

0421
112



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Frenilectomía

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ANTONIO MAK FONG CASTAÑEDA

V. J. P.
[Signature]

ASESOR: C.D. J. GUILLERMO ZARZA CADENA

R



México

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

- A la memoria de mi padre,:
Sr. Antonio Fong (Q.E.P.D.)

- A mi madre,
Sra. Luz Castañeda, por su comprensión y cariño.

- A mis queridos hermanos:
Victor Francisco
Luz María
Juan Humberto
Eduardo
Alexandro
Jesús Octavio

- **A mi querida esposa:
María del Carmen ,
por su apoyo y cariño
Con mi agradecimiento**

- **A mis queridos hijos:
Jordi Antonio
Pedro Mak
Con mucho cariño
Por su valiosa ayuda**

Que esta tesina sea un estímulo para ellos...

- **Con agradecimiento y Respeto:**
A la C.D. Rocío Fernández
Directora del Seminario de Titulación

- Al C.D. J. Guillermo Zarza Cadena
Por su apoyo y asesoría
para la elaboración de dicha tesina

- A mis compañeros

- A la UNAM

GRACIAS

D

ÍNDICE

Introducción -----	1
Anatomía-----	3
Instrumental para frenilectomía-----	6
Sutura -----	11
Instrumentos para sección de Tejidos Duros-----	13
Postulados de una incisión correcta -----	14
Anestesia local infiltrativa -----	15
Bloqueo lingual -----	16
Frenillo labial -----	17
a) Anomalías que puede ocasionar un frenillo anormalmente corto-----	18
b) El frenillo desde el punto de vista protético -----	19
c) El frenillo desde el punto de vista ortodóntico -----	19
Técnicas de la operación del frenillo labial -----	22
a) Técnica de Federspiel-----	24
b) Técnica de L' Hirondelet y Aranowicz-----	25
c) Técnica de Wassmund -----	26
d) Procedimiento en los casos en que el frenillo labial desborde el límite bucal rodee la arcada y se inserte a la altura de la papila palatina-----	27
e) Modificación de la inserción del frenillo labial superior o inferior sin necesidad de su exéresis -----	28
f) Técnica de Mead -----	29

g) Plastia en "V"-----	31
h) Plastia en "Z" -----	32
Frenillo lingual anormal-----	34
Procedimiento quirúrgico para el frenillo lingual-----	35
Operación modificada para frenillo lingual corto-----	35
Tratamiento postoperatorio-----	36
Conclusiones-----	37
Referencias bibliográficas -----	38

F

INTRODUCCIÓN

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 la cual 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 ortodóntico, el frenillo ocasiona un diastema interincisivo.

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

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.

En este trabajo se describen los beneficios de una adecuada inserción de los frenillos labiales y lingual, así como las diferentes técnicas convencionales empleadas para su corrección.

Los métodos empleados para la corrección de los frenillos son la frenectomía y la frenotomía.

Las técnicas más utilizadas son la Z plastía, V-plastía exeresis romboidal y la exéresis total.

Se describe la técnica de frenectomía convencional y algunas otras que se mencionaran posteriormente.

CAPÍTULO 1: Anatomía.

1. *Vestíbulo bucal.*

Es una cavidad en forma de herradura, comprendida entre los arcos alveolares por detrás y los labios y mejillas por delante.

Está tapizada por la mucosa bucal que se extiende desde la mejilla y los labios sobre las arcadas alveolares, formando los canales o surcos vestibulares superior e inferior. En cada uno de estos surcos, en la línea media, se sitúan los relieves mucosos o frenillos labiales superior e inferior.¹

Los arcos alveolares son formados por el esqueleto del borde alveolar del maxilar y la mandíbula, sobre el que se implantan los dientes.

Las encías están constituidas por la mucosa que cubre las zonas apicales de las apófisis alveolares del maxilar y la mandíbula, rodeando el cuello de los órganos dentarios. Las encías están fuertemente unidas al periostio de las apófisis alveolares, así como a los órganos dentarios por medio de fibras colágenas de la lámina propia. La mucosa de la encía es de tipo escamoso poliestratificado. La encía superior está inervada por los nervios nasopalatino, alveolares superiores, medios y posteriores, ramas del nervio maxilar; y las inferiores por los nervios bucal, alveolar inferior y lingual, ramas del nervio mandibular.²

Lengua

La lengua es un órgano impar mediano y simétrico; es una formación muscular muy móvil, revestida de mucosa. Desempeña una acción esencial en la masticación, deglución, succión y fonación. Es igualmente el órgano receptor de las sensaciones gustativas.

La lengua se puede levantar, desplazar lateralmente y proyectarse hacia delante por fuera de la cavidad oral.

La lengua comprende:

1. Armazón osteofibroso. Es el esqueleto de la lengua insertado en el hueso hioides.

2. Músculos de la lengua:

a) Músculos intrínsecos:

Longitudinal superior(M. Lingual superior).

Longitudinal inferior(M. Lingual inferior).

Transverso.

Vertical.

3. Músculos extrínsecos:

Geniogloso.

Hiogloso.

Estilogloso.

Platogloso.

Geniohioideo.

Condrogloso.

4. Mucosa lingual. Envuelve la masa muscular de la lengua, salvo a nivel de la base, donde se continúa con la mucosa de las regiones vecinas.

Adelante y adentro tapiza el piso de la boca y alcanza la encía.

Adelante cubre el frenillo. Contiene papilas y glándulas:

a) Papilas linguales:

Calciformes.

Fungiformes

Filiformes

Foliadas

Hemisféricas

b) Glándulas:

Foliculosas

Mucosas o cerosas ¹⁻²

La cara inferior de la lengua está cubierta por una mucosa lisa, delgada y transparente, a través de la cual se observan las venas raninas. Presenta un canal medio más profundo que el surco medio situado en el dorso de la lengua desde cuya extremidad posterior surge el frenillo lingual, a cada lado del cual se observa un pliegue mucoso finbreado; medialmente a este pliegue se puede observar la vena lingual profunda. También a cada lado del frenillo y muy cerca del vértice de la lengua, se encuentran las glándulas linguales anteriores de secreción mucosa.

Vascularización. Los vasos principales están representados por las arterias linguales que penetran en la lengua a cada lado, por dentro del músculo hipogloso. Cada una de ellas da una arteria dorsal, una arteria sublingual y la arteria profunda de la lengua.¹

Inervación. La sensibilidad de la mucosa lingual y la sensibilidad propioceptiva de los músculos de la lengua, está dada por el nervio lingual, el nervio glosofaringio y el nervio laríngeo superior. Estos nervios transmiten las sensaciones de contacto, temperatura y posición, así como la sensibilidad gustativa que permite apreciar la cualidad y el sabor de los alimentos, que son introducidos en la cavidad bucal.²

INSTRUMENTAL PARA FRENILECTOMÍA

La cirugía bucal necesita un instrumental especializado para cada caso. Para realizar la operación es menester instrumentos quirúrgicos apropiados para cada caso.

Instrumental para servicios de Tejidos Blandos.

Bisturí:

En cirugía bucal se usa comúnmente bisturí de hoja corta. Consta de un mango y una hoja de distintas formas y tamaños intercambiables en algunos instrumentos, se eligen según la clase de operación a realizar.⁴

Pinzas de disección:

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

Instrumentos de Galvano Cauterío:

Estos permiten efectuar la sección de los tejidos gingivales, puede abrirse abscesos o destruirse los capuchones que cubren el tercer molar.

Agujas para sutura:

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

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

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

Las primeras dejan en la mucosa al perforarla una herida paralela al trazo de la 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.³

INSTRUMENTAL PARA FRENILECTOMÍA



Ilustración 1 mango de bisturí #5



Ilustración 2 hoja de Bisturí #15



Ilustración 3 pinzas de disección

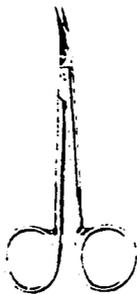


Ilustración 4 tijeras curvas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUMENTAL



Ilustración 5 pinzas tipo Mosquito

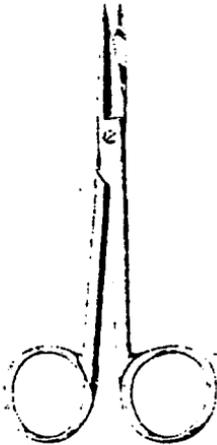


Ilustración 6 tijeras Rectas
de hoja Delgada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Ilustración 8 Periostotomo

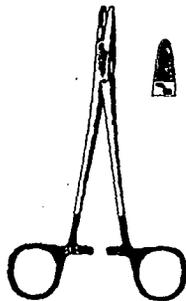


Ilustración 9
Pinzas
Portaagujas

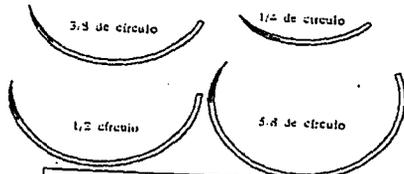


Ilustración 10 Agujas para Sutura

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Portaagujas:

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

Legras, periostotomos y espátulas.

Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar los colgajos exigen instrumentos adecuados.

Un instrumento de gran utilidad en cirugía bucal es el periostotomo.

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 corriente.⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL DE SUTURA

En general las preferencias y hábitos de cada cirujano determinan la selección del material de sutura.

Cuando el cirujano conoce las características de cada sutura, es cuando las puede utilizar de manera eficaz y aplicarlas a cada zona quirúrgica en concreto. Además, cada cirujano desarrollará su propia habilidad en el empleo de cada tipo en particular. Existen suturas de diferentes materiales.⁷⁻⁸

Tipo de Reabsorbible:

Catgut:

Catgut puro (tripa sin tratamiento de superficie)

Catgut crómico (con tratamiento de ácido crómico)

Fibra sintética:

Ácido poliglicólico

No Reabsorbible

Seda

Tipo rígido seda en bruto sin tratar

Tipo flexible

Fibra natural (algodón)

Fibra sintética

Nylon, propileno, polibusteter y poliester

Alambre acero y plata.

El objetivo de la sutura es el de cerrar una herida quirúrgica en la cavidad oral para conseguir la fijación del colgajo en posición correcta. Hay que prestar especial atención a los bordes de la herida que deben estar enfrentados.

TÉCNICAS DE SUTURA Y MATERIALES

Las técnicas de sutura constituyen un punto crítico en cirugía oral. Es muy importante tanto la selección del material apropiado como la correcta utilización del mismo.

El equipo de sutura incluye:

1. Hilo de sutura y aguja pos separado.
2. Hilo de sutura con aguja incluida en una pieza (aguja sin ojal).

Las que nos interesan son aquellas en las que el hilo de sutura se encuentra adherido de una manera firme y uniforme a nivel de la raíz de la aguja este es el tipo de sutura que llamamos con inserción atraumática (agujas atraumáticas).⁹⁻¹⁰

Agujas

Existen varios tipos de agujas con diferentes secciones y curvaturas como vamos a ver.

- a) Aguja de corte invertido. Útil para encía dura y poco elástica (encía adherida, mucosa palatina e injerto libre palatino).
- b) Aguja de corte regular. Con este tipo de agujas existen más posibilidades de que el tejido se rompa al hacer el nudo en comparación con la aguja de corte invertido.
- c) Aguja con punta cónica. Útil para mucosa delgada y poco elástica como la mucosa alveolar.

En cirugía oral una aguja de media circunferencia es la más eficaz. Una de 3/8 de circunferencia es la más eficaz para suturar en sentido bucolingual un colgajo. La de punta recta no se suele emplear. Curvatura marcada: 1/2, 5/8. Curvatura suave: 3/8, 1/4.⁹⁻¹⁰

Instrumentos para sección de tejidos duros

En algunos casos con espesor óseo importante entre los incisivos centrales superiores se recomienda se efectuar una osteotomía interincisiva para disminuir el hueso que ocupa el diastema.

Se puede utilizar la pieza de mano de baja velocidad y fresas del No. 701-702 o tipo Zekria. Se suturan con catgut crónico o seda atraumática de 4-0 con aguja -C16-C12.

El hueso es un tejido conjuntivo mineralizado altamente especializado cuyas características principales son ser duros, rígido y poseer funciones específicas como sostén, locomoción protección y almacenaje de minerales.

Las características que presenta el sistema óseo han dado pautas al uso de las turbinas de alta y de baja velocidad. Al efectuar esta maniobra debe vigilarse la situación del conducto nasopalatino con el fin de no lesionar las estructuras vasculares y nerviosas que discurren en su interior.

Cuando se usa la turbina en cirugía bucal debe extremarse 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.³⁻⁴

Su uso de la alta velocidad esta dado por la experiencia del cirujano dentista.

POSTULADOS DE UNA INCISIÓN 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 base lo suficientemente ancha para proveer la adecuada irrigación y así 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 traduce 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.^{7,9}

Anestesia

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 técnica 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 se inyecta la solución.

Tamaño de la aguja: calibre 25 – corta.
Volumen: ½ cartucho.⁶⁻⁷

Bloqueo lingual

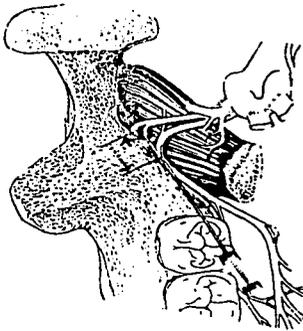
La técnica es la siguiente:

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 observa en esta localización.

Tamaño de la aguja: larga, calibre 25.
Volumen: $\frac{1}{4}$ 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.



Frenillo labial

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 hagan erupción, este espacio cerrará en la mayoría de los casos, si esto no ocurre, está indicada la frenilectomía.

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 difusoadiposo.

Se piensa que la frenectomía no debe ser realizada antes de la erupción de los laterales y caninos. Porque se ha observado que la mayoría de los diastemas se cierran solos con la erupción final de los dientes anteriores remanentes. Taylor señaló que la presencia de un diastema en la línea media es normal en casi 98% de niños de 6 a 7 años. Mientras que sólo el 7% de la población de 12 a 18 años conservaba esos diastemas.

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

El frenillo de 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.¹²⁻¹³

Anomalías que puede ocasionar un frenillo anormalmente corto.

1. Impide a la lengua proyectarse hacia delante 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 frenilectomía.¹²⁻¹³

El frenillo desde el punto de vista protético.

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 ortodóntico.

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

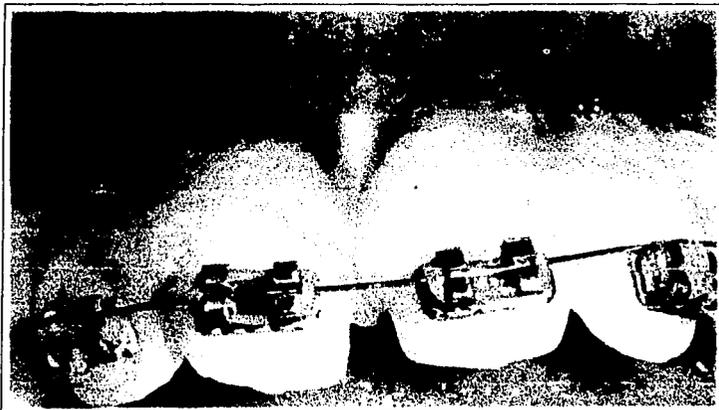
Se aconseja su eliminación, pues no pueden lograrse resultados ortodónticos satisfactorios sin cirugía.

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

Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo con fines ortodónticos, las opiniones no concuerdan; Kelsey cree que la mejor época para operar el frenillo es el momento de la caída de los temporales 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.⁹⁻¹⁰

Frenillo desde el punto de vista ortodónico:



FALLA DE CUBIEN

**Frenillo Mandibular
Labial**



b



d



EXCEN CON
FALLA DE ORIGEN

Técnicas de las operaciones del frenillo labial.

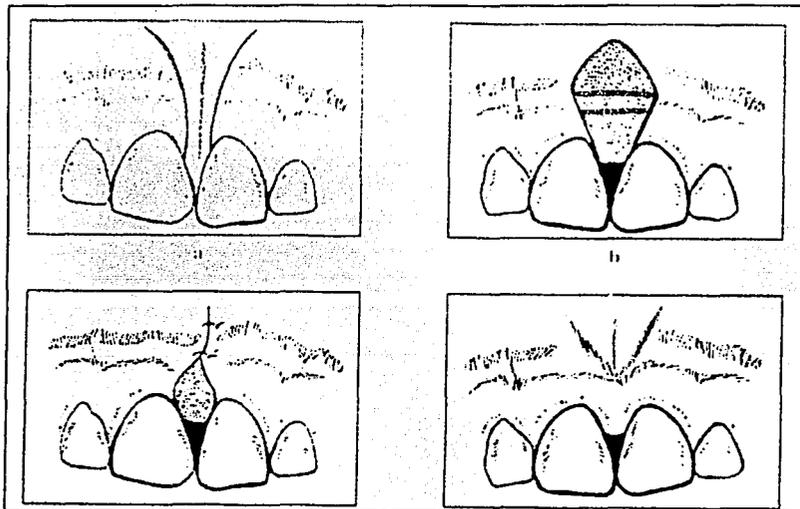
Técnica de Pederspiel.

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 resecarse por medio de una legra o periostotomo.

Se sutura.



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.⁹⁻¹⁰

Técnicas de las operaciones del frenillo labial.

Técnica de Pederspiel.

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 periostotomo.

Se sutura.^{9, 12}

Técnica de L'Hirondel y Aranowicz.

Primer tiempo:

- Una vez anestesiado

Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, que adquiere aquí 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.⁴⁻⁵

Técnica de Wassmund

Operación 1: Despegamiento plástico del frenillo.

Se realiza una incisión a ambos lados del frenillo de modo que los extremos inferiores de las incisiones se juntan por debajo del vértice del frenillo.

Las capas mucosa y submucosa así incididas, son separadas del periostio subyacente por seccionamiento en plano 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 obtenido, 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.

Operación 2: el tratamiento óseo.

Se realiza una ostectomía interincisiva para corregir el diastema.

Después de la operación 1, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso.

La ostectomía 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 escopio filoso.

Se vuelve el periostio a su sitio y se sutura.¹²⁻¹³

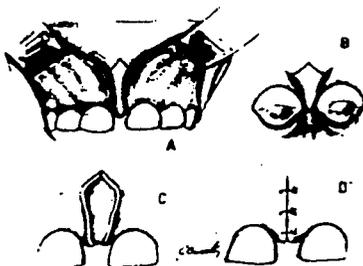
PROCEDIMIENTO EN LOS CASOS EN QUE EL FRENILLO LABIAL DESBORDE EL LIMITE BUCAL, RODEE LA ARCADE Y SE INSERTE A LA ALTURA DE LA PAPILA PALATINA.

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

El frenillo es disecado.

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 la enucleación del frenillo éste puede tomarse con pinzas de Kocherr((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 resecado 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 resecado; D, sutura.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

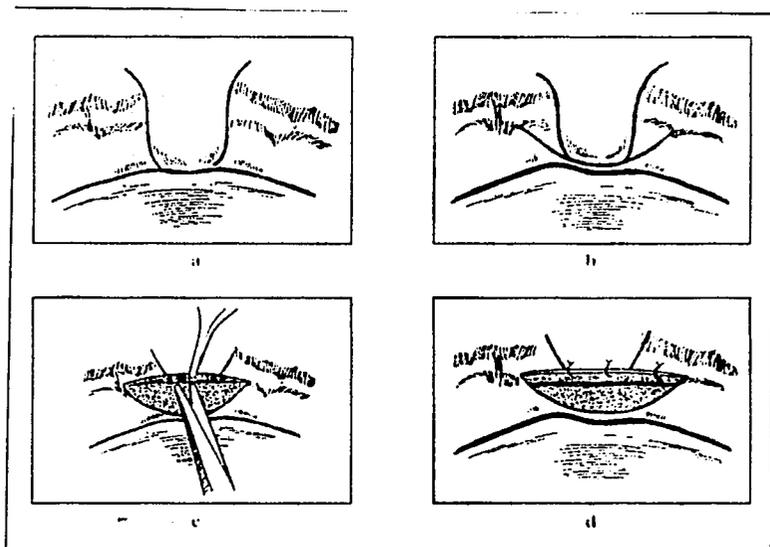
MODIFICACION DE LA INSERCIÓN DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR O INFERIOR SIN NECESIDAD DE SU EJERCICIO.

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

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



Técnica de Mead.

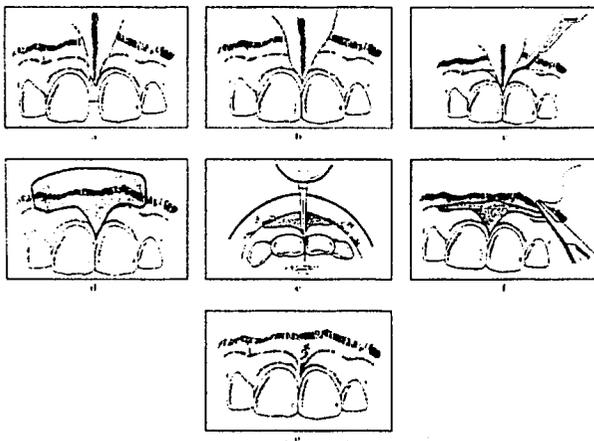
Se trata de una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando con profundidad hasta el hueso.

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

Disecado el frenillo, se secciona en su límite superior.

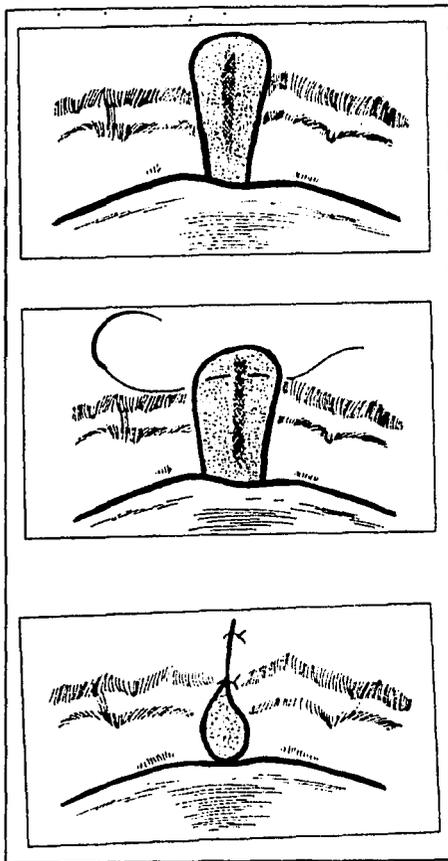
Los labios de la herida son reunidos con sutura.

El límite superior, con una sutura en tres direcciones.*



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Excisión del frenillo 2



PLASTIA EN "V "

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Se anestesia al paciente.

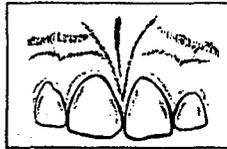
Se extiende el labio y se toma hacia afuera para tensar el frenillo. Se toma con una pinza para tejidos ó con una pinza de Allis.

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 .

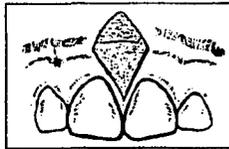
Los márgenes del defecto rómbico se socavan y la herida se sutura con puntos separados.

Se prefieren las suturas reabsorbibles, porque en ésta región es difícil y doloroso sacar los puntos

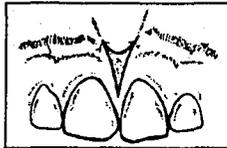
Al colocar las suturas, el primer punto debe de estar en la profundidad del vestibulo y tomar el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de la profundidad vestibular.¹²



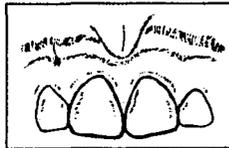
a



b



c



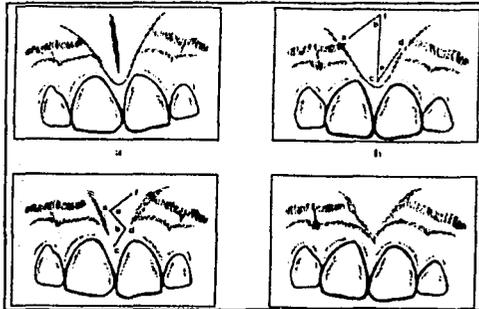
d

PLASTIA EN "Z"

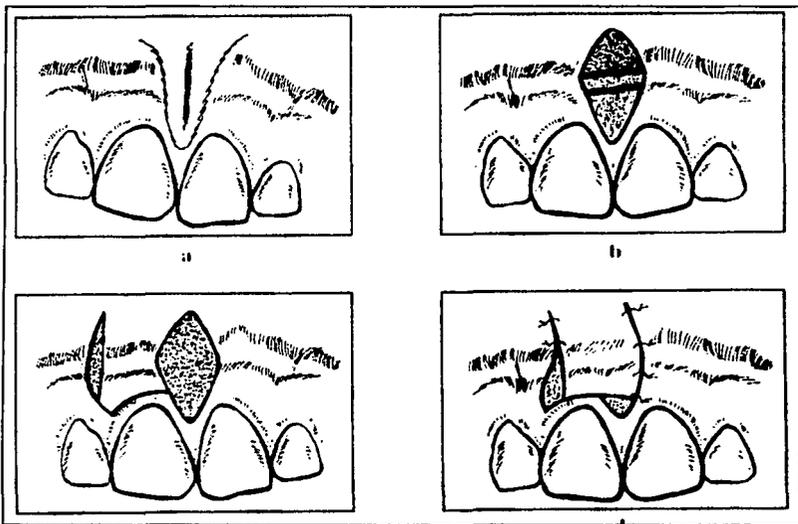
La Z plastía se usa para corregir bandas fibrosas y músculo.

Se hace una incisión vertical a lo largo del frenillo y se socavan ambos lados; enseguida 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 alargándola.



Frenectomía con colgajo desplazado lateralmente



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRENILLO LINGUAL ANORMAL.

El frenillo lingual anormal, 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 éste aparato y se vuelve hacia delante, insertándose 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 está colocado entre incisivos centrales.

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

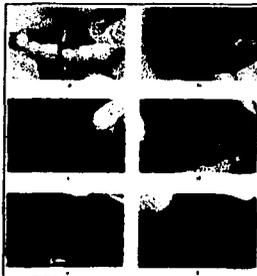
Los pacientes, con el primero de estos problemas, tienen dificultades en la deglución y fonación (sobre todo de las consonantes linguo-dento-labiales).

Los movimientos de la lengua están disminuidos; el paciente no puede excursionar, da 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 una foniatra para mejorar su dicción.



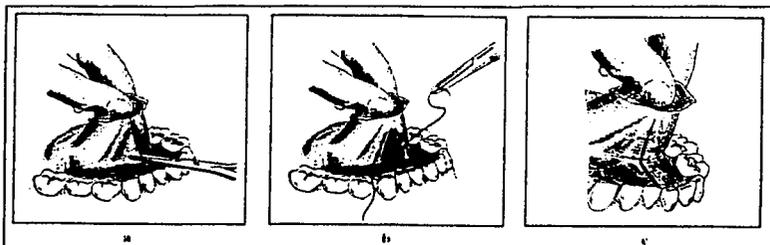
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento Quirúrgico 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, suturándose de izquierda a derecha.



Operación 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 con puntos de sutura interrumpidos.

Tratamiento postoperatorio.

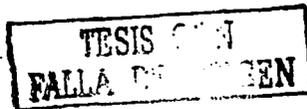
El dolor del postoperatorio se controla con analgésicos.

Indicar al paciente que consuma una dieta líquida porque 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.

Pronóstico.

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 está 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 ortodóntico fracase.

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

En la edad adulta, con fines protéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velayos J. L., Anatomía de la cabeza, Ed. Panamericana. Madrid España, 1998. Pág. 304-308.
2. Brantigan Otto C., Anatomía clínica, Editorial Continental, 1968, Pág. 397-400.
3. Scott B., Hakkanson L, Phillip R. Bromage, Bucknoj P. Anestesia Regional, volumen 1, 7° capítulo. Editorial Panamericana, 1989. Pág. 103 a 156.
4. Waite D. E., A. D. S., M. S; Tratado de cirugía bucal Práctica, volumen 1, Editorial Continental, S.A. de C.V., México, 1984. pág. 178 a181.
5. Laskin D. M., Richmond Virginia, Virginia Commonweal th. Cirugía Bucal y Maxilofacial, volumen 1. Editorial Panamericana.: Argentina 1987. Pág 683 a 688.
6. Allen G. D., M.B, F.F.A.R.C.S.: Técnica de Anestesia Regional, volumen 1, Editorial Panamericana, Madrid 1989. Pág. 103 a 156.
7. Ries G. A. Centeno, Muller E. A., Bazerque P. E.: Cirugía Bucal., volumen 1, Editorial "El Ateneo", Argentina 1987. 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.
8. Fuller J. R.. Instrumentación Quirúrgica., volumen 1, Editorial Panamericana, Argentina 1990. Pág. 160 a 172.
9. Romero Torres R.. Tratado de Cirugía, volumen 1, Editorial Panamericana, Argentina 1990. Pág. de la 189 a 193.
10. Braham R. L., Morris M. E., Odontología Pediátrica, volumen 1, Editorial Panamericana, Argentina 1985. Pág. 350 y 351.
11. Finn S. B., H. Hitchcock P, Akin J., Hawes R. R., Finley S. C., Wayne.: Odontología Pediátrica., volumen 1, Editorial Interamericana, México, D.F. 1976. Pág. 364 a 365.
12. Rkoerner K., Kenneth L. V. Tilt, Johnson R., Atlas en color de Cirugía Oral, Editorial Espaxs., 1995, Roselló, Barcelona. Págs. 173 a 198
13. Sanders B., Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica, Editorial Mundi, Argentina,1984. Pág. 185-188.