

ALGUNAS CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS SOBRE LA TECNICA DEL DR. MOLLIN

Dr. ALFREDO NAPPA*

Palabras claves

Técnica de Mollin - Migración mesial - Molar 6 - Pilar FRONTO - CIGOMATO - MAXILAR - Rotación molar.

Key Words

Dr. Mollin's technique - 6 Molar - Forward migration - Front - Zygomatic - Maxillary Pilar - Molar Rotation.

INTRODUCCION

Mucho se ha discutido, y se discute aún, sobre la vigencia de la técnica del Dr. Mollin.

Nos parece que este enfrentamiento entre detractores acérrimos y defensores a ultranza de la técnica se aparta de un equilibrio justo que debe tener todo científico.

En primera instancia nos debemos plantear en qué circunstancias es más efectiva la técnica, es decir, si esquematizamos las disgnacias en la tradicional clasificación del Dr. Angle, estaremos de acuerdo en que la técnica de Mollin nos es particularmente útil en la clase II, en especial en la clase II división 1o., mientras que en disgnacias de

clase I y III hay otros medios terapéuticos utilizados con mayor éxito.

Estas dismorfosis de clase II son las más frecuentemente encontradas por los ortodontistas; a tal punto es esta frecuencia, que en estadísticas de pacientes que hemos atendido en servicios de asistencia colectivizada llegan al orden del 75%, contra un 18% de clase I y un 7% de clase III.

Esta dismorfosis de clase II división 1o. son acompañadas por disfunciones, particularmente en la respiración y deglución, que deben ser atendidas para una solución integral de la disgnacia y llegar al fin del tratamiento con un correcto equilibrio forma-función.

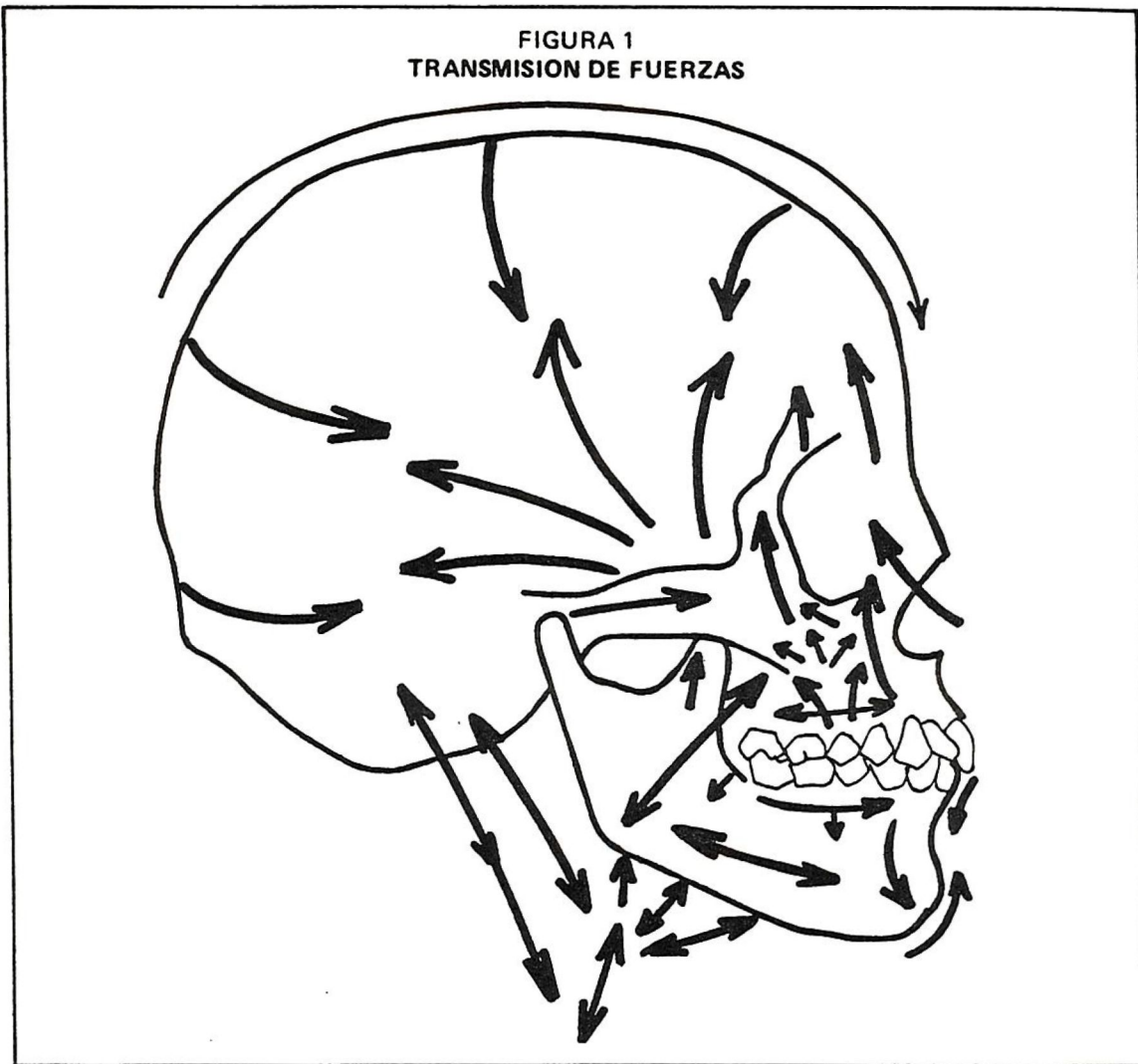
DESARROLLO

Esquemáticamente éstas dismorfosis de clase II división 1o. pueden repartirse en 3 (tres) grupos:

- A) MIGRACION MESIAL SUPERIOR
MANDIBULA NORMAL
- B) MAXILAR SUPERIOR NORMAL
MANDIBULA EN RETROPOSICION
- C) MIGRACION MESIAL SUPERIOR
MANDIBULA EN RETROPOSICION

* Dr. Alfredo Nappa, P. de María 1576 Ap. 102 Montevideo. Uruguay.

FIGURA 1
TRANSMISION DE FUERZAS



Los grupos A y C son los más indicados para el tratamiento con la técnica del Dr. Mollin.

Aún en contra de la opinión del autor de la técnica, creemos de esencial importancia el análisis de una teleradiografía en norma lateral del paciente, para realizar el diagnóstico diferencial de su anomalía y así ubicarla en uno de estos 3 (tres) grandes grupos.

A) MIGRACION MESIAL SUPERIOR
MANDIBULA NORMAL

No nos referimos, por supuesto, a la migración natural que tienen las piezas dentarias hacia mesial, sino a la que es consecuencia fundamentalmente, de trastornos funcionales que afectan a nuestro paciente

La mejor solución es siempre aquella que se ocupa simultáneamente de la corrección de la función y de la forma.

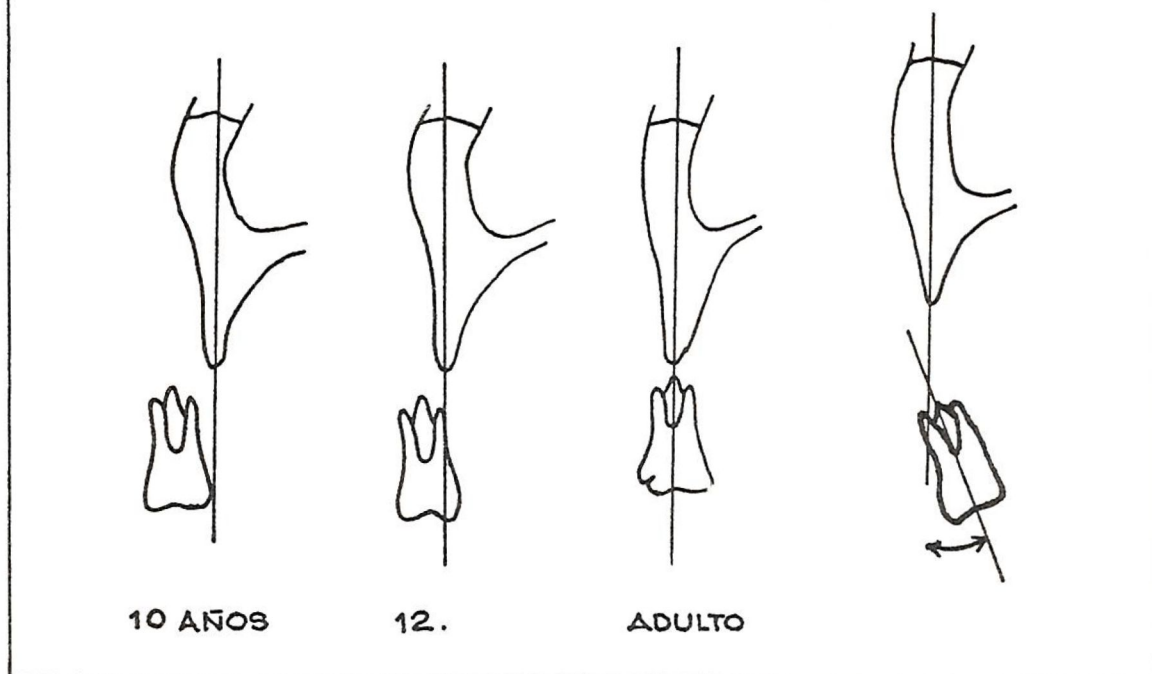
Desde el punto de vista de la normalización de la dismorfosis debemos diagnosticar cuando hay una migración mesial de las piezas dentarias, particularmente de los seis años. Para ello nos valemos de la teleradiografía de perfil y del análisis de modelos.

Esta migración mesial de los 6/6 es algo más que una alternación de la forma, es una desubicación de la pieza en relación con las estructuras óseas que reciben el estímulo.

Reubicar esos molares es situarlos en relación correcta con pilares óseos diseñados para amortiguar las fuerzas masticatorias.

Hablamos entonces de un pilar anterior (FRONTO-MAXILAR) y de dos pilares la-

FIGURA 2
RELACION MOLAR 6 CON PILAR FRONTO - CIGOMATO - MAXILAR



terales, uno superficial (FRONTO - CIGOMATO - MAXILAR), y uno profundo (FRONTO - ESFENO - MAXILAR) (Fig. 1).

Con relación a éstos últimos y particularmente con el superficial, por ser el más claramente apreciado en la teleradiografía de perfil, debemos diagnosticar la posición de los primeros molares de nuestro paciente.

TRAZADO DEL PILAR MALAR O PILAR LATERAL SUPERFICIAL

Une al Vértice de la cresta lleva el punto medio de la sutura FRONTO - MALAR. (Fig. 2).

Al completar su erupción el 6, su cara mesial debe ser tangente al pilar malar y esa posición la mantiene hasta la erupción del 7. Al terminar su evolución los segundos molares, los primeros se colocan 2 mm por delante del pilar lateral. La migración mesial de los 6/6 se estabiliza en el adulto donde el surco medio de su cara vestibular se encuentra en la prolongación del pilar malar.

Este tipo de diagnóstico vinculado a la arquitectura de nuestro paciente, nos pare-

ce más acertado que juzgar por medidas lineales basadas en promedios como ocurre en el cefalograma de Steiner. (6 - NA = 27mm).

Si el 6 está mesializado esta posición se puede traducir en 3 (tres) situaciones:

- . Una mesialización individual de la pieza, o más bien una versión con inclinación del molar.

- . Un avance global de toda la arcada superior.

- . Un desplazamiento de sectores laterales con sector anterior normal y falta de espacio para la ubicación de caninos. Esta situación, debido por ejemplo a extracciones prematuras de piezas temporarias, nos presenta a menudo una correcta posición mandibular (Diagnosticada también en la teleradiografía de perfil) y se encuadra perfectamente en este grupo A).

El segundo elemento de juicio en el diagnóstico de mesialización es el examen de modelo superior en vista oclusal.

Es de resaltar que con el avance y popularización de la cefalometría, los ortodontistas muchas veces nos olvidamos un detallado examen de modelos que nos proporciona datos muy valiosos del problema a

tratar. Es el caso de la migración mesial molar que va acompañada de una rotación sobre su raíz palatina y que es apreciable en el examen de modelos. (Fig. 3)

En casos de rotación molar se deben trabajar los extremos del arco bucal y del extraoral con inclinación hacia dentro; incluso en rotaciones exageradas debe posponerse la utilización del extraoral hasta solucionar esta malposición, y no soldar los tubos paralelos a la arcada y desviados con relación a la cara vestibular del molar.

B) MAXILAR SUPERIOR NORMAL MANDIBULA EN RETROPOSICION

Cuando hablamos de maxilar superior normal nos referimos estrictamente en sentido sagital, ántero-posterior, aunque el caso presente estrechez, producto de alteraciones funcionales.

Este tipo de disgnacias son adecuadamente tratadas en edades apropiadas con ORTOPEDIA FUNCIONAL.

En caso de tratamiento con aparatología fija hay que solucionar a menudo trabas dentarias causantes de la trayectoria de cierre hacia distal que tiene la mandíbula. Esta solución puede o no implicar extracciones, pero creemos que técnicas fijas con mejor control individual de las piezas dentarias se advienen mejor que la técnica de Mollin a las necesidades de estos casos.

C) MIGRACION MESIAL SUPERIOR MANDIBULA EN RETROPOSICION

El diagnóstico de migración mesial superior es realizado de igual forma que en el grupo A).

El Dr. Mollin, a su vez, no reconoce la existencia de casos de retroposición mandibular sin migración mesial superior.

Según el autor de la técnica existe primero y por distintas causas (P. ej. Comportamiento lingual debido a hipertrofia amigdalina, hábito de succión digital, etc.) un desplazamiento superior dento-alveolar hacia mesial y luego, como consecuencia, una posición distal de toda la mandíbula.

En un primer momento la mandíbula intentaría acompañar a las piezas superiores, siguiendo la intercuspidación, pero luego este seguimiento exigiría un estiramiento

y contracción casi permanente de los pterigoideos externos por lo cuál adopte una nueva posición hacia distal. (Fig. 4).

Otra razón de este comportamiento mandibular es que la arcada superior no solo se adelanta, sino que se estrecha, en especial a nivel de la comisura, no quedándole al maxilar inferior otro camino que la retrusión para adaptarse al diámetro transversal disminuido del maxilar superior.

En ciertos casos la retrusión mandibular no es bilateral sino unilateral dando origen a la clase II, I subdivisión.

A pesar de la jerarquía de la opinión de Mollin consideramos que hay casos como el grupo B) con estrechez superior derivada de alteraciones funcionales, sin migración mesial y con retroposición mandibular.

Estamos de acuerdo sí, en que al haber arrastre alveolo-dentario hacia mesial de toda la arcada superior, se presenta como consecuencia, una alteración posicional de la mandíbula.

De no ser cierta ésta hipótesis la variedad de la magnitud en la clase II división 1a. sería enorme, casi infinita, y la realidad de la observación clínica nos muestra otra cosa ya que casi siempre es del ancho de un premolar.

Diríamos que constituye una semiplena prueba de la integración mandibular en este tipo de clase II, 1a. división.

CONCLUSIONES

Si bien el Dr. Mollin denominó a la técnica como "Universal con alambres delga-

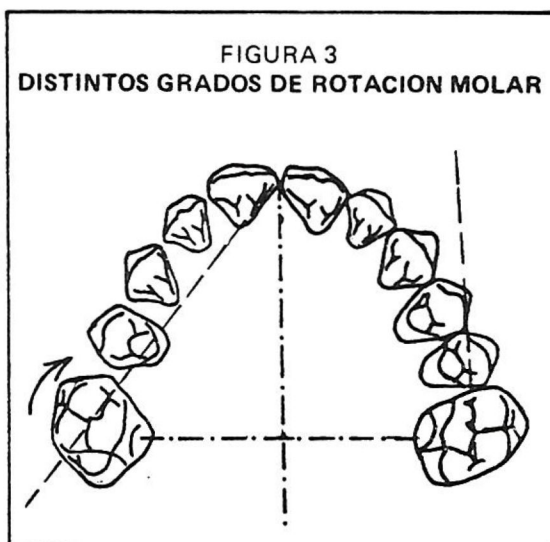
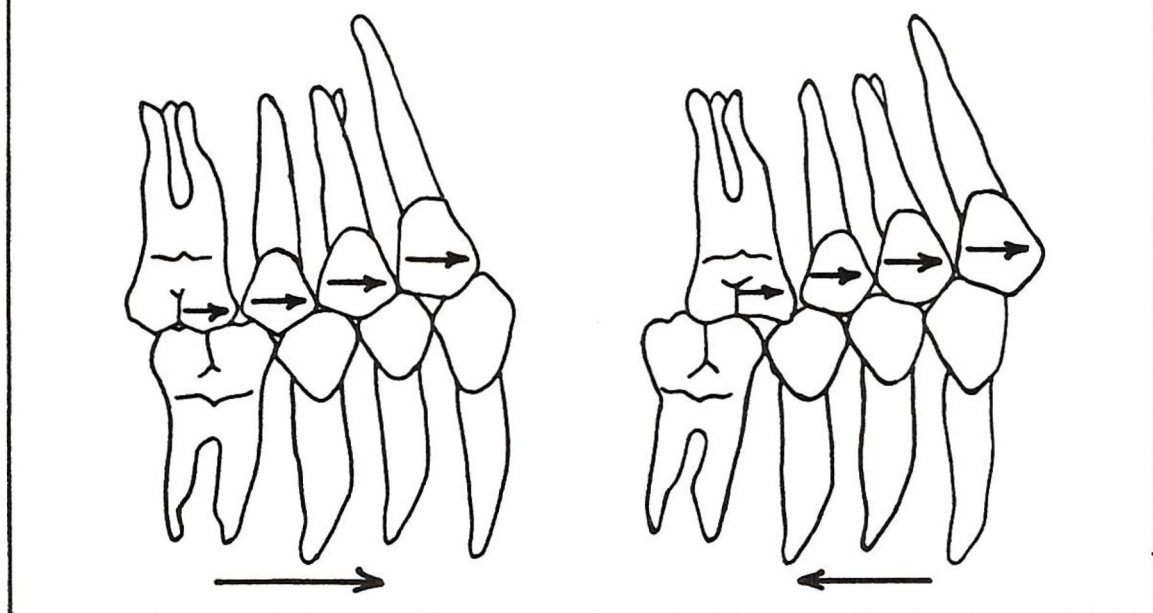


FIGURA 4
RETRUSION MANDIBULAR SUBSECUENTE A MIGRACION MESIAL SUPERIOR



dos", es decir que puede emplearse para todo tipo de anomalías, es más efectiva en tratamientos de clase II con migración mesial superior.

Proponemos el diagnóstico de migración del 6 relacionándolo con el pilar lateral superficial o FRONTO - CIGOMATO - MAXILAR; también es aconsejable el examen oclusal del modelo superior para la comprobación o no de la rotación molar.

Con estos dos elementos de juicio, de fácil visualización y poco insumo de tiempo para el ortodoncista se tendrá la pauta de si está indicado el distalamiento o reubicación de los 6/6 en relación a las estructuras óseas del paciente, así como la corrección de la rotación molar si ésta se presenta.

RESUMEN

Se aconseja el uso de la técnica del Dr. Mollin en casos de clase II con migración mesial superior.

El diagnóstico es basado en la observación en una teleradiografía de perfil, de la relación entre el molar 6 con el pilar FRONTO - CIGOMATO - MAXILAR, teniendo en cuenta para dicha relación la edad del paciente.

También se analiza la rotación molar con el examen de modelo superior en vista oclusal.

SUMMARY

It has been advised Dr. Mollin's technique in class II cases with upper forward migration.

The diagnosis is based on the observation in a teleradiograph of the relation between 6 molar and FRONTO - ZYGOMATIC - MAXILLARY pillar, taking on accounts for this relations the AGE OF the PATIENT.

It has been ANALYZED the MOLAR ROTATION with the UPPER MODEL' EXAM FROM OCCLUDED SIGHT.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MOLLIN, A.D. - *Universal Light Arch Technique for Treatment of Malocclusion* - 1966. Ed. Bruder - New York.
- 2) ROSE M. - VERDON P.: *Ortodoncia de Mollin*. 1983. Ed. Adrogué - Bs. Aires - 1983.
DELAIRE J.: *L'analyse Architecturale et structurale cranio - Faciale*. Rev. Stomatologie. 1978. 79 (1): 252 - 283
- 3) SALAGNAC J.M.: *L'étude Dento-squelettique dans L'analyse Architecturale et structurale de J. Delaire*. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. (1987) 88 (1) 48 - 55.