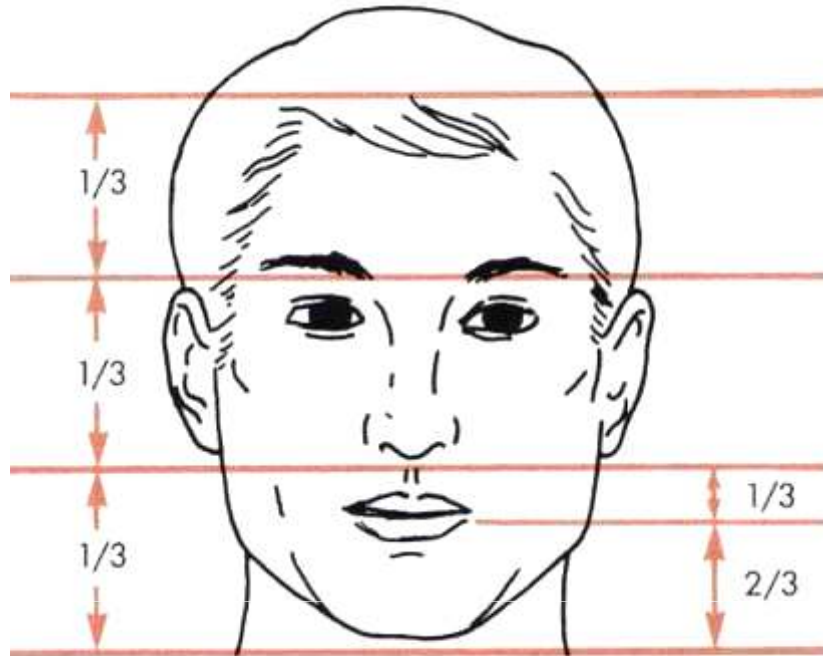
- Se produce erupción insuficiente de los dientes posteriores.
- Suele acompañarse de un patrón esquelético de cara corta.



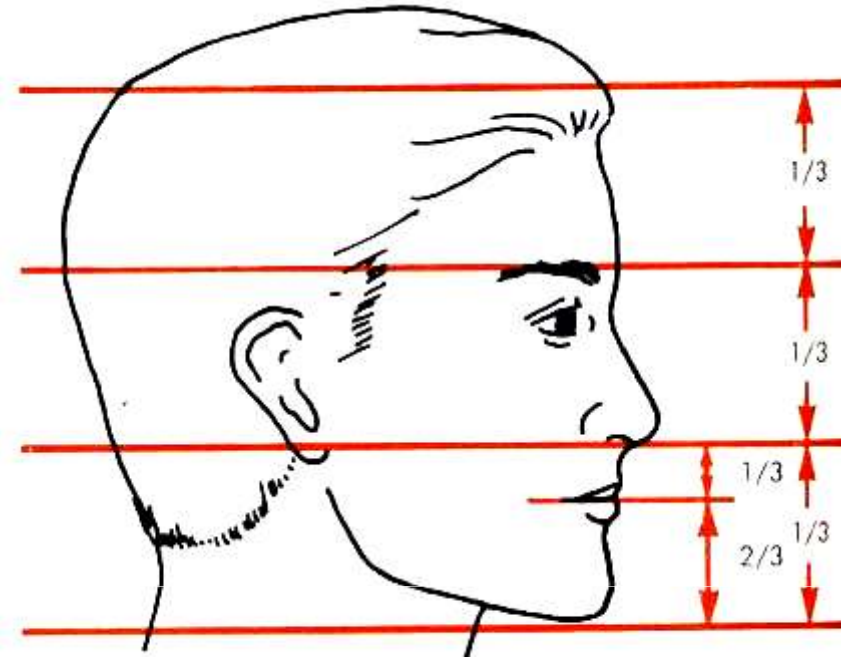
Cara Corta

- Altura facial inferior disminuida



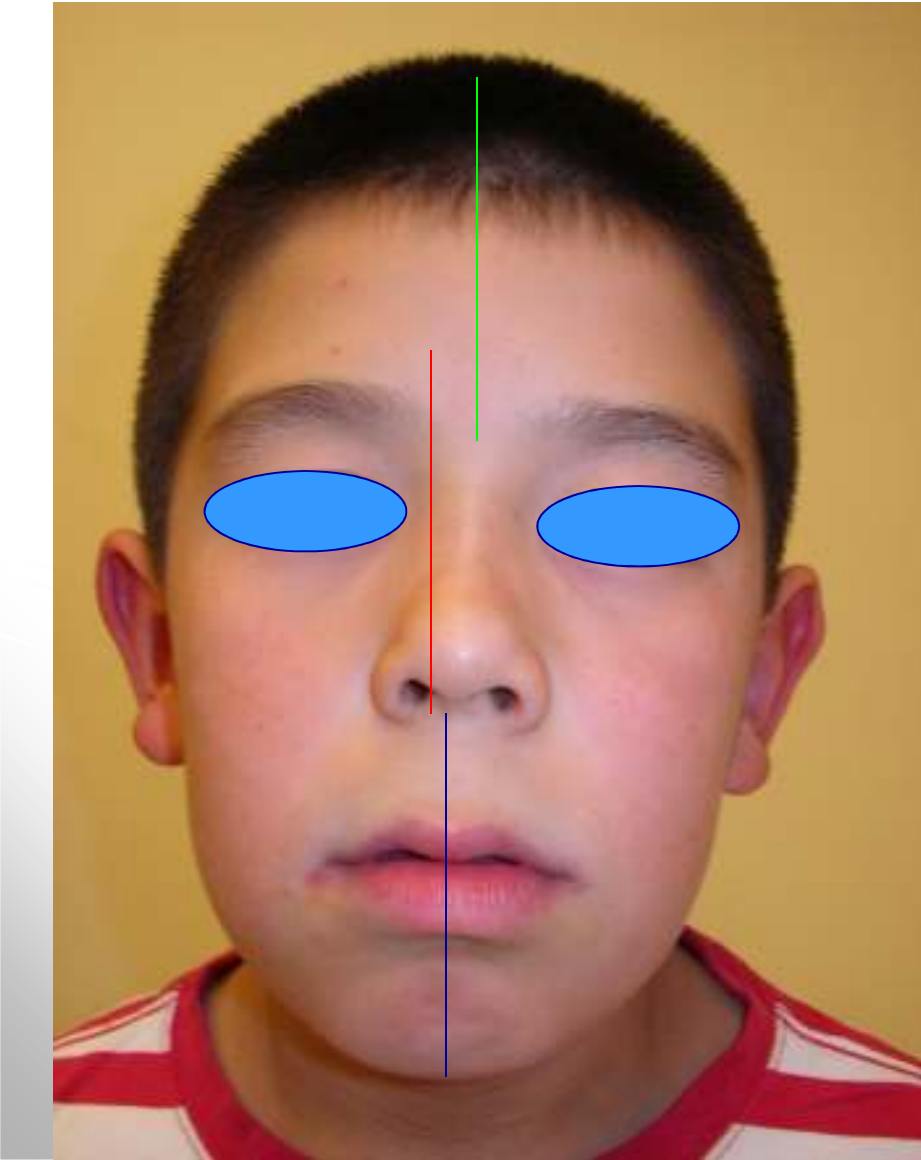


Proporciones faciales verticales en la perspectiva frontal: los tres tercios faciales deben tener la misma altura vertical. El tercio superior va desde el nacimiento del pelo hasta los arcos superciliares. El tercio medio desde los arcos superciliares a la base de la nariz y tercio inferior desde la base de la nariz hasta el mentón. En el tercio inferior de la cara, la boca debe encontrarse a un tercio de la distancia entre la base de la nariz y en mentón.

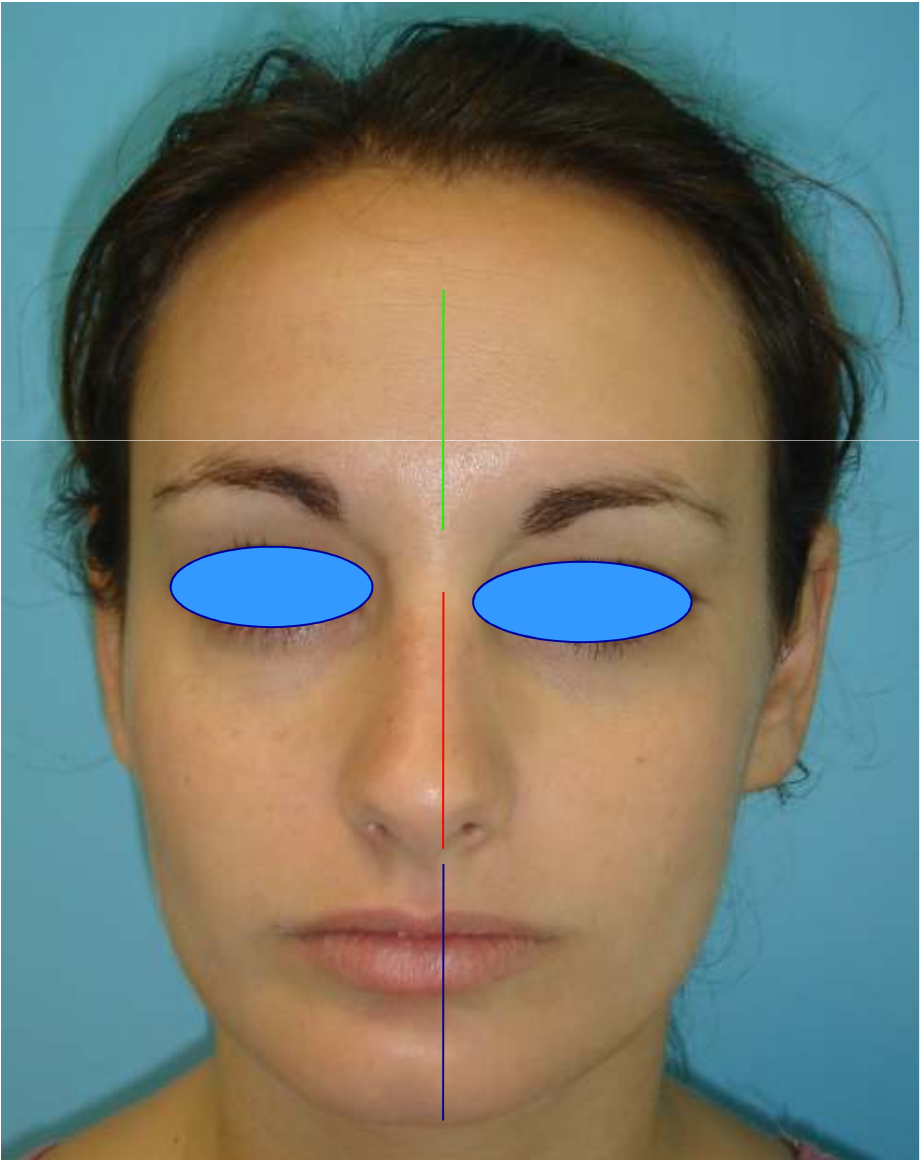


Proporciones faciales verticales en la perspectiva Lateral.

CARA LARGA

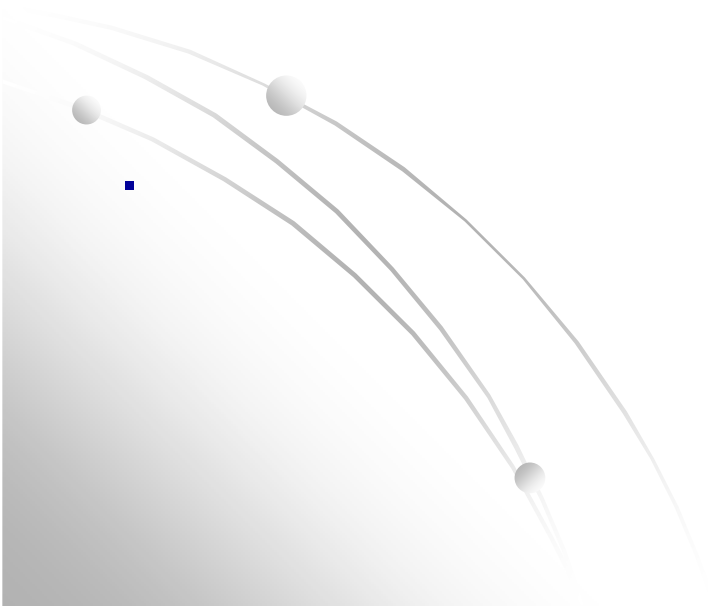


CARA CORTA



ETIOPATOGENIA

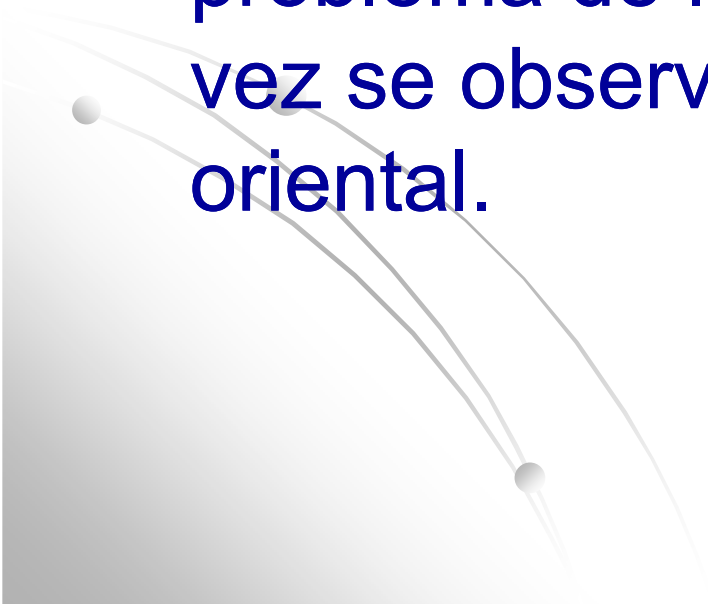
- GENÉTICA: cuando acompaña a un patrón facial de cara corta.



ETIOPATOGENIA

- **GENÉTICA:** cuando se acompaña a un patrón facial de cara corta.
- **INFLUENCIAS AMBIENTALES:** Difícil identificar factores etiológicos ambientales que contribuyan de forma significativa a la Sobremordida. Generalmente ni hábitos de diferentes tipos ni dificultades respiratorias ni alteraciones en el desarrollo de la erupción pueden considerarse factores etiológicos.

- La sobremordida profunda anterior asociada a deficiencia mandibular esquelética y altura facial anterior disminuida es casi exclusivamente un problema de la raza blanca, y sólo raramente se observa en las razas negra y oriental.



ANÁLISIS EXTRAORAL E INTRAORAL

Sobremordida Profunda anterior

- No es signo exclusivo de patrones faciales de cara corta, ni siempre aparece dentro de un marco esquelético y funcional de maloclusiones Clase II.
- Resulta característica de los patrones morfológicos y fisiológicos que aparecen asociados a la deficiencia mandibular esquelética y altura facial inferior disminuida.

ANÁLISIS EXTRAORAL

- A pesar de la deficiencia mandibular esquelética: mentón bien desarrollado (puede hacer pasar por alto la deficiencia mandibular).
- Labio inferior curvado y con tonicidad excesiva.



ANÁLISIS EXTRAORAL

- Altura facial inferior tiende a estar disminuida: Cuanto más disminuida se encuentre mayor será la tendencia a curvarse el labio inf.
- Músculos elevadores de la mandíbula bien desarrollados. Fuerza masticatoria máxima superior a la de los sujetos normales: Dientes posteriores erupcionan en menor medida de lo razonable que en sujetos normales
- Se caracterizan por rotación anterior mandibular: hacia arriba y delante.



- Si el labio cubre vestibularmente los IS: tendencia a inclinarlos en sentido palatino: Clase II división 2.



Si labio se sitúa por detrás de los IS: clase II división 1.



INSISTENCIA.

Sobremordida Profunda anterior

- No es signo exclusivo de patrones faciales de cara corta, ni siempre aparece dentro de un marco esquelético y funcional de maloclusiones Clase II.
- Resulta característica de los patrones morfológicos y fisiológicos que aparecen asociados a la deficiencia mandibular esquelética y altura facial inferior disminuida.

ANÁLISIS INTRAORAL

- Relación molar y canina Clase II de Angle.



También se puede encontrar: CLASE I DE ANGLE



También se puede encontrar: CLASE III DE ANGLE



ANÁLISIS INTRAORAL

- Relación molar y canina Clase II de Angle.
- Tendencia al apiñamiento incisivo a menudo más grave en la arcada superior que en la inferior.



ANÁLISIS INTRAORAL

- Relación molar y canina Clase II de Angle.
- Tendencia al apiñamiento incisivo a menudo más grave en la arcada superior que en la inferior.
- Curva Spee aumentada en la arcada mandibular, En el maxilar superior suele ser normal e incluso a veces disminuida

Curva Spee en la arcada mandibular muy marcada, en la superior no siempre.



ANÁLISIS INTRAORAL

- Relación molar y canina Clase II de Angle.
- Tendencia al apiñamiento incisivo a menudo más grave en la arcada superior que en la inferior.
- Curva Spee en la arcada mandibular.
- Resalte aumentado (clase II div. 1) o nulo (clase II div.2)



ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

- Plano mandibular tiende a hallarse disminuido.
- Ángulo mandibular tiende a ser cerrado
- Rama ascendente larga.
- Infraerupción de los dientes posteriores.

