



318322
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

34
29

FRENILLOPLASTIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

PATRICIA TORREBLANCA VILLAFANA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1984



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

Embriología de los músculos cuyas inserciones dan los frenillos

CAPITULO II

Descripción anatomica

- a Frenillo Labial Superior
- b Frenillo Labial Inferior
- c Frenillo Lingual
- d Frenillos Laterales

CAPITULO III

Indicaciones de cada uno de los frenillos.

- a) Ortodónticas
 - b) Protésicos
 - c) Ortolálicos
- Contraindicaciones

CAPITULO IV

Técnicas Quirúrgicas de cada uno de los Frenillos

- a) Material e Instrumental
- b) Indicaciones Generales
- c) Instrumentación y Programación

CAPITULO V

Post-operatorio.,

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

"NO TE ANGUSTIES POR EL PASO DE UN AYER QUE YA
NO EXISTE; TAMPOCO TEMAS POR UN MAÑANA QUE --
QUIZA NO VAS A VER.
EL AYER PASO.....EL MAÑANA NO HA LLEGADO.
GOZA PUES EL HOY QUE TIENES EN TUS MANOS ".

MATEO.

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS:

POR HABERME DADO LA VIDA Y POR PERMITIRME LLEGAR
A ESTE MOMENTO.

A LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA:

POR HABERME FORMADO PROFESIONALMENTE.

A MI PADRE:

JUAN TORREBLANCA CARMONA.

POR CONFIAR EN MI Y POR TODO EL APOYO Y AMOR
INCONDICIONAL QUE HE RECIBIDO DE TI, GRACIAS
PAPA. TE QUIERO.

A MI MADRE:

MARGARITA VILLAFANA DE TORREBLANCA
POR TU GRAN AMOR, SABIDURIA Y LUCHA, POR
SABERME GUIAR Y ESTAR SIEMPRE CONMIGO.
TE AMO MAMI, MIL GRACIAS.

A MIS HERMANOS :

JOSE ANTONIO Y MONICA:

POR QUE ADEMAS DE HERMANOS, HAN SIDO AMIGOS
QUE REALICEN SUS METAS TRAZADAS, LOS AMO.

A MIS ABUELITOS:

FRANCISCO Y NIEVES

POR SU AYUDA INCONDICIONAL Y SU GRAN AMOR
GRACIAS.

A MI NOVIO:

JUAN RODRIGUEZ PAREDES.

POR QUE HA SIDO LA PERSONA MAS IMPORTANTE
QUE HE CONOCIDO EN MI VIDA, POR ESTAR CON
MIGO Y POR QUE NUESTROS SUEÑOS SE REALICEN.
GRACIAS POR TU AMOR Y AYUDA , TE AMO JUAN.

AL DOCTOR:

JOSE LUIS CORTES BASURTO.

POR SU VALIOSA AYUDA A LO LARGO DE MI CARRERA
Y POR LA DIRECCION DE ESTA TESIS, GRACIAS DR.

A MIS TIOS EN ESPECIAL AL:

DR. ENRIQUE RUBIN IBARMEA

POR TU GRAN AYUDA Y ENSEÑANZA, GRACIAS.

ING. RAUL VILLAFANA MONTES DE OCA.

POR TU AYUDA INCONDICIONAL.

C.P. AUGUSTO RUIZ CARBAJAL.

POR SER MI TIO

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

ARACELI JIMENEZ CHAVEZ:

POR TU GRAN Y VALIOSA AYUDA, GRACIAS POR TODO.

SETH MEJIA GUTIERREZ:

POR SER UN MIEMBRO MAS DE LA FAMILIA, POR SER
MI HERMANO POSTIZO, TE QUIERO MUCHO SETH.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LOS MIEMBROS DEL JURADO.

Y A TODOS Y CADA UNO DE MIS PACIENTES QUE HICIERON POSIBLE
LA CULMINACION DE MI CARRERA.

INTRODUCCION

Es importante mencionar la formación del Aparato Estomatognático y la intervención de la embriología en la constitución del Arco Branquial, ya que éste va a ser el responsable de la formación de los Arcos Branquiales, por consiguiente formando músculos, huesos, etc.

El Aparato Bronquial está constituido por : Arcos Branquiales, Bolsas Branquiales y Surcos Branquiales, constituyendo todos éstos la formación de Cabeza y Cuello.

Los Arcos Branquiales comienzan su desarrollo en los primeros días de la 4a. semana.

La Lengua se desarrolla hacia el final de la cuarta semana, por medio de una elevación mediana, en dirección craneal inmediata al agujero ciego, éstas elevaciones se originan del Mesénquima y vienen del primer par del Arco Branquial.

El frenillo Labial Superior es un repliegue de la mucosa bucal que va a insertarse en la línea media de la unión de ambos maxilares.

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

Los Frenillos Laterales son pequeñas bandas que se localizan a la altura de los premolares tanto superiores como inferiores.

Existen dos técnicas de eliminación:

FRENECTOMIA Y FRENILLOPLASTIA.

Los frenillos superiores presentan diferentes formas patológicas, que son descritas por algunos autores como : JACOBS Y MONTI.

Es importante tomar en cuenta ciertos parámetros para poder elegir la técnica que debemos emplear para un buen tratamiento en un Proceso Quirúrgico .

Tambien los diferentes autores proponen etapas en las cuales los resultados de extirpación son mas favorables.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA DE LOS MUSCULOS CUYAS INSERCIONES DAN LOS FRENILLOS

En éste capitulo se mencionará la importancia que existe en la constitución del aparato Estomatognático, y la intervención de la Embriología en la formación del Aparato Bronquial, como formador de los Arcos Branquiales dando éstos lugar a la formación de los músculos, huesos, etc.

El Aparato Bronquial está constituido por:

- Arcos Branquiales
- Bolsas Branquiales
- Surcos Branquiales

Todos éstos constituyen grandemente la formación de la cabeza y el cuello.

La región craneal del embrión humano en etapa incipiente guarda cierta semejanza con un embrión pez, en el período semejante. Para el fin del período embrionario, éstas estructuras ancestrales se han reordenado y adaptado a nuevas funciones o han desaparecido. La mayor parte de las malformaciones

congénitas de cabeza y cuello se originan durante la transformación del aparato branquial en derivadas características del adulto.

El estudio del desarrollo del aparato bronquial en el humano puede confundirse si no se entiende previamente.

En los peces y en las formas larvarias de los anfibios el aparato branquial forma parte de un sistema que se dedica al intercambio del oxígeno y el bióxido de carbono entre la sangre y el agua (branquial, derivado de branchia que significa AGALLA). Los arcos branquiales de dichos animales sostienen a las agallas.

En los embriones humanos se desarrolla un aparato bronquial, pero no se forman agallas.

En éste capítulo solo se mencionará el Arco Branquial.

ARCOS BRANQUIALES

Los Arcos Branquiales comienzan su desarrollo en los primeros días de la cuarta semana, como células de la cresta neural, que migran hacia la futura cabeza y también hacia la región del cuello.

El primer Arco Branquial, que incluye el primordio de las mandíbulas, aparece como una leve elevación

superficial lateral a la faringe, que se está desarrollando. Muy pronto éste y el otro Arco Branquial aparecen dispuestos oblicuamente, como crestas redondeadas de cada lado de las regiones donde mas adelante estará la cabeza y el cuello.

Hacia el fin de la cuarta semana se observan con claridad en la inspección externa cuatro pares bien definidos de Arcos Branquiales.

Los Arcos estan separados uno de otro por hendiduras prominentes a las cuáles se les llama Surcos Branquiales y se numeran a una secuencia que va de craneal a caudal.

El primer Arco Branquial, llamado con frecuencia Arco Mandibular, desarrollando prominencias o elevaciones.

1) El proceso o prominencia mandibular que es más grande, forma el maxilar inferior o mandíbula.

2) El proceso o prominencia maxilar, que es más pequeño da lugar al maxilar superior, a la arcada cigomatica y a la parte escamosa del hueso temporal.

El Segundo Arco Branquial, llamado con frecuencia Arco Hioideo, constituye a formar el hueso Hioides y las regiones adyacentes del cuello.

En etapa inicial, la boca se presenta como una pequeña depresión del Ectodermo de la superficie, llamada Ectomodeo o Boca primitiva.

COMPONENTES DE LOS ARCOS BRANQUIALES

En etapas iniciales cada surco consta de Mesénquima, derivado del Mesodermo Lateral y está cubierto externamente por Ectodermo e internamente por Endodermo

El Mesénquima (tejido conectivo embrionario), da lugar a la formación del tejido esquelético, el Conjuntivo al muscular y las células que forman la vaina del Sistema Nervioso Periférico.

Al Mesénquima que deriva de las células procedentes de la cresta neural se le llama frecuentemente Ectomesénquima o Mesectodermo, para diferenciarlo del Mesénquima derivado del Mesodermo.

El mesénquima en cada Arco Branquial a los músculos de la masticación, al cartílago y a los huesos. Las células procedentes de la cresta neural originan estructuras esqueléticas específicas.

El primer Arco Branquial que es Mandibular da origen a los músculos Masticadores (temporal, masetero, pterigoideo interno y pterigoideo externo).

El Segundo Arco Branquial que da origen a los

músculos de la Expresión Facial (Buccinador, Auriculares, Frontal, Cutáneo del Cuello, Orbicular de los labios y Orbicular de los Párpados).

DESARROLLO DE LA LENGUA

Hacia el final de la cuarta semana aparece una elevación mediana, algo regular en el suelo de la faringe, en dirección craneal inmediata al agujero ciego. Esta elevación (el tubérculo impar), da la primera indicación del desarrollo de la lengua.

Estas elevaciones se originan en una proliferación del Mesénquima en las partes ventromediales del primer par de los Arcos Branquiales. El brote distal de la lengua aumenta rápidamente de tamaño, se mezcla con cada uno de los otros y crece más que el brote mediano de la lengua.

Los brotes distales mezclados en la lengua forman los dos tercios anteriores o parte bucal de la misma. El plano de fusión de los brotes distales de la lengua es indicado superficialmente por el surco mediano de la lengua e internamente por el septo mediano fibroso. Los brotes medianos de la lengua no forman parte alguna reconocible de la lengua adulta.

MUSCULOS MASTICADORES

Los músculos masticadores son en número de cuatro e

intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior y son los siguientes:

-TEMPORAL

-MASETERO

-PTERIGOIDEO INTERNO

-PTERIGOIDEO EXTERNO

TEMPORAL

Ocupa la fosa temporal en forma de abanico, su vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior .

Se inserta en :

La línea curva del temporal inferior, en la fosa del temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y en la apófisis coronoides.

Su acción :

Eleva y dirige hacia atrás la mandíbula.

Su inervación :

En el Maxilar Inferior

MASETERO

Se extiende desde la apófisis pterigoides hasta la cara externa del ángulo del maxilar.

Su acción :

Elevar el maxilar Inferior

Su inervación :

Se inerva en el maxilar inferior

PTERIGOIDEO INTERNO

Este músculo empieza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Su inserción :

Va de la cara interna del ala externa del pterigoides y del fondo de la fosa pterigoides y en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior, se encuentra dividido en dos haces, uno Superior o Esfenoidal y otro Inferior o Pterigoideo.

Su acción :

Movimientos de diducción y proyección hacia adelante del maxilar inferior.

Su inervación :

Va hacia el maxilar inferior.

MUSCULOS CUTANEOS DE LA CARA

Comprenden los músculos de los párpados, músculos de

la nariz y músculos de los labios.

Solo se explicarán algunos músculos de la nariz, ya que tienen cierta influencia en los frenillos.

MUSCULO MIRTIFORME

Se extiende del maxilar superior al reborde posterior del ala de la nariz. Se inserta en la fosa del mismo nombre y en una parte de la giba canina, y va al tabique nasal y al cartílago de la nariz .

Acción :

Es depresor del ala de la nariz y constrictor de sus aberturas

Inervación :

Es en el temporofacial.

MUSCULOS DE LOS LABIOS

Dentro de los músculos de los labios, cuya denominación se incluyen a todos los músculos que convergen en la abertura de la boca y son :

ORBICULAR DE LOS LABIOS, ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR, ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR, CANINO, LOS CIGOMATICOS MAYOR Y MENOR, BUCCINADOR, RISORIO DE SANTORINI, TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CUADRADO DE LA BARBA Y BORLA DE LA BARBA. Todos

ellos convergen desde lugares más o menos lejanos de la boca hacia el orbicular, el cuál circunscribe la abertura bucal.

ORBICULAR DE LOS LABIOS

Este músculo se halla situado en el orificio de la boca y se extiende de una comisura labial a otra.

Inserciones :

Este músculo se divide en dos haces, uno Superior o Semicircular superior y el Inferior o Semiorbicular inferior.

Inervación :

Temporofacial

BUCCINADOR

Se extiende desde ambas mandíbulas a la comisura de los labios y constituye la pared lateral de la cavidad bucal (región de los carrillos o región geniana).

Inserciones :

En el reborde alveolar (gancho del ala interna) en la parte posterior de los maxilares, en el gancho del ala interna del pterigoides, ligamento pterigomaxilar y borde anterior, rama ascendente del maxilar inferior y comisuras de los labios.

Acción :

En el temporofacial

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR

Se extiende de la porción suborbitaria y llega hasta la piel del labio superior.

Inserción :

Por abajo del reborde orbitario y llega hasta la piel del labio superior

Acción :

Eleva el labio superior

Inervación :

Por ramas del temporofacial

ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR

Es un músculo colocado en sentido vertical que se extiende de la apófisis ascendente del maxilar superior al labio superior

Inserción :

Se inserta por arriba en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior, se divide en dos fascículos el interno que termina en la piel de la parte posterior del ala de la nariz y el externo que continúa más abajo hasta fijarse en la cara profunda de la piel del labio superior.

Acción :

Eleva a la nariz y el labio superior

Inervación :

En el temporofacial.

CANINO

Esta situado en la fosa canina, desde donde se extiende a la comisura de los labios.

Inserción :

En la parte superior de la fosa canina después se dirige hacia la piel y comisura de los labios.

Acción :

Eleva y lleva hacia adentro la comisura.

Inervación :

Ramos del temporofacial.

CIGOMATICO MENOR

Se extiende del hueso malar al labio superior.

Inserción :

Se extiende en el hueso malar por arriba, hacia abajo y adelante termina en la cara profunda de la piel del labio superior .

Acción :

Eleva y lleva hacia afuera el labio

Inervación :

Temporofacial

CIGOMATICO MAYOR

Como el menor, se extiende del malar al labio superior

Inserción :

Por arriba, se fija sobre la cara externa del hueso malar, por fuera del anterior se fija hacia abajo y adelante y termina en la cara profunda de la piel de la comisura labial correspondiente.

Acción :

Desplaza arriba y afuera la comisura labial

Inervación :

Temporofacial

TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Se extiende del maxilar inferior a la comisura labial

Inserción :

Tercio inferior de la línea oblicua externa del

maxilar inferior, sus fibras convergen luego hacia la comisura de los labios y se mezclan con las del cigomático mayor y las del canino, terminando en la cara profunda de los tegumentos.

Acción :

Desplaza hacia abajo la comisura labial

Inervación :

Cervicofacial

RISORIO DE SANTORINI

Es el más superficial de los músculos de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial.

Inserción :

Se extiende por atrás, en el tejido celular que cubre a la región parotídea; sus fibras convergen hacia adelante y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura labial.

Acción :

Desplaza hacia atrás la comisura labial

Inervación :

Cervicofacial

CUADRADO DE LA BARBA

Se extiende del maxilar al labio correspondiente

Inserción :

Se origina inferiormente en el tercio interno de la

línea oblicua externa del maxilar inferior, termina en la cara profunda de la piel del labio inferior.

Acción :

Desplaza hacia abajo y afuera el labio inferior

Inervación :

Recibe filetes del nervio cervicofacial

BORLA DE LA BARBA

Se halla colocado al lado de la línea media del mentón y termina en la piel del mentón.

Acción :

Levanta la piel del menton

Inervación :

Cervicofacial

LENGUA

La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal, aplanado de arriba a abajo en su extremidad anterior. En el radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

CARA SUPERIOR

Es convexa transversalmente y más o menos plana de

adelante a atrás, presenta en su tercio posterior una V LINGUAL; es llamada así por la disposición que adoptan las papilas calciformes y circunvaladas. Hacia atrás de éstas papilas se observan pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formados por las glándulas foliculares y todavía más atrás se encuentran tres pliegues, uno mediano y dos laterales, que van a terminar en la epiglotis y se denominan repliegues Glosopigloticos mediano y laterales. Por delante de la V LINGUAL se observa un surco medio y a los lados las dos papilas formando líneas paralelas en las ramas de la V LINGUAL.

CARA INFERIOR

Descansa sobre el piso de la boca, posee en la línea media un repliegue mucoso o frenillo de la lengua y a los lados de éste en su parte más posterior, dos tubérculos donde desembocan los orificios del canal de WHARTON.

Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa las venas raninas. La mucosa que cubre la cara inferior es lisa y ligeramente rosada.

BORDES

Son convexos y más gruesos por detrás que por delante corresponden a la cara interna de los arcos dentarios.

BASE

Esta porción, la más gruesa de la lengua corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglótis, a la cuál esta unida por los repliegues glosopiglóticos en su parte anterior correspondiente a los músculos Geniohioideos y al Milohioideo.

VERTICE O PUNTA

Es aplanada en sentido vertical y presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Son ocho pares y un impar, de ellos tres se originan en los huesos cercano: GENIOGLOSO, HIPOGLOSO Y ESTILOGLOSO.

Tres en los órganos cercano: PALATOGLOSO, FARINGOGLOSO, AMIGDALOGLOSO.

Dos proceden de los huesos y órganos próximos y son: EL LINGUAL SUPERIOR Y EL LINGUAL INFERIOR.

Solo uno es propiamente extrínseco y es el TRANSVERSO DE LA LENGUA.

C A P I T U L O I I

DESCRIPCION ANATOMICA DE CADA FRENILLO

FRENILLO LABIAL SUPERIOR

El Frenillo Labial Superior es un repliegue de la mucosa bucal, que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores.

Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal, en el momento del nacimiento ocupa un lugar prominente bajo el labio superior conectando el labio con el paladar.

Algunos frenillos no terminan a éste nivel, sino que descienden hasta el reborde alveolar, rodean el borde y van a terminar en la papila interdientaria, en la bóveda palatina.

El repliegue que forma el frenillo esta constituido histológicamente por tres capas :

1a. Epiteio Escamoso Estratificado de la mucosa bucal

2a. La Túnica Propia, consistente en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.

3a. La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas

FRENILLO LABIAL INFERIOR

El Frenillo Labial Inferior es más pequeño que el frenillo labial superior ya que éste es más fibroso que el inferior.

El frenillo labial inferior está reducido a un vestigio, se encuentra en la línea media de la mandíbula y se inserta en la encía y el labio.

FRENILLO LINGUAL

El Frenillo Lingual es un repliegue mucoso que puede contener además tejido fibroso, fibras del músculo geniogloso y vasos sanguíneos procedentes de la arteria y la vena sublinguales. Se inserta en la cara inferior de la lengua y en la línea media de la mucosa del suelo bucal pudiendo alcanzar la cara lingual de la mandíbula e incluso el reborde alveolar.

FRENILLOS LATERALES

Son pequeñas bandas que se localizan a la altura de los premolares tanto superiores como inferiores.

Los problemas más comunes que se presentan con los frenillos es entre los incisivos centrales superiores e

inferiores, en la zona de los caninos y con menor frecuencia el frenillo lingual.

Los frenillos pueden ejercer una tensión excesiva sobre el margen gingival y la papila hay que tener cuidado en la exploración clínica, ya que pueden provocar resecciones localizadas, pueden separar la pared de una bolsa, agravar el estado o impedir o retrasar la cicatrización y la adaptación de la encía después del tratamiento.

Los nombres que se les dan a los tratamientos quirúrgicos dependen del grado de dificultad de la operación .

Se puede hablar de una FRENECTOMIA o de una FRENILLOPLASTIA (anteriormente se le daba el nombre de Frenotomía)

FRENECTOMIA :

Es la eliminación completa del frenillo incluso su inserción al hueso subyacente, como se requiere en la corrección de un diastema anormal entre los incisivos centrales superiores.

FRENILLOPLASTIA

Es la nueva recolocación del frenillo .

Se usan las dos intervenciones pero por lo general, la última es suficiente para poder colocar el frenillo de modo que se pueda crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo.

Los problemas del frenillo suelen ocurrir con mayor frecuencia entre los incisivos centrales superiores e inferiores y en la zona de los caninos y premolares y con menor frecuencia en el sector lingual de la mandíbula.

ANATOMIA PATOLOGICA

A la observación en el microscopio el frenillo anormal está formado por tejido conectivo, observandose fibras de colágeno con unos cuantos fibroblastos, no hay la presencia de fibras musculares, si éstas estuvieran presentes provendrían del músculo orbicular de los labios y la coloración de las fibras elásticas no mostrarían ningún tipo de anomalía.

TIPOS DE FRENILLOS ANORMALES SUPERIORES

FORMAS

JACOBS describe cuatro tipos de frenillos anormales

- a) Ancha base en forma de abanico en el labio
- b) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos
- c) Anchas bases en forma de abanico en el labio y entre los incisivos

d) Amplio frenillo difusoadiposo

MONTI en 1942 reconoce tres tipos de frenillos.

a) El frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.

b) El frenillo de forma triangular cuya base coincide con el surco gingival.

c) El frenillo triangular a base inferior.



a



b



c

ANOMALIAS QUE OCASIONA EL FRENILLO

Los diversos tipos de frenillos ocasionan distintas anomalías dentarias que según MONTI son:

Los frenillos de tipo A, ocasionan un diastema que se caracteriza por que 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 a sus ápices.

Los frenillos de tipo C, originan un diastema, pero en éste caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

ANATOMIA PATOLOGICA DEL FRENILLO INFERIOR

El Frenillo Lingual como elemento patológico, frecuentemente está caracterizado por un cordón cuyo origen se localiza en la cara inferior de la lengua con proximidad al extremo apical, corre por el tercio anterior de la misma lengua, se vuelve hacia adelante para poderse insertar en la línea media de la mucosa del suelo de la boca, el extremo anterior del mismo tomará asiento en la cara lingual del maxilar inferior y el borde de la arcada.

El frenillo lingual puede ocasionar dos patologías:

a) La fijación de la lengua al piso de la boca ANQUILOGLOSIA O LENGUA ATADA, que puede presentarse en forma completa o parcial.

b) La formación de diastema interincisivo.

La ANQUILOGLOSIA completa consiste en la fusión de la lengua al piso de la boca que en ocasiones puede producir el despegamiento de los tejidos si éste no se corrige.

En la exploración oral generalmente se encuentra ANQUILOGLOSIA parcial causada por un frenillo corto de la lengua que llega demasiado cerca a la punta. Muchos niños que presentan ésta anomalía no requieren ningún tratamiento ya que se corrige por si solo y la alimentación en general no esta muy dificultada.

Cuando se presenta un frenillo que tenga su inserción muy cerca de la punta, sera imposible que el paciente saque la lengua sobre los incisivos y si hiciera el esfuerzo por sacarla , ésta se arqueará en la mitad del dorso, provocando dificultad en los movimientos de la lengua los cuales van a estar disminuidos teniendo dificultad para la deglución y la pronunciación (ésto se ve principalmente en la fonación, teniendo dificultad con las consonantes lingu-dento-labiales, F,G,M,R,S,etc.), ésto va a provocar también que el paciente no pueda tocarse el paladar con la lengua, además con la protrusión

de la misma puede causar la separación de los incisivos inferior, llamandosele a ésta anomalía DIASTEMA INTERINCISIVO, causando al paciente un problema estético.

ANATOMIA PATOLOGICA DEL FRENILLO LABIAL INFERIOR

El Frenillo Labial Inferior es una fibra muy pequeña, la alteración generalmente que provoca es Parodontal (resección localizada o migración de encía).

El Frenillo Labial Inferior, no provoca diastema el diastema es provocado por el Frenillo Lingual.

El problema que presenta es la acumulación de placa y por consiguiente la formación de sarro, causando un - problema estético, como consecuencia puede perder el órgano dentario.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LOS FRENILLOS LATERALES

Estos frenillos son tan pequeños que muchas veces no se toman muy en cuenta la liberación de éstos, pero puede observarse el agrandamiento de los mismos y provocar el desalajo de la prótesis o la irritación de la mucosa en ésta zona por la misma fricción de la prótesis.

CAPITULO III

INDICACIONES DE CADA UNO DE LOS FRENILLOS

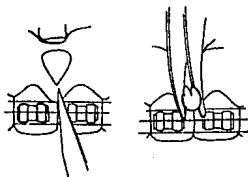
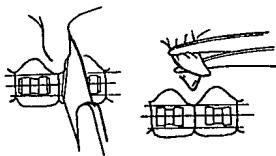
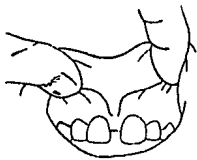
ORTODONTICOS

En el año de 1933 fué hecha una encuesta (citada por Parker) entre un número de ortodoncistas americanos, sobre la importancia del frenillo y la necesidad de su eliminación quirúrgica. No todas las opiniones coincidían, DEWEY aconseja su eliminación según su criterio, no puede lograrse resultados sin cirugía.

Una regla en Ortodoncia dice que antes de empezar una frenilloplastía se debe de intentar cerrar el diastema. Por lo general hay una acumulación inicial de frenillo después del cierre del espacio, seguida por resorción natural. Si después de cierto tiempo no hay resorción (generalmente tres semanas), entonces se lleva a cabo la frenilloplastía en espera de resultados Ortodónticos. Se teme que si la frenilloplastía se realiza antes del cierre del espacio, el tejido cicatrizal resultante sea más resistente que el frenillo original, ésto podría dificultar en extremo los procedimientos del cierre del espacio.

Se acostumbra retardar la frenilloplastía hasta que termina la erupción de los incisivos laterales, si los

caninos y el diastema no han cerrado en forma natural,
puede hacerse antes o después de juntar los incisivos
centrales mediante el tratamiento hecho con aparatos.



También consiste en acercar los incisivos y extirpar el frenillo, ésto se logra colocando bandas en los incisivos llegándose a utilizar un alambre corto dentro de los soportes, juntándose así los dientes por ligaduras o elásticos ligeros.

Si se encontrara en yuxtaposición se hará la extirpación del frenillo, el tejido cicatrizal que se formará después ayudará a la retención de los incisivos centrales, posteriormente se hará la colocación de los aparatos Ortodónticos. En ocasiones las fuerzas ortodónticas por sí mismas causan atrofia en las fibras de los frenillos (ésto es por la presión ejercida) haciendo con ésto innecesaria la extirpación.

PROTETICOS

Aunque el frenillo no suele ocasionar problemas en el paciente dentado si no produce diastema en el desdentado puede irritarse por la aleta de la dentadura y ocasionar un malestar considerable. Si se rebaja la dentadura para dar cabida al frenillo hipertrófico se deteriora la estética, en especial en el maxilar superior y también puede perderse el cierre periférico, lo ideal es evaluar la posición del frenillo en el momento en que se extraen los dientes y corregirla en caso necesario. Debe quedar un surco liso después que el frenillo se ha puesto en posición.

Lo mismo ocurre con las adherencias altas o hipertrófias del mismo para la construcción de una prótesis satisfactoria.

También puede llegar a influir desfavorablemente en el desarrollo de la oclusión anterior, antes se creía que la denudación radicular estaba relacionada con el trauma oclusal, pero éste se ha descartado poniéndose como factor primordial a la inserción aberrante del frenillo - ayudado de un hueso y una encía muy delgados propician favorablemente a la denudación de las raíces.

ZONAS ISQUEMICAS

Se recomendará la extirpación tanto del frenillo labial como lingual, en los casos de que éstos provoquen isquemia en la zona de inserciones.

COMO FACTOR DE ELIMINACION

Cuando su inserción no termina en la línea de unión sino que éstos migran hacia arriba extendiéndose hasta el borde alveolar de la papila interdientaria de la bóveda palatina y de la lingual provocando problemas de espaciamiento entre los incisivos centrales.

Cuando el frenillo labial es extremadamente ancho y fibroso, y se une a una hipertrofia del músculo mirtiforme, en cuyo origen se halla en el interséptum y

en el tejido palatino produciendo el ya mencionado diastema y la rotación misma de los incisivos centrales superiores.

ORTOLALICOS

En el caso de Anquiloglosia, donde encontramos un frenillo corto unido desde la punta de la lengua hasta el tejido gingival lingual, va a limitar los movimientos de la lengua (lengua atada) causado por un frenillo anormalmente corto o fibroso, o por un músculo geniogloso que va a restringir notablemente la amplitud de los movimientos linguales que va a dar dificultades en el habla, también producir el desprendimiento de los tejidos linguales si no se eligiera a corregir la lengua atada, además de producir un aspecto estético desagradable, por la presencia del diastema que provoca.

En pacientes desdentados con anquiloglosia además de presentar problemas del habla, presentan frenillo corto o un músculo geniogloso con sus inserciones vecinas a la cresta del reborde maxilar inferior van a impedir el asiento y la retención de prótesis inferiores, ya sea durante el lenguaje o el período de masticación.

Para la eliminación de dicho frenillo tenemos que intervenir muchas veces con la miotomía del músculo geniogloso para poderlo liberar.

Cuando hay la presencia de un frenillo aberrante que forme la denudación de las raíces, resulta molesto desde el punto de vista estético, se interviene generalmente en el frenillo mandibular anterior, además de ocasionar tracción y presentar un área dolorosa traumática debido a los movimientos que se realizan.

INTERFERENCIAS EN LA ALIMENTACION

Cuando el frenillo lingual anormal interfiere en la alimentación del recién nacido, estará indicada la extirpación. En el caso de niños mayores se realizará cuando las condiciones locales garantizan el tratamiento.

CONTRAINDICACIONES

El colocar Ortodónticamente elásticos libres alrededor de los cuellos de los dientes, sin bandas, para efectuar el movimiento de los mismos es una circunstancia errónea, pues dichos elásticos no lograrán la finalidad que se desea y lo que se provocará es que el elástico libre se deslice por el diente hasta el cuello, y destruya los tejidos de soporte poniendo en peligro el diente. Siendo un método eficaz para la extracción del mismo.

- El tener una masa dental insuficiente en la región maxilar anterior.
- En la presencia de laterales conoides.
- En la ausencia congénita de los laterales.
- En hábitos orales
- En la presencia de macroglosia
- En dientes anteriores inferiores anormalmente grandes
- Fusión defectuosa de la premaxila en la línea media
- En dientes pequeños
- En la presencia de dientes supernumerarios en la línea media (MESIODENTS)
- Presencia de odontomas
- Retención de raíces temporales fracturas en la extracción

En caso de el frenillo lingual, cabe mencionar que éste aloja un paquete vascular cuya sección y hemorragia hay que prevenir.

La isquemia no necesariamente es diagnóstico, pero si se presenta indica un frenillo labial mal colocado.

CAPITULO IV

TECNICAS QUIRURGICAS DE CADA UNO DE LOS FRENILLOS

Es importante tomar en cuenta ciertos parámetros para poder elegir la técnica que debemos emplear para un buen Tratamiento en el procedimiento quirúrgico.

También los diferentes autores proponen etapas en las cuáles los resultados de la extirpación resultarán más favorables.

OPORTUNIDAD DE LA EXTIRPACION DEL FRENILLO

Por razones Ortodónticas y Protéticas, el frenillo labial 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 se debe ser operados un frenillo, con fines Ortodoncicos, las opiniones no concuerdan:

El Doctor KELSEY (citado por THOMA), cree que la mejor etapa para hacer la operación es en el momento de la caída de los incisivos temporales y el reemplazo de los permanentes.

En cambio THOMA opina que se realice cuando los incisivos laterales erupcionen.

CARRERA propone que cuando exista un frenillo hipertrofiado debe de ser reseado para prevenir la separación de los incisivos.

La mejor época para la eliminación del frenillo es antes de la erupción de los temporales, en tal caso se usa electrocauterio.

MONTI es de la misma idea de acuerdo a la época en que está indicada la operación.

Siempre se debe de tomar una radiografía previa a la intervención quirúrgica del frenillo, ya que muchos diastemas no están originados por ésta anomalía sino que se puede deber a la presencia de un Mesiodents o de dientes supernumerarios.

La opinión actual de muchos cirujanos y ortodontistas es que el frenillo en los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes, pero primero debe haberse observado, ya que si está adherido a la papila incisiva, esta indicado el Tratamiento Quirúrgico.

En el caso del frenillo inferior es más común el problema ya que se puede ver con mayor frecuencia en la erupción de los incisivos permanentes.

También estan involucrados menos comúnmente el frenillo lingual y los frenillo vestibulares posteriores o de la región de los premolares.

Los frenillos pueden ejercer una tensión excesiva sobre el margen gingival y la papila, provocando resecciones localizadas.

Al hablar de una técnica quirúrgica, debemos hablar de las denominaciones que se utilizan para poder diferenciar cada técnica.

Se explicará primero la diferencia que existe entre las denominaciones de la técnica, se puede hablar de una FRENECTOMIA y de una FRENILLOPLASTIA, ya que éstas operaciones representan un grado de dificultad diferente.

Cuando mencionamos una FRENECTOMIA estamos diciendo que se va a eliminar completamente el frenillo con toda su inserción al hueso subyacente, ésto generalmente se requiere en la corrección de un diastema anormal, entre los incisivos centrales superiores.

Cuando mencionamos el término de FRENILLOPLASTIA se refiere a una nueva recolocación del frenillo.

FRENILLO LABIAL SUPERIOR

Existen numerosas técnicas quirúrgicas que se realizan para extirpar el frenillo labial.

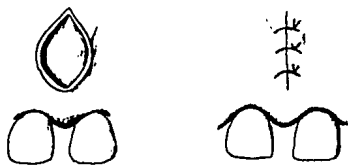
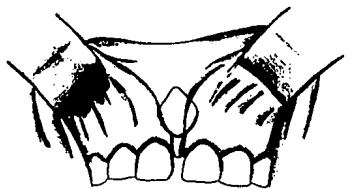
Según la experiencia de que obtuvo a lo largo de su carrera ~~FEDERSPEL~~ (1933) propuso éste método.

1. Se anestesia localmente la zona, por infiltración, levantándose el labio superior para mantener tenso el frenillo.

2. Con un bisturí de hoja corta, se hace una incisión en forma de óvalo, con la base en forma de abanico, sobre la derecha e izquierda del frenillo, llegando hasta el hueso FEDERSPIEL no secciona la extremidad alveolar, la cuál cauteriza con galvanocauterío.

3. El frenillo que se ha marcado con el bisturí, ya teniendo la incisión se toma con una pinza de Kocher (mosquito) o una pinza de disección, se despega el tejido y se empieza a retirar con una legra o una espátula roma.

4. Los bordes de la herida se unen con dos o tres puntos aislados.



Otra técnica que es utilizada fue descrita por L' HIRONDEL y ARANWICZ (1935), la cual se describe así:

Ellos la manejan por tiempos.

PRIMER TIEMPO

Levanta el labio para mantener tenso el frenillo, adquiriendo así una forma triangular con la base en la parte superior y su vértice en inferior, siendo la inserción mayor del frenillo en el hueso y la hipotenusa en el borde mucoso.

SEGUNDO TIEMPO

La herida que se hace con la tijera afecta una forma losángica determinada por la acción de ciertos músculos de los labios.

La imágen losángica que se descompone en dos triángulos reunido por su base a nivel del surco vestibular.

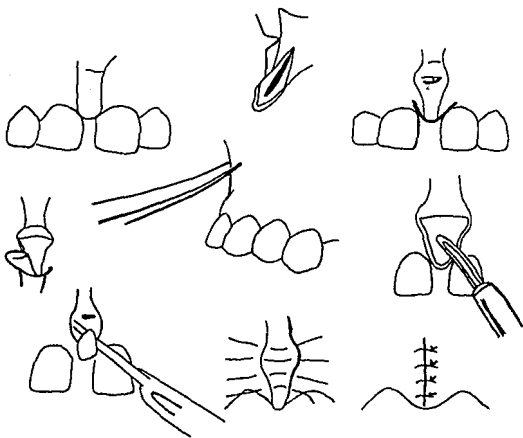
TERCER TIEMPO

Se reseca con bisturí el cordón fibroso del frenillo, se extirpa y se cauteriza con galvano cauterio la base de la inserción.

CUARTO TIEMPO

Con hilo o seda, se hacen tres o cuatro puntos que reúnen los labios de la herida.

Es conveniente que en éste, como en otros métodos para ésta operación, despegar la base de la encía a los costados de la incisión (por medio de una espátula de Freer) con ésto obtendremos la unión afrontando los labios de la herida y que la sutura no provoque tensión, mientras que por otra parte con el tejido gingival despegado se puede pasar la aguja con mayor facilidad.



Por otro lado WASSMUND (1935) nos describe dos tipos de operaciones para la resección del frenillo.

OPERACION UNO

El despegamiento plástico del frenillo, se realiza al practicar una incisión en ambos lados de la mucosa del frenillo de modo que los extremos inferiores que se provocan por las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo.

Las capas de mucosa y submucosa así incididas se separan del periostio subyacente ya que es seccionado en plano de la submucosa de manera que se deje éste tejido reposado sobre el periostio; ésto se hace con el fin de que el periostio quede más grueso, permitiendo realizar maniobras posteriores.

Se acomoda el colgajo triangular obtenido de manera que el frenillo no actúe. Se fija con suturas mucosas, pero para ésto es necesario hacer una excavación de las partes laterales de la incisión.



OPERACION DOS

En ésta operación WASSMUND , describe el Tratamiento Oseo, en el cuál propone una OSTEOTOMIA INTERINCISIVA que corregirá el diastema.

El procedimiento se realiza de la siguiente manera:

Después de la primera operación, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media, separándose éstos elementos del hueso.

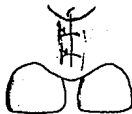
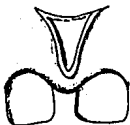
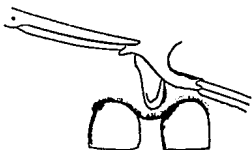
La OSTEOTOMIA que realiza WASSMUND la inicia con una fresa redonda del número 3, haciendo orificios pequeños que circunscriban el hueso al resecarse. Esta porción ósea se elimina con un golpe de un escoplo filoso volviéndose el periostio a su sitio fijandolo con varios puntos de sutura; con un trozo de gasa yodo, se protege el periostio el cual queda al descubierto, ya que la mucosa y la submucosa fueran elevadas para anular la acción del frenillo.



HEAD también describe la técnica que utiliza para la eliminación del frenillo.

El empieza trazando una incisión, bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso, va separando el frenillo de su inserción ósea con una espátula de Feer o una legra, disecando el frenillo y seccionandolo en su límite superior.

Los labios de la herida, se reúnen con sutura. El límite superior, con una sutura en tres direcciones.



También IRVING GLICKMAN, propone ésta técnica.

Si el vestíbulo es de suficiente profundidad la operación se limita al frenillo, pero a menudo se precisa profundizar el vestíbulo para proporcionar espacio para la reposición del frenillo.

a) Se anestesia la zona

b) Se toma el frenillo con una pinza hemostática introducida hasta la profundidad del vestíbulo.

c) Se incide a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose más allá del extremo.

d) Se hace una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato.

e) Se elimina la porción triangular incidida del frenillo con el hemostato. Esto expone la inserción al hueso subyacente inserción que tiene forma de pincel.

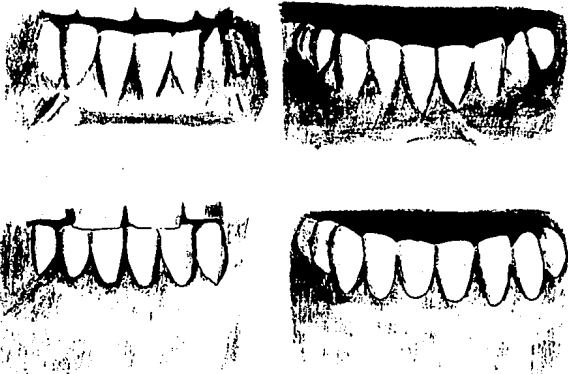
f) Se hace una inserción horizontal separando las fibras y se disecciona en forma roma hacia el hueso.

g) Si el vestíbulo es corto se profundiza mediante la extensión de la disección hacia los costados a una distancia de tres dientes de cada disección.

h) Limpíese el campo operatorio y tapónese con trozos de gasas hasta que cese la hemorragia.

i) Colocar un áposito dental periodontal, de preferencia que éste no contenga Eugenol, se coloca primeramente en la zona marginal. Después utilizando el ápósito marginal como base estable, añadiéndose tiras delgadas sobre el borde hasta la profundidad de la inserción.

j) Quítese el ápósito después de dos semanas y vuelvase a colocar dos veces a intervalos semanales. Es habitual que se requiera de un mes apartir del momento de la operación para que se forme una mucosa sana, con el frenillo insertado en la nueva posición.



Ahora bien, cuando el frenillo desborde el límite bucal o sea que rodee la arcada y llegue a insertarse a la altura de la papila, la operación se realiza trazando la incisión, de tal forma que el borde del frenillo se transpase hasta llegar a los incisivos, llegando a la cara palatina, pero teniendo cuidado de no llegar al agujero palatino anterior.

El frenillo se disecciona y los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura con seda o con hilo.

Para evitar una profunda hemorragia que se origina por las incisiones que se trazan en la enucleación del frenillo, éste se puede tomar con unas pinzas de Kocher (mosquito), una en un 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 con las pinzas, las cuáles no se retiran hasta después de haber pasado los hilos de sutura.

También existen otros procedimientos o modificaciones de las técnicas como :

La Z-PLASTIA (excisión total)

La modificación de la V-Y PLASTIA

o La V-DIAMANTE PLASTIA

Cuando los procedimientos son con fines Ortodónticos las incisiones se hacen en la mucosa, alrededor del frenillo profundizandose hasta el hueso; con el fin de ayudar al cierre Ortodóntico del diastema central, pero el vértice que se va a realizar con la V debe de estar en la papila incisiva del paladar o cerca de él.

Cuando la finalidad es Protética, el vértice de la V que corresponde a la extensión inferior del frenillo, los dos brazos de la V deben de quedar juntos y a veces paralelos.

FRENILLO LABIAL INFERIOR

La resistencia del frenillo labial inferior es el más común de los problemas relacionados con el frenillo. El problema puede ser primero observado cuando erupcionan los incisivos permanentes se debe de tratar cuando es observado primero; si no es así; las soluciones quirúrgicas pueden comenzar a ser más complejas.

Los problemas del frenillo pueden ser resueltos por varios procedimientos.

Una técnica simple para el posicionamiento del frenillo es la siguiente: El frenillo vestibular inferior se extiende cerca del margen libre de la encía y es evidente que ésto va a provocar retracción gingival.

Luego de obtenida la anestesia, se tracciona el labio firmemente y se realiza una incisión en la línea mucogingival, extendiendo ésta incisión como mínimo, un diente de cada lado del frenillo. La incisión debe ser realizada paralela a la lámina alveolar vestibular.

El colgajo mucoso será liberado del periostio por medio de una disección hasta que haya sido expuesto de seis a ocho milímetros del periostio.

El colgajo es socavado y suturado al periostio en un nivel más apical. El tejido que una vez fue mucosa alveolar, comienza a ser ahora mucosa vestibular o labial. La cicatriz que une el tejido y elimina la tracción del frenillo no es encía. Hoy en día es una práctica común, cubrir la zona desnuda con un injerto gingival libre. De éste modo se formará tejido gingival.

FRENILLO LINGUAL

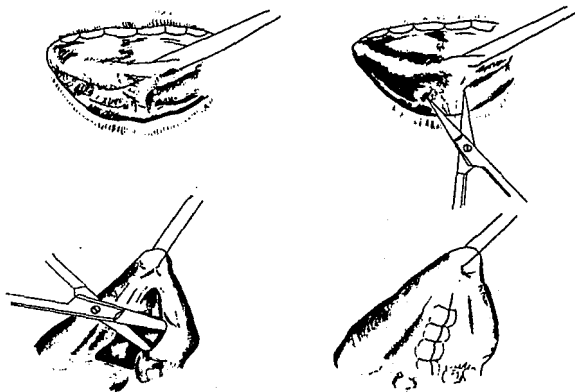
La ANQUILOGLOSIA o LENGUA ATADA, se observa con mayor frecuencia en niños y se corrige mientras el niño es pequeño.

Algunas veces se examina a un paciente adulto y se comprueba que tiene un frenillo lingual anormal.

El frenillo lingual se compone de un resolo o puede contener un tabique fibroso denso que une la punta de la lengua al proceso alveolar.

Puede ser un frenillo fibroso corto o puede contener fibras de los músculos genioglosos.

Este tipo de frenillo puede provocar dificultades; no solo el problema de un frenillo lingual corto (ANQUILOGLOSIA), en el paciente con dientes al que puede provocar dificultad al hablar correctamente; sino que el paciente desdentado también puede comprometer la estabilidad de la dentadura en la mandíbula, ya que el movimiento de la lengua, puede desalojar con mucha facilidad a la dentadura, si la inserción del frenillo en la cara lingual de la mandíbula esta cerca de la cresta alveolar.



Esto puede suceder con un frenillo de longitud normal. Se le indica al paciente que se toque la papila incisiva con la punta de la lengua teniendo la boca entre abierta y observando la tensión del frenillo, se puede establecer si esta indicada la Frenectomía o no está indicada.

Si la Frenectomía está indicada se puede realizar bajo dos circunstancias: anestesia general o anestesia local, generalmente se prefiere la inducción a la anestesia local, ya que es un cirugía fácil y rápida, con la anestesia general comprometemos más la salud general del paciente.

ANESTESIA LOCAL

Se procede a bloquear el nervio lingual bilateralmente, prefiriendose la infiltración local cerca del sitio quirúrgico, con fines hemostáticos.

Si se decidiera por medio de anestesia general también se recomienda una infiltración local,

Ya anestesiada la zona, se toma la lengua con unas pinzas para tejidos de bocados de goma, o se atraviesa la punta de la lengua con una sutura, para hacer tracción y poder elevar y mantener tenso el frenillo.

En algunos casos solo es suficiente cortar la inserción del frenillo a la altura de la cresta alveolar

y con ello se resuelve el problema. En éstos casos la herida que se crea en piso de boca se puede cerrar con uno o dos puntos de sutura, éstos separados y se deja que el pequeño defecto se reepitelice. Sin embargo en la mayoría de los pacientes se requiere un procedimiento más extenso.

En éste proceso se traza una incisión transversa a través del frenillo más o menos a la mitad entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos submandibulares.

Para que la punta de la lengua pueda desplazarse más y para mejorar su libertad de movimiento, se puede seccionar horizontalmente algunas fibras de los músculos genioglosos.

Ya habiendo hecho la hemostasia, se sovacan los márgenes mucosos de la herida y se cierra la herida en forma de rombo con puntos separados como un incisión lineal.

FRENILLO VESTIBULAR POSTERIOR

Los frenillos se insertan también en la zona de premolares en maxilar y mandíbula. En la mayoría de los casos consiste en una membrana mucosa y generalmente no requiere tratamiento a menos que dificulte la prolongación adecuada de la aleta de la dentadura, es conveniente

hacer una corrección quirúrgica que rebajar el borde de la dentadura.

Existe una técnica la cual menciona la manera de corregir los frenillos yugales anormales, y es procediendo hacer una incisión rómbica, y suturar con puntos aislados.

Otra manera sería trasladar la inserción haciendo una incisión en U, el corte debe de atravesar hasta el periostio.

En el maxilar se hace debajo de la inserción, y en la mandíbula por encima de ella. La base de la inserción siempre se encuentra hacia la cresta alveolar. Una vez hecha la incisión se refleja el margen mucoso que contiene al frenillo del vestíbulo dónde se sutura el periostio. Posteriormente se deja que el efecto remanente cure mediante epitelización secundaria.

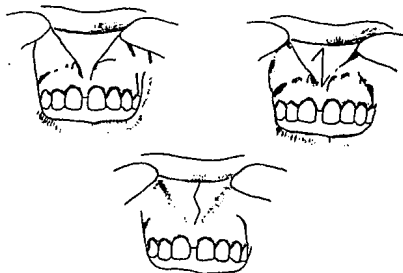
Otra técnica de corrección es por medio de la V-Y PLASTIA, y la V-DIAMANTE PLASTIA, si los frenillos son demasiados grandes.

Pero como la mayoría de los frenillos en ésta zona son pequeños, con una incisión transversal a través del frenillo, hecho con tijeras o bisturí, dara una forma de diamante la herida, los márgenes se sovacan y se cierra en sentido longitudinal o perpendicular a la incisión original.

Al corregir éste tipo de frenillos se debe de tener demasiado cuidado, ya que se localiza a ésta altura un paquete vasculonervioso mentoneano , dentro del tejido conectivo y hay que ser cautelosos para evitar traumatizar el nervio mentoneano.

TECNICA DE LA Z-PLASTIA

Se va a realizar una incisión en la línea media del frenillo, extendida en longitud entre los extremos del mismo. A partir de los extremos de la incisión anterior se realizan dos nuevas incisiones una de cada lado, formandose cada una de ellas con la primera en un ángulo de 60° . Los dos colgajos triangulares resultantes deben de ser por lo menos de un centímetro de longitud, es importante separar todas las adherencias fibrosas del periostio con la disección roma antes de reposicionar los colgajos mucosos, posteriormente son suturados, con puntos aislados.



CONTRACTURAS CICATRIZALES

Los traumatismos y las intervenciones quirúrgicas pueden dejar como secuelas frenillos múltiples o cicatrices retraídas.

A menudo estas lesiones pueden tratarse con las mismas técnicas que para los frenillos labiales o yugales, pero a veces las bandas cicatrizales anchas hacen que haya una mucosa deficiente para sostener la dentadura en la cresta o en la profundidad del surco y puede ser que esté indicada la excisión de éste tejido para sustituirlo con mucosa más satisfactoria o piel.

PROCESO QUIRURGICO

Luego de la incisión del frenillo o la incisión del tejido cicatrizal se hace una disección supraperióstica de la mucosa y tejido conectivo respecto a la ápofisis alveolar .

El margen de mucosa libre se sutura entonces a la profundidad del pliegue mucoyugal y el periostio se cubra con mucosa palatina o con un injerto fino de piel. Para mantener estabilizado el injerto se usa un apósito quirúrgico de siete a diez días.

Después de haber retirado el apósito, se deja que el injerto cure unas seis semanas hasta que se construya la dentadura final.

ELECCION DE LA TECNICA

El criterio clínico y la preferencia individual es importante en la selección de un técnica para el tratamiento del procedimiento quirúrgico. En los casos de recesión localizada la FRENILLOPLASTIA, es indicada para lesiones pequeñas, especialmente en niños.

En cualquier caso de elección quirúrgica se recurrirá al procedimiento menos traumático que alcance los objetivos de la cirugía.

La elección de la técnica quirúrgica se basa en la facilidad de manipulación de los frenillos en las zonas determinadas, en la necesidad de evitar la exposición innecesaria del hueso de la cresta, en el acceso a la zona quirúrgica y en el éxito previsto en la creación o conservación de encía funcionalmente adecuada.

MATERIAL E INSTRUMENTAL

Para poder obtener una exitosa intervención quirúrgica y una buena organización, debemos de contar con todo el material e instrumental necesarios, éstos debidamente estériles y libres de gérmenes.

Le esterilización ideal es a base de autoclave, ya que nos proporciona un calor húmedo, ideal para cualquier tipo de material, pero si no se cuenta con éste, se puede utilizar el de calor seco.

El instrumental necesario para ambas intervenciones es el siguiente:

Espejo del No.3

Pinzas de curación

Explorador

Jeringa tipo Carpulle

Cartuchos de anestesia

Espátula de Freer (7A o Legra (periostótomo)

Mango de bisturí del No.3

Hojas de bisturí del No. 11,12,15

Porta-aguja mediano

Tijera para encia

Pinzas hemostáticas de mosquito rectas (Kocher)

Espatula de cemento

Loseta

Fresas quirúrgicas de carbono, de tungsteno o de baja velocidad redondas del No.6

Eyector

Escoplo filoso

Cureta CK6

Cinceles para hueso

Jeringa hipodérmica desechable

Gasas estériles

Solución salina

Apósito quirúrgico de preferencia sin Eugenol

Guantes desechables

Sutura : hilo seda de 000 con aguja atraumática

Cat-Gut

Aguja para anestesiar

Teniendo listo todo el instrumental y material, lógicamente esterilizado, el Cirujano Dentista y el personal que le asistirá deberá realizar el lavado .

Este lavado va a consistir en un lavado de manos primero, después se va a enjuagar y se va a lavar la mano hasta la mitad del antebrazo y para terminar se lavará la mano, antebrazo y codo, teniendo en cuenta que entre lavado y lavado se deberá enjuagar, y se utilizará un cepillo de lavado especial y alguna solución desinfectante como puede ser; jabón quirúrgico o Isodine, cabe mencionar que éste lavado se hace con los codos hacia arriba ya que si se bajan se contaminan, el secado es con un lienzo estéril, se colocan los guantes esterilizados teniendo cuidado de no contaminarlos o contaminar la zona de trabajo, ya que se pone en juego la viabilidad de los tejidos, pudiendo encontrarse con tejidos necróticos los cuáles ofrecen un medio de cultivo a los gérmenes patógenos.

Por éstas circunstancias es sumamente importante la ASEPSIA que se mantenga al realizar el procedimiento, esto incluye el cuidado del material, instrumental y personal que realizará el procedimiento para evitar el desarrollo de infecciones postoperatorias.

No se debe de dejar pasar por alto la irrigación que es de suma importancia para los tejidos y hueso, ya que podemos provocar necrosis por los cambios térmicos que se producen, ésta irrigación se recomienda a base de suero fisiológico .

Otro factor importante es checar la succión , para evitarle un malestar al paciente.

Al tomar en cuenta todas las precauciones anteriores, los riesgos quirúrgicos de contaminación cruzada disminuye proporcionando un ambiente de seguridad y tranquilidad, tanto al paciente como al cirujano.

INDICACIONES GENERALES

Al realizar cualquier intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor, el paciente debe de estar preparado para que se realice con éxito la intervención.

Es importante que el Cirujano no solo se aboque a la cavidad oral, sino que realice un estudio profundo del paciente ya que se puede provocar o desencadenar un problema.

En primer lugar se debe de realizar una HISTORIA CLINICA MEDICA, y ésto se realiza para:

Esclarecer problemas o enfermedades olvidadas.

Para tener en cuenta que el tratamiento no va a perjudicar el estado general del paciente.

Para averiguar si toma determinados medicamentos que podrían llegar a entorpecer o comprometer el éxito del Tratamiento o la vida del paciente.

Para conservar un documento que pueda resultar de utilidad como protección para el Cirujano en caso de reclamación Judicial por incompetencia profesional.

Además hay que tener cuidado con pacientes que tengan problemas o enfermedades como:

Diabéticos

Enfermos Cardíacos

Enfermedades Venéreas

Alérgicos, etc.

Ya que dichas patologías aumentan el riesgo y es conveniente que se tenga contacto con su médico familiar.

Posteriormente de haber realizado una Historia Clínica Médica, se realiza una Historia Clínica Dental, aquí se debe de hacer un estudio profundo del estado de la cavidad oral, apoyandose con Radiografías, ya que antes de realizar cualquier intervención quirúrgica se debe de mantener en condiciones óptimas, como la eliminación de Sarro, Caries, etc.

Sin pasar por alto las prueba de laboratorio, ya que son el complemento de importancia para la realización quirúrgica.

Las pruebas HEMATICAS que se deben tomar en cuenta en condiciones normales son:

TIEMPO DE SANGRADO: 1 a 3 Minutos

TIEMPO DE COAGULACION: 5 a 10 Minutos

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA: 10 a 20 Segundos

INSTRUCCION Y PROGRAMACION

Es conveniente que la intervención quirúrgica se programe para las primeras horas de la mañana, ya que el paciente y el Cirujano se encuentran más descansados, además de presentarse alguna complicación el paciente puede localizar con mayor facilidad al Cirujano en el consultorio.

Una evaluación clara preoperatoria y realista del tipo de Cirugía que se va a realizar, va a mantener al paciente más tranquilo, las preguntas que el haga y las dudas que tenga hay que disiparlas con respuestas sencillas y entendibles para él.

Es importante explicarle las complicaciones que se pueden presentar dentro y después de la cirugía, ésto hay que tratarlo muy sutilmente para no provocar alarma al paciente, y para que sepa como puede actuar en ese momento.

Es importante indicarle al paciente el régimen de dieta que debe de llevar antes y después de la cirugía.

La preocupación que tienen algunos pacientes es que si deben consumir alimentos antes de la intervención, hay que recalcarles que no deben de hacer ayuno ya que puede provocar algún desmayo, sólo si el paciente se va a someter a una anestesia general.

La importancia de colocarse hielo, el ingerir alimentos especiales, medicamentos y colutorios, se discuten generalmente antes del tratamiento quirúrgico.

Es importante que se le indique al paciente que el hecho de que él consuma cierto tipo de alimentos no indicados, puede llegar a predisponer una infección o la interferencia rápida de recuperación.

CAPITULO V

El post-operatorio es la última parte del tratamiento quirúrgico y una de las más importantes, ya que se puede programar muy bien, hacerse un buen procedimiento quirúrgico, pero si el paciente no sigue al pie de la letra las indicaciones que se le proporcionan, puede fracazar en ésta última etapa.

Antes de mandar al paciente a descansar a su casa se le deben de dar las indicaciones e instrucciones precisas respecto al cuidado que debe de tener en el hogar, con respecto a su alimentación, uso de antibióticos (si es necesario), enjuagues, analgésicos, anti-inflamatorios, etc, todas las indicaciones se le daran por escrito, para evitar cualquier duda u olvido.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

Se indica al paciente que se mantenga en reposo, esto puede ser medio día, dependiendo a la magnitud de la intervención.

Respecto a su alimentación, es importante que dentro de las doce primeras horas, sea una dieta a base de líquidos, de preferencia jugos y aguas preparadas, no es muy recomendable el consumo de leche y derivados lácteos, ya que puede provocar acumulación de bacterias, posteriormente tendrá autorización de consumir una dieta blanda.

Es importante la colocación de hielo en la zona operada por periodos de 15 minutos en intervalos, por lo menos durante las 6 primeras horas, esto es para evitar la congestión de sangre, el dolor post-operatorio, hematomas, hemorragias y disminuir el edema, algunos Cirujanos recomiendan también la colocación de un vendaje a presión con tela Elastopast, sobre la superficie externa del labio para inmovilizarlo y reducir el movimiento.

Muchos pacientes tienen miedo de realizar cualquier tipo de higiene bucal después de intervención, pero hay que exigirle que debe de realizar su higiene bucal, ya que puede existir acumulación de alimentos y tener problemas posteriores, se recomienda hacer colutorios y enjuagues después de las 4 primeras horas del procedimiento quirúrgico, claro que hay que aclararle que éstos enjuagues no van a sustituir el cepillado de los dientes, también es importante que no se toque el apósito cuando se lave.

Los alimentos que no debe de consumir hasta que se le de de alta son:

Alimentos que contengan semillas como : (jitomates, calabazas, fresas, guayabas, etc.)

El consumo de Carne de Cerdo

Evitar fumar e ingerir bebidas alcohólicas

No condimentos, irritantes y grasa

Al igual que no tomar en popote.

CONCLUSIONES

Los problemas del Frenillo en mala posición son un problema que el Cirujano Dentista tiene que detectar a temprana edad y tratar de corregir el problema, si el problema no esta en sus manos, entonces tiene que remitir al paciente con un Especialista.

Se elimina el Frenillo Superior e Inferior cuando éstos sean un factor etiológico para provocar una retracción gingival, para la corrección de un Diastema Interincisivo con la ayuda de un tratamiento Ortodóntico, cuando provoque acumulación de alimento y ésto a su vez la formación de una bolsa Parodontal o cuando el paciente adulto sufra de fricción por el desplazamiento de una dentadura a causa de un frenillo anormal.

En el caso de Frenillo Lingual ANQUILOGLOSIA, se eliminará si éste provoca problemas de lenguaje en niños y -- posteriormente se le dará una terapia impartida por un especialista en lenguaje, ésto es para desarrollar una nueva memoria muscular. En pacientes adultos puede desalojar la dentadura y causar molestias de empaquetamiento de alimentos, también la presencia del Diastema puede provocar problemas estéticos al paciente.

Quando el problema del Frenillo sea un factor estético se hará la eliminación y como consecuencia se conseguirá el cierre del Diastema.

El hacer un Diagnóstico y un Tratamiento acertado nos va a dar como consecuencia un buen Pronóstico.

Hay que estar sumamente conciente de la magnitud del problema y solucionarlo con la técnica menos traumatizante para el paciente.

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

- BASCONES MARTINEZ, ANTONIO
Periodoncia ,Diagnostico y Tratamiento de
las Enfermedades Periodontales.
Editoriales Avances. 3a. Edición
p.p. 434
- CARRANZA, FERMIN A
Periodontología Clinica de Glickman
Interamericana, 5a. Edición, México, D.F.
- CASTILLEJOS,VICTOR HUGO
Cirugía Bucal y Maxilo-Facial
Tredesx Editores, S.A. de C.V. 1a.Edición
- COSTICH, EMMETT R.
Cirugía Bucal
Interamericana
- GRANT,DANIEL A
Periodoncia de Orban, Teoría y Práctica
Interamericana, 4a.Edición p.p.488-489
- HOWE, G.L.
Cirugía Bucal Menor
Manual Moderno 3a. Edición
- KRUGER
Cirugía Buco-Maxilofacial
Medica- Panamericana 5a.Edición p.p.108
- LASKIN, DANIEL M.
Cirugía Bucal y Maxilofacial
Medica-Panamericana, Buenos Aires
p.p.682-688

-LOPEZ ARRANZ, J.S.

Cirugía Oral
Interamericana 1a. Edición
P.P. 415-418

-MOORE, K.L.

Embriología Clínica
Interamericana 3a. Edición.
P.P. 191-227

-PICHARD, JOHN F.

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfer-
medad Periodontal en la práctica Odon-
tologica General.
Editorial Revolucionaria 1a. Edición.
P.P. 128

-RIES CENTENO, A.

Cirugía Bucal
El Ateneo 9a. Edición
P.P. 402- 407

-RODRIGUEZ FIGUEROA, CARLOS A.

Periodoncia
Editor y Distribuidor: Francisco Mendez O.
3a. Edición.

-SANDERS, BRUCE.

Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica
Mundi
P.P. 184-188

-STARSHAK, TOMAS J.

Cirugía Bucal Preprotética
Mundi

-STONE, STEPHEN, KALIS, PAUL J.

Periodontología
Interamericana 1a. Edición.
P.P. 13