

## ARTICULOS DE INTERES

### FRENECTOMIA

Espejo Peralta Belinda Vanessa <sup>1</sup>

#### RESUMEN

Los frenillos bucales son uno de los principales factores causantes de diastemas inter-incisivos, los cuales ocasionan dificultades en el movimiento de los labios o la lengua entre otras alteraciones, por otra parte una implantación inadecuada del frenillo, puede ser causante de alteraciones en el habla, en la posición correcta de las piezas dentarias y en el posicionamiento ideal de las prótesis ya sean superiores o inferiores, de igual forma la implantación inadecuada de éstas estructuras pueden causar áreas eritematosas y lesiones, por lo cual es ideal considerar la cirugía de los frenillos, la cual es denominada frenectomía y es una de las técnicas más utilizadas dentro la cirugía pre-protésica y ortodóntica.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para ejecutar una frenectomía, entre estas las más utilizadas son: la cirugía simple, cirugía romboidal o en diamante y técnica en reloj de arena. Estas diferentes técnicas son elegidas de acuerdo a la edad del paciente y la especialidad para la que es ejecutada

#### PALABRAS CLAVE

Frenillo. Cirugía pre-protésica. Diastema

### INTRODUCCION

Los frenillos son estructuras que se presentan como repliegues de mucosa y están constituidos histológicamente por tres capas: el epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal, la túnica propia que está formada por tejido conjuntivo y la capa sub mucosa.<sup>1</sup> Los frenillos son implantados a nivel del fondo del surco vestibular de sus respectivas arcadas y parten de la línea media de la cara interna del labio superior o inferior extendiéndose hasta insertarse sobre la línea de unión de los maxilares, algunos frenillos no terminan a éste nivel y descienden hasta el borde alveolar, por lo tanto producen alteraciones a nivel dentario como malposiciones y diastemas, por ésta razón los frenillos malimplantados son diferenciados de acuerdo a su forma existiendo así diferentes tipos<sup>2</sup>:

1. de base ancha implantada directamente en el labio en forma de abanico.
2. de base ancha en forma de abanico implantado entre los dientes incisivos, por lo general este tipo de frenillos son los causantes de diastemas inter-incisales.
3. de base ancha con implantación entre el labio y los dientes incisivos.
4. amplio, difuso y adiposo.
5. de tipo alargado, el cual presenta bordes paralelos.
6. en forma triangular, cuya base superior coincide con el surco gingival, causando diastemas de separación radicular.
7. en forma triangular, cuya base inferior es causante de diastemas

<sup>1</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

inter-incisivos de separación coronaria.

A causa de la implantación anormal de los frenillos labiales y linguales se originan diferentes tipos de anomalías a nivel gingivo-dental entre estos es común encontrar alteraciones como<sup>2</sup>:

- *Diastema paralelo*: Estas anomalías que son ocasionadas por la presencia de un frenillo alargado el cual influye en la posición correcta de los ejes centrales de los dientes incisivos, dando como resultado un espacio paralelo entre diente y diente el cual es muy perceptible, puesto que por la implantación y extensión del frenillo este espacio llega a ser de una media aproximada entre 2 a 4 mm.<sup>2</sup>
- *Diastema convergente*: Este tipo de diastema es producido por un frenillo de forma triangular, donde la base se encuentra dirigida hacia el surco gingival ocasionando de ésta forma la aproximación exagerada de las coronas y la separación de las raíces en los incisivos centrales.<sup>3</sup>
- *Diastema divergente*: Se origina a nivel de las piezas anteriores por la proximidad de los ápices y la separación amplia de las coronas.<sup>3</sup>

Ante el número de anomalías encontradas a causa de una mala implantación de los frenillos es necesaria la tentativa de una cirugía para la eliminación quirúrgica de éstas estructuras o en caso contrario la reimplantación de las mismas. Por lo general la técnica más conocida para el tratamiento de las diferentes implantaciones anormales es la **frenectomía**, cuya técnica es diferenciada para el frenillo labial y por otra parte para el frenillo lingual<sup>4</sup>:

## FRENECTOMIA LABIAL

La técnica de frenectomía en los frenillos labiales difiere de la de los frenillos linguales por el tipo de inserciones que presentan. Los frenillos labiales son implantados mediante delgadas bandas de tejido fibroso cubierto por mucosa, que se extiende desde el labio y mejillas hasta el periostio alveolar, en caso de una inserción inadecuada se produce el desarrollo de un diastema, por otra parte la confección de una prótesis dental superior puede verse complicada cuando es obstaculizada por la mala implantación del frenillo, por lo cual es necesario valorar la inserción y posición de éstas estructuras, es necesario también tomar en cuenta el movimiento de tejido blando adyacente al frenillo, puesto que podría crear molestias y ulceraciones gingivales, de otra forma puede ser un factor indispensable en el desprendimiento y ajuste de la prótesis.<sup>4</sup>

## FRENECTOMIA LINGUAL

La inserción del frenillo lingual consta de mucosa, tejido conjuntivo fibroso denso y fibras superiores del músculo geniogloso, la mala implantación de este frenillo une la punta de la lengua a la superficie posterior del reborde alveolar del maxilar inferior, ocasionando de ésta forma alteraciones en el habla y la deglución, en otros casos después de la pérdida de dientes, ésta inserción interfiere con la estabilidad de la prótesis puesto que cada vez que se mueve la lengua, se tensa el frenillo lingual y se desprende la prótesis, por lo cual es aconsejable realizar una frenectomía para evitar cualquier complicación.<sup>4</sup>

A causa de estas observaciones es aconsejable valorar una técnica quirúrgica adecuada que sea eficaz para la eliminación de la inserción de los frenillos, entre estas se encuentran como técnicas comúnmente utilizadas:

- Técnica simple de la extirpación,
- Técnica de la Z- plastia,
- Vestibuloplastia localizada con epitelización secundaria
- Frenectomía asistida por láser.

### TECNICA QUIRURGICA PARA REALIZAR LA FRENECTOMIA DEL FRENILLO LABIAL

Para realizar la frenectomía de los diferentes frenillos bucales es necesaria la elección adecuada de una técnica anestésica, siendo la anestesia local infiltrativa la de elección común.

Entre las técnicas quirúrgicas están:

- **Frenectomía:** Es realizada con anestesia local infiltrativa, con el fin de no afectar las relaciones anatómicas, esta técnica consiste en la eliminación completa del frenillo.<sup>5</sup>

- **Frenectomía de excéresis simple:** Consiste en la sección del frenillo con tijeras o bisturí, para luego realizar una sutura, logrando de ésta forma un resultado rápido y sencillo, sin embargo es una técnica poco aconsejable puesto que la cicatriz queda en la misma dirección del frenillo.<sup>5</sup>

- **Frenectomía mediante excéresis romboidal:** Para realizar esta técnica se realiza la sección de la mucosa en forma de rombo. La incisión debe ser mucoperiostica por las fibras elásticas en la sutura intermaxilar por lo tanto se utiliza un colgajo. Esta técnica es realizada en dos tiempos: primero se cortan las inserciones del frenillo y de la encía vestibular para luego retirar la porción media del frenillo y las fibras trans-alveolares. Posteriormente se procede a colocar en el frenillo dos pinzas hemostáticas, una en el labio y otra en la encía adherida, consecutivamente se cortan con tijeras o

bisturí las inserciones del labio y la encía. Esta técnica no es aconsejable porque la cicatriz quedará en la misma dirección del frenillo y por lo tanto no se puede alargar el labio inferior.<sup>5-6</sup>

- **Plastia en Z:** Para esta técnica en primera instancia se realiza una infiltración con anestesia local, se incide verticalmente el frenillo, posteriormente se realizan dos cortes laterales oblicuos a 60°, que forman un triángulo, dejando de ésta manera una cicatriz en forma de Z, que quedará en dirección contraria a la del frenillo inicial por lo cual el labio queda en posición más alargada.<sup>5-6</sup>

- **Plastia en V – Y:** Para ésta técnica es necesario realizar una incisión triangular en V o Y, para luego continuar con la excéresis de la banda fibrosa y posteriormente el cierre de la herida terminará en forma de Y, dando de esta forma un aumento del vestíbulo labial.

- **Técnica del reloj de arena:** Esta técnica está indicada en frenillos cortos con bases muy anchas las cuales se dirigen hacia palatino, por lo cual se realiza una incisión como su nombre indica en forma de X dando lugar a una futura cicatriz en forma de reloj de arena.<sup>5-6</sup>

- **Cirugía ósea:** Cuando el tejido fibroso no es el causante de los diferentes diastemas es necesario recurrir a una ostectomía, cuando existe un espesor óseo considerable entre los incisivos centrales superiores, para luego proceder a la reimplantación de los frenillos evitando alteraciones a nivel de las piezas dentales.<sup>5</sup>

- **Cirugía Fibrosa:** Consiste en la incisión de la encía adherida y las fibras transeptales, donde éstas se encuentran situadas entre los incisivos centrales superiores. Al retirar el tejido inter-incisal se debe procurar preservar la encía

cervical mesial de los incisivos centrales. Las incisiones deben hacerse hasta el hueso, para la eliminación de las fibras trans-alveolares o transeptales. La herida en la encía insertada no podrá suturarse, puesto que deberá ser curada por segunda intención, colocando un apósito quirúrgico que será retirado a los 4-7 días.<sup>5</sup>

- **Técnica quirúrgica con láser:** La frenectomía también puede ser realizada con láser de alta potencia o láser quirúrgico como: <sup>6</sup> Co2, Er: YAG, Er: YSGG ,Nd: YAG.

La técnica quirúrgica con láser es muy diferente a la técnica convencional puesto que presenta más ventajas para el operador y el paciente como:<sup>6</sup>

- Reducción del tiempo operatorio.
- Mejor exactitud del corte.
- Ausencia de sangrado.
- No se requiere sutura.
- No requiere cemento quirúrgico.
- El postoperatorio inmediato no tiene signos y síntomas como edema y dolor

### TECNICA QUIRURGICA PARA REALIZAR LA FRENECTOMIA DEL FRENILLO LINGUAL

Como método quirúrgico para realizar la frenectomía en el frenillo lingual se pueden utilizar las técnicas quirúrgicas del frenillo labial superior, como: Escisión total, Z-plastia, o mediante plastia V-Y. Sin embargo la técnica recomendada es la frenectomía o excéresis completa (romboidal).<sup>7</sup>

**Pasos Quirúrgicos** Los pasos quirúrgicos a realizar son:

1. Anestesia tópica.
2. Anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo y en toda su longitud.

3. Preparación de la zona operatoria, que consiste en la separación de la lengua y la mucosa, para así tener un campo operatorio libre para el operador.<sup>8</sup>
4. Incisión y disección.
5. Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja # 15, # 11 o con tijeras de disección en el centro del frenillo lingual.<sup>8</sup>
6. Posteriormente se realiza una sutura continua que será retirada al octavo día.<sup>8</sup>

### TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Para el tratamiento postoperatorio es aconsejable la práctica de ejercicios con un fonoaudiólogo, en caso de manifestaciones o alteraciones en la voz y del lenguaje articulado. Durante este tratamiento se aplicarán métodos de rehabilitación para devolver a la persona su capacidad comunicativa puesto que la fonoaudiología es una disciplina de la salud que interviene en la comunicación y sus desórdenes, en las áreas de habla, posteriormente se controla al paciente a los 3 días, para observar que no exista dolor e inflamación de la zona intervenida y para apreciar los movimientos linguales. A los 7 días de la cirugía se puede prestar atención a la cicatrización casi total y una gran mejora de la movilidad lingual.<sup>9</sup>

### INDICACIONES A REALIZAR DESPUÉS DE UNA FRENECTOMIA

Concluido el procedimiento, deben existir indicaciones que permitan una evolución rápida de la lesión, de este modo se aconseja:

1. Dieta blanda y blanca, y líquidos fríos, puesto que ayudan a la vasoconstricción minimizando así el riesgo de sangrado.<sup>9</sup>
2. Antiinflamatorios no esteroideo o administración de analgésicos

- puros, como metamizol o ketorolaco.<sup>9</sup>
- Higiene oral mediante el uso de enjuagues bucales libres de alcohol como la clorhexidina.<sup>9</sup>

### COMPLICACIONES AL REALIZAR UNA FRENECTOMÍA

Las consecuencia de una frenectomía mal realizada conlleva ala sección de la vena lingual, que ocasionaría una hemorragia severa y por lo tanto una mala cicatrización que formaría queloides. Por otra parte el tejido afectado tarda en recuperarse una semana y media a dos y durante éste periodo de tiempo es imprescindible el cuidado del área llevando una buena higiene mediante el uso de clorhexidina o isodine, evitando alimentos condimentados o picantes que irriten la zona operada. El control debe realizarse a la semana de la cirugía para retirar los puntos de sutura.<sup>10</sup>

### BIBLIOGRAFIA

- Raspall.G. Cirugía Oral e Implantología. 2<sup>da</sup> edición. Editorial Panamericana. México. 2006: 145 - 146-147- 148
- Ries Centeno. G .Cirugía Bucal. 7<sup>ma</sup> edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 2000: 525-527-528-529-530
- Hupp. J. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. 5<sup>ta</sup> edición. Editorial ElsevierMosby. España. 2009: 231,232,233,234,235,236
- Sih T. Otorrinolaringología Pediátrica. 1<sup>ra</sup> edición. Editorial Springer. España. 2006 : 53-54-55-56
- Cuniberti R. Atlas de Odontología Restauradora. 1<sup>ra</sup> edición. Editorial Panamericana. México. 2006: 273-274
- Sherman A. Radio Cirugía Oral. 3<sup>ra</sup> edición. Editorial Taylor & Francis. Argentina. 2005: 66-67
- Waite .D. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2<sup>da</sup> edición. Editorial BC Decker. Lewiston NY. 2004:172-173
- Arreto. C. Manual de Anestesia en Odontoestomatología. 2<sup>da</sup> edición. Editorial ElsevierMosby. España. 2007 : 84-85
- León S. Higienistas Dentales. 1<sup>ra</sup> edición. Editorial Mad. Colombia. 2005: 71-72-73
- Moore L. Anatomía con Orientación Clínica. 5<sup>ta</sup> edición. Editorial Panamericana. Argentina. 2006: 27-28-29-30