

TRABAJO DE SUFICIENCIA

por Gutarra Robles

Fecha de entrega: 18-ene-2023 10:51a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1994802457

Nombre del archivo: o_de_Suficiencia_Profesional__GUTARRA_ROBLES_DIEGO_ALFONSO.docx (16.9M)

Total de palabras: 4122

Total de caracteres: 23063

DEDICATORIA

A la ciencia odontológica este caso clínico es un aporte más a todos los colegas y estudiantes.

DEDICATORIA

A la ciencia, es un aporte más para enriquecer los conocimientos infinitos de nunca acabar.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, a mis maestros por conducirme al camino de la ciencia y ser un profesional excelente y a mi universidad peruana los andes que me formó en el largo camino del saber.

RESUMEN

El frenillo labial superior no es más que un pliegue de la mucosa de forma triangular que se encuentra en la zona media que se origina entre la semana 9 y 12 aproximadamente, tiende a ser ² de tejido conjuntivo fibroso, muscular o una combinación de ambos puede originarse ⁴ de la cara interna del labio sobre la línea media de la encía adherida entre los incisivos centrales del maxilar superior, se han visto casos que termina en la zona de la papila interdientaria¹.

Cuando el frenillo se forma patológico puede causar alteraciones como la aparición de diastema entre los incisivos anteriores superiores permanentes donde sabemos que se forma el espacio entre dos dientes, el tratamiento quirúrgico es uno de los tratamientos a emplear según el diagnóstico dado².

El objetivo del presente caso clínico es detallar el tratamiento quirúrgico a un paciente con diastema interincisal mediante la frenectomía labial.

En el caso clínico, se trata de paciente de sexo femenino de aproximadamente 22 años de edad manifestando tener una incomodidad de la separación dentaria ⁵ en el maxilar superior entre los incisivos centrales ⁵ después de finalizar el tratamiento de ortodoncia, a la evaluación clínica se pudo observar que la paciente tenía el frenillo bajo llegando hacia la papila incisal del maxilar superior. Se requirió exámenes auxiliares, en los cuales no presentó alteraciones que podrían complicar el tratamiento quirúrgico.

Al concluir el tratamiento de la frenectomía labial, fue un procedimiento quirúrgico con pronóstico bueno, con controles programados y al ser dado de alta se recomendó hacer el retratamiento en el área de ortodoncia para cerrar el espacio interincisal.

Palabras clave: frenillo corto, diastema, frenectomía labial.

ABSTRAC

The upper labial frenulum is nothing more than a triangular-shaped fold of the mucosa that is found in the middle area that originates between approximately week 9 and 12, it tends to be made of fibrous connective tissue, muscle or a combination of both, it can originate from the inner face of the lip on the midline of the attached gingiva between the central incisors of the upper maxilla, cases have been seen that ends in the area of the interdental papilla¹.

When the frenulum forms pathologically, it can cause alterations such as the appearance of a diastema between the permanent upper anterior incisors where we know that the space between two teeth is formed, surgical treatment is one of the treatments to be used according to the given diagnosis².

The objective of this clinical case is to detail the surgical treatment of a patient with interincisal diastema by means of labial frenectomy.

In the clinical case, it is a female patient of approximately 22 years of age who manifested discomfort in the dental separation in the upper jaw between the central incisors after completing orthodontic treatment. Upon clinical evaluation, it was observed that the patient had a low frenulum reaching towards the incisal papilla of the maxilla. Auxiliary examinations were required, in which he did not present alterations that could complicate surgical treatment.

At the conclusion of the lip frenectomy treatment, it was a surgical procedure with a good prognosis, with scheduled controls and upon discharge, it was recommended to do the retreatment in the orthodontic area to close the interincisal space.

Keywords: short frenulum, diastema, labial frenectomy.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos a diastema medio interincisal podemos decir que es una de las patologías originadas por el frenillo u otras alteraciones que podemos identificarlas a través de exámenes auxiliares, podemos encontrarlas en las literaturas con el nombre de espacio de la línea media, diastema maxilar, diastema de la línea media, o simplemente diastema³.

No puedo descartar la diferencia que existe entre el diastema en dentición temporal y permanente, en la infancia es inevitable encontrar espacios entre ellos el cual se reduce en el intercambio con dentición permanente⁴.

El frenillo labial patológico se da cuando existe una variabilidad en la inserción del frenillo en el proceso alveolar en la proximidad de paso entre la encía queratinizada y mucosa alveolar, sin embargo, el frenillo puede ser más a coronal coincidiendo con la papila y extendiéndose en muchos casos a una dirección palatina y presentar por ende un diastema⁵. Causando problemas ortopédicos, protésicos, fonéticos y periodontales.

En la literatura nos encontramos con diferentes patologías del frenillo como el mucoso, gingival, papilar, papilar penetrante, en los casos para eliminar el frenillo, clínicamente el frenillo papilar y papilar penetrante son considerados como patológicos, en el tratamiento de la frenectomía o frenotomía son indicadas como técnicas quirúrgicas para el tratamiento del frenillo, hoy en día sigue siendo una discusión si se hace la intervención antes o después del tratamiento ortodóntico el manejo de la línea media según sea el diagnóstico se podrá hacer hasta cierre de diastemas con resinas, en los casos de frenillo hipertrófico inhibe el cierre de la ortodoncia y se sugiere removerlo quirúrgicamente.

El objetivo propuesto del presente estudio es detallar el tratamiento quirúrgico de un paciente con diastema interincisal mediante la frenectomía labial. El trabajo consta de 3 capítulos. En el capítulo I podemos encontrar la descripción del problema, el objetivo general y la justificación, en el capítulo II podemos encontrar el marco teórico, antecedentes y las bases científicas, en el capítulo III podemos encontrar el desarrollo del caso clínico, conclusiones, aportes del caso clínico y la bibliografía.

Mi aportación a la población odontológica, es dar conocimiento sobre la frenectomía labial, describir el sistema protocolar para el manejo quirúrgico de una frenectomía labial y poder informar que un frenillo anómalo se puede diagnosticar a una edad temprana, causando este problema en la fonética o con sonidos balbuceantes o silbidos.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Un frenillo anómalo predomina un 4 % de los casos y en pacientes del sexo femenino, se diagnostica más en pacientes entre 9 a 10 años de edad con una prevalencia de 45% con una tendencia de disminuir con el aumento de la edad⁶.

Cuando aparece patológico puede causar la separación de los incisivos centrales creando diastemas y perjuicio estético y también creando problemas en la fonación con sonidos balbuceantes o silbidos.

Cuando se trabaja en el diagnóstico podemos ver por el medio físico y ayudarnos con pruebas radiológicas.

Cuando nos encontramos con el frenillo patológico el tratamiento puede ser quirúrgico, estético u ortodontico en el caso clínico llevaremos al paciente al tratamiento quirúrgico porque ya pasó por un tratamiento ortodontico que termino con una recidiva con diastemas interincisales y así derivarlo al área de ortodoncia para su posterior tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

El presente caso clínico tiene como objetivo detallar el tratamiento quirúrgico a un paciente con diastema interincisal mediante la frenectomía labial.

Objetivo específico

Mejorar la inserción del frenillo labial del maxilar superior

JUSTIFICACIÓN.

Justificación Teórica:

La presente investigación se realiza con el objetivo de aportar e incrementar al conocimiento existente sobre frenectomía labial en pacientes con diastema medio interincisal, a fin de ser incorporado como conocimiento adicional nuevo al cual pueda ser aplicado o contrastado por otros textos. Según Alicia Chacón y colaboradores nos indican que se realizó frenectomías con láser, previas al tratamiento de ortodoncia a 59 pacientes, 31 pacientes tuvieron tratamiento ortodonto activo mientras que los otros 27 no, en el primer seguimiento (12 semanas) 4 diastemas se cerraron tras la frenectomía y tratamiento ortodonto, ninguno cerro después de la frenectomía sola, en el segundo control (19 semanas) 20 diastemas se cerraron con frenectomía y tratamiento ortodonto y 3 diastemas se cerraron solo con frenectomía, a un largo plazo (121 semanas) 4 pacientes tenían un diastema persistente y tres pacientes tenían el tratamiento de ortodoncia activa. Según el especializado ortodoncista según realizado en los distintos casos clínicos, permite sugerir que al tener un diastema por el frenillo labial, la mejor opción es realizar la cirugía de frenectomía después de lograr el cierre del diastema.

Justificación Práctica:

En al caso clínico que presentó, puedo decir que tiene una justificación de carácter científica y social ya que primero permitirá dar conocimiento a la comunidad odontológica tanto a los docentes como estudiantes sobre el caso que se presenta y como se maneja el sistema protocolar para el manejo quirúrgico de una frenectomía labial, y segundo el carácter social ya que de esta forma los padres de familia y en general con dentición decidua, mixta y permanente deben tener conocimiento que los diastemas interincisales son tratables y si el origen es de frenillo corto van a tener soluciones con una evaluación, se puede decidir intervenir o dejar que todavía se siga realizando el crecimiento cráneo maxilar. El caso clínico se llevó a cabo en la ciudad de Huancayo en una clínica odontológica con la presencia de un equipo multidisciplinario.

¹ CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

NACIONALES:

Yangali C. ² En el (2021) presenta una investigación de caso clínico sobre la *“frenectomía labial superior como parte fundamental en el cierre de diastema interincisal”* en un menor de 14 años de edad de sexo femenino con el diagnóstico de frenillo labial bajo con un pronóstico favorable. El objetivo del caso clínico fue ² demostrar la bondad y efectividad de la frenectomía como parte básica en el cierre de diastema interincisal ocasionado por frenillo labial superior y teniendo en consideración el bajo costo del tratamiento⁷.

Risco A. ¹ En el año (2020) presentó un caso clínico de una ² *“frenectomía labial de un paciente de 7 años de edad”* de sexo femenino el cual presentaba un frenillo labial bajo con compromiso de diastemas y giro versiones entre las piezas 1.2 y 2.1 a la radiografía no se manifestó compromiso alguno o que haya presencia de alguna patología, el tratamiento fue una frenectomía labial y con sus controles y retiro de puntos y derivado al área de ortodoncia, el tratamiento fue exitoso y dado de alta⁸.

Falcón B. En Tacna en el (2016) introdujo un caso clínico de una paciente de 8 años de edad de sexo femenino de título *“frenectomía de un frenillo aberrante”* el cual estaba originando un diastema anterior y dificultad al pronunciar las palabras se llega al diagnóstico de que es un frenillo papilar penetrante con isquemia de la papila palatina al hacer tensión del labio, se realiza la frenectomía y se hace los controles a los 3 días y semana y media observándose buena cicatrización y corrección del frenillo aberrante. Llegando a la conclusión que la evaluación del frenillo se debe hacer siempre como

medida de prevención ya que esta puede causar problemas estéticos, ortodónticos y periodontales⁹.

Castro Y et al. En el (2020) presentó un caso clínico a un Journal titulado “*Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía*”. Su objetivo fue evaluar a través del sistema de la literatura científica ver los resultados al remover estos frenillos aberrantes con tratamientos quirúrgicos y láser. El método que utilizó fue de búsqueda detallada de las bases de datos, como el Pubmed, Science direct, Cochrane y Scielo. Teniendo como resultado de las investigaciones hechas a 501 archivos con la inclusión de ensayos clínicos, llegando a la conclusión que hay percepción en el post operatorio y al hablar luego de la frenectomía es menor en los que utilizan laser a diferencia de la técnica convencional¹⁰.

INTERNACIONALES

Bejar B. En el (2019), en un trabajo que lleva por título “*frenectomía labial superior en pacientes de 25 años de edad*” En Ecuador se presenta un caso de un paciente de 25 años de edad con presencia de diastemas entre las piezas 1.1 y 2.1, el objetivo fue determinar la frenectomía labial superior como la mejor opción de tratamiento para el frenillo labial. Se hizo el trabajo con un tratamiento convencional y exitoso con sus controles y dado de alta. Llegando a la conclusión que siempre es necesario la radiografía para descartar alguna patología entre los dientes y hacer una buena cirugía¹¹.

Por otro lado, **Lopez D.** En el (2015) realizo una investigación sobre el frenillo labial superior doble en un paciente de 15 años sobre un caso clínico donde se hizo el acto quirúrgico sobre la banda muscular realizando una frenectomía labial y una plastia devolviendo a la inserción normal y llegando a la conclusión que al realizar la frenectomía labial acompañada con lña plastia es un interviniente también para realizar el tratamiento con buen pronostivo y favorable para el paciente¹².

BASES CIENTÍFICAS

Concepto

Banda recubierta por tejido mucoso que sirve como fijación de algunas zonas anatómicas en la boca.

Los frenillos pueden dividirse en el sector superior como uno labial y dos laterales y en el inferior como uno labial dos laterales y uno lingual, estos pueden presentarse en forma de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos.

En el examen clínico muchas veces se pasa desapercibido porque en su gran mayoría no causa problemas, pero cuando se presentan de tipo patológico si pueden causar problemas y pueden causar:

- Problemas periodontales
- Problemas ortodónticos
- Alteraciones fonéticas
- Problemas protésicos

No podemos olvidar que el frenillo histológicamente presenta 3 capas y son:

- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- Tejido conjuntivo conteniendo fibras elásticas y tejido fibroso blando. Este tejido conectivo contiene en un tercio de los casos, fibras musculares esqueléticas.
- Submucosa que contiene glándulas mucosas, glándulas salivares menores¹³.

Frenillo labial superior

El frenillo bucal superior como banda de tejido mucoso tiene la función de fijarlas zonas⁴ anatómicas en la boca, pero este repliegue de tejido conectivo o muscular podría limitar la función y presentar retracción y causar problemas a futuro¹⁴.

Localización

El frenillo labial superior⁴ nace de la cara interna del labio superior insertándose en la línea media de la unión del maxilar superior de 4 a 6 milímetros sobre la encía adherida² y en muchos casos llega a descender hasta el alveolar y puede terminar en la papila interdientaria o en la bóveda palatina¹⁵.

Tipos

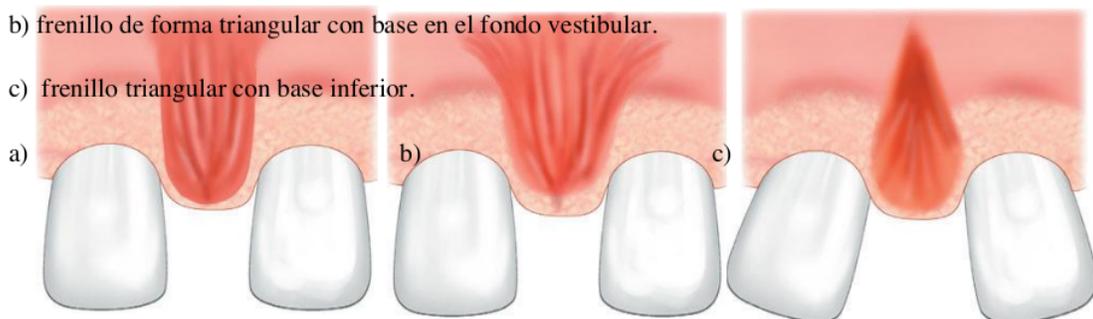
Frenillo fibroso: compuesto por membrana mucosa y tejido conectivo fibroso.

Frenillo muscular: compuesto por tejido muscular y puede ser el elevador propio del labio superior, el músculo nasal y depresor septal y el músculo elevador del ángulo de la boca⁸

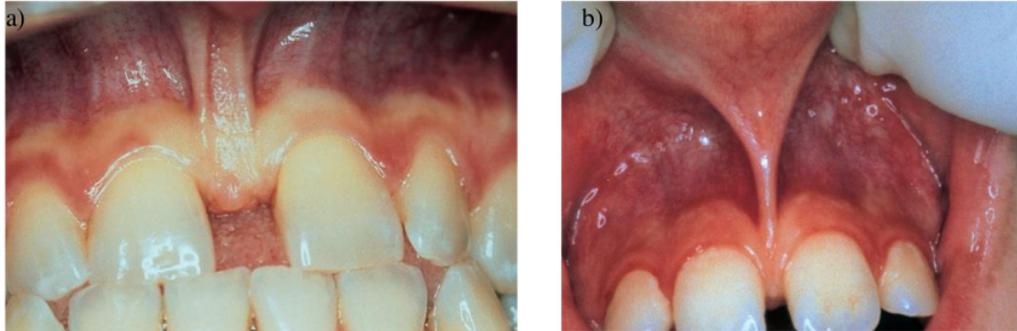
Formas

Existen diferentes clasificaciones según la forma, para el mejor entendimiento tomare a Montí como referencia para su clasificación:

- a) Frenillo de tipo alargado con bordes paralelos.
- b) frenillo de forma triangular con base en el fondo vestibular.
- c) frenillo triangular con base inferior.



Fuente: Gay Escoda. Cirugía Bucal. Ediciones Ergon - Majadahonda. Madrid. 2012



Fuente: Gay Escoda. Cirugía Bucal. Ediciones Ergon - Majadahonda. Madrid. 2012

Diagnóstico

El diagnóstico clínico cuenta con los datos como mencionar el diastema inter incisivo, en cuanto al examen radiológico tendríamos que ordenar una radiografía panorámica para poder descartar un mesiodens y valorar también el hueso del diastema y también valoraremos una radiografía periapical para un mayor análisis ampliado.

Tratamiento

La cirugía será recomendada según los signos clínicos y radiográficos que presente, pero el diastema tratara con un procedimiento ortodontico según sea el caso, pero los cirujanos recomiendan hacer la exéresis del frenillo después de la erupción de los caninos y otros autores discrepan y manifiestan que el mejor momento de hacer la exéresis es en el momento de la caída de los incisivos temporales.

En el procedimiento quirúrgico, Edwards nos define la frenectomía como la remoción completa del frenillo incluida la inserción al hueso y la frenotomía que es la reposición de la inserción del frenillo hacia apical y utilizada con fines periapicales¹.

Cirugía mucosa y muscular

En este caso la frenectomía labial es la más recomendada, bajo una anestesia infiltrativa con el fin de no abarcar más la zona para no abarcar la zona anatómica que dificultara su extirpación. Aquí se hará la exéresis del frenillo con tijeras o bisturí y la posterior sutura, en este caso debe eliminarse el tejido¹.



¹ CAPITULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

Nombre: L. T. P.

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Procedencia: Huancayo

Fecha de nacimiento: 27/12/1998

Dirección: Jr. Tarapacá 1175

Ocupación: Estudiante

Motivo de consulta: Incomodidad de la separación dentaria ⁵ en el maxilar superior entre los incisivos ⁵ centrales después de finalizar el tratamiento de ortodoncia

Tiempo de enfermedad: Indeterminado

Relato de la enfermedad: Paciente refiere haber recibido el tratamiento de ortodoncia por varios años, al finalizar el tratamiento ortodóntico noto que se formó una separación notoria entre sus incisivos centrales superiores, paciente refiere que no le gusta esa separación que quedó, y refiere que le hagan un tratamiento efectivo.

Antecedentes:

- Generales: alimentación conservada a base de carbohidratos, sed conservada, vivienda de material noble, servicios básicos, vestimenta de acuerdo a la zona.
- Familiares: Papá vive (58) sin antecedentes patológicos
Madre vive (55) sin antecedentes patológicos
Hermano vive (27) sin antecedentes patológicos
- Patológicos: Paciente refiere que no padece enfermedades sistémicas
No refiere tener hospitalizaciones
No refiere tomar medicamentos
No refiere tener intervenciones quirúrgicas
Paciente refiere que no presenta algún antecedente de riesgo que pueda afectar al tratamiento.
- Alergias: No refiere tener alergias

Funciones Biológicas

Apetito: Conservado

Sed: Conservado

Deposiciones: Blandas

Orina: Conservada

Sueño: Adecuado – Duerme 8 Horas

Examen Clínico

Examen General

Paciente lucido orientado en tiempo y espacio en aparente buen estado general

Presión Arterial: 120/80¹ mm Hg Frecuencia Respiratoria: 16 rpm

Pulso: 70 ppm Temperatura: 37.1 C

Piel:

Turgente, hidratada, elástica.

Textura: Suave Contextura: Conservada

Pigmentación: Se evidencia una coloración marrón oscura de tamaño aproximado de 1mm en la región lateral izquierda de la pirámide nasal, a nivel de la cara izquierda y en el mentón del lado izquierdo.

Pelo: De buena implantación capilar, conservado de color marrón claro.

Uñas: llenado capilar conservado, conservado y limpias.

Tejido celular subcutáneo aumentado en predominio abdominal, contextura pícnica

Sin presencia de ganglios linfáticos

Examen Regional.

Examen extra oral:

- Cabeza: Normocéfalo
- Facie: Normofacial
- Ojos: simétricos, pupilas isocóricas fotoreactivas, párpados conservados, esclera Blanco sin alteración evidente
- Oídos: Región retroauricular asintomática, color de su piel, no signo de tragus y sin alteraciones evidentes, pabellón auricular de buena implantación, sin anexos, sin malformaciones evidentes.

- Articulación Temporo Mandibular: Asintomático, sin alteración evidente
- Nariz: triangulo nasal simétrica, sin deformación, fosas nasales permeables
- Cara:
 - Tercio Superior: simétrico, sin desbalance vertical
 - Tercio Medio: simétrico, sin desbalance vertical
 - Tercer Inferior: simétrico, sin desbalance vertical
 - Tercios faciales se encuentran simétricos sin desbalance vertical
 - Ganglios linfáticos submandibulares y submentonianos no palpables

Examen intraoral:

- Labios: Hidratados, simétricos, contextura normo sónica, color rosa claro, no lesiones, no deformidades.
 - Comisura labial: Conservado, hidratado, no lesiones, no deformidades.
- Carrillo: Hidratado, color rosado coral, ¹ presencia de línea alba bilateral, presencia de la papila incisal (presencia de diastema 3mm).
 - Fondo de surco: conservado, color rosa coral, sin alteración evidente
 - Mucosa Gingival: Consistencia normal, color rosado coral, textura normal
 - Frenillo: Superior – inserción: corto labial (diastema) frenillo muscular de tipo alargado, inferior- inserción: medio, lateral derecha: medio, lateral izquierda: medio.
- Paladar duro y blando: ¹ Presencia de la papila incisal, presencia de las arrugas palatinas, color rosado coral, sin alteración evidente.
- Istmo de las fauces pilares amigdalinos: pliegue muscular mucoso conservado: lateral por arcos palatoglosos conservado, superior por paladar duro conservado, inferior por surco terminal de la lengua conservado.

- **1** Piso de boca: presencia de la desembocadura de las glándulas linguales y submandibulares y desembocadura del conducto de wharton.

- Lengua: Normo glosa, simétrica, con buena movilidad, presencia de saburra, **1** frenillo lingual con buena movilidad, presencia de las papilas linguales (filiformes, caliciformes, fungiformes, foleadas) , desembocadura de las glándula de nhum, frenillo lingual largo.

- Tejido Dentario:

Maxilares:

1 Maxilar superior: tamaño normal y de forma ovoide.

Maxilar inferior: tamaño normal y de forma ovoide.

Reborde alveolar: Alineado

Dientes:

Número: ▪ Superior: 12

▪ Inferior: 14

Zonas Edentulas: Ausencia de las piezas 1.8, 1.4, 2.4. 2.8, 3.8 y 4.4

Alteración de posición: un diastema entre las piezas 1.1 y 2.1 (3mm)

Facetas de desgaste: No presenta

DIAGNOSTICO

Diagnostico Presuntivo:

- Frenillo interincisal corto labial con diastema medio interincisal en las piezas 1.1 y 2.1
- D/C Mesiodent
- D/C Quiste medial Maxilar

Plan de tratamiento

Exámenes Auxiliares:

Examen radiográfico



TECNICA:

Se practicó estudio con radiografía panorámica observándose

HALLAZGOS:

1. Estructuras óseas que conforman los macizos maxilares incluyendo huesos maxilares, fosas nasales y cuerpos mandibulares en relación a apariencia habitual.
2. Senos maxilares en relación a apariencia habitual.
3. Pieza 4.7 en relación a probable elongación moderada de la cámara pulpar.
4. Pieza 2.1, 2.2, 3.6 en relación a restauración radiopaca oclusal.
5. Pieza 1.6 imagen radiolúcida interproximal en relación probable a lesión cariosa.
6. Pieza 3.8 mesializada en relación impactada contra la superficie distal de la pieza 3.7
7. Ausencia de las piezas 1.8, 1.4, 2.4, 2.8, 3.8 y 4.4
8. Entre la pieza 1.1 y 2.1 en relación a diastema interincisal.

Se tomó la radiografía panorámica para analizar si encontrábamos alguna patología que podría estar creando dicho diastema pero no hubo hallazgos patológicos que pudieran estar alterando el caso por tal motivo se procedió hacer el diagnóstico definitivo.

Hemograma

		Unimed Serviços de Diagnósticos Ltda. - UNIDADE JACAREI Endereço: Praça dos Três Poderes, 34 - Jacareí/SP - Fone: 2128-8003 CNPJ: 00.13.1075000214 Unidade inscrita no CRBM sob o nº 1822	
Paciente	██████████	Médico(a)	Clovis Alberto de Menezes
Data Naso.	██████████ Prescrição 488957	Data Prescrição	24/11/2017 Convênio UNIMED LOCAL
Hemograma Completo DATA DA COLETA: 24/11/2017 08:25 MATERIAL: SANGUE COM EDTA MÉTODO: Automação XE - 2100 D			
Série Eritrocitária		Valores Normais	
Eritrócitos	4,24 milhões/mm ³	3,90 a 5,03 milhões/mm ³	
Hemoglobina	12,30 g/dl	12,0 a 15,5 g/dl	
Hematócrito	37,3 %	34,5 a 44,5%	
V.C.M.	88,0 micracúbica	80 a 99,5 micracúbica	
H.C.M.	29,0 pg	26 a 34 pg	
C.H.C.M.	33,0 %	31 a 36%	
RDW (Índice de Anisocitose)	13,5 %	Até 15%	
Hemácias normocíticas e normocrômicas...			
Série Leucocitária		Valores Normais	
Leucócitos	4.260 /mm ³	3.500 a 10.500/mm ³	
Neutrófilos	0,00 - 0 /mm ³	00 a 00% - 0 a 0/mm ³	
Metamielócitos	0,00 - 0 /mm ³	00 a 00% - 0 a 0/mm ³	
Eosinófilos	0,00 - 0 /mm ³	01 a 04% - Até 840/mm ³	
Segmentados	64,30 - 2.740 /mm ³	50 a 70% - 1.700 a 7.000/mm ³	
Eosinófilos	1,40 - 60 /mm ³	01 a 04% - 50 a 500/mm ³	
Basófilos	0,50 - 20 /mm ³	00 a 01% - 0 a 100/mm ³	
Linfócitos Típicos	24,40 - 1.040 /mm ³	20 a 25% - 900 a 2.900/mm ³	
Linfócitos Atípicos	0,00 - 0 /mm ³	00 a 05% - 0 a 250/mm ³	
Monócitos	9,40 - 400 /mm ³	04 a 10% - 300 a 900/mm ³	
Contagem de Plaquetas		Valores Normais	
Plaquetas	273.000 /mm ³	130.000 a 400.000/mm ³	
Valores normais de acordo com sexo e faixa etária. Referências: Clínica Mayo e Elsevier.			
Assinado Eletronicamente por Marcia Regina Yoshimura - CRBM5068, às 14:55 de 24/11/2017			
Ferritina		6,3 ng/mL	
DATA DA COLETA: 24/11/2017 08:25 MATERIAL: SORO MÉTODO: Quimioluminescência Amplificada VALOR DE REFERÊNCIA: Masculino: 17,50 a 454,00 ng/mL Feminino < a 50 anos: 6,24 a 177,00 ng/mL Feminino > ou = a 50 anos: 11,10 a 264,00 ng/mL Limite de Detecção (LoD): 0,29 ng/mL			
Resultados Anteriores: Prescrição Data de coleta Resultado UH Método 445010 26/03/2017 5,4 ng/mL Quimioluminescência			
Assinado Eletronicamente por Simone Gomes Guilhen - CRBM17836, às 16:33 de 24/11/2017			
Cálcio		9,30 mg/dL	
DATA DA COLETA: 24/11/2017 08:25 MATERIAL: SORO VALOR DE REFERÊNCIA: 8,4 a 10,2 mg/dL MÉTODO: Sítio - Química Seca			
Assinado Eletronicamente por Simone Gomes Guilhen - CRBM17836, às 16:33 de 24/11/2017			
A análise à obsa deste(s) test(s) não tem valor diagnóstico e não fo(ou) avaliado(s) em conjunto com os dados clínicos, epidemiológicos do paciente.			
CORPO TÉCNICO - Dra. Michele M. Casagrande Varelas - Dra. Juciléia Moura de Almeida - Dr. Marcus Vinícius Cunha Guedes CRBM 7218 CRB 33840/01-P CRF 46524 Coordenadora Laboratório Supervisora Laboratório Supervis or Laboratório - Dra. Tania Bontempo Garcia Lima CRBM 573 Coordenadora Qualidade			
Dúvidas técnicas: Dra. Michele: (12) 3519.3743 e-mail: michele.varelas@uni-med-jc.coop.br			
LAUDO IMPRESSO VIA INTERNET		Data Impressão: 01/12/2017 08:40:44	Página: 1/4


CENTRO ESPECIALIZADO QUIRÚRGICO CLÍNICA
UNIVERSAL
Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica


PACIENTE : [REDACTED]
MEDICO : [REDACTED]
FECHA : [REDACTED]

EXAMEN HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO

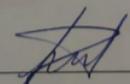
PROCEDIMIENTO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REF.
Leucocitos	6340	x mm ³	5,000 - 10,000
Hemates	5,150,000	x mm ³	3,800,000-5,300,000
Hemoglobina	15	gr/dl	H = 14 - 18 M = 12 - 16
Hematocrito	45	%	H = 42 - 54 M = 36 - 48
Plaquetas	240,000	x mm ³	150,000 - 400,000

FÓRMULA DIFERENCIAL LEUCOCITARIA

PROCEDIMIENTO	RESULTADO PORCENTUAL	RANGO REF.
Abastionados	00 %	0 - 5
Segmentados	47 %	55 - 75
Eosinófilos	00 %	0 - 4
Basófilos	00 %	0 - 2
Monocitos	00 %	0 - 8
Linfocitos	53 %	25 - 35

DESCRIPCIÓN:

- GLÓBULOS ROJOS : NORMOCITICO
NORMOCROMIICO.
- GLÓBULOS BLANCOS : NO PRESENTA GRANULACIONES
TOXICAS CITOPASMATICAS.
- PLAQUETAS : NORMALES EN CALIDAD Y EN
CANTIDA


 LIC. CARLOS DANIEL ALIAGA ARAUCO
 TECNÓLOGO MÉDICO
 CTMP 6717

AV. HUANCAMELICA N° 146 - HUANCAYO - TELF. 064-218251 / CEL.: 964766241 / TELF.: 064-597554

Rango normal al hemograma y tiempo de coagulación normal

Diagnóstico Definitivo

frenillo interincisal hipertrófico y de inserción corta labial con diastema medio interincisal en las piezas 1.1 y 2.1

Plan de Tratamiento: procedimiento quirúrgico frenectomía Labial

CASO CLÍNICO

Fotos extra orales



Fotos Intra orales





Fig.2 Radiografía panorámica



Materiales



Antisepsia

Lavado de dientes

Enjuague con Clorhexidina 5%



Fig.3 Anestesia tópica después del buche antiséptico



Preparamos anestesia tópica en un hisopo para depositar este en parte de la mucosa y frenillo

Fig.4 Anestesia Infiltrativa



Anestesia infiltrativa en el frenillo superior (anestésico dental Lidocaína 2% con Epinefrina) técnica infiltrativa con aguja corta

Fig.5 Verificando la anatomía del frenillo a intervenir



Fig.6 Sujetamos el frenillo con una pinza angulada



² Técnica clásica: Propuesta por Archer y Kruger en 1974. Inicialmente indicada para casos de frenillos que penetren en la papila interdental y provoquen diastemas

Fig.7 Eliminación del frenillo con una tijera angulada (cirugía propiamente dicha FRENECTOMIA)



Fig.8 ² Lavado con suero fisiológico





Fig.9 Sutura con hilo de seda negra trenzada 3 ceros punta redonda atraumática





Fig.10 Retiro de puntos y control



2
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

1

Plan de tratamiento:

Asepsia y antisepsia

▪ Anestesia tópica y anestesia local infiltrativa

▪ Preparación de la zona operatoria

▪ Incisión

▪ Colgajo

▪ Disección de las fibras

▪ Sutura

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL.

[Redacted]

1. Yo, [Redacted] identificado con DNI N° [Redacted], por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente: [Redacted] para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometido a su dirección así como los asistentes que él elija o asista, y los demás profesionales de la salud que así requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: [Redacted]

2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autoricé en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exija.

3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y lo promueve de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que el paciente ha hecho al docente y estudiante del área responsable con el objeto de cumplir las condiciones éticas, patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que pueden derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han otorgado en la historia clínica. Declaro que he recibido amplia y satisfactoria explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.

5. Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil prevención, los cuales por esta razón, no pueden ser advertidos y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología me es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por esto no puede ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la asistencia que puede llegar a requerirse, sea administrativa y me han sido advertidos los riesgos que para el caso compete la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención realizada del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

[Redacted]
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° [Redacted]

[Redacted]
FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

CONCLUSIONES

- El frenillo labial en su anatomía como tal, presenta diferentes formas, la evaluación según Monti es una de las formas más sencillas de evaluar el frenillo bucal.
- La evaluación del frenillo labial debe ser un punto importante en el que tienen que evaluar los odontólogos y alumnos de pregrado a tiempo para evitar alteraciones dentarias a futuro.
- La frenectomía labial es de primera elección a actuar cuando no queda alternativas para su tratamiento y ya ha pasado al límite del crecimiento maxilar y el cambio de dentición.
- Tenemos que tener en cuenta que los tratamientos de frenectomía labial no son traumáticos ya que trabajamos en tejido blando y el pronóstico es bueno.

APORTES

- Existen tres tipos de frenillo que es mucoso y el fibroso y fibromucoso con inserciones musculares y debemos tener en cuenta para su procedimiento quirúrgico.
- La edad a intervenir para el tratamiento de frenectomía sigue siendo motivo de discusión en los autores ya que muchos opinan que se tiene que esperar el crecimiento cráneo facial y otros a intervenir después del crecimiento de los maxilares como otros en el intercambio de los incisivos centrales y otros después de la erupción de los caninos, pero también es importante hacer una interconsulta con el área de ortodoncia para su tratamiento posterior.
- Debemos tener en cuenta que el control después del retiro de la sutura es importante ya que puede necesitar el paciente una re intervención o hasta una tercera intervención según se presenta el caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gay C. Berini L. CIRUGÍA BUCAL , Ediciones Ergon - Majadahonda. Madrid. 2012.
- 2.- González Arocha, Boris, Kirenia Pieri Silva, y Bárbara Ledesma Cañellas. Cierre de diastema central superior.Presentación de un caso clínico con enfoque multidisciplinario: características tomográficas y evolución». Revista Finlay 5(4):275-84. 2015.
- 3.- Kabam LB. Cirugía bucal y maxilofacial en niños. México: Ed.Interamericana, 1990.
- 4.- Gardiner JH. Midline spaces. Dent Pract 1967; 17(8):287-298.
- 5.- Chiapasco, M. Tácticas y técnicas en cirugía oral. Amolca; 2014.
- 6.- Hillerup S, Hopkins R, De Koomen H A. Mandibular vestibuloplasty: a review of clinical follow-up results. In: Stoelinga pjw, ed. Proceedings consensus conference. The relative roles of vestibuloplasty and ridge augmentation in the management of the atrophic mandible. Quintessence Int 1984: 59-65.
7. Yangali C. Frenectomía labial superior como parte fundamental en el cierre de diastema interincisal. [Informe de Trabajo de experiencia Profesional, Modalidad: Examen de suficiencia]. Huancayo – Perú –Universidad Peruana “Los Andes” 2021.
- 8.- Risco A. Frenectomía labial de un paciente de 7 años de edad reporte de un caso. [Informe de Trabajo de experiencia Profesional, Modalidad: Examen de suficiencia]. Huancayo – Perú –Universidad Peruana “Los Andes” 2020.
- 9.- Falcon B. Frenectomía de un frenillo aberrante. Tacna Perú. Revista Médica 2016(2): 37-41.
- 10.- Castro Y. et al. Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía. International Journal of Interdisciplinary Dentistry Vol. 13(1) 40-43, 2020.

- 11.- Bejar V. Frenectomía labial superior en pacientes de 25 años de edad. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontólogo]. Ecuador –Universidad de Guayaquil facultad piloto de odontología 2019.
- 12.- López del Castillo, C. A. Doble frenulum of the superior lip. *Revista Cubana de Pediatría*. Cuba. 2015.
- 13.- Gay E. Berini A. Cirugía bucal. Ediciones Ergon, España; 1999.
- 14.- Antonio V. Frenectomía. *Rev. Act. Clin. Med*, 20; 2012.
- 15.- Berini, G. C. Frenillos Bucales. En *Tratado de Cirugía Bucal*. (págs. 557-595). Madrid, España,: Ergon. 2015.

TRABAJO DE SUFICIENCIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	2%
4	www.uaeh.edu.mx Fuente de Internet	1%
5	idoc.pub Fuente de Internet	1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	www.propdental.es Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo