

870122

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"EDAD IDEAL PARA LA FRENILECTOMIA EN NIÑOS,
SUS CONVENIENTES E INCONVENIENTES".

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

ALMA ROSA AMEZCUA TAMAYO

ASESOR: DRA. ENRIQUETA TORRES VIRAMONTES

GUADALAJARA, JALISCO, 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I	
ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL FRENILLO -----	3
CAPITULO II	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA FRENILECTOMIA -----	16
CAPITULO III	
TECNICAS QUIRURGICAS DE LA FRENILECTOMIA -----	42
CAPITULO IV	
PROBLEMAS CAUSADOS POR FRENILLO LARGO -----	62
CONCLUSIONES -----	72
BIBLIOGRAFIA -----	74

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Esta tesis la realicé para tener un mayor conocimiento de la problemática que existe acerca de los frenillos labiales largos y anchos y frenillos linguales cortos.

Para que los dentistas de práctica general tengamos una mejor y más amplia información acerca de los diversos problemas que ocasionan los frenillos anormales como son los diastemas entre los incisivos centrales superiores, las bolsas paradontales, la dificultad para pronunciar diversas palabras en ciertos casos, hay ocasiones en las que se ulceran los frenillos por el roce de los incisivos, con más frecuencia.

Me interesó este tema porque en el transcurso de mis estudios profesionales observé varios casos en los cuales a esos niños se les realizó la frenilectomía a una edad no adecuada lo que ocasionó que no se realizara el cierre del diastema existente entre los incisivos centrales superiores por el tejido de cicatrización que se formó en esa zona.

Por lo tanto es de suma importancia conocer la edad adecuada para realizar una frenilectomía, que es en tre los 9 y 10 años de edad, cuando erupcionan los incisivos laterales y caninos permanentes y así ayuda al cie rre de los diastemas existentes, pero hay que realizar - lo más pronto posible el tratamiento de Ortodoncia.

Me he dado cuenta de que la mayoría de los casos los padres de familia son los que los llevan al consultorio dental porque no les gusta el aspecto de sus hi jos por el diastema que tienen y otros porque en la es-- cuela los hace sentir mal.

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL FRENILLO

MUSCULOS DE LOS LABIOS

Desde el punto de vista funcional se dividen - en constrictores y dilatadores del orificio bucal.

MUSCULO COMPRESOR DE LOS LABIOS:

Es un conjunto de fibrillas musculares que se dirigen de la cara profunda de la piel hasta la mucosa, cruzándose casi en ángulo recto con las fibras céntricas del orbicular de los labios.

Es más evidente su desarrollo en el recién nacido para cumplir el acto de la succión.

MUSCULOS DILATADORES:

a) Plano superficial;

Elevador común del ala de la nariz y labio superior: Se trata de un fascículo muscular delgado que - ocupa la profundidad del surco nasogeniano y extendido, desde el ángulo interno del párpado hasta el labio superior.

Acción: Elevación y eversión del labio superior con dilatación del orificio nasal (8).

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR

Es un músculo en forma de cinta, extendido del borde orbitario del labio superior.

1.- Inserción: Se inserta por arriba, en una extensión de 18 a 20 milímetros, en el maxilar superior, entre el agujero suborbitario y el reborde inferior de la órbita.

Desde este punto se dirigen sus fibras hacia abajo y adentro cruzando en parte la de los músculos procedentes y terminando en la cara profunda del labio superior.

2.- Relaciones: Cubierto en un origen por el orbicular de los párpados cubre a su vez una porción del canino y del orbicular de los labios. Su borde externo está en relación, por abajo, con el cigomático menor, al que bordea o con el cual se fusiona.

Su borde interno está en relación con el elevador común de la ala de la nariz y del labio superior y se une comunmente con él.

3.- Inervación: Por el facial (filetes suborbitarios de su rama temporofacial).

4.- Acción: Como su nombre lo indica, el músculo elevador propio del labio superior, eleva la porción media de este labio.

El maxilar inferior presta inserción a 32 - - músculos, 17 por cada lado.

Cuerpo de la mandíbula. En la cara posterior. Está la inserción del: Geniogloso, Genihiodeo, Milohioideo, Constrictor superior de la faringe.

El maxilar inferior es primitivamente doble y cada uno de sus mitades se desarrolla de un modo absolutamente independiente; es este un hecho admitido por todos los anatomistas.

LENGUA

Al mismo tiempo que el órgano del gusto, la lengua tiene un papel importante de la fonación y en la deglución. Su forma es la de un ovoide y presenta una cara superior, una cara inferior, 2 bordes laterales, una base y un vértice o punta (19).

Cara Superior.- Está dividido en 2 partes, una anterior y otra posterior, por un surco en forma de V abierta por delante, denominando surco terminal.

Cara Inferior.- Presenta igualmente un surco medio a cada lado del cual se transparentan, a través de la mucosa, las venas raninas. El surco medio se continúa por abajo con un repliegue mucoso, el frenillo de la lengua.

Bordes.- Van adelgazándose a la base de la punta de la lengua.

Base.- Está unida al hueso hioides y al maxilar inferior por músculos y láminas fibrosas y a la epiglottis por tres repliegues uno medio y dos laterales; es

tos tres repliegues glosopiglóticos limitan a cada lado una fosita glosopiglótica.

Punta.- Está excavada por un surco medio que se continúa por las caras superior e inferior de la lengua.

ESQUELETO DE LA LENGUA

La armazón esquelética de la lengua está representada por 2 láminas fibrosas: la membrana hioglosa y el séptum lingual.

A cada lado del frenillo se encuentra un tubérculo, en cuyo vértice se abre el conducto de Wharton. - Por fuera de este tubérculo, la mucosa del surco alveolo lingual está levantada por la glándula sublingual.

1°. La membrana hioglosa se inserta por abajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides y se extiende transversalmente bajo la mucosa hasta la proximidad de la V lingual.

2°. El séptum lingual es una lámina fibrosa foliciforme, vertical y media. Se inserta por una base en la mem-

brana hioglosa y termina por delante en la punta de la lengua.

La lengua posee 17 músculos, de los cuales 8 son pares; únicamente, el lingual superior, es impar.

- 1.- Geniogloso
- 2.- Lingual Inferior
- 3.- Hiogloso
- 4.- Estilogloso
- 5.- Glosostafilino
- 6.- Amigdalogloso
- 7.- Faringogloso
- 8.- Lingual Superior
- 9.- Transverso

VASOS Y NERVIOS DE LA LENGUA

Arterias- Proceden de la lingual.

Arteria Lingual- Rama de la carótida externa, pasa por encima del cuerpo mayor del hioides y canina en el espesor de la lengua por dentro del hiogloso y por abajo del lingual inferior.

Llegada al borde anterior del hiogloso se dividen en dos ramas, la sublingual y la ranina.

La vena lingual.

Nervios.- Los nervios de la lengua vienen del hipogloso mayor, del lingual y del glosofaríngeo (16).

Un frenillo es un pliegue de mucosa que, por - lo común, encierra fibras musculares que unen al labio y a las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente (6).

Los frenillos raramente son de naturaleza muscular. Por lo general, consisten de pliegues mucosos 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 (20).

Los frenillos son bandas musculares o aponeuró ticas que adhieren los labios, los carrillos o la lengua

a los rebordes alveolares.

La relación del frenillo con la lengua o los --
músculos de la expresión facial parece ser mínima.

En los recién nacidos, el frenillo labial superior está insertado próximo a la cresta del reborde alveolar.

Con la erupción de los dientes primarios y después de los permanentes anteriores y con el crecimiento concomitante de la altura del reborde alveolar, el frenillo se retira al punto que en los adultos, suele estar adherido justo en el límite mucogingival (5).

La lámina propia de la mucosa bucal y labial --
consiste en tejido conjuntivo denso, que envía papilas -
cortas e irregulares al espesor del epitelio.

La capa submucosa conecta la lámina propia a la fascia delgada de los músculos, y está formada por bandas de fibras colágenas agrupadas densamente. Entre ellos -
hay tejido conjuntivo laxo que contiene grasa y pequeñas glándulas mixtas.

Las bandas de tejido conjuntivo denso limitan - la movilidad de la mucosa, evitando así el alojamiento de la mucosa contra la musculatura y evitan su elevación en forma de pliegues.

La mucosa de la mejilla y los labios está adherida firmemente a los músculos buccinador de la mejilla y orbicular de los labios. En el surco la mucosa está conectada laxamente a las estructuras subyacentes, lo que permite los movimientos necesarios de los labios y las mejillas.

La mucosa que cubre la superficie externa de la apófisis alveolar está unida laxamente al periostio a la encía, pero está nítidamente limitada de la que se encuentra firmemente unida al periostio de la cresta alveolar y a los dientes.

Los frenillos labial y laterales son pliegues - de la mucosa que contienen tejido conjuntivo laxo, no se encuentran fibras musculares en ellos.

El paladar está separado del labio por un surco poco marcado, en cuya porción profunda se originan dos láminas epiteliales.

La lámina externa es la vestibular y la interna la dental. El proceso alveolar se forma después del mesodermo situado entre esas láminas.

La papila se desarrolla muy tempranamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar. Las rugosidades palatinas cruzan la parte anterior del paladar como pliegues transversales irregulares.

En esta etapa el labio muestra una división - - bien definida en una zona lisa externa, la pars glabra, y una zona interna dorada de vellosidades finas, la pars villosa.

En el labio superior la porción central de la pars villosa es prominente y forma el tubérculo del labio superior.

Un pliegue llamado frenum tacto labial, conecta la papila palatina con el tubérculo labial.

Durante etapas posteriores, cuando el proceso alveolar en crecimiento aumenta de tamaño, el frenum tacto labial se separa de la papila palatina y persiste con el frenillo labial superior, conectando el borde alveolar

con el labio superior (14).

En la línea media, la mucosa que reviste la superficie interna de cada lado se une a la encía adyacente por medio de una estructura vertical, situada en el plano sagital en forma de tabique, denominado frenillo.

Cuando esta estructura no se reduce de tamaño - lo suficiente durante el desarrollo embrionario, pasa entre los incisivos centrales hasta el paladar y ocasiona - un espacio anormal entre ellos (17).

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

El frenillo labial es más largo que el frenillo lingual, a veces, se extiende a lo largo de la encía marginal. En estos casos, el frenillo superior contiene generalmente tejido adiposo. Se encuentran pequeños pliegues semejantes de la mucosa que adhieren los labios y -

los carrillos a la encía alveolar (7).

(22) Jacobs describe 4 diferentes formas del frenillo anormal:

- a) De base ancha en forma de abanico en el labio.
- b) De base ancha en forma de abanico que se encuentra entre los incisivos.
- c) De base ancha en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d) El de amplio frenillo difuso adiposo.

(23) Monti describe tres tipos de frenillos:

- a) El frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo que son paralelos.
- b) El frenillo en forma triangular, cuya base coinciden con el surco gingival.
- c) El frenillo triangular en la base inferior (15).

LENGUA:

La punta de la lengua generalmente se pone en contacto con el paladar duro, por detrás de los incisivos superiores.

La lengua está formada de músculos extrínsecos e intrínsecos revestidos por una mucosa.

En la base de la lengua se continúa con la que reviste el suelo de la cavidad bucal. En la parte media hay un repliegue de la mucosa que pasa desde la superficie inferior de la lengua hasta el suelo de la boca y se denomina frenillo lingual. Contiene una rama terminal de la arteria sublingual. Cuando el frenillo es corto se produce la llamada lengua fija (17).

A veces se extiende anteriormente hasta la punta de la lengua, con lo que estorba para la libertad de movimiento e impedir el habla normal.

Generalmente se aconseja la extirpación de la parte anterior del frenillo lingual (5).

El repliegue que forma el frenillo está constituido histológicamente 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 (15).

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA FRENILECTOMIA

Veamos algunos nombres que se le dan a la inter
vención:

Corte de frenillos	Frenillotomía
Ablación de frenillos	Frenillectomía
Escisión de frenillos	Frenilectomía
Sección de frenillos	Frenulectomía
Resección de frenillos	Frenotomía

(21)

Finalidades: Las denominaciones frenectomía y frenotomía representan operaciones que difieren en grado. Frenectomía es la eliminación completa del frenillo, incluso su inserción al hueso subyacente, como se requiere en la corrección de un diastema anormal entre incisivos - centrales superiores.

Frenotomía es la eliminación parcial del frenillo. Se usan las dos intervenciones, pero por lo general la última es suficiente para finalidades periodontales, a saber, recolocar el frenillo de modo que pueda crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo.

La frenectomía o la frenotomía se efectúa, por lo común, junto con otros procedimientos terapéuticos periodontales, pero a veces se hace como intervención separada (6).

Las indicaciones para extirpar el frenillo labial son el diastema, la irritación traumática crónica y la interferencia en la higiene de la zona (4).

DIAGNOSTICO QUIRURGICO

Entre las causas que nos autorizan para intervenir quirúrgicamente sobre los frenillos, podemos señalar las siguientes: Estéticas, fonéticas, ortodónticas, protéticas y periodónticas.

Estéticas:

La inserción sobre la papila incisiva del frenillo labial superior da origen en algunos casos a diaste--mas entre los centrales superiores, por su aspecto antiestético, se convierte en motivo de preocupación para el paciente o sus familiares.

Para remediar esta situación está indicada la -ablación del frenillo, cuando la causa de tal separación es atribuible al desarrollo anormal de dicho frenillo.

Recordar que en los niños hasta la edad de 9 --años hay un espacio normal entre los incisivos centrales que se va cerrando poco a poco a medida que el arco den--tal crece hacia adelante y abajo.

Fonéticas:

La inserción del frenillo lingual próxima a la

punta de la lengua por su cara ventral, limita tanto sus movimientos que no le permite hacer articulación adecuada con el paladar y órganos dentarios de la maxila, impidiendo la correcta articulación y originando trastornos en la fonación.

Debemos tener presente que las dislalias no son siempre causadas por un frenillo lingual corto, pues hay casos en los cuales con un frenillo lingual normal hay dificultades para hablar, que entran en los campos de la Endocrinología o de la Psiquiatría. De allí que se necesite estudiar cada caso con muy buen criterio, para no intervenir quirúrgicamente en casos en los cuales no estaría indicado el hacerlo.

Hay niños que a veces sobrepasan la edad de los 3 años y siguen hablando defectuosamente, dificultad que es debido a un defecto de audición y no de fonación.

Las hemorragias en hemofílicos serían más factibles cuando no se hacen una evaluación preoperatoria del paciente y no se toman las precauciones que el caso amerite. Y en cuanto a que la longitud del frenillo se adapte

siempre a los movimientos de la lengua es también una aseveración incorrecta, porque en la práctica en muchos ca--
sos vemos todo lo contrario, o sea, que la lengua está li
mitada en sus excursiones, dificultades o impidiendo la -
autoclisis de las caras vestibulares de los dientes.

Ortodónticas:

Los ortodoncistas están de acuerdo en que el -
frenillo labial persistente, después de que han hecho - -
erupción los caninos, debe ser removido o será causa de -
separación entre los incisivos centrales superiores.

Abogan para que no se intervengan quirúrgicamente
los frenillos antes de los 9 años de edad del paciente
porque consideran que a esta edad los espacios existentes
se cierran paulatinamente debido, por una parte al movi--
miento de erupción de los dientes anterosuperiores y, por
la otra, a causa del crecimiento del maxilar, hacia abajo
y adelante.

En cuanto a la edad para la intervención quirúrgica
sólo hacen una excepción, y es cuando la presencia -
del frenillo dificulta la erupción de los dientes centra-

les. En este caso aconsejan practicar la ablación del frenillo a los 7 y medio años, puesto que a esta edad los incisivos laterales han alcanzado la mitad de su proceso eruptivo e inciden sobre la parte media de la corona de los centrales, favoreciendo esta presión la reunión de los dos incisivos centrales, una vez que se han hecho la extirpación del frenillo.

Atendiendo a estas sugerencias podemos señalar que en Ortodoncia estaría indicada la intervención quirúrgica del frenillo:

- 1.- Cuando dificulta la erupción de los dientes centrales superiores.
- 2.- Cuando es anormalmente grande y desvía los incisivos centrales de la línea media, pues reduce el espacio para la colocación correcta en el arco de los otros dientes anterosuperiores.

En el manual de Ortodoncia, de White (24), Gardiner (25) y Leighton (26), podemos leer: "Puede haber un espacio entre los incisivos centrales primarios en el momento de su erupción y persistir entre los 8 y 9 años.

Protéticas:

La presencia de frenillos puede interferir con la colocación de prótesis, ya sean estas parciales o totales.

En prótesis parciales la presencia de un frenillo puede obstaculizar la extensión adecuada de la base - del aparato, sobre todo en casos de carga por vía mucosa o la colocación de encías artificiales.

En desdentados totales, debido a la normal desaparición de los rebordes alveolares, los frenillos van tomando posición cada vez más cerca del reborde, dificultando la instalación de los aparatos protéticos, siendo necesario seccionarlos para obviar la dificultad.

Algunas veces bastará realizar simplemente el corte del frenillo, otras veces será necesario eliminarlo en todo o en parte, dependiendo ello de su extensión.

De no realizar la cirugía de los frenillos cuando está indicada, se nos puede presentar los siguientes problemas:

- 1.- Dolor
- 2.- Inflamación y lesión de los tejidos que forman el frenillo o los adyacentes de él.

- 3.- Atentan contra la estabilidad y la retención del aparato protético por dificultar el sellado periférico.
(21)

Sin embargo el frenillo prominente se reconoce durante la etapa inicial de la construcción de la dentadura o al momento de observarla, un resultado más satisfactorio será posible si la eliminación del frenillo y la mejoría del tejido mucoso en el área del frenillo son realizados con una toma de impresión previa (2).

Periodónticas:

He tenido oportunidad de observar varios casos de persistencia de zonas de inflamación a nivel de los incisivos centrales inferiores después del tratamiento periodontal, que desaparecen al efectuar la sección y exéresis del frenillo lingual (21).

Las maniobras correctas necesarias para preparar el reborde desdentado para la prótesis puede dividirse en 2 grupos básicos con respecto al momento de la cirugía: Las preparaciones iniciales y las preparaciones secundarias.

Las preparaciones iniciales del reborde desdentado tiene lugar en el momento de la extracción dentaria o al hacer la instalación de la primera prótesis. Este grupo puede subdividirse aun en preparaciones para corregir deformidades de los tejidos blandos y de los tejidos duros (12).

La preparación de los tejidos blandos incluye procedimientos para eliminar frenillos, cicatrices e inserciones musculares altas, y para recontornear la superficie del hueso basal con una nueva cubierta de tejidos blandos (12).

La cirugía mucogingival se realiza como complemento de los procedimientos corrientes de eliminación de bolsas con las siguientes finalidades:

- Para reubicar la inserción de los frenillos y las inserciones musculares que se superponen en las bolsas periodontales y la tracción, separándolas de las superficies dentales.

La tensión que ejercen esas inserciones:

- a) Distiende el surco gingival y favorece la acumulación de irritantes que conducen a la gingivitis y formación de bolsas.
- b) Agrava el avance de las bolsas periodontales y producen su recidiva después del tratamiento.

Este problema es más común en la cara vestibular, pero a veces se presenta en la cara lingual.

También se presentan frenillos insertados en la pared de la bolsa de los premolares inferiores, en la superficie mesial del segundo premolar superior (6).

Hay que considerar con ciertas reservas la operación de la "lengua atada" y la del frenillo labial superior que estaban muy en boga en la literatura odontológica. A través del vestíbulo bucal, en la línea media, corren 2 pliegues desde los labios hasta las crestas maxilares, el frenillo labial superior y el inferior; en el piso de la boca, está el frenillo lingual.

Los frenillos jamás constituyen un impedimento para amamantar y no se puede juzgar todavía en la lactancia si alteran el habla. Si la eliminación del frenillo labial (frenulum tecto labiale) por diastema de los incisivos permanentes estuviera efectivamente indicado después de unos años sería más difícil realizarla que en la lactancia (10).

En el año 1933 fue hecha una encuesta (citado por Parker) (27), entre un número de Ortodoncistas americanos, sobre la importancia del frenillo y la necesidad de su eliminación quirúrgica. No todas las opiniones coinciden. (28) Dewey aconseja su eliminación, pues según su criterio, no pueden lograrse resultados ortodónticos satisfacer sin cirugía.

El punto de vista protético:

El frenillo labial oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y desplazar a esta en los movimientos del labio. Lo mismo ocurre con el frenillo lingual (anquiloglosia) que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución, para solucionar los cuales, no se tiene otro medio que el quirúrgico.

Oportunidad de la extirpación del frenillo:

Por razones ortodónticas y protéticas, el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil, para permitir el tratamiento ortodóntico; en la edad adulta, con fines protéticos.

Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo, con fines ortodónticos, las opiniones no concuerdan: (citado por Thoma) (29) creé que la mejor época para operar el frenillo es en el momento de la caída de los incisivos temporarios y su reemplazo por sus permanentes; Thoma (29), a su vez, opina que el momento propicio es cuando hacen erupción los incisivos laterales.

Carrea (30) sostiene que el frenillo hipertrófico debe ser resecaado para prevenir la separación de los incisivos.

La mejor época es antes de la erupción de los temporarios; en tal caso, basta con una aplicación del galvanocauterio. Montí (23), es de la misma opinión en cuanto a la época en que está indicada la operación.

Siempre debe realizarse una radiografía previa a la intervención del frenillo. Muchos diastemas no están originados por esta anomalía, sino que se deben a la presencia de un mesiodens o de dientes supernumerarios.

La opinión actual de cirujanos y Ortodoncistas es que el frenillo en los niños deben operarse después de la erupción de los caninos permanentes (15).

Con frecuencia se ve en preescolar un diastema en la línea media superior, y también en la época de la dentición mixta. Es importante establecer si el diastema es normal para esa época particular del desarrollo o si el espaciamiento de la línea media pudiera estar relacionado con un frenillo labial superior anormal.

En muchos niños se puede considerar normal el diastema medio en la época de la erupción de los incisivos centrales permanentes superiores. Cuando aparecen por primera vez pueden estar separados por hueso, con las coronas inclinadas hacia distal a causa del apiñamiento de raíces. Con la erupción de los incisivos laterales y los caninos, se cierra el diastema de la línea media y, en

la mayoría de los caos, se establece un contacto normal - entre los centrales.

Otros factores y anomalías que, además del frenillo labial anormal, podrían causar un diastema medio superior incluyen: mesiodens, hábitos, macroglosia y dientes inferiores anormalmente grandes.

Al progresar el crecimiento, el frenillo puede atrofiarse y asumir una posición más elevada o mantener su inserción en la papila. La posición de que el frenillo anormal podría ser diagnosticado en el bebé y que la reducción quirúrgica puede ser afectada a esta edad no tiene base.

En un pasado, muchos Odontólogos postergaban asociar el frenillo labial anormal como causa de diastema hasta que todos los dientes permanentes superiores anteriores, incluidos los caninos, hubieran erupcionado. Se puede considerar que esta regla es general aun válida. Pero han tomado en cuenta otros puntos de diagnóstico.

Hay una prueba de diagnóstico simple que se puede llevar a cabo por observación de la ubicación de la in

serción 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 labio se produce una isquemia de la papila, se puede proceder con seguridad que el frenillo influirá desfavorablemente en el desarrollo de la oclusión anterior (13).

Se suele preguntar si la inserción baja del frenillo puede ser causa de diastema persistente en los pequeños y, en tal caso, si se debe realizar una frenectomía.

En la mayoría de los casos, al ser forzados a unirse los incisivos centrales por la erupción de los laterales y caninos, el frenillo se retirará apicalmente y permitirá el cierre temprano del diastema (etapa del patito feo).

Cuando el diastema persiste y el frenillo se mantiene bajo, más probablemente sea como resultado de factores hereditarios o anatómicos como la microdoncia o ausencia o forma de claviija de los incisivos laterales. En casos ocasionales, el frenillo está adherido a la papila

la incisiva y es lo bastante consistente para mantener se parados los incisivos centrales.

(31) Sicher lo llamó frenillo "tectolabial" y - en las radiografías se ve una muesca en la cresta alveolar entre los incisivos centrales. Si existe esta evidencia radiográfica, el frenillo puede ser prontamente extirpado.

Si no, la presencia de un diastema no respalda una pronta frenectomía. Lo usual es esperar hasta que hayan erupcionado los caninos y laterales y una vasta cantidad de casos responderá bien a esta prudencia. Si no, la frenectomía podrá ser útil, pero probablemente deberá - - acompañarla al cierre ortodóntico del diastema (5).

Aun cuando la mayoría de los dentistas, retar--dan el cierre del diastema hasta después de la erupción - de los caninos permanentes, hay unas cuantas indicaciones para adelantar el cierre del espacio.

Un diastema de la línea media que acompaña a un espacio inadecuado para la erupción de los incisivos late

rales permanentes o de los caninos, puede indicar la necesidad de cierre del espacio para permitir la erupción de estos dientes.

Si el Odontólogo puede determinar que el espacio adecuado para que los dientes erupcionen puede obtenerse por el cierre del espacio, este procedimiento deberá considerarse para evitar que los incisivos laterales o los caninos permanentes erupcionen en una posición ectópica o girada.

Si se está utilizando un aparato 2 x 4 o uno semejante para otro propósito, por ejemplo, para corregir una mordida cruzada anterior de un incisivo lateral, el cirujano dentista puede elegir cerrar el diastema. El uso de una cadena elástica efectúa el cierre del espacio sin agregar tiempo ni esfuerzo además de los mecanismos utilizados para corregir la mordida cruzada.

A menudo un niño en el período de la dentición mixta, presentará un diastema en la línea media de proporciones significativas. Estos niños pueden ser objeto de burla por parte de sus compañeros y los padres bus-

carán el tratamiento por esta causa.

Este es un ejemplo en el que el cierre deberá realizarse en estos momentos para permitir al niño recobrar la confianza en sí mismo y lograr seguridad con sus compañeros (3).

Es una anomalía de posición frecuente de los incisivos centrales superiores, de carácter exclusivamente local. Los padres la advierten con mayor atención que a la mordida cruzada que sólo puede ser comprobada en oclusión céntrica.

El diastema tiene distintas causas, por lo que su pronóstico es muy variado, pero es sabido que muchos de ellos desaparecen espontáneamente, a menudo al erupcionar los laterales o a más tardar con la erupción de los caninos superiores. Las causas pueden ser:

- Ubicación del germen.
- Frenillo labial ancho y duro de inserción muy baja, que con un cordón conectivo llega hasta la papila.

Esta causa no es tan frecuente como se afirma - en la literatura. Por lo general no hay entonces una verdadera indicación para la cirugía del frenillo labial. En muchos casos se observa un diastema en la dentición primaria con frenillo labial bajo con retacción espontánea de este último cuando erupcionan los incisivos centrales. - Cuando es necesario la cirugía del frenillo labial por - presencia de un diastema entre los centrales o como medida preventiva, su ejecución no debe apresurarse.

El momento más propicio se presenta algunos meses antes de la erupción de los laterales, porque cuando ello ocurre el espacio se cierra por sí mismo o por lo menos es muy probable que lo haga (11).

Al querer cerrar un diastema medio podemos en--contrar los siguientes problemas: dientes supernumerarios, quistes de inclusión, frenillo labial en mala posición - con raíces paralelas y, finalmente, una incisura excesivamente amplia en la estructura ósea de la línea media.

En los casos de que el frenillo labial tiene fibras que se extienden entre los incisivos centrales, hay

que eliminarlas mediante una frenilectomía justamente antes de la erupción de los caninos, a los 9-10 años de edad, y colocar a continuación un aparato para cerrar el espacio.

En los casos sencillos este aparato puede consistir simplemente en 2 brackets unidos a los incisivos centrales y conectados entre sí por un alambre rectangular, actuando como elemento activo un módulo elástico. Sin embargo, en otros casos se necesita un aparato completo con bandas (4).

La anquiloglosia se define como un frenillo corto que restringe los movimientos de la lengua. Algunos de los frenillos cortos son mucosas delgadas en tantos que otros son adherencias gruesas fibrosas. La incidencia de "lengua atada" ha sido reportado por Schaumann (32), Peagier (33) y Gorlin (34) tan alto como 6.83%. Varios autores piensan que un frenillo lingual corto rara vez interfiere con el habla. Cuando, existe puede haber modificaciones de alguno de los sonidos.

Las pruebas clínicas para la movilidad de la lengua incluyen hacer que el paciente toque con la lengua

el paladar abriendo la boca lo más posible. Con frecuencia la lengua no se elevará y su punta es jalada hacia la dentición inferior. La decisión para la cirugía deberá hacerse en interconsulta con un especialista del lenguaje (3).

El frenillo lingual plantea menos problemas en la planificación del tratamiento. La anquiloglosia se -- suele manifestar en el nacimiento con una escotadura en la punta de la lengua, sin que experimente problemas al - succionar o deglutir. No cuenta con apoyo la frenilectomía en la primera infancia (5).

El frenillo lingual corto (anquilosis) es hereditario y no requiere tratamiento alguno. (Por lo menos, también se deberá aguardar unos años antes de tomar una - decisión que no urge) (10).

Los niños comienzan a establecer sus pautas de lenguaje entre 1 y 2 años de edad. Las experiencias combinadas del autor y foniatras consultores indica que si - un niño muestra escotadura de la lengua al protuirla, hay que incidir el frenillo tan pronto como comienza a formar palabras y frases.

A veces, un niño con frenillo notorio es objeto de evaluación de parte del foniatra en cuanto a la formación de sus pautas de habla y sólo si opina que estos son anormales entonces se procederá a la frenectomía; pero es importante subrayar que cuanto antes se trate un frenillo patológico, menos traumático foniatrico de larga data no suele ser corregible con la frenectomía sola sin un periodo de terapéutica para corregir las pautas adquiridas (5).

A veces, se observa en casos infantiles un frenillo lingual anormalmente corto, que liga la lengua hacia adelante desde la cavidad bucal o removerse hacia -- arriba para hacer contacto con el paladar duro.

La deglución y la fonación puede estar afectados y además el frenillo puede ser lesionado por el contacto con los incisivos inferiores, y pueden desarrollarse úlceras. Sin embargo, en realidad se cortan innecesariamente demasiados frenillo, por lo que el operador deberá guardarse de prometer mejoría alguna en el lenguaje -- del niño después de realizada la frenilectomía (9).

A veces el frenillo labial inferior se inserta en la encía libre o marginal y produce la consiguiente re

tacción y formación de bolsas. La inserción anormal del frenillo se observa más a menudo en la zona del incisivo central, aunque puede afectar los tejidos vestibulares de los caninos. La inserción anormal está frecuentemente -- asociada a un surco vestibular que en toda la región anterior es menos profunda que la normal.

Los movimientos del labio determinan que el frenillo anormal tire de las fibras que se insertan en el tejido libre marginal. Los acúmulos de comida y la consi-- guiente inflamación, desembocan en la formación de una - bolsa entre la cara vestibular del diente y la mucosa vestibular.

Está indicado el tratamiento precoz de la inserción anormal del frenillo para impedir que se siga denu-- dando el tejido vestibular, con pérdida de hueso alveolar y hasta del propio diente. Aunque a veces se asocian a - esta afección una mala higiene bucal, con más frecuencia es la inserción anormal del frenillo la responsable (13).

La resección gingival en el aspecto facial del - incisivo central izquierdo ha expuesto una parte de la - raíz. Un corto vestibular y alto frenillo labial mandibu

lar atado donde no es, y el tejido sobre las raíces de am bos incisivos centrales puede ampliarse cuando presionan y blanquear.

La consulta periodontal promete una decisión a un sitio gingival libre injertado ahí justamente con una frenestración periodontal (1).

La cirugía del frenillo lingual es procedente - en casos rigurosamente seleccionados.

Para dicha selección debemos tener en cuenta:

- 1.- Inserción que impide o dificulta los movimientos de - la lengua.
- 2.- Presencia de problemas psicológicos o endócrinos
- 3.- Transtornos auditivos
- 4.- Edad de los pacientes

Es de advertir que en pacientes que ya tienen - vicios de pronunciación, la sola intervención quirúrgica no soluciona el problema y se debe hacer hincapié en que el paciente reciba clases de fonética para que aprenda a articular correctamente las palabras.

En el interior debemos nosotros ilustrar al paciente y pedirle encarecidamente que en cuanto note dificultad para pronunciar determinada palabra, trate de repetirla en voz alta hasta que domine la incorrección.

Al hacer el diagnóstico de los problemas en la pronunciación debido a un frenillo lingual corto, debemos prestar atención primordial a los fonemas que atendiendo a su punto de articulación forman los siguientes:

Interdentales. Organó Activo: La punta de la lengua; pasivo: el borde de los incisivos superiores: --c,z,n,l.

Dentales: Organó Activo: La punta de la lengua; pasivo: cara palatina de los incisivos superiores:t,d,s.

Alveolares. Organó Activo: La punta de la lengua; pasivo: Los alveolos de los dientes superiores: r, rr (21).

Aftas transparentes y senos son raros desarrollar anomalías cuando son encontrados ocasionalmente en sitios selectos en la cavida oral y en tejidos peribuca--

les. Ellos son más comunmente localizados en el labio inferior, pero ellos también son reportados en asociación - con el labio superior, el frenillo del labio superior, - las comisuras labiales, el paladar blando y el área pterigomandibular.

El caso de la mucosa delgada en asociación con el frenillo labial inferior es un fenómeno insólito, el - cual este dato no ha sido reportado. Aunque el significado clínico de esta estructura es probablemente mínimo, la localización de ellos en la mucosa alveolar requiere la - eliminación de la patología periapical en factores contribuyentes (18).

CAPITULO III

TECNICAS QUIRURGICAS DE LA FRENILECTOMIA

Existen varias técnicas para frenectomías labial.

El corte vertical o elíptico de la base de la fijación del frenillo es un buen método; la porción labial se cierra socavando los bordes laterales y suturando los juntos. Una incisión horizontal en la profundidad del surco vestibular proporcionará más movilidad al tejido para cerrar. La unidad de electrocauterio también puede usarse para socavar la fijación y tiene la ventaja de disminuir el sangrado.

La Z-plastia se usa para corregir bandas fibrosas anchas y músculo. Se hace una incisión vertical a lo largo del frenillo y se socavan ambos lados; enseguida, se hacen 2 incisiones, una en cada lado, en los extremos opuestos de la incisión vertical; las tres incisiones semejan la letra "Z". A continuación los colgajos se trasponen y se suturan obliterando la banda fibrosa y alargándola (fig.1).

La técnica hemostática es un buen método para eliminar el frenillo labial. Se aplica una pinza en la porción labial del frenillo y otra en el borde alveolar,

encontrándose las puntas de ambas pinzas en la profundidad del pliegue. Luego se pasa un bisturí por debajo de las pinzas, extirpando el frenillo. La porción labial se sutura y el borde alveolar no. Si se desea, puede colocarse una compresa quirúrgica o un vendaje bucal en el hueco alveolar por algunos días.

En algunos casos, el septo óseo entre los incisivos maxilares puede también quitarse; esto puede ejecutarse pasando cuidadosamente una fresa puntiaguda a corta distancia entre los dientes.

En los casos en que existe pequeña fijación muscular en el lado bucal, puede hacerse una incisión semilunar invertida supraperióstica en la base de la fijación. Con eliminación mínima de tejido, la fijación es elevada y se sutura al periostio (20).

Técnicas de las operaciones del frenillo labial:

(35) FEDERSPIEL (1933) propone este método: Previa anestesia local infiltrativa, se levante el labio superior de modo que quede tenso el frenillo. Con un bistu

rí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la ba se en abanico, a derecha e izquierda del frenillo, llegan do así en profundidad hasta el hueso. (35) FEDERSPIEL no secciona la extremidad alveolar, la cual escarifica con - galvanocauterio.

La porción del frenillo circunscripto por la in cisión se toma con una pinza de Kocher o una pinza de di- sección; se despega el tejido a resecar por medio de una larga o espátula roma. Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura.

(36) L'HIRONDEL Y ARANOWICZ (1935), proceden de esta 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 en el hueso y la hi potenusa su borde mucoso.

Se secciona este triángulo con tijera en la mi- tad de su altura. La sección del triángulo se hace en di rección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

Frenilectomía Labial

Z-Plastia



A: una cinta interfiere, en este caso un frenillo tirante.



B: diseño de la técnica de la operación.

C: colgajos angulares B y E
transpuestos a sus nuevas
posiciones.



Segundo Tiempo: La herida hecha por 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 frenillo y se lo extirpa según se ve. Se cau-
teriza con galvano la base de inserción.

Cuarto Tiempo: Sutura; con hilo o seda, se prag-
tican tres o cuatro puntos de sutura que reúnen los la- -
bios de la herida.

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

WASSMUND (1935) tiene dos operaciones para la -
resección del frenillo y tratamiento del diastema.

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

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

Operación II: El tratamiento ósea, (38) WASSMUND. este autor propone una osteotomía interincisiva para corregir el diastema. La operación se realiza de la siguiente manera: después de la operación I, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso. La osteotomía se realiza con el método que prefiere WASSMUND (38): con una fresa redonda # 3, se practican pequeños orificios -

Operación del Frenillo labial



incisión

papila incisiva



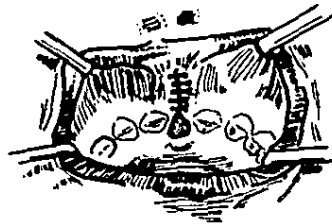
papila incisiva

tejido interdental reflejado.



papila incisiva

**tejido reflejado
procedente del
espacio interdental.**



tapón quirúrgico.

que circunscriben el hueso a resecarse. Esta porción - - ósea se elimina con un golpe de escoplo filoso.

Se vuelve el periostio a su sitio y se lo fija en varios puntos de sutura; 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.

La operación del frenillo que sugiere MEAD (39) 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 (espátula de Freer) o con una legra, 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 inserta a la altura de la papila palatina.

La operación se realiza 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 reunen con varios puntos de sutura con seda o hilo (Fig.2).

Para evitar la profunda hemorragia que se origina por las incisiones que se trazan en la enucleación del frenillo, este puede tomarse con pinzas de Kocher ("mosquito"), una en la línea superior del frenillo vecino al labio; la otra paralela y adosada al hueso en su porción de inserción ósea. El frenillo es resecado por dentro de estas pinzas, que no se retiran hasta después de pasados los hilos de sutura (15).

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

- 1.- Anestesiarse la zona
- 2.- Tomar el frenillo con una pinza hemostática introduci

da hasta la profundidad del vestíbulo.

- 3.- Incidir a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose más allá del extremo.
- 4.- Hacer una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato.
- 5.- Eliminar la porción triangular incidida del frenillo con hemostato. Esto expone la inserción al hueso subyacente, inserción que tiene forma de pincel.
- 6.- Hacer una incisión horizontal, separando las fibras, y hacer disección roma hacia el hueso.
- 7.- Si es necesario, extender las incisiones laterales y suturar la mucosa labial al periostio apical.
- 8.- Limpiar el campo de operación y taponear con trozos de gasa hasta que cese la hemorragia.
- 9.- Colocar el apósito periodontal. Primero, cubrir la zona marginal como se hace corrientemente para gingivectomia. Después, utilizando el apósito marginal como base estable, añadir tiras delgadas sobre el borde hasta la profundidad de la incisión.
- 10.- Quitar el apósito después de dos semanas y volver a colocar si hace falta. Es habituar que se requiere un mes a partir del momento de la operación para que se forme una mucosa sana, con el frenillo insertado en su nueva posición.

Las inserciones altas de frenillos en la superficie lingual son raras. Para corregir esto sin afectar las estructuras del piso de la boca hay que separar de la mucosa las inserciones aproximadamente 2 mm. con bisturí periodontal, a intervalos semanales, hasta alcanzar el nivel adecuado. La zona se cubre con apósito periodontal - en los intervalos entre los tratamientos (6).

La extirpación del frenillo labial superior por lo general se realiza junto con el cierre de un diastema de la línea media con dispositivos ortodónticos. Estos diastemas son de gran interés para los padres y deben comprender que la mayoría de los diastemas cerrarán con la erupción final de los incisivos laterales permanentes y de los caninos. Los diastemas que se observan después de la erupción de los incisivos laterales permanentes y los caninos y que deben cerrarse con ortodoncia, por lo general requieren una frenilectomía o la probabilidad para la recurrencia del diastema es alta.

La mayoría de los procedimientos de frenilectomía incluyen la extirpación completa de la adherencia del frenillo del hueso subyacente y a los tejidos interdetales.

(10) Edwards sugiere que el frenillo se coloque de nuevo en posición apical y que se descubra al hueso alveolar subyacente, entonces podrán separarse las fibras transeptales situadas entre los incisivos centrales y se remodelará la papila interdental (3).

Si se elimina el frenillo labial superior, deberá intentarse el cierre del espacio a la mayor brevedad posible, para evitar la formación de tejido cicatrizal entre los dos incisivos, lo haría el cierre del espacio más difícil. Deberá considerarse realizar frenectomía solo después de discutir el caso cuidadosamente con un odontopediatra u ortodoncista.

La frenilectomía generalmente se puede llevar a cabo bajo anestesia local, infiltrando el frenillo en la superficie labial del proceso alveolar, y después deslizando la aguja a través de la papila incisiva. Después de 2 o 3 minutos deberá depositarse algunas gotas de anestésico en el agujero incisivo. Deberá hacerse una incisión triangular, con su base anterior a la papila incisiva y el ápice en el espacio interproximal entre los incisivos centrales.

Deberá tenerse gran cuidado de no cortar la inserción gingival en la superficie mesial de los centrales. Deberá llevarse la incisión hasta el hueso, y deberá empujarse la elevación del tejido con la ayuda de un elevador de periostio, en anterior a la papila incisiva, y deberá ser llevado hacia adelante en el espacio interdental entre los dos centrales hasta alcanzar anteriormente la superficie labial de la cresta alveolar.

Ahora se lleva el labio hacia adelante y hacia arriba, para tensar el frenillo y se continúa la incisión a cada lado del frenillo hacia el labio en el pliegue mucobucal. El tejido que ha sido elevado se mantiene con un hemostato, y la masa completa se disecciona libremente en el pliegue. No se deberá lesionarse el periostio en el lado labial del proceso alveolar.

Ahora se aplica un hemostato al frenillo restante en la superficie interior del labio, y la parte sostenida por el hemostato se corta con un escapelo afilado. Solo son necesarios algunos puntos de sutura de seda 3-0 catgut sencillo, especialmente en el labio. Las secciones expuestas en el paladar duro y el espacio interdental pueden cubrirse con un apósito quirúrgico.

Ciertos operadores prefieren el corte en la operación con cuchillo electroquirúrgico. Este método requiere más experiencia, y en manos inexpertas puede causar lesiones al hueso y piezas circundantes. Es difícil encontrar ventajas en esta técnica (9).

Frenilectomía Labial

Tras administrar anestesia, se coloca un hemóstato curvo en el frenillo cerca del labio. Se libera el frenillo del labio y se realizan incisiones laterales a ambos lados con extensión a la papila palatina y, por debajo, al hueso subyacente se extirpa el frenillo con un excavador y se pone una sutura en el labio.

Frenilectomía Lingual (Frenulotomía)

Tras administrar anestesia local, se desplaza la lengua hacia afuera por medio de un hemóstato curvo fijado al frenillo, colocado cerca de la raíz lingual. Se secciona el frenillo cuidadosamente por encima de las papilas ductales submandibulares, y se aplica una sutura en la posición más profunda de la incisión (4).

El procedimiento quirúrgico en sí de la frenectomía puede ser extremadamente simple, como en el caso -

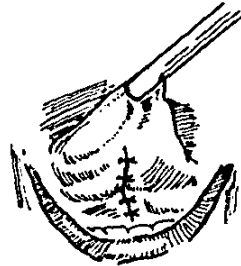
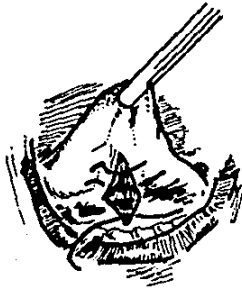
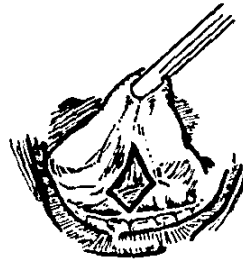
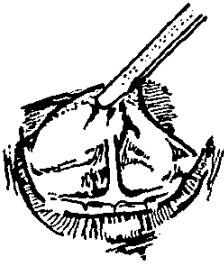
del frenillo labial mandibular que produce una hendidura gingival y que suele requerir un injerto gingival libre. Cuando más simple el abordaje quirúrgico, mejor.

Varios procedimientos quirúrgicos complejos vasamente aconsejados tienen la desventaja no sólo de ser - difícil su maestría, sino también que fallan más a menudo si no se les realiza con un alto grado de cuidado de manejo de los tejidos. El abordaje más sencillo para un frenillo superior o lingual es la simple escisión.

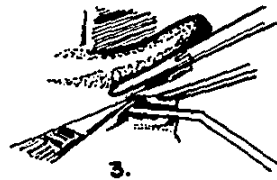
La técnica más común en la frenectomía labial - superior es pinzar con un hemostato recto el frenillo, paralelamente a su inserción en el labio. De esta manera - se aísla una cuña de frenillo que puede ser escindida limpiamente. Se une la mucosa con sutura. El éxito de este método de frenectomía, como de la mayoría, depende de suturar la mucosa al periostio en el fondo del vestíbulo recién creado.

Si no se afianza la mucosa en el periostio de - esta manera es probable la recaída con formación de un -- nuevo frenillo fibroso.

Frenilectomía Lingual



Operación modificada para frenillo lingual corto.



Vista Lateral.

La frenectomía lingual es un procedimiento similar; basta la simple sutura de los bordes mucosos. La movilidad lingual minimiza la cicatriz y recidiva y por ello simplifica la sutura en este procedimiento (5).

Bajo de anestesia de infiltración, se hace una incisión horizontal a través del frenillo lingual anormal, manteniendo la lengua hacia arriba para estirarlo. Se socavan suavemente los márgenes de la herida con tijeras curvas, y se transforma en forma de herida vertical, suturándola de izquierda a derecha.

Otro método más sencillo consiste en aplicar un hemostato pequeños y de punta recta sobre el frenillo, exactamente sobre la superficie de la lengua, y otro hemostato, esta vez curvo, cerca de la unión al piso de la boca, cuidando de no pinchar con el hemostato los conductos y carúnculas salivales.

Se hace excisión de la sección triangular entre los dos hemostatos con tijeras, se socavan los márgenes y se cierra la incisión con puntos de sutura interrumpidas (9).

Las adherencias del frenillo lingual causan varios grados de anquiloglosias. En tal caso, la técnica - del corte elíptico, la Z-plastia, o del procedimiento de V-Y, pueden ser todos procedimientos aceptables (20).

Hay que realizar una profilaxis para eliminar - los depósitos duros, residuos y placa de los dientes. El procedimiento quirúrgico debe ser más extenso que una mera incisión conservadora del frenillo. Un procedimiento así daría lugar a que las fibras musculares se reinsertaran, con la consiguiente formación de tejido cicatrizal y quizá con empeoramiento de la afección.

Se administra anestesia regional inferior derecha e izquierda. Algunos odontólogos prefieren inyectar la solución anestesia en todo el campo operatorio. Pero hay que poner cuidado en el procedimiento pues así el - - anestésico puede causar la distensión de los tejidos y -- tornar difícil la observación de las referencias anatómicas durante la cirugía.

El método de la incisión vestibular (frenecto--mía inferior), es el procedimiento quirúrgico consideran-

do más a menudo en el niño y uno de los empleados con más frecuencia por el autor. La eliminación del frenillo - - anormal debiera mantenerse como objetivo, aunque a veces también resultara conveniente profundizar el surco.

(41) Goldman recomienda que se efectúe la cirugía periodontal marginal antes de profundizar el surco - vestibular. Sin embargo, en los niños no suele ser necesario este procedimiento.

Se estira el labio inferior hacia afuera y abajo, y en un ángulo recto del hueso subyacente se traza - una incisión de aproximadamente 1 cm. de profundidad, más allá del nivel del surco vestibular. Se realiza la incisión en el límite de la encía adherida y debe extenderse por lo menos 2 dientes a cada lado de la incisión.

Si la incisión anormal estuviera en la zona incisiva, la incisión suele ser efectuada desde el canino - de un lado. Se liberan entonces el tejido conjuntivo y - las inserciones musculares mediante disección roma con -- elevador perióstico. No se hará intento alguno por despegar el periostio subyacente.

Se recurrirá entonces al cemento quirúrgico o algún tipo de férula que impide la re inserción del tejido y que da lugar a la granulación en una profundidad mayor. Se puede emplear un tubo de granulación en una profundidad mayor. Se puede emplear un tubo de goma de 2 a 3 mm. de diámetro y de la misma longitud de la incisión, recubierto con pasta quirúrgica y suturando al surco. Al paciente se le ve a las 24 hrs. de la operación y se elimina el tejido de granulación que pudiera estar desarrollándose sobre los extremos del tubo.

Normalmente se elimina el cemento a los 4 o 5 días y se irriga la herida lo que sea necesario hasta que se produzca la curación. Como alternativa para alentar la curación a una mayor profundidad, se puede llenar la herida con una mezcla espesa de cemento quirúrgico de tipo de óxido de zinc y eugenol. El cemento que se extiende sobre la cara vestibular de los dientes anteriores, puede ser cubierto con la hoja metálica seca y dejarlo así por 3 a 4 semana con solo cambios semanales.

Algunos odontólogos, para ayudar a reubicar la nueva profundidad del surco, emplean una férula de acrílico ligada a los dientes después de la cirugía (13)(Fig.3).

Diferentes procedimientos quirúrgicos han sido usados para tratar problemas de un alto procedimiento de frenillo y una inadecuada amplitud del ataque a la gingiva. Un método incluye la fenestración perióstica en los procedimientos quirúrgicos vestibulares. Un posterior -- tratamiento corto de la profundidad vestibular han sido - vistos en muchos de estos pacientes. Otros tratamientos recientes de problemas de tratamiento mucogingival es el injerto libre gingival. Los injertos han sido usados extendiéndose al tratamiento mucogingival y al tratamiento de los frenillos con problemas, áreas previstas del ataque a la gingiva, o una inadecuada frenectomía vestibular (1).

Suponiendo el caso de un desdentado total, con un frenillo insertado sobre la arcada alveolar, que se - opone a la retención de la prótesis total, se practican 2 incisiones paralelas trazadas a cada lado del frenillo - que lleguen en profundidad hasta el hueso; su límite inferior está dado por el vértice del frenillo; otra incisión perpendicular a las dos primeras, completa el colgajo.

Desprendido el colgajo en el cual se encuentra el frenillo, aquel elemento se ubica donde no sea un obs-

táculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura en cada lado. Queda una porción de periostio al - descubierta, el cual se cubre prontamente con tejido de - granulación. El periostio descubierta puede protegerse - temporalmente protegiéndolo con un trozo de gasa yodoformada que se mantiene con dos puntos de sutura, la protección del periostio no es indispensable (15).

Después de realizar la intervención quirúrgica se practica el primer control del paciente a las 24 hrs. Siempre hemos observado postoperatorios benignos.

Aconsejo al paciente la aplicación de hielo local el día de la intervención y enjuagues bucales con antiséptico suaves los días que sigue al de la intervención.

He usado en ocasiones la administración por vía oral de enzimas antiinflamatorias, las cuales prescribo - en cantidades que oscilan entre 2 a 3 grageas diarias, en los casos raros en los cuales el paciente a las 24 hrs. - presenta edema; para ayudar al organismo la vuelta a la - normalidad en el menor tiempo posible.

Acostumbro de rutina retirar los puntos de sutura entre, los 4-7 días después de la intervención, dependiendo esta variación de la evolución de la herida.

Como material de sutura empleo de preferencia - la seda negra No. 000 y suturo en la mayoría de los casos en un solo plano, siendo de excepción la sutura en dos -- planos.

El material humano para estos casos lo constituyen, en su inmensa mayoría, pacientes entre los 9 y los - 12 años, casi siempre remitidos a nuestro servicio por motivos ortodónticos (21).

CAPITULO IV

PROBLEMAS CAUSADOS POR FRENILLO LARGO

Frecuentemente, en los niños se observan frenillo del labio superior anormalmente grande, lo que se asocia con un diastema, el incisivo central primario o los centrales permanentes brotados o en proceso de erupción.

Es común y normal el espacio entre los centrales primarios superiores, debido al crecimiento del segmento anterior del maxilar superior y no deberá ser causa de preocupación. Adicionalmente, la separación de centrales permanentes brotados o en erupción de los incisivos laterales y los caninos (9).

Los frenillo labiales con inserciones bajas pueden ser causa diastema entre los incisivos bajas pueden ser causa diastema entre los incisivos superiores permanentes. En estos casos se observa que el frenillo, como doble lámina mucosa gruesa, pasa entre los incisivos centrales y se inserta en la papila incisiva. De esta manera queda abierto un espacio anormalmente ancho entre los incisivos centrales. Ante este hallazgo está indicada la corrección quirúrgica (10).

La anomalía más común en la dentición mixta antes de la erupción de los caninos permanentes es el dias-

tema maxilar en la línea media. Se piensa que este espacio entre los incisivos superiores es un fenómeno normal del desarrollo y Broadbent (42), lo ha denominado como la etapa del "patito feo" del desarrollo dental.

Al hacer erupción los caninos permanentes, es usual que este espacio desaparezca. En algunos individuos el diastema puede conservarse abierto y es posible que se deba a uno de varios factores. La falta de un diente anterior, generalmente uno de los incisivos laterales, dará lugar a un diastema de la línea media.

Una discrepancia del tamaño de los dientes entre los incisivos superiores e inferiores, a menudo causada por los incisivos laterales superiores pequeños "como clavijas", también puede producir un diastema de la línea media. Un diente supernumerario (mesiodens) puede impedir que los incisivos centrales superiores hagan contacto en forma normal y este problema requiere la extracción del supernumerario.

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 cuales frenillo - son causantes de los diastemas, aquel frenillo que provoca blanqueamiento de la mucosa del palatino cuando es jalado desde labial parece tener una mayor ingerencia. Popo rich (43), ha demostrado en una radiografía periapical -- que la sutura intermaxilar interviene en el diastema.

En los diastemas persistentes, se presenta con mayor frecuencia un hueso ancho en forma azada y bisectado por la sutura o un hueso en forma de "W" con una sutura abierta profunda. El corte quirúrgico del frenillo y un cuidadoso curetaje del defecto sutural crestal conducen a la remodelación del área y una probabilidad mayor - de mantener un espacio cerrado.

El mejor tiempo para la frenilectomía es durante la última parte del cierre del espacio o después del - cierre. Si el frenillo es cortado mucho antes del cierre

del espacio, la cicatrización en la línea media puede dificultar el mantener corrección después del tratamiento.

Debe tenerse cuidado de no extirpar la papila interdental cuando se ejecuta la frenilectomía. La extirpación de la papila, conducirá a la formación de una área triangular exenta de tejido blando y estéticamente desagradable (3).

"El frenillo labial grande y bajo, raras veces persiste hasta a la edad adulta".

"Hasta la edad de 9 años, a menudo hay un espacio entre los incisivos centrales superiores, debido a la unión del frenillo labial, no solamente a la superficie labial del hueso alveolar sino también a la superficie palatina.

El crecimiento normal del proceso alveolar hacia abajo, deja por lo general el frenillo unido a la superficie labial solamente. A la edad de 9 años los incisivos laterales superiores han erupcionado y los caninos superiores se están moviendo de una posición cercana a --

los ápices de los incisivos hacia el plano oclusal.

Un alivio de la presión en la región apical y un cambio en la unión del frenillo, permite que los incisivos se aproximen. A veces la unión palatina del frenillo persiste y el espacio entre los incisivos se perpetua. El diagnóstico diferencial de las causas del espaciamiento entre los incisivos centrales superiores es importante".

"Un frenillo labial persistente debe eliminarse o será la causa de una separación estable entre los incisivos centrales".

"Cuando este frenillo es anormalmente grande, puede extenderse entre los incisivos centrales superiores y producir un diastema bastante grande".. "Al elevar el labio superior y debido a la tensión del frenillo, se produce un blanqueamiento del frenillo y de los tejidos adyacentes y que separan los incisivos centrales, que a veces están ligeramente rotados.

El tratamiento para estos casos es la remoción del frenillo por disección y el cierre del espacio, ya sea

por fuerzas naturales o mecánicas, llevando los incisivos a su debido lugar".

"Un frenillo anormal es el labio inferior que produzca un diastema entre los incisivos centrales inferiores es extremadamente raro".

"El frenillo lingual puede crear irregularidades en la zona incisiva inferior".

En el libro mi teoría y técnica de la Ortodoncia, de la P.R.Begg (44), aparece lo siguiente:.. "Los frenillo labiales grandes que se extienden entre los incisivos centrales superiores pueden originar el espaciamiento de estos dos dientes.

Pero los incisivos centrales superiores se hallan con frecuencia espaciados en ausencia de un frenillo anormal la existencia de todos los diastemas entre los incisivos centrales superiores".

El Tratado de Odontopediatría, de McBride (48), dice:.. "Ocurre a veces que los incisivos centrales supe--

riores se encuentran separados entre sí por el desarrollo anormal del frenillo labial.

En la verdadera separación originada por el frenillo, los incisivos centrales presentan una desviación divergente y se hallan más separados entre sí a la altura de los bordes incisivos que a nivel de la encía (21).

El frenillo labial anormal, además de causar un diastema medio, puede crear otras condiciones clínicas desfavorables.

La bandaleta gruesa de tejido y su inserción baja puede interferir en el cepillado, al hacer difícil la colocación del cepillo en el nivel adecuado en el vestíbulo para cepillarse de la manera convencional.

Si las fibras del cepillo se insertan en el borde libre de la encía, el estiramiento del labio durante la masticación y la conversación puede causar el despegamiento del tejido del cuello del diente. Tal inserción puede además causar la acumulación de partículas alimentarias y hasta formación de bolsas.

El frenillo anormal puede restringir los movimientos del labio, puede interferir en el lenguaje y puede producir un aspecto estético desagradable (13).

Los diversos tipos de frenillo ocasionan distintas anomalías dentarias, que según Montí (23), son:

Los frenillos de tipo A (Ancha base en forma de abanico en el labio), ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

Los frenillos tipo B (Ancha base en forma de abanico entre los incisivos), originan un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices. Por lo contrario, los frenillos de tipo C originan un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan (15).

Un frenillo se convierte en problema si está insertado muy cerca de la encía 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 encía y conducir a la formación de bolsas o dificultar el cepillado dental adecuado.

Los problemas de frenillo suelen ocurrir con mayor frecuencia entre los incisivos centrales superiores e inferiores y en zona de caninos y premolares, y con mayor frecuencia en el sector lingual de la mandíbula (6).

Supuestamente dificultan los frenillo anormales la alimentación y el habla de algunos niños. Lo normal - es que se insertan siempre en la cresta alveolar, cerca - del borde mismo. Solo con la erupción de los dientes se forma la apófisis alveolar, y al progresar su desarrollo, cambiar las relaciones topográficas y la inserción parece estar más lejos.

Estas relaciones se corresponden, en sentido inverso, con las encontradas en la senectud, donde, por la atrofia alveolar, los frenillo otra vez se insertan cerca del borde de la cresta (10).

El frenillo labial del maxilar es un factor de combinación potencial es tanto en una construcción parcial como en una completa de la dentadura.

Un frenillo largo particularmente uno que tiene la base libre: que esté insertado o ligado a la cresta del proceso, puede ser una obstrucción que tiene que ser eliminada antes de construir la dentadura (2).

CONCLUSION

CONCLUSION

Al terminar esta tesis, la conclusión a la que he llegado de acuerdo a mi punto de vista es de que la edad ideal para realizarse una frenilectomía labial en niños es después de la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes.

Ya que si se realiza antes de este tiempo puede ocasionar varios transtornos que dificultan el cierre de diastemas y muchas veces si se hace antes puede ser que no hubiera sido necesario la frenilectomía ya que el frenillo no era anormal.

Considero que se debe realizar antes de la frenilectomía labial una radiografía periapical y también hay que elevar el labio superior y debido a la tensión del frenillo, se produce un blanqueamiento del frenillo y de los tejidos adyacentes al mismo, que separan los incisivos centrales y eso indica un frenillo largo.

La técnica de frenilectomía labial que considero que es más fácil de realizar en un consultorio de práctica general es el de pinzar con un hemostato recto el

frenillo, paralelamente a su inserción en el labio superior. Para los puntos de sutura es mejor la seda 3-0 catgut sencillo, los cuales se retiran entre los 4-7 días -- después de la intervención quirúrgica.

Para realizar una frenilectomía se debe tomar en cuenta la opinión de un especialista en lenguaje (foniatría).

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ashrafi Mahmond H.,DMD,MS; Frank Meister,Jr.,DDS,MS,
Robert,C. Meister DDS.
General Dentistry
Septiembre-Octubre 1985
Vol.33 No.5
Pág. 425-428

- 2.- Axinn Sherman,M.Ed.,DDS,and W.James Brasher,DMS.,MSD
J.Prosthet Dentristry
Julio 1983
Vol. 50 No.1
Pág. 16-19

- 3.- Barber Thomas K./Larry S.Luke
Odontología Pediátrica
Editorial: Manual Moderno
1a. Edición
México, D.F. 1985
Pág. 87-89 y 252-255

- 4.- Beng O. Magnusson
Odontopediatría (Enfoque sistemático)
Editorial: Salvat 1985
1a. Edición
Pág. 397-300 y 369

- 5.- Braham / Morris
Odontología Pediátrica
Editorial: Panamericana
1a. Edición 1984
Pág. 350-351

- 6.- Carranza Fermín A.
Periodontología Clínica de Glickman
Editorial: Interamericana
5a. Edición
Pág. 891-893 y 929-930

- 7.- Diamond Moises
Anatomía Dental
Editorial: UTEHA 1982
1a. Edición
Pág. 25

- 8.- Figún Mario / Garino Ricardo Rodolfo
Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada
Editorial: Ell Ateneo
2a. Edición
Buenos Aires, Septiembre 1980
Pág. 50-51

- 9.- Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica
Editorial: Interamericana
4a. Edición, 1980
Pág. 365-366

- 10.- Harndt Ewald / Hemut Weywrs
Odontología Infantil
Editorial: Mundi
1a. Edición
Pág. 86 y 420

- 11.- Hotz Rudolf P.
Odontopediatría
Editorial: Panamericana
1a. Edición
Buenos Aires, 17 octubre 1977
Pág. 277-278

- 12.- Kruger Gustavo O.
Cirugía Bucomaxilofacial
Editorial: Médica Panamericana
5a. Edición
Pág. 109

- 13.- McDonald Ralph E.
Odontología para el niño y el adolescente
Editorial: Mundi
2a. Edición
Pág. 12,221 y 235-237

- 14.- Orban
Histología y Embriología Bucales
Ediciones Científicas: La Prensa Médica Mexicana
1a. Edición
Pág. 11 y 248

- 15.- Ries Centeno Guillermo
Cirugía Bucal
Editorial: El Ateneo
7a. y 8a. Edición
Pág. 413-418 y 552-527

- 16.- Rouviere H.
Compendio de Anatomía y Disección
Editorial: Salvat
3a. edición en Español
Pág. 195-199 y 83
- 17.- Scott J.M. / Dixon
Anatomía Para Estudiantes de Odontología
Editorial: Interamericana
4a. Edición
Pág.181
- 18.- Stalker William H., Lieutenant Colonel, DC,USA, and
Gary W. Allen.
Oral Surgery
Febrero 1983
Vol. 55 N°.2
Pág. 173-175
- 19.- Testut L./A. Latorjet
Tratado de Anatomía Humana
Editorial: Salvat
9a. Edición
Pág. 801 y 253
- 20.- Waite Daniel E.
Tratado de Cirugía Bucal Práctica
Editorial: CACSA
2a. Edición
Pág. 179-181

- 21.- Zambrano Gómez J.H.
Acta Odontológica Venezolana
Cirugía de Frenillos
Año XI Nos. 2 y 3
Diciembre 1973
Pág. 215-322

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 22.- Jacobs
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 525
- 23.- Montí
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 525, 526 y 413
- 24.- Whaite
Acta Odontológica Venezolana
J.H. Zambrano Gómez
Pág.305
- 25.- Gardiner
Acta Odontológica Venezolana
J.H. Zambrano Gómez
Pág. 305

- 26.- Leighton .
Acta Odontológica Venezolana
J.H. Zambrano Gómez
Pág. 305
- 27.- Parker
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 525
- 28.- Dewey
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 525
- 29.- Thoma
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 526
- 30.- Carrea
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 526
- 31.- Sicher
Odontología Pediátrica
Braham / Morris
Pág. 350
Braham / Morris
Pág. 350

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 32.- Scaumann
Odontología Pediátrica
Thomas K. Barber / Larry S. LUke
Pág. 88
- 33.- Peagler
Odontología Pediátrica
Thomas K.Barber / Larry S. Luke
Pág. 88
- 34.- Gorlin
Odontología Pediátrica
Thomas K. Barber / Larry S. Luke
Pág. 88
- 35.- Federspiel
Cirugía Bucal
Riez Centeno Guillermo
Pág. 415
- 36.- L'Hirondel
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 416
- 37.- Aranowicz
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 416

- 38.- Wassmund
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 417
- 39.- Mead
Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Pág. 417
- 40.- Edwards
Odontología Pediátrica
Thomas K. Barber / Larry S. Luke
Pág. 88
- 41.- Goldman
Odontología Para el Niño y el Adolescente
Ralph E. McDonald
- 42.- Broadbent
Odontología Pediátrica
Thomas K Barber / Larry S. Luke
Pág. 252
- 43.- Poporich
Odontología Pediátrica
Thomas K. Barber / Larry S. Luke
Pág. 253

44.- P.R. Begg
Acta Odontológica Venezolana
J.H. Zambrano Gómez
Pág. 306

45.- McBride
Acta Odontológica Venezolana
J.H. Zambrano Gómez
Pág. 307