



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

201

ZES

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ALGUNAS TECNICAS PARA LA
REALIZACION DE LA FRENILECTOMIA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

MARISA AHIDA LUNA VARGAS

DULCE MARIA MEJIA ROMERO

ASESOR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

MARISA LUNA VARGAS
Con amor y respeto

A DIOS:

Te quiero dar gracias por haberme permitido culminar una de mis metas, dandome vida, salud, amor y rodearme por personas que me han brindado su apoyo.

A MIS PADRES:

Les doy las gracias por su amor, sus esfuerzos, por su apoyo incondicional y por la rica herencia que me han dado los quiero.

A MIS HERMANOS:

Jorge, Eva, Antonio, Carmen, Verónica Oralia, Flor; por sus consejos, entusiasmo que siempre me brindaron para continuar en la búsqueda de nuevos retos.

A MIS FAMILIARES:

A todos aquellos que están cerca de mí alentándome y muy en especial a la memoria de mi abuelito Antonio que con sus consejos y palabras me dió el ejemplo para seguir adelante.

A MIS AMIGOS:

Por compartir tantos momentos y experiencias, juntos, que no se olvidan.

A TODOS LOS DOCTORES:

Que me impartieron clases, que me transmitieron sus conocimientos les doy las gracias en especial al Dr. Javier Medina H.

DEDICATORIA:

A DIOS:

Le doy profundas gracias por la oportunidad
que me ha dado de ser y vivir.

A MI MAMÁ:

Gracias por permitirme lograr este éxito
por tu cariño, ayuda, confianza, por todos tus
esfuerzos y grandes sacrificios, te admiro, te
respeto y te quiero.

A la memoria de mí PADRE:

Que fué y será el mejor ; de el aprendi
la importancia de la vida, la superación
realización e ilusión de seguir siempre
adelante.

A MIS HERMANOS:

Que son parte muy importante de mi vida, gracias
por su comprensión a todas mis acciones.

Que siempre exista la unión que ha prevalecido
por todos estos años.

GEORGINA
MARICELA
GUSTAVO
JORGE

A MAYRANI Y MS FAMILIARES GRACIAS.

**A MIS AMIGOS: De la preparatoria, de la facultad, a todos gracias
que juntos pasamos alegrías y tristezas.**

**A LOS DOCTORES: ANTONIO SILVA O.
JAVIER MEDINA H.
Por sus consejos y ayuda.**

DULCE MEJÍA ROMERO

AGRADECIMIENTOS:

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO:

Por brindarnos la oportunidad de formar parte de la máxima casa de estudios, para nuestra superación profesional.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA:

Por darnos la formación académica, a todos aquellos profesores que con su enseñanza y experiencia nos guiaron en el curso de la carrera.

AL C.D. VÍCTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA:

Por su colaboración, asesoramiento y ayuda de este trabajo así como también la impartición del curso de seminario.

AL JURADO:

**Gracias por estar presentes en este momento que es tan importante para cada uno de nosotros.
Sometemos a su consideración esta tesina que representa la culminación de una etapa de nuestros estudios.**

INDICE

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
Características clínicas del padecimiento	3
Generalidades	3
1.1 Fonética	5
1.2 Estética	7
1.3 Protética	8
1.4 Ortodóntica	9
2. Clasificación del frenillo según su localización	12
2.1 Frenillo labial superior	13
2.2 Frenillo labial inferior	14
2.3 Frenillo lingual	15
3. Técnicas quirúrgicas de acuerdo a su ubicación	16

3.1	Técnicas de la excisión del frenillo labial superior e inferior	17
3.2	Técnicas de la excisión del frenillo lingual	36
	CONCLUSIONES	44
	BIBLIOGRAFIA	46

INTRODUCCIÓN

FRENILECTOMIA

Se encuentra dentro de las cirugías de tejidos blandos para corregir y ajustar situaciones tales como: una fijación de frenillo limitado o hipertrofia del mismo, así como manipular estructuras de tejido blando que afecten al paciente desde su fonética, estética o algún tratamiento ortodóntico o protético.

La manipulación de las fijaciones de tejido blando debe considerarse en relación con la anatomía y fisiología del tejido en particular, de las estructuras óseas subyacentes. Las inserciones y orígenes musculares, así como los conductos salivales, son estructuras importantes para ser consideradas cuando se planea el procedimiento quirúrgico.

Se hace un estudio minucioso sobre las diferentes técnicas para su elección tomando en cuenta, desde una valoración clínica, instrumental que se utiliza, bloqueo de la zona y descripción de cada una de las técnicas existentes para los frenillos labial superior e inferior y lingual, según se presente

el caso tomando en cuenta las consideraciones de cada una para su mejor realización.

I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PADECIMIENTO

El frenillo es una alteración de desarrollo de tejidos bucales siendo más común en niños que en jóvenes y adultos

GENERALIDADES :

Los frenillos son principalmente extensiones de la mucosa que contienen fibras elásticas, tejido conectivo laxo y ocasionalmente fibras musculares.

Se presentan en varias formas como: Inserciones largas y angostas; anchas y planas ; y todas las variaciones intermedias. Se adhieren a los labios, a la mucosa alveolar, a la encía y al periostio subyacente en la línea media del maxilar y mandíbula, así como también en el dorso de la lengua.

Actúan como riendas flexibles limitando el movimiento de los labios, mejillas y lengua. Además presentan problemas relacionados con la acumulación de la placa dentobacteriana, procedimientos de higiene, estabilidad de la prótesis, ocasiona

transtornos en la erupción de los incisivos, dificultad en la adaptación de la aparatología ortodóntica y en la fonética.

Con el fin de obtener los mayores beneficios posibles el Cirujano Dentista debe observar ciertas reglas:

A) DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA:

Debe hacerse un diagnóstico apropiado después de disponer de una historia clínica apropiada, de llevar acabo un examen clínico completo y de usar medios auxiliares de diagnóstico importantes, como la radiografía.

B) EVALUACIÓN DEL PACIENTE:

La edad del paciente frecuentemente modera el tratamiento quirúrgico. En su mayoría los pacientes jóvenes se curan más pronto que los adultos, aunque la frenilectomia es un procedimiento rápido en los adultos sobre todo se debe de tener muy en cuenta su estado nutricional, enfermedades sistemicas específicas y la posibilidad de hemorragias.

Se deben de diferenciar dos términos para la eliminación del frenillo que son:

FRENOTOMIA:

Es la eliminación parcial del frenillo , no depara ninguna ventaja y puede ocasionar una acumulación excesiva de tejido, es decir , puede recidivar.

FRENECTOMIA:

Eliminación completa del frenillo, incluyendo su inserción al hueso subyacente.

1.1 FONÉTICA:

El problema del frenillo lingual corto en pacientes que tienen dientes produce dificultad para hablar correctamente. En la mayoría de los casos esto se corrige espontáneamente en los primeros años de vida. Cuando existe un niño en crecimiento el frenillo lingual corto puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y causar anomalías en el lenguaje.

La lengua adopta una posición relativamente plana en el piso de la boca y esto puede generar una presión anormal en los incisivos centrales al hablar y deglutir. Esto 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 también puede imposibilitar la emisión correcta de ciertos sonidos o palabras, pero no siempre existe relación entre los dos estados y se debe consultar con un foniatra antes de contemplar la operación.

Si esta indicada la cirugía y si la frenectomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, a veces la posición de los dientes y la forma del arco se corrigen solas, pero aunque no ocurra esto la corrección quirúrgica y la posición de la lengua por lo menos evitan que el tratamiento no fracase.

1.2 ESTÉTICA:

Una indicación de la frenilectomía es que al hablar o sonreír se nota la inserción de la membrana mucosa por debajo del borde del labio dando un efecto antiestético.

En ocasiones al paciente le desagrada el espacio que se encuentra entre los dientes centrales superiores conocido como diastema, y es cuando busca la corrección de este.

Un frenillo labial mandibular en la línea media, cuando se encuentra insertado alto, sobre la papila interdientaria entre los incisivos, crea un problema periodontal adverso. El paciente desarrolla inflamación crónica, bolsa periodontal y retracción de la encía adherida. Se debe tener en cuenta que es de gran importancia el control de la inflamación gingival por medio de técnicas adecuadas de higiene bucal, así como la eliminación de sarro, raspado y cepillado radicular. El paciente debe ser cooperador durante esta fase preoperatoria y así la inflamación cede y la tracción del frenillo disminuirá.

1.3 PROTETICA:

Con frecuencia ciertos trastornos de los tejidos de soporte de las dentaduras de los edéntulos requieren tratamiento quirúrgico.

El frenillo puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa o bien desestabilizar el curso de los movimientos labiales.

Se puede realizar una frenilectomia antes de que comience el tratamiento protético.

Los tejidos blandos que más interfieren en la colocación de una prótesis son la inserción baja o hipertrofia del frenillo labial superior.

Aunque el frenillo no suele ocasionar problemas en el paciente con dientes si no produce diastema, en el desdentado puede irritarse por la aleta de la dentadura para dar cabida al frenillo hipertrófico, se deteriora la estética, en especial en el maxilar y también puede cerrarse el sellado periférico.

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

El frenillo lingual también compromete la estabilidad de la dentadura mandibular. El movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad a la dentadura, si la inserción de frenillo en la cara lingual esta cerca de la cara alveolar; esta impide el acoplamiento y retención de la prótesis durante el lenguaje o la masticación.

El objetivo que con ello se busca es crear condiciones que favorezcan el sellado periférico y por consiguiente la retención en la prótesis total y debe procederse a la recesión de frenillo, pues de otro modo la regla es que dichas formaciones se regeneren.

1.4 ORTODONTICA:

Una de las intervenciones quirúrgicas que con frecuencia se hacen en combinación con el tratamiento ortodontico es la sección del frenillo labial superior. Es una intervención en la que hay que cuidar que se elimine por completo la inserción

baja del frenillo en el espacio interdentario en borde alveolar, puesto que esto es la causa de que no haya contacto entre los incisivos centrales (diastema).

El diastema de la línea media es normal en un 98% de los niños de 6 a 7 años, pero la incidencia disminuye a solo el 7% en personas de 12 a 18 años.

La recesión de frenillo solo debe hacerse cuando se haya establecido sin lugar a dudas que es la causa del diastema pues se han eliminado muchos frenillos sin necesidad. El diastema interincisivo puede ser debido a otras causas distintas al frenillo labial, como por ejemplo presencia de mesiodens, oclusión anormal de los incisivos inferiores o por patrón hereditario y siempre debe tomarse una radiografía previa a la intervención. En otros casos el diastema se cierra con la erupción de los incisivos laterales y caninos por tanto, hay que hacer primero un diagnóstico diferencial antes de ordenar la eliminación del frenillo.

Se separan los labios del paciente para observar la inserción del frenillo y se examina la profundidad del vestíbulo oral, cuando este es notablemente grueso y su inserción es muy baja

en el borde alveolar y cuando esto no ha sido resuelto espontáneamente tras la erupción de los caninos entonces, si esta indicada la recesión.

Es necesaria la estrecha colaboración entre el Cirujano y el Ortodoncista en el diagnóstico y tratamiento de los casos que requieren intervenciones quirúrgicas.

Por medio de los ejercicios musculares pueden favorecer el tratamiento ortodóntico, la corrección de anomalías de tejidos blandos para restituir su forma y función normal , esto se obtiene con la constancia y buena colaboración del paciente .

2. CLASIFICACIÓN DEL FRENILLO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

En este capítulo se describe cada uno de los diferentes frenillos de acuerdo a su localización para observar si su inserción esta dentro de lo normal o no.

Los frenillos se clasifican en cuatro:

- Frenillo labial superior.**
- Frenillo labial inferior.**
- Frenillo lingual.**
- Frenillos laterales.**

(De los cuales sólo se describirán los tres primeros por ser los de mayor problema).

Esta situación se corrige mediante procedimientos que indican una frenilectomia.

2.1 FRENILLO LABIAL SUPERIOR:

Partiendo de un punto central de inserción en los tejidos móviles, se dirige, cuando el labio esta en reposo, hacia arriba y adelante pasando por encima del surco vestibular para ir a insertarse en el espesor del labio superior.

Puede debridarse una extensión de 6 mm a 1 cm a partir de su limite con los tejidos estacionarios, sin que la operación interfiera músculo alguno.

Es un haz fibroso de unos 2 o 3 mm de ancho, de desarrollo variable y que se extiende desde el fondo del vestibulo hasta el espacio entre ambos incisivos centrales, constituye un tabique más potente y en algunas bocas, es amplio y en forma de abanico .El músculo canino se inserta por debajo y afecta la posición del frenillo bucal. El músculo orbicular jala el frenillo hacia adelante y el buccinador lo jala hacia atrás, provocando que este se halle hipertrofiado y es causa de diastemas que indican una frenilectomia.

2.2 FRENILLO LABIAL INFERIOR:

El frenillo labial inferior compromete ocasionalmente la salud de los tejidos periodontales en el lado labial de los dientes inferiores anteriores. Esta banda de tejido puede contribuir a aumentar la profundidad del espacio anormal entre la raíz de un diente y la encía y disminuir la cantidad de encía alveolar o provocar una fisura gingival anterior. Esta situación se corrige mediante procedimientos que eliminan el frenillo y aumentan la cantidad de encía alveolar de la región.

El frenillo cuando se diseca, tiene una estructura y disposición muy semejantes a las del superior.

A los lados del frenillo se insertan los músculos borlas y por fuera los haces incisivos inferiores del orbicular de los labios.

En la cara lingual el milohiideo se inserta en la línea oblicua interna y su inserción se extiende en algunos casos por encima de esta.

2.3 FRENILLO LINGUAL:

Pliegue vertical mucomembranoso que se hace fácilmente visible al indicar al paciente que proyecte su lengua hacia arriba y atrás. Se pone así tenso este repliegue mucoso sagital y mediano, en forma de tabique triangular ,que fija la lengua muy hacia adelante en el piso bucal o en el surco gingivo lingual limitando su excursión.

Fisiológicamente esta malformación o lengua atada parecería provenir de un espaciamiento y acortamiento de los músculos genioglosos e hioglosos que forman un pliegue vertical mediano, otras veces se comprueba un frenillo y un músculo geniogloso cortos.

Esta adherencia parcial de la lengua o total (Anquiloglosia), pueden ser causa de dificultad para la succión de los recién nacidos o de transtornos de lenguaje que llaman la atención a los 4 0 5 años de edad, obligando a una cirugía correctiva.

3. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE ACUERDO A SU UBICACIÓN

El tiempo propicio para la intervención quirúrgica es programar el tiempo de la operación correctamente, podemos estar seguros de un mejor resultado final y así evitar ciertas complicaciones.

La técnica quirúrgica depende del criterio y habilidad del cirujano para elegir ésta o realizarle modificaciones, y se debe de tener una asepsia, para evitar la infección que es uno de los objetivos principales.

3.1 TÉCNICAS DE LA EXCISIÓN DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR E INFERIOR.

TÉCNICA DE FEDERSPIEL:

- Previa anestesia local infiltrativa .

- Se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.

- Con un bisturí de hoja corta se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso.

- La porción de frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de disección.

- Se despega el tejido a researse por medio de una legra o periostótomo.

- Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura.

TÉCNICA DE FEDERSPIEL



TÉCNICA DE L'HIRONDEL Y ARANOWICZ

PRIMER TIEMPO:

- Levantamiento del labio para mantener tenso al frenillo, que adquiere así una forma triangular a base superior y vértice inferior.

- Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura (figs. A,B,C,D y F). En A, una línea sobre el frenillo marca el lugar donde se realiza el corte, en C aparece esquematizado de perfil; en D, la incisión vista de frente.

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

SEGUNDO TIEMPO:

- La herida hecha por la tijera afecta una forma losángica , determinada por la acción de ciertos músculos de los labios. Esta imagen losángica puede ser descompuesta en dos triángulos, reunidos por su base a nivel del surco vestibular (figs. 1,2 C).

TERCER TIEMPO:

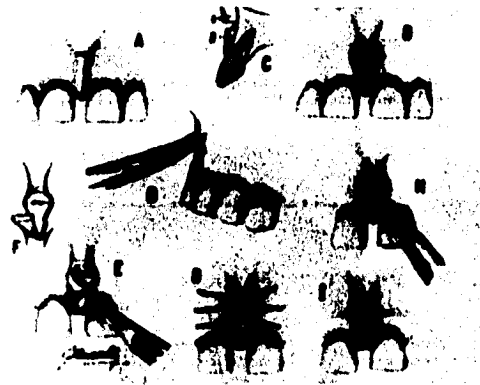
- Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo (E) y se extirpa y se ve en (F).

- Se cauteriza con galvano la base de inserción.

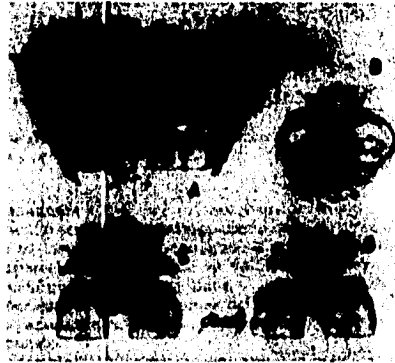
CUARTO TIEMPO:

- Sutura con hilo o ceda, se practican tres o cuatro puntos; que reúnen los labios de la herida.

Es conveniente en éste, como en otros métodos para esta operación, 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 de la herida y la sutura no provoque tensión, por otra parte, con el tejido gingival despegado, se puede pasar la aguja con mayor facilidad (figs. G, I).

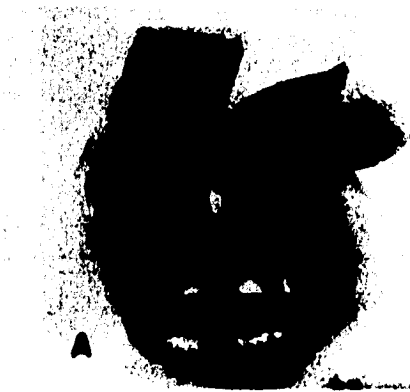


En los casos en que el frenillo labial desborde el límite bucal, rodee la arcada y se inserte la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión, de tal manera que bordee en frenillo y se prolongue pasando entre los incisivos, hacia la cara palatina, pero sin llegar al agujero palatino anterior (figs. A y B) en frenillo es disecado (fig. C). Los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura con seda o hilo (fig. D).



TÉCNICA DE ARCHER:

A. Adherencia baja del frenillo labial.



B. Se levanta el labio y se coloca una pinza hemostática paralela a la superficie labial de la apófisis alveolar. Se cierra la pinza hemostática sobre las fibras del frenillo. Se levanta el labio hacia arriba y hacia afuera hasta que forme ángulo recto con la superficie labial del hueso alveolar. Colóquese una pinza hemostática paralela al labio elevado y traccionado (en ángulo recto con la primera pinza hemostática); se pinza este instrumento sobre las fibras del frenillo donde estas se introducen en el labio, y se extienden los mordientes de la pinza hasta el fondo del surco vestibular.



C. Las puntas de las pinzas hemostáticas deben tocarse mutuamente, el frenillo labial entre ellas forma una V invertida. El ayudante sostiene quietas las pinzas, sin ejercer tracción.



D y E. Con un bisturí afilado # 11 se corta al rededor de la superficie exterior de las dos pinzas hemostática, de modo que cuando el corte este completo las dos pinzas salgan con el tejido del frenillo entre ellas. Los márgenes laterales de la herida quirúrgica son ahora debridados por medio de tijeras quirúrgicas o una pinza hemostática recta. Esto permitirá un movimiento deslizante de la mucosa, de manera que pueda ser aproximada y suturada sin tensión.

si el corte hubiera sido hecho en el interior entre las dos pinzas, habría quedado tejido lacerado después de retirar las pinzas hemostáticas. Este tejido dañado es propenso a necrosis, retracción, cicatrización lenta y bordes débiles



a través de los cuales la sutura puede deslizarse y cortarse malogrando así el mantenimiento de los labios de la herida hasta que la cicatrización se produzca. Por estas razones, siempre se corta por fuera de las pinzas hemostáticas.

Al colocar la sutura sobre el labio hay que estar seguro de que las glándulas mucosas estén cubiertas por membrana.

Colóquese un apósito en la superficie intervenida. Instrúyase al paciente para que mantenga este apósito en su lugar durante dos horas. Después de retirar el apósito, el paciente debe hacer enjuagues cada hora.

Las operaciones mencionadas se realizan con fines ortodónticos.

El frenillo labial como las bridas laterales y las inferiores, pueden ser obstáculo para la correcta ubicación de los aparatos de prótesis. En la preparación quirúrgica de los maxilares con fines protéticos, la recesión de frenillo es una maniobra de rutina.

Los frenillos deben ser resecados por los mismos procedimientos que señalamos anteriormente, o por el método que a continuación se describe:

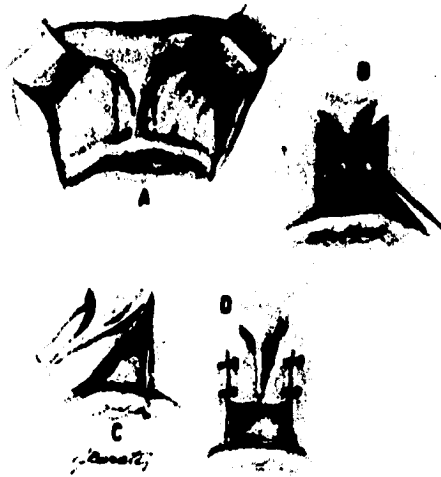
LEVANTAMIENTO O DESCENSO DE LA INSERCIÓN DEL FRENILLO

- Se propuso una operación con el fin de modificar la inserción del frenillo labial superior o inferior sin necesidad de exéresis.

- En el caso de un desdentado total (fig. A), con un frenillo insertado sobre la arcada alveolar, se opondrá a la retención de la prótesis total.

- Se practican dos incisiones paralelas, trazadas a cada lado del frenillo (fig. B), que lleguen en profundidad hasta el hueso; su límite inferior está dado por el vértice del frenillo; otra incisión, perpendicular a las dos primeras completa el colgajo.

- Desprendido el colgajo, en el cual se encuentra el frenillo, por intermedio de un periostótomo (figs. B y C), aquel elemento se ubica donde no sea un obstáculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura a cada lado (fig. D).



-Queda una porción de hueso descubierto, el cual se cubre prontamente con tejido de granulación; puede protegerlo temporariamente, cubriendo este tejido, con un trozo de gasa yodoformada que se mantiene en dos puntos de sutura.

TÉCNICA DE MATHIS:

- Se practica una incisión horizontal en la zona media del frenillo despegando en su profundidad y traccionando el labio superior hacia arriba.

- La herida adopta un contorno losángico.
- Se tallan dos incisiones orciformes en los polos superiores e inferior de la herida gingivolabial.

- Se obtienen dos colgajos que son despegados de su cara profunda, entre cruzadas y suturadas.

TÉCNICA DE DAL PONT:

- Se practica una incisión en forma de V en torno a la inserción gingival del frenillo.

- Se elevan y se socavan los bordes de la herida.

- Se sutura con puntos individualizados y material reabsorbible o no.

LA FRENILECTOMIA SE PUEDE HACER EN DOS ETAPAS:

1. Se inciden las inserciones del frenillo en el labio y en la encía labial y después se retira la porción interdental del frenillo y las fibras transalveolares. El labio se extiende para ver bien el frenillo y después se toma con una pinza para tejidos, mientras se cortan las inserciones en el labio y en el alvéolo con el bisturí o tijera. Una vez retirada la sección triangular del frenillo queda una herida romboidal .

2. Consiste en hacer una excisión en cuña entre los incisivos con una hoja de bisturí # 11.

Antes de eso se traza una pequeña incisión horizontal justo delante de la papila incisiva para no incluirla en el procedimiento porque ocasionaría un sangrado considerable.

Al retirar el tejido interdental tómesese la precaución de preservar la encía cervical mesial de los incisivos centrales para poder mantener el contorno gingival labial en el postoperatorio.

Las incisiones se hacen hasta el hueso y, si se extiende una sutura intermaxilar, se extiende en esta área para asegurar la eliminación de todas las fibras transalveolares.

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

TÉCNICA DE WASSMUND:

Con el objeto de eliminar un frenillo prominente y permitir el cierre del diastema. Se presentan dos operaciones para su recesión:

OPERACIÓN

- Se practica una incisión a ambos del frenillo de modo que los extremos inferiores de las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo (fig. A).

- Las capas mucosas y submucosas así incididas, son separadas del perióstio subyacente por seccionamiento en, plano de la submucosa, dejando una parte de este tejido reposando sobre el perióstio; de tal manera, este tejido queda más grueso y permite realizar las maniobras posteriores.

- Se adopta el colgajo triangular obtenido, con el propósito, que el frenillo no actúe. Se fija en este sitio por suturas mucosas previa excavación de las partes laterales de la incisión.

OPERACIÓN 2:

- El tratamiento óseo, según Wassmund. Este propone una ostectomía interincisiva para corregir el diastema.

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

- La osteotomía se realiza como se ve en la fig. B, con una fresa redonda # 3 se practican pequeños orificios que circunscriban el hueso a resecarse.

Esta porción ósea se elimina con un golpe de escoplo filoso.

- Se vuelve el perióstio a su sitio y se fija en varios puntos de sutura fig. C.



En la (fig. D) se indica el tiempo final del método de Wassmund; la sutura parcial de la encía y la del periostio.

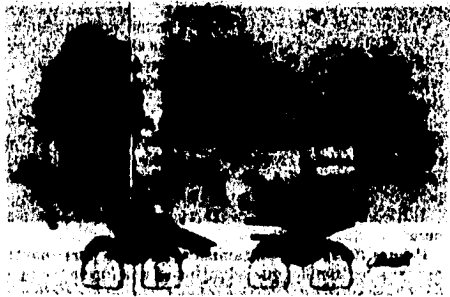


TÉCNICA DE MEAD:

- Se traza una incisión bordeando el frenillo entra su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso (fig. A).
- Se separa el frenillo de su inserción ósea con una espátula de Freer o con un periostómo, como se puede observar en la (fig.B).
- Disecado el frenillo, se secciona en su límite superior (fig. C).
- Los labios de la herida son reunidos con sutura en tres puntos (fig. D).

- La (fig. E) muestra el aspecto de la operación después de terminada y realizadas las suturas.

Una variante de esta técnica consiste en hacer una excisión en diamante, se toma el frenillo por sus extremos mediante dos pinzas de hemostasia se realiza con un bisturí una incisión en todo el contorno del repliegue mucoso, dándole un contorno de diamante. Se seccionan los márgenes de la incisión con tijera o bisturí y se sutura.



3.2 TÉCNICAS DE LA EXCISIÓN DEL FRENILLO LINGUAL.

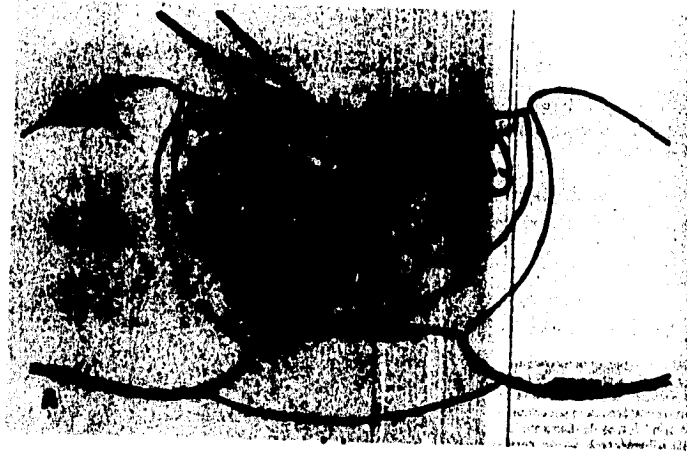
TÉCNICA Z - PLASTIA:

- La técnica de la Z-plastia se usa principalmente en el frenillo lingual, para obtener una buena movilidad en la lengua.

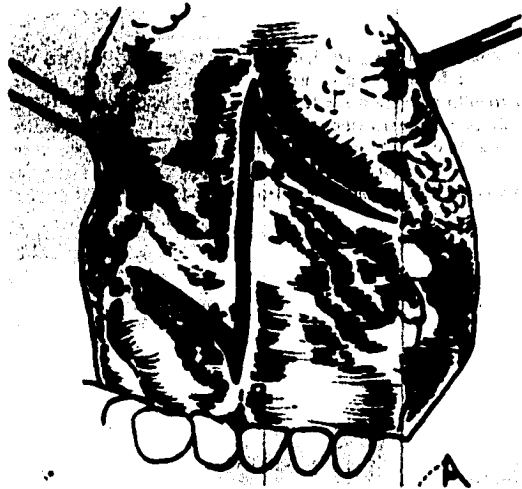
- La frenectomía se puede realizar bajo anestesia general o local dependiendo del paciente, es decir, si este coopera. A causa de la vascularidad de la región se aconseja la infiltración local para mejorar la hemostasia de la zona; aunque haya anestesia general.

- Muchas veces no sólo hay que corregir el frenillo mismo, sino incidir también una parte del músculo geniogloso, porque en muchos casos el frenillo corto no es en realidad la causa sino la consecuencia de la menor longitud de estas estructuras.

- Se sujeta la lengua con una ligadura, la cual se pasa a 1 cm de la punta de esta, con el fin de traccionarla para poderla elevar y tensar al frenillo.



- Se realiza una incisión vertical a lo largo del frenillo. A partir de los extremos de la incisión anterior, se realizan otras dos incisiones una a cada lado formando cada una de ellas con la primera un ángulo de 60° , las tres incisiones semejan la letra Z.



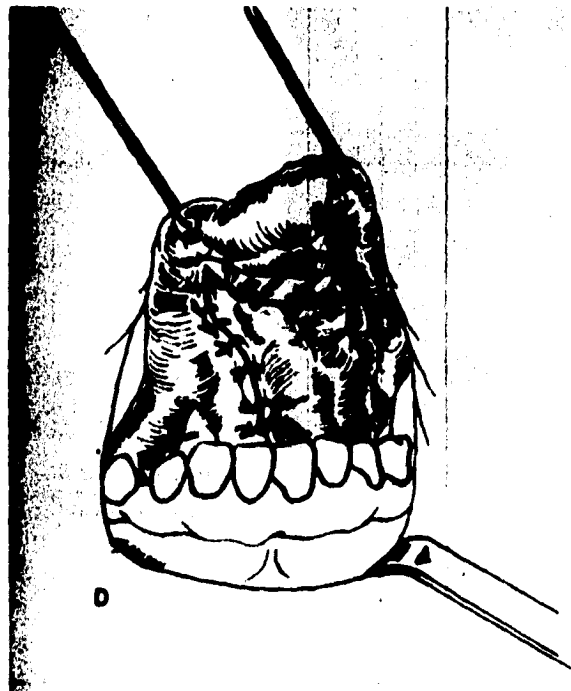
- Los dos colgajos triangulares resultantes son despegados; a continuación se transponen y se suturan obliterando la banda fibrosa y alargándola.

Sin embargo en la mayoría de los pacientes requieren un procedimiento más extenso, para que la punta de la lengua pueda desplazarse más y para mejorar su libertad de movimientos se pueden seccionar horizontalmente algunas fibras del músculo geniogloso.

- Se traza una incisión transversa a través del frenillo más o menos a mitad de camino entre la cara ventral de la lengua.

- Al hacer la operación actúe con especial cuidado para no lesionar los conductos de Wharton. Esto se consigue realizando el corte el cual se dirige hacia atrás, paralelo al piso de la cavidad bucal, en una longitud de 4 a 5 cm hasta que la punta de la lengua pueda tocar las superficies linguales de los dientes superiores anteriores con la boca abierta, el corte a ese nivel evitará que se traumatice la carúncula salival y los conductos salivales.

- Al cerrar la herida en el piso de la boca se evita que los conductos se estrechen colocando las suturas en la superficie ventral de la lengua. No debe hacerse un cierre tenso en el piso de la boca, para evitar el contacto de las superficies lesionadas. De esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio, con menos tumefacción en el postoperatorio.



- El dolor del postoperatorio se controla con analgésicos.

- Indíquese al paciente que consuma una dieta líquida, porque los movimientos de la lengua habrán de causar malestar por varios días.

Cabe mencionar que si no se extrae por completo el frenillo; puede haber recidivas, secuelas de frenillos múltiples o cicatrices retraídas, a menudo estas lesiones pueden tratarse con las mismas técnicas ya mencionadas.

TÉCNICA V - Y :

- El frenillo se corta desde la unión cresta alveolar, se quita la banda de tejido mediante incisiones paralelas que se extienden a lo largo del piso de la boca y la superficie ventral de la lengua.

- Las incisiones liberatrices se hacen en la unión del piso de la boca y la superficie ventral de la lengua de manera que el defecto en línea recta , se transforme en una V .



- Se sutura en forma de Y con catgut cromico 4-0 y 5-0 por este procedimiento se extirpa el frenillo y se prolonga el movimiento de la lengua creando un cierre de avance V - Y normal de la herida.



Las técnicas anteriores son también utilizadas para el tratamiento de frenillos labiales laterales y de bridas mucosas gingivo-yugales, que pueden interferir con la confección o utilización de prótesis.

Aunque se le proporcione al paciente cuidados postoperatorios adecuados, es conveniente usar apósitos quirúrgicos para evitar una hinchazón excesiva y para proteger la herida. El paciente debe ser instruido para que haga reposo, siga una dieta y reciba cuidados en su hogar.

El cirujano debería seguir de cerca a su paciente por si surgieran complicaciones y poderle brindar un tratamiento rápido.

C O N C L U S I Ó N

El estudio y la investigación bibliográfica que se realizó fue con el fin de obtener un conocimiento general y particular de las diferentes técnicas que se pueden emplear para la realización de una *Frenilectomia* ya que en diferentes especialidades requieren de esta corrección del frenillo para el éxito de sus tratamientos .

Dada la poca importancia que dan los autores a este tema; existe el interés particular de resaltar la relevancia que tiene el mismo en la formación profesional, presentando las alteraciones características de la zona intervenida a tratar.

El presente estudio se hará con fuentes fundamentales los cuales deben permitir realizar una descripción para tratar adecuadamente la situación ortodóntica protética fonética y algunas veces estética.

Mencionando las características clínicas normales de lo que es el frenillo y las alteraciones que puede presentar se obtiene un diagnóstico adecuado de su corrección si es necesaria.

Para que el Cirujano Dentista y el lector logre percatarse del tratamiento y la técnica adecuada al padecimiento particular, se mencionan algunas de estas en las cuales se siguen los principios básicos, realizándole modificaciones para lograr la habilidad necesaria y realizarlas con facilidad.

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

BERESFORD, J. S.

ORTODONCIA ACTUALIZADA

Ed, MUNDI

ARGENTINA 1972

pp 189 - 190.

BOUCHER,

PROSTODONCIA TOTAL

Ed, INTERAMERICANA

MÉXICO 1994

pp 122 - 124

CARRANZA, A. F.

MANUAL DE PERIODONTOLOGIA

CLÍNICA.

Ed, INTERAMERICANA

MÉXICO 1986

pp 251 - 252.

COSTICH, Emmett R.

CIRUGÍA BUCAL

Ed INTERAMERICANA,

MÉXICO 1974

pp 114 - 117.

GLICKMAN

PERIODONTOLOGIA CLÍNICA

Ed, INTERAMERICANA, 7a ed

MÉXICO 1993

pp 976.

ARCHER, Harry W.

CIRUGÍA BUCAL

Ed, MUNDI, 2a ed —

PARAGUAY 1972

pp 245 - 256.

KABAN, Leonard B.

**CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL EN
NIÑOS**

Ed. INTERAMERICANA

MÉXICO 1992

pp 127 - 144.

KRUGER, Gustavo O

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL

Ed, INTERAMERICANA, 4a ed

MÉXICO 1995

pp

LASKIN, Daniel M.

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Ed, PANAMERICANA

MÉXICO 1987

pp 682 - 687.

LEVINGANAC, J.

CIRUGÍA DE LOS LABIOS

Ed, MASSON

ESPAÑA 1992

pp 3 - 9.

LÓPEZ, Arranz J. S.

CIRUGÍA ORAL

Ed, INTERAMERICANA

NUEVA YORK 1991

pp 415 - 418.

MALONNE, W. F.P.

MANEJOS EN ODONTOLOGÍA

RESTAURATIVA

Ed, MANUAL MODERNO

MÉXICO 1985

pp 124 - 125.

**ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MAYORAL, J.

ORTODONCIA

Ed, LABOR, 5a ed

ESPAÑA 1986

pp 311 - 316.

MOORE, K. L.

ANATOMÍA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA

Ed, PANAMERICANA, 3a ed

ESPAÑA 1993

pp 760 -762 , 773 - 779.

PETIT, Henri.

PARONTOLOGIA

Ed, MASSON

ESPAÑA 1971

pp 147, 158, 169, 185.

PRICHARD, J. F.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

AVANZADA

Ed, LABOR, 3a de

ESPAÑA 1977

pp 102, 664 - 665.

RASPALL, Guillermo.

CIRUGÍA ORAL

Ed, PANAMERICANA investigación

ESPAÑA 1994

PP 114 - 117.

RIES, Centeno G.

CIRUGÍA BUCAL

Ed, EL ATENEO, 9a ed

MÉXICO 1987

pp 401 - 407.

ROUVIERE, H.

COMPENDIO DE ANATOMÍA Y DISECCIÓN

Ed, SALVAT, 3a ed

ESPAÑA 1976

pp 167 - 173.

SCHLUGER, S.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Ed, CONTINENTAL

MÉXICO 1977

pp 610 - 611.

SHARRY, J. J.

PROSTODONCIA COMPLETA

Ed, TORAY

ESPAÑA 1977

pp 185 - 186.

WAITE, Daniel E.

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL PRACTICA

Ed, CONTINENTAL, 2ª ed

MÉXICO 1984

pp 179 - 183.

WINKLER, S.

PROSTODONCIA TOTAL

Ed, INTERAMERICANA CONCLUSIÓN:

MÉXICO 1992

pp 61 -71.

**ESTA TESIS
FUE IMPRESA POR EL
SR. VICTOR ZARATE T.
ATENCION PERSONAL**

**REP. DE CUBA 99 DESP.28
COL. CENTRO C.P. 06010**

**PRESUPUESTOS
AL TEL. PART.649-02-51
HORARIO 7:00 A 9:00 HRS.
Y 21:00 A 23:00 HRS.**

**DE LUNES A SABADO
DE 11:00 A 19:00 HRS.
FAVOR DE PEDIR LE COMUNIQUEN
CON EL SR. VICTOR ZARATE T.
AL TEL. 521-20-73**