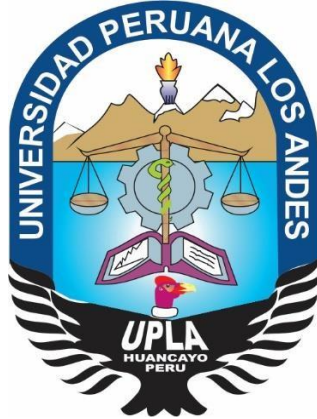


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR COMO PARTE  
FUNDAMENTAL EN EL CIERRE DE DIASTEMA INTERINCISAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR: BACH. CÉSAR ALDAIR YANGALI YCHILLUMPA**

**ASESOR: C.D MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL**

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO – PERÚ

2021

**DEDICATORIA:**

A mis padres con el inmenso amor. De ellos recibí el calor del hogar y el apoyo incondicional para culminar mi carrera profesional.

**AGRADECIMIENTO:**

A mis docentes de la carrera profesional de Odontología y a todas las personas que de manera directa e indirecta coadyuvaron en mi formación superior.

**CONTENIDO**  
**CAPITULO I**  
**PRESENTACIÓN**

<b>DEDICATORIA</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>3</b>
<b>CONTENIDO</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>

**CAPITULO II**

<b>2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1 ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
<b>2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS</b>	<b>12</b>
<b>A. Los frenillos bucales. Definición</b>	<b>12</b>
<b>B. Ubicación de los frenillos</b>	<b>12</b>
<b>C. Frenillos labiales. Tipología</b>	<b>13</b>
<b>D. Emplazamiento de los frenillos</b>	<b>14</b>
<b>E. Frenectomía. Definición</b>	<b>14</b>
<b>F. Frenillo. Procedimientos quirúrgicos</b>	<b>15</b>
<b>G. Técnicas quirúrgicas aplicadas en extirpaciones de frenillos</b>	<b>15</b>
<b>H. Técnicas de frenillo labial y lingual</b>	<b>16</b>
<b>I. Tratamiento posoperatorio</b>	<b>18</b>
<b>J. Complicaciones de una frenectomía</b>	<b>18</b>

**CAPITULO III**

<b>3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO</b>	<b>20</b>
<b>3.1.1 HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>20</b>
<b>3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL</b>	<b>20</b>

<b>3.2 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO</b>	<b>20</b>
<b>3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>	<b>20</b>

#### **CAPITULO IV**

<b>4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL</b>	<b>21</b>
<b>4.2 PRONOSTICO</b>	<b>27</b>

#### **CAPÍTULO V**

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
---------------------	-----------

#### **CAPITULO VI**

<b>APORTES</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

En la literatura estomatológica, se denomina frenillo, a bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambas, que están cubiertas de una membrana mucosa, que se ubican en la línea media. La función de los frenillos permiten la fijación de determinadas áreas anatómicas en la cavidad bucodental. Prevalcen diversidad de frenillos, que también suelen emerger en la parte superior o inferior de la boca, por lo que se les conoce también como frenillo superior e inferior y frenillo lingual; empero, además existen lo laterales, que se ubican al nivel de los premolares superiores e inferiores, representando bridas cicatrízales. De otra parte, es necesario precisar que las técnicas de frenectomía labial son procesos que procuran la corrección quirúrgica para los defectos de los frenillos que fundamentalmente, buscan revertir la funcionalidad de la superficie afectada a través de la remoción del repliegue anatómico con el uso de instrumentos quirúrgicos manuales e inclusive empleando el láser. El propósito principal del presente trabajo de suficiencia profesional fue, el demostrar la bondad y efectividad de la frenectomía como parte básica en el cierre de diastema interincisal ocasionado por frenillo labial superior. Lo que nos permitió establecer los tipos de incisión y colgajos para el tratamiento a pacientes con presencia de diastema ocasionado por la existencia de frenillo anómalo. Al practicar la frenectomía que describimos como caso clínico, consideramos determinados parámetros clínicos para formular un adecuado y positivo diagnóstico del tipo de frenillo y su clasificación, que nos permitieran una intervención del frenillo erradicándolo en su integridad. Después de realizada la praxis quirúrgica que describimos y explicamos, se arriba a la principal conclusión de que, ella nos permitió demostrar que la frenectomía es una técnica sencilla, eficaz, rápida, mínimamente invasiva, de bajo costo y que sin duda proporciona mejoras evidentes, en la calidad de vida del paciente. Asimismo, que las técnicas a emplear en las intervenciones de frenectomía, dependen básicamente de las características del paciente, el diagnóstico y pronóstico e incluso de un correcto plan de tratamiento integral, que considere y precise acciones que debe cumplir estrictamente, el paciente en el periodo posoperatorio.

**Palabras clave:** frenillo labial superior, diastema, frenectomía.

## ABSTRACT

In the stomatological literature, it is called frenulum, bands of fibrous and muscular connective tissue or both, which are covered with a mucous membrane, which are located in the midline. The function of the braces allows the fixation of certain anatomical areas in the oral cavity. Diversity of braces prevail, which also tend to emerge in the upper or lower part of the mouth, which is why they are also known as upper and lower frenulum and lingual frenulum; however, there are also the lateral ones, which are located at the level of the upper and lower premolars, representing scarring flanges. On the other hand, it is necessary to specify that labial frenectomy techniques are processes that seek surgical correction for defects of the braces that fundamentally seek to reverse the functionality of the affected surface through the removal of the anatomical fold with the use of instruments. manual surgical procedures and even using the laser. The main purpose of the present work of professional sufficiency was to demonstrate the goodness and effectiveness of frenectomy as a basic part in the closure of the interincisal diastema caused by an upper lip frenulum. This allowed us to establish the types of incision and flaps for the treatment of patients with the presence of diastema caused by the existence of an abnormal frenulum. When practicing the frenectomy that we describe as a clinical case, we considered certain clinical parameters to formulate an adequate and positive diagnosis of the type of frenulum and its classification, which would allow us to intervene in the frenulum, eradicating it in its entirety. After performing the surgical practice that we describe and explain, the main conclusion is reached that it allowed us to demonstrate that frenectomy is a simple, effective, fast, minimally invasive, low-cost technique that undoubtedly provides obvious improvements, in the quality of life of the patient. Likewise, that the techniques to be used in frenectomy interventions basically depend on the characteristics of the patient, the diagnosis and prognosis and even on a correct comprehensive treatment plan, which considers and specifies actions that the patient must strictly comply with in the period postoperative.

**Key words:** upper labial frenulum, diastema, frenectomy.

## CAPÍTULO II

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura estomatológica, se conoce que los frenillos bucales se constituyen como bandas reducidas de tejido fibroso muscular, las mismas que se presentan recubiertas de membranas mucosas y que se ubican casi siempre en la línea media de la boca. Empero, puede verificarse algunas otras variantes del sitio en el que se hallen.

Tratándose de las personas, se sabe que, siendo infantes, el frenillo con que cuentan, se deriva iniciando en la encía hacia la parte central de su paladar. En virtud al crecimiento de los huesos maxilares y coadyuvado por el proceso eruptivo, el frenillo suele desplazarse y se desvanece su conexión palatina.

De otro lado, en ocasiones puede observarse frenillos linguales de grosor incrementado al habitual (hipertrófico), caracterizándose por su inserción baja y que se ubica entre los dos incisivos centrales, lo que genera un espacio entre dientes mucho mayor al existente habitualmente; es decir, formando un diastema interincisal.

Consecuentemente, la principal secuela de las anomalías en el crecimiento del frenillo labial superior es finalmente la aparición de diastemas. Por tanto, un frenillo labial hipertrófico subsistente en la cavidad oral de una persona, en primer término, produce un diastema que le impedirá tener una oclusión dental perfecta y ocasionando lamentablemente problemas estéticos de distinto orden. En segundo lugar, la persona que sufre esta anomalía, soportará la imposibilidad de mover el labio superior normalmente y sobre todo afrontará dificultad en la pronunciación, como son el caso de sonidos de los fonemas eme, pe o be, entre otros. Además, si consideramos los casos más severos de esta anomalía, se verifica la



mínima movilidad del labio superior que impide grandemente los procedimientos de higiene bucodental e incluso hace permisible la acumulación de sobranes alimenticios.

Ictiológicamente, puede establecerse que, la higiene bucodental limitada e incompleta es causa primigenia de toda morbilidad que suelen deteriorar las encías y los tenidos de soporte ocasionado precisamente, casos de gingivitis o periodontitis. Ello nos lleva a reflexionar la gran importancia de la práctica de higiene oral desde muy temprana edad en las personas. Finalmente, también es necesario puntualizar que defectos en el desarrollo y crecimiento del frenillo labial, propicia la aparición de un labio corto que básicamente dificulta el adecuado sellado de labios, propiciando a la vez incapacidad para respirar solamente vía la nariz, o en todo caso, la subsistencia de interferencia del labio cuando debe posicionarse una prótesis dental. Es conveniente precisar que al nacer el frenillo labial superior se inserta en el borde alveolar, posteriormente en la papila interincisiva, para finalmente en el adulto la inserción se ubique más elevada.

Desde el punto de vista histológico, se puede inferir que el frenillo está constituido por una mucosa y tejido conjuntivo, conteniendo un raudal de fibras elásticas. Algunos estudiosos refieren actualmente que, la principal causa de diastemas en las personas, se generan por la presencia de frenillo en la parte central dela cavidad bucodental El problema queda formulado, a través de la siguiente interrogante: ¿Cuál es la principal indicación de tratamiento quirúrgico en la frenectomía de un frenillo labial superior como parte fundamental en el cierre de diastema interincisal?

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 ANTECEDENTES**

**A.** En la Habana, Cuba, el 2015, López D.C. (1), efectuó una investigación sobre

el frenillo labial superior doble no sindrómico. En su reporte, describe el diagnóstico en una adolescente de quince años de edad, que presentaba un frenillo labial superior doble de baja inserción. El tratamiento quirúrgico empleado en pro de la solución de la anomalía, fue una frenectomía y plastia, sobre la banda muscular frénica anormal. Dicha situación generaba demasiado volumen de tejido en la mucosa labial. El estudioso, llega a la conclusión de que, la frenectomía asociada a una plastia es uno de los métodos más adecuados para dar solución al problema producido por los frenillos labiales superiores anómalos.

**B.** En la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, en Ecuador, en el año 2019 Béjar, Ch. (2) presenta un trabajo sobre la Frenectomía labial superior en paciente de 25 años de edad, en el que básicamente recopila información sobre este acto quirúrgico. El propósito fijado por esta investigadora fue el demostrar que la frenectomía labial superior es la opción más adecuada para el tratamiento de la anomalía aludida. Los resultados establecen que la técnica que más se usa es la frenectomía simple y la plastia Z por ser menos invasivas que otras técnicas e incluso menos traumáticas. Asimismo, señala que la cirugía laser es recomendable porque permite una rápida recuperación del paciente evitando complicaciones futuras. Concluye que, en general la frenectomía labial superior se constituye como la mejor opción en estas circunstancias.

**C. En el año 2017, en Lima, Perú, Castro R. (3),** considerando que las deformidades mucogingivales tienen un impacto en la función y la estética de los pacientes; realiza un estudio, teniendo como propósito describir y resumir las principales fuentes de información en las bases de datos: Scopus, Pubmed, que tengan relación con técnicas quirúrgicas que se empleen en la remoción de

frenillos aberrantes. Considera, que los frenillos labiales no suelen ocasionar patologías; sin embargo, en algunas situaciones su sobre inserción puede provocar deformidades periodontales, funcionales, estéticas y fonéticas. Luego de efectuada la revisión bibliográfica arriba a la conclusión que, los procedimientos descritos: la frenectomía y la frenotomía. Remarca que; por un lado, la frenectomía suele generar la formación de bridas, en tanto que la frenotomía tiene menos incidencia.

**D.** En la Universidad Peruana Loa Andes de Huancayo, Perú. En el año 2019, Espinoza, P. (4) presentó el Trabajo de Suficiencia Profesional intitulado Electomía y Frenectomía en una paciente de 9 años de edad, fijándose como propósito el demostrar la técnica de la electomía y sus bondades, en casos anómalos con la existencia de fibrosis de la mucosa gingival que limita la erupción dentaria y el empleo de la frenectomía labial que modifica la parte oclusal y estética en la cavidad bucal de los niños. La autora, reconoce que al erupcionar la pieza dentaria, su fuerza eruptiva queda disminuida al encontrar obstáculo en una barrera de tejido mucoso. Refiere también que, esta patología es generada por el roce superficial del bolo alimenticio con la mucosa desdentada; después de haber practicado el tratamiento quirúrgico, llegó a la conclusión principal que, la técnica requerida debe adecuarse a las condiciones del paciente, basándose especialmente en la historia clínica y las recomendaciones que debe seguir el paciente en el periodo posoperatorio.

## **2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS**

### **A. Los frenillos bucales. Definición.**

Siguiendo a Antonio V. (5), los frenillos bucales, son haces revestidos por tejido mucoso que permiten la fijación de determinadas áreas anatómicas en la cavidad bucal; empero, se conoce por sucesivos estudios que, la presencia de anomalías podría limitar la funcionalidad del paciente y por tanto afectar parte de la región, al mostrar retracción y dimensiones agrandadas o más largas de lo usual.

Cabe mencionar, que según Antelo, R (6), histológicamente los frenillos bucales están conformados a través de tres capas perfectamente diferenciadas, así podemos enumerar: a) Epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral; b) Submucosa propia, con tejido conjuntivo y fibroso blando y c) Submucosa que consta de glándulas salivales menores, mucosas y linfáticas.

## **B. Ubicación de los frenillos bucales**

Tienen variadas ubicaciones, como las siguientes:

- a) Frenillo labial superior; que se inicia de la cara interna del labio superior y se inserta en la línea media de la unión de los maxilares superiores, esparciéndose a cuatro o seis milímetros encima de la encía adherida. En determinadas ocasiones el frenillo baja hacia el borde alveolar y culmina en la papila interdientaria (7).
- b) Frenillo labial inferior; que se halla en el fondo del surco vestibular, iniciándose en la pared del vestíbulo hasta la cara interna del labio inferior, que se inserta en la línea media de las crestas alveolares por la parte inferior de la encía libre y adherida.
- c) Frenillo lingual; se inicia de la extremidad posterior de la cresta media hacia la parte media del surco alveolo lingual. En esta área se verifica asociación con los conductos salivales de Wharton y Rivinus, nervio

lingual y vasos sublinguales.

### **C. Frenillos labiales. Tipología**

Tomando en cuenta las estructuras de los frenillos labiales se tiene las siguientes:

- a) Frenillo fibroso, que básicamente cuenta con tejido conectivo fibroso y membrana mucosa; b) frenillo muscular, que se integra al interior del frenillo labial superior, conformado por el músculo elevador del labio superior, el músculo orbicular de los labios, el músculo nasal, el músculo depresor septal, el músculo mirtiforme y el músculo elevador del ángulo de la boca; c) Frenillo mixto o fibromuscular, conformado por un complejo muscular adobado por mucosa de tejido conectivo fibroso y tratándose del frenillo lingual, se verifica cordón fibroso unido al proceso alveolar, además de una unión tendinosa firme con la superficie de la boca. (8)

### **D. Emplazamiento de los frenillos**

En la implantación o emplazamiento de los frenillos bucales se verifican las anomalías siguientes:

- a) El tratadista Berini (9), diferencia 4 tipos de frenillos anormales considerando de base ancha que toman la forma: - De abanico en el labio; abanico entre los incisivos; abanico en el labio y entre los incisivos y un amplio frenillo celulo-adiposo.
- b) Por su parte, Martins (10) asume 3 tipos de frenillo: -de tipo alargado, que suelen generar diastemas caracterizados por configurar ejes paralelos: de tipo triangular, cuya superficie coincide con el piso del vestíbulo y genera diastemas caracterizados por configurar convergentes: de tipo triangular,

de superficie inferior que genera diastema pronunciado caracterizado porque los ápices permanecen separados.

- c) En su momento, Placek y Cold, proponen los siguientes tipos: Mucoso con impregnación en la unión mucogingival; gingival con impregnación en la encía adherida y penetrante papilar con impregnación en la papila interincisiva con penetración al límite de la papila incisiva.

### **E. Frenectomía. Definición**

Se conoce como frenectomía al procedimiento quirúrgico que permite seccionar el frenillo que une a la lengua o labios a la encía; con la separación del segmento carnosos. (5)

### **F. Frenectomía. Procedimientos quirúrgicos**

Para este acto quirúrgico, se sigue la siguiente rutina:

1er. Paso: Aplicación de anestesia; que permite el bloqueo del dolor a la vez que reduce el flujo sanguíneo, por lo cual las combinaciones de adrenalina y lidocaína deben ser la cantidad indicada, según los efectos sistémicos a causar. Asimismo, la anestesia debe ser local y colocada en el fondo vestibular bucal teniendo precaución de no distenderla.

2do. Paso: Realizar la incisión que se constituye como el primer tiempo operatorio. Su propósito es la separación de la mucosa del periostio de la zona a operar, y que debe ser a partir de la formación de un colgajo, debiéndose conservar adecuadamente el margen gingival.

3er. Paso: Efectuar el despegamiento de la mucosa, realizándose la disección de los colgajos mucosos, con bisturí o con tijeras de punta roma (caso de la técnica

Z plastia).

4to. Paso: Practicar el retiro de las inserciones musculares, con la ayuda del periostótomo de Freer, tratando de evitar lesionar el periostio.

5to Paso: Sutura el colgajo, con agujas finas a traumáticas empleando hilos de seda o catgut crómico. Es preferible considerar suturas reabsorbibles para no causar dolores durante su retiro posterior.

### **G. Técnicas Quirúrgicas aplicadas en extirpación de frenillos.**

En la literatura estomatológica subsisten varias de técnicas que permiten la extirpación de los diferentes tipos de frenillo, entre las más importantes podemos citar:

- ❖ La técnica Romboidal, llamada también en diamante: En considerada como una técnica correcta, puesto que permite la extirpación total de la brida defectuosa, empero tiene el inconveniente de dejar la cicatriz en la misma dirección del frenillo, constituyéndose a la vez en un procedimiento medianamente cruel, el cual llega a curar por segunda intención. Se realiza en dos etapas: Primeramente, empleando bisturí mango N° 3 con hojas N° 15 y 11 se corta toda la inserción del frenillo en el labio y encía vestibular, removiendo luego la porción media del frenillo y de las respectivas fibras transalveolares, de inmediato se procede a extender el labio con el objeto de visualizar el frenillo, posteriormente, con la ayuda de pinzas hemostáticas se sujetan el frenillo y la encía. En segundo lugar, de efectúa el corte de las inserciones al labio y a la encía por fuera de las pinzas hemostáticas. Al retirarlas, se verifica una herida romboidal en cuyo interior se encontrarán inserciones musculares que posteriormente suelen

retirarse con la ayuda del periostótomo de Freer, permitiendo la conservación del periostio.

- ❖ Z-plastia, que resulta la técnica más elegida y empleada en la extirpación de los frenillos tanto labial como lingual. Su virtud radica en que se logra eliminarla, dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial. El procedimiento considera el levantar el labio para tensar el frenillo, efectuándose una incisión vertical en el centro de su eje mayor, luego se practican cisuras laterales paralelas, que formarán ángulo de  $60^\circ$  con la incisión central. Con ello se logrará alargar el labio en un 75 por ciento. Es necesario considerar que, la incisión inferior debe quedar lejos de la encía adherida. Previa a la sutura, se requiere eliminar todas las inserciones musculares evitando lesiones del periostio. (11)
- ❖ Plastia en V-Y-de reposición apical. Es la práctica de una incisión en forma de V a cada lado del frenillo con la reposición de éste. Se verifica que después de la saturación suele quedar una incisión en forma de Y, entonces el primer punto de sutura se coloca en el interior del vestíbulo adhiriendo el periostio en la base de la excoriación evitando el menoscabo de profundidad vestibular.

## **H. Técnicas de Frenectomía Labial y Lingual.**

### **1. Frenectomía Labial.**

Cabe recordar que los frenillos labiales son implantados a través de finas bandas de tejido fibroso recubierto por mucosa, extendida a lo largo del labio y mejillas culminando en el periostio alveolar. Cuando se verifica una inserción anómala, se genera el crecimiento de un



diastema. Ello aunado a la elaboración de una prótesis dental superior, genera complicación por la obstaculización de la inadecuada implantación del frenillo. Por esto es necesario evaluar la inserción y la ubicación de estas estructuras. Así también se hace requerirle tomar en cuenta la movilidad del tejido blando adyacente al frenillo, ya que suele crear molestias cuando no ulceraciones gingivales. En todo caso, puede llegar a constituirse en un factor subsistente en el desprendimiento y cabal ajuste de la prótesis. (12)

## **2. Frenectomía lingual**

La incorrecta implantación del frenillo lingual, posibilita la unión de la punta de la lengua al área posterior del reborde alveolar del maxilar inferior, generando sin duda alteraciones en el hablar y en el proceso de la deglución alimenticia. Asimismo, en otros casos, luego de la pérdida de piezas dentarias, esta inserción estorba la estabilidad de la prótesis que emplea el individuo, ya que, en cada movimiento lingual, se dará lugar a la tensión del frenillo lingual, desprendiendo inexorablemente la prótesis. Ante tal circunstancia se recomienda practicar una frenectomía que evitará complicaciones posteriores.

Entonces, en concordancia del panorama descrito se aconseja en lo posible valorar una técnica quirúrgica pertinente y que sea eficaz en la eliminación de la inserción de los frenillos. Cabe mencionar que al respecto encontramos técnicas que genéricamente se utilizan en estas prácticas quirúrgicas:

- Técnica simple de la extirpación,

- Técnica de la Z-plastia.
- Vestibuloplastia localizada con epitelización secundaria, y
- Frenectomía asistida por láser.

### **I. Tratamiento posoperatorio**

Se aconseja la práctica de ejercicios a través de un fonoaudiólogo, en caso de manifestaciones de alteraciones en la voz y del lenguaje articulado. En el tiempo que dure el tratamiento debe aplicarse adicionalmente métodos de rehabilitación que posibiliten la devolución de la capacidad comunicativa del paciente; de otro lado, se supervisa la zona intervenida, a los tres días para establecer la existencia de dolor e inflamación y verificar la calidad de los movimientos linguales. Posteriormente, a los siete días se debe verificar el estado de la cicatrización que debe estar casi completa y mostrando una apreciable movilidad lingual. (12)

La dieta a ingerir por el paciente, debe ser blanda y blanca, con líquidos fríos, los mismos que coadyuvarán a la vasoconstricción, reduciendo en todo caso. el riesgo hemorrágico. En básicamente necesario la administración de antiinflamatorios no esteroideos y administración de analgésicos como metamizol o ketorolaco. Es también exigible, propiciar la higiene oral a través de enjuagues bucales exentos de alcohol como la clorhexidina. (13)

### **J. Complicaciones de una Frenectomía**

Se conoce que, una frenectomía mal materializada crea complicaciones a la sección de la vena lingual, que se traduce en hemorragias severas que, a su vez, causan cicatrizaciones defectuosas con formación de queloides. Además, se puede también afectar el periodo de la recuperación del tejido que soportó la herida,

necesitando mayor tiempo superando los días promedio de semana y media a dos. Por ello, es necesario la aplicación de clorhexidina o isodine en la higiene bucal del paciente. También el paciente debe evitar ingerir alimentos demasiado condimentados o picosos, puesto que podrían irritar la zona operatoria. El retiro de los puntos, así como el control pertinente, se realizará a la semana de la cirugía.

(8). Donado.

### **2.3 OBJETIVOS.**

- a) Demostrar la bondad y efectividad de la frenectomía como parte fundamental en el cierre de diastema interincisal ocasionado por frenillo labial superior.
- b) Determinar y analizar la frenectomía como tratamiento frente a pacientes con presencia de diastema ocasionado por la presencia de frenillo labial superior.
- c) Establecer los tipos de incisión y colgajos para practicar una correcta frenectomía.

## CAPÍTULO III

### 3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia clínica

Paciente femenina de 14 años de edad, en aparente buen estado de salud,  
ABEN ABEH y LOTEPE.

Nombre del paciente CLAUDIA GARAY.

Examen clínico general

-FRENILLO LABIAL BAJO

-paciente acude a consulta por las piezas anteriores centrales separadas,

Evaluación integral

Paciente en buen estado de salud general

Diagnóstico: se observa un frenillo lingual hipertrófico y de inserción baja

Pronóstico: favorable

## CAPÍTULO IV

### 4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Formulación del Plan de tratamiento general

#### **Frenectomía**

La frenectomía es la remoción completa del frenillo incluida su adherencia al hueso, La inserción del frenillo provoca diastemas; para la prevención de la reaparición/reinserción post ortodoncia, La cercanía de la inserción al margen gingival produzca una recesión gingival o altere la higiene oral y Cuando se observe una pobre adherencia gingival o una profundidad vestibular corta. La frenectomía se realiza a través de técnicas convencionales (técnica clásica, técnica de Miller, entre otras)

**Técnica clásica:** Propuesta por Archer y Kruger en 1974. Inicialmente indicada para casos de frenillos que penetren en la papila interdental y provoquen diastemas. Esta técnica realiza una escisión del frenillo y la papila interdental dejando expuesto el hueso alveolar. Esta técnica fue común durante su planteamiento, pero posee el inconveniente de ser agresiva además de provocar una cicatriz; sin embargo, se aseguraba de no dejar fibras de colágeno del frenillo a nivel de la zona interdental. Esta técnica no es ideal para frenillos hipertróficos pues no permite una cicatrización por primera intención en el centro; no está indicado para pacientes con sonrisas altas

[12].

#### **Pasos quirúrgicos de la técnica:**

1. Incisión vertical que separa el frenillo de la papila interdental.

2. Escisión del frenillo.
3. Exposición del hueso alveolar entre los incisivos.
4. Incisión vertical a nivel del incisivo lateral, la incisión se realiza a 2-3mm del margen gingival, a partir de esta incisión se diseña una incisión horizontal que sigue la unión mucogingival y eleva un colgajo a espesor parcial. Se sugiere que a este nivel se cuantifique la profundidad de sondaje de los incisivos para asegurar que la incisión horizontal se realiza en encía adherida y no sobre la encía marginal, pues cabe el riesgo de generar una fenestración.
5. unir el colgajo hacia la zona interpapilar y suturar.
6. Con pequeñas gingivoplastías se remodela la nueva papila.

#### Plan de control y mantenimiento

Los controles se realizarán a los 7 días (retiro de sutura), a los 21 días a los seis meses y al año

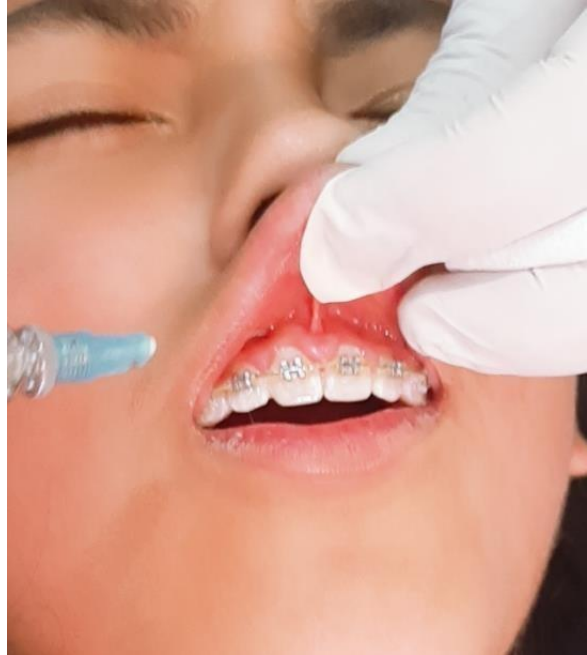


FIG-1 y 2 ANESTESIA INFILTRATIVA FRENILLO SUPERIOR

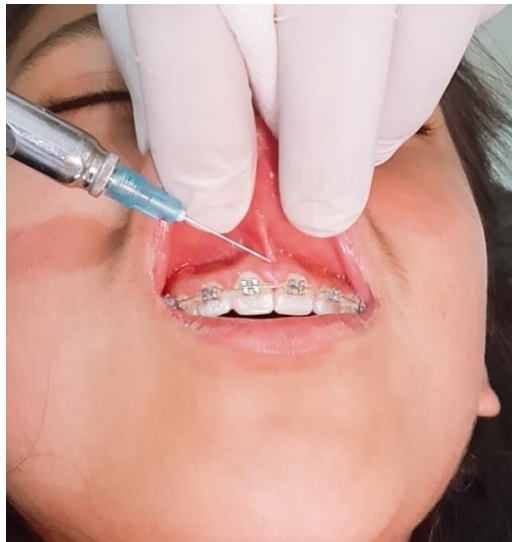


FIG-3 ANESTESIA INFILTRATIVA

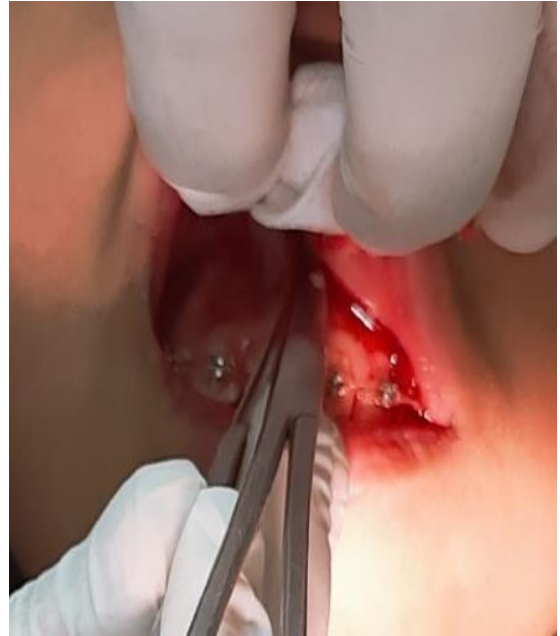


FIG-4 Y 5 CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA FRENECTOMIA



FIG-6 Y 7 CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA FRENECTOMIA



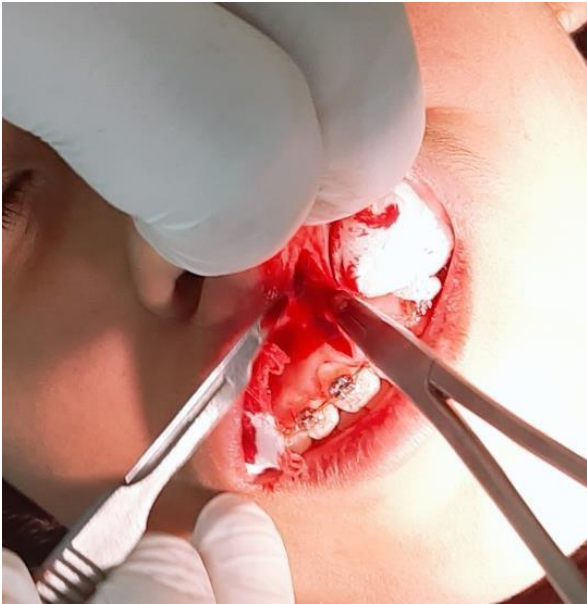


FIG-8 y 9 CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA

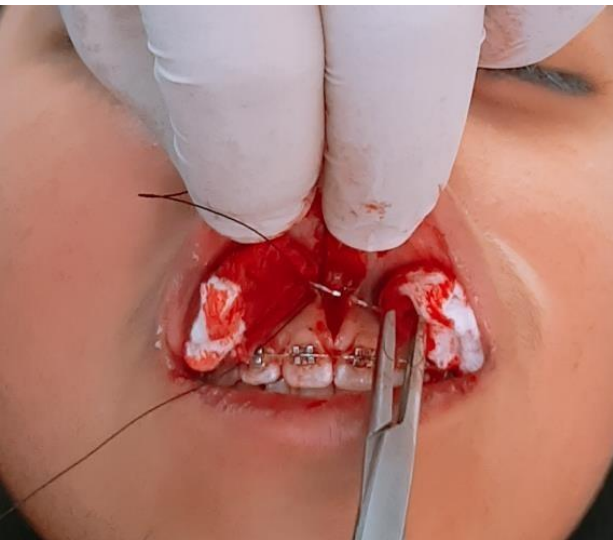


FIG-10 y 11 SUTURA



FIG-12 SUTURA FINAL



FIG-13 y 14 FRENILLO EXTRIPADO



FIG-15 SUTURA DESPUÉS DE UNA SEMANA



FIG-15 UN MES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

4.2. **Pronóstico:** Favorable.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

**Primera.** – Se demuestra que, la frenectomía, que es una intervención quirúrgica del frenillo del labio superior, se constituye como una técnica sencilla, eficaz, rápida, mínimamente invasiva, de bajo costo y que indudablemente proporciona mejoras en la calidad de vida del paciente.

**Segunda.** – Se determinó que, la frenectomía es el tratamiento específico frente a la presencia de frenillo labial superior del paciente, logrando la eliminación de las fibras de inserción del frenillo, que era la causa del diastema.

**Tercera.** – El cierre fue por primera intención, determinando la efectividad de la frenectomía, como parte básica en el cierre del diastema interincisal, ocasionado por la presencia de frenillo labial superior en el paciente.

**Cuarta.** – Se logró la rehabilitación del paciente en lo referente a las anomalías que le producía la presencia de frenillo labial superior.

**Quinta.** – En las frenectomías, las técnicas a emplear dependen de las características del paciente, el diagnóstico y pronósticos adecuados y un correcto plan de tratamiento integral, que considere necesariamente las acciones que deba realizar el intervenido durante el periodo pos operatorio.

## CAPÍTULO VI

### APORTES

**Primer.** - La praxis realizada, nos lleva a plantear que, el diagnóstico y exámenes complementarios del paciente ante indicios de frenillo labial que haya sido generado ictiológicamente de un diastema; es conveniente descartar otras causas como dientes supernumerarios, succión digital, agenesias dentarias, entre otros.

**Segundo.** – Un examen integral, minucioso y preciso del diastema interincisal debe llevarse a cabo tomando en cuenta el siguiente procedimiento: a) Precisar si solamente existe el espacio de la línea maxilar o si se verifica la presencia de espacios generalizados. b) Reconocer y comparar la dimensión de las piezas dentarias entre si y/o con una tabla de medidas promedio, c) valerse de una adecuada radiografía panorámica del sector examinado con el rayo central perpendicular al septo interincisal.

**Tercer.** – Debe tenerse muy en cuenta, las conductas terapéuticas existentes frente al problema diastema-frenillo, considerando la diversidad de técnicas quirúrgicas presentes, así como, el momento oportuno para su realización.

**Cuarto.** – Debe tenerse muy presente que el éxito del tratamiento quirúrgico que hacemos referencia, debe estar acompañado de supervisión y controles programados en la etapa posoperatoria, debiendo estar el paciente en reposo relativo , una dieta blanda, preservación de la cavidad bucal, mantener una higiene oral básica e

ingerir los medicamentos prescritos. Debiéndose retirar la sutura a los siete días aproximadamente, si fuera el caso.

**Quinto.** – Es de necesidad académica, propiciar la elaboración y exposición de más trabajos de suficiencia profesional a través de casos clínicos, cuyas características permitan a estudiantes y profesionales hurgar en las posibilidades que nos brinda la investigación científica aplicada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López del Castillo, C. A. Doble frenulum of the superior lip. Revista Cubana de Pediatría. Cuba. 2015.
2. Béjar Ch., V. Frenectomía labial superior en pacientes de 25 años de edad. Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología. Guayaquil. Ecuador. 2019.
3. Castro Rodríguez, Y. et. al. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev, Clínica Periodoncia Implantol. Rehabilit Oral 2016.
4. Espinoza P. E. Electomía y Frenectomía en una paciente de 9 años de edad. Reporte de un Caso. Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología. Huancayo, Perú. 2019.
5. Antonio V., Frenectomía. Rev. Act. Clin. Med. 20. 2015.
6. Antelo R., Cirugía Oral. Universidad de Ciencias Sociales de Bolivia. Santa Cruz de la Sierra. 2015.
7. Barroso Macedo J. et al. Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. Rev. Oper Dent Endod. 2017.
8. Donado, M. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. 3ra. Edic. Barcelona. España. 2015.
9. Berini, G.C. Frenillos Bucales. en tratado de Cirugía Bucal. Madrid, España. 2017.
10. Martins, L. et al. Influencia de los frenillos labiales en el tratamiento ortodóntico: indicación quirúrgica. Gaceta Dental. 2019.
11. Carrillo, R. Frenectomía convencional frente a Frenectomía laser. Odontología Actual. 2015.
12. Escoda Cosme, G. Cirugía Bucal. 1ra. Edic. Madrid-España. 2015.
13. Landel. A. Atlas de la anatomía Humana. Panamericana Editorial Ltda. 2016.