

**PRÁCTICA 10.**

**FRENILLOS BUCALES**



## **PRÁCTICA 10. FRENILLOS BUCALES**

### **Objetivos de la práctica:**

1. Diagnosticar los frenillos patológicos.
2. Conocer las patologías derivadas de los frenillos bucales.
3. Saber establecer las opciones terapéuticas.
4. Conocer las distintas técnicas quirúrgicas.





2.2

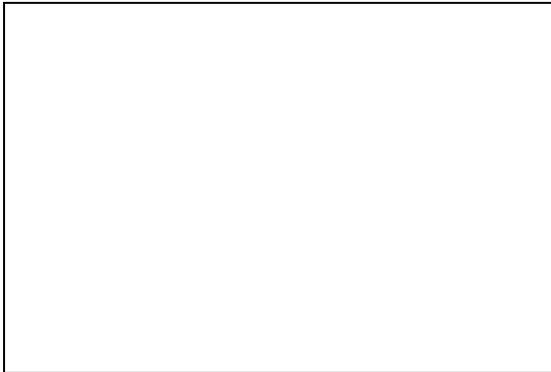


Fig.2

2.3



Fig.3

2.4

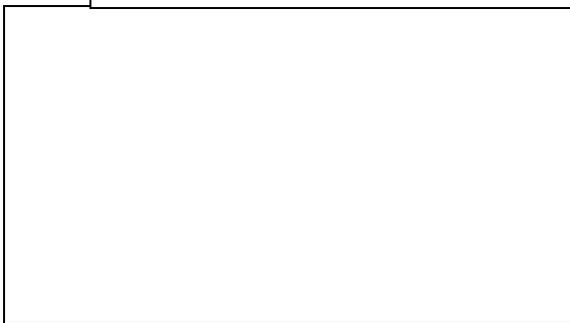


Fig.4

### 3. TRATAMIENTO.

#### 3.1 Conservador.

##### Completa las palabras ausentes en el texto

Cuando estamos ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia , antes de lo  años, puede estar indicado realizar un tratamiento con fisioterapia. La fisioterapia también es recomendable después .

#### 3.2 Quirúrgico.

##### Según las figuras, escribe el nombre del procedimiento quirúrgico.

3.2.1 *Frenectomía*: Es la exéresis del frenillo tendiendo a la eliminación de las fuerzas de tensión. Dentro de las técnicas de frenectomía se han descrito distintas modalidades:

- : Se traza una incisión bordeando al frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso. Se separa el frenillo de su inserción ósea con un periostotomo. Disecado el frenillo, se secciona en su límite superior. El frenillo es disecado y los labios de la herida son reunidos con varios puntos de sutura (Fig.5).

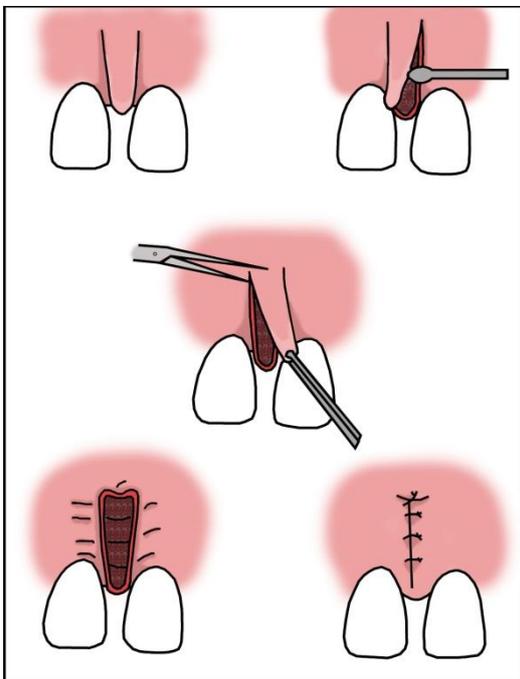


Fig.5

- : Se estira del labio para ver bien el frenillo y después se colocan dos pinzas hemostáticas (mosquitos rectos). Se cortan las inserciones con tijeras

o bisturí por fuera de los mosquitos. Una vez retirados los mosquitos con la sección triangular del frenillo, nos quedará una herida romboidal que será suturada (Fig.6).

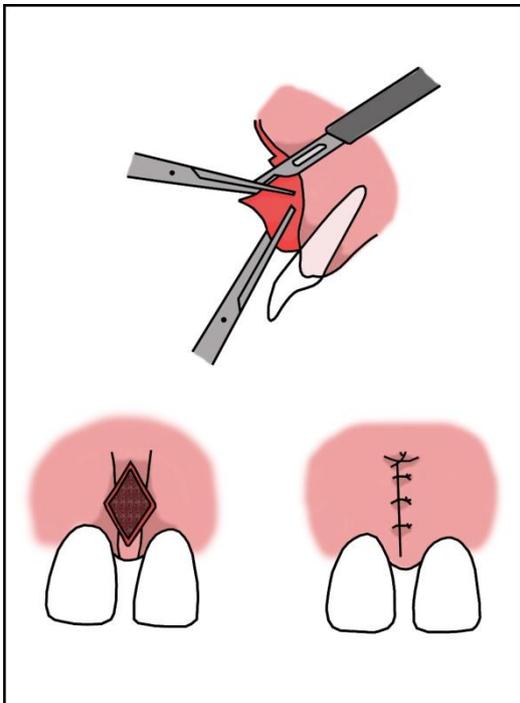


Fig.6

-  Se levanta el labio superior para tensar el frenillo. Con un bisturí 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 circunscrita por la incisión se toma con una pinza de disección; se despega el tejido a resecar por medio de una legra o periostotomo. Los bordes de la herida se unen con dos o tres puntos de sutura (Fig.7).

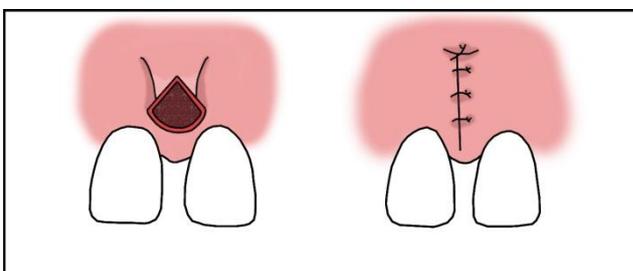


Fig.7

- : Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, que adquiere así una forma triangular de base superior y vértice inferior. Se secciona este triangulo con tijera a mitad de la altura. Se corta con bisturí el cordón fibroso del frenillo y se extirpa (Fig.8).

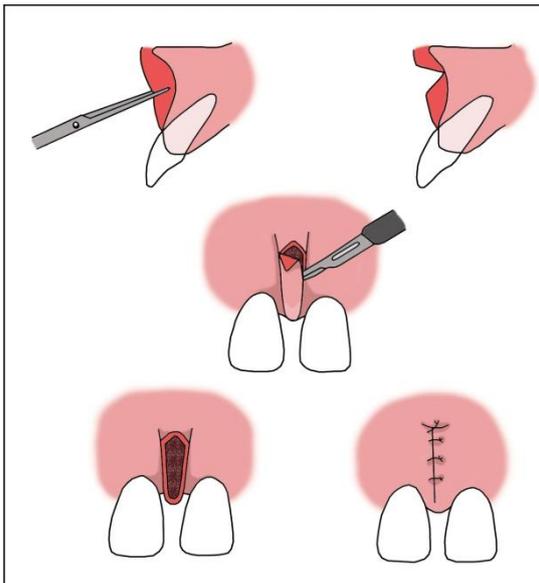


Fig.8

3.2.2 *Frenotomía*: Es la reposición apical del frenillo. En este caso no hay exéresis de

-  : Se hace una incisión en forma de V a través de la mucosa y del periostio hasta el hueso a ambos lados del frenillo, efectuando la reposición apical de éste. Al suturar se obtiene una herida en forma de Y. El primer punto debe estar en profundidad del vestíbulo, cogiendo el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular (Fig.9).

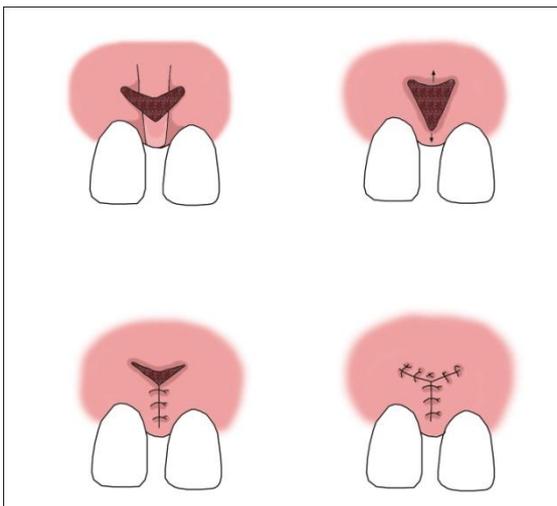


Fig.9

-  : Este procedimiento se realiza comenzando con la tracción labial. Con la aguja circular de sutura se pasa una seda de tres o cuatro ceros a nivel del fondo vestibular, entrando lateralmente a un centímetro de un lateral del

frenillo y saliendo a distancia equidistante por el otro lado; buscando en proximidad la espina nasal anterior, dejamos pasada la seda. Incidimos a ambos lados del frenillo llegando a extirpar la masa fibrosa interincisal. Los dos cortes verticales deben hacerse lo más próximos posibles a efecto de dejar una herida estrecha sobre la mucosa alveolar. Las incisiones se detienen en fondo de vestíbulo no afectando a la mucosa labial. En este momento volvemos a pasar la aguja montada, de vuelta, atravesando la punta de la inserción fibrosa se eleva y se fija el fondo vestibular. Se deja que cicatrice por segunda intención (Fig.10).

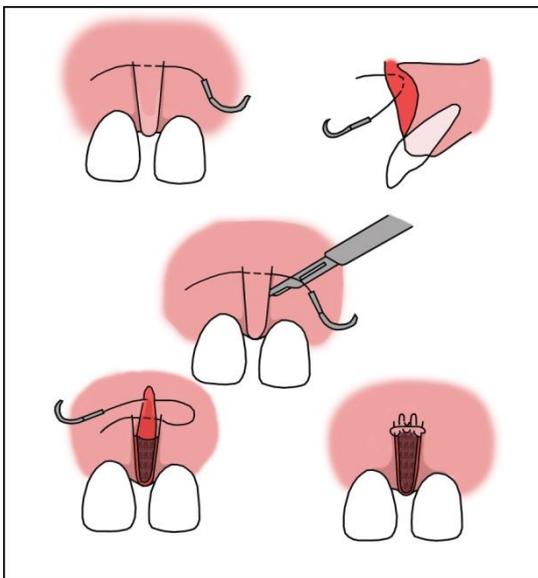


Fig.10

-  : Este tratamiento se puede aplicar tanto a frenillos labiales como a bridas cicatrízales. Se practican dos incisiones paralelas, trazadas a cada lado del frenillo que lleguen en profundidad al hueso. Después se hace otra incisión perpendicular a las primeras y se completa el colgajo, en el cual se encuentra el frenillo. Finalmente se ubica en el lugar donde no sea un obstáculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura (Fig.11).

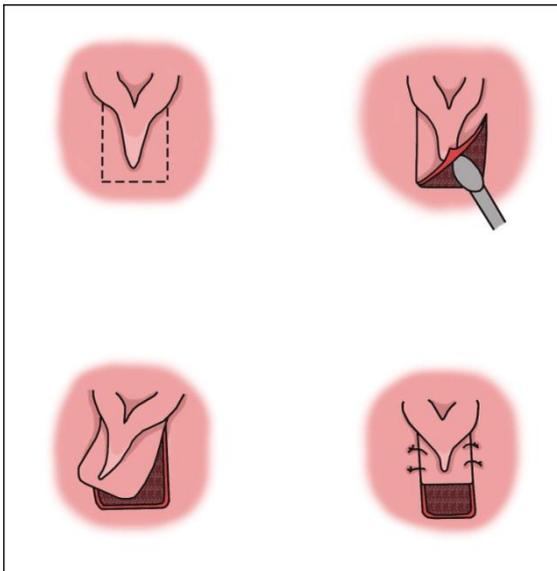


Fig.11

-  : Con esta técnica se deja una cicatriz mucosa en otra dirección que la del frenillo inicial, alargando el labio superior. Levantamos el labio superior para mantener tenso el frenillo y hacemos una incisión vertical en su eje mayor, y dos incisiones laterales paralelas que formaran un ángulo de  $60^\circ$  con la incisión central; puesto que de esta forma se consigue alargar el labio un 75%. La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Una vez profundizadas todas las incisiones se levantan los colgajos que serán transpuestos (Fig.12).

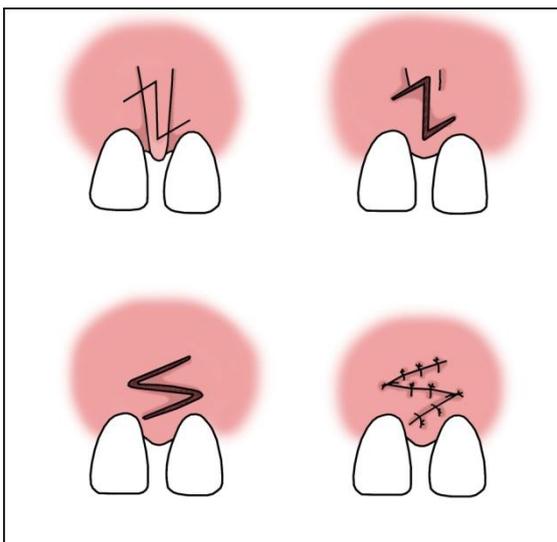


Fig.12

### 3.3 Frenectomía y Frenotomía:

La técnica que describimos conduce a la eliminación quirúrgica del frenillo en dos tiempos; en primer lugar se realiza una exéresis completa del frenillo (frenectomía) para terminar la intervención con una plastia (frenotomía) (Fig.13).

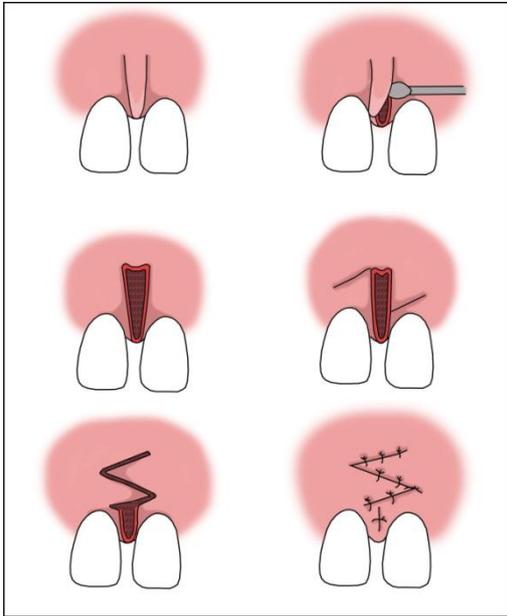


Fig.13

## OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS FRENILLOS BUCALES

Une con flechas las palabras de la columna izquierda (situación clínica) con las de la derecha (opciones terapéuticas)

<b>DENTICIÓN</b>	<b>SITUACIÓN CLÍNICA</b>	<b>OPCIONES TERAPEUTICAS</b>
DENT. TEMPORAL	No han erupcionado los incisivos.	CIRUGÍA + ORTODONCIA
	Han erupcionado los incisivos centrales y no pueden salir los laterales.	-ESPERAR ERUPCIÓN DE LATERALES Y CANINOS -ORTODONCIA -CIRUGÍA + ORTODONCIA.
	Si los incisivos centrales y laterales han erupcionado bien.	CIRUGÍA + ORTODONCIA
DENT. PERMANENTE	Incisivos centrales erupcionados.	CIRUGÍA
	Incisivos centrales erupcionados y no pueden erupcionar los laterales.	ABSTENCIÓN
	Incisivos centrales, laterales y caninos erupcionados.	CONDUCTA ESPECTANTE