

24/ 423



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

LA INTERVENCION DE LOS FRENILLOS

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n :

MARIA ELENA GONZALEZ PEREZ

ALICIA JULIETA LOPEZ OCHOA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE DEL TEXTO.

	Pág.
I. INTRODUCCION Y GENERALIDADES.	1
II. INDICACIONES Y TECNICAS PARA LA FRENECTOMIA.	6
II.1 Extirpación del Frenillo con Fines Protésicos	6
II.2 Extirpación del Frenillo con Fines Parodontales.	10
II.3 Anomalías que ocasiona el Frenillo Labial.	18
II.4 Extirpación del Frenillo Lingual con Fines Fo-- néticos y Funcionales.	18
II.5 Corrección Quirúrgica del Frenillo Labial.	21
II.6 Extirpación del Frenillo con fines Ortodóncicos.	22
II.7 Técnicas de las Operaciones del Frenillo Labial.	26
II.7.1 F e d e r s p i e l	26
II.7.2 L' Hironde l y Aranowicz	27
II.7.3 W a s s m u n d	30
II.7.4 M e a d	32
II.7.5 D a v i s	35
III. MANEJO POST-OPERATORIO.	37
IV. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS PERSONALES.	39
V. BIBLIOGRAFIA.	40
VI. INDICE DE FOTOGRAFIAS.	41

I. INTRODUCCION Y GENERALIDADES.

Dentro de las muchas entidades anatómicas en la cavidad bucal, encontramos los frenillos, de los cuales algunos autores refieren la existencia de dos variedades: labial y lingual; y otros de tres variedades: labial, lingual y bucales a los que también se les llama bridas laterales.

El frenillo se ha definido como un repliegue de la mucosa labial (yugal en el caso de las bridas laterales), que va a insertarse desde la cara interna del labio (del carrillo) hasta el proceso alveolar; esta definición es aplicable al frenillo lingual, diciendo que es un repliegue de la mucosa de la cara ventral de la lengua que va a insertarse en el piso de la boca hasta el proceso alveolar.

Según Jacobs, histológicamente, el frenillo se compone por tres capas:

- 1o. El que recubre todo el frenillo y que es el epitelio escamoso estratificado propio de la mucosa bucal.
- 2o. La túnica propia consistente en tejido conjuntivo, conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- 3o. La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

Desde el punto de vista de la anatomía bucal, encontramos y - frenillos distribuidos de la siguiente forma: 2 labiales in--

terincisivos, 4 bridas o frenillos laterales y 1 frenillo -- lingual.

Jacobs, describe cuatro tipos de frenillos anormales:

- a) Ancha base en forma de abanico en el labio
- b) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos
- c) Anchass bases en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d) Amplio frenillo difuso-adiposo.

Según Monti en 1942 reconoce tres tipos de frenillos:

- a) Alargado rectangular, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos, provocando el diastema por desplazamiento de los incisivos.
- b) Frenillo de forma triangular de base superior, causante -- del diastema con mayor separación radicular.
- c) Frenillo triangular de base inferior, es la causa productora del diastema interincisivo de mayor separación coronaria.

Las anomalías anatómicas de cualesquiera de estos frenillos, pueden provocar trastornos de diversa índole e impedir la solución de tratamientos ortodónticos, protésicos, parodontales y/o fonéticos, por lo que frecuentemente habrá de intervenir se quirúrgicamente alguna o algunas de esas entidades anatómicas.

Así tenemos, que un frenillo interincisivo corto frecuente-- mente nos puede provocar un diastema interincisivo; algún -- frenillo nos podrá interferir en el correcto ajuste de un -- aparato protésico (dentaduras totales); comunmente son causa de enfermedad parodontal: un frenillo se convierte en problema, si está insertado muy cerca del margen gingival. Entonces, puede hacer tracción del margen gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes; puede separar la pared de una bolsa y agravar su estado; o puede entorpecer la cicatrización después del tratamiento, impedir la adaptación estrecha de la encía y conducir a la formación de bolsas o dificultar el cepillado dental adecuado; y por último, pueden ser la causa fundamental para que un enfermo no degluta en forma correcta o - bien, esté imposibilitado para pronunciar algunos fonemas.

Las denominaciones "Frenectomía" y "Frenotomía", representan operaciones que difieren en grado. Frenectomía es la eliminación completa del frenillo, incluso su inserción al hueso subyacente, como se requiere en la corrección de un diastema anormal entre incisivos centrales superiores. Frenotomía es la -- eliminación parcial del frenillo. Se usan las dos intervenciones, pero, por lo general, la última es suficiente para finalidades periodontales, se recoloca el frenillo de modo que -- pueda crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el mismo. Según algunos autores, también es suficiente con fines protésicos.

Mientras que con objetivos fonéticos, funcionales y ortodónticos, la operación que más frecuentemente se realiza es la frenectomía, que como se dijo anteriormente es la resección total del frenillo.

Todos estos argumentos nos sirvieron de base, para elegir - como tema de tesis a la Frenectomía, con el título "La Intervención de los Frenillos", debido a que consideramos que no se le ha dado la importancia que tiene, sobre todo en los casos mencionados.



Figura No. 1 a, b, c,
Cirugía Bucal - Ries Centeno.

II. INDICACIONES Y TECNICAS PARA LA FRENECTOMIA.

II.1 Extirpación del Frenillo con Fines Protésicos.

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y desplazar a ésta en los movimientos del labio (figuras 2, 3, y 4). Lo mismo ocurre con el frenillo lingual que puede ocasionar trastornos en la estabilidad normal de la dentadura, cuando el paciente hace movimientos con su lengua.

En algunos pacientes desdentados, se observa una papila hipertrófica por extensión del frenillo sobre la apófisis alveolar, que impide la adaptación de la dentadura. Este defecto se corrige fácilmente cortando el exceso de frenillo y poniendo un punto de sutura. Algunas veces debe hacerse la extirpación total del frenillo.

En la actualidad no hay unificación de criterios, respecto a cómo debe realizarse la operación del frenillo en relación a la prostodoncia; algunos como Ries Centeno, preconiza la intervención que consiste en movilizar la inserción del frenillo, llevándolo a un sitio en que no interfiera con la prótesis. Otros autores, recomiendan la eliminación total del frenillo. En nuestro punto de vista preferimos la segunda, ya que es una operación pequeña como la primera y tal vez técnicamente sea más sencilla. (figura 5).

II.1.1.1 Técnica de Ries Centeno.

En 1934, Ries Centeno propuso una operación con el fin de modificar la inserción del frenillo superior o inferior sin necesidad de su exéresis.

Este tratamiento quirúrgico es de una sencillez -- extrema y se puede aplicar, tanto a las bridas -- laterales como al frenillo labial. Suponiendo el -- caso de un desdentado total (figuras 2, 3, 4 y 5), a) con su frenillo insertado sobre la arcada alveolar, que se opone a la retención de la prótesis total, se practican dos incisiones paralelas, trazadas a cada lado del frenillo, b) que lleguen en -- profundidad hasta el hueso; su límite inferior está dado por el vértice del frenillo; otra incisión, perpendicular a las dos primeras completa el colgajo.

Desprendido el colgajo en el cual se encuentra el frenillo (figura 5), d), aquel elemento se ubica donde no sea obstáculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura en cada lado (e). -- Queda una porción de periostio al descubierto, el cual se cubre prontamente con tejido de granulación.

El periostio descubierto puede protegerse tempora-



Figura No. 2



Figura No. 3



Figura No. 4

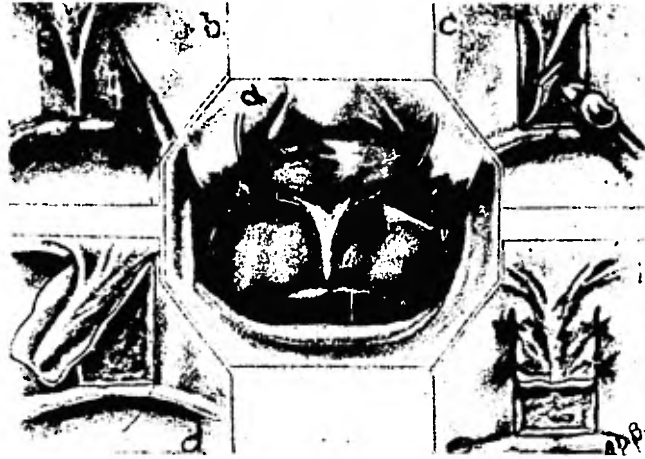


Figura No. 5

riamente, protegiéndolo con un trozo de gasa yodo formada que se mantiene con dos puntos de sutura. La protección del periostio no es indispensable, aunque se recomienda colocar un apósito quirúrgico.

II.2 Extirpación del Frenillo con Fines Parodontales.

Como se mencionó anteriormente, el frenillo en cualesquiera de sus variedades puede provocar inflamación crónica - de la papila en donde se inserte, o bien, provocar migración parodontal por cortedad del mismo frenillo, lo que ocasionará demasiada tracción de la papila con la consiguiente retracción gingival.

Los parodontistas tienen una variedad muy particular durante la intervención, ya que cortan el frenillo y hacen un fenestrado perpendicular al eje longitudinal del frenillo sobre el hueso alveolar, con el objeto fundamental de "ganar" encía insertada.

II.2.1 Técnica de Irving Glickman.

Si el vestíbulo es de suficiente profundidad, la operación se limita al frenillo, pero a menudo se precisa profundizar el vestíbulo para proporcionar espacio para la reposición del frenillo.

Ello se realiza como sigue:

- 1o. Se anestesia la zona.
- 2o. Se toma el frenillo con una pinza hemostática introducida hasta la profundidad del vestíbulo (figura 6, a y b).
- 3o. Se incide a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose más allá del extremo (figura 6, c).
- 4o. Se hace una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato. (figura 6 d).
- 5o. Se elimina la porción triangular incidida del frenillo con el hemostato (figura 6 e). Esto -
expone la inserción al hueso subyacente, inse
cción que tiene forma de pincel.
- 6o. Se hace una incisión horizontal separando las
fibras y se disecciona en forma roma hacia el hue-
so.
- 7o. Si el vestíbulo es somero, se profundiza median-
te la extensión de la disección hacia los cos-
tados a una distancia de 3 dientes en cada di-
rección (figura 6, f).

- 8o. Se limpia el campo de operación y se taponan con trozos de gasa hasta que cese la hemorragia.
- 9o. Se coloca un apósito periodontal. Primero se ataca la zona marginal como se hace cortientemente para la gingivectomía. Después, utilizando el apósito marginal como base estable, se añaden tiras delgadas sobre el borde hasta la profundidad de la incisión (figura 6, g).
- 10o. Se quita el apósito después de dos semanas y se vuelve a colocar dos veces, a intervalos semanales. Es habitual que se requiera un mes a partir del momento de la operación para que se forme una mucosa sana, con el frenillo insertado en su nueva posición (figura 6, h).

En pacientes con vestíbulo bucal profundo, puede no ser necesario extender la profundización con la finalidad de recolocar el frenillo (figura 7, a, b, c, d).

Las inserciones altas de frenillos en la superficie lingual son raras. Para corregir esto sin afectar a las estructuras del piso de la boca, se separa aproximadamente la inserción 2 mm., desde la mucosa, con bisturí periodontal a intervalos semana-



Figura No. 6. A. B



Figura No. 6 C

18



Figura No. 6 D



Figura No. 6. E



Figura No. 6 "F"



Figura No. 6 "G"



Figura No. 6 "H"



Figura No. 7 "A"



Figura No. 7 "B"

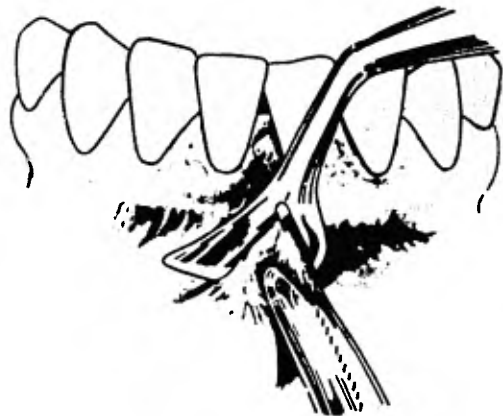


Figura No. 7 "C"

16

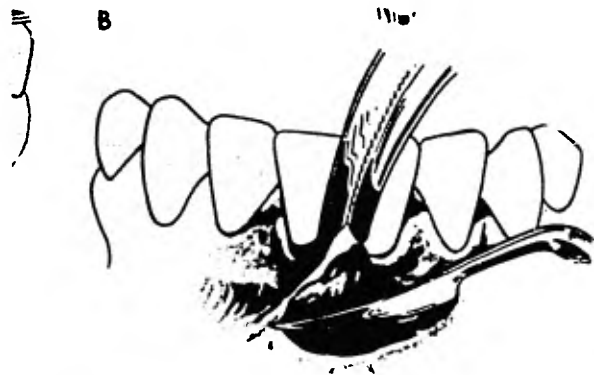


Figura No. 7 "D"

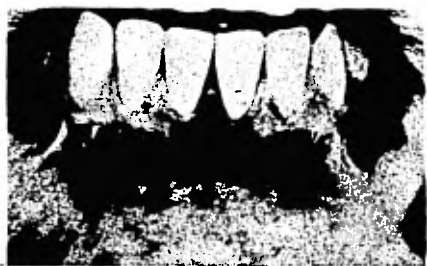


Figura No. 7 "E"

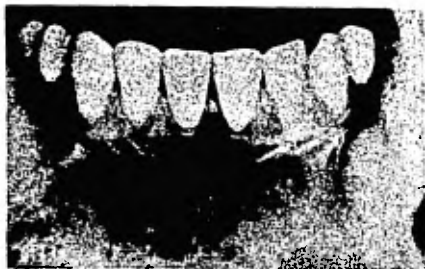


Figura No. 7 "F"



Figura No. 7 "G"

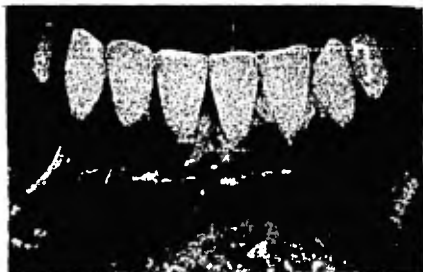


Figura No. 7 "H"

les, hasta alcanzar el nivel adecuado. La zona, - se cubre con apósito periodontal en los intervalos entre los tratamientos.

II.3 Anomalías que ocasiona el Frenillo Labial.

Los frenillos alargado rectangular ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

El frenillo triangular de base superior, origina un diastema cuya característica reside en que los ejes de los - incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

Los frenillos triangulares de base inferior, originan un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

II.4 Extirpación del Frenillo Lingual con Fines Fonéticos y Funcionales.

Es común que algunos pacientes, sobre todo infantes, presenten problemas en la dicción de algunos fonemas (r, f, t, d, etc.) así como problemas en la deglución, debido a lo corto del frenillo lingual (Anquiloglosia), lo que ocasiona que la movilidad normal de la lengua está impedida y - provoca los problemas precitados.

Anquiloglosia.- Es la adherencia total o parcial de la -- lengua al suelo de la boca, en virtud de la cortedad del frenillo lingual o de la inserción de la mucosa demasiado cerca del vértice.

A veces se observa en casos infantiles un frenillo lingual anormalmente corto, que liga la lengua al piso de la boca y le impide proyectarse hacia adelante desde la cavidad - bucal o removerse hacia arriba para hacer contacto con el paladar duro. La deglución y la fonación pueden estar afec- tadas y además el frenillo puede ser lesionado por el con tacto con los incisivos inferiores, y pueden desarrollarse úlceras.

La eliminación del frenillo lingual, es probablemente la que requiere de mayor conocimiento, así como de habilidad quirúrgica, ya que en la zona en que vamos a incidir o - muy cerca de ésta se encuentran las venas y arterias ran- nas, así como la salida de los conductos de Warthon, por lo que los cortes habrán de ser muy precisos y bien limi- tados y la sutura también será muy cuidadosa, ya que un - accidente sería el suturar incluyendo los conductos de -- Warthon con los problemas consiguientes.

Es muy importante hacer saber al enfermo y a sus familia- res, que el hecho de eliminar el frenillo no curará el -- problema del paciente, sino que la operación se realiza -



Fig. 8 "A"



Figura 8 "B"

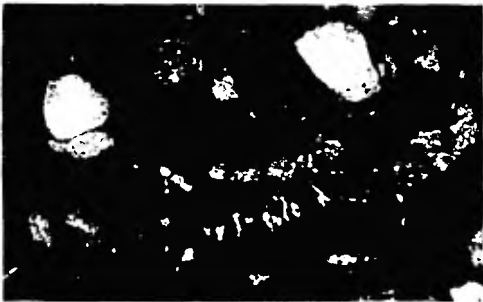


Figura No. 8 "C"

con el objetivo fundamental de ayudar al tratamiento del caso que habrá de ser multidisciplinario, con la ayuda del terapeuta del lenguaje y en algunas ocasiones del -- psicólogo.

El riesgo fundamental de esta operación es, además de - los ya mencionados, el hecho de que en alguna circunstancia desfavorable los puntos de sutura se pueden desprender cuando la herida aún no ha cicatrizado, lo que podría ocasionar la readherencia de la lengua al piso de - la boca por una zona mayor a la que ocupaba el frenillo, lo que se tendría que corregir con una operación más grande.

Esta cirugía, se recomienda realizar en niños mayores de 6 años, ya que colaborarán más en el pre, trans y post - operatorio, aunque cuando el problema es severo la intervención se hará aún a más temprana edad.

II.5 Corrección Quirúrgica del Frenillo Labial.

Los frenillos labiales con inserción baja pueden ser causa de diastema entre los incisivos superiores permanentes (figura 9 a). En estos casos se observa que el frenillo, como doble lámina mucosa gruesa, pasa entre los incisivos centrales y se inserta en la papila incisiva. De esta manera queda abierto un espacio anormalmente ancho entre los incisivos centrales. Ante este hallazgo, está

indicada. la corrección quirúrgica: una angosta incisión - en forma de "V" (figura 9, b y c). Hay que procurar que - la incisión llegue hasta el hueso, y que la firme inser-- ción conectiva del frenillo sea recortada hasta la papila incisiva. Se sabe que se ha recortado en forma correcta - cuando el frenillo salta elásticamente hacia arriba. Si - ahora se tira el labio hacia adelante y arriba, se forma un defecto romboide de la mucosa. Esta se sutura en su -- parte superior con dos o tres suturas separadas, tomada la sutura inferior también el periostio, para fijar la nueva inserción del frenillo. En la región de la encía no hace falta suturar. La herida vertical, bastante pequeña, se - cubre solo con un apósito o con esponja gelatinosa por - poco tiempo. Hasta es suficiente colocar encima una gasa para la hemostasia, y dejar que la herida sane espontáneamente.

II.6 Extirpación del Frenillo con Fines Ortodóncicos.

En el año 1933, fue hecha una encuesta (citada por Parker), entre un número de ortodoncistas americanos, sobre la importancia del frenillo y la necesidad de su eliminación - quirúrgica y hubo varias opiniones al respecto: Dewey aconseja su eliminación, pues según su criterio, no pueden lograrse resultados ortodóncicos satisfactorios sin cirugía.

En el primer capítulo se menciona que cuando un frenillo

es demasiado ancho puede provocar una separación entre los dientes entre los cuales se inserta, lo más común es que esto sucede entre los incisivos centrales superiores y es por esto que nuestro estudio se verá enfocado principalmente a ese problema.

Si se trata de un diastema muy ancho, que requiere además de la excisión descrita un aparato ortopédico para reducir el espacio, se recomienda durante la operación - taladrar algunos agujeros en el septum interradicular en dirección medio-sagital, para debilitar el hueso. El cierre del espacio mediante un aparato ortopédico, se acelera considerablemente por esta medida.

Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo, con fines ortodóncicos, existen diferentes opiniones: Kelsey (citado por Thoma) cree que la mejor época para operar el frenillo es en el momento de la caída de los incisivos temporarios y su reemplazo por sus permanentes; Thoma a su vez, opina que el momento propicio es cuando - hacen erupción los incisivos laterales.

Carrea sostiene que el frenillo hipertrófico debe ser -- resecaado para prevenir la separación de los incisivos.

La opinión de Ríes Centeno, es que la operación debe realizarse antes de la erupción de los temporarios; en tal caso, basta una aplicación del galvanocauterio.

Monti es de la misma opinión en cuanto a la época en que está indicada la operación.

Mead considera que la edad más adecuada para ejecutar la operación es entre los 8 y los 12 años de edad, ya que - en esta época puede saberse con precisión la magnitud de la deformidad, además de que los niños de esta edad son más fáciles de manejar y la operación se hace cómodamente con anestesia local.

A nuestra opinión, estamos totalmente de acuerdo con que sugiere Mead, debido a que en ese lapso de tiempo ya - han erupcionado los dientes anteriores superiores y como él dice nos darán las verdaderas dimensiones de la deformidad. Es conveniente mencionar que muchos pequeños diastemas se cierran por sí solos durante la erupción de los caninos, debido a su gran fuerza eruptiva, y algunos autores recomiendan que se extirpe el frenillo después de la erupción de los caninos; sin embargo, pensamos que cuando se observa un diastema importante sí conviene operarlo antes de la erupción de los caninos, ya que si no existe interferencia, tal vez la erupción de estos dientes - cierre totalmente la separación y si estuviera presente el frenillo probablemente no lo lograrían.

Consideramos que es de mucha importancia realizar una radiografía previa a la intervención del frenillo, ya que



Figura No. 9 "A"



Figura No. 9 "B"



Figura No. 9 "C"

muchos diastemas no están originados por esta anomalía, sino que se deben a la presencia de un mesiodens o de dientes supernumerarios (figura 10, a), o bien, de cualesquier problema patológico, como quistes, tumores, -- etc.

II.7 Técnicas de las Operaciones del Frenillo Labial.

El tratamiento para la eliminación del frenillo, cualquiera que sea el fin del mismo, debe ser quirúrgico.

Existen diversas técnicas para la intervención del frenillo, las cuales iremos describiendo según el autor.

II.7.1 Federspiel.

Federspiel en 1933, propone el siguiente método: "Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo (figura 11).

Con un bisturí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, a derecha e izquierda del frenillo (figura 11 a), llegando así en profundidad hasta el hueso. Este autor no secciona la extremidad alveolar, la cual escarifica con galvanocauterío. La porción del frenillo circunscripto por la incisión se toma con una pinza de Kocher o con una de disección; se despega el -

tejido a resecarse por medio de una legra o espátula roma (figura 11 b). Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura (figura 11 c).

II.7.2 L' Hirondelet y Aranowicz.

En 1935, estos dos autores procedieron de la siguiente manera:

Primer Tiempo.- Levantamiento del labio para mantenerse tenso el frenillo, que adquiere así una forma triangular a base superior y vértice inferior, siendo el cateto mayor la inserción del frenillo en el hueso y la hipotenusa su borde mucoso.

Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura.

La sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

Segundo Tiempo.- La herida hecha por la tijera afecta una forma losángica, determinada por la acción de ciertos músculos de los labios.

Esta imagen losángica puede ser descompuesta en dos triángulos, reunidos por su base a nivel del surco vestibular.



Figura No. 10

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

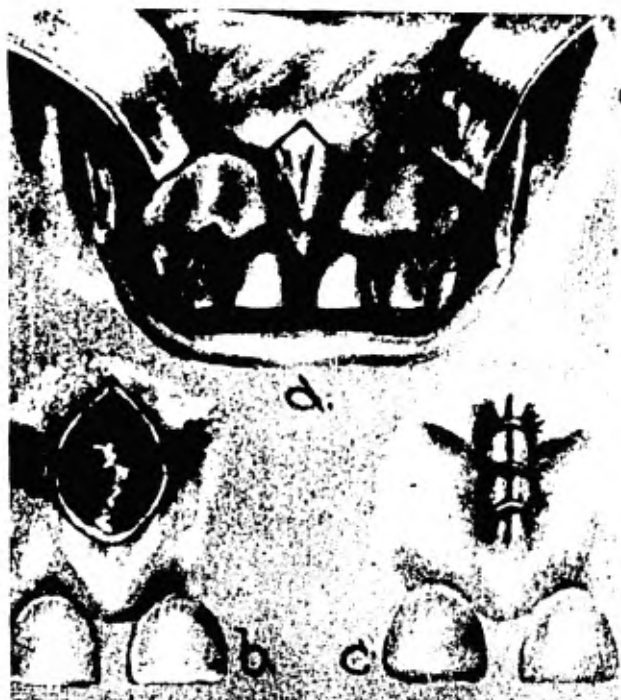


Figura No. 11 "A", "B", "C".

Tercer Tiempo.- Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo y se lo extirpa (figura 12). - Se cauteriza con galvano la base de inserción.

Cuarto Tiempo.- Sutura: con hilo o seda, se practican 3 o 4 puntos de sutura que reúnen los labios de la herida.

Es conveniente en éste, como en otros métodos para esta operación, despegar la base de la encía a los costados de la incisión (por medio de una es pátula de Freer), con el objeto de permitir que puedan afrontarse los labios de la herida y la sutura no provoque tensión; por otra parte, con el tejido gingival despegado, se puede pasar la agu ja con mayor facilidad (figura 12, h, i).

II.7.3 W a s s m u n d.

En 1935, Wassmund ideó 2 operaciones para la resección del frenillo y tratamiento del diastema (figuras 13, a, b, c, y 14).

Operación I.

Despegamiento plástico del frenillo. Se practica una incisión a ambos lados del frenillo de modo - que los extremos inferiores de las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo (figura 13 a).

Las capas mucosa y submucosa así incididas, son separadas del periostio subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa, de manera de dejar una parte de este tejido reposando sobre el periostio. De este modo, el periostio queda más grueso y permite realizar las maniobras posteriores. Se adapta el colgajo triangular obtenido, de manera que el frenillo no actúe. Se fija en ese sitio por suturas mucosas (figura 14) previa excavación de las partes laterales de la incisión.

Operación II

El tratamiento óseo según Wassmund. Este autor propone una osteotomía interincisiva para corregir el diastema. La operación se realiza de la siguiente manera: después de la operación I, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso.

La osteotomía (figura 13 b) se realiza con una fresa redonda No. 3, se practican pequeños orificios que circunscriban el hueso a resecarse. Esta porción ósea se elimina con un golpe de escoplo filoso. Se vuelve el periostio a su sitio y se lo fija en varios puntos de sutura (figura 13 c); un trozo de gasa, yodo o xeroformada protege el periostio

tio que queda al descubierto, ya que la mucosa y submucosa fueron elevadas para anular la acción del frenillo.

II.7.4 M e a d.

Un método muy eficaz para extirpar el frenillo hipertrófico, es hacer una incisión elíptica con la curvatura hacia abajo, en el extremo superior del frenillo, allí donde se forma el repliegue gingivo-labial. Se hace luego otra incisión que, partiendo de la primera, se dirige hacia abajo, a lo largo de cada uno de los lados del frenillo y en medio de los dientes; luego se hace la ablación de la porción comprendida entre las tres incisiones, para lo cual se despega el colgajo con la legra y se corta el tejido con las tijeras. Después de despegar el tejido contiguo, se da una o dos puntadas, de preferencia con catgut o seda, para unir los bordes de la herida. Los labios de la porción triangular superior se unen por medio de una puntada que abarque los tres bordes.

Para evitar la profusa hemorragia que se origina por las incisiones que se trazan en la enucleación del frenillo, éste puede tomarse con pinzas de Kocher ("mosquito"), una en el límite superior del -

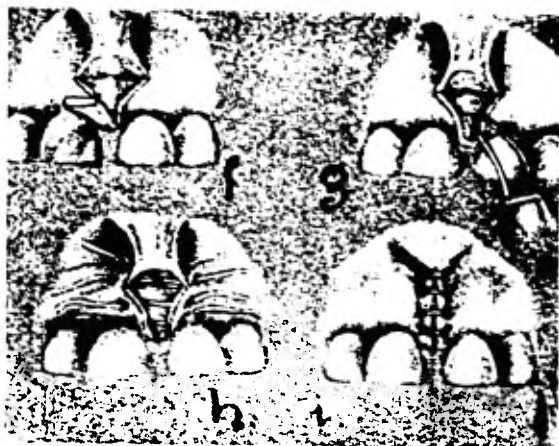


Figura No. 12- "F", "G", "H", "I".

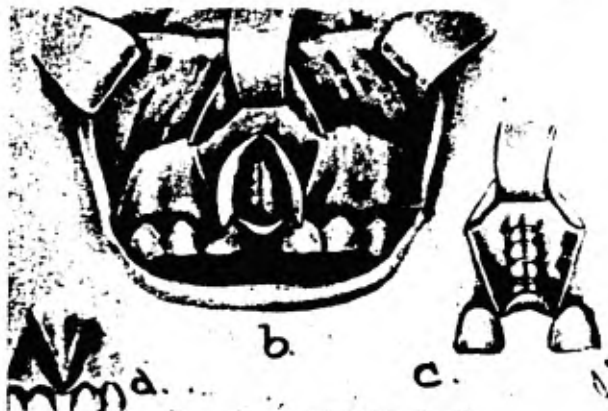


Figura No. 13 "A", "B", "C"



Figura No. 14

frenillo vecino al labio; la otra paralela y adsada al hueso en su porción de inserción ósea. El frenillo es resecado por dentro de estas pinzas, que no se retiran hasta después de pasados los hilos de sutura.

II.7.5 D a v i s.

Este autor ideó una operación plástica para la -- ablación del frenillo, en la cual se hace una incisión que principia en el borde gingival, entre los incisivos centrales y, que va hacia arriba y atrás, a cada lado del frenillo, con lo que hace una incisión de forma triangular con su base hacia el labio, la cual se deja adherida a los tejidos, y con el vértice entre los incisivos centrales. - Se extirpa el tejido incisivo del vértice del -- frenillo, dejando una pequeña porción piramidal - adherida a la base y un espacio por debajo, para llenarlo con los tejidos que se obtienen de un -- colgajo plástico.

A continuación, se hace una incisión hacia atrás y hacia abajo, que principie en la parte superior - de la incisión lateral, y se despega el tejido situado arriba del incisivo lateral, debajo de la - incisión, lo cual permite tirar de ese tejido ha-

cia la línea media y coserlo.

Los tejidos situados arriba, también se despegan, se juntan los cuatro segmentos y se cosen.

Las operaciones que acabamos de considerar se realizan con fines ortodóncicos. El frenillo labial - como las bridas laterales y los inferiores, pueden ser obstáculos para la correcta ubicación de los aparatos de prótesis. En la preparación quirúrgica de los maxilares, con fines protésicos, la resección del frenillo es una maniobra de rutina. En ambos casos, los frenillos deben ser resecados por los mismos procedimientos señalados anteriormente.

III. MANEJO POST-OPERATORIO.

El manejo del post-operatorio es similar al de cualquier operación en la cavidad bucal, y es el que sigue:

- 1o. Higiene de la cavidad bucal. Se recomendará al enfermo que no cepille sus dientes sobre la zona operada, y que realice colutorios de solución salina (agua hervida tibia con sal), después de las primeras 9 horas de operado y que los realice de 3 a 5 veces por día.
- 2o. El enfermo aplicará compresas frías las primeras 16 a 24 horas en forma extrabucal, sobre la zona intervenida, esto evita la congestión, el dolor, previene los hematomas y el sangrado, y disminuye y concreta los edemas.
- 3o. Si al día siguiente persiste la inflamación (después de 24 horas), el enfermo podrá colocar compresas tibias húmedas para ayudar a difundir el edema.
- 4o. Se recomendará dieta líquida y de preferencia fría las primeras 9 horas y seguir durante 3 días con dieta blanda y exenta de irritantes.
- 5o. El dolor se habrá de combatir según su intensidad, con analgésicos a la elección del odontólogo, nosotros empleamos frecuentemente analgésicos del grupo de los pirazonas.

6o. No recomendamos ni anti-inflamatorios, ni antibióticos - como profilaxis, éstos últimos los recomendamos exclusivamente cuando hay infección preexistente, o bien, en pacientes que se deben prevenir de infecciones, verbigracia: pacientes diabéticos, con fiebre reumática, etc.

7o. Se recomienda a los familiares que revisen la herida y - la colocación de la sutura y que si observan que desprende algún punto lo notifiquen de inmediato.

En el caso del frenillo lingual, se recomendarán ejercicios -- linguales.

Los puntos de sutura se retirarán después del cuarto a séptimo día, según el estado de la herida.

IV. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS PERSONALES.

A través de todos los puntos abordados, concluimos, que la Frenilectomía nos viene a solucionar problemas que se nos - van presentando en el transcurso de algún tratamiento, ya sea ortodóncico, protético, fonético así como también de enfermedades paradontales.

Es importante hacer hincapié, sobre todo en cirugía pediátrica, que en la resección de frenillos es indispensable el estudio radiográfico para determinar situaciones y correcciones, ya que aunque es poco frecuente se da el caso de dientes incluidos que son los que vienen a producir los diastemas.

No debemos olvidar que en la realización de una intervención quirúrgica bucal, debemos tener presente dos puntos importantes que son a).- Estético y b).- Funcionalidades.

Consideramos que el trabajo realizado en esta Tesis, nos ha servido para adquirir nuevos conocimientos y esperamos de todo corazón que cada profesionista conserve su ética profesional ya que es de valor incalculable para todo ser humano y no nosotros que tenemos la posibilidad de hacerlo, hay que hacerlo siempre agotando todos los medios posibles.

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Cirugía Bucal. G.A. Ries Centeno. 4a. Edición.
- 2.- Periodontología Clínica. Irving Clickman. 4a.Edición.
- 3.- Patología Bucal. Kurth Thoma. 4a. Edición.
- 4.- Cirugía Bucal. Pichlerg Harmer. 3a. Edición.
- 5.- Odontología Pediátrica. Sidney B.Finn. 4a. Edición.
- 6.- Cirugía Bucal. Sterling. V.Mead. 3a. Edición.

VI. INDICE DE FOTOGRAFIAS.

- Figura # 1. (a, b, c,) Ries Centeno.
Figura # 2. Ries Centeno.
Figura # 3. Ries Centeno.
Figura # 4. Ries Centeno.
Figura # 5. (a,b,c,d,) Ries Centeno.
Figura # 6. (a,b,c,d,e,f,g,h,) Irving Glickman.
Figura # 7. (a,b,c,d,e,f,g,h,) Irving Glickman.
Figura # 8. (a,b,c,) Ries Centeno.
Figura # 9. (a,b,c,) Ries Centeno.
Figura #10. Ries Centeno.
Figura #11. (a,b,c,) Ries Centeno.
Figura #12. (f,g,h,i,) Ries Centeno.
Figura #13. (a,b,c,) Ries Centeno.
Figura #14. Ries Centeno.