

FRENECTOMIA

Esprella Vásquez José Antonio⁵

RESUMEN

Los frenillos orales son repliegues anatómicos de tejido conectivo fibroso, muscular, o mixtos recubiertos por la mucosa oral, los mismos que de acuerdo a su ubicación son mediales (frenillo labial superior, frenillo labial inferior, frenillo lingual) y laterales situados a la altura de los premolares superiores e inferiores, los cuales se constituyen en verdaderas bridas cicatrízales.

La frenectomía es un proceso de corrección quirúrgica en aquellos frenillos que causan alteraciones ortodóncicas, protésicas o periodontales, o lo que es más frecuente alteraciones fonéticas y deglutorias. Este procedimiento tiene el fin de devolver la funcionalidad del área afectada mediante la extirpación de dicho repliegue anatómico, a partir del empleo de instrumentación manual o láser, para lo cual se utilizan distintas técnicas, siendo las más comunes las cirugías de tipo romboidal o en diamante, la plastia en V-Y y la Z plastia. El procedimiento llega a concluir con la síntesis del área del cual fue extirpado el frenillo evitando la infección del mismo mediante técnicas de asepsia y antisepsia.

PALABRAS CLAVE

Frenillos. Frenectomía. Tratamiento quirúrgico

INTRODUCCION

Los frenillos orales, se constituyen en bandas recubiertas por tejido mucoso, que sirven para la fijación de algunas zonas anatómicas en la boca, sin

embargo éste repliegue de tejido conectivo o muscular puede en ocasiones limitar la funcionalidad de la región afectada por su retracción o tamaño pequeño.

Este elemento, se encuentra histológicamente formados por tres capas:

1. epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral
2. túnica propia, consistente en tejido conjuntivo y tejido fibroso blando
3. submucosa que contiene glándulas salivales menores, glándulas mucosas y glándulas linfáticas.

LOCALIZACION DE LOS FRENILLOS

Los frenillos tienen diversas localizaciones de las cuales se pasan a mencionar:

1. **Frenillo labial superior: Parte** de la cara interna del labio superior, insertándose en la línea media de la unión de los maxilares superiores extendiéndose 4 a 6 milímetros sobre la encía adherida. En algunos casos el frenillo llega a descender hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria en la bóveda palatina.
2. **Frenillo labial inferior:** Ubicado en el fondo del surco vestibular, desde la pared del vestíbulo hasta la cara interna del labio inferior, insertándose en la línea media de las crestas alveolares por debajo de la encía libre y adherida.
3. **Frenillo lingual:** Se extiende desde la extremidad posterior de la cresta media a la parte media

⁵Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

del surco alveolo lingual. Existen en esta zona importantes relaciones con los conductos salivales, como lo es el de Wharton y Rivinus, nervio lingual y vasos sublinguales.

TIPOS DE FRENILLOS LABIALES

De acuerdo a las estructuras que llegan a conformar el frenillo se pueden distinguir en:

1. **Frenillo fibroso.-** compuesto de tejido conectivo fibroso y la membrana mucosa.¹
2. **Frenillo muscular.-** formado por un complejo muscular, integrado dentro del frenillo labial superior, constituido por el músculo elevador del labio superior, músculo orbicular de los labios, músculo nasal, depresor septal, músculo mirtiforme y músculo elevador del ángulo de la boca. Mientras que el frenillo labial inferior está constituido por la borla del mentón y cuadrado del mentón, además del espesor del labio inferior, por su parte el frenillo lingual tiene como componentes al músculo geniogloso y el músculo genihiodeo.¹
3. **Frenillo mixto o fibromuscular.-** compuesto de tejido conectivo fibroso y un complejo muscular revestido de mucosa. En el caso del frenillo lingual se llega a observar por un lado un cordón fibroso unido al proceso alveolar, por otro lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca.^{1,6}

ANOMALIAS EN LA IMPLANTACION DE LOS FRENILLOS

Existen varias anomalías en la implantación de los frenillos, de ésta

forma se pueden describir algunas variaciones dadas por los autores, de ésta manera:

1. Jacobs llega a describir cuatro tipos de frenillos anormales de base ancha con forma de:
 - a. Abanico en el labio.
 - b. Abanico entre los incisivos
 - c. Abanico en el labio y entre los incisivos y un
 - d. Amplio frenillo celulo-adiposo³
2. Monti describe tres tipos de frenillos:
 - a. tipo alargado, que llega a ocasionar un diastema que se caracteriza por que los ejes de los incisivos son paralelos.
 - b. tipo triangular, cuya base coincide con el fondo de vestibulo y ocasiona un diastema que se caracteriza por que los ejes de los incisivos son convergentes.
 - c. frenillo triangular de base Inferior que origina un diastema pronunciado en donde los ápices se encuentran separados.³
3. Placek y Cold llegan a proponer una clasificación basada en criterios clínicos: que puedan proporcionar una guía de su tratamiento, de ésta forma pueden ser:
 - a. mucoso con inserción en la unión mucogingival
 - b. gingival con inserción en la encía adherida
 - c. penetrante papilar con inserción en la papila interincisiva pero que penetra hasta la papila incisiva.^{1,3}

DEFINICION DE FRENECTOMIA

La frenectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se procede a seccionar el frenillo que une la lengua o labios a la encía; con la remoción del segmento carnososo.^{1,9}

PROCEDIMIENTO QUIRURGICOS

Los pasos secuenciales a seguir en el manejo quirúrgico de esta entidad son:

1. Aplicación de la anestesia: La cual además de bloquear el dolor deberá reducir el flujo sanguíneo en la zona ya que ésta posee una gran vascularización, por lo cual las combinaciones de adrenalina y lidocaína deben ser las indicadas, tomando en cuenta los efectos sistémicos que podrían causar.^{2,4}

La anestesia aplicada para realizar una frenectomía será local por técnica infiltrativa supraperiostica colocada en el fondo de vestíbulo bucal, procurando no distender la demasiado la zona.

2. Incisión: En la práctica quirúrgica llega a considerarse como el primer tiempo operatorio, que tiene como fin el de separar la mucosa del periostio de la zona a operar a partir de la formación de un colgajo el cual debe ser total cuando implica la incisión de la encía marginal y limitante con el de fin conservar el margen gingival.⁵
3. Despegamiento de la mucosa: En algunos casos como en la Z plastía se realizará la disección de los colgajos mucosos, con bisturí o con tijeras de punta roma.

4. Desinserción de las inserciones musculares: este paso se realiza con la ayuda del periostótomo de Freer, procurando no lesionar el periostio.⁵
5. Síntesis o sutura: Finalmente se toma el colgajo con agujas finas atraumáticas C14 o C12 cargada con hilos de seda, o Catgut crómico atraumático de 000 ó 0000 ceros. Se prefieren suturas reabsorbibles para evitar el dolor durante el retiro de los puntos.^{5,7}

En el caso del *frenillo lingual* se debe elevar la lengua con hilo catgut simple, mediante un punto de sutura de tracción ubicado en la punta lingual. Este hilo colocado en el extremo distal del frenillo, debe de ser anudado con el fin de evitar hemorragias por lesión del paquete vascular que discurre por el frenillo, traccionando este punto se procede a levantar el frenillo y junto con la pinza de disección o la sonda de Petit se inicia a la incisión de la misma.^{6,8}

TECNICAS QUIRURGICAS

Para poder extirpar los diferentes tipos de frenillos quirúrgicamente se han propuesto numerosas técnicas, las más usuales son:

1. **Técnica Romboidal o en diamante**
:La técnica romboidal, es una buena técnica ya que permite la remoción total de la brida anómala, el inconveniente radica en que deja la cicatriz en la misma dirección del frenillo siendo a su vez un procedimiento cruento, el cual llegará a curar por segunda intención. Esta técnica requiere dos etapas en su ejecución.¹
 - a. *Primera etapa.*- con el empleo de un bisturí mango N°3 hojas N°15 y 11, se procede a cortar toda inserción del frenillo en el labio y

encia vestibular, después se remueve la porción intermedia del frenillo y de las fibras transalveolares. Inmediatamente después, se debe extender el labio para poder visualizar el frenillo, luego con la ayuda de pinzas hemostáticas se procede a sujetar con una el frenillo y con la otra la encía.

- b. *Segunda etapa.*- se cortan la inserciones al labio y a la encía por fuera de las pinzas hemostáticas, una vez retiradas éstas, quedará una herida romboidal en cuya profundidad se pueden encontrar inserciones musculares que luego se retiran con la ayuda del periostótomo de Freer preservando el periostio.^{1,7,9}

2. Z-plastia

La Z – plastia es la técnica de elección más utilizada en el frenillo labial y lingual, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial.

En la Z plastia se procede a levantar el labio para tensar el frenillo, realizándose una incisión vertical en el centro de su eje mayor, posterior a ésta, se realizan incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue extender al labio en un 75%. La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Se levantan dos colgajos con bisturí o con tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos. Antes de proceder a la sutura de los colgajos disecados se deben eliminar todas las inserciones musculares con un periostótomo de Freer

pero sin lesionar el periostio.^{1, 2, 5, 9}

3. Plastia en V-Y-frenotomía de reposición apical del frenillo:

Consiste en realizar una incisión en forma de V a ambos lados del frenillo con la reposición apical de éste, al suturar queda una herida en forma de Y el primer punto de sutura debe ser en la profundidad del vestíbulo y tomar el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular.¹

BIBLIOGRAFIA

1. Escoda Cosme G., Berini Leonardo. Cirugía Bucal. 1ª edición. Editorial Ergon. Madrid-España 1999:577-595.
2. Donado M., Blanco S. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 3ra Edición. Editorial Elsevier Masson. Barcelona-España 2005:122-125
3. Centeno Ries, G. A. Cirugía Bucal. Editorial El Ateneo Buenos Aires 1987: 401-407.
4. Kaban, L.B. Cirugía Bucal y Maxilo Facial en Niños. Editorial Interamericana. Buenos Aires 1992:135-142.
5. Kruger G. Tratado de Cirugía Bucal Cirugía Bucomaxilo Facial. Editorial Interamericana. Buenos Aires 1996:615
6. Davis C. Sabiston. Tratado De patología Quirúrgica. 3ra Edición. Editorial Interamericana. MexicoDf.1990:1184
7. Antelo R., Bustamante H., Caballero K., Cabrera D., Calvo M. C. Cirugía Oral I.Santa cruz de la sierra. Revistas Bolivianas.com; 2010.URLdisponible en:www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci...pid. Fecha de acceso:21de Septiembre 2012
8. Quineche Andrade C. C..Anquiloglosia en el Infante.Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano

Heredia; Junio 2010. URL
:http://.cop.org.pe/bib/investigacionbib
liograficaCynthiaChristinaQuinecheA
ndrade.pdf. Fecha de acceso:18 de
Septiembre 2012.

9. Anónimo. Frenectomia.
Odontochile.cl. URL disponible en
:http://www.odontochile.cl/archivos/cu
arto/.../clasecompllibrofrenectomia.d
Fecha de acceso: 16 de Septiembre
2012.