

298
29.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS QUIRURGICAS DE FRENILLO LABIAL
GRUESO Y FRENILLO LINGUAL CORTO

T E S I S I N A
QUE PRESENTA:
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
MA. DEL CARMEN VELA VILLA



MEXICO, D. F.

MAYO 1994

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.

Te quiero dar GRACIAS JESUS
por haberme permitido culminar
una de mis metas,
dándome vida, salud y amor.
Y por rodearme de personas tan lindas
que me han brindado
tanto su apoyo moral y económico.

I N D I C E

	Pag.
1.- Protocolo de Tesina. - - - - -	
2.- Tratamiento Prequirúrgico del Niño. - - - - -	1.
3.- Frenillos. - - - - -	4.
4.- Frenillo Labial. - - - - -	6.
4.1. Frenectomía	
Frenotomía. - - - - -	-12.
4.2. Tratamiento Quirúrgico. - - - - -	-13.
4.3. Cuidados Posoperatorios. - - - - -	-27.
4.4. Tratamiento Terapéutico. - - - - -	-28.
5.- Frenillo Lingual. - - - - -	29.
5.1. Anquiloglosia. - - - - -	32.
5.2. Tratamiento Quirúrgico. - - - - -	33.
5.3. Cuidados Posoperatorios. - - - - -	36.
5.4. Tratamiento Terapéutico. - - - - -	37.
6.- Conclusiones. - - - - -	39.
7.- Bibliografía. - - - - -	41.

PROTOCOLO DE TESIS.

TECNICAS QUIRURGICAS DE FRENILLO LABIAL GRUESO Y FRENILLO LINGUAL CORTO

Planteamiento del problema.

Los frenillos son componentes de la cavidad bucal, siendo éstos, repliegues de la mucosa labial o yugal.

Los clasificamos en labiales o vestibulares, linguales y bucales o bridas laterales. Siendo de más importancia el labial superior grueso y el lingual corto, ya que ocasionan diastemas entre los incisivos centrales superiores y dificultad para pronunciar ciertas palabras, respectivamente.

Existen la frenotomía y la frenectomía para la eliminación de los frenillos.

Hipótesis.

La frenilectomía mejora la pronunciación de ciertas palabras, da facilidad a la deglución y cierra el diastema entre los incisivos centrales superiores.

Objetivos.

- 1.- Como tratar al paciente quirúrgicamente*
- 2.- Frenillos*
- 3.- Frenillo Labial*
- 4.- Tratamiento Quirúrgico (del frenillo labial)*
- 5.- Frenillo Lingual*
- 6.- Tratamiento Quirúrgico (del frenillo lingual)*
- 7.- Cuidados Posoperatorios*

Justificaciones.

Es común encontrar los frenillos alterados, ocasionando problemas en los niños, por lo que se requiere hacer la cirugía.

Se ha observado que entre los frenillos el más común e importante es el frenillo lingual corto, porque además de que el niño tiene problemas en la deglución y fonación, puede llegar a ocasionar traumas psicológicos en él, ya que puede llegar hacer causa de burla entre sus compañeros de clase.

Para la eliminación de los frenillos es recomendable realizar la frenectomía, para evitar residivas.

Las frenilectomías son procedimientos quirúrgicos leves, que no ocasionan mucho trauma posoperatorio, por lo que el pacientito tiene una favorable recuperación.

TRATAMIENTO PREQUIRURGICO DEL NIÑO.

En muchas formas los procedimientos de cirugía bucal para niños son semejantes y tal vez más simples que los que se realizan en adultos. (8)

En el niño existen diferencias anatómicas, fisiológicas, patológicas y psicológicas singulares que pueden ser ventajosas o desventajosas cuando se realizan estos procedimientos.

Desde el punto de vista anatómico, los procedimientos quirúrgicos son mucho más sencillos en el niño porque el hueso es más blando y más elástico.

Desde el punto de vista fisiológico la curación ocurre más pronto en el niño o la capacidad de remodelamiento es mayor en él. En consecuencia, el paciente pediátrico tolera mejor el traumatismo de la operación y se recupera antes, pero en cambio, la presencia de dientes y maxilares en crecimiento requiere precauciones adicionales y el metabolismo más rápido influye sobre la elección de los anestésicos y medicaciones.

En el niño también ocurren muchos estados patológicos; hay problemas especiales relacionados con alteraciones de crecimiento y desarrollo pudiendo repercutir en la formación y erupción dental. Además existen ciertas lesiones, tumores y quistes bucales que son más comunes en niños.

Con respecto a lo psicológico, en ocasiones el manejo con los niños es problemático, ya que en la mayoría de los casos es muy difícil razonar con niños de corta edad y tienden a no permitir el uso de la anestesia lo

cal ni a dejar operar en estas circunstancias por lo que se requiere técnicas especiales de sedación y anestesia total.

En el manejo de los niños la regla es hacer una explicación completa y proceder con total sinceridad. (15)

El dentista que atiende al niño debe ser cuidadoso para evaluarlo de manera integral y no atender sólo la boca. En el tratamiento infantil se incluyen las siguientes consideraciones importantes:

1) Historia Clínica Satisfactoria.- Siendo difícil obtener información de los niños, las preguntas deben ser lo más sencillas posibles y obtener los antecedentes de los padres.

2) Consultas médicas y dentales convenientes.

3) Anticipar y evitar las emergencias.

4) Atención adecuada de las emergencias cuando sucedan.

Y cuando se requieran tomar las radiografías convenientes.

Antes de emprender la intervención quirúrgica, también es importante explicar a los padres lo que se habrá de hacer al niño y obtener su consentimiento. (18)

Cuando en el niño es preciso realizar procedimientos en tejidos blandos se debe prestar atención prequirúrgica a lo siguiente:

- 1. Cambios anticipados en el estado de maduración.*
- 2. Tiempo óptimo o edad para efectuar el procedimiento.*
- 3. Tipo de anestésico o sedación requerido.*
- 4. Complicación o secuelas posteriores.*
- 5. Resultados esperados. (8)*

FRENILLOS

Dentro de los componentes de la cavidad bucal se encuentran los frenillos, de los cuales algunos autores los clasifican en dos tipos:

A) labial o vestibular

B) lingual

Y otros los clasifican en:

A) labial o vestibular

B) lingual

C) bucales o bridas laterales.

El frenillo se ha definido como un repliegue de la mucosa labial (yugal en el caso de las bridas laterales) que se inserta desde la cara interna del labio o del carrillo hasta el proceso alveolar, esta definición es aplicable al frenillo lingual, diciendo que es un repliegue de la mucosa de la cara ventral de la lengua que va a insertarse desde el piso de la boca hasta el proceso alveolar. (7)

Según Jacobs el frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

- 1.- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- 2.- La túnica propia, consiste en tejido conjuntivo conteniendo hileras de

fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.

3.- La submucosa que contiene glandulas mucosas y linfáticas.

Desde el punto de vista de la anatomia bucal encontramos frenillos distribuidos de la siguiente forma:

- Dos labiales interincisivos*
- Cuatro bridas o frenillos laterales*
- Y el frenillo lingual. (2)*

FRENILLO LABIAL

Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal. (9)

Un frenillo labial maxilar prominente, que se inserte sobre la cresta del reborde alveolar y la papila de los incisivos puede ser un hallazgo normal en niños. La adherencia sobre la cresta se acomoda hacia apical con el crecimiento vertical normal del alveolo. La presencia del frenillo prominente en niños pequeños preocupa a padres, pediatras y odontopediatras por su apariencia y porque puede acompañarse de diastema entre incisivos centrales maxilares deciduos o permanentes. Es importante referir a los padres que un diastema en la línea media puede ser normal en la dentición decidua o en la permanente antes de la erupción de los caninos superiores. (4)

Anatómicamente el frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos frenillos no terminan en este nivel, si no que descienden hasta el reborde alveolar, rodean este borde y van a terminar en la papila interdental, en la bóveda palatina siendo esto patológico.

Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales:

A) Ancha base en forma de abanico en el labio.

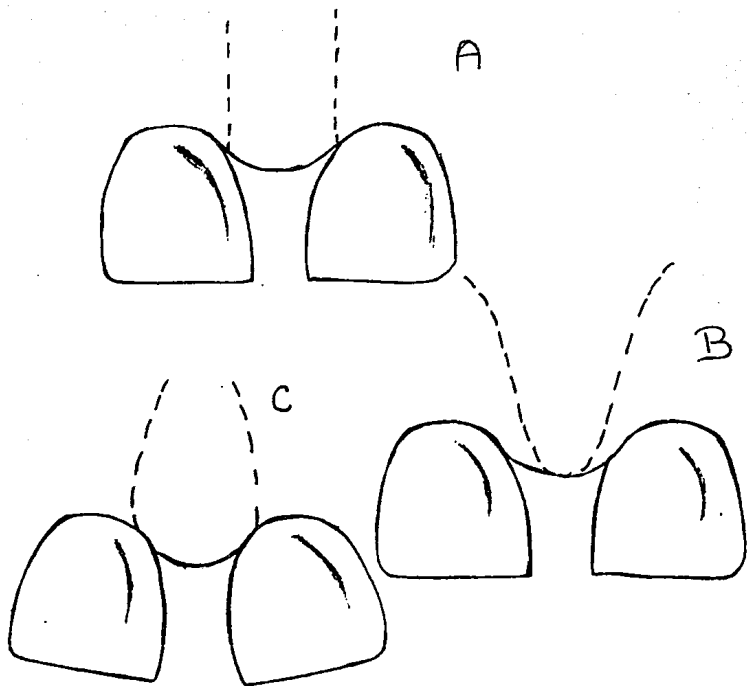
- B) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- C) Ancha base de abanico en el labio y entre los incisivos.
- D) Amplio frenillo difuso adiposo.

Monti describe tres tipos de frenillos:

- A) El frenillo de tipo alargado, presentando sus bordos derecho e izquierdo paralelos; dando lugar a un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.
- B) El frenillo de forma de triángulo cuya base coincide con el surco gingival, ocasionando un diastema caracterizado porque los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.
- C) El frenillo triangular con base inferior, dando por consiguiente un diastema, en donde los incisivos se encuentran con las coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan. (2)

Las anomalías anatómicas de cualesquiera de estos frenillos pueden causar trastornos de diversas índole e interferir en el buen resultado de tratamientos ortodónticos, protésicos, parodontales y/o fonéticos, por lo que habría que intervenir quirúrgicamente.

Así tenemos que este frenillo labial se le considera desde dos puntos de vista : uno protésico y otro ortodóntico.



Distintos tipos de frenillo labial normal.

A.- alargado, rectangular con diastema paralelo

B.- triangular de base superior, causando un diastema con mayor separación radicular

C.- triangular de base inferior, con diastema de mayor separación coronaria.

Protésicamente el frenillo puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa o bien desestabilizarla en el curso de los movimientos labiales. Comúnmente son causa de una enfermedad paradontal. (2)

Ortodonticamente el frenillo labial puede ser una de las causas del diastema interincisivo.

Se debe de tomar una radiografía previa de la cirugía para verificar que éste sea la causa.

Hay ciertos factores etiológicos del diastema que deben descartarse antes de la corrección quirúrgica del frenillo labial maxilar prominente:

- succión digital*
- protrusión lingual*
- dientes supernumerarios*
- lesiones quísticas*
- muescas en el hueso alveolar entre los incisivos o hendidura real del hueso en la línea media.*
- y enfermedad primaria del hueso, como la displasia fibrosa.*

Existen ciertas pruebas que indican que en los pacientes con tendencia hacia el espaciamento dental, como los que tienen dientes pequeños en maxilares grandes, el frenillo labial superior puede interferir con la formación de los paquetes de fibras transeptales, cervicales y crestas alveolares de los ligamentos periodontales ubicados entre los incisivos centrales.

El diastema de la línea media también puede relacionarse con la presencia de incisivos laterales diminutos solos o acompañados de un diente supernumerario en la línea media. En otras ocasiones, están ausentes los incisivos laterales y surgen una anomalía oclusal como consecuencia de la mal posición de un incisivo inferior. (3,4,8)

En caso en que el frenillo labial contribuya a la persistencia del diastema, la banda cruza el alveolo y se inserta en la papila de los incisivos. Esto se demuestra traccionando el labio hacia afuera porque la papila se blanquea y se mueve, la papila sufre una isquemia. (1,5)

Histológicamente el frenillo se compone de mucosa y tejido conjuntivo con gran cantidad de fibras elásticas. Se cree que el componente elástico predominante del frenillo y no la tracción muscular excesiva participa en la persistencia del diastema.

Respecto a la edad conveniente para la cirugía del frenillo labial para así cerrar el diastema, hay muchas controversias.

Kelsey cree que la mejor época para operar el frenillo es en el momento de la caída de los incisivos temporarios y su remplazo por sus permanentes. Thoma opina que el momento propicio es cuando hace erupción los incisivos laterales. Carrea sostiene que el frenillo hipertrofiado debe ser rescatado para prevenir la separación de los incisivos siendo la mejor época antes de la erupción de los temporarios.

Actualmente la opinión de odontopediatras y ortodontistas es que el frenillo de los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes. Con frecuencia el movimiento oclusal y anterior de los caninos en erupción conduce al cierre parcial o total del diastema.

Si se anticipa el tratamiento ortodóntico, puede realizarse la frenilectomía antes de la erupción de los caninos, si ésta es necesaria para facilitar el movimiento dental ortodóntico. Sin embargo la mayoría de ortodontistas y pediatras recomiendan la frenilectomía si el diastema no cierra después de los seis dientes anteriores erupcionados. (2,4,8)

Cuando se encuentra diastema en presencia de una muesca ósea de la línea media, puede ser que la frenilectomía y el tratamiento de ortodoncia no proporcionen un resultado estable. Para eliminar el diastema puede requerirse retención ortodóntica permanente, o la exición del tejido fibroso en la muesca ósea mediante osteotomía segmental o injerto óseo.

(4)

DEFINICION DE FRENECTOMIA Y FRENOTOMIA

Las definiciones 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, se recoloca el frenillo de modo que pueda crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el mismo. Según algunos autores es suficiente con fines protésicos.

Mientras que con objetivos fonéticos, funcionales y ortodónticos, la operación que más frecuentemente se realiza es la frenectomía, que como ya se dijo, es la resección total del frenillo. (3,9,1)

TRATAMIENTO QUIRURGICO

*Las indicaciones para la extirpación del frenillo labial son:
Diastema interincisivo, irritación crónica e interferencia en
la buena higiene de la zona .*

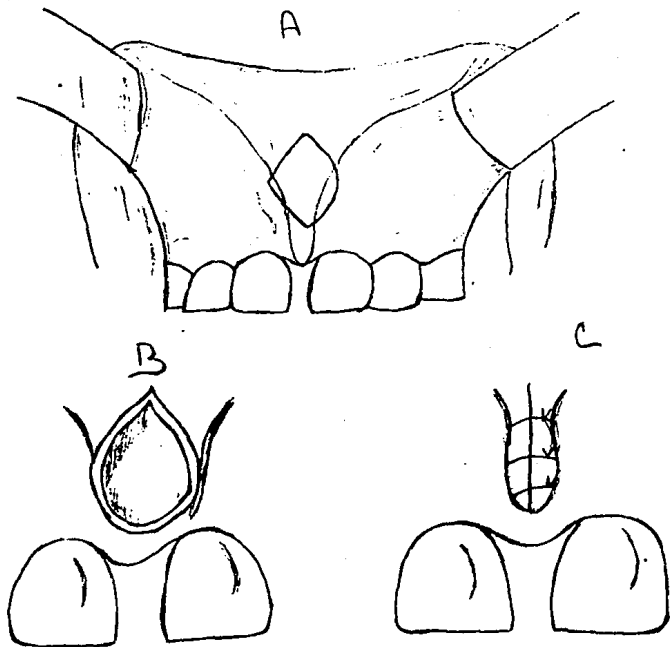
Si se ha de eliminar el frenillo labial, ha de intentarse el cierre del espacio en la forma más precoz posible, para prevenir la formación de tejido cicatrizal entre los dos incisivos, que tornaría más difícil ese cierre.

Sólo se decidirá la frenectomía después de una meditada consideración del odontopediatra y el odontocista. (7)

TECNICA DE FEDERSPEL.

Se propone este método, con previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo. Con un bisturi de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso. Este autor no secciona la extremidad alveolar, pues la escarifica con galvanocauterío.

La procién del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de disección, se despega el tejido a resecar por medio de una legra. Los bordes de la herida se reune con dos o tres puntos de sutura. (2)



Resección del frenillo por el método de Federspiel.

A.- Incisión en óvalo de la base del frenillo

B.- El frenillo resecado

C.- Tres puntos de sutura cierran la brecha.

TECNICA DE L'HYRONDEL Y ARANCIVICZ.

Ellos 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 hipotenusa su borde mucoso.

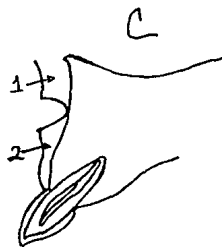
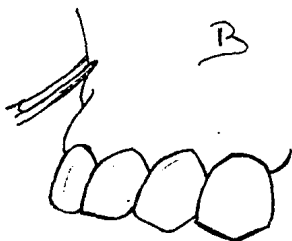
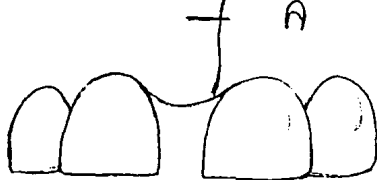
Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura. La sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

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 del surco vestibular.

Tercer tiempo.- Se reseca a bisturí el condón fibroso del frenillo y se lo extirpa. Se cauteriza con galvano la base de inserción.

Cuarto tiempo.- Sutura, con hilo o seda, se practican tres o cuatro puntos, que reúnen los labios de la herida.

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



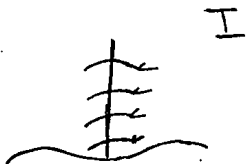
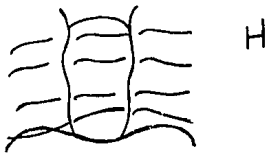
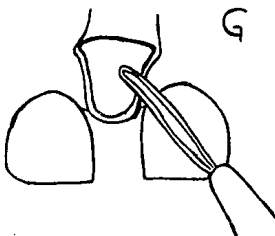
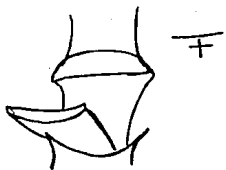
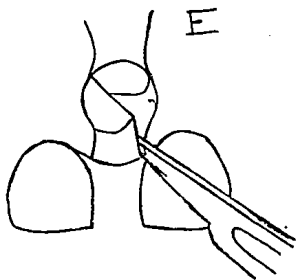
Resección del frenillo por el método de L'Hirondel y Ananowicz.

A.- La línea sobre el frenillo es la línea de corte.

B.- Sección del frenillo a tijera.

C.- Corte sagital; 1y2, representan el corte y los segmentos superior e inferior del frenillo.

D.- Frenillo seccionado por la incisión que se presenta en B.



E.- Resección a bisturi del condon fibroso.

F.- El iminación del condon fibroso.

G.- Cauterización de la base del frenillo

H -I.- Sutura.

TECNICA DE MEAD.

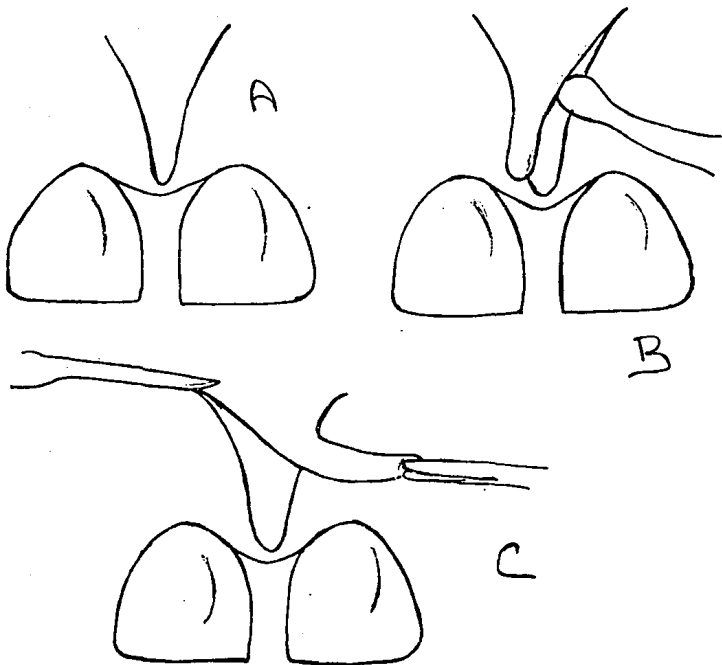
La operación del frenillo se realiza de la siguiente manera:

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. Disecando 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 el caso en que el frenillo labial desborde el límite bucal, se rodea la arcada y se inserta a la altura de la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión, de tal manera que se 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 y los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura con seda o con hilo.

Para evitar la profusa hemorragia que se origina por las incisiones que se trazan en la enucleación del frenillo, este puede tomarse con pinzas de koque (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.

Estas operaciones se realizan con fines ortodónticos. (2)

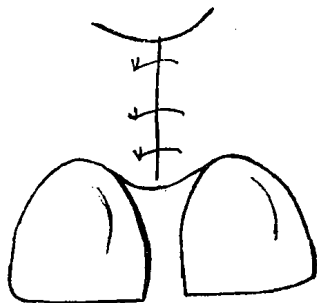
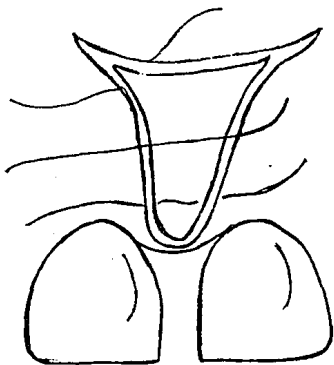


Resección del frenillo por el método de Mead.

A.- Incisión

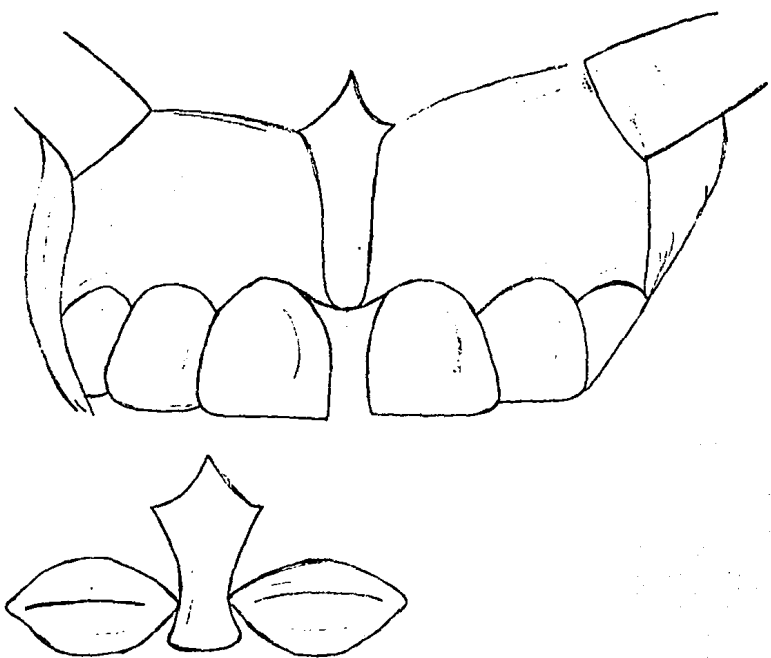
B.- Separación del frenillo de su base ósea

C.- Sección con tijera de la base del frenillo.



D.- Sutura (obsérvese el trazado y dirección del punto superior).

E.- Aspecto final.



Método de resección del frenillo cuando éste se prolonga hacia la bóveda palatina.

A.- Incisión.

B.- La línea de incisión vista por la cara palatina.

TECNICA DE WASSMUND.

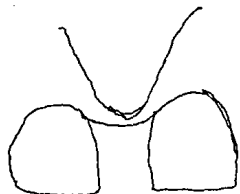
Wassmund tiene dos operaciones para la inserción del frenillo y tratamiento del diastema.

Operación I.- Despliegamiento 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.

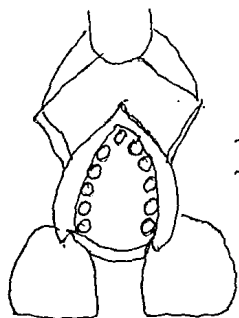
Las capas mucosas y submucosa así incididas, son separadas del periostio subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa, de manera de dejar una parte de este tejido reposando sobre el periostio. De tal manera este tejido queda más gruesa y permite realizar las maniobras posteriores. Se adopta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

Operación II.- Tratamiento óseo, según Wassmund propone una osteotomía interincisiva para corregir el diastema. La operación se realiza de la siguiente manera:

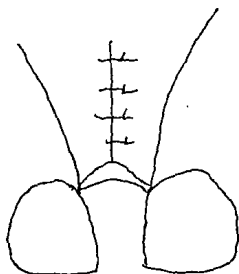
Después de la operación uno, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso. La osteotomía se realiza con una fresa redonda número tres, se practican pequeños orificios que circunscriban el hueso a resecarse. Esta porción ósea se elimina con un golpe de escapelo filoso. Se vuelve el periostio a su sitio y se lo fija en varios puntos de sutura; un trozo de gaza yodo o xeroformada protege el periostio que queda al descubierto, ya que la mucosa y submucosa fueron elevadas para anular la acción del frenillo.



A



B



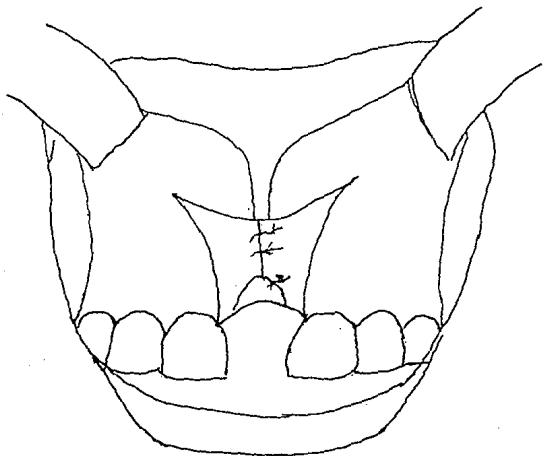
C

Resección del frenillo por el método de Wassmund (resección y osteotomía).

A.- Incisión

B.- Osteotomía entre los incisivos centrales con fresa redonda previa separación del periostio.

C.- Sutura del periostio.



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

El tiempo final de este método es la sutura parcial de la encía y la del periostio . (2)

Otro método es el siguiente:

Cuando la frenictomía labial se hace con el paciente bajo anestesia local, tómesese la precaución de no distender demasiado el frenillo con la solución porque esto oscurecería las relaciones anatómicas y dificultaría más la extirpación. Por lo tanto, es preferible inyectar el anestésico local por fuera de la estructura haciendo un bloqueo regional. Cuando se hace la anestesia se puede hacer primero la escisión inicial e inyectar entonces el anestésico local para mejorar la hemostasia.

La frenectomía se hace en dos etapas. Primero se esciden las inserciones del frenillo en el labio y en la encía labial y después se retira la porción interdentaria del frenillo y las fibras transalveolares. Esto último es en realidad una parte esencial de la operación y lo primero se hace en particular con fines estéticos, a menos que haya interferencia con la movilidad del labio. El labio se extiende para ver bien el frenillo y después se lo toma con una pinza para tejidos mientras se cuentan las inserciones en el labio y en el alveolo con escarpelo o tijera. Una vez retirada la sección triangular del frenillo, que da una herida romboidal.

El paso siguiente consiste en hacer una escisión en cuña entre los incisivos con una hoja de escarpelo No. 11. Antes de eso se traza una pequeña incisión horizontal justo delante de la papila incisiva para no in

cluirlo en el procedimiento porque ocasionaria un sangrado considerable. Al retirar el tejido interdental tómesese la precaución de preservar la encia vertical mesial de los incisivos centrales para poder mantener el contorno gingival labial en el posoperatorio. Las incisiones se hacen hasta el hueso y si existe una sutura intermaxilar, se las extiende en esa área para asegurar la eliminación de todas las fibras transveolares.

Una vez completa la segunda etapa se socavan los márgenes de la porción labial de la herida y los de la encía libre para facilitar el cierre, pero no hace falta intentar el cierre de la encía insertada porque habrá de curar por segunda intención. Los márgenes de la herida se aproximan con catgut cromado 4-0 para no tener que sacar los puntos en un niño que podría estar aprensivo. (5,6)

TRATAMIENTO TERAPEUTICO PARA EL
FRENILLO LABIAL GRUESO

Para la eliminación del frenillo labial grueso a parte de las técnicas quirúrgicas o frenectomias ya mencionadas, existen ejercicios miofuncionales para el adelgazamiento de estos.

Entre los ejercicios miofuncionales tenemos el siguiente:

Se le pide al niño que cierre su boca y que infle y desinfe con presión el area del labio superior (el área de la premaxilar).

Este ejercicio lo tiene que realizar varias veces durante al día.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

Pueden consistir en aplicación de bolsas de hielo sobre el labio durante una hora con 10 minutos sobre el labio y 10 minutos de descanso, esto el día de la cirugía.

Para aminorar la inflamación algunos cirujanos prefieren un vendaje a presión con tela adhesiva o con elastoplast sobre la superficie externa del labio para inmovilizarlo y reducir el movimiento, la formación del hematoma y edema.

También puede consistir en dar analgésicos suaves para el dolor y colutorios salinos para mantener la higiene bucal. (5)

FRENILLO LINGUAL

Muchas veces el frenillo lingual del neonato es muy corto y se inserta cerca de la punta de la lengua. En la mayoría de los casos esto se corrige espontáneamente en los primeros casos de vida, la frenilectomía a esta edad no está indicada.

Cuando existe en un niño en crecimiento, el frenillo lingual insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición indirecta 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 en 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. (5-7)

Los niños con dentición mixta pueden quejarse con dificultad para mover la lengua; están molestos por la incapacidad de sacarla de la boca. Se quejan por la apariencia bifida de la lengua, que puede ser blanco de burlas de otros niños. (4)

El frenillo lingual es un repliegue mucoso que puede contener además tejido fibroso, fibras del músculo geniogloso y vasos sanguíneos procedentes de la arteria y de la vena sublinguales

Se inserta en la cara inferior de la lengua y en la línea media de la mucosa del suelo bucal pudiendo alcanzar la cara lingual de la mandíbula e incluso del reborde alveolar.

En circunstancias patológicas de tamaño o inserción, o ambas, en el frenillo lingual se originan dos problemas:

el primero, la fijación de la lengua al piso de la boca ; el segundo es el diastema interincisivo.

Los pacientes con el primero de estos problemas, tienen dificultades en la deglución y fonación (sobre todo en las consonantes linguo-dento-labiales). Los movimientos de la lengua están disminuidos; el paciente no puede excursionarla 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.

Un frenillo lingual con incisión alta en el alveolo también puede participar en la inflamación y la retracción gingival en relación con los incisivos centrales. (2,7,8)

Tanto los frenillos labial y lingual pueden formar una banda fibro-elástica continua que produce no sólo "lengua trabada", sino también contribuye a la formación de diastema y gingivitis.

También da como resultado una oclusión cruzada posterior y una abierta anterior. (1,7)

Se debe consultar con un foniatra antes de contemplar la operación. Si esta indicada la cirugía y si la frenotomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, a veces la posición de

Los dientes y la forma del arco se corrigen solos, pero aunque no ocurra esto la corrección quirúrgica y la reducción de la lengua por lo menos evita que el tratamiento ortodóntico no fracase. También sería necesario un foniatra para mejorar su dicción. (2,1)

A N Q U I L O G L O S I A

Anquiloglosia total.

Este término se utiliza cuando la lengua se encuentra totalmente fusionada al piso de la boca.

Anquiloglosia parcial.

La anquiloglosia parcial, o la común "lengua atada" es una alteración más frecuente, y es causada por lo general de un frenillo lingual corto, o de uno que está demasiado cerca a la punta de la lengua. Por el movimiento restringido de la lengua los pacientes con este defecto tienen dificultad al hablar.

Aunque la mayor parte de la anquiloglosia parcial son autocorrectivas la mayor parte se tratan quirúrgicamente. (6)

TECNICAS QUIRURGICAS

D E L

FRENILLO LINGUAL

Una incisión simple o "tijerazo" a un frenillo lingual da como resultado un índice elevado de reincidencia, salvo en las variantes menores. Los procedimientos subsecuentes son más difíciles por la cicatriz posoperatoria en un área donde drenan los conductos submaxilares.

Cuando el paciente es incapaz de mover adecuadamente la punta de la lengua o cuando la punta de la lengua está unida al proceso alveolar provocando problemas de dicción e irritación de los tejidos gingivales de la porción lingual de los centrales inferiores, está indicada la frenectomía. El procedimiento se lleva a cabo con anestesia local o general, dependiendo de que tan cooperador es el paciente. Si se usa anestesia local se hace un bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración para evitar la deformación de los tejidos sublinguales. (1)

UNA TECNICA ES LA SIGUIENTE.

El frenillo se corta desde la unión sobre la cresta alveolar; se le tracciona con pinzas de mosco; se quita la banda de tejido mediante incisiones paralelas que se extienden a lo largo del piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. Las incisiou

nes liberatrices se hacen en la unión del piso de la boca y la superficie ventral de la lengua de manera que el defecto en línea recta se transforme en una "V". Entonces se cierra en forma de "Y" con sutura de catgut crómico 4-0 y 5-0 por este procedimiento se extirpa el frenillo y se prolonga el sulcus linguoalveolar al caer el cierre de avance "V-Y" normal de la herida. (4)

Una intervención alternativa excelente es la frenilectomía con Z plastias simples o múltiples para alargar la lengua. El frenillo se extirpa como en la técnica anterior. Se diseñan dos grandes congajos angulares sobre la superficie ventral de la lengua, lejos de la unión de ésta con el piso de la boca. Los congajos se trasponen como Z plastia. Esto mejora la movilidad lingual sin poner en peligro los conductos submandibulares. Se permite que el área sobre la cresta alveolar cicatrice por segunda intención. En ocasiones se realizan pequeñas Z plastias múltiples. (4)

Otra técnica es la siguiente:

Un primer paso, consiste en frenar el frenillo para lo que puede emplearse una sutura de tracción en las proximidades de su punto de inserción lingual o bien emplear para este fin la ranura existente en el mango de una sonda acanalada, la cual puede ser adaptada al frenillo para ejercer una tracción ascendente sobre él. Acto seguido, se practica una incisión transversal mediante tijera o bisturí, en un punto del repliegue situado a medio camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Esta incisión es llevada a través de la mucosa y de las fibras musculares, ejerciendo una tracción sobre la lengua. El cierre se efectúa mediante puntos sueltos de ma

terial no absorbible (seda de 3-0).

Los puntos se retiran a los siete días. (6)

Otra técnica es la siguiente:

Se practica una incisión transversal en la mucosa del frenillo a mitad de camino entre la superficie ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Para la incisión se emplean tijera o bisturí. Debe tenerse cuidado de hacerse la incisión aproximadamente un centímetro arriba de las aberturas del conducto submaxilar, una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media. El músculo geniogloso puede seccionarse transversalmente con las tijeras, hasta que se obtenga el grado deseado de movilidad lingual, si se comprueba que las fibras de éste están en el campo se les puede contar.

Se continúa la disección hasta que se pueda retraer la lengua lo suficiente como para que toque los incisivos superiores o el proceso alveolar mientras se tiene la boca abierta. En este punto la incisión transversal se ha convertido en una herida con forma de diamante. Los congejos mucosos se socavan con tijeras y se cierra como una incisión lineal longitudinal con suturas independientes. Las venas sublinguales están más cerca de los bordes laterales de la lengua que de la línea media; si la disección se realiza en la línea media es posible evitar las venas y hay poca hemorragia. Al suturar la herida hay que tener cuidado en no pasar la aguja de sutura a través de la vena sublingual, podría producirse una hemorragia.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

La evolución posoperatoria no presenta complicaciones. El dolor y las molestias se neutralizan fácilmente con analgésicos.

El edema de la lengua y el piso de la boca es moderado y por lo general remite entre los siete y diez días. Durante este lapso, la movilidad de la lengua esta restringida al principio pero la movilidad se restablese en forma gradual, a medida que el edema desaparece.

Al comienzo la dicción esta dificultada por los que deberá una cooperación estrecha entre dentista, terapeutico del lenguaje y paciente. Para la aplicación de ejercicios como:

Sostener dulces en el paladar hasta que se disuelvan y repetirlo por lo menos diez veces al día.(5)

TRATAMIENTO TERAPEUTICO
D E L
FRENILLO LINGUAL

PERLA DE TUCAD.

Como se menciona anteriormente el tratamiento para el frenillo lingual conto que liga la lengua al piso de la boca y le impide proyectarse hacia adelante desde la cavidad bucal o tocar el paladar duro y por tal motivo provocar problemas de deplución o fonación es el tratamiento quirúrgico, es decir la frenectomía.

Sin embargo en realidad se contan innecesariamente algunos frenillos.

Un tratamiento terapéutica para este tipo de problemas es el usar un aparato removible conocido como "Perla de Tucad", para evitar la frenectomía.

Este aparato consiste en una placa Howley la cual lleva una perla giratoria directamente sobre el paladar un poco atras de la papila incisivala cual deberá ser movida por el niño hacia atras, hacia adelante, a los lados, etc. , esto con el fin de ejercitar su lengua y dar elasticidad al frenillo.

Una manera de hacer que le niño haga sus ejercicios puede ser de la siguiente manera, como lo menciona el autor Joseph M. Sim en su libro "Movimientos dentarios menores en niños":

Se le pide al niño que muerda con los dientes de atrás, a continuación que cierre sus labios firmemente sobre sus dientes, colocando el borde de la punta de la lengua sobre la perla de acrílico. Ahora manteniendo los labios y los dientes cerrados traga saliva y vuelve a repetir esto cuantas más veces sea posible, este ejercicio ayudará a mejorar la deglución y a su vez nos ayudará a dar elasticidad a los músculos de la lengua.

Las puntas de los dedos del odontólogo pueden estar contra la cara del niño para checar la contracción adecuada de los músculos temporal y masetero.

Con práctica y poniendo de su parte el niño y con la ayuda de su madre, este patrón mecánico imitando la deglución adulta normal pronto cambia a un nuevo hábito y da por resultado que los músculos de la lengua se vuelvan más elásticos permitiendo así una mejor fonación y el mejoramiento en su deglución. (10)

CONCLUSIONES

Los frenillos, tanto el labial grueso y el lingual corto ocasionan diversos problemas en los niños.

El frenillo labial grueso provoca un diastema entre los incisivos centrales superiores, y también problemas parodontales y problemas para el tratamiento ortodóntico.

Antes de realizar la frenectomía el odontopediatra o cirujano deberá verificar con una radiografía que el causante del diastema de los centrales sea el frenillo, y descartar dientes incluidos, supernumerarios etc.

Al ya verificar la causa del diastema se realiza la frenectomía. Se recomienda la frenectomía para evitar recidivas; la frenectomía es suficiente para fines protésicos, pero para fines ortodónticos, fonéticos y estéticos es preferible realizar la frenectomía.

La frenectomía es de preferencia realizarla hasta que ya estén erupcionados los 6 dientes anteriores, ya que el diastema suele ser en ocasiones normal antes de este tiempo; al ir erupcionando los 6 dientes anteriores se puede corregir este diastema, y tal vez evitando la cirugía solo podría mandarse los ejercicios miofuncionales.

En el caso del frenillo lingual corto, el niño tiende a tener más diversos tipos de problemas.

En este caso no solo son problemas parodontales, ni el diastema causado en los incisivos centrales inferiores, sino también dificultan tremenda para articular algunas palabras ocasionando esto burlas para los niños de parte de algunos compañeros de clase; de igual manera le ocasiona dificultad para deglutir.

De igual manera, se prefiere la frenilectomía.

Ambas frenilectomías son técnicas quirúrgicas muy leves y sencillas de realizar, y si uno ha usado todo esteril y correctamente, no hay necesidad de mandar cuidados posoperatorios con demasiado cuidado.

La frenilectomía es una cirugía que lo único que ocasionaría es un poco de dolor y molestia, por lo que solo se recomienda mandar analgésicos durante dos días, si así lo requiere.

Es preferible para este tipo de cirugías utilizar sutura reabsorbibles, por ejemplo catgut.

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

1.- PREPROSTHETIC ORAL AND MAXILOFACIAL SURGERY
BRUCE SANDERS
THE C.U MOSBY COMPANY
1980.

2.- CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL ATENEO
NOVENA EDICION 1987.

3.- CIRUGIA BUCAL MENOR
HOWE
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MEXICO 1987.

4.- CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL EN NIÑOS
L. B. KABAN
EDITORIAL INTERAMERICANA
1992.

5.- CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
LASKIN DANJEL
EDITORIAL PANAMERICANA
1987.

- 6.- CIRUGIA ORAL
LOPEZ ARRIANZA
EDITORIAL INTERAMERICANA
1991.

- 7.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE
MC. DONALD AVERY
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
5ta. EDICION

- 8.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
J.R. PINKHAM
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1991.

- 9.- ANATOMIA ORAL
SICHER DUBRUL
EDICIONES DOYMA
1990.

- 10.- MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
JOSEPH M. SIM
PARAGUAY 2100 BUENOS AIRES ARGENTINA
2da. EDICION