

314
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



*Vo 330
Folio 4. Párrafo 1.*

FRENILECTOMIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
EVELIA VERA GREZ

GENERACION 1987—1990

MEXICO, D. F.

1992



TESIS CON
FALLA DE 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.

INDICE

INTRODUCCION

Instrumental para frenilectomía.....	3
Sutura.....	10
Postulados de una incisión correcta.....	13
Anestesia local infiltrativa.....	14
Bloqueo Lingual.....	16
Frenillo Labial.....	17
a) Anomalías que puede ocasionar un frenillo anormalmente corto.....	19
b) El frenillo desde el punto de vista protético.....	20
c) El frenillo desde el punto de vista ortodóncico.....	20
Técnicas de la operación del frenillo labial.....	23
a) Técnica de Federspiel.....	23
b) Técnica de L' Hirondelet y Aranowicz.....	24
c) Técnica de Wassmund.....	26
d) Técnica de Mead.....	28
e) Procedimiento en casos en que el frenillo labial desborda el límite bucal, rodea la arcada y se inserta a la altura de la papila palatina.....	29
f) Modificación de la inserción del frenillo labial superior o inferior sin necesidad de su exéresis.....	30
g) Plastia en "V" y "Z".	
Frenillo Lingual Anormal.....	33
Procedimiento quirúrgico para el frenillo lingual.....	35
Operación modificada para frenillo lingual corto.....	36
Tratamiento posoperatorio.....	37
Conclusiones.....	38
Bibliografía.....	39

INTRODUCCION

La terapéutica quirúrgica puede indicarse en la cavidad bucal, en relación con la ortodoncia, para colaborar, ayudar o contribuir al éxito de los tratamientos mecánicos.

La relación prótesis-cirugía y ortodoncia-cirugía adquiere siempre un relevante papel; en ambas instancias son íntimas colaboradoras y en muchas circunstancias no puede implantarse un tratamiento sin la ayuda y participación de la especialidad paralela,

En relación con la prótesis, las partes blandas, sobre las cuales actúa el aparato restaurador, influyen y pueden sufrir modificaciones en sus estructuras o en sus funciones.

El frenillo labial puede ser obstáculo para la correcta ubicación de los aparatos de prótesis, y desplazar a ésta en los movimientos del labio.

Lo mismo sucede con el frenillo lingual, que puede ocasionar trastornos en la fonación y deglución.

Desde el punto de vista ortodóncico, el frenillo ocasiona un diastema interincisivo.

Por lo que por razones ortodóncicas y protéticas, el frenillo debe extirparse; en la edad juvenil, para permitir el tratamiento ortodóncico; en la edad adulta, con fines protéticos.

La cirugía, puesta al servicio y colaboradora de la prótesis y la ortodoncia, debe desarrollar una útil misión.

En el siguiente trabajo se describen algunas técnicas quirúrgicas, de diferentes autores para la corrección del frenillo anormal.

I N S T R U M E N T A L

INSTRUMENTAL PARA FRENILECTOMIA

La cirugía bucal necesita un instrumental especializado para cada caso.

Para realizar los trabajos manuales que significan una operación, es menester valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiado.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE LOS TEJIDOS BLANDOS

BISTURI . .

En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja -- corta.

Este instrumento consta de un mango y de una hoja de -- distintas formas y tamaños, intercambiables en algunos instrumentos, se eligen según la clase de operación a realizar.

PINZAS DE DISSECCION . .

Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla.

Es útil también para esta función la pinza de Kocher.

INSTRUMENTOS DE GALVANOCAUTERIO . .

Permiten efectuar la sección de los tejidos gingivales, puede abrirse abscesos o destruirse los capuchones que cubren al tercer molar.

PINZAS DE KOCHER . .

En cirugía general se las utiliza para hemostasia. Se utilizan para comprimir la arteria o vena seccionada, que quedan expuestas así para ser ligadas (nudos) con catgut.

Su empleo en cirugía bucal con fines hemostáticos es reducido, dadas las pocas oportunidades que existen en ella de ligar vasos; por tratarse de vasos pequeños, de la fibromucosa, o de vasos grandes intraóseos, cuya prehensión es imposible.

Hay dos tipos: la común y la de mosquito.

AGUJAS PARA SUTURA

Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar suturas.

Las agujas deben ser sencillas, curvas o rectas, pero - de dimensiones pequeñas.

Las hay de dos tipos: cóncavo-convexas, en sentido de - las caras o en el de sus bordes.

Las primeras dejan la mucosa al perforarla una herida - paralela al trazo de la incisión.

Las segundas dejan en la mucosa una herida perpendicu - lar a la línea de incisión.

La tracción que el hilo de sutura ejerce en el labio de la perforación producida por el paso de la aguja no tiene - acción sobre la herida del primer tipo.

En cambio, en el segundo, la brecha tiende a agrandarse y desgarrarse.

PORTAAGUJAS

Destinado a dirigir las agujas pequeñas, se toman por - su superficie plana y se guían hacia el tejido.

LEGRAS, PERIOSTOTOMOS, ESPATULAS.

Seccionada la fibromucosa, su separación y despreñ -
amiento para preparar los colgajos exigen instrumentos ade -
cuados.

Un instrumento de gran utilidad en cirugía bucal es el -
periostótomo. El instrumento se coloca entre los labios de -
la herida y entre el mucoperiostio y el hueso.

Nos presta gran ayuda la espátula de Freer, de uso co -
rriente.

INSTRUMENTOS PARA SECCIÓN DE LOS TEJIDOS DUROS

ESCOPILOS

Se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (os -
teotomía) y aún la resección (osteotomía) del hueso que -
cubre el objeto de la intervención.

El escoplo, barra metálica con un extremo cortado a bi -
sel a expensas de una de sus caras y convenientemente afila -
do actúa a presión manual o a golpes de martillo.

Los distintos tipos varían por detalles. La hoja puede -
ser recta o estar ahuecada.

FRESAS

El empleo de las fresas dentales en las operaciones de -
la boca es de extraordinaria utilidad.

La fresa puede eliminar el hueso de por sí, o abrir ca -
mino a otros instrumentos, osteotomía y osteotomía respecti -
vamente. Puede usarse las fresas comunes, redondas No. 5 al -

8, de fisura No. 560.

La fresa se coloca en la pieza de mano o en el contra -
ángulo, según las necesidades.

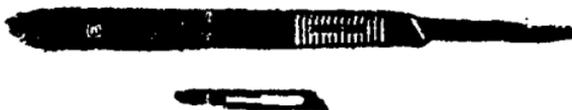
Son útiles las fresas quirúrgicas de Schamberg, las de
Allport y las fresas de Lindemann.

TURBINA

Cuando se usa la turbina en cirugía bucal debe extre --
marse la irrigación (suero fisiológico), con el fin de no -
producir el recalentamiento del hueso, evitando de tal modo -
la necrosis ósea.

Es conveniente que este instrumento no proyecte aire -
para no provocar enfisemas.

INSTRUMENTAL PARA FRENILECTOMIA.



BISTURI DE HOJA INTERCAMBIABLE.

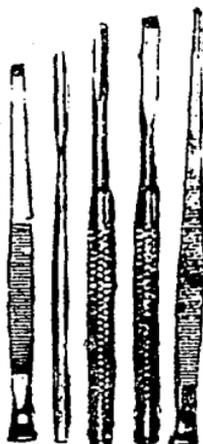


PINZAS DE DISECCION:

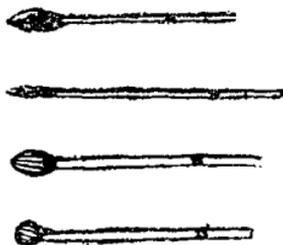
- dentadas.
- de dientes de ratón.

**TIJERA CURVA. DE HOJAS
PEQUEÑAS**





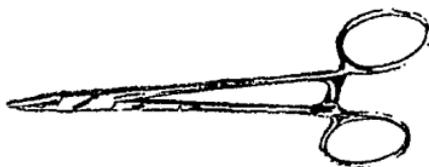
ESCOPILOS



FRESAS QUIRURGICAS.



AGUJAS PARA SUTURA.



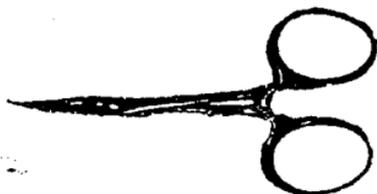
PORTAAGUJAS

INSTRUMENTAL

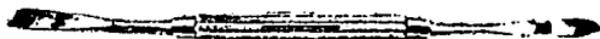


Pinzas de Kocher.

COMUN



MOSQUITO



ELVADOR DE PERIOSTEO DE MEAD.



PERIOSTOTOMO



ESPATULA DE FREER.

S U T U R A

SUTURA

Maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión.

Material que se utiliza para el cosido de los tejidos , brindando apoyo a la herida hasta su cicatrización.

Los materiales de sutura se pueden clasificar en:

- a) absorbibles.
- b) no absorbibles.

SUTURA ABSORBIBLE

Es aquella que se hace con materiales absorbibles por acción enzimática hasta desaparecer durante el proceso de la cicatrización.

Estos materiales, por lo tanto no tienen que ser retirados ya que la hebra, por acción lenta y constante, desaparece.

El catgut es el material de sutura absorbible elaborado del colágeno de mamíferos sanos.

EXISTEN DOS TIPOS:

a) El simple .-

Que carece de tratamiento para alterar su velocidad de absorción en los tejidos.

b) El crómico .-

Es un tratado químicamente para extender el período de absorción .

El catgut simple tiene un tiempo de absorción promedio-

de 8 a 10 días.

El crónico de 15 a 30 días.

Hay factores que pueden alterar el tiempo de absorción y éstos están en razón del calibre de la sutura, clase de tejido, condiciones generales del paciente, etc.

SUTURA NO ABSORBIBLE

Es la que se efectúa con materiales de sutura que no son absorbibles por los tejidos, quedando permanentemente encapsulados.

A los cuarenta días presenta una cápsula esclerocollagena delgada y densa, a menos que sea retirada quirúrgicamente.

La sutura colocada en la piel debe ser retirada.

Los materiales no absorbibles más importantes son:

- a) nylon.
- b) polietileno.
- c) plata.
- d) acero inoxidable.
- e) seda.
- f) algodón.

SUTURACION

Los colgajos se suturan en posición, la cual variará dependiendo de su localización.

LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES SON :

- 1) Los tejidos deben ser afrontados sin tensión.

- 2) Los tejidos no deben quedar estrangulados por la sutura, ésta debe hacerse suavemente.
- 3) No deben quedar espacios muertos.
- 4) Además los hilos de sutura, entre más finos sean mejor .
- 5) Hemostasia correcta.
- 6) Evitar suturar grandes masas de tejido.
- 7) Uso adecuado de drenaje cuando se sospechan exudados.

La sutura de tejidos pueden efectuarse valiéndose de portaagujas.

La unión de tejidos por planos se llama línea primaria de sutura.

Una sutura no absorbible utilizada para formar una línea de refuerzo, recibe el nombre de sutura secundaria, aliviando en esta forma la tensión de los tejidos y formación de cavidades y como consecuencia, factor de retraso en la cicatrización.

POSTULADOS DE UNA INCISION
CORRECTA.

POSTULADOS DE UNA INCISION

CORRECTA.

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así la intervención.

Los postulados son:

- 1.- Trazar la incisión y circunscribir un colgajo es necesario que éste tenga una base lo suficientemente ancha para proveer la adecuada irrigación y a si eviten de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.
- 2.- Buena visualización.- El trazado debe permitir una perfecta visualización del objeto a operarse y no obstaculice las maniobras operatorias.
- 3.- La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra con toda amplitud el campo operatorio y se eviten desgarramientos del tejido que siempre se traducen en necrosis.
- 4.- Un solo trazo, sin líneas secundarias, para tener una adaptación de los colgajos y una cicatrización correcta.
- 5.- La incisión ha de realizarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano.

A N E S T H E S I A

ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA

La infiltración sensitiva se logra cuando se impide que pasen los impulsos que conducen las fibras nerviosas macroscópicas y microscópicas mediante el anestésico local.

En este caso se produce una pequeña red de analgesia al bañar todas las fibras nerviosas de esa zona con el agente - en lugar de dirigirlo a un nervio específico.

Cuando el hueso cortical es delgado, la difusión del agente se efectuará a través del hueso para llegar a las fibras nerviosas que entran en los ápices de los dientes.

Las áreas de la cavidad oral que pueden adaptarse a las técnicas de infiltración son los aspectos bucales de los incisivos mandibulares. En las demás áreas, el hueso cortical es tan grueso que no puede conseguirse una difusión suficiente.

LA TECNICA ES LA SIGUIENTE:

- 1.- Identificar el área y buscar en el tejido el lugar dónde se localiza el ápice del diente seleccionado.
- 2.- Retraer el labio, la mucosa bucal o ambos hasta que quede expuesto el pliegue bucal.
- 3.- La inserción de la aguja es en la cavidad más grande - del pliegue mucobucal y se dirige hacia la localización anatómica del ápice del diente.
- 4.- Se introduce la aguja hasta rozar ligeramente el hueso; - en este punto se inyerta la solución.

Tamaño de la aguja: calibre 25 - corta.

Volumen: 1/2 cartucho.

En los adultos, el primer molar superior, suele requerir dos infiltraciones, una sobre la raíz bucal medial y otra sobre la raíz bucal distal. Por que el proceso malar del arco cigomático está bajo la maxila y es demasiado denso para la difusión adecuada del agente anestésico.

BLOQUEO LINGUAL

La técnica es la siguiente:

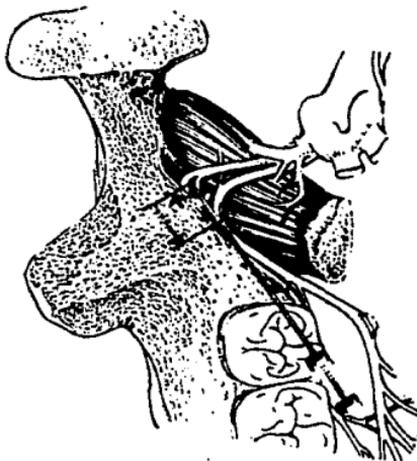
- 1) Después de aplicar el agente anestésico en el surco mandibular, se saca la aguja a la mitad de su profundidad insertada en la misma línea que fue introducida.
- 2) La localización del nervio lingual se observa en la figura.

La inyección del nervio lingual se efectúa en esta localización.

Tamaño de la aguja: larga, calibre 25.

Volumen: 1/4 de cartucho.

El área de analgesia será el periostio lingual de los dientes mandibulares hasta la línea media, la encía lingual-asociada, el piso de la boca hasta la línea media y los dos tercios anteriores de la lengua hasta la línea media.



F R E N I L L O L A B I A L

FRENILLO LABIAL

Es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión del maxilar superior.

Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal.

En el nacimiento ocupa un lugar prominente bajo el labio superior, conectando el labio con el paladar.

Sin embargo cuando los dientes temporarios son reemplazados por los permanentes, el frenillo parece distanciarse hacia el borde alveolar.

Se puede esperar hasta que los caninos permanentes hayan erupción, este espacio cerrará en la mayoría de los casos, esto no ocurre, está indicada la frenectomía.

El repliegue que forma el frenillo está constituido histológicamente por tres capas.

- a) Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- b) La túnica propia, consiste en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- c) La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

TIPOS DE FRENILLOS

Según Jacobs.

Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales:

- a) Base ancha en forma de abanico en el labio.
- b) Base ancha en forma de abanico entre los incisivos.
- c) Base ancha en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d) Amplio frenillo difuso adiposo.

TIPOS DE FRENILLOS

Según Montí son:

- a) El frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos. (A).
- b) El frenillo de forma de triángulo, cuya base coincide con el surco gingival. (B).
- c) El frenillo triangular, a base inferior (C).

Anomalías que ocasiona el frenillo, según Montí son:

Los frenillos del tipo A, ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

El frenillo del tipo B, origina un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

El frenillo de tipo C, origina un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

Distintos tipos de frenillo labial anormal, según Monti.



A, alargado rectangular, que provoca el diastema por desplazamiento paralelo de los incisivos; B, triangular de base superior, causante del diastema con mayor separación radicular. C, frenillo triangular de base inferior, es la causa productora del diastema interincisivo de mayor separación coronaria.

ANOMALIAS QUE PUEDE OCASIONAR UN FRENILLO ANORMALMENTE CORTO

1.- Impide a la lengua proyectarse hacia adelante desde la cavidad bucal o removerse hacia adelante o hacia arriba para hacer contacto con el paladar duro.

2.- Se afecta la deglución.

3.- Se afecta la fonación.

4.- El frenillo puede ser lesionado por el contacto con incisivos inferiores, y pueden desarrollarse úlceras.

5.- Limitan el movimiento de los labios, carrillos y algunas veces la lengua.

6.- Produce un diastema interincisivo.

7.- En pacientes desdentados, compromete la estabilidad de la dentadura.

8.- Deficiencia en el desarrollo del arco maxilar superior.

Lo ideal es evaluar la posición del frenillo en el momento en que se extraen los dientes y corregirla en caso necesario.

En el paciente desdentado, esto se debe hacer antes de construir la dentadura.

En casos infantiles cuando han hecho erupción los caninos y no ha cerrado el diastema estará indicada la frenectomía.

EL FRENILLO DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTETICO

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y desplazarla en los movimientos del labio.

Si se rebaja la dentadura para dar cabida al frenillo se deteriora la estética y puede perderse el cierre periférico.

Sucede lo mismo con el frenillo lingual, que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución, para solucionarlos se debe tratar quirúrgicamente.

EL FRENILLO DESDE EL PUNTO DE VISTA ORTODONCICO

El frenillo anormalmente corto, puede citarse entre las causas del diastema interincisivo.

Se aconseja su eliminación, pues no pueden lograrse resultados ortodóncicos satisfactorios sin cirugía.

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

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

Siempre debe realizarse una radiografía previa a la intervención del frenillo. Muchos diastemas se deben a la presencia de un mesiodens o de dientes supernumerarios.

CIRUGIA EN RELACION CON LA PROTESIS Y LA ORTODONCIA.

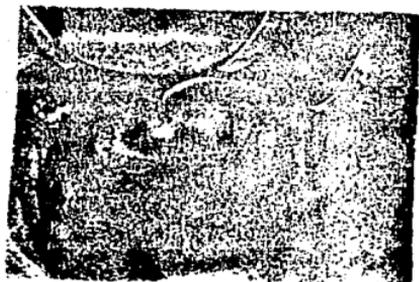


A

B

C

Diastema interincisivo. A. Dientes que presentan sus ejes mayores paralelos. B. Coronas más próximas que sus ápices. C. - Apices más próximos que sus coronas.



B

A



C

A. Inserción del frenillo labial en las proximidades del reborde alveolar superior, B. Prominencias óseas en distintos lugares. C. Brida lateral pronunciada y prominencias óseas.

**TECNICAS DE LAS OPERACIONES
DEL FRENILLO LABIAL**

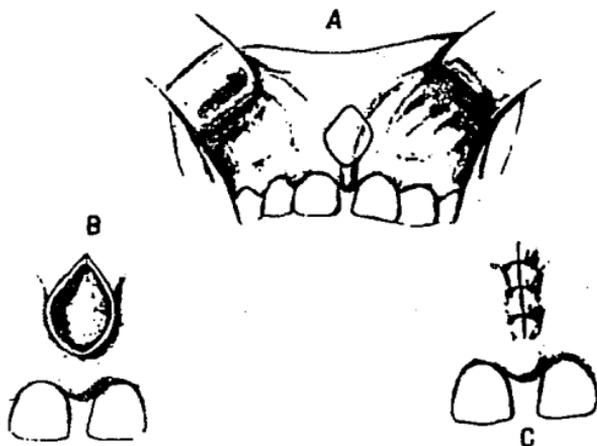
TECNICA DE FEDERSPIEL

Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.

Se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, a derecha e izquierda del frenillo, con un bisturí de hoja corta, llegando profundamente hasta el hueso.

La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de Kocher o con una pinza de disección; - se despega el tejido a researse por medio de una legra o - periostótomo.

Se sutura.



Resección del frenillo por el método de Federspiel. A, incisión en óvalo de la base del frenillo; B, el frenillo reseado; C, tres puntos de sutura cierran la brecha.

TECNICA DE L.' HIRONDEL Y ARANOWICZ

PRIMER TIEMPO:

Una vez anestesiado.

Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo; - que adquiere así una forma triangular.

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

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

SEGUNDO TIEMPO

La herida hecha por la tijera afecta una forma losángica, determinada por la acción de ciertos músculos de los labios. Esta imagen losángica puede ser descompuesta en dos - triángulos, reunidos por su base a nivel vestibular.

TERCER TIEMPO

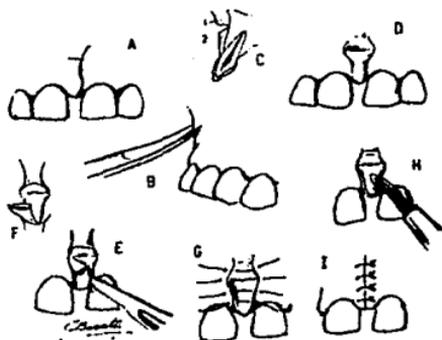
Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo y se extirpa.

Se cauteriza con galvano la base de inserción.

CUARTO TIEMPO

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

Es conveniente, 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 - y la sutura no provoque tensión, por otra parte, con el tejido gingival despegado, se puede pasar la aguja con mayor - facilidad.



Resección del frenillo por el método de L'Hirondel y Hiron
 del y Aranowics. A, aspecto del caso; la línea sobre el
 frenillo es la línea de corte; B, sección del frenillo a
 tijera; C, corte sagital; 1 y 2, representan el corte y los
 segmentos superior e inferior del frenillo; D, el frenillo
 seccionado por la incisión que se presenta en el esquema B;
 E, resección a bisturí del cordón fibroso; F, eliminación
 del cordón fibroso; H, cauterización de la base del freni-
 llo; G, sutura; los hilos han sido pasados; I, la etapa
 final ha sido realizada.

TECNICA DE WASSMUND

OPERACION I .- Despegamiento plástico del frenillo.

Se realiza 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 tal manera, este tejido queda más grueso y permite realizar las maniobras posteriores.

Se adapta el colgajo triangular abtenido, con el propósito que el frenillo no actúe. Se fija en ese sitio por suturas mucosas, previa excavación de las partes laterales de la incisión.

OPERACION II .- El tratamiento óseo.

Se realiza una osteotomía interincisiva para corregir el diastema.

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 una fresa redonda número 3 se practican pequeños orificios 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 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.



Resección del frenillo por el método de Wassmund (resección y ostectomía). A, incisión; B, ostectomía entre los incisivos centrales con fresa redonda previa separación del periostio; C, sutura del periostio.



Sutura de la encía, por el método de Wassmund, después de la sutura del periostio, la encía se sutura con seda y el periostio con catgut.

TECNICA DE MEAD

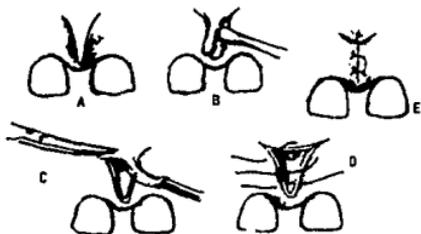
Se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso.

Se separa el frenillo de su inserción ósea con una espátula (espátula de Freer) o con un periostótomo.

Disecado el frenillo, se secciona en su límite superior.

Los labios de la herida son reunidos con sutura.

El límite superior, con una sutura en tres direcciones.



Resección del frenillo por el método de Mead. A, incisión; B, separación del frenillo de su base ósea; C, sección con tijera de la base del frenillo; D, sutura; E aspecto final.

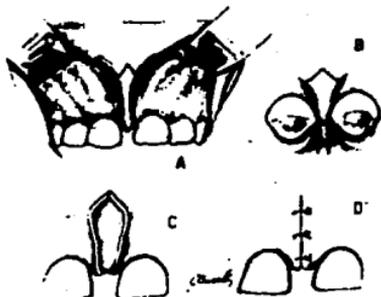
PROCEDIMIENTO EN LOS CASOS EN QUE EL FRENILLO LABIAL DESBORDE EL LIMITE BUCAL, RODEE LA ARCADA Y SE INSERTE A LA ALTURA DE LA PAPILA PALATINA.

La operación se efectúa trazando la incisión de tal manera que bordeee el frenillo y se prolongue pasando entre los incisivos, hacia la cara palatina, pero sin llegar al agujero palatino anterior.

El frenillo es disecado.

Los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura con seda o hilo.

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



Método de la resección del frenillo cuando éste se prolonga hacia la bóveda palatina. A, incisión; B, la línea de incisión vista por la cara palatina; C, el frenillo resecaado; D, sutura.

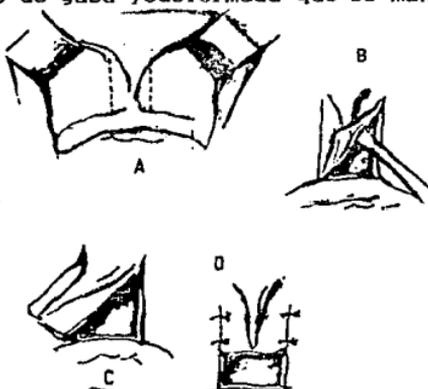
MODIFICACION DE LA INSERCIÓN DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR O INFERIOR SIN NECESIDAD DE SU EXERESIS.

En el caso de un desdentado total con su frenillo insertado sobre la arcada alveolar, que se opone a la retención de la prótesis total.

Se practican dos incisiones paralelas trazadas a cada lado del frenillo, que llegue 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.

Desprendiendo el colgajo, en el cuál se encuentra el frenillo, por medio de un periostótomo aquel elemento se ubica donde no sea un obstáculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura en cada lado.

Queda una porción de hueso al descubierto, el cual se cubre de tejido de granulación; puede protegerse temporalmente con un trozo de gasa yodoformada que se mantiene con puntos de sutura.



Mobilización de la inserción del frenillo en desdentado total: método del autor. A, aspecto del caso; B, desprendimiento de la base de inserción del frenillo; C, el colgajo desprendido. D, sutura de reposición.

PLASTIA EN " V " .

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Se anestesia al paciente.

Se extiende y se cubre el labio para tensar el frenillo, se toma con una pinza para tejidos o con una pinza de Allis.

Se realiza una incisión en forma de V invertida a través del periostio hasta hueso, a cada lado de la inserción del frenillo en el labio.

Los márgenes del defecto rómbico se socavan y la herida se sutura con puntos separados.

Se prefloran las suturas reabsorbibles, por que en esta región es difícil y doloroso, sacar los puntos.

Al colocar las suturas, el primer punto debe estar en la profundidad del vestíbulo y tomar el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de la profundidad vestibular.

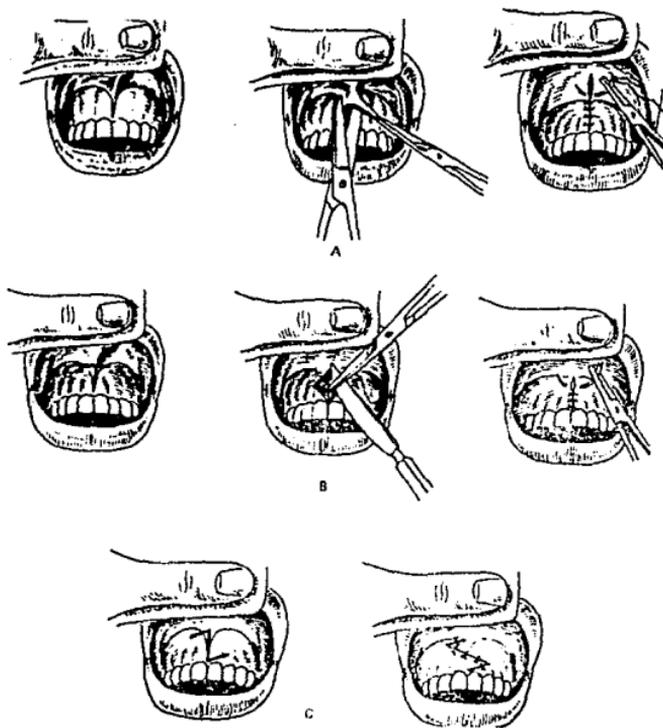
PLASTIA EN " Z " .

La Z plastia se usa para corregir bandas fibrosas y músculo.

Se hace una incisión vertical a lo largo del frenillo y se socavan ambos lados; en seguida, se hacen dos incisiones, una a 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 alargandola.



Operación del frenillo corto del labio superior. A) Escisión. B) Sección transversal. C) Plastia con tejidos locales.

FRENILLO LINGUAL ANORMAL

FRENILLO LINGUAL ANORMAL

El frenillo lingual, elemento patológico frecuente, se caracteriza por ser un sólido cordón que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo-apical, recorre el tercio anterior de este aparato y se vuelve hacia adelante, insertandose en la línea media de la mucosa del piso de la boca.

El extremo anterior del frenillo lingual toma asiento en la cara lingual del maxilar inferior y en el borde de la arcada; esto significa que este extremo esta colocado entre incisivos centrales.

El frenillo lingual anormal ocasiona la fijación de la lengua al piso de la boca, diastema interincisivo.

Los pacientes, con el primero de estos problemas, tienen dificultades en la deglución y fonación (sobre todo de las consonantes lingu-donto-labiales). Los movimientos de la lengua están disminuidos; el paciente no puede excursionar, dá más que un breve trecho y no logra tocar el paladar con ella, estando la boca abierta.

En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal.

Realizada la frenectomía se solucionan todos los problemas mencionados.

Sin embargo, el paciente necesitará un foniatra para mejorar su dicción.



FRENILLO LINGUAL

1, el frenillo se inserta en las proximidades de la cara lingual de los dientes. Diastema interincisivo. Dificultades a la fonación y deglución. 2, la lengua está frenada en su excursión; su extremo apical que se observa bifido por la tracción del frenillo, alcanza a cubrir con dificultad el borde labial. 3, un caso de frenillo lingual y anquiloglosia; la lengua, en su intento de excursión, gira sobre su eje, como se observa en la figura. 4. Sección del frenillo lingual.

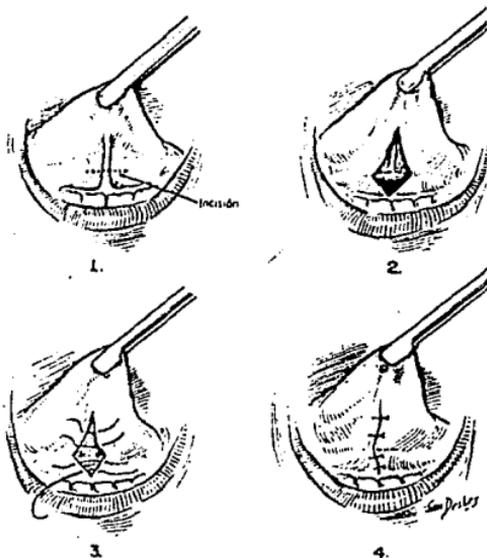
**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA EL
FRENILLO LINGUAL.**

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA EL FRENILLO LINGUAL

Bajo anestesia de infiltración, reforzando con bloqueos bilaterales del nervio lingual.

Se hace una incisión horizontal a través del frenillo, -manteniendo la lengua hacia arriba para estirarlo.

Se socavan suavemente los márgenes de la herida con tijeras curvas, y se transforma en herida vertical, suturándola de izquierda a derecha.

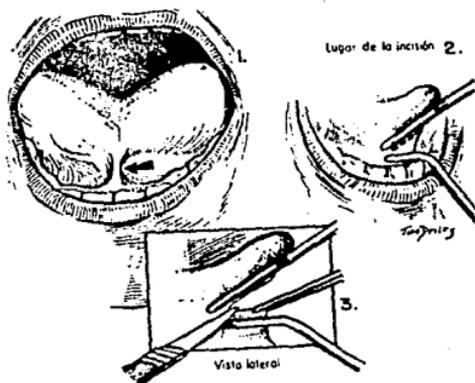


Operación para alargar un frenillo lingual corto.

OPERACION MODIFICADA PARA FRENILLO LINGUAL CORTO.

Otro método sencillo consiste en aplicar un hemostato - pequeño y de punta recta sobre el frenillo, exactamente bajo la superficie de la lengua, y otro hemostato, éste 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 interrumpidos.



Operación modificada para frenillo lingual corto.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

El dolor del posoperatorio se controla con analgésicos.

El edema se puede combatir con corticoesteroides parenterales.

Indicar al paciente que consuma una dieta líquida por que los movimientos de la lengua habrán de causar malestar por varios días.

La formación de un hematoma se previene no suturando la herida con demasiada firmeza.

PRONOSTICO:

Favorable. No se presentan recidivas.

CONCLUSIONES

- Un frenillo anormalmente corto, puede ocasionar en el niño un diastema interincisivo.

- En el adulto desdentado puede oponerse a la inserción de la prótesis.

- Origina el frenillo lingual la fijación de la lengua al piso de la boca, por lo que puede ser la causa de mala deglución y fonación.

- Cuando existe en un niño en crecimiento, el frenillo lingual insertado anormalmente; puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y causar anomalías del lenguaje.

- Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición relativamente plana en el piso de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir.

- Este problema se manifiesta con una inclinación labial excesiva de estos dientes.

- Otra consecuencia de la posición aplanada del dorso de la lengua es que la bóveda palatina y el arco maxilar tienden a ser estrechos.

- La dificultad para mover la lengua con libertad puede imposibilitar la emisión correcta de ciertos sonidos.

- Se debe consultar a un foniatra antes de contemplar la operación. Si esta indicada la cirugía y si la frenectomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, a veces la posición de los dientes y forma del arco se corrigen solas, o por lo menos evitan que el tratamiento ortodóncico fracase.

- El frenillo de los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes.

- En la edad adulta, con fines protéticos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Bruce Scott, Lennart Hakansson, Phillip R. Bromage, - Poul Bucknoj.: Anestesia Regional.: pág. 103 a 156, volumen-1, 7o. capítulo.: Editorial Panamericana.: 1989.
- 2.- Daniel E. Waite, A. D.S., M.S; Tratado de Cirugía Bucal - Práctica.: pág. 178 a 181, volumen 1.: Editorial Continental, S.A. de C.V., México 1984.
- 3.- Daniel M. Laskin, Richmond Virginia, Virginia Commonweal th.: Cirugía Bucal y Maxilofacial.: pág. 683 a 688, volumen-1.: Editorial Panamericana.: Argentina 1987.
- 4.-Gerald D. Allen, M.B., F.F.A.R.C.S.: Técnica de Anestesia Regional., pág. 103 a 156, volumen 1, Editorial Panamericana Madrid 1989.
- 5.- Guillermo A. Ries centeno, Enrique A. Muller, Pablo E. - Bazerque.: Cirugía Bucal., pág. de la 47 a la 54, y de la 73 a la 75, de la 101 a 102 y de la 400 a 431, volumen 1, Editorial "El Ateneo", Argentina 1987.
- 6.- Joanna R. Fuller.: Instrumentación quirúrgica., pág. 160 a 172, volumen 1, Editorial Panamericana, Argentina 1990.
- 7.- Dr. Raul Romero Torres.: Tratado de Cirugía., pág. de la-189 a 193, volumen 1, Editorial Interamericana, México 1989.
- 8.- Raymond L. Braham, Merle E. Morris.: Odontología Pedia - trica., pág. 350 y 351, volumen 1, Editorial Panamericana, - Argentina 1985.
- 9.- Dr. Sidney B. Finn, Dr. H. Perry Hitchcock, Dr. Johnnye- Akin, Dr. Ronald R. Hawes, Dra. Sara C. Finley, Dr. Wayne.: - Odontología Pediátrica., pág 364 a 365, volumen 1, Editorial Interamericana, México D.F. 1976.