

33
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL FRENILLO
LABIAL SUPERIOR TRAUMATICO SU RELACION CON EL
DIASTEMA OCASIONADO EN INCISIVOS CENTRALES
SUPERIORES Y SU TRATAMIENTO
ORTODONTICO CORRECTIVO"

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
FRANCISCO GUILLERMO RICE ESPINOZA
ASESOR: MARIO GOMEZ DEL RIO
GUADALAJARA, JAL. 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	6
CAPITULO I.- Frenillo labial superior traumático	
a)- Definición y etiología.....	8
b)- Diagnóstico y anatomía patológica.....	12
CAPITULO II.- Manejo quirúrgico del frenillo labial superior-traumático.	
a)- Indicaciones.....	19
b)- Tratamiento quirúrgico.....	22
c)- Manejo post-operatorio.....	31
CAPITULO III.- Tratamiento ortodóntico del diastema	
a)- Aparatología utilizada para el cierre del diastema.....	33
b)- Indicaciones y contraindicaciones.....	44
CASUISTICA	46
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFIA	61

I N T R O D U C C I O N

La odontología en el hemisferio se prepara para cumplir más satisfactoriamente su función social.

En éste trabajo se habla sobre el " Tratamiento quirúrgico-ortodóntico del frenillo labial superior traumático y del diastema ocasionado en los incisivos centrales superiores."

Se ha dado suma importancia a las anomalías presentadas en el frenillo labial superior por los problemas que ocasiona a ni vel ortodóntico, protésico, periodontales y estéticos.

Uno de los problemas más confusos a los que se enfrenta un dentista es el del diastema.

Un punto importante que cada médico debe tener en cuenta es que el paciente con una abertura mayor de lo normal entre dos dientes no es siempre candidato a una frenectomía. Un diagnóstico cuidadoso de la etiología del diastema es esencial antes de proceder con cualquier tratamiento.

Las etiologías de un diastema en el segmento superior anterior de la cavidad oral son muchas y muy variadas; pero en la que en éste caso se refiere es la del frenillo labial superior-traumático.

El diagnóstico es importante; pues hay varios factores que pueden originar los diastemas.

Se describen las técnicas a seguir para realizar un buen diagnóstico y tratamiento quirúrgico del frenillo, para despertar el interés del odontólogo de práctica general como especialistas en dicho problema.

Se muestra la utilización de aparatos ortodónticos usados en la práctica dental, para la corrección del diastema ocasionado en los incisivos centrales superiores.

Los procedimientos correctivos para éste problema no exigen el mismo nivel especializado de capacidad técnica y conocimientos que el servicio ortodóntico sistemático.

C A P I T U L O I

FRENILLO LABIAL SUPERIOR TRAUMATICO

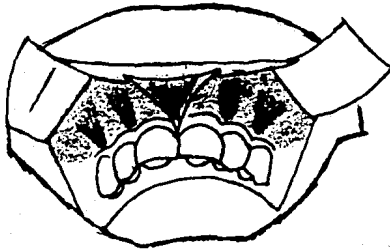
A) DEFINICION Y ETIOLOGIA

B) DIAGNOSTICO Y ANATOMIA PATOLOGICA

DEFINICION Y ETIOLOGIA

Esto ha dado origen a disputas durante un periodo considerable y especialmente durante los años recientes; ha sido dicho que el frenillo no causa la separación de los incisivos centrales y que su remoción quirúrgica es impropia. Nosotros no estamos de acuerdo con este argumento, porque mientras el frenillo es un fenómeno menor en el esquema anatómico humano, está sujeto a las mismas variaciones de localización y desarrollo como lo son las otras estructuras más importantes del cuerpo. (19)

El frenillo maxilar superior normal, es un repliegue de la mucosa bucal que tiene su origen en la superficie interna del labio superior, que constituye un pequeño cartilago fibromucoso tendido verticalmente entre el labio y el proceso alveolar, a la manera de un tabique incompleto que dividiría el vestíbulo en dos mitades simétricas. Está situado en la línea media entre los dos incisivos centrales. Presenta dos caras casi triangulares, una derecha otra izquierda y tres bordes; las caras se continúan con la mucosa vestibular; los bordes; el borde libre constituye el borde inferior para el labio superior, e inversamente el borde superior lo es para el labio inferior; es curvilíneo; el borde posterior del frenillo constituye su inserción esquelética; el borde anterior forma la inserción labial. Las inserciones del frenillo labial difieren según se considere el órgano normal o hipertrofiado. (17)



Embriológicamente el frenillo labial resulta del proceso medio nasal como un remanente post-eruptivo de las bandas tectolabiales, que son estructuras embrionicas que aparecen aproximadamente tres meses en el útero y conectan el tubérculo del labio superior a la papila palatina.

Las fibras salen desde la superficie labial del hueso alveolar y son indistinguibles en infantes. Estos convergen inmediatamente despues de que salen del hueso con las fibras de la sutura intermaxilar para formar un angosto listón de tejido muscular, con su cubierta epitelial, forman la división media de la porción superior del vestíbulo de la boca.

Cuando las fibras alcancen el labio superior se extenderán en el plano sagital y lateralmente dentro de la sustancia del labio.

Una banda o listón más corto de tejido muscular conectivo se extiende desde la porción anterior del foramen incisal a la cresta del caballete alveolar; así al nacer dos bandas de tejido muscular conectivo se extiende desde el labio superior al foramen incisal. Con crecimiento normal hacia adelante y hacia abajo y con brote normal de los dientes incisales, una separación de las porciones anteriores y posteriores de la banda de tejido muscular conectivo aparecerá entre los dientes incisivos centrales. La primera estructura formará la papila incisal mientras que la estructura anterior formará el frenillo labial. (25)

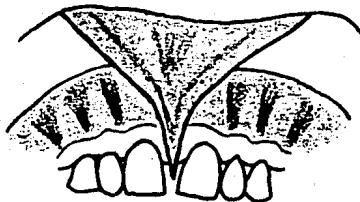
El repliegue que forma el frenillo, está constituido histologicamente por tres capas:

- 1.- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal
- 2.- La túnica propia, consistente en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- 3.- La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas. (2)

El aspecto clínico de un frenillo vestibular normal cambia-

con el crecimiento del individuo. Cuando los dientes se hallan en erupción y el hueso alveolar aún no alcanzó su altura definitiva, el frenillo puede presentar la apariencia de hallarse próximo a la papila interdientaria entre los incisivos centrales. Sin embargo, durante el crecimiento normal cuando concluye la erupción de los incisivos, y el proceso alveolar exhibe su tamaño definitivo, el frenillo puede haber retrocedido más hacia apical. (13)

El frenillo labial anormal puede describirse como un grueso cordón de tejido que se origina en la mucosa de la cara interna del labio superior que se extiende hasta la cresta alveolar, cruza el lado palatino y se une a la papila palatina, formando una cresta en la línea media del paladar. La papila gingival media puede hacerse más prominente a la cresta palatina, que puede ser irritada por los incisivos inferiores durante la masticación. El frenillo agrandado impide que los incisivos centrales se pongan en contacto en línea media. El resultado es una diastema entre estos dientes, que no puede cerrarse permanentemente por medio de ortodoncia hasta que se corta el frenillo, incluyendo la cresta palatina. (4, 8)



Los diastemas por frenillos con frecuencia son hereditarios. Esto no significa que si existe espacio entre los incisivos en el padre, el niño presentará siempre un espacio similar, ni el hecho de que el frenillo se encuentre insertado entre los incisivos separados tampoco comprueba que fue la causa de la formación de este espacio. Algunos observadores concideran el espacio mismo como la característica hereditaria, y la presencia del frenillo como accidental.

Desde un punto de vista hereditario, existe una fuerte tendencia a la reapertura del diastema anterior, aún después de haberlo cerrado ortodónticamente y de haber empleado retención prolongada, aún cuando las fibras del frenillo sean disocadas de su inserción lingual. (12)

Un frenillo anormal puede traccionar el margen gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes; puede separar la pared de una bolsa y agrabar 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. (5)

DIAGNOSTICO Y ANATOMIA PATOLOGICA

En el recién nacido, el frenillo se liga a la cresta del - borde alveolar, y a medida que el proceso alveolar crece hacia-abajo y brotan las piezas permanentes, la inserción del frenillo se mueve hacia arriba, pero en algunos casos puede permanecer estacionaria, de manera que lo que es un frenillo anormal a la edad de cuatro años puede ser normal a los ocho. La presión - en los laterales permanentes y caninos en erupción generalmente resulta en cierre del espacio sin necesidad de interferencia ortodóntica o quirúrgica. (22)

La influencia del frenillo vestibular sobre la posición dentaria es pasiva, pero es un factor importante en el diastema - central incisivo. Antes de la erupción de los caninos permanentes, durante el desarrollo dentario normal, es esperada y hasta deseable la presencia de espacios entre los incisivos superiores. Broadbent denominó esta edad del niño como: LA EDAD DEL - PATITO FEO. La fuerza eruptiva de los caninos permanentes mueve los incisivos laterales y centrales hacia mesial y cierra los - espacios. Este cierre normal de espacios puede no tener lugar - cuando existe un frenillo vestibular anormal con inserción fibrosa que se extiende hacia palatino. Se justifica la resección de un frenillo manifiestamente anormal para aliviar el diastema. Conviene eliminarlo, para que dicha terapéutica sea efectiva, - antes de la erupción incisivos laterales y caninos. (13)

El diagnóstico se define como el arte de reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas. Se debe tener tanta información como sea posible respecto al paciente y a sus quejas antes de empezar el tratamiento definitivo.

Hay también casos en los que no puede llegarse al diagnóstico hasta conocer los resultados de laboratorio o de Rx. Lo que es importante recordar es que no puede administrarse la terapéutica definitiva hasta que no se haya establecido un diagnóstico

cuidadoso, válido en historia clínica y exploración completa. (3)

El diagnóstico de un frenillo anormal deberá ser hecho con atención precavida.

La frenectomía tiene un legítimo lugar en nuestro plan de tratamiento, pero deberá ser recurrido después de un cuidadoso diagnóstico diferencial de la etiología del diastema que ha sido determinado. (25)

Deberá hacerse un examen bucal completo de cada paciente en toda visita, todas las membranas mucosas bucales deberán inspeccionarse y palpase. Este examen no toma demasiado tiempo; debe seguirse un patrón de rutina sistemático, para asegurarse de que ninguna superficie bucal es pasada por alto. (3)

En la zona de tejidos blandos el odontólogo se ha de interesar particularmente por las anomalías, y siempre a de prestar atención a la localización de esos hallazgos. Se observará el estado de la lengua, mucosa bucal, piso de boca, paladar, - gnrillos y garganta. Esto se hace para detectar cualquier patología en la morfología o función que pueda indicar hábitos o patrones musculares no habituales. Se observan el tamaño, tonicidad y función de la lengua; una lengua grande potente, con los bordes festoneados por la presión en los dientes, es una estructura diagnóstica significativa en los casos en que se contempla el movimiento dentario.

El frenillo puede ser anormalmente largo y ancho, y en forma de una banda fibrosa que se puede extender entre los incisivos centrales separados. (7,13)

El frenillo labial anormal, agrandado o en malposición, puede ocasionalmente diagnosticarse por observación, o levantando el labio; sin embargo es imposible de esta manera, descubrir todos los frenillos agrandados o en malposición. El diagnóstico final debe basarse en la radiografía. El septum oseco normal entre los incisivos centrales superiores tiene forma de " V " y es bisectado por la sutura intermaxilar; lo que a veces no es -

visible en la radiografía. Cuando el frenillo labial se inserta en el lado palatino del septum, sus fibras atraviesan el hueso, rodeándolo de manera que el septum tiene forma de pala. A veces se ve un canal superficial. Aún cuando las fibras se insertan tan profundamente como para no causar blanqueamiento cuando se desplaza el labio, la condición se diagnostica fácilmente en la radiografía. (15)

El examen radiográfico es esencial para poder diferenciar la diastema por dientes supernumerarios y el llamado mesiodent o diente medio. Más raramente se encuentra un quiste medio entre las raíces de los incisivos. Pero si la diastema está causada solamente por el frenillo podemos encontrar la sutura palatina abierta. (8)

Es recomendable registrar el número y tamaño de los dientes en el arco; si no se hace el recuento y la identificación de cada diente, pasa inadvertida la existencia de dientes supernumerarios, temporales retenidos, o su ausencia congénita. Las variaciones de la morfología dentaria crean anomalías en la relación de los dientes. Incisivos laterales pequeños o rudimentarios o dientes anteriores cuyo diámetro mayor se halla en cervical simulan la presencia de espacios o acentúan el espacio que puede ser normal para ese individuo. El no reconocer diferencias sutiles puede dar como resultado un tratamiento destinado al fracaso. (13)

Hay una prueba de diagnóstico simple que se puede llevar a cabo por observación de la ubicación de la inserción alveolar cuando se ejerce una presión intermitente sobre el frenillo. Si en la papila palatina se inserta una bandeleta gruesa de tejido y posee una base ancha, en abanico, y además al traccionar el abanico se produce una inquemia de la papila, se puede predicar con seguridad que el frenillo influirá desfavorablemente en el desarrollo de la oclusión anterior. (6)

El deseo de corregir una malposición antiestética de un -

diente anterior o más puede haber sido acelerado por una migración dentaria veloz. Se debe discernir entre las variaciones temperamentales de la expresión, de la mímica del paciente y del habla. (13)

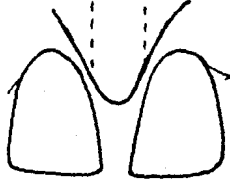
Cuando hay varias causas posibles de la condición, y cada uno requiere diferentes formas de terapia, un examen cuidadoso es el único medio de llegar a un diagnóstico correcto.

PASOS PARA EL EXAMEN

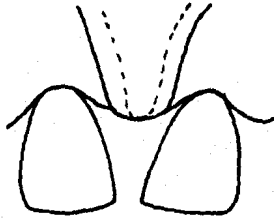
- A) Decidir en forma definida si la separación está localizada entre los incisivos centrales o si hay diastemas generalizados.
- B) Medir los dientes y comparar sus tamaños con los promedios generalizados.
- C) Levantar el labio superior y mientras se lo desplaza, observar si hay blanqueamiento del tejido blando por lingual de los incisivos centrales o entre ellos. La ausencia de blanqueamiento no es diagnóstico; la presencia de blanqueamiento apunta a un frenillo labial en mal posición.
- D) Determinar, de ser posible, si el espacio esta aumentando.
- E) Obtener radiografías periapicales de la región, incluyendo ambos incisivos laterales; la claridad en las regiones alveolares es más importante que los detalles interproximales de las coronas expuestas. Es esencial que el rayo central sea perpendicular al septum alveolar entre los incisivos centrales.
- F) Determinar la proximidad de la adherencia frenal al margen gingival interdental.
- G) Determinar el ancho relativo del frenillo en la zona de adherencia de la gingiva adherida. (15, 23)

Monti reconoce tres tipos de frenillos anormales:

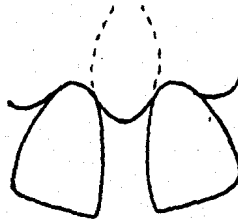
- A) El frenillo del tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.



- B) El frenillo de forma de triangulo, cuya base coincide con el surco gingival.



- C) El frenillo triangular, a base inferior, es la causa productora del diastema interincisivo de mayor separación coronaria.



(2)

Los diversos tipos de frenillos ocasionan distintas anomalías dentarias que según Manti son:

Los frenillos del tipo " A " ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos; los frenillos del tipo " B " originan un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices; por el contrario, los frenillos del tipo " C " originan un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan. (2)

C A P I T U L O II

MANEJO QUIRURGICO DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR TRAUMATICO.

- A) INDICACIONES
- B) TRATAMIENTO QUIRURGICO
- C) MANEJO POST-OPERATORIO

INDICACIONES

La 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 permanentes. (5)

Es éste un asunto que ha suscitado una ardua discusión, y que ha ocasionado la formación de dos corrientes bien definidas donde la primera sustenta que el frenillo es una formación anormal y que debe ser eliminado quirúrgicamente, y la segunda afirma que el frenillo es ajeno a las causas de mala oclusión y que la intervención quirúrgica es un recurso al cual debe llegarse en última instancia. (16)

Hubo un tiempo en que se consideraba práctica correcta remover quirúrgicamente o por cauterización el frenillo, sin tener en cuenta el tamaño del ligamento, ni la edad. Ocurría esto, en los principios de la ortodoncia, y Angle fue uno de sus principales cultores.

Hoy se acepta la intervención precoz del frenillo en los casos que constituyen un grave defecto estético o impiden la succión o la pronunciación; como así también encontramos frenillos anormalmente insertados que no precisan intervención, pues no interfieren en la formación del diastema. (16)

Cuando se diagnostica un frenillo labial anormal, el tratamiento por frenectomía deberá ser pospuesto hasta después del brote de los dientes caninos. Lo racional es que las fuerzas del brote de los caninos puede ocasionar un movimiento mesial de las coronas de los incisivos centrales y laterales, ocasionando el cierre del diastema. Sin embargo cuando se indica un tratamiento para frenillo labial anormal la frenectomía es un método de opción.

No todo diastema deberá ser tratado quirúrgicamente. La mayoría de los pacientes con diastemas no justifican frenectomías

y muchos pacientes que han tolerado frenectomías no las necesitaban. (25)

El frenillo labial superior puede valorarse mejor después de la erupción de los caninos permanentes. Antes de que esto ocurra solo puede escindirse el tejido si los dientes están bajo control ortodóntico y tiene que cerrarse el espacio entre los incisivos centrales.

Junto con otras indicaciones firmes de excisión está un frenillo demasiado grande, que provoca acumulación de alimentos o limitación del movimiento del labio, cuando estorba en la higiene bucal, cuando está acompañado de recesión gingival o de formación de una bolsa. (3,7)

Por razones ortodóncicas, el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil, para permitir el tratamiento ortodóncico; en la edad adulta, con fines protéticos.

Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo, con fines ortodóncicos, las opiniones no concuerdan; Kelsey cree que la mejor época para operar el frenillo es 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 hipertrofiado debe ser reseado para prevenir la separación de los incisivos. (2)

La opinión actual de cirujanos y ortodoncistas es de que el frenillo en los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes.

Según Antonio Guardo y Carlos Guardo, distinguen al respecto de la edad de la frenectomía, dos épocas indicadas:

- 1.- Edad comprendida entre los dos y dos años y medio; estando ubicados los incisivos centrales y laterales temporarios como ya han hecho erupción los primeros molares, el canino, está próximo a erupcionar.

Esta intervención es precoz, y la aconsejan realizar cuando el defecto estético sea muy grave, y al eliminar el frenillo fisiológicamente se cerrara el diastema.

- 2.- Edad comprendida entre los ocho y los doce años cuando se ha producido ya la erupción de los incisivos centrales y laterales. Mejor aún cuando estén por erupcionar los caninos, pues éstos actúan como cuñas, después de la intervención provocando el cierre del espacio. (16)

TRATAMIENTO QUIRURGICO

No quitando el hecho de que existe muy poca pero empírica y arbitrario acuerdo de que el frenillo maxilar juega un papel importante en causar que se vuelva a abrir el diastema después del cierre ortodóntico, un número de técnicas quirúrgicas han sido creadas para eliminar éste indeseable fenómeno de recalda.

Los terminos frenectomía y frenotomía representan procedimientos que difieren en cierto grado; frenectomía es la extirpación total del frenillo, y es usado extensivamente, este incluye la parte que esta adherida al hueso. Frenotomía es la extirpación parcial del frenillo, y es usado ampliamente para propósitos periodontales con el fin de relocalizar la adherencia frenal y así crear una zona mayor de gingiva adherida entre la gingiva marginal y el frenillo. (23)

Con respecto al tratamiento quirúrgico del frenillo hay muchas ideas dispersas, algunos autores efectúan la resección por electrocuagulación, otros prefieren el bisturí y combinar la resección con los métodos ortodónticos. En realidad la operación ideal dada la calidad del paciente debe estar desprovista de toda aparatosidad, la eliminación debe efectuarse en tal forma de evitar un sacrificio innecesario.

Rara vez es necesario hacer la operación severa o extensiva. Es bueno recordar que el frenillo no llega entre los huesos premaxilares. Por lo tanto, la disección del tejido se hace de acuerdo como se encuentra actualmente el tejido gingival.

Desde que interesa como el frenillo es factor causal en la separación de los incisivos centrales, es importante que solo el tejido en esa area inmediata sea removido. (19)

Una técnica básica es utilizar una aguja calibre 30 para infiltrar una pequeña cantidad de lidocaina al 2%, solo apical a la gingiva marginal entre los incisivos centrales. La aguja se inserta con una angulación apical hasta que se hace contacto -

con el periosteum. Comumente, un efecto de pelotear en las porciones más apicales y desligadas del tejido frenal fueron observados de inyecciones de aún esas pocas gotas de anestesia. Mientras el frenillo era sujetado firmemente tirando del labio hacia afuera, navaja Bard Parker 11 es usada para crear una incisión en forma de " V " directamente adyacente a los bordes laterales del frenillo con el apice siempre apical a la papila interdental.

Estas dos incisiones fueron dirigidas mediante a encontrar el periosteum abajo de la mucosa frenal. El tejido frenal que había sido separado de el periosteum era entonces removido de la mucosa labial con tijeras quirúrgicas. La pequeña cantidad de lípidos y tejido glandular en la parte más arriba del frenillo fueron sacados. Enseguida, las fibras transeptales fueron destrozadas por movimientos de un lado a otro de la navaja en la zona interdental sobrepuesta a la corona alveolar marginal. Si una hendidura o marca en el hueso interseptal fuera descubierta cuando se remueven las fibras transeptales, la navaja del cuchillo fue encajado en la sutura para dividir el tejido conectivo en la marca.

El paso final en el procedimiento consiste en remover el periosteum que cubría el plato o placa labial del alveolo la cual estaba exactamente abajo del frenillo extirpado. La gingiva adherida adyacente a la herida no fue extirpada o socavada. Dicha técnica puede ir acompañada de una gingivoplastia. (23)

Esta técnica quirúrgica mencionada comprende tres procedimientos separados:

- 1.- Reposición apical del frenillo con excavación del hueso alveolar.
- 2.- Destrucción de las fibras transeptales entre los aproximados incisivos centrales.
- 3.- Gingivoplastia o remarcamiento de la papila labial o papila gingival palatal en casos de acumulación de tejido excesivo. (23)

R. Vivone describe técnicas especiales como: Se prepara la mesa operatoria, con espejo, pinza de Kocher, sondas acanaladas separadores de Farabeuf, etc.; teniendo preparado de antemano - el galvanocauterio.

PRIMER TIEMPO.- Previa pincelación con tintura de yodo, estiramos el labio para poner en tensión el surco vestibular, e inyectamos de uno a dos centímetros cúbicos de novocaina al 2%.

SEGUNDO TIEMPO.- Tomamos la sonda acanalada, que tiene en su mango una escotadura profunda, que termina ensanchándose en forma circular y hacemos que el frenillo se alje en dicha ranura, llevamos el otro extremo de la sonda hacia arriba, con lo que cumplimos una triple fun-ción: poner el frenillo, levantar el labio y fijar el frenillo sin herir los tejidos vecinos.

Con el bisturí o el galvano cauterio seccionamos todo el cordón fibroso lo más bajo posible, si este es ancho hacemos doble incisión, es decir, una a cada lado del mismo, para aislar a éste en forma de lengüeta.

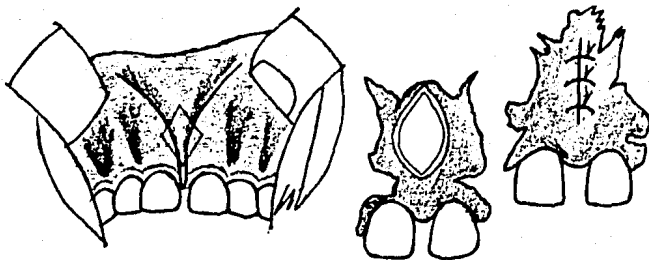
TERCER TIEMPO.- Con leguas separamos profundamente el frenillo del periostio y fibromucosas vecinas; con un bisturí o tijeras procedemos a la extirpación del frenillo - en la parte más alta del surco vestibular. Terminamos - nuestra intervención con toques de galvanocauterio.

En estas intervenciones nunca se sutura, se prefiere la cicatrización por segunda intención aunque los fenómenos de reabsorción de los exudados y el descombre de las células epiteliales requiere un periodo de tiempo mucho mayor que si éste cauterizará de primera intención, como la herida resultante es más - bien profunda aconsejamos sí, colocar una gasa yodoformada que-

queda aprisionada en su lugar por el cuello de los incisivos, -
siendo retirada a las 48 horas. (16)

Federspiel, propone éste método: Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo; con un bisturí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso. Federspiel, no secciona la extremidad alveolar, la cual escarifica con galvanocauterio.

La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de Kocher o con pinza de disección; se despega el tejido a resecarse por medio de una legra o periostótomo. - Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura. (2)



L'Hirondel y Aranowicz, proceden de ésta manera:

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

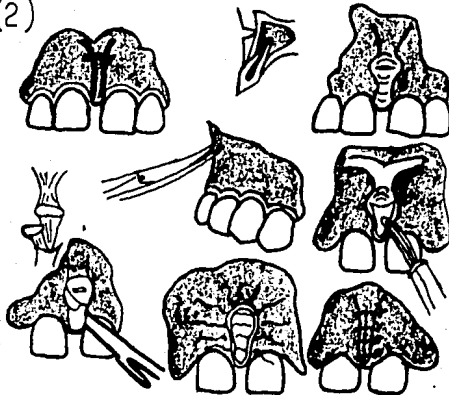
Se secciona éste triángulo con tijera en la mitad de su altura. La sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

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.

TERCER TIEMPO.- Se reseca a bisturí el cordón fibroso del fronillo y se lo extirpa. Se cauteriza con galvanocauterio la base de inserción.

CUARTO TIEMPO.- Sutura; con hilo o seda se practican tres o cuatro puntos de sutura que reúnen los labios de la herida.

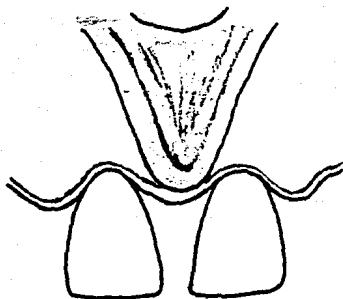
Es conveniente en éste como en otros métodos para esta operación, despegar la base de la encía a los costados de la incisión, con el objeto de permitir que puedan afrontarse los labios de la herida y la sutura no provoque tensión por otra parte, con el tejido gingival despegado, se puede pasar la aguja con mayor facilidad. (2)



Wassmund, tiene dos operaciones para la resección del frenillo y tratamiento del diastema.

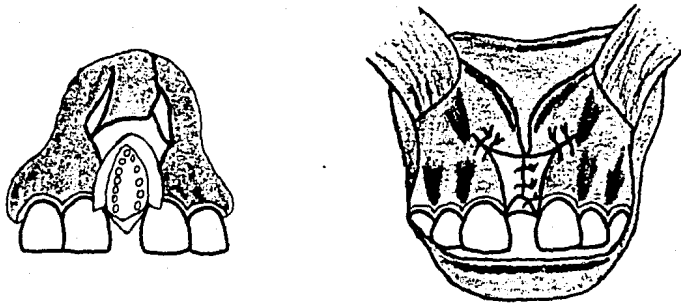
OPERACION I.- Despegamiento plástico del frenillo. Se practica una incisión a ambos lados del frenillo de modo - que los extremos inferiores de las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo.

Las capas mucosa y submucosa así incididas, son separadas del periosteum subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa, de manera de dejar una parte de éste tejido reposado sobre el periostio. De este modo, el periostio queda más grueso y permite realizar las manobras posteriores. Se adapta el colgajo triangular obtenido, de manera que el frenillo no actúe. Se fija en su sitio por suturas mucosas, previa excavación de las partes laterales de la incisión. (2)



OPERACION II.- El tratamiento óseo, según Wassmund. Este autor propone una ostectomía 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 la submucosa en la línea media y - se separan estos elementos del hueso; la ostectomía se-

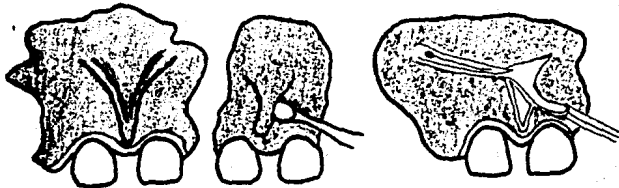
realiza con una fresa redonda No. 3, se practican pequeños orificios que circunscriban el hueso a resecarse. Esta porción o - sea se elimina con un golpe de escoplo filoso, se vuelve el periostio a su sitio y se lo fija con varios puntos de sutura; un trozo de gasa yodo o xeroformada protege el periostio que queda al descubierto, ya que la mucosa y submucosa fueron elevadas para anular la acción del frenillo. (2)

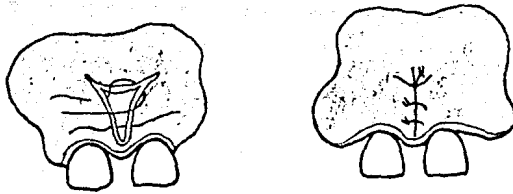


La operación del frenillo que sugiere Mead, se realiza de la siguiente manera: Se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso. Se separa el frenillo de su inserción ósea con una espátula freer o con un periostótomo.

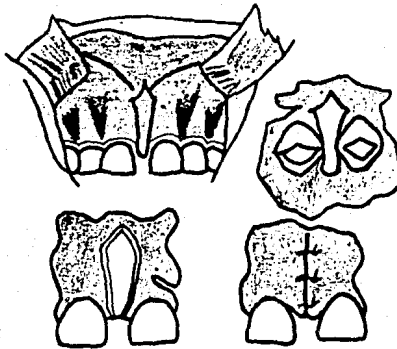
Disecado el frenillo se secciona en su límite superior.

Los labios de la herida son reunidos con sutura. El límite superior, con una sutura en tres direcciones.

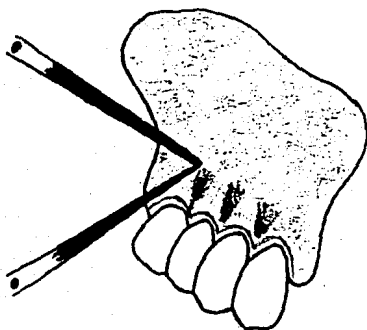




En los casos en que el frenillo labial desborde el límite bucal, rodee la arcada y se inserte en la altura de la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión, de tal manera que bordee el frenillo y se prolongue pasando entre los incisivos, hacia la cara palatina, pero sin llegar al agujero palatino anterior. El frenillo es disecado según ya fue señalado en las distintas técnicas, y los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura con seda o hilo. (2)



La técnica de la pinza hemostática es un buen método para la eliminación del frenillo labial. Una pinza se coloca en la porción labial del frenillo y otra en la porción del borde, con las puntas de las pinzas unidas en la porción más profunda del fondo de saco. Se pasa un bisturí bajo las pinzas eliminando el frenillo. La porción labial se sutura, no así la porción del borde alveolar. Puede colocarse un apósito quirúrgico o vendaje bucal en el vacío alveolar durante algunos días si se desea. (9)



En la mayoría de las técnicas es aconsejable recorrer con una fresa de fisura el espacio entre los incisivos hasta sus ápices después de la remoción del tejido blando, con el consiguiente cuidado de no lesionar las raíces de los dientes. Es indudable que este procedimiento es más eficaz para producir el cierre espontáneo del espacio, que una intervención simple de tejidos blandos. (11)

MANEJO POSTOPERATORIO

El cuidado postoperatorio consiste en la aplicación de bolsa de hielo sobre el labio de 20-30 minutos cada hora, el día de la cirugía, para aminorar la hinchazón. Algunos cirujanos prefieren un vendaje a presión con tela adhesiva o elastoplast sobre la superficie externa del labio para inmovilizarlo y reducir el movimiento, la formación del hematoma y el edema. La higiene bucal se mantiene mediante enjuagatorios apropiados con antisepticos después de las comidas.

Se recetan analgésicos para en caso de dolor según las necesidades de cada paciente.

Una semana después de la cirugía, cuando se quitan las suturas, todavía queda un cierto edema en el labio, pero por lo general, este edema remite con rapidez. (10)

El paciente deberá estar consciente de que en el caso de presentarse un exceso de sangrado o una prolongación en el mismo deberá de consultar con su dentista.

La aplicación de hielo se hará para producir una vasoconstricción ayudando así a evitar una mayor inflamación.

El paciente llevará una dieta blanda; sin irritantes, ni grasas; evitando así un foco local de infección.

Evitará la ingestión de alcohol y el fumar tabaco, son fuentes de irritación y factores predisponentes de una septicemia.

Una buena técnica, manejo quirúrgico y colaboración del paciente, nos ayudará a tener un buen resultado y éxito en la recuperación del paciente y de la operación.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO ORTODONTICO DEL DIASTEMA

- A) APARATOLOGIA UTILIZADA PARA EL
CIERRE DEL DIASTEMA
- B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

APARATOLOGIA UTILIZADA PARA EL CIERRE DEL DIASTEMA

Con frecuencia el frenillo es extirpado y el espacio persiste, no obstante el auxilio quirúrgico. Con frecuencia, es necesario hacer tanto la resección del frenillo como establecer un tratamiento ortodóntico.

Si se realiza la cirugía antes del cierre del espacio, deberá procederse inmediatamente al tratamiento ortodóntico del cierre del diastema, porque de lo contrario podrá formarse tejido cicatrizal que impedirá la eliminación del diastema. (12)

El cierre de un espacio puede realizarse fácilmente y con rapidez con aparatos removibles. Si la cooperación del paciente es satisfactoria, el cierre de un diastema es rápido e indoloro. El aparato removible deberá ser utilizado como un retenedor. (12)

El tratamiento del diastema puede ser llevado a cabo eficientemente de varias formas, que pueden ser divididas en cuatro categorías, que son:

- 1.- Cierre involucrando movimientos mesiales inclinados de los incisivos.
- 2.- Cierre involucrando aproximación físico mesial de los incisivos.
- 3.- Cierre mediante una reducción de un overjet engrandecido.
- 4.- Cierre efectuado como parte de un tratamiento ortodóntico total.

De estos el odontólogo general, bien puede manejar el tipo de tratamiento ofrecido en las dos primeras categorías, así como una buena proporción de lo sugerido en la tercera. La última es más apropiada para tratamiento por un ortodoncista. (26)

El movimiento mesial inclinado de los incisivos involucra muy poco tiempo en la silla, un sencillo aparato removible puede ser construido, utilizando un modelo hecho con una impresión

del arco maxilar del paciente.

La placa acrílica se mantiene en su lugar mediante abrazaderas Adams en los dientes posteriores. ligeros resortes, del acrílico del paladar pasan entre los incisivos centrales y laterales y son activados al distorcionarlos ligeramente en una dirección mesial. Al ponerlos en la boca, ejercen presión y rápidamente juntan los incisivos centrales. (26)

La aproximación física mesial de los dientes incisivos centrales: El uso de un aparato removible puede producir solo movimientos inclinatorios y por ello es necesario utilizar un aparato fijo para aproximar las raíces así como las coronas. Quizá el más eficiente de los métodos sencillos involucra la cementación de una banda que lleve un bracket hacia la orilla y por adherencia directa a cada uno de los incisivos centrales. Un alambre arco curvado parcial o completo se hace con alambre de sección rectangular y se amarra bajo tensión de ambos brackets. El uso de alambre rectangular mantiene el alambre arco firme y no permite movimiento dentro de los brackets.

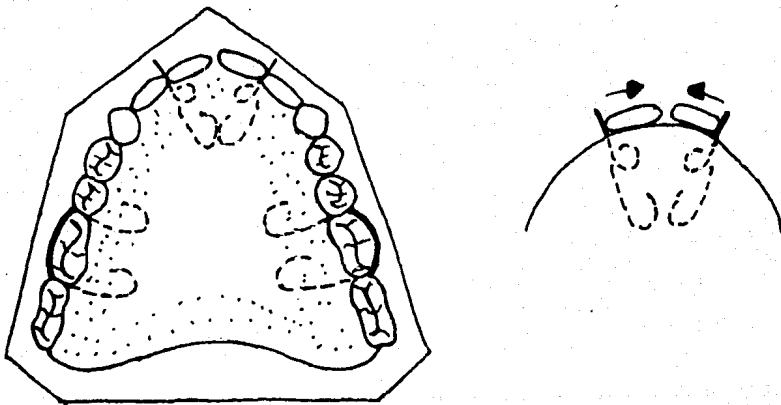
Esta tensión comprende dos componentes distintos: Hace más angosta la distancia entre las puntas del alambre arco curvado que el espacio entre los dientes y voltea las puntas hacia arriba; para que no queden en el mismo plano. La contracción de las curvas acerca los dientes, mientras que las puntas volteadas aseguran que el movimiento sea estrictamente físico. (26)

Terapia con el aparato maxilar de Hawley.- Un aparato maxilar removible de Hawley, equipado con resortes ortodóncicos, es un método aceptado para eliminar el diastema de la línea mediana del maxilar. El aparato de Hawley es fácil de diseñar y construir, es económico y requiere poco tiempo para su inserción y ajuste. Mantener una higiene oral, la cual es algunas veces difícil en la terapia ortodóncica fija, no es así con un aparato removible. El aparato de Hawley tiene la desventaja de que su éxito depende de la total cooperación del paciente.

El cierre ideal por el aparato de Hawley requiere de una ligera fuerza continua por un periodo largo de acción. Los resortes contruidos de alambre ortodoncico preactivados en un pequeño diámetro, son los que más convienen para esta aplicación de fuerza. Los resorte deberán ser fabricados para contactar la superficie distal de los incisivos centrales con una línea de acción paralela al alambre de arco labial del aparato.

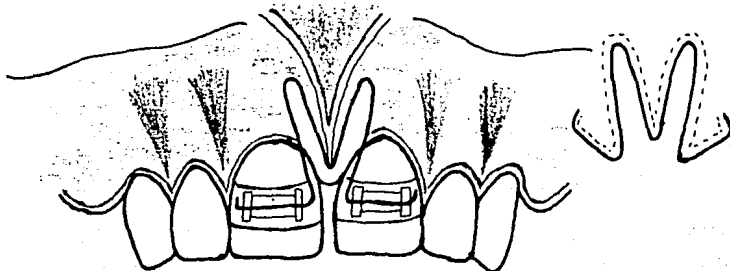
El aparato debe ser usado por lo menos 14 horas al día por un periodo de 2-6 meses hasta que la aproximación de los incisivos centrales sea completa. (24)

Una de las buenas condiciones del aparato de Hawley es que sirve muy bien como un mantenedor, luego de haber realizado el movimiento. La desventaja es que no puede usarse tan seguido como debiera ser, para producir un buen resultado en un corto tiempo. (6)



Un método más modesto involucra el cementar una banda ortodoncica a cada uno de los dientes. Para realizar éste tratamiento sencillo y efectivamente, se pone un enganche en una banda en cada diente o se adhiere directamente a las superficies labiales. El enganche puede ser un simple botón, un clavito, un -

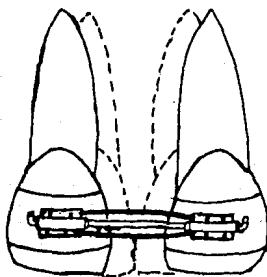
bracket u otro medio similar. Todos son unidos estirando un módulo de cadena elástica entre uno y otro, ejerciendo presión sobre todos los dientes hacia la linea media. De este modo, los espacios entre los incisivos laterales y centrales y laterales y caninos rápidamente se abren, mientras que el espacio de media linea se reduce drásticamente. El paciente debe ser visto con frecuencia para controlar la cantidad de movimiento requerido. Este método de tratamiento puede durar entre 3-6 semanas. (26)



Se ha notado que puede colocarse dos bandas con agarres en los incisivos centrales en los cuales puede fijarse y ligarse un resorte de alambre resiliente con la forma de un alfiler de gancho. Se dice que los movimientos de los dientes se controlan mejor de esta manera. (6)

Otra forma de tratamiento para el cierre del diastema es, el colocar las bandas en los incisivos centrales, y pueden soldarse tubos horizontales sobre la superficie labial. Es preferible utilizar tubos de .032-.036; una pequeña sección de alambre redondo del mismo tamaño se coloca en los tubos, los extremos se doblan en sentido gingival para evitar que el alambre se salga e irrite los tejidos blandos. El paciente podrá colocar entonces un elástico de dique de caucho ligero sobre los extremos del segmento de arco. La fuerza recíproca obligará a los dientes a aproximarse en cuerpo, tanto los ápices como las coronas.

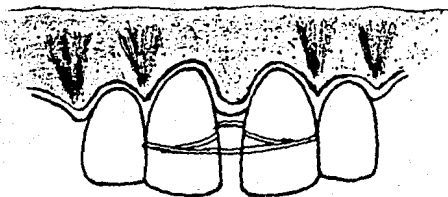
(12)



Sin lugar a dudas el más simple y el más frecuente método para cerrar el espacio de la línea media, es la aplicación de una pequeña banda de hule alrededor de los dos dientes en cuestión. Esta es una práctica peligrosa, puede dirigir lentamente a una exfoliación de ambos dientes, cuando las bandas resbalan por debajo del margen gingival y progresivamente despoje su cubierta periodontal al subir el ápice. (26)

El uso de las bandas elásticas sobre los dientes sin colocar bandas es peligroso; más de una vez, se vieron en una comunidad grande, los resultados de los intentos del odontólogo para cerrar un diastema en los incisivos centrales superiores con bandas elásticas sin la fijación y cementado de bandas a los dientes ; debido a que el elástico es capaz de deslizarse en dirección gingival sobre las superficies adamantinas lubricadas por la saliva, la banda elástica puede desaparecer. En realidad termina escondiéndose por debajo del tejido gingival, aún ejerciendo su tensión mínima. Esto da como resultado en la mayoría de los casos la interrupción masiva del aporte sanguíneo, erosión del hueso alveolar y eventualmente, la trágica pérdida de uno o ambos incisivos centrales. (6)

Los principios básicos para el empleo de los elásticos y las ligaduras de seda son muy similares. Como en el caso de los elásticos, la ligadura de seda más simple acerca dos dientes entre sí. Se pasa el hilo alrededor de un incisivo central hacia incisal del cingulum y gingival al diámetro mesiodistal mayor en el punto de contacto, y se atan con un nudo triple por distal del diente. los extremos se pasan sobre las superficies vestibular y lingual hacia distal del diente para evitar el desplazamiento de la ligadura hacia cervical, y se anuda. (13)

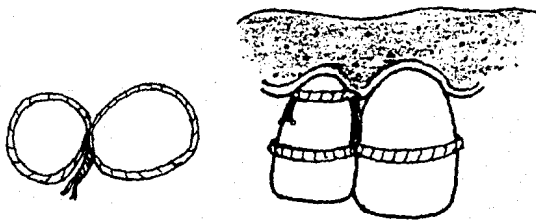


También puede fabricarse un arco vestibular de alambre liviano para cuto, la distorción del alambre sin soporte en los segmentos posteriores, puede cerrar el diastema.

Estos son exitosos sólo si los incisivos laterales permanentes están disponibles de inmediato para ejercer una presión estabilizadora contra la superficie distal de los incisivos centrales.

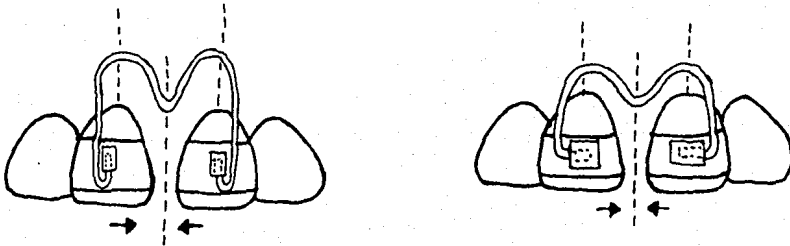
Pueden ser activados por ligadura de alambre o por banda elástica. (6)

Ligaduras en forma de "8" para acercar dos dientes: Se utiliza un alambre de .25 mm, se adapta una ligadura alrededor de un diente, y después sobre el otro. Se unen los extremos, y se deja el nudo en el espacio interproximal. Una vez hecha la ligadura en forma de "8", los extremos torsionados se extienden al cuello de uno de los dientes y se ubican alrededor de él, como alambre de retención. Al ajustar la ligadura se traccionan con fuerza los extremos. Se torsiona el alambre hasta que el paciente note la sensación de presión, o hasta que empalidezca el tejido gingival interproximal. Después se afloja levemente el alambre, hasta que el paciente deje de sentir presión y la palidez desaparezca. Un cuarto de vuelta o media, alivia la presión excesiva. En este momento se corta el alambre y se lo dobla hacia el espacio interproximal.



Una vez colocada la ligadura, se deja pasar una semana hasta realizar otro ajuste. Más tarde, el avance del tratamiento o la flojidad de las ligaduras, a medida que se mueven los dientes, indicarán la frecuencia de los ajustes. Cuando el movimiento se completa, la ligadura se puede emplear para estabilizar los dientes durante el periodo de retención. (13)

Resortes en " M " para diastemas. Cuando se descubre un frenillo insertado bajo, que sabemos causa un diastema en una época precoz, puede utilizarse un tipo de resorte en forma de "M". (16)



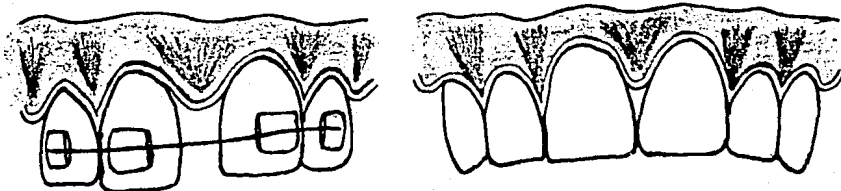
Terapia del arco ortodóntico segmental con recontorno con grabado-ácido.- Algunas veces es imposible cerrar un espacio de gran magnitud con simple terapia ortodóntica, en tales casos, los resultados del tratamiento pueden ser mejorados balanceando ortodónticamente el excesivo espacio a través de la región del incisivo central y lateral y entonces recontornear las porciones interproximales de los dientes con un compuesto de resina retenida con ácido grabado.

Un aparato efectivo requerido por el limitado movimiento ortodóntico es el arco segmental. Un alambre redondo ortodóntico de calibre medio se ajusta en los brackets que son colocados en los cuatro incisivos maxilares. El alambre del arco segmental es seguramente abrochado a los brackets y las ligaduras elásti-

cos se conectan a los incisivos centrales. Ellos son cambiados cada dos semanas para mantener la fuerza adecuada hasta que el diastema central esté prácticamente cerrado.

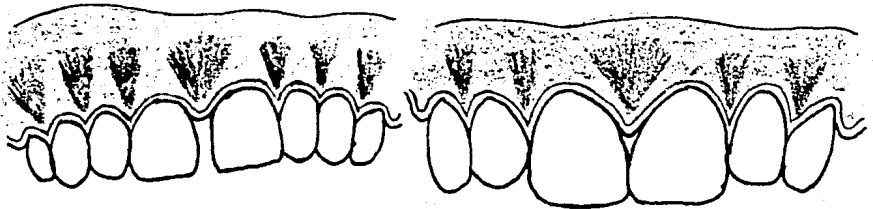
Después que los incisivos centrales estén en la posición correcta, el compuesto de resina es usado para restaurar las áreas de contacto de los dientes.

La resina usualmente se coloca en la superficie mesial y distal de los incisivos centrales y de la superficie mesial de los incisivos laterales. Cuando se usa ésta técnica el dentista deberá estar conciente que después que el arco segmental es removido, los dientes pueden regresar a su antigua posición, por consiguiente los contactos deberán ser restaurados lo más pronto posible. La restauración de los contactos evitará cualquier posible cambio oclusal. (24)



Técnica de resina grabada con ácido.- Cuando el diastema es pequeño y la reposición de los dientes anteriores es innecesaria, el compuesto de resina retenida con ácido grabado se usa sobre la superficie mesial de los incisivos centrales, puede ser usado completamente solo para cerrar los espacios. Esta técnica provee al paciente de una estética satisfactoria con un mínimo de gastos, ofrece resultados inmediatos y completamente re

versibles. Desafortunadamente, el recontornear la superficie mesial de los incisivos centrales tiene una aplicabilidad limitada, porque el diastema tiene que ser pequeño; cuando es grande, los incisivos centrales aparecerán anormalmente grandes. (24)

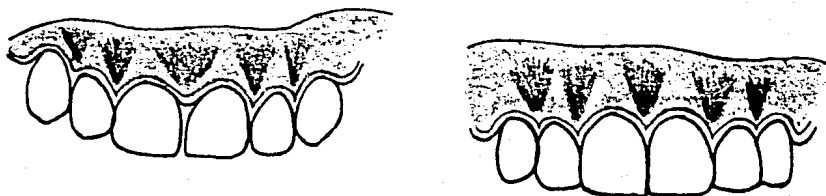


Técnica de coronas veneer.- Recientemente ha sido posible adherir una delgada cubierta de acrílico del color del diente grabado a la superficie labial de los dientes usando como intermediario un compuesto resinoso.

Este tipo de revestimiento o laminado puede ser usado similarmente a la técnica del compuesto resinoso para recontornear las superficies interproximales de los dientes anteriores separados y lograr el contacto.

Aunque el laminado enchapado (CORONA VENEER) requiere un tiempo considerable para su colocación y fabricación, ellos han aumentado el tiempo de resistencia en su uso y se ha disminuido la tendencia a mancharse en comparación de la restauración con el simple compuesto resinoso; por ésta razón el enchapado -

es probablemente la mejor técnica no ortodóncica para cerrar el diastema de la línea media. (24)



El tratamiento de diastemas con frenillo bajo es tratado de diferentes maneras.

Se ha llevado a cabo el cierre del diastema sin previa re - sección del frenillo; el movimiento dentario puede cerrar exito - samente el espacio y sobrevenir la atrofia del frenillo. Dicho - procedimiento encierra desventajas potenciales. El diastema se - puede reabrir antes que tenga lugar la atrofia, salvo que sea - muy efectiva la retención. Además se puede hipertrofiar y edema - tizar los tejidos fibrosos y conectivos del frenillo comprimido entre los dientes en movimiento. Esto puede convertirse en in - flamación, ofrecer resistencia al movimiento dentario efectivo, y existe la posibilidad de que se declare una gingivitis ulcero - necrosante. (13)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones y contraindicaciones de los aparatos fijos y -
removibles usados en el cierre del diastema.

APARATOS FIJOS.- Están indicados en el cierre del diastema-
por los siguientes aspectos:

- A) Por llevar a cabo con facilidad y exactitud determinados movimientos dentarios en diastemas.
- B) Porque proporcionan el medio de control más seguro y eficaz sobre la dirección e intensidad de las fuerzas ortodónticas.
- C) Los aditamentos de las bandas usadas en incisivos superiores en el cierre del diastema varía de acuerdo con el anclaje que se desea para el movimiento dentario.
- D) Las ligaduras y bandas de metal no irritan las estructuras gingivales.
- E) Las aletas del bracket de canto facilita el ajuste de las ligaduras.
- F) Es factible realizar con aparatos fijos movimientos con mayor detalle y precisión.

Están contraindicados en el cierre del diastema por los siguientes aspectos:

- A) Cuando el niño es olvidadizo no se coloca los elásticos.
- B) Cuando la higiene bucal es deficiente.
- C) Las aletas del bracket de canto vuelven más complicada la colocación de aditamentos.

APARATOS REMOVIBLES.- Están indicados en el cierre del diastema por los siguientes aspectos:

- A) Porque las fuerzas intermitentes sólo se producen por lo común mediante aparatos removibles.
- B) Porque las visitas para realizar ajustes son menos frecuentes.
- C) Porque es más fácil de mantener limpio el aparato y la cavidad bucal.
- D) Porque generalmente sólo se lleva de noche y no interfiere en el habla ni crea un problema estético.
- E) Porque la actividad muscular del propio paciente se emplea para producir un movimiento dentario más fisiológico.

Están contraindicados en el cierre del diastema por los siguientes aspectos:

- A) La región radicular marginal es el sitio donde se produce casi por entero la reabsorción radicular que causa la aplicación de fuerzas intermitentes.
- B) Se llevan a cabo los movimientos dentarios con mayor dificultad, de forma menos controlada e incompleta.
- C) El interés y la cooperación del paciente son los factores principales que intervienen en el éxito de un tratamiento con aparatos ortodóncicos removibles.
- D) Porque los dientes no se hallan sujetos a ningún aparato después de la aplicación de fuerzas intermitentes y ello produce el retroceso del diente del lado de la presión durante los periodos de reposo y para mantener la función normal.

CASO CLINICO I

NOMBRE: Adriana Morales

EDAD: 12 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Estudiante (escolar)

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia con su desarrollo, presentando un espacio anormal entre los incisivos centrales superiores por lo que es enviada por su dentista para valoración y tratamiento con el cirujano bucal.

EXAMEN CLINICO: Edad comprendida entre los 12 años y edad aparente de acuerdo con la edad cronológica, intraoralmente presenta una apertura bucal dentro de los límites normales.

Presenta un diastema entre los incisivos centrales superiores con un frenillo del tipo alargado de incursión baja bastante fibrosa, con una separación central de aproximadamente 3 mm. la erupción de los caninos es parcial.

Se encontro cierta limitación del movimiento del labio superior y por lo tanto perturbaciones en la pronunciación. Al levantamiento del labio presenta blanqueamiento del frenillo y papila palatina.

RADIOGRAFICAMENTE: Existe depresión de la cresta interdientaria con una ligera separación de la sutura intermaxilar además de haber verificado la ausencia de mesiodents o quistes.

INDICACIONES PREOPERATORIAS: Antibiotico terapia profiláctica 72- horas previas a la intervención quirúrgica; con fenoxi-metil penicilina potásica; diazepam de 2mg. por vía oral 12 hrs. antes de la intervención quirúrgica.

TECNICA QUIRURGICA: Se practico frenillectomia labial superior me diante la técnica de las pinzas hemostáticas sin complicaciones - locales ni generales.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS: Se recetaron analgésicos para en ca so de dolor y anti-inflamatorios y compresas de hielo para redu - cir la hinchazón; enjuagatorios por medio de antisépticos bucales despues de cada comida; llevar una dieta blanda, sin grasas ni i - rritantes; evitando así un foco local de infección.

APARATOLOGIA UTILIZADA PARA EL CIERRE DEL DIASTEMA: No hubo nece - sidad de utilizar algún tratamiento ortodóntico pues el espacio - es muy reducido y con el simple erupcionar de los caninos se espe - ra el cierre del mismo.

ACTUALMENTE: Despues de 6 meses de la intervención y erupción de - los caninos en dos terceras partes, el diastema se encuentra prac - ticamente cerrado con un pequeño espacio de 1 mm.; se espera el - cierre completo al terminar la erupción de los caninos.

NOTA: A CONTINUACION SE PRESENTA FOTOGRAFICAMENTE LA SECUENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CASO MENCIONADO.



Fotografía preoperatoria de frente; obsérvese el diaste ma localizado entre los incisivos centrales superiores - con una apertura aproximada de 3 mm.; tambien se obser - va de forma clara el frenillo hipertrofiado del tipo a - largado de inserción baja bastante fibrosa.



Fotografía preoperatoria de perfil, se observa la izque -
mia del frenillo al levantamiento del labio superior como
una prueba diagnóstico de la hipertrófia del frenillo, a -
compañada de otras pruebas diagnósticos realizadas por lo
que se decidió a realizar la extirpación del frenillo, por
medio de la técnica de las pinzas hemostáticas.



La técnica de las pinzas hemostáticas es un buen método -
para la eliminación del frenillo. Una pinza se coloca en -
la porción labial del frenillo y otra en la porción del -
borde, con las puntas de las pinzas unidas en la porción -
más profunda del fondo de saco.



ESTÁ TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Obsérvese la incisión del frenillo en la porción labial, - para realizar esta incisión se pasa el bisturí por encima de las pinzas hemostáticas .



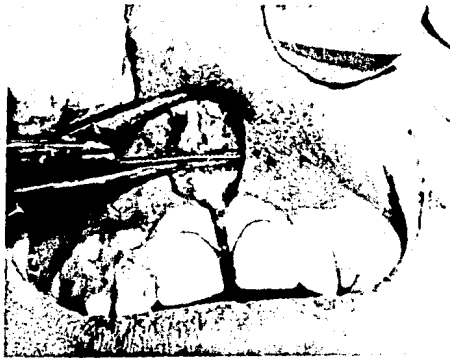
Obsérvese la incisión del frenillo en la porción del borde, hasta llegar al fondo de saco quedando así eliminado el frenillo.



Obsérvese la forma de cortar la fibras frenales para ser-despegadas de su lugar.



Frenillo cortado; obsérvese la forma elíptica caracterís-tica de la herida despues de la remoción del frenillo.



Se procede a la limpieza de la herida por medio de gasas-
estériles, para proceder a suturar la herida.



Se procede a unir los labios de la herida por medio de -
puntos de sutura aislados con hilo catgut 5 ceros, sutu -
rando únicamente la porción labial; obsérvese la forma en
que quedan las suturas.



En la técnica de las pinzas hemostáticas puede colocarse un apósito quirúrgico o vendaje bucal en el vacío alveolar durante algunos días si se desea; en éste caso se procedió a la colocación de un apósito de cemento quirúrgico



Obsérvese en la fotografía que después de 6 meses de la intervención y erupción de los caninos en dos terceras partes, el diastema se encuentra practicamente cerrado con un pequeño espacio de 1 mm.; se espera el cierre completo al terminar la erupción de los caninos.



Obsérvese que en éste caso no hubo la necesidad de colocar un aparato ortodóncico para ayudar al cierre del diastema, con la simple extirpación del frenillo y el continuo erupcionar de los caninos ha venido cerrando el espacio; se espera que en poco tiempo se termine de realizar el cierre completo del diastema.

CASO CLINICO II

NOMBRE: Fernando Quevedo

EDAD: 8 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante(escolar)

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia con su desarrollo, presentando un diastema entre los incisivos centrales superiores con separación aproximada de 3.5 mm.

EXAMEN CLINICO: Edad comprendida entre los 8 años y edad aparente de acuerdo con la edad cronológica, intraoralmente presenta una apertura bucal dentro de los límites normales.

Frenillo labial superior traumático del tipo triangular con inserción baja, con erupción parcial de los incisivos laterales superiores. Se encontró cierta limitación del movimiento del labio superior y por lo tanto perturbaciones en la pronunciación; al levantamiento del labio presenta blanqueamiento del frenillo y papila palatina.

RADIOGRAFICAMENTE: Existe depresión de la cresta interdientaria con una ligera separación de la sutura intermaxilar además de haber verificado la ausencia de mesiodents o quistes.

INDICACIONES PREOPERATORIAS: Antibiotico terapia profiláctica 72 horas previas a la intervención quirúrgica; con fenoxi-metil penicilina potásica; diazepam de 2 mg. por vía oral 12 hrs. antes de la intervención quirúrgica.

DIAGNOSTICO: Frenillo labial superior traumático del tipo triangular con diastema entre los incisivos centrales superiores.

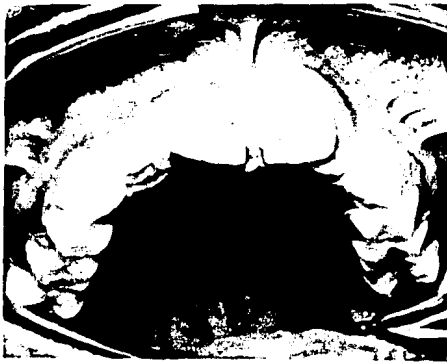
TRATAMIENTO EFECTUADO: Frenillectomía labial superior mediante la técnica de pinzas hemostáticas y excisión de la papila palatina.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS: Se recetaron analgésicos para en caso de dolor y anti-inflamatorios y compresas de hielo para reducir la hinchazón; enjuagatorios por medio de antisépticos bucales despues de cada comida; llevar una dieta blanda, sin grasas ni irritantes; evitando así un foco local de infección.

APARATOLOGIA UTILIZADA PARA EL CIERRE DEL DIASTEMA: No hubo necesidad de colocar aparatologia para el cierre del diastema; fue remitido con el ortodoncista para la corrección adecuada de posición del incisivo lateral para el adecuado cierre del diastema.

ACTUALMENTE: Despues de 15 días de la intervención la posición del diastema es practicamente cerrado con mejoría notable de la posición del eje longitudinal de los incisivos centrales superiores.

NOTA: SE PRESENTAN FOTOGRAFÍAS PREOPERATORIAS Y POST-OPERATORIAS DE 15 DIAS DEL CASO MENCIONADO.



Fotografía preoperatoria del paciente, observese el diastema localizado entre los incisivos centrales superiores al levantamiento del labio presenta blanqueamiento del frenillo y de la papila palatina.



Fotografía postoperatoria después de 15 días de la intervención quirúrgica; la posición del diastema es prácticamente cerrado, con una mejoría notable de la posición del eje longitudinal de los incisivos centrales superiores.

CASO CLINICO III

NOMBRE: Javier Gómez

EDAD: 7 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante (escolar)

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: Sin importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia con su desarrollo, presentando un espacio anormal entre los incisivos centrales superiores por lo que es enviado por su dentista para valoración y tratamiento con el cirujano bucal.

EXAMEN CLINICO: Edad aparente de acuerdo con la edad cronológica, intraoralmente presenta una apertura bucal dentro de los límites normales. Presenta un diastema entre los incisivos centrales superiores con un frenillo hipertrofiado del tipo triangular de inserción baja bastante fibrosa, con una separación aproximada de 4 mm. Se encontro cierta limitación del movimiento del labio superior y por lo tanto perturbaciones en la pronunciación. Al levantamiento del labio presenta blanqueamiento del frenillo.

RADIOGRAFICAMENTE: Existe depresión de la cresta interdientaria con una ligera separación de la sutura intermaxilar además de haber verificado la ausencia de mesiodents o quistes.

DIAGNOSTICO: Frenillo labial superior traumático del tipo triangular con diastema entre los incisivos centrales superiores.

INDICACIONES PREOPERATORIAS: Antibiótico terapia profiláctica 72- horas previas a la intervención quirúrgica con fenoxi-metil penicilina potásica; diazepam de 2 mg. por vía oral 12 hrs. antes de la intervención quirúrgica.

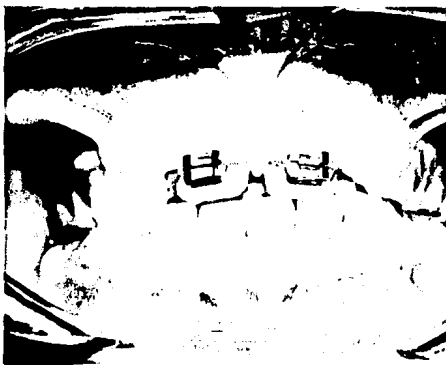
TRATAMIENTO EFECTUADO: Se practicó la frenillectomía labial superior por medio de la técnica de Federspiel, sin complicaciones locales ni generales.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS: Se recetaron analgésicos para en caso de dolor y anti-inflamatorios y compresas de hielo para reducir la hinchazón; enjuagatorios por medio de antisépticos bucales después de cada comida, llevar una dieta blanda, sin grasas ni irritantes; evitando así un foco local de infección.

APARATOLOGIA UTILIZADA PARA EL CIERRE DEL DIASTEMA: Se colocaron brackets en los incisivos centrales superiores cementados con resina y se colocó un alambre arco curvado parcial y se amarró bajo tensión de ambos brackets.

ACTUALMENTE: Después de haber sido terminada la cirugía y haber dado de alta al paciente se procedió a la colocación del aparato ortodóncico; se espera que con el continuo erupcionar de los incisivos laterales y con el aparato ortodóncico en aproximadamente un mes el cierre del diastema será completo.

NOTA: A CONTINUACION SE PRESENTAN FOTOGRAFIAS PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA DEL CASO CLINICO.



Fotografía preoperatoria del paciente, obsérvese el diastema localizado entre los incisivos centrales superiores y la forma triangular del frenillo presentando izquemia al levantamiento del labio superior.



Fotografía postoperatoria; después de haber sido terminada la cirugía y haber dado de alta al paciente se procedió a la colocación del aparato ortodóncico; se espera que con el continuo erupcionar de los incisivos laterales y con el aparato ortodóncico en aproximadamente un mes el cierre del diastema será completo.

C O N C L U S I O N E S

Entre los obstáculos insidiosos que el ortodontólogo encuentra a cada paso, los hay tan sencillos que escapan de la observación superficial; uno de ellos lo constituye la hipertrófia del frenillo labial superior.

Esta anomalía, observada con relativa frecuencia provoca desordenes bastante notables, cuyo origen pasa por alto las más de las veces. Este defecto de observación por parte del ortodontólogo da lugar fatalmente a un fracaso, si no desde el punto de vista inmediato, a lo menos en los resultados obtenidos a la larga.

Durante el desarrollo del presente tema, se encontró que en la odontología existe una gran polémica con respecto a la eliminación quirúrgica o no del frenillo labial superior traumático; lo que hace más interesante el tema tratado.

En la presente se concluye, que pese a las controversias, existen puntos claves y determinantes en los que no cabe la posibilidad de duda de la eliminación del frenillo.

El origen del frenillo labial se desconoce, pero se sabe que la genética juega un papel importante en el mismo.

El diagnóstico es de suma importancia y está basado principalmente en la observación clínica donde se verá su inserción, izquemia a la tracción, presencia y forma del diastema.

La técnica recomendada para la eliminación del frenillo dependerá de cada caso en particular y llevada a cabo con mucha destreza y eficacia.

Para el cierre del diastema; hay numerosos aparatos utilizados hoy en día para realizar los movimientos dentarios; los aparatos fijos son los que permiten ejercer al máximo la habilidad técnica y además proporciona el medio de control más seguro y eficaz sobre la dirección e intensidad de las fuerzas aplicadas en el cierre del diastema.

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

- 01.- H. Birn, J. E. Winther; Atlas de cirugía oral, Segunda edición 1977; Salvat editores S. A.; Barcelona, España; pág. - 98-102.
- 02.- Ries centeno Guillermo; Cirugía bucal; Octava edición 1979;- Argentina, Buenos Aires; pág. 413-418
- 03.- Costich White; Cirugía bucal; Editorial interamericana; Primera edición 1974; pág. 114-117
- 04.- Zegarelli Edward; Diagnóstico en patología oral; Editorial - salvat; Primera edición 1972; pág. 506-507
- 05.- Glickman Irvin; Periodontología clínica; Editorial interamericana; Cuarta edición; Argentina, Buenos Aires; pág. 114-117
- 06.- Ralph E. McDonald; Odontología para el niño y el adolescente Editorial mundi; Argentina, Buenos Aires; Segunda edición - pág. 12-13
- 07.- Orban Wentz, Everett Grant; Periodoncia-parodontología; Editorial interamericana; Primera edición 1960; pág. 272-279
- 08.- Kurt H. Thoma; Patología bucal; Editorial hispano americana; Segunda edición 1959; Tomo II; pág. 996-997
- 09.- Daniel Waite; Cirugía bucal practica; Editorial continental; Primera edición 1978; pág. 234-238
- 10.- Thomas j. Starshak; Cirugía bucal preprotética; editorial - mundi; primera edición; Argentina; pág. 113-117

- 11.- J. S. Beresford, Clinch, Halden, Walther y col.; Ortodoncia-actualizada; Editorial mundi; Segunda edición; Argentina, - Buenos Aires; pág. 189-190
- 12.- T. M. Graber; Ortodoncia teórica práctica; Editorial interamericana; Tercera edición; pág. 638-639, 715, 719, 723
- 13.- Leonard Hirshfeld y Arnold Geiger; Pequeños movimientos dentarios en odontología general; Editorial mundi, Argentina, - Buenos Aires; Tercera edición; pág. 127-130, 363
- 14.- White, Gardiner y Leighton; Manual de ortodoncia; Editorial-mundi; Primera edición; Argentina, Buenos Aires; pág. 107, - 208, 211
- 15.- Moyers Robert; Manual de ortodoncia; Editorial mundi; Primera edición; Argentina, Buenos Aires; pág. 587
- 16.- Antonio J. Guardo, Carlos R. Guardo; Ortodoncia; Editorial - mundi; Primera edición 1981; Argentina, Buenos Aires; pág. - 295-299
- 17.- Gaillard y Nogué; Tratado de estomatología técnica ortodóntica; Editorial pubul; Barcelona 1935; pág. 312-321
- 18.- Begg y Kesling; Ortodoncia de Begg teoría y técnica; Editorial revista de occidente; Segunda edición; España, Madrid; - pág. 80-81
- 19.- Anderson G. M.; Ortodoncia práctica; Editorial mundi; Primera edición; Argentina, Buenos Aires; pág. 493

- 20.- Joseph M. Sim; Movimientos dentarios menores en niños; Editorial mundi; Primera edición 1973; Argentina, Buenos Aires; - pág. 124
- 21.- Viken Sassouni; Orthodontics in dental practice; the C.V.; - Mosby company; Saint Louis 1971; pág. 396-397
- 22.- Sidney B. Finn; Odontología pediátrica; Editorial interamericana; Cuarta edición; México D.F. 1982; pág. 365-367, 322-323
- 23.- John G. Edwards; American Journal of Ortodontics; The diastema, the frenum, the frenectomy: A clinical study; Volume 71. number 5, May 1977; pág. 489-507
- 24.- Cynthia A. Banker; Alternative methods for the management of persistent maxillary central diastema; Et al Gen Dent 1982; - Mar-apr.; 136-139
- 25.- Norman Goodman; Treatment of diastema: Not always frenectomy- Dent Survay 51 (4): 28, 1975
- 26.- Becker Adrian; The median diastema; Dent clin North American 22 (4): 685, 1978.