

Frenectomías Labial y Lingual en el Niño *

POR EL DOCTOR

E. W. CASAS MORALES **

Ex Jefe de Higiene y Clínica de Niños,
Encargado Servicio Cirugía Bucal Infantil,
Facultad de Odontología,
Montevideo

SUMARIO

- 1) Introducción.
- 2) Frenillo labial - Conceptos generales.
- 3) Frenillo lingual - Conceptos generales.
- 4) Frenectomía labial - Técnica quirúrgica.
- 5) Frenectomía lingual - Técnica quirúrgica.
- 6) Conclusiones.
- 7) Bibliografía

1) INTRODUCCION

Estas dos intervenciones plásticas de la cavidad bucal tienen relación con tejidos blandos, pero eventualmente pueden interesar la sustancia ósea maxilar, como ocurre en el caso de la frenectomía labial superior.

Obedecen, por lo menos, a cuatro finalidades:

a) **Preventiva**, cuando se desea evitar su influencia perjudicial en la normal erupción de las piezas dentarias incisivas superiores, caso del frenillo labial anormal en

* La casuística base de este trabajo está constituida por pacientes operados en el Servicio de Cirugía Bucal Infantil de la Facultad de Odontología (a cuyo frente estuvimos desde 1960 hasta 1962) y en nuestra práctica privada.

—Los dibujos pertenecen a nuestra Asistente, Srta. Julia Martínez.

** Tacuarembó 1417 ap. 5. Tel. 41.42.20
Montevideo.

la época pre-eruptiva de esos órganos dentarios (Figs. 1, 2, 4, 5), o prevenir anomalías de fonación (dislalias), caso del frenillo lingual (Fig. 21) en la época de la segunda infancia;

b) **Protética**, en ocasión de la instalación de aparatos fijos o removibles, con el fin de facilitar o permitir su buena estabilidad o retención;

c) **Ortodóncico-ortopédica**, cuando, con el fin de instaurar una terapia de este orden debe extirparse previamente uno o ambos frenillos para permitir la colocación de los aparatos respectivos;

d) **Curativa**, cuando dichas bridas aparecen lesionadas o traumatizadas por la presencia de aparatos protéticos, ortodóncicos u ortopédicos ya existentes.

2) EL FRENILLO LABIAL - CONCEPTOS GENERALES

Diversos autores, Jacobs⁸, Monti⁸, Kelsey⁹, han clasificado las bridas labiales teniendo en cuenta su estructura anatómica y su conformación exterior, aconsejando extirpar determinadas formas y no tocar otras. Sin embargo, creemos que no se puede basar la decisión operatoria solamente en la configuración del frenillo, sino que es necesario relacionarla con la edad del pa-

ciente y los factores locales existentes. Así, un frenillo labial que a los dos años parece ser patológico (Figs. 13 y 14), a los cinco puede ser totalmente normal (sin que haya experimentado cambios en su constitución anatómica) y, por consiguiente, no debe ser operado. Por eso consideramos un error indicar la frenectomía labial superior antes de los cuatro y medio o cinco años, como con cierta frecuencia se hace.

Con respecto a la edad en que debe ser operado, existe diversidad de opiniones. Hay quienes⁹ creen que la mejor época para la intervención es el momento de la caída de los incisivos temporarios y su reemplazo por los permanentes; quienes⁹ ubican ese momento cuando hacen erupción los incisivos laterales; y aquellos³ que estiman que la mejor época es la anterior a la erupción de los temporarios.

No compartimos estas últimas opiniones por lo expresado ya, en el sentido de que una brida pseudo patológica en ese momento, puede normalizarse para la época del recambio antero-superior. (Figs. 13 y 14).

En consecuencia, consideramos que el mejor criterio es ubicar la intervención en el período que comienza con la pérdida de fijación de las piezas incisivas temporarias anteriores por la proximidad de los gérmenes permanentes y que se extiende hasta el momento en que aquellas caen espontáneamente y se presentan los incisivos permanentes en erupción coronaria parcial. Por consiguiente creemos que no se puede fijar una edad óptima para la intervención por las variaciones lógicas que muestra el proceso eruptivo dentario. Pero en prin-

cipio y para establecer una norma general, puede decirse que la frenectomía labial debe efectuarse entre los cinco y los siete años, pero nunca antes de esa época.

3) EL FRENILLO LINGUAL - CONCEPTOS GENERALES

El frenillo lingual o brida lingual anterior (puede, en algunos casos existir bridas linguales laterales, aunque son raras), está formado superficialmente por tejido laminar y en la porción profunda por fibras musculares y/o membranosas.

Cuando tiene características de anormalidad, por su inserción superior muy próxima al extremo lingual o por su gruesa o compacta conformación anatómica, puede originar:

a) **Trastornos foniátricos**, dislalias, arrastre verbal (en "perro" dice "pero"; en "ferrocarril" dice ferrocarril"), que con el paso del tiempo pueden provocar trastornos psicológicos de importantes consecuencias;

b) **Dificultades en la autoclisis buco-dental**. El extremo lingual no puede recorrer los espacios vestibulares para efectuar la movilización de los restos alimenticios, los cuales, por consiguiente, son comprimidos por las mejillas y los labios y empaquetados en los espacios interdentarios, con las previsibles consecuencias en cuanto al aumento de la morbilidad dentaria, gingival y ósea de reborde y periápice;

c) **Dificultad para la debida formación del "bolo alimenticio"**, lo que trae aparejado que el niño triture poco los alimentos, los degluta precozmente y origina digestiones lentas y poco recompensantes.

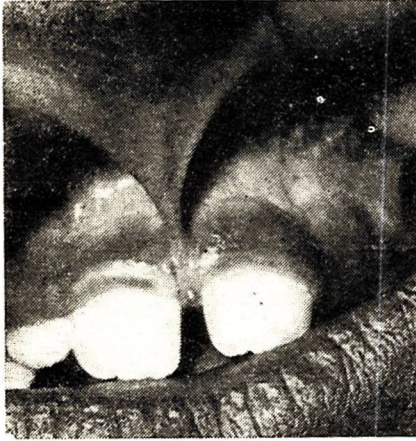


Figura 1

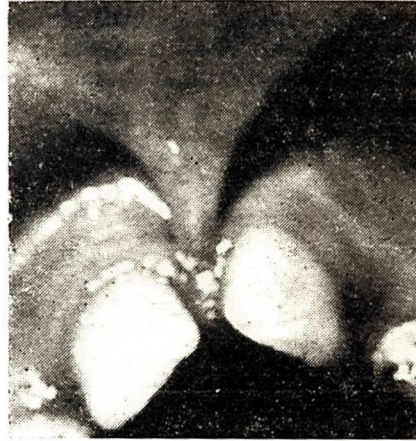


Figura 2



Figura 3



Figura 4

FIG. 1. — Diastema inter incisivo con ejes de ambas piezas paralelos, parcial erupción de lateral derecho, con ligera rotación por disminución de espacio; ausencia clínica del lateral izquierdo por la misma razón.

FIG. 2. — Gruesa brida labial de franca inserción palatina que ha originado divergencia apical en los ejes de los incisivos centrales, grande e irregular diastema, giro versión de esas piezas y detención eruptiva de los incisivos laterales.

FIG. 3. — Este frenillo ha retardado el avance intra óseo del germen permanente y la esfoliación consiguiente del incisivo central derecho temporario.

FIG. 4. — La presencia clínica del incisivo central se ve retardada y modificada en su correcta posición por la brida labial. La intervención a tiempo hubiera disminuído o anulado la anomalía de erupción y de posición (Radiográficamente se apreció convergencia apical de ambos incisivos.)

4) FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR - TECNICA QUIRURGICA

No nos referiremos a la preparación mediata del paciente ni al preoperatorio inmediato porque son los que corresponden a toda intervención quirúrgica.

Hemos tomado en consideración lo que nos ha parecido mejor en cada técnica descrita^{2, 3, 6, 5}, modificando algunos pasos, eliminando otros, de manera que esta intervención sea de fácil y eficiente realización. Por lo tanto, estimamos que la que se describe no debe llamarse una técnica estrictamente personal.

Enumeraremos en forma sintética los pasos que realizamos en esta intervención:

1) En los casos necesarios hacemos premedicación inmediata del paciente, aplicando las reglas de Clark y Young en cuanto a la dosis de hipnótico, sedante y/o tranquilizante.

2) Anestesia local por infiltración. El ayudante mantiene el labio tenso. Comprimos el tejido labial con el dedo, a la altura del surco vestibular e insertamos sub mucosa una aguja nueva de calibre 36, montada en jeringa metálica tipo Carpule. Inyectamos una o dos gotas, esperamos diez segundos, completamos hasta 0.5 cm³, profundizamos la aguja por debajo del frenillo, depositamos algunas gotas más en el trayecto y, ya el extremo de la aguja en el lado opuesto a su inserción, depositamos otros 0,5 cm³. A continuación inyectamos 2 o 3 gotas en la papila interdientaria, hacia palatino. Es decir que, en total, empleamos aproximadamente 1,5 cm³ de solución anestésica al 2%, con vasoconstrictor.

3) Pinzamos el frenillo en su parte media con una hemostática mosquito de extremo curvo, de modo que haga contacto con el reborde. (Fig. 8) Hacemos una incisión en V que parte de ambos lados de los extremos de la pinza y cuyo vértice contornea la papila interincisiva por palatino, según el lugar de inserción del frenillo, lo que se determina por la isquemia que origina su tracción. Este corte debe incluir el periostio. En algunos casos —muy pocos— cuando el hueso interradículo-centrales es prominente y denso, con una fresa redonda montada en turbina tallamos un canal vertical desde el extremo de la hemostática hasta la papila interincisiva. Esto lo hacemos principalmente cuando los incisivos laterales están haciendo erupción, para facilitar la mesialización de los centrales.

4) Bajamos ligeramente el mango de la hemostática y por encima de sus extremos curvos hacemos un corte con tijera curva de Mc Indoe de suerte que al terminar el corte se separa la pinza de la herida, dejando esquematizado un rombo vertical. Con una torunda de gasa hacemos la hemostasis. (Fig. 9).

5) Hacemos sutura con aguja curva e hilo negro de algodón N° 50 a puntos interrumpidos, desde el borde superior de la herida hasta donde comienza el reborde gingival. La parte inferior del rombo queda sin sutura. La hemostasis se hace espontáneamente, en pocos minutos. (Figs. 10 y 11).

6) Despedimos al paciente sin otra indicación que la de reposo relativo y analgésicos por si hay dolor, cosa que muy pocas veces ocurre. No indicamos frío ni anti-

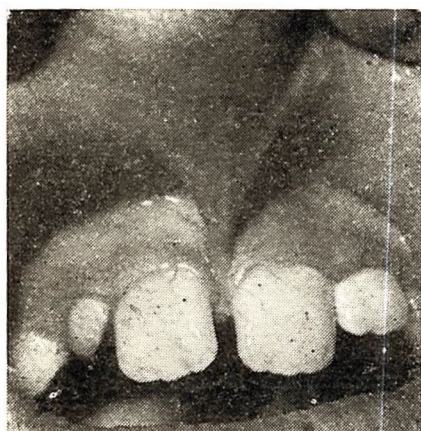


Figura 5

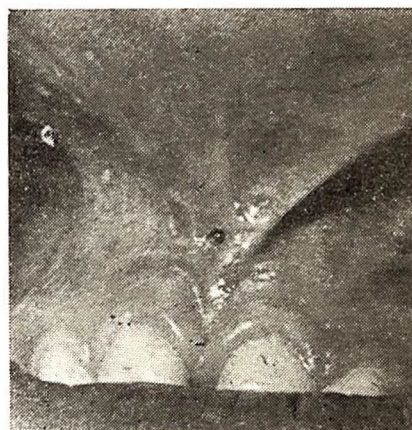


Figura 6

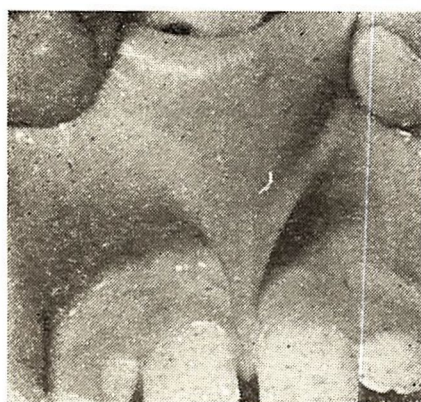


Figura 7



Figura 8

FIG. 5. — Pronunciado diastema interincisivo con ejes paralelos de ambos incisivos centrales y rotación vestibular y palatina de los incisivos laterales

FIG. 6. — El caso anterior (Fig. 5) a los 60 días de la intervención.

FIG. 7. — Bandaleta vestibulo palatina con diastema interincisivo pronunciado, ejes de centrales paralelos y rotación de laterales.

FIG. 8. — Pinzamos el frenillo en su parte media con una hemostática mosquito de extremos curvos, de modo tal que haga contacto con el vestibulo. (Véase la descripción del paso N° 3 en la técnica quirúrgica de la frenectomía labial superior, página N° 4 de este trabajo).

bióticos, por considerarlos innecesarios. Al día siguiente limpiamos la herida y a los 5 o 6 días retiramos los puntos. Dejamos en manos del ortodoncista u ortopedista el

tratamiento especializado de la corrección de posición a que hubiere lugar. En ese sentido no consideramos ventajosa la técnica de Chatterlier descrita por Di Píramo⁷.

7) Estadística.

Casos operados	95
Evolución normal	92
Recidiva al año	3*

Si se trata de un caso de protrusión con diastema o con diastemas y frenillo labial anormal, creemos que la técnica de elección es la de Bilchmayer¹⁰ con las modificaciones de Archer y con la osteotomía de Skogsborg para la sección palatina de los septos interdentarios anteriores o interincisivos centrales. Pero no es tema de este trabajo abordar el problema del tratamiento quirúrgico ortopédico de estas malformaciones.

5) FRENECTOMIA LINGUAL -
TECNICA QUIRURGICA

- 1) Premedicación, si es necesaria.
- 2) Analgesia loco-regional a nervios linguales de ambos lados. Punción en zona posterior de surco lingual con aguja calibre 30 montada en jeringa tipo Carpule. Inyectamos algunas gotas y esperamos diez segundos. Completamos hasta 1,5 cm³. Realizamos la misma operación del lado opuesto.

Después de 3 o 4 minutos, cuando ya hay sensación subjetiva de analgesia en la lengua, tomamos su extremo con una gasa, lo comprimimos con los dedos, hacemos punción e inyectamos intramuscularmente 0,5 cm³ de solución anestésica.

- 3) Pasamos por el extremo lingual una aguja curva de sutura, con hilo de seda grueso. Pinzamos el hilo con una hemostática, a dos o tres centímetros del extremo lingual. El ayudante hace tracción manteniendo la lengua bien ex-

* Reoperados, no recidivaron

puesta y el frenillo tenso para ser operado. (Fig. 22).

- 4) Con una hemostática recta tomamos la brida lingual en su parte central y por encima y por debajo hacemos un corte rasante, con tijera recta. El óvalo formado se sutura a puntos interrumpidos con hilo de algodón. (Fig. 22).

Aquí, a diferencia del frenillo labial no interesa eliminar tejido, sino, simplemente, separar las dos inserciones de la brida. En consecuencia, basta con el corte por encima y debajo de la hemostática. Si esto no fuere suficiente para liberar el extremo lingual, entonces decolamos la mucosa venial y de piso de boca. En este caso hay que tratar de no lesionar los vasos de la zona que pueden ser importantes y dar origen a hemorragias espectaculares. Logrando esto — con paciencia y delicadeza — se efectúa la sutura en la forma indicada. Con una torunda de gasa se hace la hemostasis rápidamente.

- 5) Indicamos al paciente analgésicos (con frecuencia hay algún dolor relacionado directamente con la movilidad lingual), dieta blanda o líquida por tres días y disolución bucal de tabletas analgésico-antibióticas. Al día siguiente curación y a los seis días retiro de los puntos. (Fig. 23).

6) Estadística:

Casos operados	18
Evolución normal	17
Recidiva	1*

6) CONCLUSIONES

Las frenectomías labial superior y lingual anterior son dos intervenciones plásticas de la cavidad bu-

* Reoperado, no recidivó.

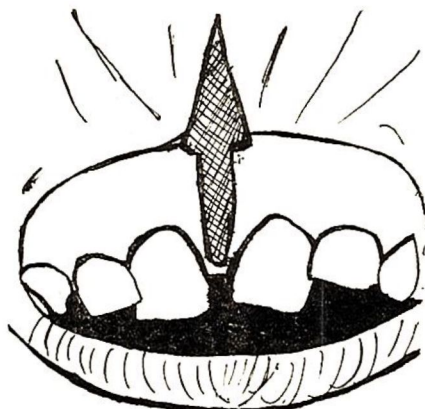


Figura 9

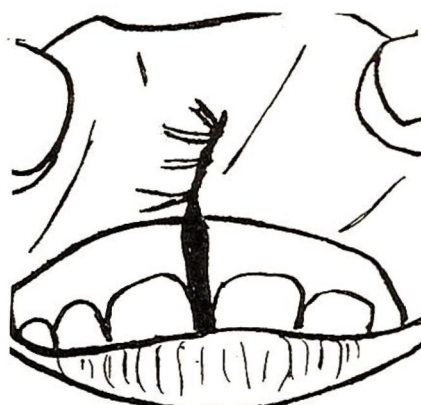


Figura 10



Figura 11



Figura 12

FIG. 9. — Hecha la incisión con bisturí Bard-Parker y hoja N° 15, en la parte inferior y realizado el corte superior con tijera de Mc Indoe de extremo curvo, se genera una especie de irregular rombo o punta de lanza.

FIG. 10 y 11. — Terminada la exéresis del frenillo hacemos sutura a puntos interrumpidos en la parte superior del rombo originado por la intervención. Utilizamos aguja curva pequeña e hilo negro de algodón. Por lo general son suficientes cuatro puntos. La hemostasis en la porción inferior se hace rápidamente aplicando una compresa de gasa. No aconsejamos el uso de hilo de nylon pues los cabos producirían dolor al traumatizar la mucosa labial, por excelencia móvil.

FIG. 12. — En caso anterior al año de operado. El diastema se ha reducido espontáneamente. La labor del especialista en ortodoncia ordenará definitivamente esas piezas.

cal que pueden obedecer, entre otras, a cuatro finalidades:

- a) Preventiva,
- b) Protética,
- c) Ortodónico-ortopédica,
- d) Curativa.

Consideramos, en cuanto a la brida labial, que no debe ser operada nunca antes de los cinco años, pues una bandeleta que parece tener características patológicas a temprana edad, en ese momento puede nor-

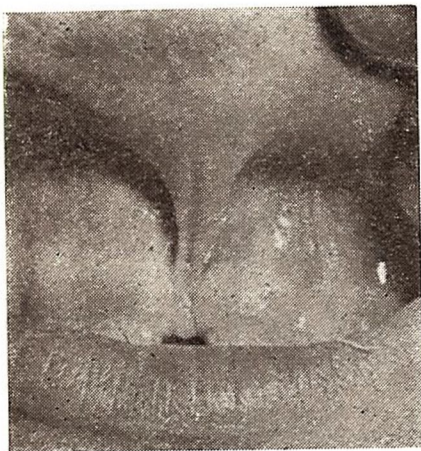


Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16

FIG 13 y 14. — Una brida labial que parece ser patológica a los dos años puede corregirse espontáneamente y ser absolutamente normal a los siete. La Fig. 13 corresponde a un niño de dos años y medio de edad y la N^o 14 al mismo niño, pero a los ocho años. Se aprecia la inserción alta del frenillo y la ausencia de diastema interincisivo. Ya a los cinco años —edad óptima para decidir la intervención— en este caso la brida se había normalizado por completo. De ahí que no aprobemos la frenectomía labial a edad temprana, como con cierta frecuencia se hace.

FIG. 15 y 16. — Noventa días después de la intervención. Se ha esfoliado un central temporario en cada caso e inicia normalmente su erupción clínica el central correspondiente.

malizarse total y espontáneamente. Se establece como norma general — con todas las variaciones que marginan el caso particular — que esta intervención debe efectuarse entre los cinco y los siete años. Se

describe una técnica quirúrgica que en el sentido estricto no es personal, pero que sintetiza conocimientos y experiencia ajenos y propios. Se brinda una estadística de 95 casos operados.



Figura 17

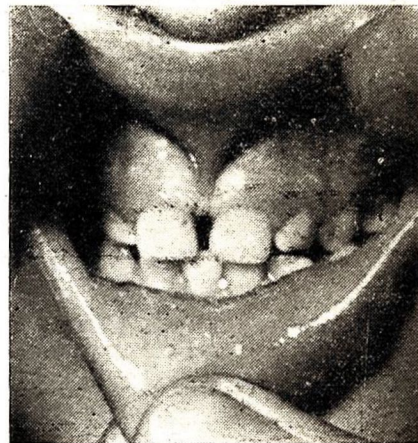


Figura 18

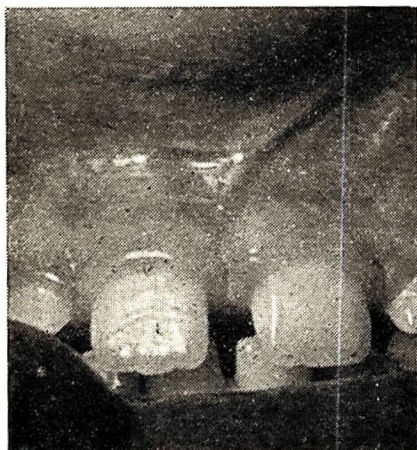


Figura 19



Figura 20

FIG. 17. — No siempre un frenillo de aspecto voluminoso produce alteraciones de erupción o de posición dentaria. Pero ello ocurre excepcionalmente, lo que justifica la frenectomía con fines preventivos.

FIG. 18. — Separación o divergencia apical de los incisivos centrales con diastema intercoronario, sin disminución apreciable del espacio lateral.

FIG. 19 y 20. — Treinta días después de efectuada la frenectomía labial superior.

Referente al frenillo lingual anterior, aconsejamos su corrección a edad temprana para evitar trastornos fonológicos, dislalias, etc. Se indica una técnica simple y segura y

se detalla una estadística basada en 18 casos operados.

Se presenta material gráfico del autor.

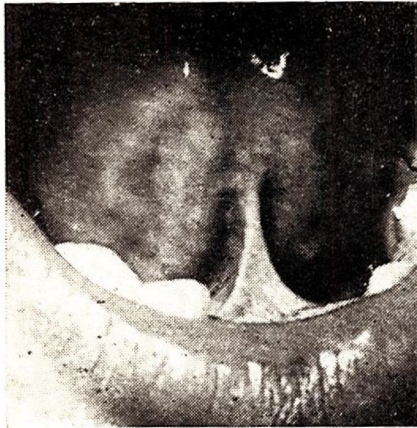


Figura 21

FIG. 21. — Gruesa brida lingual anterior que permite poca movilidad al extremo lingual, creando defectos de pronunciación y dificultades en la autoclisis. Niño de 4 años.

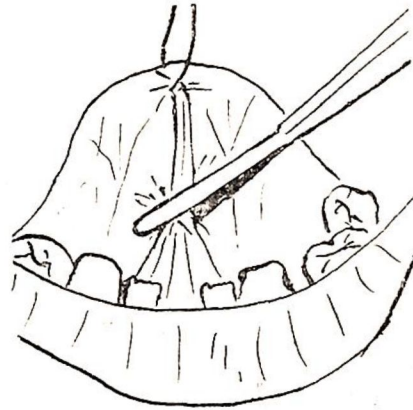


Figura 22

FIG. 22. — La brida ha sido tomada con una hemostática recta en su parte media. Al contrario del frenillo labial, aquí no se necesita, por lo general, eliminar tejido, sino desbridar el extremo lingual. En consecuencia, hacemos un corte superior y otro inferior. Si no son suficientes, hacemos disección cuidadosa de la inserción ventral de la brida. La lengua se mantiene en posición mediante un hilo de seda pasado por su extremo, lo que facilita mucho la intervención.

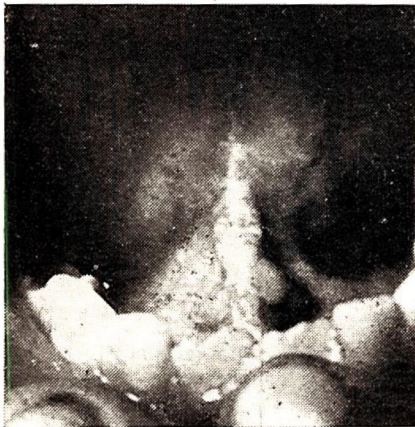


Figura 23

FIG. 23. § El mismo caso anterior dos meses después de la intervención. El niño había ya corregido las dificultades de dicción. En este caso hubo que hacer disección en piso de boca por la característica de la inserción inferior del frenillo.

BIBLIOGRAFIA

1. VIVONE, R. — "El frenillo labial superior". "Artodoncia"; 8: 1, 1946.
2. FEDERSPIEL, M. N. — Hypertrophied maxillary frenum. "Dental Cosmos"; 75: 331, 1933.
3. MEAD, S. V. — Oval Surgery. C. V. Mosby Co. St. Louis, 1934.
4. RIESCENTENO, G. — Cirugía Bucal. Ateneo, 1955.
5. GIETZ, E. — Cirugía oral menor. Progrental; B. A. 1946.
6. L'HIRONDELL et ARACNOWICZ. — Rev. de Stomatol. 37: 436, 1935.
7. DI PIRAMO, S. — "La frenectomia". "Rev. A.O.U." Octubre 1961 - Marzo 1962. Montevideo.
8. MONTI, A. E. — Tratado de Ortodoncia. El Ateneo, 1942, 1953.
9. THOMA, K. — Cirugía Bucal. 1953.
10. BILCHMAYER. — Chir. Kieferorthopädie, Zschr. zahnärztl. Orthop.