

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



PROBLEMAS CAUSADOS POR LA ANORMALIDAD DE
INSERCIÓN DE FRENILLOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIA DE LOURDES HERNANDEZ RODRIGUEZ

ASESOR: DRA. ANA LILIA MARTINEZ RIVAS

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



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 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

INTRODUCCION

CAPITULO I: FRENILLOS.....	3
A) Anatomía e inserción de frenillos y fisiología.....	5
CAPITULO II: PROBLEMAS CAUSADOS DE INSERCIÓN DE FRENILLOS.....	8
A) Etiología.....	14
B) Áreas afectadas de la cavidad bucal por inserción de frenillos.....	22
CASUÍSTICA.....	29
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	44

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

Los frenillos labiales y lingual a menudo se pasan por alto en el examen bucal sistemático porque rara vez son un problema. Sin embargo, estas estructuras pueden causar ciertas anormalidades bucales y en un momento dado causar problemas al paciente desde un punto estético y -- funcional que más tarde puede llevar a problemas de tipo psicológico y fonético; también debe, os tomar en cuenta -- que muchas ocasiones es observado el problema por profesionistas y hacer necesario la intervención quirúrgica.

El cirujano bucal tendrá que hacer cirugía de tejidos blandos para corregir y ajustar situaciones tales como: una situación de frenillo limitado así como para manipular estructuras de tejido blando con el fin de crear un borde aceptable para una prótesis.

La manipulación de las fijaciones del tejido blando debe solamente considerarse en relación con la anatomía y fisiología del tejido blando en particular y de la estructura ósea subyacente.

CAPITULO I
"FRENILLOS"

Un frenillo es un pliegue de membrana mucosa que, por lo común, encierra fibras musculares que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar, o a la encía y el periostio subyacente. (9)

Los frenillos raramente son de naturaleza muscular, por lo general consisten en pliegues mucosas en la superficie vestibular bucal y, en ocasiones, lingual del borde alveolar.

Actúan como riendas flexibles, limitando el movimiento de los labios, mejillas y algunas veces, de la lengua. (16)

Los labios están adheridos a la encía alveolar en la línea media por un pliegue delgado de membrana mucosa llamada frenillo, el cual se extiende desde la superficie inferior de los labios hasta una distancia variable a lo largo de la encía alveolar.

El frenillo labial superior es invariablemente más largo que el inferior, y a veces, se extiende a lo largo de la encía marginal. En estos casos, el frenillo contiene generalmente tejido adiposo suele ser más grueso.

so y puede producir una separación entre los incisivos -
centrales superiores.

A) ANATOMIA E INSERCIÓN DE FRENILLOS Y FISIOLÓGIA

- Frenillo labial superior:

Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal. En el nacimiento ocupa un lugar prominente bajo del labio superior, conectando el labio con el paladar. Sin embargo, cuando los dientes temporales son reemplazados por los permanentes, el frenillo parece alejarse hacia el borde alveolar. Cuando todos los dientes permanentes han hecho erupción el frenillo apenas se nota. (4)

Se trata de una formación fibrosa, de volumen variable, que ocupa la línea media del surco vestibular superior inmediatamente por debajo del surco. Las fibras que lo componen se extienden desde la cara interna del labio superior hasta el flanco vestibular del reborde, donde se insertan firmemente en el periostio.

Su presencia determina un repliegue mucoso que configura una superficie triangular cuando el labio es -

distendido; la base es la que interrumpe, la continuidad del surco y los lados están adheridos, uno a la cara interna del labio y otro a la mucosa del reborde.

El borde libre puede ser liso o presentar un pequeño mamelón, ocasionalmente doble.

Este frenillo responde embriológicamente a un tracto fibroso interpuesto entre el proceso labial y el esboso de bóveda palatina; con el desarrollo del proceso maxilar y posteriormente con la erupción dentaria, se va seccionando y determina dos formaciones: a nivel del surco el frenillo labial y en la porción anterior de la vóveda, en la parte media, la papila incisiva.

Este fundamento embriológico explica los distintos niveles que puede alcanzar la inserción maxilar del frenillo, alta o baja en el flanco del reborde, en la propia cresta o proyectando sobre la bóveda. De la misma forma de inserción en la cara interna del labio puede alcanzar mayor o menor extensión.

Este haz fibroso puede ser único o doble. (6)

Un frenillo vestibular es una banda de tejido co-

nectivo fibroso, cubierto por mucosa, que une el labio - al proceso alveolar. El frenillo vestibular superior -- suele ser más prominente y fibroso que el inferior, el - que por lo general se halla reducido a un mero vestigio. El frenillo superior, cuando es pequeño, se inserta en - la parte superior del surco vestibular, pero cuando es - grande se inserta en la cresta del proceso alveolar o en la papila incisiva del paladar. (15)

Anatómicamente, el frenillo labial superior conec - ta inicialmente el labio superior al paladar y, con el - envejecimiento a la apófisis alveolar. En algunos pa - cientes, puede insertarse en la papila incisiva.

Con el crecimiento y el desarrollo del maxilar su - perior y la erupción de los incisivos centrales permanen - tes, la inserción en la apófisis alveolar generalmente - retrocede. Para el momento que han erupcionado todos -- los dientes permanentes el frenillo por lo general no es notable. (13)

Con frecuencia es obvio que el frenillo se encuen - tre solo porque hay un exceso de espacio y no hay sufi - ciente presión de erupción del diente para causar resor -

ción de la unión fibrosa. Sin embargo, puede haber ocasiones en que el frenillo esté tan bajo y el tejido tan fibroso que probablemente pueda ser la causa del diastema de la línea media. (14)

Embriológicamente el frenillo se desarrolla de la fusión de las prominencias globulares durante el segundo mes de vida fetal, haciéndolo más rápidamente que el alveolo se diferencia del paladar y, a medida que se va desarrollando las dos mitades laterales del alveolo se reunen dejando una hendidura a través de la cual pasa el -- frenillo hasta el punto medio del alveolo.

El desarrollo posterior hace que las mitades laterales empujen hacia fuera el frenillo. Si al debido -- tiempo el alveolo no se ha unido debidamente y no ha empujado al frenillo; éste conserva sus primitivas relaciones en la vida infantil.

En la erupción de los dientes caducos la parte -- crestosa del frenillo tiende a desaparecer, debido no solamente a la presión, que es proporcional al espacio disponible para la erupción de los dientes, su tamaño, forma y número, sino también al rápido aumento de profundi-

dad del alveolo.

A medida que el niño crece y se desarrolla, el aumento de tamaño de los senos maxilares y del proceso alveolar determinan el aumento del diámetro vertical. Cuando el crecimiento hacia abajo de los huesos maxilares -- tiene lugar, hay una tendencia de él a permanecer estacionario o moverse hacia arriba.

Por lo tanto lo que puede parecer frenillo anormal a los cuatro años; tal vez sea normal a los ocho o diez años. (7)

CAPITULO II

"PROBLEMAS CAUSADOS DE INSERCIÓN DE FRENILLOS"

Un frenillo se convierte en problema si está insertado muy cerca de la encla marginal. Entonces, puede traccionar el 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 encla y conducir a la formación de bolsas o dificultar el cepillado dental adecuado. (9)

Un frenillo superior ubicado anormalmente va a interferir con el cierre permanente de un diastema de la línea media superior. El diagnosticar la diferencia entre un frenillo normal y uno anormal es fundamental y a menudo se pasa por alto.

Esto es especialmente significativo cuando los incisivos laterales superiores, están congénitamente ausentes y existe un diastema ancho.

Un frenillo anormalmente ubicado, con fibras que se insertan en la papila incisiva, impedirá el contacto mesial permanente de los incisivos centrales. Este tipo de frenillo debe eliminarse para que el tratamiento ortodóncico o periodontal o prostodóncico tengan éxito y pa-

ra que se logre la corrección permanente de los diastemas.

Si se coordinan la cirugía y el tratamiento ortodóntico, el tejido cicatrizal en el sitio de la cirugía no debe constituir una preocupación desde el punto de vista clínico. (13)

Los frenillos labiales grandes que se extienden entre los incisivos centrales superiores pueden originar el espaciamiento de estos dientes. Pero los incisivos centrales superiores se hallan con frecuencia espaciados en ausencia de un frenillo anormal y grande, por lo que no podemos atribuir a un frenillo anormal la existencia de todos los diastemas entre incisivos centrales superiores.

Parece que el espaciamiento de los incisivos centrales superiores, es causado usualmente cuando las fibras del frenillo pasan entre estos dos dientes y están conectadas al hueso lingualmente a ellos. (2)

Una regla en ortodoncia dice que antes de empezar una frenillectomía se debe intentar cerrar el diastema.

Por lo general hay una acumulación inicial de frenillo - después del cierre del espacio, seguido por la resorción natural. Si después de cierto tiempo no hay resorción - entonces se lleva a cabo la frenillectomía en espera de resultados ortodónticos, se teme que si la frenillectomía se realiza antes del cierre del espacio, el tejido cicatrizal resultante sea más resistente que el frenillo original.

Esto podría dificultar en extremo los procedimientos de cierre del espacio. (14)

El frenillo vestibular del maxilar superior consiste en haces fibrosas de la membrana mucosa en la línea media, pero no contiene músculos no tiene acción propia. Esta banda tisular en su posición superior comienza en forma de abanico que converge a medida que se aproxima al descender hacia su inserción terminal del lado vestibular del reborde.

La escotadura vestibular en el flanco vestibular de la prótesis será lo suficientemente amplia y profunda para alojar exactamente el frenillo sin manipulación del labio. Este detalle se tendrá en cuenta al efectuar el-

alivio de esa inserción.

Los bordes protésicos no solamente deben ser más bajos sino que serán más delgados en la proximidad de la escotadura. Se puede incorporar una moldura convexa en la base protésica para perfeccionar el sellado alrededor de la escotadura. (3)

El frenillo puede causar la separación de los incisivos centrales permanentes, antes de la erupción de los caninos también permanentes.

Cuando estos últimos bajan para ocupar su lugar en el arco, ejercen presión en dirección mesial, porque un bicúspide con dos raíces es más firme que los incisivos, que sólo tienen una. El resultado es la posibilidad de cerrar el espacio entre los incisivos, sin rechazar el frenillo.

La operación está indicada sólo cuando el frenillo causa y mantiene la separación de los incisivos, manteniendo igualmente una eversión o inversión del labio.

Hay un temprano estado de erupción en que los - -

dientes anteriores no han alcanzado, aún su debido largo a causa, parece, de la existencia de un duro tejido intermedio. Cuando se completa el crecimiento al brotar los incisivos laterales y, particularmente los caninos, el espacio se cierra. Agrandando el labio y tirando del frenillo se descubre, su inserción, porque blanquea el área en que está adherido.

Clasificación de varios tipos de frenillos anormales:

1. Ancha base, con forma de abanico en el labio.
2. Ancha base, con forma de abanico entre los incisivos-centrales.
3. Ancha base, con forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
4. Frenillo ancho difuso y grueso. (7)

A) ETIOLOGIA

Un tema controvertido en ortodoncia, es la relación entre el frenillo labial y el diastema que se presentan entre los incisivos superiores. La mayor parte de esta controversia se debe a la falta de entendimiento acerca del papel de la herencia, tamaño de los dientes, hábitos locales y procesos de crecimiento y desarrollo, con los consiguientes cambios en la posición de los dientes.

Los espacios entre los incisivos centrales superiores y la presencia de una inserción fibrosa como el frenillo labial proporciona una excelente controversia.

(11)

Es importante realizar un examen cuidadoso y un diagnóstico diferencial antes de que el dentista intervenga quirúrgicamente.

Al nacimiento el frenillo se encuentra insertado en el borde alveolar, las fibras penetrando hasta la papila interdientaria lingual.

Al emerger los dientes y al depositarse hueso al-

veolar, la inserción del frenillo migra hacia arriba con respecto al borde alveolar.

Pero en algunos casos puede permanecer estacionaria, de manera que lo que es un frenillo anormal a la edad de 4 años, puede ser normal a los 8 años.

Las fibras pueden persistir entre los incisivos centrales superiores y en la sutura intermaxilar en forma de V.

La presión en los laterales permanentes y caninos en erupción generalmente resulta en cierre de espacio -- sin necesidad de interferencias ortodónticas o quirúrgicas. (8)

- Frenillo en forma de abanico.

El frenillo anormal es comúnmente grueso en forma y apariencia de abanico hacia abajo, cubriendo a la cresta alveolar. Un estirón del labio blanqueará el tejido gingival.

Sin embargo, en algunos indivisuos esta banda de fibras no elásticas es más tensa y actúa como barrera pa

ra la migración mesial de los incisivos centrales durante la erupción, provocando la formación de un diastema - de proporciones notables. (11)

Hay frecuentes casos de más o menos separación entre los incisivos centrales permanentes brotantes común en la infancia. (7)

- Frenillo fibroso:

La existencia de un frenillo fibroso no siempre significa que exista espacio. Con frecuencia, en el curso del tratamiento ortodóntico las fibras interpuestas - se atrofian, lo que hace innecesario intervenir quirúrgicamente. Un auxiliar para el diagnóstico que nos ayuda a determinar el papel del frenillo es la prueba del blanqueamiento. (11)

- Frenillo patológico.

Cuando sí existe un frenillo patológico, se nota un blanqueamiento de los tejidos en dirección lingual a los incisivos centrales superiores.

Esto casi siempre significa que la inserción fibrosa aún permanece en esta zona. Esta inserción muy -

bien puede interferir el desarrollo normal y el cierre - del espacio.

El componente hereditario es un factor primordial en diastemas persistentes. Por lo tanto, un examen de - los padres u los hermanos es recomendable cuando se ob- - serva un diastema. (11)

Bastante investigación se ha realizado respecto a la relación del frenillo labial superior y el diastema - de la línea media que persiste después de la erupción de los caninos..

Aunque no se ha establecido una relación directa- causa-efecto parece haber una asociación entre los dos.

Aunque es difícil determinar cuáles frenillos son causantes de los diastemas, aquél frenillo que provoca - blanqueamiento de la mucosa del palatino cuando es jala- do desde labial parece tener una mayor ingerencia. (1)

B) AREAS AFECTADAS DE LA CAVIDAD BUCAL POR INSERCIÓN DE FRENILLOS.

- Lesiones mucogingivales:

Las lesiones producidas por la inserción alta de frenillo suelen presentar problemas mucogingivales. Si la inserción del frenillo se acerca a la encla libre o se extiende hacia ella, cualquier tracción sobre el frenillo produce isquemia gingival y la apertura del surco gingival.

Combinado con traumatismos pequeños provenientes de los alimentos o el cepillado, la tracción del frenillo produce recesión, exposición radicular y la consiguiente hipersensibilidad agravada por la acumulación de placa. (12)

- Factores fisiológicas:

Algunos factores fisiológicos pueden contribuir a la formación de diastemas, como se ha visto en las inserciones patológicas del frenillo; muy relacionada con esto resulta la ubicación de la conjunción mucogingival - un límite que separa la encla de la mucosa alveolar. (10)

- Lesiones en la dimensión vertical:

Hay otras causas de diastema una oclusión que crea un descenso de la dimensión vertical. (10)

- Lesiones producidas por la prótesis:

Cuando el frenillo se inserta en la cresta del reborde alveolar o cerca de ella, se halla sometido a la irritación repetida proveniente del flanco de la prótesis. (15)

En su significación práctica constituye un elemento solidario con los movimientos del labio, y cuando éste desciende, baja junto con el surco vestibular interfiriendo con el borde de una prótesis.

Su presencia será tanto más inconveniente cuanto más grueso sea el cordón fibroso y más cerca de la cresta del reborde se produzca su inserción.

En los casos de los frenillos de pequeño volumen puede observarse su existencia registrando sus desplazamientos durante la toma de impresión, pero en determinados casos es perentorio efectuar su resección quirúrgica. (6).

álbulo, debe intentarse tomar con la aguja de sutura no solo la mucosa, sino también el tejido conectivo bajo la espina nasal anterior.

Los resultados son mejores, se puede colocar inmediatamente después de la operación una tablilla o una dentadura postiza.

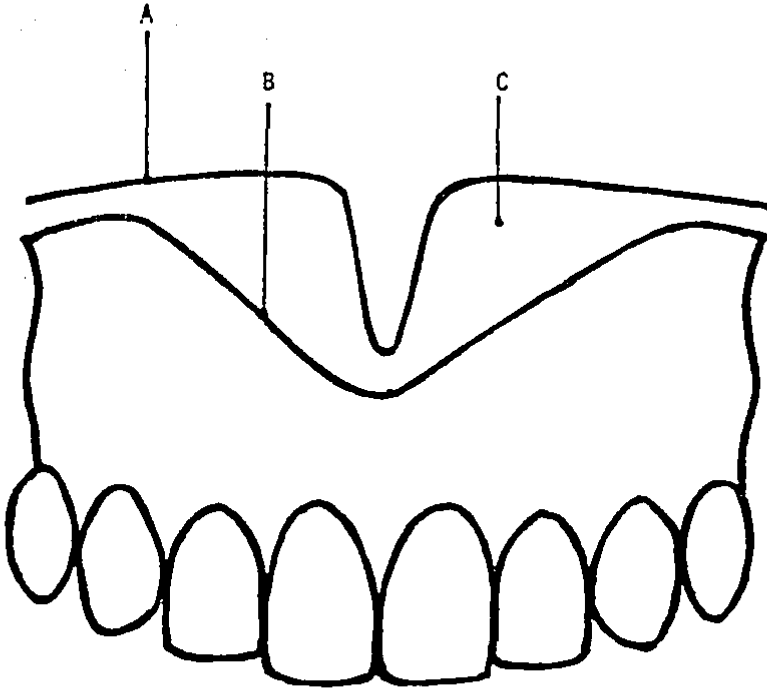


FIG. 7-11 Flanco vestibular superior A, forma correcta del flanco vestibular; B, forma incorrecta del borde protético; C, zona que debería estar cubierta.

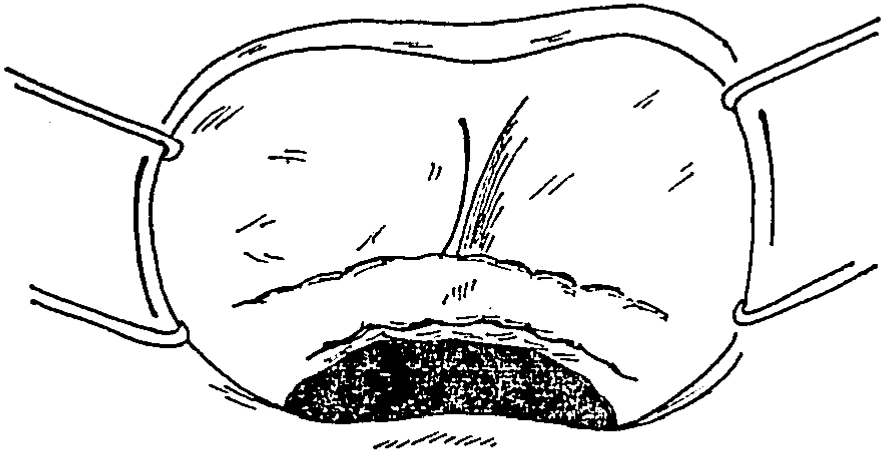
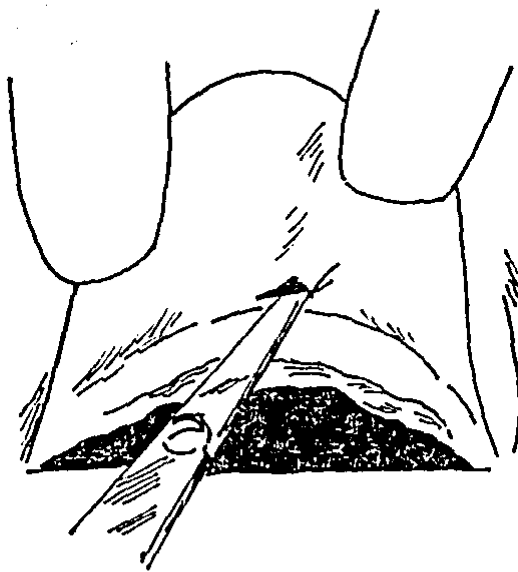
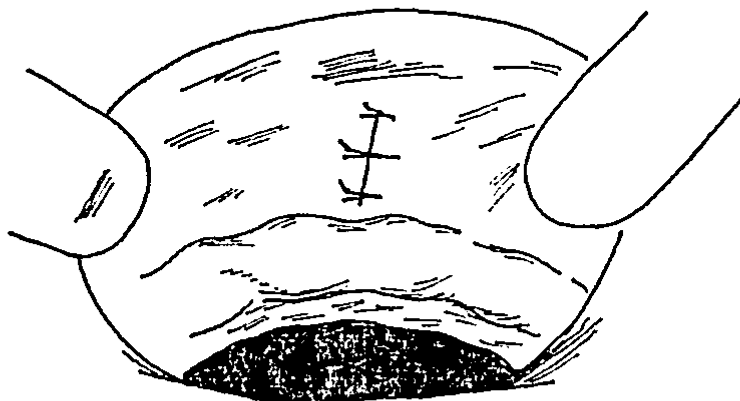


FIG. 10-5 A, Frenillo labial superior que hubiera causado un problema en la construcción de la dentadura postiza si no se hubiera modificado.



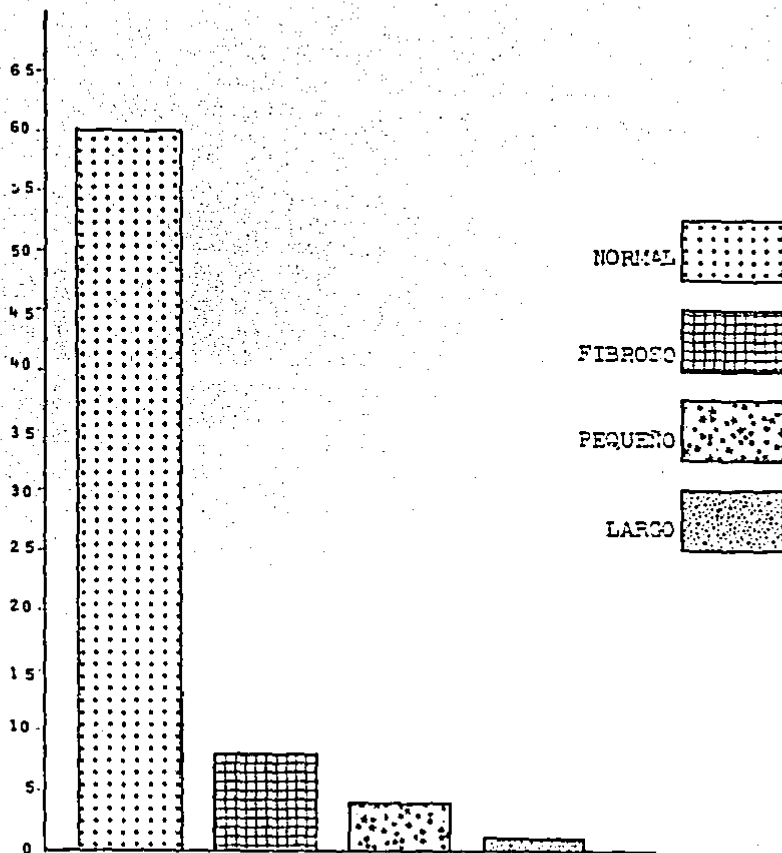
B, Se hace un corte transversal con las tijeras.



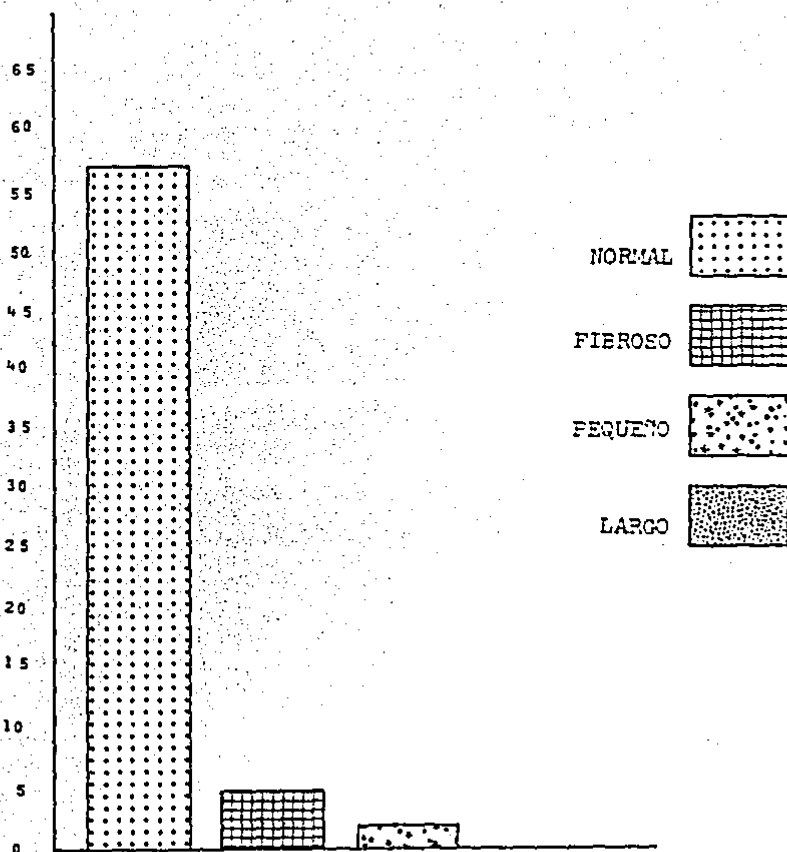
C, Se han aproximado los bordes de la herida. El punto de sutura medio - debe incluir el tejido bajo la espina nasal.

C A S U I S T I C A

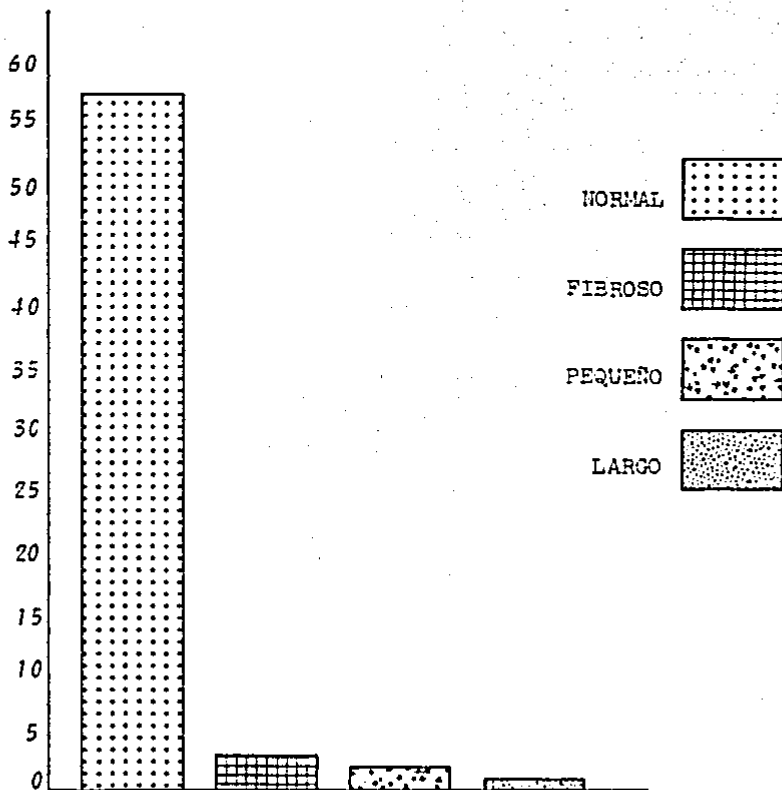
GRAFICA PARA NIÑOS DE 6 A 7 AÑOS
(43 NIÑOS DE 6 AÑOS Y 30 NIÑOS DE 7 AÑOS)



GRAFICA PARA NIÑOS DE 8 A 9 AÑOS
(45 NIÑOS DE 8 AÑOS Y 19 NIÑOS DE 9 AÑOS)



GRAFICA PARA NIÑOS DE 10 A 11 AÑOS
(36 NIÑOS DE 10 AÑOS Y 28 NIÑOS DE 11 AÑOS)



El frenillo labial superior a menudo es ignorado en un arco anterior desdentado. Al construir una dentadura postiza, se toman medidas para evitar el frenillo, pero esta estructura es frecuentemente una fuente de irritación.

Una vez que la dentadura está colocada en su lugar, estos problemas pueden evitarse poniendo el frenillo en su posición normal al extraer los dientes anteriores.

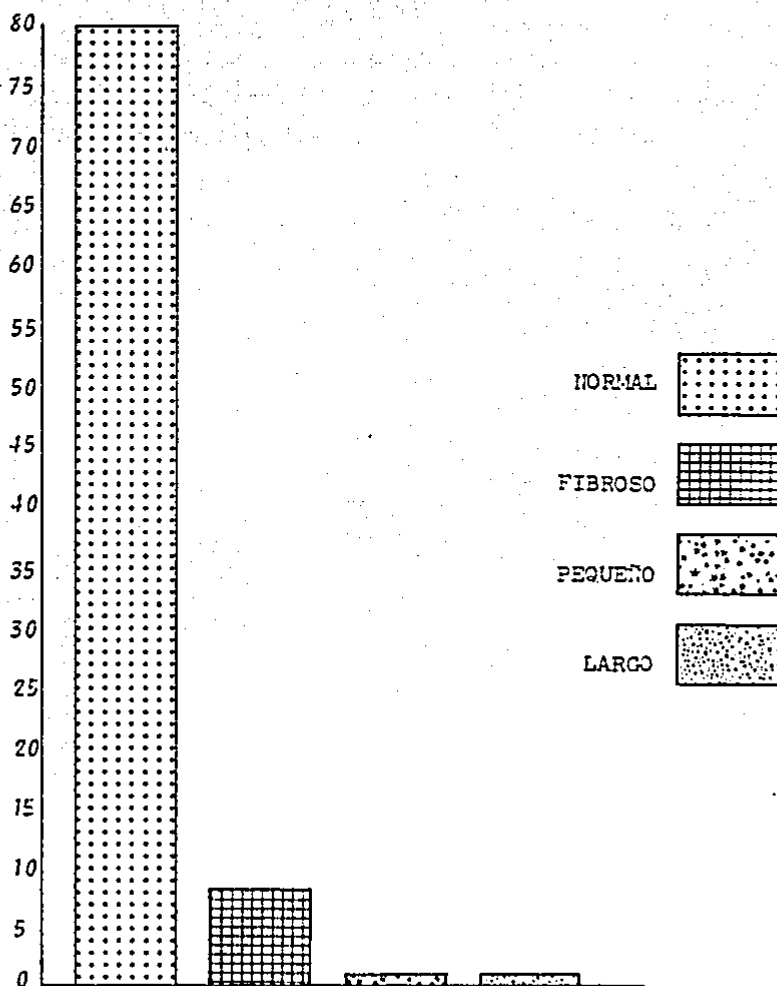
Debe quedar un surco liso después que el frenillo se ha puesto en posición.

El frenillo puede ponerse en su posición normal de diversas maneras, como por ejemplo con la plastia en Z, pero puede bastar una incisión transversa simple cerca del borde alveolar.

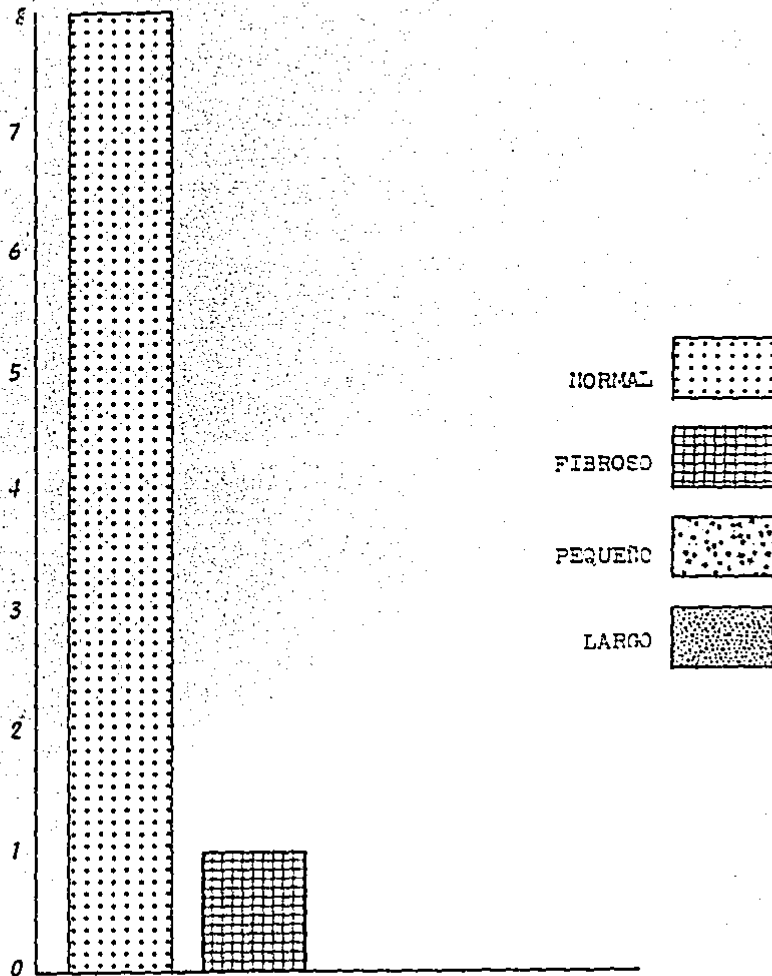
Después que la asistencia eleva el labio, esta incisión a través de mucosa puede hacerse con bisturí o con tijeras de disección.

Una vez que se llega a la parte más alta del ves-

GRAFICA PARA NIÑOS DE 12 A 13 AÑOS
(50 NIÑOS DE 12 AÑOS Y 40 NIÑOS DE 13 AÑOS)



GRAFICA PARA NIÑOS DE 14 A 15 AÑOS
(5 NIÑOS DE 14 AÑOS Y 4 NIÑOS DE 15 AÑOS)



CASO CLINICO No. 1

NOMBRE: Ana Rosa Rocha

EDAD: 15 años

SEXO: Femenino

TRATAMIENTO: Frenectomía.

HISTORIA: La paciente Ana Rosa Rocha de 15 años de edad presento diastema en la línea media presencia de tejido fibroso, que apareció gradualmente desde la edad de 6 años produciendo separación de dientes anteriores superiores.

HALLAZGOS CLINICOS: El examen clínico reveló, frenillo labial anormalmente ubicado.

PLAN DE TRATAMIENTO: Cirugía, la escisión del frenillo labial superior se realizó para eliminar la causa de la migración distal de los incisivos centrales, lo que se obtuvieron buenos resultados después de observar al paciente durante 3 meses.

CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: Carlos Serratos.

EDAD: 14 años.

SEXO: Masculino

TRATAMIENTO: Frenectomía.

HISTORIA: El paciente Carlos Serratos de 14 años de edad se presentó con un problema de los dientes anteriores superiores, presentaba un frenillo -- muy alargado y poco fibroso que se insertaba en la cresta del reborde alveolar, el cual ocasionaba irritación constantemente por los alimentos y cepillado.

HALLAZGOS CLINICOS: El examen clínico reveló frenillo labial anormalmente ubicado.

PLAN DE TRATAMIENTO: Cirugía, se realizó la frenectomía para eliminar el tejido sobrante, este tejido hubiera causado un problema posterior en edad más avanzada en la construcción de una dentadura postiza, si no se hubiera modificado.

CASO CLINICO No. 3

NOMBRE: Alma Rosa Estrada Cueto

EDAD: 11 años.

SEXO: Femenino.

TRATAMIENTO: Ortodoncia.

HISTORIA: La paciente Alma Estrada Cueto de 13 años de edad, se le hizo el examen clínico y presentó un diastema en incisivos superiores a causa de un frenillo fibroso, se sugirió colocar 2 bandas en incisivos centrales superiores antes de hacer intervención quirúrgica para cerrar dicho espacio durante 6 meses cerró el espacio completamente y con la ayuda de la erupción de los caninos permanentes no fue necesaria la frenectomía.

HALLAZGOS CLINICOS: Frenillo fibroso.

PLAN DE TRATAMIENTO: Ortodoncia; Se colocó 2 bandas para cerrar el espacio de los centrales superiores sin necesidad de hacer frenectomía.

CASO CLINICO No. 4

NOMBRE: Martha Flores Coca

EDAD: 13 años

SEXO: Femenino

TRATAMIENTO: Frenectomía

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HISTORIA: La paciente Martha Flores Coca de 13 años de edad en el examen clínico presentó un frenillo ancho, difuso y grueso provocando separación de dientes anteriores.

HALLAZGOS CLINICOS: El examen clínico reveló un frenillo ancho, difuso y grueso ubicado anormalmente.

PLAN DE TRATAMIENTO: Cirugía: Se intervino quirúrgicamente y posteriormente se corrigió el diastema que presentaba.

CASO CLINICO No. 5

NOMBRE: Fernando Galindo

EDAD: 13 años

SEXO: Masculino

TRATAMIENTO: Frenectomia

HISTORIA: En el paciente Fernando Galindo de 13 años de edad, se observó un frenillo en forma de abanico, sin presentar alteración en los dientes anteriores superiores.

HALLAZGOS CLINICOS: El examen clínico reveló un frenillo en forma de abanico.

PLAN DE TRATAMIENTO: Cirugía: Se realizó la frenectomia.

CONCLUSIONES

El frenillo vestibular es una formación fibrosa de volumen variable que ocupa la línea media del surco vestibular superior inmediatamente por debajo del surco.

Su presencia determina un repliegue mucoso que configura una superficie triangular cuando el labio es destendido, la base es la que interrumpe la continuidad del surco y los lados están adheridos uno a la cara interna del labio y otro a la mucosa del reborde.

El frenillo vestibular rara vez es un problema, sin embargo estas estructuras pueden causar ciertas anomalías, por ejemplo:

Puede aparecer un diastema entre los incisivos superiores debido al frenillo, sin embargo cuando hacen erupción los dientes incisivos lateral y canino este espacio casi siempre se cierra.

Si el frenillo está insertado muy cerca del margen gingival entonces puede hacer tracción del margen gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes.

En su significación protética constituye un ele-

mento solidario con los movimientos del labio y cuando - Este desciende, baja junto con el surco vestibular interfiriendo con el borde de una prótesis, su presencia será tanto más inconveniente cuanto más grueso sea el cordón fibroso y más cerca de la cresta del reborde se produzca su inserción.

En estos casos pueden causar ciertas anormalidades bucales y hacer necesaria la intervención quirúrgica.

En un estudio realizado en 300 niños de edad comprendida entre 6 y 15 años. Estadísticamente se comprobó que hay mayor incidencia de diastemas producidas por presencia de tejido fibroso en niños de 6 a 9 años, siendo este un problema disminuido por la erupción de los -- permamentes ocupando después el espacio de dicho tejido.

BIBLIOGRAFIA

1. BARBER, THOMAS K., LUKE, LARRY S.
Odontología Pediátrica.
Editorial "El Manual Moderno, S.A. de C.V."
1a. Edición.
México, D.F.
P.P. 254, 255, 493.

2. BEGG, P.R., KESLING, PITER C.
Ortodoncia de Begg, Teoría y Técnica.
Editorial Revista de Occidente, S.A.
2da. Edición.
Madrid, 1973.
P.P. 80.

3. BOUCHER, CARL O.
Prótesis para el desdentado total.
Editorial Mundi,
7ma. Edición.
Buenos Aires Argentina.
P.P. 114, 115.

4. COSTICH, WHITE
Cirugía bucal.
Editorial Interamericana
1a. Edición.
P.P. 114, 115.

5. DIAMOND, MOSES, D.D.S.

Anatomía Dental.

Editorial Hispano-Americano. México

1a. Edición

México, D.F.

P.P. 251.

6. FIGUN, MARIO EDUARDO, GABINO, RICARDO RODOLFO.

Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada.

Editorial El Ateneo.

2da. Edición.

Buenos Aires, Argentina.

P.P. 510.

7. FLOYDE, EDDY HOGEBOOM

Odontología e Higiene Odontológica.

Editorial Hispano-Americano

1a. Edición

México, D.F.

P.P. 429, 430.

8. FINN, SIDNEY B.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
4a. Edición
México, D.F.
P.P. 364, 465.

9. GLICKMAN, IRVING
Periodontología Clínica
Editorial Mundí
3ra. Edición
Buenos Aires, Argentina.
P.P. 929.

10. GOLDSTEIN, RONALD E.
Estética Odontológica
Editorial Intermédica
1ra. Edición.
Buenos Aires Argentina.
P.P. 150, 151.

11. GRABER, T. M.
Ortodoncia Teórica y Práctica
Editorial Interamericana
7ma. Edición
P.P. 114, 115

12. GRANT, DANIEL A., STERN, IRVING B., EVERT, FRANK G.
Periodoncia de Orban, Teoría y Práctica.
Editorial Interamericana
4ta. Edición.
México, D.F.
P.P. 475.

13. SEIDE J. LEONARD.
Odontología Restauradora
Editorial Médica Panamericana, S.A.
1ra. Edición.
México, D.F.
P.P. 697

14. SPIRO, CHACONAS J.
Ortodoncia.
Editorial El Manual Moderno
1ra. Edición
México, D.F.
P.P. 220, 221, 235

15. STARSHAK, THOMAS J.

Cirugía Bucal Protética.

Editorial Mundi

Ira. Edición

Buenos Aires, Argentina.

P.P. 113, 114, 115.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**