



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN FRENILLOS
BUCALES.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DANIELA FONSECA SOTO

TUTOR: C.D. GABRIEL PIÑERA FLORES

ASESORES: C.D. FLORENTINO HERNÁNDEZ FLORES



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 mis padres, por su apoyo incondicional que me han dado durante mi educación, que con su experiencia me han encaminado y he aprendido lo más importante en la vida.

A mi hermana, que me ha ayudado en cualquier momento que lo necesito, por ser un ejemplo y estar siempre conmigo.

A mis amigos y compañeros, con los que compartí buenos momentos a lo largo de la carrera.

A Gerardo, por brindarme su total apoyo, confianza y cariño.

A la UNAM, por darme la oportunidad de pertenecer a ella y a los profesores de la facultad de odontología por darme su conocimiento y enriquecer mi aprendizaje.

Muchas gracias!!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DE LOS FRENILLOS BUCALES	
1.1 Definición.	6
1.2 Antecedentes históricos.	6
1.3 Clasificación anatómica de los frenillos bucales.	7
1.3.1 Frenillo labial superior	8
1.3.2 Frenillo labial inferior	10
1.3.3 Frenillo lingual.	12
CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN CLÍNICA.	
2.1 Signos clínicos	15
2.1.1 Frenillo labial superior	15
2.1.2 Frenillo labial inferior	17
2.1.3 Frenillo lingual	17
2.2 Diagnóstico clínico	19
CAPÍTULO 3. INDICACIONES PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO	
3.1 Protésica	21
3.2 Ortodóncica	22
3.3 Periodontal	22
3.4 Fonética	23
CAPÍTULO 4. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.	
4.1 Diamante.	24
4.2 Plastia V-Y.	25
4.3 Z-plastia.	26

CAPÍTULO 5. COMPLICACIONES	
5.1 Transoperatorias.	36
5.1.1 Hemorragia.	36
5.1.2 Daño a estructuras anatómicas adyacentes.	36
5.2 Posoperatorias.	36
5.2.1 Obstrucción de conductos salivales.	38
CAPÍTULO 6. TERAPÉUTICA POSOPERATORIA.	
6.1 Medicamentosa.	42
6.2 Interconsulta con terapia de lenguaje	43
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45



INTRODUCCIÓN

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos, cubiertos de una membrana, situada en la línea media y de origen congénito. Existen tres frenillos principales: labial superior, labial inferior y lingual.

Un frenillo se convierte en un problema cuando en circunstancias patológicas de tamaño, inserción, o ambas; pueden causar ciertas anormalidades.

Para el manejo quirúrgico se toman en cuenta cuatro parámetros ortodóncico, protésico, periodontal y fonético dependiendo su localización e inserción.

Dentro de las maniobras quirúrgicas utilizadas está la *frenectomía*, la cual consiste en la eliminación total del frenillo incluyendo su inserción al hueso subyacente; así como también la *frenotomía* que es la reubicación de la inserción del frenillo, mediante diferentes tipos de incisiones.

Dentro de éstas existen excéresis simple, excéresis romboidal o diamante, V-Y plastia, Z-plastia, ésta última es la técnica elección, ya que se consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial.

Por todo lo antes expuesto se considera que estas diferencias anatómicas en áreas bucales, necesitan de la realización de técnicas quirúrgicas de remodelación que las corrijan para mejorar su función.



CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DE LOS FRENILLOS BUCALES

1.1 Definición

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos; cubiertas de una membrana mucosa desde la extremidad posterior de la cresta medial a la parte media del surco alveololingual de origen congénito.¹

Pliegues membranosos, que unen los labios y carrillos con el tejido gingival cercano a los dientes. Dentro de sus funciones guían y limitan los movimientos de los labios, intervienen en las funciones de masticación y fonación, limitan la acción muscular de los labios.²

1.2 Antecedentes históricos

El término cirugía mucogingival fue sugerido por Friedman para los procedimientos quirúrgicos plásticos relativos a la unión mucogingival y sus relaciones con la encía fija, mucosa alveolar, inserciones de frenillos, músculos y base del vestíbulo oral.³

Las intervenciones quirúrgicas de la cirugía bucal ya eran anteriormente ejecutadas en los tiempos de Hipócrates, pero no sólo tomaban en cuenta la cavidad oral sino operaban como una cirugía general.

Se necesitaba de pericia, habilidad y conocimiento para llevar a cabo este tipo de intervenciones quirúrgicas.

¹ Gay Escoda, Cosme. Berini Aytés, Leonardo. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Océano. Edición 2004. Pp. 557.

² Kruger, G. Cirugía Bucomaxilofacial. Editorial Médica Panamericana. 5ª Edición, 1986. Pp. 683

³ F. Prichard, Jonh. Tratamiento quirúrgico y protésico. Editorial Labor. Pp. 664-665.



Goldman describió tres intervenciones quirúrgicas en la mucosa alveolar del vestíbulo oral: bolsa periodontal, la inserción del frenillo y ampliación de la base del vestíbulo.

La tensión ejercida sobre la encía marginal por la inserción del frenillo fue estudiado por Gottsegen. Introdujo el uso de un dispositivo acrílico prefabricado para mantener en un sitio el material de cura periodontal.

Stewart, Robinson y Hileman publicaron informes y añadieron sugerencias sobre procedimiento quirúrgicos en esta área. La frenilectomía trasladada en sentido apical la inserción del frenillo de la línea media, adecuada para reducir la tensión sobre el borde gingival.

Hirschfeld, pionero en la detección de la inserción del frenillo como factor etiológico de la enfermedad periodontal y así recomendó su excisión.⁴

1.3 Clasificación anatómica de los frenillos bucales.

Los tejidos blandos que cubren la cavidad bucal constituyen una membrana (mucosa bucal), compuesta por epitelio y tejido conectivo subyacente (corion o lámina propia). Ambos tejidos están conectados por la membrana basal.

La mucosa bucal se clasifica de acuerdo a su localización y función en:

- ❖ Mucosa de revestimiento en carrillos, paladar blando, porciones lateral y ventral de la lengua y porción interna de los labios.
- ❖ Mucosa masticatoria en la encía y paladar duro.
- ❖ Mucosa especializada, ubicada en el dorso de la lengua, llamada así por la presencia de papilas linguales y corpúsculos gustativos.⁵

⁴ F. Prichard, Jonh. Ob. Cit. Pp. 664-665

⁵ Acta odontol. venez v.44 n.1 Caracas ene. 2006



El frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- Tejido conjuntivo conteniendo fibras elásticas y tejido fibroso blando. Este tejido conectivo contiene en un tercio de los casos, fibras musculares esqueléticas.
- Submucosa que contiene glándulas mucosas, glándulas salivares menores.⁶

Varían según su consistencia y volumen, pueden ir en forma angosta o de abanico. En la cavidad oral existen siete frenillos: uno labial y dos bucales superiores; en la porción inferior, se encuentra uno labial, dos bucales y uno lingual.

Se clasifican en simples o compuestos y de acuerdo con la inserción, se clasifican en mediano, bajo y alto. Se considera bajo el frenillo que está insertado en la base de la cresta, mediano al que está alejado de la cresta y alto al que se encuentra cerca de la cresta.⁷

1.3.1 Frenillo labial superior

Repliegue de la mucosa bucal que inicia de la cara interna del labio y se inserta sobre la línea media de la encía adherida interincisiva del maxilar superior. La formación del frenillo empieza en la décima semana de gestación.

En el feto constituye una banda continua que conecta el tubérculo labial a la papila palatina atravesando el reborde alveolar. En el momento del nacimiento, queda dividido en una porción palatina, la papila, y una porción vestibular, el frenillo.

⁶ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 557

⁷ Shtuger, Saul. Ralph, A. Enfermedad Periodontal. Editorial Continental, 1981, 1ª publicación. Pp. 610-611



Su inervación consiste en los nervios infraorbitario y alveolar supero-anterior; aunque muy parcial. Para la porción mucosa del frenillo y papila incisiva depende de la rama gingival del nervio nasopalatino y nervio palatino mayor.⁸

Con el desarrollo de la dentición temporal se produce un aumento de altura del reborde alveolar y un ascenso relativo de la inserción del frenillo. Con la erupción de los incisivos centrales permanentes se vuelve a producir un depósito óseo que aleja la inserción del frenillo.

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

1. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.

2. Frenillo muscular, donde se encuentran los siguientes:

✓ Músculo elevador propio del labio superior, que se origina por encima del canino y del incisivo lateral, se inserta en el espesor de las fibras del músculo orbicular de la boca. Su función es tensar el labio.

✓ Músculo nasal y depresor septal, en la parte más baja del maxilar superior, restringida a accionar el ala de la nariz.

✓ Músculo elevador del ángulo de la boca, en la fosa canina del maxilar superior y se inserta en el tejido blando. La porción inferior de este músculo se encuentra por debajo de la arteria angular, por lo que al manipular esta zona puede producirse una hemorragia arterial profusa.⁹

3. Frenillo mixto

Puede encontrarse ambos fibroso y muscular.

⁸ Gaudy, Jean-Francois. Manual de anestesia en odontoestomatología. Editorial Masson. 2ª Edición, 2006. Pp. 33-36

⁹ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 557



Según su morfología 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 con forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d) Amplio frenillo difuso adiposo.

Monti distingue tres tipos de frenillos:

- a) Tipo alargado, presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.
- b) Forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular.
- c) Triangular de base inferior. Fig. 1

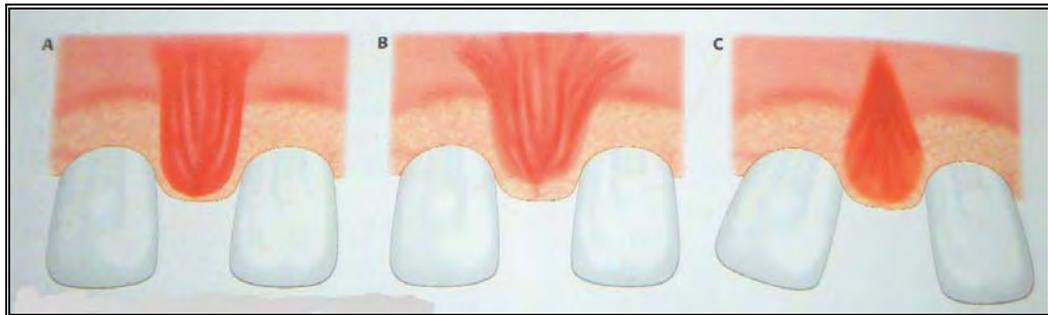


Figura 1: Tipos de frenillo labial superior según Monti ¹⁰

Placek y cols, clasificaron proporcionando una guía de su tratamiento:

- a) Frenillo mucoso con inserción en la unión mucogingival.
- b) Frenillo gingival con inserción en la encía adherida.
- c) Frenillo papilar con inserción en la papila interincisiva.
- d) Frenillo papilar con inserción en la papila interincisiva pero que penetra hasta la papila palatina.

1.3.2 Frenillo labial inferior

Repliegue de la mucosa bucal, situado en la línea media, conecta el labio inferior con la encía adherida y la papila interincisiva inferior. Su inervación es a partir del nervio mentoniano.¹¹

¹⁰ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 558

¹¹ Gaudy, Jean-Francois. Ob. Cit. Pp. 33-36



La hipertrofia o inserción anormal es menos frecuente. Según su estructura se distinguen:

1. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.

2. Frenillo muscular

✓ Músculos del mentón o de los labios, producen la elevación del mentón y se originan en la superficie externa de la mandíbula. Tensa y define el labio inferior en la expresión facial.

✓ Músculo depresor del labio inferior, se origina en la fosa incisiva y se inserta en las fibras profundas del labio inferior. Se encuentra más cerca de la mucosa que de la superficie cutánea, puede estar involucrado en el espesor del frenillo labial inferior.¹²

3. Frenillo mixto

Puede encontrarse ambos fibroso y muscular. Fig. 2.

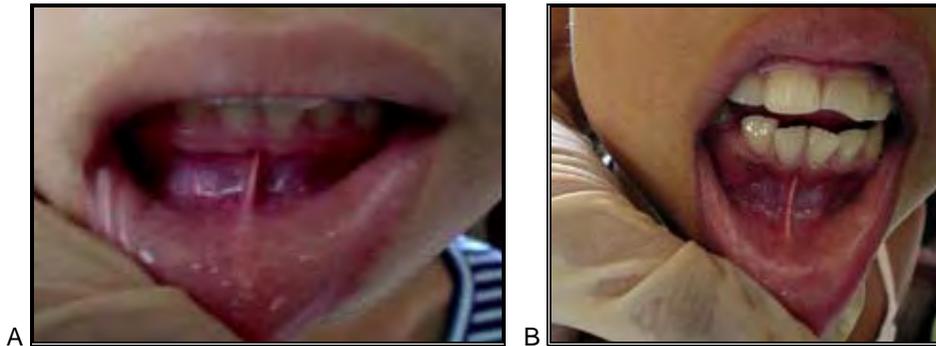


Fig. 2: A. Posee tejido queratinizado de dimensión normal o ideal de 3-5 mm de ancho, con proceso alveolar de ancho labio-lingual normal. B. Tejido queratinizado de dimensión reducida de 2 mm, con hueso subyacente de ancho labio-lingual también disminuido¹³

¹² Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 566

¹³ Quiroz tomo III pag. 72-85 Anatomía de Bouchet y Cuilleret.



1.3.3 Frenillo lingual

Banda fibromucosa que se encuentra en el suelo de boca; entre la punta de la lengua y al cresta alveolar. En ocasiones puede intervenir fibras del músculo geniogloso y vasos sanguíneos de la arteria y vena sublingual.¹⁴

La cara inferior de la lengua está recubierta por una mucosa lisa, delgada, transparente y laxa, esta parte presenta:

- Un canal medio ancho y profundo pero no frecuente; a menudo existe una cresta media.
- Frenillo lingual, repliegue mucoso medial.
- Dos rodetes anchos longitudinales a los lados del canal medial, formados por los músculos genioglosos.
- Venas raninas bajo la mucosa.
- Dos canales laterales, depresiones longitudinales que separan los rodetes musculares¹⁵

El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada dentaria, es decir, entre los incisivos centrales inferiores. De igual manera se distingue:

1. Frenillo muscular

- Músculo geniogloso, músculo par que se origina en los tubérculos geni superiores y sus fibras superiores y anteriores irradian hacia la punta de la lengua, las demás fibras pasan hacia atrás al dorso de la lengua, y hacia abajo, al borde superior del hueso hioides.¹⁶

¹⁴ Raspall, Guillermo. Cirugía Oral. Editorial. Edición. Pp. 223

¹⁵ Rouviere H. Anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. Editorial Masson. 10ª Edición, 2001. Pp. 395

¹⁶ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 567



Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y se dirige adelante. Las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioides llevándolo hacia adelante.

No debe eliminarse la totalidad de su fijación en los procedimientos quirúrgicos; se puede seccionar la porción superior sin causar limitación en la movilidad de la lengua.

- Músculo genihioides, se origina en el tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides; funciona cuando este hueso está fijo y actúa como depresor de la mandíbula. Fig. 3.

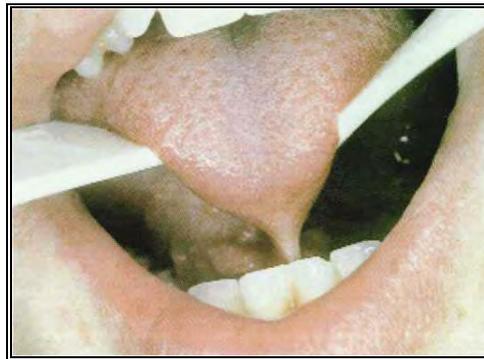


Fig. 3: Frenillo lingual de tipo muscular¹⁷

e) Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa. Fig. 4.



Fig. 4: Frenillo lingual de tipo fibroso¹⁸

¹⁷ Gay Escoda, Cosme. Pp. 569



f) Frenillo mixto o fibromuscular

Unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

Existen en esta zona importantes relaciones con el conducto de Wharton (que drena la saliva de la glándula submaxilar) y su carúncula de salida, con el conducto de Rivini (que drena la saliva de la glándula sublingual), el nervio lingual y los vasos sublinguales. Fig. 5.

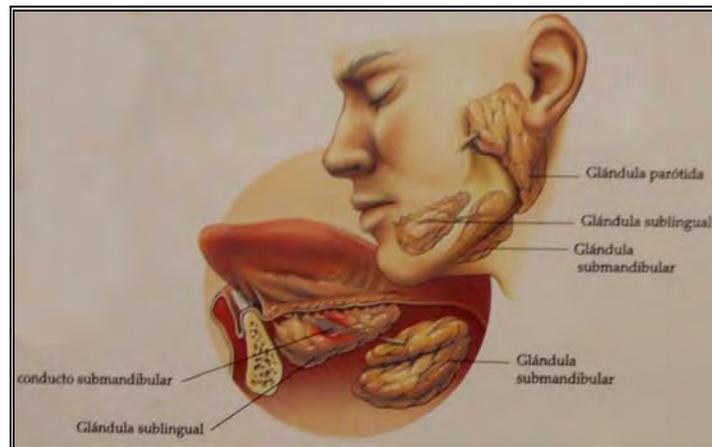


Fig. 5



CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN CLÍNICA

2.1 Signos clínicos.

2.1.1 Frenillo labial superior

- Diastema interincisal medial superior

Espacio de 1 a 6 mm o mayor entre los incisivos centrales del maxilar superior. Los ejes longitudinales de los incisivos centrales con diastema medial suelen ser divergentes o paralelos.

El frenillo labial superior puede valorarse mejor después de la erupción de los caninos permanentes.

Realizar el "test de isquemia o maniobra de Graber", también llamado "Test de Krammer"¹⁹, para evaluar si la causa de un diastema es un frenillo hipertrófico, éste consiste en la tracción o estiramiento del labio superior y la observación del grado de isquemia o blanqueamiento producido en la papila palatina. Si el frenillo labial superior se prolonga dentro de la papila incisiva el estiramiento del frenillo producirá palidez y movimiento de la papila interdental. Fig. 6.



Fig. 6: Bordes paralelos y forma triangular de base superior.²⁰

¹⁹ Barroso J, Sáez S, Bellet L. Rev Oper Dent Endod, 2007.

²⁰ Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 558



Se distinguen dos clases de diastema:

- a) Diastema verdadero. Lo suele originar la persistencia del frenillo labial superior después de la salida de los dientes permanentes.
- b) Pseudodiastemas. Si el espacio fisiológico no se cierra al erupcionar los incisivos laterales o caninos superiores, se convierte en un verdadero diastema. Sin embargo, si no se cierra, es que los incisivos laterales están malformados, ausentes o existe microdoncia.

El diastema interincisal superior, es habitual en el 98% de los niños entre los 6 y 7 años de edad, pero su incidencia disminuye al 7% en la población comprendida entre los 12 y 18 años. Por lo que, puede valorarse mejor tras la erupción de los caninos permanentes, momento más adecuado para la ejecución de cirugías, ya que en este periodo se han producido todas las fuerzas de crecimiento y desarrollo de la oclusión que colaboran en el cierre de los espacios.²¹

Actualmente se desconoce si el frenillo es el causante del diastema en todos los casos, ya que hay sujetos con un frenillo labial hipertrófico que no presentan diastema y otros que presentan un gran diastema no es asociado con un frenillo llamativo.

- Limitación del movimiento del labio superior

Cuando un frenillo es demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos, y dificultar la autoclisis de la zona. Puede dificultar el cepillado dental al no existir el fondo de saco vestibular y como consecuencia problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular.²²

²¹ Barroso J, Sáez S, Bellet L. Rev Oper Dent Endod, 2007.

²² Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 568



- Problemas de autoclisis en el vestíbulo

El frenillo labial superior puede elevar el vermellón y provocar un labio superior corto, lo que impedirá un buen sellado labial.

- Labio corto y vermellón elevado

El frenillo labial superior puede elevar el vermellón, lo que impedirá un buen sellado labial.

2.1.2. Frenillo labial inferior

- Diastema interincisal inferior

Puede estar asociado a un frenillo lingual muy potente.

2.1.3. Frenillo lingual

- Anquiloglosia

Restricción del movimiento de la lengua; para evaluar clínicamente, se utiliza el método descrito por Williams y Waldron²³:

A: Distancia entre el punto de inserción mandibular del frenillo y la glándula sublingual.

B: Distancia entre la glándula sublingual y la inserción lingual del frenillo.

C: Distancia entre la inserción lingual del frenillo y la punta de la lengua.

$$R = \frac{C}{A+B+C}$$

R entre 0.14 – 0.22 = Movilidad lingual reducida

R entre 0.22 – 0.39 = Movilidad aceptable

R entre 0.39 – 0.51 = Movilidad importante.

²³ Ib.



Otros signos de anquiloglosia, cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruirse la punta de la lengua más de 1-2 cm por fuera de los incisivos inferiores.

Kotlow, clasificó la anquiloglosia con valores de la "lengua libre", (longitud desde la inserción del frenillo lingual en la cara ventral de la lengua hasta la punta de la lengua).

- Lengua libre normal: mayor de 16 mm (clínicamente aceptable).
- Clase I: de 12 a 16 mm (leve).
- Clase II: de 8 a 11 mm (moderada).
- Clase III: de 3 a 7 mm (severa).
- Clase IV: menor de 3 mm (completa).

La anquiloglosia puede provocar:²⁴

- Dificultades en la succión, rara vez un frenillo prominente dificulta la succión por parte del recién nacido.
- Dificultades en la deglución, deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos), esto provoca la inclinación vestibular de los incisivos superiores e inferiores con aparición de mordida abierta anterior y un colapso en el crecimiento del maxilar superior.
- Dificultad para la autoclisis. La lengua limita su función limpiadora en el vestíbulo bucal y hay aumento de la incidencia de caries en los molares por este motivo.
- Ulceraciones linguales, por estar pegada la lengua a los dientes anteriores, y se produce un roce o microtrauma continuo. Fig. 7.

²⁴ Ib. Pp. 570



Fig. 7: Anquilosis y ulceración por roce de la lengua con los dientes permanentes que erupcionan por lingual.²⁵

- Diastema interincisivo inferior

Poca frecuencia en el frenillo lingual, el cordón fibroso se extiende entre los incisivos centrales inferiores hacia vestibular y provoca un diastema.

1.2 Diagnóstico clínico

Para una intervención quirúrgica hay que valorar el estado local y general del paciente para establecer un diagnóstico correcto que permita realizar un plan de tratamiento, informando al enfermo sobre las ventajas que va obtener y la posibilidad de complicaciones.

Es importante previamente al examen clínico, elaborar una historia clínica completa con una anamnesis bien detallada, si es el caso, enfocada para que el niño pronuncie ciertas palabras y letras.

El estudio clínico comprende una exploración de la cavidad bucal, mediante la observación y palpación, donde se valorará una mucosa firme y adherida al hueso, surcos vestibulares profundos y libres de inserciones musculares, frenillos o bridas móviles.²⁶

²⁵ Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 570

²⁶ Donado M. Cirugía Bucal, Patología y técnica. Editorial Masson. 3ª Edición.



Debemos observar las características propias del frenillo sano: inserción, grosor, extensión y longitud.

Es necesario un examen radiológico con el fin de destacar la presencia, de un mesiodens o supernumerarios, además de valorar las características del hueso del diastema medial.²⁷

Otras razones para decidir la excéresis del frenillo lingual son: alteraciones de la deglución, dificultad para comer y beber, dificultad para tocar instrumentos de viento, etc., y en los adultos, inestabilidad de la prótesis y molestias o dificultades en ciertas actividades sociales.²⁸

Con esto y de acuerdo a los datos clínicos, se puede evaluar y elegir la técnica quirúrgica adecuada para cada caso, además es necesario valorar ante todo la edad.

Así el pronóstico tras la cirugía presenta un porcentaje elevado de éxito, siempre y cuando el paciente sea cooperador en todos los aspectos que se le indiquen inmediatamente tras la cirugía.

²⁷ Barroso J, Sáez S, Bellet L. Ob. Cit.

²⁸ Laskin, D. cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Médica Panamericana, 1987. Pp. 358



CAPÍTULO 3. INDICACIONES PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO

3.1 Protésica

En una arcada superior desdentada, el frenillo puede interferir en la ubicación normal de una prótesis removible parcial o completa, ésta tiende a desplazarse con los movimientos del labio superior.

La reabsorción del proceso alveolar en pacientes edéntulos, puede dejar el frenillo labial cerca de la cresta alveolar y esto interfiere con la estabilidad de la prótesis y lesión del frenillo. Fig. 8.



Fig. 8:²⁹

En el caso del frenillo lingual en un individuo desdentado, afecta si la inserción es corta o alta y si está cerca de la cresta alveolar, el movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad una prótesis.

La excéresis del frenillo debe hacerse antes de construir la prótesis; de esta forma puede darse la suficiente extensión a las aletas de las placas y obtenerse, por tanto, un buen sellado periférico.³⁰

²⁹ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>

³⁰ Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 559



3.2 Ortodóncica

En el niño el frenillo lingual tiene tendencia a corregirse espontáneamente.

Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición plana en el suelo de boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir; se manifiesta con una inclinación labial excesiva de estos dientes.

La posición aplanada del dorso de la lengua ocasiona un colapso en la bóveda palatina y el arco maxilar superior. Al estar retenida la lengua en el suelo de la boca, los bordes alveolares del maxilar superior no son estimulados para expandirse lateralmente, por lo que se produce una oclusión cruzada posterior y una mordida abierta anterior.

Al contrario, si la frenectomía está indicada, se realiza a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua; la posición de los dientes y la forma del arco maxilar superior se pueden corregir solas.

Cuando se comprueba que el frenillo es la causa de un diastema, y no ha sido resuelto tras la erupción de los caninos permanentes, el frenillo debe extirparse.

3.2.3 Periodontal

El frenillo labial inferior puede aumentar la profundidad del espacio anormal entre la raíz de un diente y la encía, desplazando los tejidos marginales y disminuyendo la cantidad de encía adherida o provocando una recesión gingival.³¹

³¹ Ib. Pp. 567



Puede desencadenar inflamación crónica, bolsa periodontal y retracción de la encía adherida; y así causar reabsorción de la cortical externa hasta movilidad dentaria. Fig. 9.



Fig. 9: Recesión gingival y malposición.³²

Sucede lo mismo en el frenillo lingual, éste se inserta en la papila interincisiva lingual y produce tracción sobre ella con los movimientos de la lengua, por lo que causará problemas periodontales en la zona lingual de los incisivos centrales inferiores.³³

3.2.4 Fonética

La restricción de los movimientos de la lengua rara vez es causa de un impedimento en el lenguaje, si el paciente tiene los movimientos linguales disminuidos y no logra tocar el paladar con ella con la boca abierta, esto imposibilita la emisión correcta de ciertos sonidos o fonemas, aunque no siempre, por tanto, se debe consultar con un foniatra-logopeda.

De igual manera, si se realiza la excéresis del frenillo, el paciente deberá acudir al foniatra o logopeda para solucionar los problemas de fonación y lenguaje.

³² Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 567

³³ López A.J. Cirugía Oral. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1ª Edición, 1991. Pp. 417-419.



CAPÍTULO 4. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

4.1 Diamante

Frenectomía, es la eliminación total del frenillo, incluye su inserción al hueso. Para el caso del frenillo labial superior e inferior puede efectuarse mediante:

a) Excéresis simple, efectuando únicamente la sección o corte del frenillo en todo su contorno profundizando hasta el hueso, se realiza con tijeras o bisturí y posterior sutura.

b) Excéresis romboidal o en "diamante". Se toma el frenillo por sus dos extremos con dos pinzas de hemostasia, se realiza con bisturí una incisión en el contorno del repliegue mucoso dándole forma de diamante; se cortan las inserciones del frenillo en el labio superior y en encía vestibular; después se retira la porción intermedia del frenillo y las fibras transalveolares, se sutura.³⁴ Fig. 10.

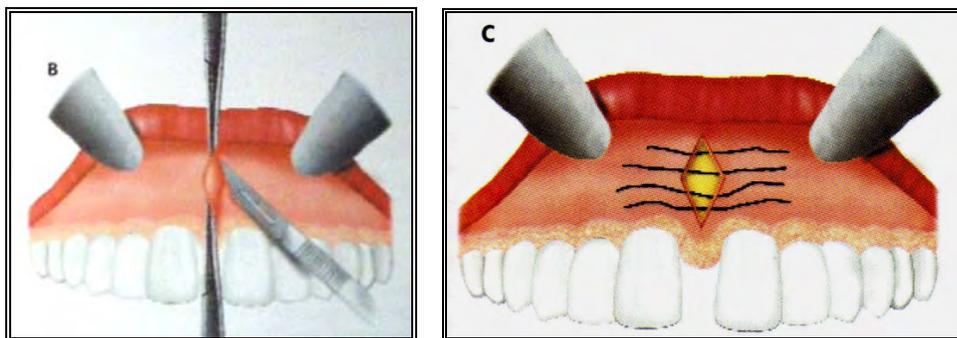


Fig. 10: Excéresis romboidal del frenillo labial superior con la ayuda de dos pinzas hemostáticas.³⁵

³⁴ López A.J. Ob. Cit. Pp. 415-419.

³⁵ Gay Escoda, Cosme. Ob cit. Pp. 561



4.2 V-Y plastia

Frenotomía, es la reubicación de la inserción del frenillo para crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo, se realiza mediante:

Plastia V-Y, es decir hacer una incisión en forma de V a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste. Al suturar queda una herida en forma de Y; el primer punto debe estar en la profundidad del vestíbulo y coger el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular.³⁶

Este punto tiene las mismas características que el de colchonero, pero en el intermedio atrapa el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular y después la punta del colgajo tiene un ángulo agudo.

Se traspasa la submucosa del ángulo del colgajo, respetando su superficie para no producir necrosis de este ángulo, ya que hay una isquemia por la tensión del nudo. Fig. 11.



Fig. 11: Frenotomía o reposición apical del frenillo labial superior.³⁷

³⁶Carranza, Fermín. A Periodontología Clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 8ª Edición. Pp. 716-720

³⁷Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 563



Su desventaja es que produce un bulto de tejido excesivo en el fondo del vestíbulo, hay cicatrización retráctil en la misma dirección del frenillo y no permite alargar el labio. Técnica no recomendada ya que no consigue eliminar el frenillo labial, sino que lo traslada al fondo del vestíbulo bucal.

Algunos autores realizan la frenotomía en tres fases:

- Reposición apical del frenillo (plastia V-Y).
- Exéresis de las fibras transeptales entre los incisivos centrales.
- Gingivoplastia o recontorneamiento de las papilas vestibulares y/o palatinas.

Kruger y Worthington y Evans, recomiendan la plastia V-Y, especialmente en niños de 6 a 8 años tras la erupción de los incisivos centrales superiores.

Para Koerner y cols, en casos de frenillos anchos con base triangular superior se realiza una incisión en V con extensiones laterales; éstas se hacen en dirección labial y en la unión mucogingival. La sutura en el fondo del vestíbulo incluye el periostio, éste cicatriza por segunda intención.

4.3 Z-plastia

Técnica de elección para la cirugía del frenillo labial superior, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial y se consigue alargar el labio superior profundizando el vestíbulo.^{38 39}

Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, se hace una incisión vertical en el centro del eje mayor y dos incisiones laterales paralelas

³⁸ Gay Escoda, Cosme. Ob. cit. Pp. 563.

³⁹ Donado M. Ob. Cit. Pp. 557.



donde formarán un ángulo de 60°, de esta forma se consigue alargar el labio un 75%. Fig. 12.

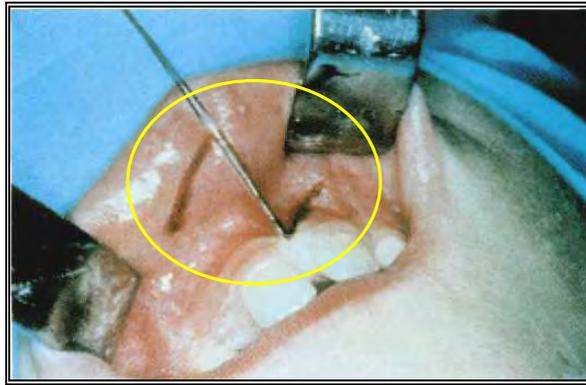


Fig. 12: Incisión en la Z-plastia del frenillo labial superior.⁴⁰

Se levantan dos colgajos con bisturí o tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos. Eliminar todas las inserciones musculares que existan en la zona con un periostótomo de Freer, sin lesionar el periostio que cubre el hueso maxilar. Fig. 13.

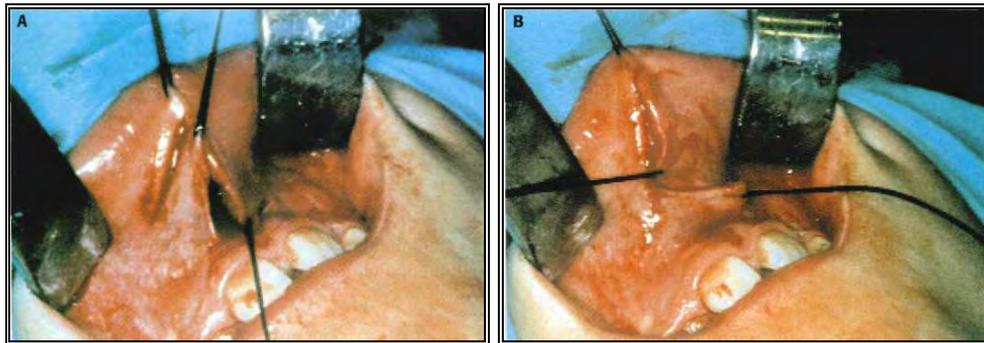


Fig. 13: Despegamiento de los colgajos y transposición de los dos colgajos.⁴¹

Se lleva a cabo dos tipos de tratamientos, dentro de la técnica quirúrgica:

⁴⁰ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 565

⁴¹ Ib.



a) Cirugía fibrosa

Consiste en eliminar la encía adherida (fibras transalveolares y transeptales) situadas entre los incisivos centrales superiores, que se extenderá hacia la papila palatina.

b) Cirugía ósea

Si existe gran espesor óseo entre los incisivos centrales superiores se recomienda realizar una ostectomía interincisiva en cuña, con un escoplo de media caña o con pieza de mano y fresa redonda del número 6 de carburo de tungsteno; puede colocarse cemento quirúrgico.

En cualquier técnica quirúrgica, se lleva a cabo los siguientes pasos:

- Frenillo labial superior⁴²

1. Anestesia local infiltrativa supraperióstica en el fondo del vestíbulo bucal por arriba de los incisivos centrales superiores. En algunos casos, pacientes menores de 15 años, se utiliza sedación endovenosa u óxido nitroso, incluso anestesia general.

Se anestesia fuera del frenillo, para evitar que la infiltración borre las relaciones anatómicas, se refuerza con anestesia en la zona nasopalatina. Fig. 14.

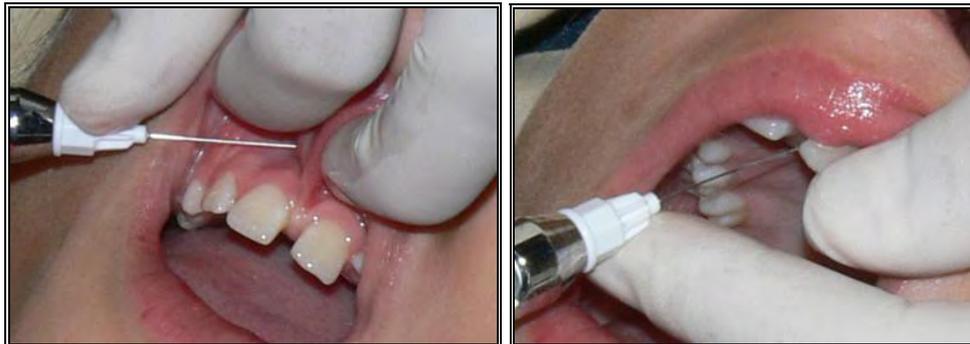


Fig. 14⁴³

⁴² Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 565

⁴³ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



2. Incisión, se realiza con mango n° 3 y hoja de bisturí n° 15, el tipo de incisión dependerá de la técnica quirúrgica escogida. Fig. 15.



Fig. 15:⁴⁴

3. Disección de los colgajos mucosos, con bisturí o con tijeras de disección finas de punta roma.

4. Desinserción de fibras o inserciones musculares con periostótomo de Freer o de Obwegeser, procurando no lesionar el periostio. Se recomienda curetear ligeramente el reborde óseo para desprender los elementos fibrosos que se adhieren a él y excéresis del tejido fibroso interincisal. Fig.16.



Fig. 16:⁴⁵

⁴⁴ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>

⁴⁵ Ib.



5. Osteotomía interincisiva si es que se requiere, con escoplo de media caña o pieza de mano con fresa redonda de carburo de tungsteno.

6. Excéresis de los tejidos blandos sobrantes.

7. Sutura con ácido poliglicólico o seda atraumática de 4/0 con aguja C16 a C12. Si colocamos puntos no reabsorbibles, retirar a los 7 días. Utilizar sutura reabsorbible en niños muy aprensivos. Fig.17.



Fig. 17.⁴⁶

Es posible tener un cierre primario con sutura de los bordes mucosos y si queda algún pequeño defecto puede dejarse cicatrizar por segunda intención.

Se realiza la epitelización secundaria cuando dejamos una superficie perióstica expuesta que cicatrizará por segunda intención, esto evita un acortamiento del vestíbulo.⁴⁷

8. Se coloca cemento quirúrgico durante una semana en las zonas en las que el hueso queda al descubierto.

⁴⁶ Ib.

⁴⁷ López, A., Ob. Cit. Pp. 420



- Frenillo labial inferior

Para problemas periodontales, se elimina el frenillo y se aumenta la encía adherida de la región. Es recomendable la excéresis del frenillo, con reposición apical, seguida de técnicas de cirugía periodontal como: injerto libre de fibromucosa palatina, fenestración del periostio y colgajos de rotación lateral, etc.

- Frenillo lingual

Un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada, en edad temprana (antes de los 8 años), se recomienda un tratamiento mediante mecanoterapia (fisioterapia miofuncional).⁴⁸ Llevando a cabo los siguientes ejercicios:

- Colocar la lengua hacia el paladar.
- Sacar la lengua hacia el exterior.
- Apretar algún objeto con la lengua.

Realizando 10 veces cada uno, 3 veces al día, también son recomendables después de hacer la frenectomía lingual.

El frenillo lingual debe ser eliminado en las anquiloglosias completas (clase IV) debido a la gran restricción de los movimientos linguales. Los niños se pueden adaptar a una inserción corta (clase III) pero es recomendable la exéresis quirúrgica.

La anquiloglosia moderada (clase II) y ligera (clase I) son difíciles de evaluar. La mayoría de estos niños no parecen tener alteraciones en la fonación, ni ninguna otra patología referida a la presencia del frenillo lingual.

⁴⁸ Donado, M. Ob. Cit. Pp. 657.



Su tratamiento quirúrgico es igual que el labial superior, es decir, con excisión total, Z-plastia, o mediante plastia V-Y. Se recomienda la frenectomía o excéresis completa (romboidal) del frenillo. La secuencia operatoria será:

1. Anestesia: Local o general, según el caso, se pueden efectuar dos técnicas:

- Anestesia troncular bilateral, bloqueo del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria con fines hemostáticos.
- Anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo y en todo su recorrido, ya que en la superficie ventral de la lengua y en el suelo de la boca es dolorosa y difunde rápidamente, puede aplicarse anestesia tópica previa en la cara ventral de la lengua. Fig. 18.

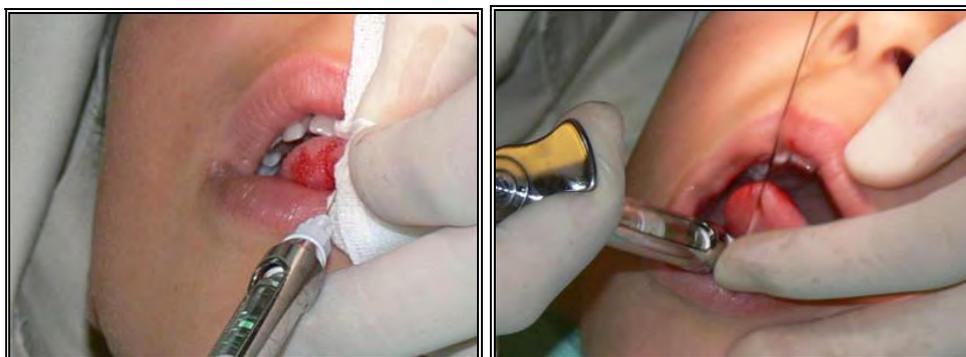


Fig.18:⁴⁹

La cirugía en el lactante exige realizar una anestesia general y los riesgos de esta técnica son elevados antes de los seis meses de edad; por ello el tratamiento quirúrgico se suele diferir, por lo menos, hasta los 3-5 años de edad.

⁴⁹ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



2. Preparación de la zona operatoria

Se levanta la lengua y frenillo con un punto de sutura de tracción en la punta lingual, y junto con la pinza de disección o una sonda acanalada de Petit se procede a la incisión. Fig.19.



Fig. 19:⁵⁰

3. Incisión y disección

Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja del n° 15 o del n° 11 o con tijeras de disección en el centro del frenillo lingual.

Hacer la incisión aproximadamente 1 cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, a mitad de camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton. Fig.20.

⁵⁰ Ib.

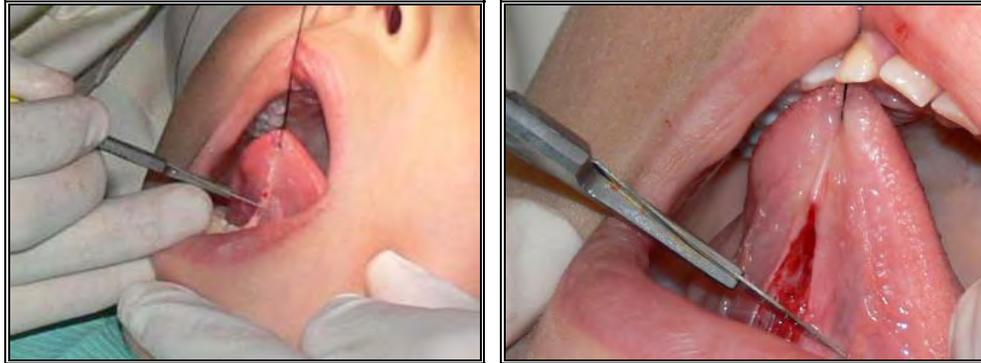


Fig. 20:⁵¹

Una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media. Seccionar el músculo geniogloso transversalmente con las tijeras o con bisturí, hasta obtener la movilidad deseada.

4. A veces es necesario hacer la exéresis de la mucosa sobrante, hasta dejar los dos bordes de la herida simétricos, lo que permitirá una sutura correcta. Fig.21.



Fig. 21:⁵²

5. Sutura. Se cierra con puntos separados como una incisión lineal longitudinal. La movilidad lingual se comprueba antes de suturar, no es necesario suturar en el suelo de la boca.

⁵¹ Ib.

⁵² Ib.



Se utiliza sutura atraumática de ácido poliglicólico de 3 ó 4/0 con aguja C14 o C12, preferible suturas reabsorbibles, ya que en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos.⁵³ Fig. 22.



Fig. 22.⁵⁴

Otra técnica para eliminar el frenillo lingual, es aplicar una pinza hemostática en la zona lingual y otra en la zona del frenillo más cercana a las carúnculas de los conductos de Wharton, y las puntas de ambas pinzas se encuentran en la profundidad del frenillo.

Con el bisturí se elimina y extirpa el tejido contenido entre estas pinzas, se procede a la sutura, también se utiliza la sonda acanalada de Petit o de Nelaton, para retraer la lengua hacia atrás, y realizar la incisión transversal con bisturí.

En ocasiones, existen adherencias o bridas cerca de la zona lingual de la mandíbula (músculos genioglosos) por delante de las carúnculas de salida de los conductos de Wharton, se tendrá que realizar otra incisión en esta área para liberar la lengua, ya que en muchos casos el frenillo corto no es en realidad la causa sino la consecuencia de la menor longitud de estas estructuras.⁵⁵

⁵³ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 567

⁵⁴ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



CAPÍTULO V. COMPLICACIONES

5.1 Transoperatorias

Generalmente las complicaciones tras la cirugía son raras, pero se puede presentar: lengua anudada, inflamación lingual, sangrado, infección y daño de las glándulas submandibulares.

5.1.1 Hemorragias

El sangrado en el fondo de la herida, en forma de diamante o romboidal, se controla fácilmente con sutura, aunque también puede utilizarse una técnica de electrocoagulación.

En el caso del frenillo lingual, el sangrado se controla fácilmente con ligaduras, (se pinza) se realiza a través de la unión hasta la base de la lengua por 3 minutos, lo que produce vasoconstricción y hemostasia.⁵⁶

5.1.2 Daño a estructuras anatómicas adyacentes

Al realizar la cirugía del frenillo labial superior, debe vigilarse el conducto nasopalatino, no lesionar las estructuras vasculares y nerviosas que discurren en su interior.

Al hacer una intervención quirúrgica del frenillo lingual, tener cuidado a no lesionar los conductos submandibulares o de Wharton y glándula sublingual.

5.2 Postoperatorias

Frecuentemente presenta algún tipo de incomodidad al paciente, debido al dolor provocado durante los movimientos linguales.

⁵⁵ Kruger, G. Ob. Cit. Pp. 110.

⁵⁶ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



El cierre del diastema suele producirse espontáneamente después del tratamiento quirúrgico del frenillo y la erupción de los caninos permanentes.

Si los seis dientes anteriores están en la arcada y no se cierra el diastema será necesario iniciar el tratamiento ortodóncico pertinente.

La cirugía del frenillo resuelve la dificultad anatómica, pero una correcta utilización de la lengua requiere una rehabilitación funcional post-operatoria.

El paciente debe empezar, un programa de ejercicios que deberán efectuarse como mínimo durante dos meses. Esta movilización precoz de la lengua permitirá vencer la retracción cicatricial.

Ayudará a obtener hábitos orales correctos de respiración nasal, sellado de labios que estimulan la posición normal de la lengua, promoviendo un desarrollo armónico del macizo facial, con una estabilidad entre estructura-función.

También se recomienda la exéresis del frenillo lingual con el láser de CO₂, por su rapidez, simplicidad y el postoperatorio suele ser más cómodo.⁵⁷

Con la aplicación de la técnica quirúrgica escogida (exéresis romboidal, exéresis con láser de CO₂, etc.) y la realización de los ejercicios de fisioterapia miofuncional, debe obtenerse una movilidad lingual normal:

- La punta de la lengua debe ser capaz de protruir fuera de la boca sin formarse ninguna hendidura (lengua bífida).

⁵⁷ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 573



- La punta de la lengua debe extenderse sobre los labios sin tensión.
- Cuando la lengua se retruye, no debe contactar con los dientes anteriores.
- La lengua no debe hacer excesiva fuerza sobre la cara lingual de los dientes anteroinferiores.
- El frenillo lingual debe permitir una deglución correcta.
- En el recién nacido no debe dificultar la lactancia materna.
- No debe crear un diastema entre los incisivos centrales inferiores.
- No deben presentar dificultades en el habla asociadas con limitaciones del movimiento de la lengua
- En niños pequeños la punta de la lengua no debe tener abrasiones ni ulceraciones traumáticas. Fig. 23.



Fig. 23.⁵⁸

5.2.1 Obstrucción de conductos salivales

No es necesario suturar en el suelo de la boca, con el fin de no comprometer los conductos salivales, obteniendo un drenaje satisfactorio con menos tumefacción en el postoperatorio.

Las glándulas salivales menores, están diseminadas por toda la extensión de la mucosa bucal. Se dividen en cuatro grupos principales: glándulas palatinas, labiales, bucales y linguales.

⁵⁸ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucles.jpg>



Las glándulas palatinas están situadas en el paladar, las labiales ocupan la cara posterior de los labios, las bucales están anexas a la mucosa de las mejillas.

Las linguales se dividen en varios subgrupos; unas están anexas a las papilas circunvaladas y otras a las papilas foliadas, otras llamadas glándulas linguales de Weber, ocupan la parte posterior de los bordes de la lengua; finalmente la conocida como glándula lingual anterior (de Blandin o de Nuhn) está situada en la cara inferior de la lengua, cerca del vértice.⁵⁹

Las glándulas salivales mayores, están dispuestas en la vecindad de la cavidad bucal y siguen una curva concéntrica a la de la mandíbula, se comunican con esta cavidad por sus conductos excretores.

A cada lado se observan tres glándulas salivales que son de posterior a anterior; la parótida, submandibular y sublingual. Fig. 24.

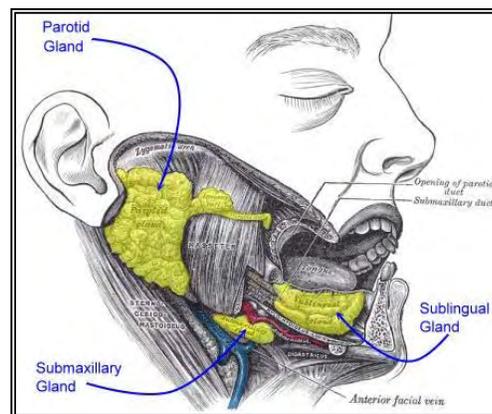


Fig. 24:⁶⁰

⁵⁹ Rouviere, H. Ob. Cit. Pp. 408

⁶⁰ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



Las glándulas submandibulares son dos formaciones de aspecto arracimado que están adosadas a la parte interna de las dos ramas horizontales de la mandíbula, por debajo del suelo de la boca, comunicándose con ella a través de unos delgados conductos submandibulares o de Wharton, su función es segregar la saliva, líquido lubricante y digestivo que interviene en la masticación y digestión de los alimentos; éste conducto pasa entre los músculos hiogloso y milohioideo, y desemboca en la mucosa bucal, hasta la extremidad inferior del frenillo lingual.⁶¹

La lesión de los conductos de Wharton provocará constricción cicatricial y con ello, estasis salival. Esto evitará acceder a la zona lesionada y hacer una Whartonostomía de derivación, lo que evitará tener que realizar una submaxilectomía.

Las glándulas sublinguales son pequeñas formaciones glandulares situadas bajo el suelo de la boca, que vierten la saliva a la cavidad bucal a través del conducto sublingual mayor o de Bartholin.

Es alargada en sentido del surco alveololingual, aplanada transversalmente y un poco afilada en sus extremidades. La sublingual pesa alrededor de 3G y mide unos 3 cm de largo, 5mm de altura y de 7 a 8 mm de anchura.

La glándula sublingual, es una aglomeración de glándulas y posee tantos conductos excretores como pequeñas glándulas agrupadas. Se cuentan de 15 a 30 conductos excretores.

⁶¹ Jordi Vigué. Atlas del Cuerpo Humano: anatomía, Histología, Patologías. 1ª Edición, 2007. Editorial Ars Médica. Pp 334, 336



Uno de ellos, el más voluminoso que los otros, es el conducto sublingual mayor (de Rivinius o de Bartholin), nace de la parte media de la cara medial de la glándula, rodea el conducto submandibular y se abre lateralmente a éste en el vértice de la carúncula sublingual.

Los otros conductos, denominados conductos sublinguales menores (de Walther), son pequeños y cortos, terminan lateralmente al conducto sublingual mayor, a lo largo del pliegue sublingual formado por la glándula.⁶²

Se puede evitar un hematoma con una buena hemostasia antes de colocar los puntos y no suturando la herida con demasiada firmeza ni herméticamente. Fig. 25.

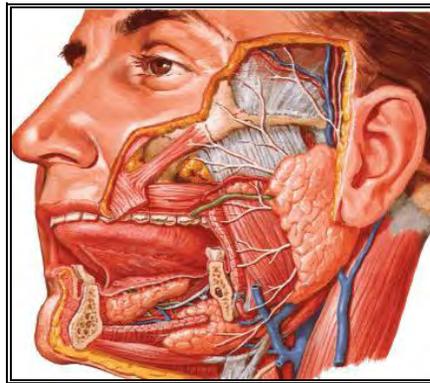


Fig. 25.⁶³

⁶² Rouviere H. anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. Editorial Masson, 2001. 10ª Edición. Pp. 407-409

⁶³ <http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>



CAPÍTULO 6. TERAPÉUTICA POSTOPERATORIA

6.1 Medicamentosa

Es necesaria para evitar complicaciones, por lo que el paciente deberá estar enterado de las molestias que se puede presentar, en el postoperatorio se produce ligera tumefacción del suelo de boca, y dolor moderado que se puede controlar con analgésicos.

Se recomienda que el paciente consuma una dieta líquida o blanda (evitar los zumos de frutas) porque los movimientos de la lengua causarán molestias durante varios días. Puede producirse una cierta equimosis por rezumar algo de sangre a partir de los músculos seccionados.⁶⁴

En el postoperatorio hay dolor local y tumefacción del labio superior, por lo cual indicamos un analgésico-antiinflamatorio (AINE) y colutorios para mantener una buena higiene bucal. Fig. 26



Fig. 26^{65 66}

La tumefacción puede controlarse con un apósito compresivo externo en forma de bigote durante unas 24 a 48 horas y con la aplicación local de frío.

⁶⁴ Gay Escoda, Cosme. Ob. Cit. Pp. 573

⁶⁵ <http://www.pharmadel.com.gt/images/analgesicos.jpg>

⁶⁶ <http://www.farmacia-morlan.com/images/micarpeta>



Es muy importante en este procedimiento la higiene oral, para que tenga una buena rehabilitación. Los cuidados son simples, como: enjuagues antisépticos y remoción de la sutura después de transcurridos 3 días.

6.3.2 Interconsulta con terapia de lenguaje

Para corregir un problema de lenguaje, se debió haber previsto el tratamiento por el logopeda. En la mayor parte de los casos, el apoyo del logopeda consigue reeducar fonéticamente al paciente y lograr la correcta pronunciación de las distintas consonantes.

La dislalia funcional consiste en una alteración en que el niño no puede llevar la lengua a la zona anterior del paladar anterior, por lo que no puede emitir ciertos fonemas además de no poder alimentarse de una forma adecuada.

La evolución normal del desarrollo consta de diversas etapas que se alcanzan de forma secuencial y a edades relativamente constantes. La adquisición de la habilidad de pronunciación representa un proceso de maduración; las vocales son los primeros sonidos que se articulan.

Los sonidos de las consonantes requieren más tiempo, y algunos mayor habilidad motora, tal es el caso de la 'R'.

El frenillo lingual corto, en algunos casos, dificulta la elevación normal de la punta de la lengua para la pronunciación de los sonidos /t/, /d/, /n/, /l/. No obstante, los niños se adaptan con facilidad a este problema y su pronunciación llega a ser aceptable.⁶⁷

⁶⁷ Barber T K, Luke L S. (1985). Odontología pediátrica. México: Editorial El Manual Moderno: 88-89.



CONCLUSIONES

Es importante detectar cualquier anomalía en la cavidad bucal, cabe mencionar la importancia de la localización de los frenillos, ya que pueden provocar alteraciones de tipo protésico, periodontal, ortodóncico y fonético, al intervenirlos quirúrgicamente se podrá rehabilitar de manera adecuada al paciente.

Para este procedimiento, es necesario apreciar el estado de salud del paciente, así como tomar en cuenta su edad; por lo que se debe llevar a cabo una historia clínica bien detallada, un examen previo, diagnosticar alteraciones y elegir una correcta técnica quirúrgica, partiendo de estos datos dependerá el éxito o fracaso del tratamiento.

El profesional debe ser capaz de identificar signos clínicos, consecuencias y cual es la mejor técnica a utilizar, es muy importante que el paciente siga los cuidados postoperatorios que se indiquen al término de la cirugía, con esto se podrá obtener un mejor resultado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acta odontol. venez v.44 n.1 Caracas ene. 2006.

Barber T K, Luke L S. (1985). Odontología pediátrica. México: El Manual Moderno: 88-89.

Barroso J, Sáez S, Bellet L. Rev Oper Dent Endod, 2007.

Carranza, Fermín A. Periodontología Clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1998. 8ª Edición. Pp. 716-720

Donado M. Cirugía Bucal, Patología y técnica. 3ª Edición. Editorial Masson. Pp. 654-659.

F. Prichard John. Enfermedad periodontal avanzada: Tratamiento quirúrgico y protésico. Editorial Labor, 1981. Pp. 664-665

Gaudy, Jean-Francois. Manual de anestesia en odontoestomatología. Editorial Masson 2006. 2ª Edición. Pp. 33-36

Gay Escoda, Cosme. Berini Aytés, Leonardo. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial. Ergon Edición 2004. Pp.

Jordi Vigué. Atlas del Cuerpo Humano: anatomía, Histología, Patologías. 1ª Edición, 2007. Editorial Ars Médica. Pp. 334, 336

Laskin, Daniel. Cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Médica Panamericana, 1987. Pp. 358



López, Arranz. Cirugía Oral. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1991. 1ª Edición. Pp. 417-419

Raspall, Guillermo. Cirugía Oral. Editorial médica panamericana, 1994. Pp. 220-223

Rouviere H. Anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. Editorial Masson, 2001. 10ª Edición. Pp. 395-409

Schluger, Saul. Enfermedad Periodontal. Editorial Continental, 1981. 1ª publicación. Pp. 610, 611

<http://www.infomed.es/rode/frenillosbucales.jpg>

<http://www.farmacia-morlan.com/images/micarpeta>

<http://www.pharmadel.com.gt/images/analgesicos.jpg>