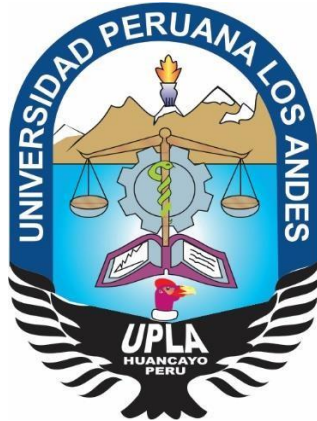


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TRATAMIENTO CON FRENECTOMIA EN LABIO SUPERIOR

CON FRENILLO LABIAL BAJO REPORTE DE UN CASO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR: BACH. JACOB VALERO MARIÑO

ASESOR: MG. MARIA ANTONIETA GARCÍA GUTIERREZ

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA:

El presente informe de Caso Clínico, lo dedico de todo corazón a las personas que me dieron la vida y propiciaron alcanzar una gran meta de ser profesional, en la hermosa carrera de Odontología. A ellos todo honor y toda gloria.

AGRADECIMIENTO:

A mi Alma Mater y en especial a mis catedráticos de la carrera profesional de Odontología, quienes de manera directa coadyuvaron en mi formación superior.

CONTENIDO
CAPITULO I
PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2 MARCO TEÓRICO	9
2.2.1 ANTECEDENTES	9
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS	11
❖ Los frenillos bucales. Definición	11
❖ Ubicación de los frenillos	12
❖ Tipos de Frenillos labiales.	12
❖ Concepto de Frenectomía.	13
❖ Procedimientos quirúrgicos en Frenectomía	14
❖ Técnicas de Frenectomía en frenillo labial	15
❖ Técnicas de Frenectomía en frenillo lingual	15
❖ Consejos para el tratamiento posoperatorio	16
❖ Complicaciones de una frenectomía	16

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA	
3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL	

3.2 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CAPITULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.2 PRONOSTICO

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

CAPITULO VI

APORTES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente caso clínico, está conformado por la información recabada de un paciente de 14 años de edad y de sexo femenino, que fue tratada quirúrgicamente con una frenectomía labial superior. Consecuentemente, los datos corresponden a este tipo de tratamiento, evidenciado básicamente por la existencia de espacio entre los dos incisivos centrales superiores al que denominamos diastema interincisal, lo cual se verificó en la dentición temporal y mixta, Para el caso, es necesario recordar que el frenillo labial se constituye como una banda de tejido fibroso, que afirma el labio superior con la encía. Desde bebés, en los humanos, este frenillo se extiende a lo largo de la papila palatina, iniciándose desde el labio superior, llegando a la parte del interior del paladar detrás de los dos incisivos centrales. Posteriormente cuando el hueso incrementa su tamaño y se advierte la erupción de las piezas dentarias, se verifica también, un desplazamiento hacia la parte superior de ese tejido, reduciendo en forma paulatina el espacio existente entre los dos centros aludidos. Asimismo, debemos agregar que se observan diversos tipos de frenillos, entre los cuales podemos nombrar a los que emergen en la parte baja y superior del espacio bucodental, conocidos como frenillo superior e inferior y frenillo lingual; también, existen los frenillos laterales, ubicados a nivel de los premolares superiores e inferiores. Cabe mencionar que, las técnicas de frenectomía labial son procesos que tratan de corregir en forma quirúrgica estos defectos, buscando revertir la funcionalidad del referido repliegue anatómico. Nuestro propósito u objetivo fundamental fue: Precisar la eficiencia y eficacia de la frenectomía como acto fundamental, para el cierre de diastema interincisal, generado por la presencia de un frenillo labial superior y establecer los tipos de incisión y colgajos ante la presencia de diastema, para plasmar una adecuada intervención quirúrgica exitosa. La conclusión principal a la que arribamos: es que de hecho, la frenectomía es una técnica sencilla, eficiente, eficaz, rápida, mínimamente invasiva y que mejora la calidad de vida del paciente intervenido.

Palabras clave: frenectomía, frenillo labial superior, diastema

ABSTRACT

The present clinical case is made up of the information collected from a 14-year-old female patient, who was surgically treated with an upper labial frenectomy. Consequently, the data correspond to this type of treatment, basically evidenced by the existence of a space between the two upper central incisors, which we call the interincisal diastema, which was verified in the primary and mixed dentition. In this case, it is necessary to remember that the The lip frenulum is constituted as a band of fibrous tissue, which supports the upper lip with the gum. From infants, in humans, this frenulum extends along the palatal papilla, starting from the upper lip, reaching the inside of the palate behind the two central incisors. Later, when the bone increases its size and the eruption of the teeth is noticed, there is also a displacement towards the upper part of this tissue, gradually reducing the space between the two aforementioned centers. Likewise, we must add that various types of braces are observed, among which we can name those that emerge in the lower and upper part of the oral space, known as upper and lower frenulum and lingual frenulum; There are also lateral braces, located at the level of the upper and lower premolars. It is worth mentioning that labial frenectomy techniques are processes that attempt to surgically correct these defects, seeking to reverse the functionality of the referred anatomical fold. Our main purpose or objective was: to demonstrate the efficacy of this surgical act (frenectomy) for the closure of the interincisal diastema caused by an upper labial frenulum. The surgical act carried out has also not allowed to establish the types of incision and flaps when the presence of diastema generated by abnormal braces is verified. The main conclusion we reached: is that in fact frenectomy is a simple, effective, fast, minimally invasive technique that improves the quality of life of the operated patient.

Keywords: frenectomy, upper lip frenulum, diastema,

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestra ciencia, los frenillos bucales constituyen bandas reducidas de tejido fibroso muscular, que generalmente se hallan recubiertas de membranas mucosas estando ubicados preferentemente en la línea media de la boca. En algunos pacientes esta ubicación muestra otras muchas variantes.

Se hace necesario recordar que, en la edad infantil, el frenillo que tienen los pacientes, comienza en la encía y se dirige hacia el centro del paladar. Este frenillo suele desplazarse cuando se inicia el crecimiento de los huesos maxilares y consecuentemente apoyado por el proceso eruptivo, el frenillo aludido se desplaza y culmina con su adhesión palatina.

Al respecto, es importante precisar que, en determinados exámenes clínicos, se verifican frenillos linguales incrementados en su grosor, por lo que se les denomina frenillos hipertróficos. Éstos, muestran una inserción baja y se formalizan entre los dos incisivos centrales, generando desde luego, espacio entre dientes, que son muchos mayores al existente con normalidad; y por tanto se genera un diastema interincisal.

Entonces, podemos sostener que, la principal secuela de las anomalías en el crecimiento del frenillo labial superior es el establecimiento de diastemas, con sus consecuentes perjuicios. Se puede afirmar, con toda razón que, un frenillo labial hipertrófico que se presenta en la cavidad oral del paciente, inicialmente, produce un diastema, el mismo que le impedirá tener una oclusión dentro de los rangos normales, lo que indudablemente ocasionará, problemas

de orden estético en sus variadas formas. Finalmente, el paciente que sufre esta anomalía, no podrá mover el labio superior con normalidad, debiendo afrontar serias dificultades de pronunciación, de higiene dental; originando además, la acumulación de restos de alimentos consumidos. Es por ello que se considera muy importante la práctica de higiene oral desde etapas tempranas. También debemos referir que los defectos en el crecimiento y desarrollo del frenillo labial, genera inevitablemente la presencia de labios cortos que impide el sellado correcto de labios y a la vez la no capacidad de la respiración vía nasal y cuando no, la respectiva interferencia en el momento de colocarse una prótesis.

Por tanto, histológicamente, el frenillo está constituido por una mucosa y tejido conjuntivo, poseyendo una infinidad de fibras elásticas. Se infiere además que, la principal causa de diastemas es la presencia de frenillo en la parte central de la cavidad oral. Entonces, nuestro problema para el caso clínico que exponemos, responde a la pregunta: ¿Cuáles serán las técnicas, procedimientos e indicaciones para el tratamiento quirúrgico de frenectomía como parte esencial en el cierre de diastema interincisal?

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES

- ❖ En Quito, Ecuador; Bejar, V. (2019) (1) presentó una investigación como Trabajo de Grado previo a la titulación de odontóloga. Su investigación trató del estudio sobre Frenectomía en paciente de 25 años. Se planteó como objetivo el determinar a la frenectomía labial superior, como la mejor opción de tratamiento para el frenillo labial superior, teniendo entre sus más importantes hallazgos el que la técnica más utilizada en este tipo de intervenciones quirúrgicas, es la Frenectomía simple y la plastia en Z

que son mínimamente invasivas e incluso menos traumáticas. También considera que el uso del laser debe difundirse por ser también un tratamiento exento de consecuencias funestas.

- ❖ De otro lado, López D.C. (2), en Cuba, durante el 2015 llevó a cabo el estudio sobre el frenillo labial superior doble no sindrómico. En su informe, reseña el diagnóstico de una paciente quinceañera, la cual presentaba un frenillo labial superior doble de baja inserción. Para superar esta deficiencia aludida, practicó una frenectomía y plastia, sobre la banda muscular anómala, teniendo como resultado de que, la frenectomía asociada a una plastia se constituye como un método, entre los más adecuados para superar la problemática generada por distorsiones de los frenillos labiales superiores.
- ❖ En nuestro país, Castro R. (3), teniendo en cuenta que las deformidades mucogingivales en pacientes generan, serios impactos tanto en su estética como en su función, desarrolla una investigación científica con el objetivo básico y fundamental de explicar y resumir las principales fuentes de información en las bases de datos: Scopus, Pubmed, que se relacionen con similares técnicas quirúrgicas usadas en remoción de frenillos aberrantes. Concluye preventivamente que la subsistencia de los frenillos labiales no suele ocasionar mayores patologías; empero, anota que en algunos casos su sobre inserción puede provocar deformidades periodontales, funcionales, estéticas, fonéticas, entre otras. Asimismo, establece que la mientras la frenectomía genera posiblemente formación de bridas, la frenotomía en forma genérica, tiene menos incidencia.

- ❖ En nuestra Alma Mater, Espinoza P. (4) presentó un informe de Caso Clínico, sobre Electomía y Frenectomía, fijándose como objetivo establecer la eficacia de la Electomía en casos de existencia de fibrosis de la mucosa gingival, puesto que esta limita la erupción normal de los dientes, así como también determinar que el uso de la frenectomía labial permite modificar la parte oclusal y estética del paciente menor. Posteriormente, luego de realizado el tratamiento quirúrgico, la investigadora concluye que fundamentalmente, la elección de la técnica que debe emplearse en los distintos casos, debe adecuarse a las condiciones que presenta el paciente en tratamiento, precisa asimismo que debe tenerse presente lo establecido en la historia clínica y considerar las sugerencias a los pacientes el respeto a las indicaciones para su periodo posterior a la intervención quirúrgica recibida (posoperatorio)

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

❖ Los frenillos bucales.

Para el tratadista Antonio V. (5), son haces revestidos por tejido mucoso que posibilitan la conexión de determinadas áreas anatómicas en la cavidad oral; Refiere, además, que, su presencia inhibe la funcionalidad del paciente afectando irremediamente parte de la estructura con la subsistencia de retracciones y dimensiones crecidas que superan a su estado normal.

Nos refiere Antelo, R (6), que estos frenillos se hallan generados por medio de tres capas que se diferencian por sus características. Se tiene, por tanto: Epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral; la Submucosa propia, con tejido conjuntivo y fibroso blando y finalmente, la Submucosa que consta de glándulas salivales menores, mucosas y linfáticas.

❖ **Ubicación de los frenillos bucales**

Las localizaciones de los frenillos bucales se manifiestan así:

- a) Superior; que comienza desde la cara interna del labio superior y se inserta en la línea media de la unión de los maxilares superiores, diseminándose a lo largo de cuatro o seis milímetros por encima de la encía adherida (7).
- b) Inferior; que se ubica al fondo del surco vestibular, comenzando en la pared del vestíbulo llegando a la cara interna del labio inferior, que se inserta en la línea media de las crestas alveolares por debajo de la parte inferior de la encía libre y adherida.
- c) Lingual; que comienza desde la extremidad posterior de la cresta media y se dirige hacia la parte media del surco alveolo lingual. Allí se verifica su relación con los conductos salivales, el nervio lingual y vasos sublinguales.

❖ **Tipos de Frenillos labiales.**

Considerando su estructura, se tiene la siguiente tipología:

- Fibroso, que genéricamente está constituido por tejido conectivo fibroso y membrana mucosa;
- Muscular, que se asocia 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.

- Mixto o fibromuscular, constituido por una serie muscular con abundante mucosa de tejido conectivo fibroso y en cuanto al frenillo lingual, se denota cordón fibroso relacionado al proceso alveolar que incluye una unión tendinosa consistente, con la superficie de la boca. (8)

❖ **Concepto de Frenectomía.**

La frenectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se secciona el frenillo que une a la lengua o labios a la encía; y que culmina con el apartamiento del segmento carnososo. (5)

❖ **Procedimientos quirúrgicos en Frenectomía.**

Los procedimientos quirúrgicos usuales son:

Primero. - Inoculación de anestesia; con el bloqueo de dolor y reducción del flujo sanguíneo. Ello se logra, combinando la adrenalina y la lidocaína en la cantidad ya predeterminada.

Segundo. – Practicar la incisión como recurso inicial del tiempo primo operatorio, con el fin de la separación de la mucosa del periostio de la zona a operar, teniendo cuidado de conservar el margen gingival correspondiente.

Tercero. - 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).

Cuarto. - Efectuar el retiro cuidadoso de las inserciones musculares, con la ayuda del periostótomo de Freer, sin ocasionar lesiones del periostio.

Quinto. - Suturar el colgajo, con agujas finas atraumáticas usando preferentemente hilos de seda o catgut crómico. Debe tenerse en cuenta el retiro de las suturas después del periodo de rehabilitación, debiéndose tener en cuenta, en lo posible, las suturas reabsorbibles que evitarán dolores en el paciente.

❖ **Técnicas Quirúrgicas en extirpación de frenillos.**

Entre técnicas más importantes, podemos nombrar:

- a) La técnica Romboidal, que permite la extirpación total de la brida defectuosa, Se realiza en dos etapas: Primera etapa: utilizando bisturí mango N° 3 con hojas N° 15 y 11 se retira toda la inserción del frenillo en el labio y encía vestibular. Segunda etapa: se plasma, el corte de las inserciones al labio y a la encía por fuera de las pinzas hemostáticas. Observando la herida romboidal en cuyo interior se encontrarán inserciones musculares, que se retirarán en su momento, para conservar la integridad del periostio.
- b) Z-plastia, que se manifiesta como la técnica más usual y la que es empleada preferentemente en la extirpación de los frenillos tanto labial como lingual. El interés es básicamente, porque permite eliminar los frenillos, dejando cicatriz mucosa en dirección diferente a la del frenillo inicial. Esta técnica permite alargar el labio en aproximadamente un 75 por ciento. (11)
- c) Plastia en V-Y-de reposición apical. Que estima la práctica de incisiones en forma de V teniendo en cuenta cada lado del frenillo con la reposición de éste. Luego de la saturación correspondiente se advierte una incisión que forma una Y, ello no permite el menoscabo

de profundidad vestibular.

❖ **Técnicas de Frenectomía Labial**

Con la observación de una inserción anómala, se sugiere la generación y el crecimiento de un diastema. Y si se relaciona a la necesidad de contar con una prótesis dental superior, se tendrá complicaciones, básicamente generadas por la obstaculización de la anómala localización del frenillo. Por tanto, al practicar una frenectomía labial es indispensable evaluar la inserción y la ubicación de estas estructuras. De otro lado. También se hace imprescindible considerar la movilidad del tejido blando junto al frenillo, que puede crear determinadas molestias en la cavidad oral. (12)

❖ **Técnicas de Frenectomía lingual**

En el caso del frenillo lingual, la unión de la punta de la lengua al área posterior del reborde alveolar del maxilar inferior, provoca alteraciones en la pronunciación al hablar e incluso en la ingestión de alimentos. Así también, cuando se trata de contar con una prótesis dental, la inserción anómala no permite la estabilidad requerida para una correcta prótesis dental, puesto que cada movimiento lingual estará seguida de una tensión del frenillo lingual, desfasando en todo momento la posición normal de la prótesis. Por ello, es recomendable la práctica, en su momento, de una frenectomía que evitará al paciente molestias y complicaciones en el futuro.

Asimismo, es aconsejable que el profesional valore una técnica quirúrgica que permita la eliminación eficaz de los frenillos anómalos.

Se cuenta con las técnicas como: la simple de extirpación, la de Z-plastia, la Vestibuloplastia localizada y la frenectomía asistida por láser.

❖ **Consejos para el Tratamiento posoperatorio**

El paciente debe practicar de ejercicios de pronunciación y habla mediante un fonoaudiólogo, debiéndose adicionar en lo posible, métodos de rehabilitación, con el propósito de contar con la capacidad comunicativa integral. El especialista odontólogo, debe realizar controles permanentes de la zona tratada, de la toma de antibióticos por parte del paciente intervenido según lo prescrito y especialmente en los movimientos linguales, Se considera que, a la semana de realizado el acto quirúrgico, la cicatrización debe estar casi completa con una adecuada movilidad lingual.(12)

- ❖ La dieta debe ser blanda y blanca para el paciente, , con la toma de líquidos fríos, los mismos que colaboran con la vasoconstricción, reduciendo en gran medida el riesgo hemorrágico. Es necesario y obligatorio que el paciente operado, efectúe su higiene bucal con enjuagues prescritos por el odontólogo. (13)

❖ **Complicaciones de una Frenectomía**

Debe tenerse muy presente, que una frenectomía mal practicada suele crea inconvenientes en la vena lingual, puesto que pueden suscitarse hemorragias considerables, las mismas que con el tiempo generará cicatrizaciones anómalas, inclusive con formación de queloides. De otro lado, también puede subsistir afectación en el periodo de la recuperación del tejido que soportó la incisión quirúrgica, por lo que se requeriría mayor tiempo de cicatrización encima del

promedio. Consecuentemente, es obligado la aplicación de clorhexidina o Isodine como componente en la higiene oral del intervenido. Los pacientes deben ingerir alimentos demasiado condimentados y con niveles picantes excesivos. Vale recordar, que el retiro de los puntos, debe efectuarse a la semana de practicado el acto quirúrgico, salvo complicaciones no previstas. (8).

2.3 OBJETIVOS

- a) Precisar la eficiencia y eficacia de la frenectomía como acto fundamental, para el cierre de diastema interincisal, generado por la presencia de un frenillo labial superior.
- b) Establecer los tipos de incisión y colgajos ante la presencia de diastema, para plasmar una adecuada intervención quirúrgica exitosa.

CAPÍTULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia clínica

Adolescente de 14 años, de sexo femenino, en aparente buen estado de salud,

ABEN ABEH y LOTEPE.

Nombre del paciente Fernanda Verastegui Acuña.

Examen clínico general

- Paciente manifiesta separación entre elementos dentarios superiores (1,1-1,2)
- Paciente en buen estado de salud general
- se observa un frenillo lingual hipertrófico y de inserción baja

Diagnóstico: FRENILLO LABIAL BAJO

Pronóstico: favorable

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Formulación del Plan de tratamiento general

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

4.2. **Pronóstico:** Favorable.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- 1.** – Se demuestra y precisa que, la frenectomía (del frenillo del labio superior), es una técnica quirúrgica: sencilla, eficiente, eficaz, poco invasiva, de bajo costo y que propicia mejoras en la pronunciación, en la deglución alimenticia, en el aspecto estético del paciente, con lo cual se proporciona mayores niveles de calidad de vida del mismo, como persona.
- 2.** – Se determinó que, la frenectomía es el tratamiento específico frente a la presencia de frenillo labial superior del paciente, pues elimina las fibras de inserción del frenillo, que son causa de la presencia de diastemas.
- 3.** – La eficacia y eficiencia de la frenectomía como parte fundamental en el cierre del diastema interincisal, ocasionado por la presencia de frenillo labial superior se demuestra por la recuperación de las habilidades orales de pronunciación y en la práctica alimenticia del paciente; y que indudablemente mejorará su estética facial pertinente.
- 4.** – Se tuvo ocasión de establecer los tipos de incisión y colgajos ante la presencia de diastema, para plasmar una adecuada intervención quirúrgica exitosa, para así conseguir la rehabilitación del paciente en lo referente a las anomalías que le producía la presencia de frenillo labial superior.

5. – 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 posoperatorio.

CAPÍTULO VI

APORTES

- 1.** - En base a la intervención quirúrgica efectuada consideramos necesaria y fundamental el profundizar el diagnóstico y exámenes complementarios del paciente, ante indicios de frenillo labial que haya sido generado ictiológicamente de un diastema; se hace necesario dejar de lado otras causas entre otros, los dientes supernumerarios, el hábito deletéreo de succión digital y agencias dentarias.

- 2.** – El diagnóstico después de un examen clínico integral debe seguir mínimamente estos procedimientos: a) Precisar si solamente existe el espacio de la línea maxilar o si hay presencia de espacios generalizados. b) Reconocer y comparar la dimensión de las piezas dentarias empleado una tabla de medidas promedio, y c) Recurrir a radiografías panorámica o tomografías del sector examinado con el rayo central perpendicular al septo interincisal.

- 3.** – Tener en consideración, las conductas terapéuticas existentes, tomando en cuenta la diversidad de técnicas quirúrgicas existentes, y del mismo modo, el momento oportuno para su realización.

- 4.** – El éxito del tratamiento quirúrgico que describimos, se debe a la supervisión y controles programados en la etapa posoperatoria, que establecía en el paciente, un reposo relativo,

una dieta blanda, preservación de la cavidad bucal, con prácticas de higiene oral básica y la ingesta precisa en los tiempos prescritos de los medicamentos. Y finalmente, si fuera necesario el retirado de la sutura en el periodo predeterminado.

5. – Académicamente la Facultad de Odontología debiera, propiciar la elaboración y exposición de más trabajos de suficiencia profesional a través de casos clínicos, permitiendo a los interesados ampliar las posibilidades de adquirir mayores conocimientos y habilidades prácticas, a partir de los métodos de investigación científica aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Béjar Ch., V. Frenectomía labial superior en pacientes de 25 años de edad. Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología. Guayaquil. Ecuador. 2019.
2. López del Castillo, C. A. Doble frenulum of the superior lip. Revista Cubana de Pediatría. Cuba. 2015.
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.

ANEXOS

FIG-1
ANESTESIA

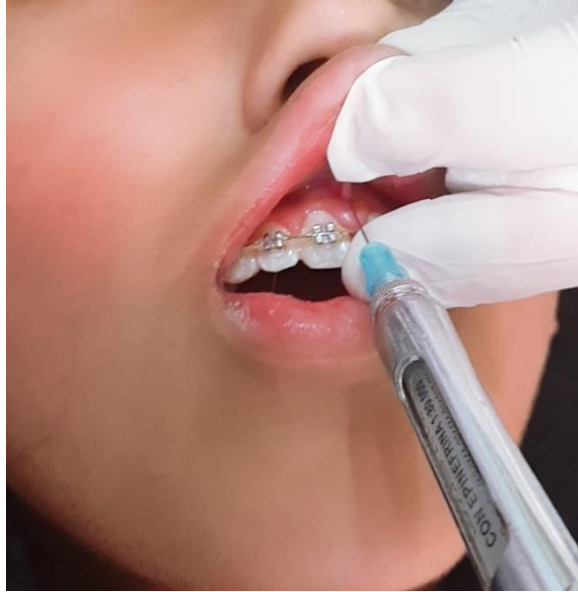


FIG-2
ANESTESIA

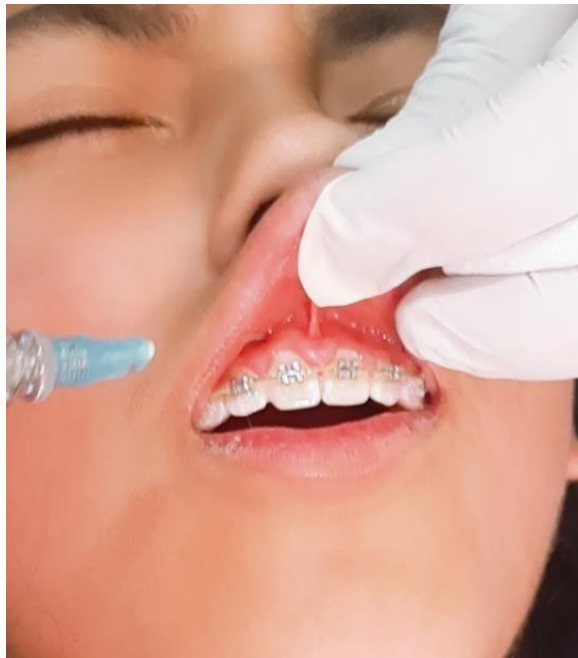


FIG-3
ANESTESIA

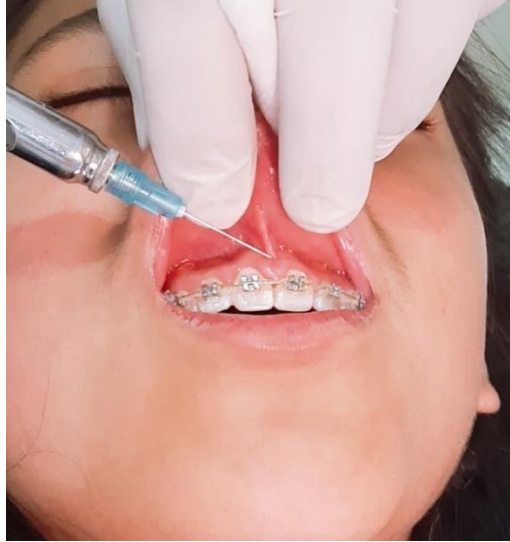


FIG-4
CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA



FIG-5
CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA



FIG-6
CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA
FRENECTOMÍA



FIG-7

CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA



FIG-8

CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA



FIG-9

CIRUGÍA PROPIAMENTE DICHA



FIG-10

SUTURA

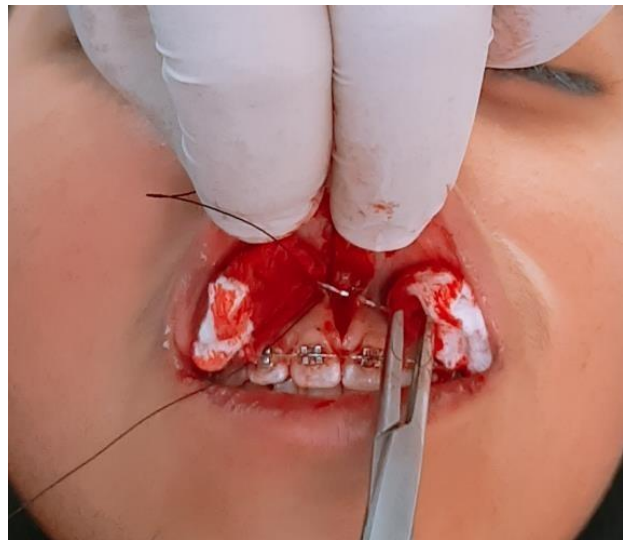


FIG-11
FRENILLO



FIG-12
FRENILLO



FIG-13
SUTURA



FIG-14
SUTURA



FIG-14

SUTURA DESPUÉS DE UNA SEMANA



FIG-15

UN MES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

