

275
rej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RESECCION DE FRENILLOS

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MARIA DEL ROCIO VALENCIA MARTINEZ



México, D. F.

1991

FALLA EN ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

SUMARIO.

- I.-INTRODUCCION.
- II.-CONCEPTOS EMBRIOLOGICOS.
- III.-CONCEPTOS ANATOMICOS.
- IV.-INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL
TRATAMIENTO QUIRURGICO.
- V.-IMPORTANCIA FONIATRICA.
- VI.-CLASIFICACION.
- VII.-INDICACIONES PREOPERATORIAS.
- VIII.-TECNICAS.
- IX.-COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.
- X.-CONCLUSIONES.
- XI.-BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Dentro de las intervenciones quirúrgicas realizadas en tejidos blandos de la cavidad oral encontramos la que corresponde a la cirugía mucogingival, que consiste en procedimientos quirúrgicos plásticos para la corrección de relaciones entre encía y mucosa que dan origen a la complicación de una enfermedad ó aparición de esta.

El principal objetivo de esta intervención quirúrgica es -- reubicar la inserción de los frenillos y las inserciones musculares que se superponen y las traccionan separándolas de -- las superficies dentales causando una patología.

La tensión que ejercen esas inserciones actúan traccionando el surco gingival favoreciendo la acumulación de irritantes -- que conducen a la gingivitis y formación de bolsas paradontales siendo más común este problema en la cara vestibular de -- los dientes cercanos a la inserción de frenillos labiales --- superior e inferior.

El frenillo es un pliegue de mucosa formado por fibras musculares que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar ó encía y al pericostio subyacente.

Es importante la diferencia entre las denominaciones frenectomía y frenilectomía, el primer término es usado incorrectamente ya que desde el punto de vista médico, esto quiere decir corte del nervio frénico, el segundo término es más usual y por lo tanto debe diferenciarse también del término frenotomía ya que ambas presentan operaciones que difieren de grado.

Frenilectomía es la eliminación completa del frenillo, - incluso su inserción al hueso subyacente, como se requiere en la corrección de un diastema anormal entre los 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 frenilectomía o frenulotomía se efectúa, por lo común, junto con otros procedimientos terapéuticos periodontales, pero generalmente se realiza como intervención separada.

Por otra parte se encuentran en la bibliografía utilizada - técnicas menos complejas y de las que se hace mención, por ser técnicas quirúrgicas empleadas actualmente con resultados más satisfactorios.

Se exponen también las indicaciones y contraindicaciones -- para esta intervención, así como su importancia foniátrica y - recomendaciones preoperatorias y posoperatorias.

Por último considero la prevención de las alteraciones de - los frenillos como un problema muy importante, no solo dentro de la cirugía mucogingival sino también en el ejercicio de -- las diferentes especialidades odontológicas, dentro de las cuales debe tomarse en cuenta el cuidado de los tejidos blandos del sistema gnatológico.

Al honorable jurado examinador, someto el presente trabajo, - esperando tome en consideración la labor desarrollada de mi - parte, con la cual, independientemente de los resultados que - afloren, me anticipo a agradecerles sus apreciables atenciones.

CONCEPTOS EMBRIOLOGICOS.

Se efectúa a partir de la formación del paladar primitivo y hasta cierto punto, durante el desarrollo de la mandíbula. En todas las otras regiones, los surcos que separan las protuberancias faciales se van volviendo gradualmente menos profundas por la proliferación del mesodermo, y finalmente desaparecen. El paladar primitivo es una estructura redondeada en forma de herradura, que dará nacimiento al labio superior, a la parte anterior de la apófisis alveolar superior, y a la parte premaxilar del paladar secundario.

El paladar está separado por un canal poco profundo ó surco dentario. Desde el fondo crecen dos crestas epiteliales: una exterior vestibular o labial, en la cuál por desintegración de parte de sus células epiteliales se forma el surco labial; y la otra interior o dental, llamada listón dentario, lámina ó cresta dentaria, la papila palatina se transforma muy pronto en una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar. Pliegues irregulares, transversales, las llamadas arrugas palatinas, atraviesan el paladar en su parte anterior. En esta etapa los labios muestran una división definida entre una zona interior suave, parte lisa; y una zona exterior de fino vello, parte vellosa. En el labio superior la parte media de esta zona interna es prominente, formando al tubérculo del labio superior. Un pliegue une la papila con este tubérculo; es el frenillo tectolabial.

Cuando, en etapas posteriores, la apófisis alveolar crece, sobresale entre el paladar y el labio, el frenillo tectolabial queda separado de la papila palatina formando al frenillo labial superior, uniendo la superficie anterior de la cresta alveolar con el labio superior.

Los frenillos laterales se producen entre la cresta alveolar alveolar y la cresta pseudoalveolar. El desarrollo de la apófisis alveolar en la mandíbula es aún más simple. No existe ninguna cresta pseudoalveolar, y la apófisis emerge gradualmente - hacia la cavidad bucal, desde el fondo del surco alveolar los surcos alveolares se abren y forman el vestíbulo bucal que se extiende hacia atrás hasta la región de las mejillas. Esto ocurre aproximadamente a las doce semanas de vida intrauterina.

CONCEPTOS ANATOMICOS.

Anatómicamente se sabe que existen en la boca dos frenillos centrales, uno superior y otro inferior, situados en la línea--media, siendo el superior más desarrollado que el inferior. El superior se inserta generalmente a unos 8mm. por encima del reborde gingival, pero anormalmente puede desender hasta muy cerca de este, y a veces insinuarse entre los dos incisivos --centrales, atravesando el reborde alveolar y llegando hasta la papila incisiva, en el paladar.

La inserción del inferior se hace por lo común a 8mm también del borde gingival.

En ambas partes laterales del vestíbulo de la boca existen además dos frenillos o bridas a la altura de ambos caninos --tanto superior como inferior que son menos desarrollados que los centrales; y más común el inferior.

En los desdentados totales o aún parciales cuando han desaparecido los dientes anteriores, caninos o premolares, provocan la anormal desaparición de una parte de los rebordes alveolares formando frenillos cortos.

FRENILLO LABIAL:

Normalmente es un repliegue de la mucosa bucal que se extiende desde la cara interna del labio, a la línea de unión de los maxilares, donde se inserta a mitad de su trayectoria entre el surco vestibular y el margen gingival.

A veces se extiende desde el margen gingival pasando entre los dientes centrales hacia la mucosa palatina provocando un diastema.

Como regla general el frenillo no muestra un aumento de tamaño apreciable sino que el trastorno está íntimamente relacionado con su posición, aunque puede agrandarse por una hipertrófia del estroma conjuntivo fibroso.

A medida que van haciendo erupción los dientes centrales superiores y va creciendo el reborde alveolar, la inserción del frenillo se hace proporcionalmente más alta.

La erupción de los caninos empuja a los incisivos laterales y centrales hacia la línea media cerrando el espacio y corrigiendo el diastema.

Histológicamente están formados por tres capas:

- A) Epitelio estratificado escamoso.
- B) Tejido conjuntivo, con fibras de tejido blando.
- C) Capa submucosa formada por glándulas mucosas y linfáticas.

FRENILLO LINGUAL.

Es un repliegue fibromucoso que se inserta por arriba en la cara ventral de la lengua y su línea media y hacia abajo en el piso de la boca entre las carúnculas sublinguales.

El frenillo crece a medida que la lengua y el piso de la boca se desarrollan hasta adquirir su tamaño normal.

Sin embargo, con cierta frecuencia este frenillo no se desarrolla proporcionalmente a estas regiones quedando demasiado corto, lo que lo limita sobretodo en los movimientos de protracción y elevación de la lengua, determinando problemas de deglución y fonación.

La unión del frenillo lingual al piso de la boca puede ser: Total o anquiloglosia verdadera, y parcial ó corto. La alteración que ocasiona más frecuentemente es la disartría sobretodo en la pronunciación de las letras r, d, l, n, y s, por lo que se aconseja la intervención quirúrgica lo más pronto posible para su tratamiento.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

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

Un frenillo se convierte en problema si esta 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 bolsos o dificultar el cepillado dental adecuado.

En ocasiones es necesario incidir o extirpar el frenillo -- labial superior y más raramente el inferior. Después de una -- remoción o sección incorrecta del frenillo puede producir alsonreir en el paciente el levantamiento exagerado del labio - superior, pero es evidente que otros factores tales como la -- rigidez y longitud del labio tienen importancia aparte del -- frenillo.

En una encuesta realizada a cierto número de ortodoncistas-americanos en relación con la importancia del frenillo y la - necesidad de la extirpación quirúrgica, no todas las opiniones coincidían, así vemos que unos aconsejan su eliminación para - obtener mejores resultados ortodónticos en cirugía. Desde el - punto de vista protodóntico, el frenillo pueda oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa debido a los pro--- pios movimientos del labio desplazando a esta; esto ocurre --- con más frecuencia en frenillo lingual originando además de- defectos en la fonación.

Así pues la eliminación del frenillo se hace con fines ortodónticos, parodontales y protésicos en la edad adulta. En el caso para tratamiento ortodóntico se sugiere llevar a cabo la intervención en el momento de la caída de los incisivos temporales reemplazados por los permanentes y cuándo los incisivos laterales permanentes estén erupcionados. Esta indicado también cuando hay hipertrófia para prevenir la separación de los incisivos, siendo la mejor época antes de la erupción de los temporales.

Para tener la certeza de la alteración patológica de un frenillo debe obtenerse una radiografía previa a la intervención, ya que en muchas ocasiones el diastema no es ocasionado por alguna anomalía sino por la presencia de un mesiodens ó un diente supernumerario.

En cuanto al frenillo lingual mencionaremos que su anquiloglosia puede ser parcial, aunque rara vez se observa su fusión completa con el piso de la boca. La lengua en la anquiloglosia (llamada también lengua atada) esta restringida en sus movimientos por una fina banda mucosa, que se extiende desde la mucosa ventral de la punta de la lengua hasta la mucosa gingival-lingual, la unión puede ser simple ó bifurcada.

Hay todos los grados de severidad en la fijación. El paciente puede experimentar cierta dificultad en la pronunciación de algunas palabras, o el frenillo puede ulcerarse en contra de los bordes incisales, al tratar de protuir la lengua. El tratamiento indicado para todas estas anomalías de los frenillos es su resección quirúrgica.

IMPORTANCIA FONIATRICA.

Tomar en cuenta al foniatra para la intervención quirúrgica del frenillo lingual cuando el cuadro patológico esta representado por defectos de la articulación del lenguaje (pronunciación) es de gran ayuda e importancia.

El criterio en lo que esto se basa es en que la lengua no tiene capacidad de adoptar las distintas posiciones de la articulación de los fonemas consonantes ocasionado por un frenillo lingual corto ó poco elástico ó de inserción distal muy anterior. Debe efectuarse un estudio fonético de las posiciones articuladoras (cuyo aprendizaje y práctica escapan del cirujano dental o bucoaxilar). Por ello debe tomarse en cuenta la opinión del médico foniatra quién además decidirá si basta de una simple disección ó si es necesario una total debridación de la base de la lengua. Por supuesto existen casos en que la cordedad es tan ostensible que impide inclusive movimientos deglutorios normales y en esas condiciones debe efectuarse de inmediato la resección.

CLASIFICACION.

Jacobs describe cuatro tipos:

- A.-Base ancha en forma de abanico en el labio.
- B.-Base ancha en forma de abanico entre los incisivos.
- C.-Bases anchas en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- D.-Frenillo simple difuso-adiposo.

Según Monti:

- El tipo A.-es alargado,rectangular que provoca el diastema -
por desplazamiento paralelo de los incisivos.
- El tipo B.-es triangular de base superior,causando el diaste-
ma con mayor separación radicular.
- El tipo C.-es triangular de base inferior,que causa el dias-
tema interincisivo de mayor separación coronaria.

INDICACIONES PREOPERATORIAS.

Antes de realizar cualquier intervención quirúrgica es de notable importancia obtener un estudio general completo del paciente a tratar. Este estudio inicial se basa en las maniobras que nos permiten obtener los datos mediante el interrogatorio y la exploración física, el interrogatorio puede ser directo ó indirecto (en caso de ser menor de edad), la exploración física son los conocimientos en conjunto (palpación, -- olfacción, percusión, inspección, etc) que nos permiten obtener los signos y síntomas para completar una historia clínica y realizar un diagnóstico despues de conocer el estado general de la salud del paciente y proporcionar un buen tratamiento -- descuerdo al diagnóstico.

Como nota importante no debemos olvidar los auxiliares de diagnóstico médico o de laboratorio como son: Biometría hemática, química sanguínea, tiempo de protombina, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, detección de glucosa en orins etc.

Todo el instrumental que será empleado para la operación -- deberá estar estéril y colocado en una charola. No es posible esterilizar todos los aparatos que componen un consultorio -- dental pero si es indispensable la limpieza del cabezal del sillón y donde coloca las manos el paciente, limpiando con una solución antiséptica evitando así transmitir alguna infección.

Las manos del operador deberan estar limpias y protegidas -- por guantes estériles, dando especial atención a las uñas que deben estar recortadas y limpias, esto no con el fin de que el paciente se lleve una buena impresión sino para evitar el -- riesgo de contraer una infección.

Esta indicada la medicación preanestésica en pacientes - nerviosos o aprensivos que nos ayudará a:

- 1.-Reducir el metabolismo basal.
- 2.-Sedar psíquicamente al paciente.

Se debe disminuir la cantidad de anestesia por administrar previniendo así accidentes causados por una sobredosis.

Prevenir efectos alérgicos.

TECNICAS.

-FEDERSPIEL-

Previa anestesia local infiltrativa se levanta el labio superior a modo de que el frenillo quede tenso, con un bisturí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico a derecha e izquierda del frenillo hasta llegar a hueso. Federspiel no secciona la extensión alveolar, la cual escarifica con galvanocauterío. La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de disección; se despeja el tejido al researse por medio de una legra o espátula roma, los bordes de la herida se reúnen con los puntos necesarios de sutura.

-MEAD-

Se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso. Se separa este de su inserción ósea con una legra o espátula roma. Diseccionado el frenillo, se secciona en su límite superior, los bordes de la herida se unen con puntos de sutura. En los casos en que el frenillo labial desborde el límite bucal, rodea la arcada y se inserta a la altura de la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión de tal manera que bordee el frenillo y se prolonge pasando entre los incisivos, hacia la cara palatina, cuidando de no llegar hasta el agujero palatino anterior. El frenillo es diseccionado según las técnicas señaladas. Para evitar hemorragias, se puede tomar el frenillo con pinzas de Kocher, una en el límite superior del frenillo vecino al labio, la otra paralela y adosada al hueso. El frenillo es diseccionado por dentro de estas pinzas y no se retiran hasta después de pasados los hilos de sutura.

-BIOCALTI-

- 1.-Se aplica anestesia infiltrativa utilizando la menor cantidad posible de líquido, y evitar la deformación del surco gingival.
- 2.-Por medio de unas pinzas de Kocher se prende la porción -- media del frenillo.
- 3.-Se seccionan los tejidos, por lo cual se apoya un bisturí -- de hoja corta sobre el extremo de dichas pinzas y se contornea alrededor llegando a bastante profundidad para seccionar el tejido fibroso del frenillo. Al retirar las pinzas de Kocher con los tejidos seccionados la herida quirúrgica toma la forma romboidal, de tal manera se respeta tanto la inserción -- osea del frenillo como la submucosa, pero queda eliminada la -- brida que frenaba el labio.
- 4.-Se hacen tres puntos de sutura teniendo la precaución de -- enfrentar perfectamente los bordes de la herida.

-LEVANTAMIENTO O DESCENSO DE LA INSERCIÓN DEL FRENILLO-

Indicado para el frenillo labial superior e inferior.

Se practican dos incisiones paralelas trazadas a cada lado -- del frenillo, estas deben llegar con profundidad hasta el hueso; su límite inferior esta dado por el vértice del frenillo -- otra incisión perpendicular a las dos primeras completa el -- colgajo.

Desprendiendo el colgajo se ubica donde no sea obstáculo para las prótesis y se fija con puntos de sutura de cada lado. Queda una porción del periostio al descubierto, la cual pronto se cubre con tejido de granulación.

El periostio debe protegerse temporalmente con un trozo de -- gasa yodoformada que se mantiene con puntos de sutura. Aunque no es necesaria la protección del periostio.

-REMOCIÓN DEL FRENILLO LABIAL EN PROSTODONCIA TOTAL-

A) Inserción baja del frenillo labial. Si es usada la anestesia local infiltrativa en el origen e inserción del frenillo labial, aplíquese lentamente usando 0.5 c.c. en cada punción-- esperando 5 minutos (para la acción del anestésico).

B) Levántese el labio y colóquese una pinza hemostática paralela a la superficie del repliegue alveolar y en contacto con la mucosa que cubre la superficie labial del proceso alveolar hasta fondo del saco, ciérranse las pinzas sobre las -- fibras del frenillo, júlese el labio hacia arriba y hacia afuera hasta que se forme un ángulo recto con la superficie labial del proceso alveolar. Colóquese una segunda pinza hemostática paralela al levantamiento tomado (en ángulo recto con -- la primera pinza), cierre las pinzas sobre las fibras del frenillo que penetran al labio extendiendo los bocados de las -- pinzas hasta fondo de saco.

C) Las puntas de los bocados de las dos pinzas deben tocarse una con otra, el frenillo labial sostenido entre las dos pinzas debe formar una V invertida, las pinzas deben sostenerse -- sin hacer presión.

D) y E) Con una hoja de bisturí número 11 córtese por fuera de las pinzas, así cuando el corte este hecho el tejido quedará entre las dos pinzas, los márgenes laterales de la herida quirúrgica son legrados con tijeras o con pinzas rectas, esto permitirá desplazamiento y sutura sin tensión.

Si el corte se hiciera por dentro de las pinzas, el tejido se magullaría y aplastaría, predisponiéndolo a infección, formación de costras y dificultando la sutura.

F) Sutúrese hasta que la mucosa sea legrada, cuidando de cubrir glándulas mucosas. Colóquese una gasa yodoformada entre -- la herida y el labio durante dos horas recomendándose aseo -- bucal.

-REMOCIÓN DEL FRENILLO LABIAL EN ORTODONCIA (DIASTEMAS)-

El frenillo labial forma un repliegue del labio al proceso alveolar, persistiendo en su inserción original en la papila palatina. Aún con la erupción de los incisivos centrales, cuando esto sucede resulta un diastema entre ambos centrales, en algunos casos este diastema cede con la erupción de los laterales, y cuando esto no sucede debe eliminarse quirúrgicamente el frenillo.

Técnica de eliminación.

En los pasos A, B, C, D, y E, es semejante al anterior.

F y G.-Se corta con una cuña en forma de V entre los centrales hasta el hueso alveolar, se remueve el tejido, cuidando que el cuello de las pinzas no se exponga.

H.-Queda un espacio de forma rectangular entre los centrales se empaqa gasa yodoformada con óxido de zinc-eugenol o bien cemento quirúrgico en la herida de los centrales, que debe mantenerse durante cinco días, (esto previene la formación de bridas en el espacio). Realizar asco bucal.

Si el frenillo está hipertrofiado, se reseca el exceso de mucosa al mismo tiempo que el tejido fibroso. Asir entre los mordientes de una pinza de disección el frenillo, incidir buscando el contacto óseo y siguiendo los contornos de su implantación labiogingival. Se obtiene así un "cuarto de naranja" fibromucoso que se extirpa. Curetear el reborde óseo para desprender fibras adheridas. Disecar los bordes, afrontar y suturar.

Desde el punto de vista quirúrgico, se han empleado múltiples técnicas para la eliminación del frenillo labial, como -- las técnicas ya mencionadas, sin embargo, en la actualidad la -- tendencia general es efectuar dos intervenciones: la resección y la zetaplastia del frenillo.

-RESECCION DEL FRENILLO LABIAL-

Realizar anestesia local ó a distancia para evitar deformación.(fig.1).Tomar el frenillo entre dos pinzas mosquito rec-- tas, la superior colocada lo más cerca de la cara posterior -- del labio superior y la inferior lo más cerca de la encía veg tibular, procurando que sus puntas se toquen por sus extremos-- (fig.2), de tal modo, que entre las pinzas quede tomada la tota lidad del frenillo. Se corta con bisturí por arriba de la pinza superior y por abajo de la pinza inferior(fig.3)eliminando con esto el frenillo que queda sujeto entre ellas. La herida -- resultante es de tipo romboidal(fig.4)se sutura en su parte -- labial(fig.5)por puntos aislados con seda 000 atraumática ó -- mejor aún con Catgut 0000 por puntos aislados invertidos lo -- que evitará posteriormente retirar puntos, maniobra que provo ca cierto grado de dolor o molestias sobretodo en niños.

-ZETAPLASTIA-

La zetaplastia (fig.6)consiste en efectuar una incisión ver tical en toda la extensión del frenillo que abarca la totali dad de su plano mucoso; esta incisión se complementa con otras dos de menor dimensión que la anterior ligeramente oblicua y de igual tamaño entre sí iniciándose entre los extremos de la vertical, mas o menos a la mitad de un ángulo de 90° y de tal manera que quede en forma de Z(fig.7).Una característica de -- esta técnica es que el brazo que se forma no debe ser muy lar go.

Terminados los cortes procedemos por disección roma a movilizar los colgajos triangulares de la incisión efectuada invirtiéndose éstos de tal manera que el superior ocupe el espacio del inferior y viceversa (fig.8). Así mismo, se corta el tejido fibroso que este por debajo de dichos colgajos, la sutura se realiza por medio de puntos aislados con seda atraumática 000 o bien se hacen nudos invertidos con Catgut 0000 (fig.9).

La resección debe emplearse con frenillos grandes ó voluminosos, ya que si se intenta la zetaplastia en estos casos, se provoca un prolapso de la capa mucosa del labio superior con posibilidad de que el enfermo presente subsecuentemente un labio doble o en cortina.

En cambio nos inclinamos a la zetaplastia en los frenillos pequeños que generalmente limitan el movimiento de extensión labial, obteniéndose con esta técnica una menor retracción cicatrizal y por consiguiente una mayor movilidad de la región operada.



Fig. 1.- Anestesia local a distancia para evitar la deformación.



Fig. 2.- Forma de tomar el frenillo entre las dos pinzas moquito rectas, procurando que sus puntas se toquen en sus extremos.



Fig. 3- Corte con bisturí por arriba de la superior y por abajo de la inferior eliminando así el frenillo.



Fig. 4 - La herida resultante de tipo romboidal.



Fig. 5.- Sutura en su parte labial con seda 000
ó Catgut 0000



Fig. 6.- Incisión vertical en toda la extensión
del frenillo.

Fig 7 - Incisiones complementarias de la anterior con igual dimensión entre sí, quedando en forma de zeta.



Fig 8.- Inversión de los colgajos triángulares obtenidos.



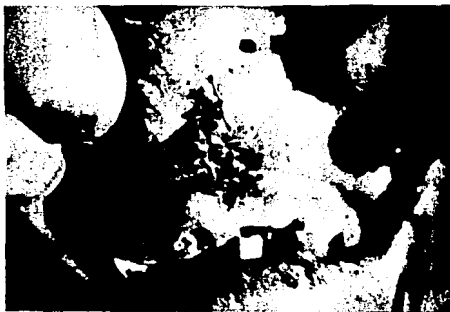


Fig. 9.- Sutura con seda por puntos aislados ó bien nudos invertidos con Catgut 0000.

-RESECCION DEL FRENILLO LINGUAL CON MIOPLASTIA DEL GENIOGLOSO-

Las intervenciones más frecuentemente usadas son el corte simple, la resección y la zetaplastia. La resección para el frenillo lingual es una técnica que se acompaña de la plastia -- del genio-gloso.

Técnica:

1o.-Se anestesia localmente por infiltración toda la base del frenillo así como la parte correspondiente del músculo -- genio-gloso esperando el tiempo necesario para que la deformación ocasionada por el anestésico disminuya (fig.1)

2o.-Se toma el frenillo entre dos pinzas hemostáticas rectas, la superior colocada en el mismo plano de la cara ventral de la lengua, y la inferior hasta donde el piso de la boca lo permita evitando lesioner las carúnculas sublinguales, se debe procurar que las puntas de las pinzas se toquen en el vértice del frenillo (fig.2) cuando el tamaño del frenillo es extremadamente corto y no es posible colocar dos pinzas utilizamos -- solamente una.

3o.-Se corta con bisturí por arriba de la superior y por -- abajo de la inferior eliminando el frenillo que queda sujeto entre ambas pinzas dejando con esto una herida de tipo romboidal .(fig.3)

4o.-Se efectúa una incisión vertical en la aponeurosis que cubre el músculo genio-gloso(fig.3) separándose los bordes para descubrir correctamente a este músculo.

5o.-Se efectúa incisión horizontal de algunos de los haces -- musculares anteriores hasta obtener la elongación deseada de la lengua, notándose que el corte muscular adquiere también -- una forma romboidal(fig.4).

6o.-Se sutura el plano muscular romboidal con Catgut tres ó cuatro ceros por puntos aislados alargándose con esto dicho plano.(fig.5).

7o.-Se sutura la aponurosis en la misma forma(fig.6)

8o.-La mucosa se sutura con Catgut 0000 por puntos en U con nudos invertidos,para evitar molestias posoperatorias.

Con está técnica se ha observado que la retracción cicatrizal no hace perder el objeto de la intervención,dando el alargamiento y la movilidad deseados a la lengua.



Fig. 1 - Anestesia local en la base del frenillo que involucra el plano muscular.

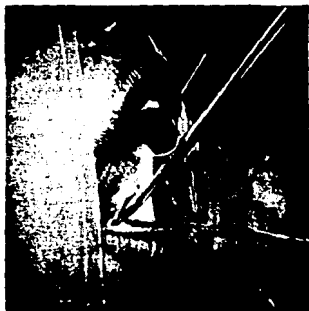


Fig. 2 - Forma de tomar el frenillo cuidando que los extremos de las pinzas se toquen entre si.



Fig. 3.- Se corta por arriba y por debajo de las pinzas eliminando el frenillo que queda sujeto entre ellas.



Fig. 4 - Corte de algunos haces musculares para obtener la elongación deseada.



Fig. 5 - Sutura del plano muscular.



Fig. 6 - Sutura de la aponeurosis.



Fig. 7 - La sutura terminada sin ninguna molestia para el enfermo.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

DOLOR.-Muchos procedimientos quirúrgicos ocasionan en el posoperatorio algún grado de dolor una vez que se disipan los efectos de la anestesia. Esto se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía. La aplicación intermitente de compresas frías en la zona quirúrgica -- (30 min. cada hora) durante las primeras 24 horas del posoperatorio. Para el dolor leve es suficiente un analgésico anti--pirético administrándolo en pequeñas dosis a intervalos cortos, en lugar de dar grandes dosis en poca frecuencia.

HEMORRAGIA.-En ocasiones esto se debe al desgarro o corte accidental de una arteria o vena grande, pero la mayoría de -- las veces sucede en regiones inflamadas donde los tejidos son muy hiperémicos. El sangrado en napa generalizado de los tejidos blandos por lo general se cede mediante presión manual sobre una compresa de gasa aplicada a la región. Si se ha lesionado un vaso grande se puede pinzar con una pinza hemostática y ligar con catgut de 3-ceros.

El cese de la hemorragia es inmediato, después de realizada la sutura. En caso de persistencia de la hemorragia a pesar de -- los tratamientos locales, habrá que recurrir a medicaciones -- generales, tales como la transfusión sanguínea, las inyecciones de substancias que aceleran la coagulación, devolviendo a tejido algunos de los elementos que le faltan.

INFLAMACION..-Es uno de los mecanismos de defensa que tiene el cuerpo aunque es una respuesta agresiva resultando ser un mecanismo patogénico. Es una respuesta inespecífica, vascular, dinámica ante cualquier daño tisular (cualquier agente físico químico ó biológico) que provocan ruptura de las células. El agente que provoca la inflamación puede variar en intensidad y duración.

En el caso quirúrgico puede ser causada por el traumatismo o por la infección, pero en los dos casos los síntomas son los mismos. La aplicación oportuna de hielo en las primeras horas y posteriormente la aplicación de calor seco ó húmedo dan buenos resultados. Si la inflamación es de origen infeccioso el tratamiento será a base de antibióticos, alimentación adecuada, reposo, y mucha limpieza de la zona de operación.

INFECCION..-La forma de entrada de un microorganismo es a través de la piel ó mucosas, Ingestión ó Inhalación provocando daño al huésped mediante la producción de toxinas, crecimiento y reproducción. Con manifestaciones de fiebre, leucocitosis e inflamación. Entran a través de las mucosas por vectores como son: jeringas contaminadas, agujas, bisturís, curetas, legañas, etc. El tratamiento es básicamente a base de colutorios con soluciones antisépticas débiles, con el objeto de eliminar residuos de alimentos que faciliten la infección y limpiando la zona de punción del anestésico con un antiséptico.

CONCLUSIONES

- 1.-Generalmente todas las anomalías que se presentan en los frenillos labial y lingual son de origen congénito.
- 2.-El conocimiento de la anatomía y fisiopatología de los frenillos labial y lingual nos permitirán el tratamiento quirúrgico adecuado.
- 3.-La presencia de un frenillo labial anormal, ocasiona Diastema, aunque en algunas ocasiones es provocado por un Mesiodens.
- 4.-Las técnicas quirúrgicas mencionadas para la corrección ó extirpación de los frenillos labiales se efectúa con fines -- prostodónticos, parodontales y ortodónticos.
- 5.-El tratamiento quirúrgico del frenillo lingual esta indicado cuando existan problemas de pronunciación y cuando es más ostensible la cordedad impidiendo movimientos deglutorios --- normales.
- 6.-En la actualidad y desde el punto de vista quirúrgico las técnicas más empleadas son la resección y la zetaplastía.
- 7.-Para el conocimiento general se hace mención de la técnica de Mioplastía del Geniogloso, pretendiendo con ella mejores -- resultados.
- 8.-El objeto de dicha técnica consiste en proporcionar a la lengua un alargamiento y movilidad normales.
- 9.-Es importante tomar en cuenta las indicaciones y contraindicaciones para llevar a cabo la intervención quirúrgica y -- evitar daños al paciente.
- 10.-Para evitar las complicaciones como la infección, inflamación y otras alteraciones patológicas debemos llevar a cabo -- los principios de asepsia y antisepsia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Archer Harry W.: Oral Surgery W.B. Sanders Company Philadelphia and London, 1966 pag. 244-249.
- 2.-Orban B.: Histología y Embriología Bucodental. Edit Lager S.A. Argentina. pag. 2-11.
- 3.-Krugger Gustav C.: Tratado de Cirugía Bucal. Edit. Interamericana. 1959 pag. 133-136.
- 4.-Bernier Joseph S.: Tratamiento de las Enfermedades Orales. Omeba, Buenos Aires. Edición 1962. pag. 445-448.
- 5.-Clark Henry R.: Práctica de la Cirugía Oral. Edit. Bibliográfica Argentina 1957. pags. 171-172-271-272-.
- 6.-Harnat Weyers: Odontología Infantil. Edit. Mundi. Buenos Aires 1967 pag. 420-421.
- 7.-Sánchez Torres Javier: Revista A.D.M. Vol. 25 Num. 2 1968 pag. 135-140.
- 8.-Sánchez Torres Javier: Revista A.D.M. Vol. 27 Num. 2 1970 pag. 111-116.
- 9.-Tarasco Camino Severino: Jefe de la Clínica del Lenguaje del Hospital 20 de Noviembre. Datos de Foniatría.
- 10.-Hinds Edward C.: Cirugía Oral en el Consultorio. Odontología Clínica de Norte América. Serie III Vol. 9 Edit. Mundi pag. 15-16-86-88.