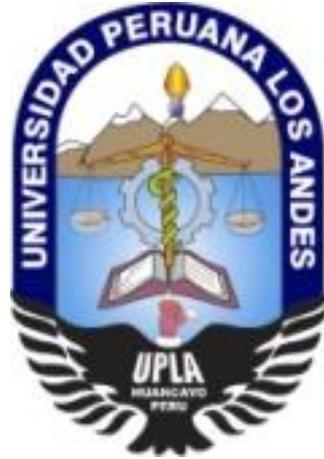


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**Título: ULECTOMIA Y FRENECTOMIA EN UNA
PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD**

(REPORTE DE UN CASO)

Para optar el Título profesional de Cirujano Dentista

Autora: ESPINOZA PARIONA ESMERALDA ERIKA

Área de Investigación: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación: Investigación Clínica y Patológica

Huancayo – Perú

2019

AGRADECIMIENTO

A mis docentes que me guiaron en este largo camino para terminar satisfactoria mente mi profesión. A mis asesores que me apoyaron en el presente trabajo. Y que va a quedar como ejemplo para otros trabajos similares.

DEDICATORIA

Dios tu que iluminaste mi camino, y madre mía gracias por todo, de corazón eternamente agradecida por hacer de mí una profesional de calidad.

Índice

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	8
1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPITULO II	10
2.1 MARCO TEÓRICO	10
2.2 BASES TEÓRICAS	11
CLASIFICACIÓN DE LOS FRENILLOS BUCALES	12
MEDIALES	12
FRENILLO LABIAL SUPERIOR E INFERIOR:	12
LATERALES	13
EMBRIOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR	13
HISTOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR	13
EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO	13
TEJIDO CONECTIVO LAXO	14
TEJIDO CONECTIVO ELÁSTICO	14
UBICACIÓN E INSERCIÓN	14
TIPOS	15
FRENILLO FIBROSO:	15
FRENILLO MUSCULAR	15
MÚSCULO ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR	15
MÚSCULO NASAL Y DEPRESOR SEPTAL	15
Músculo Elevador el ángulo de la Boca	15
Frenillo Fibro-Muscular o Mixto	16
FORMAS:	16
Frenillo Labial Normal	17
Frenillo Labial con Apéndice	17
Frenillo Tectolabial	17
Frenillo Labial con Nódulo	17
Frenillo Labial con Nicho	17
Frenillo Labial Doble	17
Frenillo Bífido	17
SIGNOS CLÍNICOS	18

Diastema interincisal medial superior	18
DIAGNÓSTICO	19
TRATAMIENTO	19
Frenillo labial superior en dentición temporal.....	20
FRENILLO LABIAL SUPERIOR SIN DIASTEMA INTERINCISAL	20
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	21
Frenotomía o reposición apical del frenillo	22
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26

RESUMEN

En este trabajo trataremos el caso de una niña con dentición mixta que se trabajó una ulectomía con frenectomía con erupción retardada debido a fibrosis de la mucosa gingival.

La fibrosis de la mucosa gingival se desarrolla debido a la formación de nuevos paquetes fibrosos que refuerzan la densa estructura del tejido conectivo adyacente al epitelio gingival que cubre la corona del diente. Al erupcionar el órgano dentario pierde fuerza eruptiva, al ser obstaculizado por una barrera de tejido mucoso que se encuentra sobre la superficie oclusal o incisal y que aparentemente, dicho órgano no es capaz de romperlo o perforarlo. Esta patología es ocasionada por la fricción superficial de los alimentos con la mucosa desdentada. Esto también sucede cuando el diente temporal se ha perdido de forma prematura.

Los frenillos orales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambas, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito. Sirven para la fijación de algunas zonas anatómicas en la boca. Podemos encontrar distintos frenillos en la cavidad oral los que se encuentran en la línea media (frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual) y los laterales situados a la altura de los premolares superiores e inferiores representan en verdad bridas cicatrízales. Los frenillos de la línea media pueden representar problemas en la salud bucal del paciente cuando están demasiado cerca del margen gingival desde problemas para el control de la placa dentobacteriana o representar un problema por un tirón muscular.

Palabras clave:

Ulectomía, ojal quirúrgico, fibrosis gingival, erupción dental.

INTRODUCCIÓN

La erupción dental es el proceso fisiológico en el cual un diente en formación migra de una posición intra-osea dentro de los maxilares para una posición funcional en la cavidad bucal¹. Diversos factores, sistémicos y locales, pueden interferir en la cronología y secuencia de erupción de los dientes permanentes, destacándose entre los factores sistémicos el hipopituitarismo, el hipotiroidismo y la disostosis cleidocraneana y entre los locales la retención prolongada, la pérdida precoz o los traumatismos de los dientes temporales, los odontomas, los dientes super-numerarios, los quistes y la fibrosis de la mucosa gingival².

En los casos de fibrosis de la mucosa gingival, el diente permanente puede perder la fuerza eruptiva, obstaculizado por una barrera de tejido mucoso sobre su superficie oclusal o incisal. Aparentemente, el germen del diente permanente no es capaz de perforar ese tejido mucoso. Con el objetivo de liberar el camino para que el diente pueda ocupar su posición en el arco dental, el odontopediatra puede realizar un procedimiento quirúrgico, denominado ulectomía, que consiste en la exéresis de los tejidos que revisten el borde incisal o la cara oclusal de la corona dental de un diente temporal o permanente que no ha erupcionado³.

El frenillo labial está sujeto a ciertas variaciones según su forma, tamaño y posición. Algunos son amplios y resistentes, otros son finos y frágiles. El frenillo simple es el que más prevalece, insertándose el superior en la encía adherida y el inferior en la mucosa alveolar. La distancia media de la inserción, en relación al borde libre, es de 4,4 mm en el frenillo superior y 5,6 mm en el frenillo inferior. La función del Frenillo Labial Superior es de servir como barrera y sujeción de los labios para que no se desplacen de su lugar normal y habitual³.

CAPITULO I

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las alteraciones del frenillo pueden ser de origen congénita, del desarrollo o adquiridas. una condición mucogingival es una desviación de la anatomía normal de los tejidos que se ubican entre el margen gingival y la unión mucogingival. dentro de estas condiciones se encuentran las alteraciones de la inserción de los frenillos y la profundidad del vestíbulo. los frenillos labiales aberrantes dentro de la cavidad no suelen ocasionar patologías a considerar; sin embargo, en algunas situaciones su sobre inserción puede provocar deformidades periodontales, funcionales, estéticas y fonéticas. la remoción de los frenillos se plantea a través de su exéresis completa (frenectomía) o a través de su reposición lateral o apical (frenotomía).

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo es demostrar la técnica de la ulectomía y su eficacia en la clínica odontopediátrica, en casos donde la fibrosis de la mucosa gingival impide la erupción dental y la frenectomía labial que altera la parte oclusal y estética de los dientes a temprana edad.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación acerca de la ulectomía combinada con frenectomía labial nos permitirá mostrar el tratamiento realizado en este tipo de casos y profundizar los conocimientos teóricos sobre el tratamiento de las ulectomías y frenctomías y ofrecer una mirada sobre este tipo de casos aportando a los colegas y alumnos de pregrado universitarios.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Townsed y cols, en el 2012 realizaron un trabajo titulado “Prevalence and variations of the median maxillary labial frenum in children, adolescents, and adults in a diverse population” Este estudio trata de evaluar las variaciones del frenillo labial superior en una población de diversas étnias y a educar al personal de salud sobre la diversidad del frenillo labial superior para evitar biopsias innecesarias. Este estudio incluyó a adultos, adolescentes y niños pacientes en la Universidad Estatal de Louisiana, en su facultad de Odontología. Entre el 284 sujetos examinados, el frenillo labial superior en condición normal fue el más frecuente, seguido de frenillos con nódulos y frenillo con el apéndice⁴.

Londin M. (2011) En su trabajo de investigación para obtener el título de odontólogo en la Universidad Católica de Cuenca en Ecuador, titulado, “Corregir mediante cirugía de frenillos linguales la dislalia moderada” mediante presentación de caso clínico, llegó a la siguiente conclusión: al eliminar el frenillo se resolvió la dislalia, mejoró la movilidad del músculo lingual, mejoró la higiene y el tratamiento fue exitoso. Este trabajo también aporta información de carácter teórico y práctico a la presente investigación⁵.

Calderón, M.(2007) En su tesis prevalencia de anquiloglosia en población escolar urbana en san juan de Comalapa en México, estudio la ocurrencia familiar de anquiloglosia parcial, donde se reportó una prevalencia de 8,26% de anquiloglosia parcial en la población indígena, siendo más alta para el sexo masculino, produciendo dificultad en la articulación de las palabras en un 73,68% en escolar de nivel primario, igualmente se puede acotar el aporte directo de esta investigación al estudio que se está realizando⁶.

2.3 BASES TEÓRICAS

CONCEPTO

Los frenillos labiales son estructuras anatómicas normales que se describen como pliegues mucosos finos formados principalmente por tejido colágeno denso y fibras elásticas, más no fibras musculares; que se adhieren a los labios, a la mucosa alveolar y al periostio subyacente del hueso de la mandíbula y del maxilar⁷.

La cantidad de frenillos que hay en la boca suelen ser siete, y aunque a veces puede haber más frenillos, lo normal es encontrar dos frenillos labiales, cuatro frenillos laterales y un frenillo lingual⁸.

FORMACIÓN

comienza en el feto en la décima semana de gestación; al tercer mes el frenillo tectolabial del feto es morfológicamente similar a un frenillo anormal del periodo postnatal, pues se extiende como una banda continua de tejido proveniente del tuberculum en la porción interna del labio por encima y a través de la cresta alveolar para insertarse en la papila palatina⁹.

Se puede decir entonces que el frenillo labial superior se origina embriológicamente como remanente de las células centrales de la lámina vestibular en la zona media-sagital del maxilar superior. Histológicamente se encuentra formado por tejido conectivo, epitelio y abundantes fibras elásticas¹⁰.

Se considera como anormal a un frenillo labial superior cuando su inserción provoca la retracción de la encía marginal, facilita el desarrollo del diastema medio maxilar o limita el movimiento del labio superior¹¹.

CLASIFICACIÓN DE LOS FRENILLOS BUCALES

Los Frenillos Bucales según su localización, se pueden clasificar en dos grupos los mediales en la trayectoria de la línea media y los laterales a los lados de la línea media tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior. (Santos VIM, Korytnicki D, Ando T, Lascala NT. , 2009)

MEDIALES

Frenillo Labial Superior e Inferior:

El frenillo labial es una estructura normal que consiste en un pliegue de la mucosa del labio localizado en la línea media, que une por un lado la superficie interna del labio y, por otro, la encía en la línea media. Normalmente, el frenillo del labio inferior es más pequeño que el del labio superior. (Walter, 2009).

Frenillo Lingual El frenillo lingual es un pliegue vertical de mucosa que une la parte libre de la lengua con el suelo de la boca en la línea media. (Walter, 2009).

LATERALES

Los Frenillos laterales son bandas de tejido conectivo, muscular o mixto que se encuentran a los lados de la línea media a la altura de los premolares en el maxilar superior y en el maxilar inferior. (Walter, 2009).⁶

EMBRIOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR

La formación del frenillo empieza en la décima semana de gestación. En el feto constituye una banda continua que conecta el tubérculo labial a la papila palatina atravesando el reborde alveolar. En el momento del nacimiento queda dividido en una porción palatina, la papila, y una porción vestibular, el frenillo. Con el desarrollo de la dentición temporal se produce un aumento de altura del reborde alveolar y un ascenso relativo de la inserción del frenillo. Con la erupción de los incisivos centrales permanentes se vuelve a producir un depósito óseo que aleja nuevamente la inserción del frenillo. En ese momento los incisivos centrales pueden estar abanicados por la presión de los incisivos laterales sobre sus raíces, aspecto conocido como de "patito feo". Este diastema se va cerrando con la erupción de los incisivos laterales y los caninos permanentes. (Sadler, 2009)

HISTOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR

El frenillo está constituido histológicamente por tres capas: Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal no queratinizado, La Submucosa presenta Tejido conjuntivo laxo y de fibras elásticas, este tejido conectivo contiene en un tercio de los casos, fibras musculares esqueléticas y Epitelio plano estratificado no queratinizado. No hay presencia de estructura ósea subyacente. (Gomez de Ferraris, 2009).

EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO

Llamado también epitelio escamoso no queratinizado, es un epitelio grueso, ya que está compuesto por diversas capas celulares, solo su capa celular ms profunda se encuentra en contacto con la lámina basal, las células ubicadas en esta región son de morfología cubica. (Gomez de Ferraris, 2009) Las células que se encuentran en la región más media se caracterizan por ser más polimorfas y las células ms cercanas a la superficie libre se caracterizan por ser aplanadas. Los epitelios de este tipo son secretores por ende húmedos, se los encuentra revistiendo las mucosas, como la boca, faringe, el esófago y las cuerdas bucales. (Gomez de Ferraris, 2009).

TEJIDO CONECTIVO LAXO

El tejido Conectivo Laxo es un tipo de Tejido muy abundante en el organismo, cuyo origen proviene del mesénquima. Las células del mesodermo son pluripotenciales, dando lugar a otros tipos celulares, como son el tejido conjuntivo, el tejido cartilaginoso, tejido óseo y tejido cordal. Contienen un bajo porcentaje de fibras (predomina la fibra de colágeno), algunos fibroblastos, macrófagos, y sustancia extracelular de la matriz extracelular. (Gomez de Ferraris, 2009).

TEJIDO CONECTIVO ELÁSTICO

El tejido Conectivo Elástico, como su nombre lo dice está formado por fibras elásticas, gruesas en disposición paralela y organizadas en haces separados por el tejido laxo. Entre las Fibras se Observan Fibroblastos Aplanados. (Gomez de Ferraris, 2009).⁷

UBICACIÓN E INSERCIÓN

El Frenillo Labial Superior se encuentra ubicado: en la cara interna del labio, entre los 2 incisivos centrales. A nivel del Hueso alveolar, a nivel del límite entre la encía adherida

y la libre. La inserción del Frenillo Labial Superior, es perpendicular al reborde. (Sforza, 2009).

TIPOS

Dependiendo de las estructuras que forman el Frenillo Labial Superior podemos distinguir tres tipos:

FRENILLO FIBROSO

Se denomina Frenillo Fibroso porque se encuentra compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

FRENILLO MUSCULAR

Pueden estar integrados distintos músculos dentro del frenillo:

MÚSCULO ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR

Es una pequeña banda muscular que se origina en la parte externa del proceso alveolar del maxilar superior. Tiene dos orígenes, por encima del canino y del incisivo lateral y se inserta en el espesor de las fibras del músculo orbicular de la boca. Su función es tensar el labio¹².

MÚSCULO NASAL Y DEPRESOR SEPTAL

Estos músculos se originan en la parte más baja del maxilar superior y su función está casi completamente restringida a accionar el ala de la nariz. “La pars alaris” se conoce con el nombre de músculo mirtiforme.

MÚSCULO ELEVADOR EL ÁNGULO DE LA BOCA

Se origina en l fosa canina del maxilar superior y se inserta en el tejido blando, cerca del ángulo de la boca. Cuando se contrae junto con el elevador del labio superior, se acentúa el surco naso labial. La porción inferior de este musculo e encuentra por debajo de la arteria angular. Por lo que al manipular esta zona puede producirse una hemorragia arterial profusa por tanto debe realizarse disección roma de los tejidos en vez de cortante.

Frenillo Fibro-Muscular o Mixto

Como su nombre lo explica es una combinación del frenillo fibroso y del frenillo muscular. En los frenillos labiales se observa por un lado una unión tendinosa firme con la papila interincisal y por otro un cordón fibroso unido al proceso alveolar¹².

FORMAS:

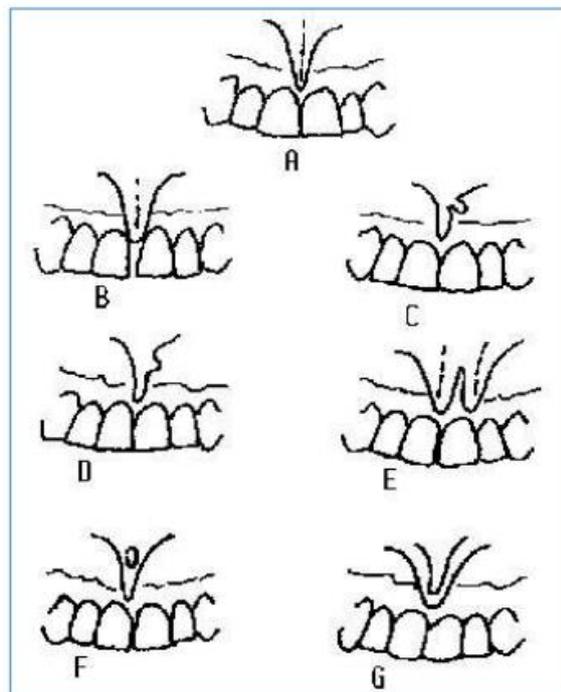


Figura 1: Tipos de Frenillos Bucles Según su Forma

Fuente: VAN WAES, H. (2006). Cirugía en niños y jóvenes. Atlas de odontol (págs. 249). Sevilla: Masson.

FRENILLO LABIAL NORMAL

Designación usada para una franja de tejido blando localizado en el plano mediano y que conecta la parte mucosa del labio con el tejido conjuntivo que recubre el proceso alveolar¹⁴.

FRENILLO LABIAL CON APÉNDICE

Designación usada para denominar a la prolongación suelta de tejido blando insertado en el borde libre del frenillo Labial Superior.

FRENILLO TECTOLABIAL

Designación usada para el frenillo combinado con diastema entre los incisivos centrales superiores y con la inserción en el área de la papila incisiva.

FRENILLO LABIAL CON NÓDULO

Se denomina así al aumento semejante a un nódulo, firme, blanuzco, localizado en el borde libre del frenillo e incorporado en la masa del mismo.

FRENILLO LABIAL CON NICHOS

Designación usada para denominar a las invaginaciones de desarrollo de la membrana mucosa del propio frenillo o de tejido vecino.

FRENILLO LABIAL DOBLE

Designación usada para denominar a la variación donde existe duplicación del frenillo, pudiéndose encontrar como estructura separada o en combinación con el frenillo principal¹⁴.

FRENILLO BÍFIDO

Designación usada para denominar el frenillo Labial Superior marcado por un surco vertical mediano¹⁴.

SIGNOS CLÍNICOS

DIASTEMA INTERINCISAL MEDIAL SUPERIOR

El diastema medial superior designa un espacio de 1 a 6mm. O mayor entre los incisivos centrales del maxilar superior. Los ejes longitudinales de los incisivos centrales con diastema medial suelen ser divergentes o paralelos. Cuando son convergentes, se puede sospechar la presencia de un diente supernumerario interincisivo o mesiodens, aunque su frecuencia es relativamente baja. Para evaluar si la causa de un diastema es un frenillo hipertrófico, se realiza el “test de isquemia o maniobra de Graber”, que consiste en la tracción o estiramiento del labio superior y la observación del grado de isquemia o blanqueamiento producido en la papila palatina. Si el frenillo labial superior se prolonga dentro de la papila incisiva el estiramiento del frenillo producirá palidez y movimiento de la papila interdental (signo de la papila positivo).

La reabsorción del tabique interdental varía considerablemente entre individuos. Suele estar relacionada con la involución del frenillo labial superior. Por tanto es posible que haya diastema verdadero sin frenillo en situación marginal. No obstante en la mayoría de los casos la involución del tabique ocurre al mismo tiempo que la reabsorción de la placa del frenillo. Así existe una disminución del diastema fisiológico con la edad, y una relación entre el diastema y la posición del frenillo¹².

LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO DEL LABIO SUPERIOR

El frenillo labial superior raramente es de naturaleza muscular, ya que por lo general son pliegues mucosos, pero si existe un componente muscular importante puede actuar como de riendas flexibles limitando el movimiento del labio superior.

PROBLEMAS DE AUTOCLISIS EN EL VESTÍBULO

Un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos y dificultar la autoclisis de la zona. También puede dificultar el cepillado dental al no existir el fondo de saco vestibular. Secundariamente y en relación con estos problemas pueden también aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular.

LABIO CORTO Y BERMELLÓN ELEVADO

El frenillo labial superior puede elevar el bermellón y provocar un labio superior corto, lo que impedirá un buen sellado labial¹².

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los datos clínicos ya expuestos, entre los que destacan la presencia de diastema interincisivo y la existencia de un signo de la papila positivo. Debemos realizar también un examen radiológico, con el fin de destaca la presencia de un mesiodens; para valorar las características del hueso del diastema media, para lo cual recomendamos efectuar una ortopantomografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores. (Peñarrocha, 2009).¹

TRATAMIENTO

Cuando por la existencia de uno o varios signos clínicos se indique la cirugía deberá valorarse ante todo la edad del paciente, en especial cuando la indicación se deba a la existencia de un diastema interincisal. (MartínezGonzález JM y cols. , 2011) La cirugía eliminará el frenillo, pero sólo la ortodoncia cerrará el diastema. Algunos ortodoncistas prefieren hacer la exéresis quirúrgica o plastia del frenillo antes de cerrar el espacio,

mientras que otros prefieren primero cerrar el diastema y hacer la cirugía después. Los que recomiendan esto último opinan que la cicatriz interdientaria resultante contribuiría a evitar la recidiva y de otra manera el exceso de tejido cicatricial en la fase de curación puede evitar que el espacio entre los incisivos se cierre en una fecha posterior. En cambio, todos los cirujanos coinciden en que salvo casos excepcionales, la exéresis del frenillo no debe hacerse antes de que haya erupcionado los caninos permanentes y que el cierre ortodóncico está sujeto a un alto grado de recidivas si no se hace previamente la exéresis quirúrgica. Algunos autores discrepan y creen que la mejor época para operar el frenillo labial superior es en el momento de la caída de los incisivos temporales y su reemplazo por los permanentes. (MartínezGonzález JM y cols. , 2011) Podemos marcar las siguientes pautas terapéuticas que correlacionan existencia de frenillo labial superior y diastema interincisivo.

FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN DENTICIÓN TEMPORAL

Si no han erupcionado los incisivos, se opta por la abstención de cualquier tratamiento Si han erupcionado los incisivos centrales y no pueden salir los incisivos laterales se opta por la Cirugía. Si los incisivos centrales y laterales han erupcionado bien, se opta por la conducta expectante. Normalmente la exéresis profiláctica en dentición temporal no está indicada. (Peñarrocha MA y cols. 2009).

FRENILLO LABIAL SUPERIOR SIN DIASTEMA INTERINCISAL

Con dentición. Podremos optar por: Como primer plano se podría optar por la abstención de cualquier terapéutica. Cirugía cuando existen otros signos clínicos como por ejemplo labio corto, bermellón elevado, etc. (Peñarrocha MA y cols. , 2009) Sin dentición. Podremos optar por: Como primera opción tenemos la abstención de alguna terapéutica, como segunda opción está indicada la Cirugía, por motivos protésicos. Finalmente en

pacientes desdentados se debe valorar la posible influencia del frenillo en la estabilidad y retención de las prótesis. Aunque normalmente la indicación de cirugía ante la presencia del frenillo labial superior está en relación con la existencia de diastema interincisal, es decir, por motivos ortodóncicos, en otros casos la indicación podrá estar relacionada con problemas de autoclisis, bermellón elevado, labio corto, etc¹³.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Para extirpar el frenillo quirúrgicamente se han propuesto numerosas Técnicas. En primer lugar distinguiremos los diferentes tipos de cirugía que podemos efectuar:

La frenectomía Consiste en la extirpación completa del frenillo que puede efectuarse mediante la exéresis simple o la exéresis romboidal. (Bellet Dalmau, 2009) La frenectomía labial se hace bajo anestesia local infiltrativa, procurando no distender demasiado la zona con el fin de no alterar las relaciones anatómicas lo que dificultaría su extirpación. Exéresis simple: es decir efectuando únicamente la sección o corte del frenillo con tijera ballets o bisturí y posterior sutura, no es una técnica recomendada ya que sus inconvenientes superan ampliamente la simplicidad de su realización.

Con esta técnica, a menudo, no eliminamos el tejido sobrante, la cicatriz queda en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior. No obstante Ries Centeno recomienda esta técnica, seccionando solamente el extremo inferior en su inserción gingival y lo desplaza hacia arriba, y lo fija en el fondo del vestíbulo mediante unos puntos de sutura. Si no se elimina tejido, técnicamente debería catalogarse de frenotomía. (GAY Escoda, 2009) Escisión romboidal: tras infiltrar con anestesia local, se colocan dos pinzas de mosquito que sujetan el frenillo, una desde arriba y la otra desde abajo. A continuación, con bisturí, se secciona el frenillo siguiendo las ramas de las pinzas de mosquito. El sector superior de la herida resultante se cierra de la forma habitual,

mientras que el sector inferior se deja cicatrizar por segunda intención. (ANDERSON, L 2012) La frenectomía mediante exéresis romboidal es una buena técnica, pero tiene dos inconvenientes importantes: deja la cicatriz en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior. (ANDERSON, L 2012) Kaban prefiere la frenectomía romboidal acompañada de dos descargas laterales en la unión entre la encía libre y la encía adherida. Estas descargas laterales en la unión entre la encía libre y la encía adherida. Estas descargas permiten el cierre de la porción labial y quedará un rombo cruento en la encía adherida que curará por segunda intención. (GAY Escoda, 2009) Cuando sea preciso regenerar encía adherida en la zona interincisal, tras la frenectomía romboidal, recomendamos un colgajo de traslación de grosor parcial. Este colgajo preserva el reborde gingival marginal del diente adyacente pero traslada el resto de la encía adherida. El defecto creado en la zona dadora cicatriza por segunda intención. Otra opción sería la utilización de un injerto mucoso libre. (ABAD, 2010).²

FRENOTOMÍA O REPOSICIÓN APICAL DEL FRENILLO

Esta técnica se basa en la plastia V-Y, es decir en hacer una incisión en forma de V a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste. Al suturar queda una herida en forma de Y. Al colocar las suturas, el primer punto debe estar en la profundidad del vestíbulo y coger el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular. Este punto tiene las mismas características que el de colchonero, pero en el intermedia atrapa el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular y después cumple los requisitos que ha de poseer la sutura de la punta de un colgajo que tiene un ángulo agudo. Hay que traspasar la submucosa del ángulo del colgajo respetando su superficie, con el fin de no producir la necrosis de este ángulo debido a la isquemia que se ocasionaría con la tensión del nudo. La aproximación de los bordes de la herida es importante en la mucosa labial. Este

procedimiento tiene el inconveniente de producir un bulto de tejido excesivo en el fondo del vestíbulo. Se produce una cicatrización retráctil en la misma dirección del frenillo y además no permite alargar el labio¹³.

La frenotomía es una técnica que no recomendamos ya que no consigue eliminar el frenillo labial, sino que lo traslada al fondo del vestíbulo bucal (reposición apical). Pero algunos autores realizan la frenotomía en tres fases: Reposición apical del frenillo (plastia V-Y); Exéresis de las fibras transeptales entre los incisivos centrales y Gingivoplastia o recontorneamiento de las papilas vestibulares y/o Palatinas. Z-plastia La Z-plastia es, según nuestro criterio, la técnica de elección para la cirugía del frenillo labial superior, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial y además conseguimos alargar el labio superior profundizando el vestíbulo. Levantamos el labio para mantener tenso el frenillo y hacemos una incisión vertical en el centro de su eje mayor. Con dos incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue alargar el labio un 75%.

La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Una vez profundizadas todas las incisiones se levantan dos colgajos con bisturí o con tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos. 22 Antes de proceder a la sutura de los colgajos disecados deberemos eliminar todas las inserciones musculares que puedan existir en la zona con un periostótomo de Freer pero sin lesionar el periostio que cubre el hueso maxila¹³.

CONCLUSIONES

- La inserción baja del frenillo labial superior representa un problema dental, estético y fonético. Es asintomático y detectado mediante la exploración y test de isquemia de Graber. Por lo cual la frenilectomía representa una alternativa viable para solucionar todos aquellos problemas que representa la posición del frenillo.
- La técnica requerida debe ser elegida según el tipo de paciente, consideración de la historia clínica y lo recomendable para el post operatorio del paciente.
- Un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos y dificultar la limpieza de la zona. También puede complicar el cepillado dental al no existir el fondo del saco vestibular.
- Actualmente existe controversia con respecto al tiempo ideal para efectuar la frenectomía labial, si previo, concomitante o posterior al tratamiento ortodóncico .

RECOMENDACIONES

- Tomar en cuenta las conductas terapéuticas recomendadas por los estudiosos frente al problema diastema-frenillo, no solo respecto al momento oportuno para su realización, sino también en lo referente a la diversidad de técnicas existentes.
- Recordar que luego de la cirugía se recomienda reposo relativo del paciente y de la cavidad bucal, dieta blanda, higiene y tomar los medicamentos. El paciente no debe tironear del labio (mostrar lo que se le hizo) porque puede soltar la sutura y generarse una brida cicatrizal antiestética. El control del paciente y retiro de la sutura se realiza a los siete días.
- Concientizar que después de la cirugía el paciente puede presentar algún tipo de dolor o de inflamación debido a la excéresis del frenillo labial por lo cual le recomendaremos la toma de algún AINES y vitamina C.
- Proponer que este tipo de investigaciones se sigan investigando, analizando para mejorar como profesionales y brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Assed S, Queiroz AM.: Erupção dental. In: Assed S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas. 2005.
2. Anderson RA.: Eruption cysts: a retrograde study. J. Dent. Child. (1990);57:124-7.
- 3.- Cerrato O. Análisis morfométrico del frenillo labial superior durante el crecimiento y desarrollo del niño en edades de 0-12 años.[Trabajo especial de grado para optar el título de odontopediatra].Valencia: Universidad de Carabobo facultad de odontologia programa de especialización en odontopediatría;2016.
- 4.-Townsend JA, Brannon RB, Cheramie T, Hagan J. Prevalence and variations of the median maxillary labial frenum in children, adolescents, and adults in a diverse population. Gen Dent. 2013 Mar(2):57-60.
- 5.- SumitaUpadhyay, Neeta Ghimire. Attachment of maxillary labial frenum in nepalese children. Año 2012. Orthodontic journal of Nepal. Vol. 2 N°1.
- 6.- Wright JE. Tongue-tie. Paediatr Child Health 1995; 31: 276-8.
- 7.- Mirko P, Miroslav S, Lubor M. Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part 1. Classification and epidemiology of the labial frenum attachment. J Periodontol. 1974;45(12):891–894.
- 8.- Grados SP, Castro YR, Bravo FC. Consideraciones clínicas en el tratamiento quirúrgico periodontal. Caracas: Amolca; 2014.
- 9.- Boutsis EA, Tatakis DN. Maxillary labial frenum attachment in children: Maxillary labial frenum attachment. Int J Paediatr Dent. 2011;21(4):284-8.

- 10.- Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016.
- 11.- Kaur G, Malik S, Grover D, Sharma A. Surgical Management of Aberrant Labial Frenum Using Modified Z-Frenuloplasty: A Case Report. 2015.
- 12.- Escoda, G; Aytés, L. Cirugía Bucal. Editorial Ergon S.A. Madrid. 1999 p.403- 472.
- 13.- Ries C. Cirugía Bucal. Editorial El Ateneo 7ma edición; 1998. p. 243-247.
- 14.- RULI LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV. (2010). Frenillo labial superior e inferior: estudo clínico quanto á morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. Rev Odontol Univ São Paulo, 195-205

ANEXOS

FIG.1
FOTOS INTRAORALES



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5



Fig.6



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

