

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: ULECTOMÍA Y FRENECTOMÍA VESTIBULAR EN UN
PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA

Para optar : El Título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Jaqueline Lizbeth Ataypoma Crispin

Asesor : Dr. Manuel Silva Infantes

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución de Investigación: Consultorio odontológico
Especializado PERCOVICH

HUANCAYO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Este trabajo va dirigido a mis maestros por brindarme sus conocimientos día a día y a mis padres por el apoyo incondicional en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor y jurados por su mentoría durante la realización de este caso clínico y contribuir en mi camino profesional como cirujano dentista.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO	9
ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	10
ANTECEDENTES NACIONALES	10
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	11
BASES TEÓRICAS	112
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	16
HISTORIA CLÍNICA	16
PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	19
DISCUSIÓN.....	223
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES	257
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	268
ANEXOS	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO.....	269

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0070-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

ULECTOMÍA Y FRENECTOMÍA VESTIBULAR EN UN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. ATAYPOMA CRISPIN JAQUELINE LIZBETH**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor(a) : **Dr. MANUEL SILVA INFANTES**

Fue analizado con fecha **23/10/2023** con el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

X

Excluye Citas.

X

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

X

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **22** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N°15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: ***Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.***

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 23 de octubre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

RESUMEN

Un diente en desarrollo se desplaza desde su posición inicial en el hueso hasta su posición funcional en la boca, a este proceso fisiológico se le llama erupción dental. Varios factores, tanto sistémicos como locales, pueden influir en la secuencia y el calendario de erupción de los dientes permanentes. Estos elementos comprenden la retención prolongada, la caída temprana de dientes temporales, traumatismos, la presencia de dientes extra, odontomas, quistes y la formación de tejido fibroso en la mucosa gingival. En situaciones donde se desarrolla la fibrosis de la mucosa gingival, el diente permanente puede perder su capacidad de emerger debido a presencia de una barrera de tejido mucoso en su superficie oclusal o incisal. Esto puede ocurrir porque el germen del diente permanente no puede atravesar el tejido mucoso. En tales situaciones, los odontopediatras pueden optar por realizar una intervención quirúrgica conocida como ulectomía. Este proceso consiste en la eliminación de los tejidos que cubren la parte frontal o la superficie de mordida de la corona de un diente, ya sea que este diente sea temporal o permanente y aún no haya erupcionado. Por otro lado, la frenectomía es una cirugía de poca invasión que se utiliza para extirpar un frenillo, y esta técnica puede restaurar la funcionalidad fonética, de masticación y estética de la sonrisa del paciente. Generalmente se realiza en niños y solo se considera cuando el problema ocasiona dificultades significativas en la salud bucal y general del paciente infantil.

Este caso clínico tiene como objetivo demostrar la eficacia de las técnicas de ulectomía y frenectomía, junto con sus protocolos correspondientes, en el ámbito de la odontopediatría, particularmente en situaciones en las que el tejido mucoso gingival impide la erupción dental.

Palabras Clave: Frenectomía, ulectomía, erupción dental, mucosa gingival, eficacia clínica, fibrosis de la mucosa.

ABSTRACT

A developing tooth moves from its initial position in the bone to its functional position in the mouth; this physiological process is called tooth eruption. Several factors, both systemic and local, can influence the sequence and timing of eruption of permanent teeth. These elements include prolonged retention, early loss of primary teeth, trauma, the presence of extra teeth, odontomas, cysts and the formation of fibrous tissue in the gingival mucosa. In situations where fibrosis of the gingival mucosa develops, the permanent tooth may lose its ability to emerge due to the presence of a mucosal tissue barrier on its occlusal or incisal surface. This may occur because the permanent tooth germ cannot pass through the mucosal tissue. In such situations, pediatric dentists may choose to perform a surgical procedure known as an ulectomy. This process involves the removal of tissues covering the front or biting surface of the crown of a tooth, whether this tooth is temporary or permanent and has not yet erupted. On the other hand, frenectomy is a minimally invasive surgery used to remove a frenulum, and this technique can restore the phonetic, chewing, and aesthetic functionality of the patient's smile. It is generally performed in children and is only considered when the problem causes significant difficulties in the oral and general health of the child patient.

This clinical case aims to demonstrate the effectiveness of ulectomy and frenectomy techniques, along with their corresponding protocols, in the field of pediatric dentistry, particularly in situations in which gingival mucosal tissue prevents tooth eruption.

Keywords: Frenectomy, ulectomy, dental eruption, gingival mucosa, clinical efficacy, mucosal fibrosis.

INTRODUCCIÓN

La erupción dental es el proceso natural mediante el cual un diente que está en desarrollo se desplaza desde una ubicación interna en los maxilares hasta una posición funcional en la boca.¹

Una variedad de causas locales y sistémicas que pueden influir en la edad y el orden de erupción de las piezas permanentes como el hipopituitarismo, el hipotiroidismo y la displasia cleidocraneal son factores sistémicos y la retención a largo plazo, la ausencia temprana o el traumatismo de dientes temporales, odontomas, dientes excedentes y quistes, son factores locales entre muchos más.²

A causa de la fibrosis del tejido mucoso gingival que es la más común en la retención dentaria permanente, los dientes permanentes pueden perder su poder de erupción, lo que se interpreta por una barrera de tejido mucoso en las superficies oclusales o de corte. Al parecer, el germen del diente permanente no puede penetrar este tejido mucoso por ser demasiado resistente. Para asegurar un camino y que el diente se coloque dentro de la arcada dental, el profesional realiza un procedimiento quirúrgico denominado ulectomía que consiste en eliminar el tejido que reviste el margen incisal u oclusal de la pieza dentaria, pudiendo ser necesario este tratamiento en el caso de un diente primario o permanente no emergido.³

Por otra parte, el frenillo labial superior se trata de una anomalía en la forma y estructura que está determinada por la ubicación de inserción de las fibras.⁴

Esta estructura es un fino pliegue de mucosa que consiste principalmente en tejido de colágeno denso y fibras elásticas, no hay fibras musculares. Un frenillo labial típico se encuentra unido a la membrana mucosa del labio superior y se adentra en la mucosa gingival, sin alcanzar el extremo superior de la encía adherida. Si ocurre fuera de estas áreas anatómicas y provoca cambios, se considera patológico. Además, estos frenillos pueden diferir en su posición, forma y dimensiones, presentando variaciones en cuanto a su extensión y firmeza, algunos siendo más extensos y duros, mientras que otros son más finos y frágiles. Algunos de estos frenillos pueden presentar tejido labial que se desarrolló lentamente durante la novena semana de gestación. Su función es establecer una conexión entre la apófisis del labio superior y la apófisis del paladar y en el caso de los recién nacidos, esta membrana se reabsorbe y el frenillo se inserta en el margen alveolar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología y específicamente en el área de odontopediatría, el cirujano dentista está ligado a interrelacionarse con un ser en desarrollo físico y emocional con diversas características u obstáculos durante su formación, como problemas de la erupción dentaria por diversos factores, tanto físicos, genéticos, etc. Por lo tanto, existe persistencia de pacientes pediátricos con problemas de erupción tardía de los incisivos permanentes debido a una fibrosis de la mucosa gingival que rodea al epitelio gingival que rodea la parte visible del diente. Cuando un diente trata de emerger, su fuerza eruptiva se ve disminuida porque se encuentra obstaculizado por una barrera de tejido mucoso que se sitúa sobre la superficie de mordida o corte del diente, y aparentemente, el diente no puede perforar ni romper este tejido. Esta afección se origina debido a la fricción de los alimentos con la mucosa sin dientes.⁶

Así como un problema frecuente en la práctica clínica se relaciona con la incorrecta inserción de los frenillos labiales, lo cual puede obstaculizar la erupción dental, causar apiñamiento de los dientes o generar diastemas. Los frenillos labiales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o una combinación de ambos, que se ubican en línea media y están cubiertas por una membrana. Estas alteraciones en los frenillos pueden ser de origen congénito, relacionadas con el desarrollo o adquiridas a lo largo de la vida. En general, los frenillos labiales anómalos que se encuentran dentro de la cavidad oral no suelen causar problemas significativos. Sin embargo, en ciertos casos, pueden dar lugar a deformidades de índole periodontal, funcional, estética o en la pronunciación. La solución a estos problemas relacionados con los frenillos se puede abordar mediante la extirpación completa de los frenillos en un procedimiento conocido como frenectomía o mediante su reposicionamiento lateral o apical.⁶

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar la técnica de Ojal quirúrgico y de frenectomía labial tipo V según Bagga para determinar su eficacia en las actividades clínicas de la odontología.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES NACIONALES

Espinoza, E. (2019) en su estudio titulado "Ulectomía y Frenectomía en una paciente de 9 años", la investigación se realizó como un estudio práctico, descriptivo, transversal y retrospectivo. El propósito principal de esta investigación fue mostrar el procedimiento quirúrgico de la ulectomía y su efectividad en el área clínica de odontopediatría, especialmente en casos donde la fibrosis de la mucosa gingival obstaculiza la erupción dental y como el frenillo labial mal posicionado afecta la función oclusal y la estética dental en edades tempranas. Como conclusión del estudio se resalta la importancia de seleccionar la técnica adecuada dependiendo del caso de cada paciente, considerando la historia clínica y lo que se considera más beneficioso para el proceso de recuperación postoperatorio del paciente.⁷

Rodriguez, Y. (2020) en su estudio titulado "Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía", la investigación se llevó a cabo como un estudio experimental, prospectivo, transversal y comparativo. Su objetivo principal fue llevar a cabo una evaluación sistemática de la literatura científica relacionada con los resultados clínicos obtenidos al eliminar frenillos anómalos utilizando tanto procedimientos quirúrgicos convencionales como el láser. La conclusión clave de este estudio señala que las técnicas que emplean el láser de Nd: YAG y CO2 parecen estar asociadas con una menor percepción de dolor postoperatorio, menos molestias al hablar y al masticar en comparación con las técnicas que involucran el uso del escalpelo. Además, se observó que el tiempo requerido para el procedimiento quirúrgico con el láser es significativamente menor en comparación con el uso del escalpelo. Es importante

mencionar que, debido a la heterogeneidad de los estudios, no fue posible realizar un metaanálisis exhaustivo de los resultados.⁸

Quirita, Y. (2019) en su informe de caso titulado "Frenectomía labial y el tratamiento oportuno, descripción de un reporte de caso", se llevó a cabo un trabajo experimental con el propósito de destacar la importancia del tratamiento temprano del frenillo labial bajo a través de la realización de una frenectomía labial en una niña de 7 años. Este enfoque busca prevenir problemas futuros relacionados con la fonación, la oclusión y la versión en el campo de la odontopediatría. A través de exámenes clínicos, se diagnosticó la presencia de un frenillo labial bajo, y se optó por realizar una frenectomía labial, un procedimiento quirúrgico que se considera simple y que no es ni severo ni moderado. Este tratamiento se caracteriza por ser conservador y ha demostrado tener resultados favorables y duraderos. Se aplica típicamente en niños con dentición mixta para prevenir la formación de diastemas y reducir la necesidad de tratamientos ortodónticos en el futuro.⁹

Castro, Y. (2017) presentó una investigación titulada "Abordaje de frenillos anormales: frenectomía y frenotomía". El objetivo principal fue revisar los enfoques quirúrgicos utilizados para tratar frenillos anormales, recopilando información de diversas bases de datos como Scopus, PubMed, Scielo y Lilacs. Concluyeron que, se encontró que ambas técnicas son efectivas, y se señaló la opción de utilizar el láser como método para llevar a cabo estos tratamientos.¹⁰

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Álvarez, A. (2020) en su estudio titulado "Tratamiento con ulectomía del incisivo superior retenido", en su investigación descriptiva y clínica, con el objetivo de detallar la técnica y la preparación del procedimiento quirúrgico conocido como ulectomía, que implica la eliminación de los tejidos que recubren la parte incisal o la superficie de masticación de una corona dental que no ha emergido.

El autor llegó a la conclusión de que la fibrosis en la mucosa puede ser responsable de un retraso en la erupción de los dientes. El odontopediatra podría evaluar la posibilidad de optar por una ulectomía como método de tratamiento, ya que se trata de una intervención quirúrgica eficaz y rentable.¹¹

Chávez, D. (2018) en su estudio titulado "Frenectomía lingual en un paciente pediátrico." La investigación consistió en un enfoque práctico observacional llevado a cabo en la clínica odontológica de la Universidad San Francisco de Quito. El propósito principal de este trabajo es informar sobre un caso de anquiloglosia incompleta en un paciente pediátrico de 8 años que experimentaba dificultades en la pronunciación de palabras. La madre del paciente señaló que el niño había recibido terapia del habla en la escuela sin observar mejoría, lo que llevó a su remisión para recibir atención odontológica. Se realizó un diagnóstico de anquiloglosia y se determinó que se llevaría a cabo una frenectomía utilizando la técnica romboidal. La conclusión del estudio menciona que la aplicación de la frenectomía lingual romboidal como procedimiento quirúrgico ha permitido restaurar la movilidad de la lengua. En la evaluación realizada a los 12 meses, se observó un resultado óptimo en la pronunciación de palabras.¹²

Alvarado, A. (2017) en su estudio titulado "Frenilectomía labial superior, reporte de un caso." Los frenillos son estructuras de tejido conectivo fibroso y muscular o una combinación de ambos, recubiertas por un tejido mucoso y ubicadas en la línea central de la cavidad bucal, siendo de origen congénito. Estos desempeñan un papel en la ubicación de diversas áreas anatómicas en la boca. Los frenillos en la línea central, que incluyen el frenillo labial superior e inferior y el frenillo lingual, junto con los frenillos laterales ubicados cerca de los premolares superiores e inferiores, pueden ser considerados como bridas cicatriciales. Los frenillos de la línea central también generan problemas en la salud bucal para el paciente si están muy cerca del margen gingival, lo que puede resultar en dificultades en el control de la placa dentobacteriana, molestias debido a tensiones musculares, preocupaciones estéticas, desafíos en la deglución, cuestiones ortodónticas y ortopédicas, problemas protésicos, alteraciones en la pronunciación de palabras o incluso patologías periodontales. Cuando surgen estos problemas, se recurre a la frenilectomía como tratamiento. La frenilectomía es un procedimiento quirúrgico correctivo para abordar los frenillos que causan estas alteraciones. El artículo brinda una visión general sobre los frenillos, centrándose especialmente en los aspectos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos.¹³

BASES TEÓRICAS

FRENECTOMÍA

FRENILLOS LABIALES

Los frenillos labiales son elementos anatómicos típicos que se describen como finos pliegues de membrana mucosa. En su mayor parte están compuestas por tejido de colágeno denso y fibras elásticas, pero carecen de fibras musculares. Estos frenillos se encuentran fijados en los labios, a la mucosa alveolar y al periostio que se halla por debajo de la mandíbula y el maxilar. Por lo general, en la cavidad bucal se encuentran siete frenillos, aunque en ocasiones puede haber una cantidad mayor. En términos generales, lo típico es encontrar dos frenillos labiales, cuatro frenillos laterales y un frenillo lingual.¹⁴

FORMACIÓN

El proceso inicia durante la décima semana de desarrollo fetal. Para el tercer mes, el frenillo labial del feto adopta una estructura morfológica similar a la de un frenillo atípico en el período posterior al nacimiento. En ese instante, se estira como una banda ininterrumpida de tejido que se origina en el tubérculo de la cara interna del labio superior y se extiende por encima y a lo largo de la cresta alveolar antes de su inserción en la papila palatina.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LOS FRENILLOS BUCALES

Los frenillos bucales se dividen en dos categorías según su ubicación. Por un lado, están los frenillos mediales, que se ubican en la línea media de la cavidad bucal. Por otra parte, existen los frenillos laterales, que se localizan en las zonas de ambos lados de la línea media tanto en la parte superior como en la inferior de la boca.

MEDIALES

- Frenillo labial superior e inferior: Es una estructura anatómica típica que comprende un pliegue en la mucosa del labio, ubicado en la línea central. Este pliegue conecta la parte interna del labio con la encía en la línea media. Generalmente, el frenillo del labio inferior es de menor tamaño en comparación con el del labio superior.
- Frenillo lingual: Es una membrana vertical de tejido que conecta la porción no adherida de la lengua con la parte inferior de la boca en su punto central.

LATERALES

- Los frenillos laterales son bandas de tejido conectivo, con componentes musculares o una combinación de ambos, que se localizan en las áreas cercanas a la línea central, específicamente a la altura de los premolares, tanto en la parte superior como en la inferior de la boca.¹⁶

EMBRIOLOGÍA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR

La formación del frenillo inicia durante la décima semana de crecimiento fetal, se manifiesta como un tejido continuo que conecta el tubérculo labial con la papila palatina, recorriendo el reborde alveolar. Durante el nacimiento se divide en dos partes: una porción palatina y otra porción vestibular conocidas como papila y frenillo. A medida que se desarrolla la dentición decidua, se produce un incremento en la altura del reborde alveolar y un desplazamiento hacia arriba de la inserción del frenillo. Con la erupción de los incisivos centrales permanentes, se genera un nuevo depósito óseo que aleja nuevamente la inserción del frenillo. En este punto, los incisivos centrales pueden mostrar una apariencia de "patito feo", ya que pueden estar espaciados debido a la presión ejercida por los incisivos laterales sobre sus raíces. Sin embargo, este espacio o diastema se cerrará gradualmente con la erupción de los incisivos laterales y los caninos permanentes.¹⁷

HISTOLOGÍA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR

El frenillo labial superior se compone de tres elementos principales: en primer lugar, el epitelio escamoso estratificado que proviene de la mucosa bucal; en segundo lugar, el tejido conjuntivo laxo, que contiene principalmente fibras elásticas, con una presencia poco común de fibras musculares; por último, la submucosa, que incluye glándulas mucosas y glándulas salivales menores, entre otros componentes. De acuerdo con investigaciones, se ha observado una mayor abundancia de fibras elásticas y una escasa presencia de fibras musculares en el frenillo labial superior. Además, se ha notado la predominancia de tejido colágeno denso y fibras elásticas en esta área.¹⁸

UBICACIÓN E INSERCIÓN

La ubicación del frenillo generalmente es en la parte inferior del surco como punto de origen que se dirige hacia la parte interna de los labios y se inserta en el periostio en la línea media, en el lugar de inserción de los maxilares. Algunas veces su inserción no termina en ese punto, sino en la cresta alveolar, lo que ocasiona comúnmente las malposiciones dentarias, problemas periodontales, fonéticos y diastemas. Por lo tanto, la inspección clínica es el primer medio para determinar la presencia de un frenillo anormal.¹⁹

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se fundamenta en la información clínica previamente mencionada, donde se resalta la observación de un espacio entre los incisivos (diastema interincisivo) y la presencia de un signo positivo relacionado con la papila. Además, se recomienda efectuar el análisis radiológico para identificar la posible existencia de un mesiodens y evaluar las características del hueso en el área del espacio entre los incisivos medios. En este sentido, se sugiere llevar a cabo una ortopantomografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores.

TRATAMIENTO

Antes de considerar realizar una cirugía, es esencial evaluar principalmente la edad del paciente, especialmente cuando se debe al diastema Inter incisal. La intervención quirúrgica eliminará el frenillo, pero solo la ortodoncia permitirá cerrar el espacio. Algunos ortodoncistas optan por realizar primero la extirpación quirúrgica o plastia del frenillo antes de cerrar el espacio, mientras que otros prefieren el enfoque inverso, cerrar el diastema primero y llevar a cabo la cirugía después. Los defensores de esta última estrategia argumentan que la cicatriz resultante entre los dientes puede ayudar a prevenir la recurrencia, y que, de lo contrario, En la fase de recuperación podría complicarla futura cerradura del espacio entre los incisivos. O obstante, existe un consenso general entre los cirujanos, de que, en la mayoría de los casos, la extirpación del frenillo no debe llevarse a cabo antes de la erupción de los caninos permanentes. Además, se reconoce que el éxito del tratamiento ortodóntico está relacionado con un riesgo significativo de recurrencia sin la extirpación quirúrgica. Algunos autores difieren y consideran que el momento óptimo para operar al frenillo labial superior es durante la caída de los incisivos deciduos y su reemplazo por los permanentes.²⁰

Con respecto a esta técnica, a menudo no implica la eliminación de tejido adicional, y la cicatriz resultante sigue la misma dirección que el frenillo, sin lograr un alargamiento del labio superior. No obstante, Ries Centeno sugiere una técnica alternativa en la que solo se secciona el extremo inferior del frenillo en su inserción gingival y se desplaza hacia arriba, fijándolo en el fondo del vestíbulo mediante suturas. Cuando no se elimina tejido, técnicamente se podría clasificar como una frenotomía. Otra opción es la escisión romboidal, que implica la infiltración local de anestesia, la sujeción del frenillo con pinzas

de mosquito desde arriba y desde abajo, y luego la sección del frenillo a lo largo de las líneas de las pinzas de mosquito utilizando un bisturí. Finalmente, se cierra la parte superior de la herida de manera convencional.²¹

TÉCNICA DE FRENECTOMÍA TIPO V

Bagga propone esta técnica con el objetivo de mejorar los resultados estéticos. En esta técnica, la encía adherida que rodea la región de los incisivos centrales se utiliza de manera bilateral para crear una zona de encía adherida que coincida en color con la de un frenillo normal. La frenectomía labial se realiza bajo anestesia infiltrativa, con un cuidado especial para no estirar excesivamente la zona, con el fin de evitar la alteración de las relaciones anatómicas que dificultarían la extirpación. Por otro lado, la exéresis simple, que implica únicamente el corte del frenillo con tijeras o bisturí seguido de sutura, no se recomienda debido a que los problemas que conlleva superan en gran medida la simplicidad del procedimiento.²²

ULECTOMÍA U OPERCULECTOMÍA

La ulectomía, también conocida como operculectomía o "ojo quirúrgico," implica la eliminación de los tejidos que cubren la parte frontal o la superficie de masticación de la corona dental que aún no ha emergido. Uno de los factores comunes que contribuyen a que los dientes queden retenidos es la presencia de tejido gingival fibroso, lo cual reduce la fuerza eruptiva del diente y dificulta su capacidad para atravesar este tejido.

Esta condición puede afectar a cualquier diente en la boca, aunque los estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los incisivos y los caninos superiores son los más propensos a quedar retenidos. Estos casos suelen ser más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, sin mostrar preferencia por el género o el grupo étnico.²³

Cuando existe tejido gingival fibroso que obstaculiza la erupción normal del diente permanente, el odontopediatra puede llevar a cabo un procedimiento quirúrgico conocido como ulectomía. Este procedimiento implica la eliminación de los tejidos que cubren el borde o superficie de masticación de la corona dental, ya sea deciduo o permanente, que no ha emergido. El objetivo es despejar el camino para permitir que el diente ocupe su posición adecuada en el arco dental.²³

La fibrosis de la mucosa gingival es una afección que se origina debido a la fricción superficial de los alimentos contra la mucosa en el área desdentada durante la masticación. Esto ocurre cuando un diente temporal se pierde antes de tiempo, y es más prevalente en la región de los incisivos centrales superiores. Esta situación se origina debido a la formación de nuevos grupos de tejido fibrosos que refuerzan la densa estructura del tejido conjuntivo situado junto al epitelio gingival que cubre la parte visible del diente. Exámenes histológicos han revelado disparidades entre el tejido mucoso normal y el tejido afectado por la fibrosis gingival. En este último caso, es común encontrar una acumulación significativa de colágeno celular en el tejido conjuntivo fibrosos, lo que puede interferir con el proceso de erupción dental.

En tales circunstancias, para facilitar la erupción dental, se puede considerar la realización de una ulectomía, un procedimiento quirúrgico simple y económico. No obstante, es esencial realizar una evaluación precisa antes de recomendar esta técnica, lo cual implica llevar a cabo exámenes clínicos y radiográficos exhaustivos de la zona afectada. Durante el examen clínico, se busca identificar un área de tejido gingival que pueda presentar un aumento de volumen y una coloración más pálida, lo que podría ser indicativo de la presencia del diente no erupcionado. Desde una perspectiva radiográfica, se verifica la ausencia de tejido óseo que cubra el germen dental en cuestión. Este análisis radiográfico es crucial para descartar la presencia de factores que podrían estar relacionados con un retraso o incluso la obstrucción de la erupción dental, como malformaciones dentales, dientes supernumerarios, quistes u odontomas en la región. Además, permite evaluar el grado de desarrollo de las raíces, y se considera la ulectomía cuando existe una formación avanzada. En el caso que se presenta en este estudio, se ha demostrado la eficacia y la facilidad de ejecución de la técnica de la ulectomía, ya que ha permitido la erupción de los incisivos centrales en un corto período de tiempo.²⁴

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- DATOS DE FILIACIÓN
- NOMBRES: A. P. H. G.
- EDAD: 8 años
- GÉNERO: Femenino
- FECHA DE NACIMIENTO: 10 Dic 2014
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

MOTIVO DE CONSULTA “a mi hija no se sale el diente de arriba”

ENFERMEDAD ACTUAL

- Madre de la paciente refiere que no le sale esa pieza dental permanente y su hija le manifiesta que siente una elevación por la encía y el labio superior que le genera molestia desde hace un tiempo, sin embargo, no le dio ningún medicamento hasta la actualidad, por lo que decidió acudir a consulta.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- Paciente en ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP, con facie no característica

FUNCIONES VITALES

- PA: 115/60 mm/Hg
- Pulso: 65 ppm
- T°: 36.6 °C
- FR: 19 rpm

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

TEJIDOS BLANDOS

- LABIOS: Color rosado, delgados y resecos con textura rugosa.
- VESTÍBULO: Color rosado con textura lisa, de humedad normal, sin lesión evidente.
- ENCÍA: Encías de color rosado coral, textura lisa con puntillado.
- FRENILLOS: Frenillo labial superior con inserción en línea baja a nivel del incisivo central impactado.

- **PALADAR DURO:** Paladar poco profundo y firme de color rosáceo, rugas palatinas firmes, rafe medio recto.
- **PALADAR BLANDO:** Color rosado y liso, sin alteración evidente.
- **ÚVULA:** Úvula central móvil, delgada, color rojo, amígdalas conservadas.
- **OROFARINGE:** Amígdala
- **LENGUA:** Saburral, normogloso, con papilas conservadas, frenillo lingual con inserción media.
- **PISO DE BOCA:** En forma de herradura con frenillo lingual normal, mucosa de color rosado.

TEJIDOS DUROS

- **DENTICIÓN:** Mixta.
- **SECUENCIA DE LA ERUPCIÓN:** Alterado (no se evidencian piezas dentarias clínicamente).
- **ANOMALÍAS DENTARIAS:** No se evidencia
- **SUPERIOR:** Rectangular apiñado
- **INFERIOR:** Rectangular apiñado
- **CONDICION DE LAS PZAS DENTARIAS:** Se evidencian lesiones cariosas en las pzas 5.4 y 6.4, Pza 2.1 no se evidencia, pza 4.2 ectópica.

(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA

The chart shows a mixed dentition with the following tooth numbers and conditions:

- Upper Arch (I):** Teeth 18-11 and 21-28. Teeth 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 show carious lesions (red markings).
- Lower Arch (E):** Teeth 55-51 and 61-65. Teeth 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65 show carious lesions (red markings).
- Lower Arch (E):** Teeth 85-81 and 71-75. Teeth 85, 84, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75 show carious lesions (red markings).

A la inspección clínica de la zona afectada se observa que el paciente tiene un frenillo labial corto con la pza 2.1 retenida a ese nivel, el cual impide la erupción de dicha pieza. Por lo que también no se evidencia espacio para que la pieza pueda erupcionar.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- Frenillo labial con mala inserción
- Ausencia de la pieza dentaria 2.1

EXAMENES AUXILIARES:

- Radiografía periapical: Pza 1.1 en estadio de Nola 7, Pza 2.1 impactada entre la pza 1.1 y 2.2.



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- Impactación dentaria pza 2.1
- Frenillo labial con mala inserción
- Maloclusión

PRONÓSTICO

Pronóstico: Podemos afirmar que el pronóstico de esta paciente es favorable, pues las características generales de su aparato estomatognático son aceptables y también se le orientara en lo referente al tratamiento de ortodoncia una vez finalizada la erupción, así como también esperamos resultados satisfactorios con el tratamiento quirúrgico. Se le propuso como tratamiento frenectomía y ulectomía por la parte vestibular, para ello se realizaron los siguientes pasos en el acto quirúrgico.

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento multidisciplinario:

- FASE 1: Ojal quirúrgico o ulectomía y Frenectomía labial tipo V.
- FASE 2: Ortodoncia interceptiva

No requiere y no se optó por la premedicación

Luego de obtener la autorización aprobada por la madre del paciente, procedemos con lo siguiente:

- Antisepsia de la cavidad bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%.
- Se aplicó la anestesia tópica e infiltrativa.
- Ejecución de la incisión inicial con bisturí y lámina nº15, en forma de V.
- Remoción del tejido gingival que recubría la zona del incisivo central superior (ulectomía), exponiendo totalmente el borde incisal en el sentido mesio distal.
- Irrigación con suero fisiológico y posteriormente la sutura.
- Se le indicó al paciente que no debe manipular la lesión, y se le proporcionaron pautas post operatorias a la madre.
- Después de 7 días el control clínico post operatorio fue favorable.

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES

Fig. 1 Maxilar superior (oclusal)



Fig. 3 Lateral derecha



Fig. 3 Vista frontal



Fig. 4 Lateral izquierda



Fig. 5 Maxilar inferior (oclusal)



Fig. 6 Anestesia tónica



Fig. 7 Anestesia infiltrativa



Fig. 8, 9 Frenectomía tipo V



Fig. 10, 11 Ulectomía - incisión



Fig. 12, 13 Levantamiento del colgajo



Fig. 14 Ojal creado



Fig. 15 Control de hemostasia



Fig. 16 Sutura



DISCUSIÓN

- La cuestión más debatida es al momento de decidir cuándo es el momento propicio para llevar a cabo la cirugía en el frenillo labial superior en el contexto de un tratamiento ortodóntico, lo cual genera considerables desacuerdos, como destacó Wz et al.²⁵, por lo que algunos autores recomiendan llevar a cabo un tratamiento quirúrgico y ortodóntico combinado que consiste en el reposicionamiento del frenillo a través de la cirugía y la guía de erupción para la pieza retenida mediante fuerzas realizadas por la ortodoncia.
- Wheeler B, et al. 2018, en su estudio de investigación, llevó a cabo encuestas con diversos especialistas que incluían cirujanos maxilofaciales, odontopediatras y ortodoncistas para determinar el enfoque de tratamiento requerido. Sin embargo, no hubo consenso unánime en las respuestas. Por un lado, los cirujanos maxilofaciales mostraron preferencia por la cirugía como paso inicial, mientras que los otros grupos encuestados sostenían que la operación podía no realizarse después del tratamiento odontológico.²⁶
- El término ulectomía y operculectomía significa lo mismo en casos pediátricos, sin embargo, en casos de agenesia dental en adultos por diversos factores, se denomina netamente opertulectomía.
- Sant'Anna, et al. 2017, sugiere que, una vez que se ha recomendado la ulectomía, se lleve a cabo de manera temprana, que la demora podría resultar en problemas de mordida en el futuro, lo que requeriría tratamiento ortodóntico adicional.²⁷ en el caso presentado no se evidencia preservación del espacio para erupción del incisivo, por lo tanto, requiere un tratamiento de ortodoncia.
- La frenectomía a través de la extirpación en forma de V es una estrategia eficaz en esta situación, ya que crea una incisión que se sutura en la misma línea que el frenillo original, lo que conduce a una movilidad apropiada del labio superior como resultado.

CONCLUSIONES

- La fibrosis gingival es problema que frecuentemente se manifiesta en pacientes que están experimentando la erupción de dientes deciduos y permanentes al mismo tiempo. Por lo tanto, si se detecta en una etapa temprana, se puede considerar la ulectomía como última alternativa de tratamiento que es suave, efectiva y no causa dolor. Esta técnica se destaca por su rápida recuperación y suele ser bien tolerada por los pacientes jóvenes. Además, es una intervención que los odontólogos pueden llevar a cabo con facilidad.
- La técnica de frenectomía tipo V está diseñada para abordar problemas de inserción deficiente de los frenillos labiales. Es esencial destacar que esta técnica implica la reposición apical del frenillo. Por lo tanto, es fundamental realizar un diagnóstico preciso para seleccionar la técnica más adecuada.
- Si se ha realizado el diagnóstico adecuado, la frenectomía puede llevarse a cabo para obtener resultados óptimos, pronósticos favorables y mejorar la inserción del frenillo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fomentar la promoción y prevención durante la primera etapa de erupción dental permanente en los niños que podrían presentar casos como la erupción tardía y mala inserción de los frenillos y así intervenir en el momento adecuado para evitar futuros tratamientos complejos como la cirugía y posteriormente la ortodoncia que puede resultar traumático para los niños en pleno desarrollo.
- Considerar las practicas terapéuticas sugeridas por los expertos en relación con el tema del diastema y frenillo, no solo en lo que se refiere al momento adecuado para llevarlas a cabo, sino también en relación.
- Se recomienda el seguimiento de la erupción de los dientes permanentes durante la etapa de dentición mixta, especialmente cuando hay ausencia de un diente o retraso en su erupción como en el caso que se presentó en este reporte, también debe investigarse la etiología para planificar cuidadosamente un tratamiento. Esto será de mucho beneficio para la odontología pediátrica y para toda la comunidad odontológica en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assed S, Queiroz AM de. Erupción dental. Odontopediatría: bases científicas para una práctica clínica. 2005. Disponible en: <https://repositorio.usp.br/item/001472352>
2. Anderson RA. Quistes de erupción: un estudio retrógrado. ASDC J Dent Niño. 1990; 57(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2319055/>
3. Silva Francisco Wanderley Garcia de Paula e, Queiroz Alexandra Mussolino de Stuani Adriana Sasso, Nelson-Filho Paulo, Díaz-Serrano Kranya Victoria. Ojal quirúrgico (ulectomía) ¿cuándo y como realizarlo?: Reporte de 3 casos clínicos. Acta odontol. venez. 2008 dic; 46 (3): 326-328. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652008000300017.
4. Cerrato López OD, Cristanchi M, Liria J. Análisis morfométrico del frenillo labial superior durante el crecimiento y desarrollo del niño en edades 0 a 12 años. Rev Odontopediatría Latinoam. 2021; 6(2): 13. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/137>
5. Rosal, A E. Hallazgos histológicos en frenillos labiales superiores medios laterales de Odontología de la, durante los meses de junio a agosto del 2002. Facultad de ciencias de la salud. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/137>
6. Townsend JA, Brannon RB, Cheramie T, Hagan J. Prevalence and variations of the median maxillary labial frenum in children, adolescents and adults in a diverse population. Gen Dent. 2013; 61(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23454324/>
7. Espinoza, E. Ulectomía y Frenectomía en una paciente de 9 años Reporte de caso. Universidad Católica de santa Maria. Huancayo, 2019. Disponible en:

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/11561/64.3105.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Rodríguez Y. Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía.”, Especialidad de Periodoncia e Implantología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú 2020.
9. Quirita Saavedra Y. Frenectomía labial y el tratamiento a tiempo, reporte de caso clínico. Universidad Peruana Los Andes; 2019.
10. Castro Rodríguez Y. Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía. Revisión de tema. Rev Nac Odontol; 2017. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/2046>
11. Álvarez A. Tratamiento de ullectomía del incisivo superior retenido. Universidad autónoma de Baja California. Revista dentista y paciente; 2020.
12. Chávez, D. Frenectomía lingual en un paciente pediátrico. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica; 2020
13. Alvarado Castro A, Zapata Enriquez M, Arteaga Ortiz JÁ, Balderas Delgadillo C, Rivers Gonzada JÁ. Frenilectomía labial superior. Reporte de um caso. Octubre; 2017. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2475>
14. Grados SP, Castro YR, Bravo FC. Consideraciones clínicas en el tratamiento quirúrgico periodontal. Caracas: Amolca; 2014.
15. Kaur G, Malik Grover D, Sharma A. Surgical management oof aberrant labial frrenun using modified Z—frenuloplasty: Acase report; 2015.
16. Wright JE. Review article tongue-tie. J Pediatr Child Health; 1995.
17. Mirko P, Miroslav S, Lubor M. Significance of the labial epidemiology of the labial frenum attachment. J Periodontol; 1974.

18. Castro Rodriguez Y. Grados Pomarino S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev clin periodoncia rehabil oral; 2016.
19. Ocaña Caluña CP, Macías Ceballos SM. Tipos de inserción del frenillo labial superior asociado a diastemas en personas de 8 a 15 años del Cantón Mocha, Ecuador. Univ Odont; 2021.
20. Assed S, Queiroz AM.: Erupção dental. In: Assed S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas. 2005.
21. Cuestas Giselle, Demarchi Victoria, Martínez Corvalán María Pía, Razetti Juan, Boccio Carlos. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. Arch. argent. pediatr; 2014.
22. Anderson RA.: Eruption cysts: a retrograde study. J. Dent. Child; 1990.
23. Ramirez B. Ojal Quirúrgico (Ulectomia) Universidad Autónoma del estado de Hidalgo 2014.
24. Reinaldo Arnaud R, Campelo MG, Valença AM, ForteF, Jerônimo Rodrigues LK, Targino Soares BR. Ulotomía: tratamiento de apoyo a la maloclusión.Rev da Faculdade de Odontologia. Agosto; 2014.
25. Huanf WJ, Creath CJ. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. Pediatr Dent; 2017.
26. Wheeler B, Carrico CK, Shroff B, Brickhouse T, Laskin DM Management of the maxillary Diastema by various dental specialities. J Oral Maxillofac Surg; 2018.
27. Sant'Anna EF, Araujo MT de S, Nojima LI, Cunha AC da, Silveira BL da, Marquezan M. High intensity laser application in OrthodonticS. Dental Press J Orthod; 2017.

ANEXOS

H.C.P.	N°
	—

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Yo, Arabel Uracho Gonzales, declaro que soy responsable de(l)(la)
Alejandra Paz Torres Gomez, de 8 años de edad, y a quien he traído

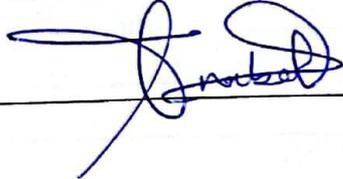
voluntariamente para que sea atendido (a) en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA)

Así mismo, declaro que he sido completamente informado sobre su diagnóstico y sobre su plan de tratamiento.

Por lo tanto, acepto el plan de tratamiento propuesto en la H.C.P. N° — y autorizo a la Escuela Académico Profesional de Odontología de la UPLA para que lo ejecute a través de sus docentes y estudiantes.

Consiento también, que se administre al paciente los medicamentos y materiales dentales que el tratamiento implica.

Huancayo 05 de Septiembre de 2022 - Nombre Arabel Uracho Gonzales

Firma  DNI N° 50253607