



Facultad de Ciencias de la Salud

**Tema:**

**Exéresis de Frenillo Labial Superior con Técnica Clásica y Osteotomía por Diastema  
Interincisal. Reporte de Caso Clínico.**

**Trabajo de titulación para la obtención de título de Odontólogo**

**Presentado por:**

Katherin Doménica Escorza Tufiño

**Tutor:**

Dra. María Cristina Rockenbach-Binz

**Cotutor:**

Dra. Andrea Isabel Rodríguez Mayorga

**Quito, Diciembre de 2024**

## Resumen

**Introducción:** Los frenillos labiales son estructuras de tejidos fibroso, compuestos en su mayoría por fibras de colágeno elásticas, que sirven para conectar la mucosa alveolar con la mucosa labial. (Castro, 2016). En su mayoría, el tamaño, posición e inserción, no suele ser considerado como una patología, en algunos casos los frenillos aberrantes o bien llamados también “frenillos anómalos”, pueden generar varias alteraciones en el periodonto protector afectando el aspecto estético, provocando problemas periodontales, fonéticos, ortodónticos y protésicos. Dando a conocer las alteraciones de una inserción anormal de los frenillos puede ocasionar, es fundamental evaluar el cuadro clínico del paciente, realizar exámenes radiográficos y establecer un diagnóstico y tratamiento óptimo e individual. (Aanchal et al., 2021).

**Objetivo:** Exponer el caso clínico de exéresis de frenillo labial superior con técnica clásica y osteotomía por diastema interincisal, para mejorar la estética y confort del paciente.

**Presentación de caso clínico:** Paciente masculino de 26 años, acude a consulta presentando diastema. Se diagnostica una inserción fraenal de tipo gingival, según la clasificación de Mirko Placek, y un frenillo alargado, según la clasificación de Monti, para luego ser sometido a cirugía de frenectomía labial superior con osteotomía por diastema interincisal y presentar cresta ósea recta y gruesa no compatible con anatomía normal. **Conclusión:** El éxito depende tanto de un diagnóstico preciso del frenillo como de la elección de la técnica adecuada para asegurar su completa eliminación y necesidades estética o funcional que tenga el paciente.

**Palabras clave:** FRENILLO LABIAL SUPERIOR, FRENECTOMÍA, TÉCNICA CLÁSICA, DIASTEMA.

### **Declaración De Aceptación Y De Norma Ética Y Derecho**

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Katherin Domenica Escorza Tufiño



Firmado electrónicamente por:  
KATHERIN DOMENICA  
ESCORZA TUFINO

1726640400

### **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo a mis padres y agradecerles por todo, ya que a ellos les debo lo que he logrado en este tiempo de mucho esfuerzo y dedicación y decirles que todo ha valido la pena.

Y para mi niña interior; solo es el comienzo, es el primer escalón para llegar a la cima de un futuro lleno de éxito.

## Índice

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Resumen.....                                               | 2  |
| Declaración De Aceptación Y De Norma Ética Y Derecho ..... | 3  |
| Dedicatoria .....                                          | 4  |
| Introducción .....                                         | 10 |
| Materiales y Métodos.....                                  | 18 |
| Discusión.....                                             | 24 |
| Conclusión .....                                           | 26 |
| Referencias.....                                           | 27 |

## Índice de Figuras

|                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1.</b> Tipos de frenillo labial superior según Mirko Placek y Cols. ....                                                                                                                                                            | 11 |
| <b>Figura 2.</b> Tipos de frenillo labial superior según Monti. ....                                                                                                                                                                          | 12 |
| <b>Figura 3.</b> Técnica de la Z-plastia. ....                                                                                                                                                                                                | 14 |
| <b>Figura 4.</b> Técnica de la VY plastia o reposición apical. ....                                                                                                                                                                           | 15 |
| <b>Figura 5.</b> Técnica Frenectomía Romboidal. ....                                                                                                                                                                                          | 15 |
| <b>Figura 6.</b> Cirugía Fibrosa. ....                                                                                                                                                                                                        | 15 |
| <b>Figura 7.</b> Cirugía Ósea. ....                                                                                                                                                                                                           | 16 |
| <b>Figura 8.</b> Técnica de Frenectomía con Láser. ....                                                                                                                                                                                       | 16 |
| <b>Figura 9.</b> Técnica de Frenectomía Clásica o Convencional. ....                                                                                                                                                                          | 16 |
| <b>Figura 10.</b> Frenillo Gingival según Mirko Placek, Frenillo alargado según la Monti. Test de Graber positivo. ....                                                                                                                       | 18 |
| <b>Figura 11.</b> Radiografía Periapical de Incisivos Centrales Superiores. ....                                                                                                                                                              | 19 |
| <b>Figura 12.</b> Infiltración Anestésica. ....                                                                                                                                                                                               | 20 |
| <b>Figura 13.</b> Frenectomía con Técnica de Bisturí Convencional. <b>A.</b> Colocación de pinza Hemostática. <b>B.</b> Incisiones a espesor total con mango de bisturí. <b>C.</b> Herida Triangular después de eliminación de frenillo. .... | 20 |
| <b>Figura 14.</b> <b>A.</b> Eliminación de fibras frenales residuales. <b>B.</b> Sutura tres puntos simples. ....                                                                                                                             | 21 |
| <b>Figura 15.</b> <b>A.</b> Incisión Intrasulcular. <b>B.</b> Osteotomía de la cresta interincisiva. <b>C.</b> Sutura de un punto colchonero vertical y un punto intrapapilar. ....                                                           | 21 |
| <b>Figura 16.</b> Cicatrización después de diez días de la cirugía. ....                                                                                                                                                                      | 22 |
| <b>Figura 17.</b> Resultado de cresta interincisal después de osteotomía. ....                                                                                                                                                                | 23 |
| <b>Figura 18.</b> Remisión a ortodoncia. ....                                                                                                                                                                                                 | 23 |

## Índice de Tablas

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla 1.</b> Clasificación de Mirko Placek y Cols. .... | 11 |
| <b>Tabla 2.</b> Clasificación de Monti. ....               | 12 |

## **EXÉRESIS DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR CON TÉCNICA CLÁSICA Y OSTEOTOMÍA POR DIASTEMA INTERINCISAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

**Katherin Doménica Escorza Tufiño**

**domeescorza05@gmail.com**

### **Resumen**

**Introducción:** Los frenillos labiales son estructuras de tejidos fibroso, compuestos en su mayoría por fibras de colágeno elásticas, que sirven para conectar la mucosa alveolar con la mucosa labial. (Castro, 2016). En su mayoría, el tamaño, posición e inserción, no suele ser considerado como una patología, en algunos casos los frenillos aberrantes o bien llamados también “frenillos anómalos”, pueden generar varias alteraciones en el periodonto protector afectando el aspecto estético, provocando problemas periodontales, fonéticos, ortodónticos y protésicos. Dando a conocer las alteraciones de una inserción anormal de los frenillos puede ocasionar, es fundamental evaluar el cuadro clínico del paciente, realizar exámenes radiográficos y establecer un diagnóstico y tratamiento óptimo e individual. (Aanchal et al., 2021).

**Objetivo:** Exponer el caso clínico de exéresis de frenillo labial superior con técnica clásica y osteotomía por diastema interincisal, para mejorar la estética y confort del paciente.

**Presentación de caso clínico:** Paciente masculino de 26 años, acude a consulta presentando diastema. Se diagnostica una inserción fraenal de tipo gingival, según la clasificación de Mirko Placek, y un frenillo alargado, según la clasificación de Monti, para luego ser sometido a cirugía de frenectomía labial superior con osteotomía por diastema interincisal y presentar cresta ósea recta y gruesa no compatible con anatomía normal.

**Conclusión:** Aunque la frenectomía es solo utilizada en ciertas ocasiones, es vital entender cómo llevar a cabo el procedimiento de manera eficiente y efectiva. El éxito depende tanto de un diagnóstico preciso del frenillo como de la elección de la técnica adecuada para asegurar su completa eliminación y necesidades estética o funcional que tenga el paciente.

**Palabras clave:** FRENILLO LABIAL SUPERIOR, FRENECTOMÍA, TÉCNICA CLÁSICA, DIASTEMA.

### **Abstract**

**Introduction:** Labial frenula are fibrous tissue structures, primarily composed of elastic collagen fibers, that connect the alveolar mucosa with the labial mucosa. (Castro, 2016). In general, the size, position, and insertion of frenula are not considered pathological; however, in some case, aberrant frenula, also known as “anomalous frenula”, can lead to various alterations in the protective periodontium, affecting aesthetic appearance issues, Recognizing the alterations that an abnormal insertion of frenula can cause is essential for evaluating the patient’s clinical situation, conducting radiographic examinations, and establishing an optimal and individualized diagnosis and treatment. (Aanchal et al., 2021).

**Objective:** To present a clinical case of the excision of the upper labial frenulum using a classic technique and osteotomy due to an interincisal diastema, aimed to improve the patient’s aesthetic and comfort.

**Clinical Case Presentation:** A 26-year-old male patient presented with diastema. A gingival type frenulum insertion was diagnosed according to Mirko Placek’s classification, along with an elongated frenulum as per Monti’s classification. The patient subsequently underwent a

surgical labial frenectomy with osteotomy for the interincisal diastema, revealing a straight and thick bony crest incompatible with normal anatomy. **Conclusion:** Although frenectomy is only used in specific cases, it is essential to understand how to perform the procedure efficiently and effectively. The success of the treatment depends on accurate frenulum diagnosis and the choice of appropriate technique to ensure complete removal and meet the patient's aesthetic and functional needs.

**Keywords:** UPPER LABIAL FRENULUM, FRENECTOMY, CLASSIC TECHNIQUE, DIASTEMA.

### **Introducción**

Los frenillos son bandas de tejido, que pueden ser fibrosos o musculares, cubiertos de mucosa, cuya función principal es permitir la unión de los labios con las encías y el periostio. Existen tres tipos de frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. Histológicamente están compuestos por tres capas: Epitelio escamoso estratificado queratinizado, Tejido conjuntivo de fibras elásticas y tejido fibroso blando. (Castro, 2016). Aunque la presencia de la adherencia no suele causar problemas o patologías bucales, su proximidad al periodonto puede provocar problemas periodontales, funcionales, estéticos, fonéticos y protésicos. (Castro, 2018).

El frenillo labial superior es un pliegue de la mucosa oral, que nace internamente del labio y se inserta en la línea media de la encía adherida entre los incisivos centrales del maxilar y en ciertas ocasiones, puede llegar hasta el borde alveolar o a la papila palatina. (Gay & Berini, 2011, pág. 557). Su formación inicia en la décima semana de gestación como una banda continua que conecta el tubérculo labial con la papila palatina, atravesando el reborde alveolar, al nacer se

divide en dos partes, una palatina que sería la papila y la otra vestibular, el frenillo. (Xie., et al. 2022).

Existen diferentes clasificaciones de los frenillos labiales. Mirko Placek y Cols en 1974, proponen una clasificación que se basa en el grado de adherencia y posición de los frenillos a los tejidos del periodonto. **(Tabla 1).** **(Figura 1).** Monti distingue tres tipos de frenillos. **(Tabla 2).** **(Figura 2).**

**Tabla 1.** *Clasificación de Mirko Placek y Cols.*

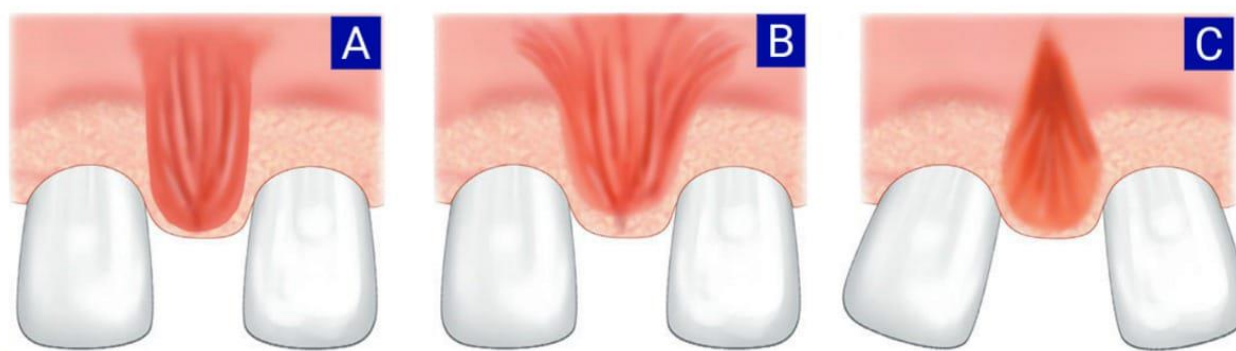
|                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Frenillo Mucoso: Las fibras del frenillo se insertan en la unión mucogingival.                                                |
| <b>B.</b> Frenillo Gingival: Las fibras del frenillo se insertan en la encía adherida.                                                  |
| <b>C.</b> Frenillo Papilar: Las fibras del frenillo se extienden hasta la papila interdental.                                           |
| <b>D.</b> Frenillo de Penetración Transpapilar: Cuando las fibras del frenillo cruzan la cresta alveolar y llegan a la papila palatina. |



**Figura 1.** *Tipos de frenillo labial superior según Mirko Placek y Cols.*

**Tabla 2.** *Clasificación de Monti.*

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Frenillo Alargado: Los ejes de los incisivos son paralelos.                             |
| <b>B.</b> Frenillo Triangular Base Superior: Los ejes de los incisivos convergen hacia incisal.   |
| <b>C.</b> Frenillo Triangular de Base Inferior: Los ejes de los incisivos divergen hacia incisal. |

**Figura 2.** *Tipos de frenillo labial superior según Monti.*

La presencia de un frenillo sobre insertado suele estar relacionado frecuentemente a un diastema interincisal, que generan un espacio de 1 a 6 mm aproximadamente. Esto puede interferir con el adecuado desarrollo de tratamiento de ortodoncia, generar un labio corto, en ocasiones dificultar movimientos del labio superior, enfermedad periodontal por difícil alcance de higiene oral y en ciertos casos alteraciones en el habla. (Díaz, Puerta, & Verbel, 2014).

Se puede diagnosticar a los frenillos aberrantes de una manera visual, con la prueba de Isquemia o Maniobra de Graber, consiste en tirar o traccionar el labio hacia arriba y observar

isquemia de la papila interdental y del frenillo (signo de papila o de Graber positivo), en caso de observar palidez, se trata de un frenillo anómalo. (Castro, 2016).

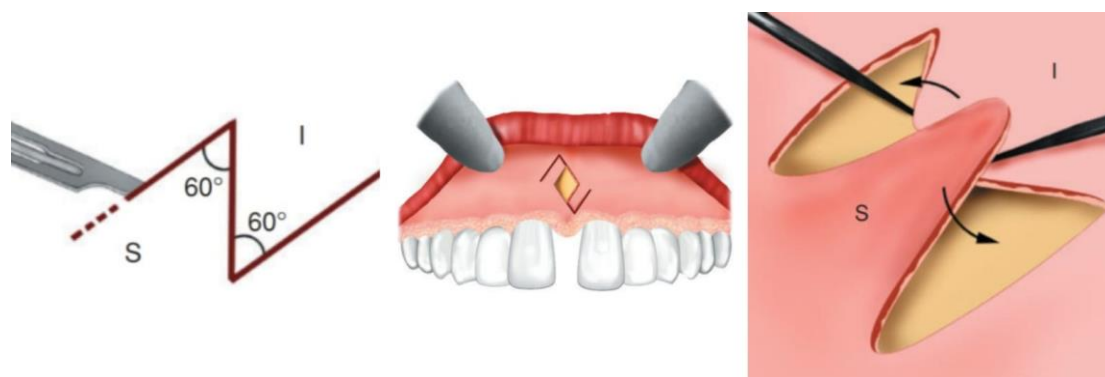
Para el buen diagnóstico de un frenillo sobre insertado, se debe verificar que el diastema este presente, Test de Graber positivo y un examen radiográfico periapical para descartar, por ejemplo, la presencia de un mesiodens y valorar las características del hueso del diastema medial. (Gay & Berini, 2011, pág. 559).

El tratamiento quirúrgico de los frenillos se llama frenectomía y consiste en la exéresis total del frenillo con su adherencia al hueso, la cirugía eliminará el frenillo, pero solo la ortodoncia cerrará el diastema, hay que considerar la edad del paciente y el tipo de dentición presente. La mejor opción es esperar a que los seis dientes anteriores estén erupcionados, ya que los diastemas superiores, en su mayoría, se cierra con la erupción de los caninos superiores. (Gay & Berini, 2011, pág. 560).

Existen diversas técnicas para la extirpación del frenillo, cada una con diferente abordaje. Por ejemplo, Z-plastia, esta técnica es empleada en casos de frenillos con vestíbulos cortos, se hace dos colgajos a los lados del frenillo y al suturar la mucosa labial se forma una “Z”. (Bajaj, et al. 2024). **(Figura 3)**. V-Y plastia, también denominada reposición apical, permite aumentar el tamaño de la zona labial y mejorar la apariencia estética, se realiza una incisión en “V”, se vuelve a poner el frenillo en la parte apical y se convierte en una “Y” al momento de suturar. (Shirbhate., et al. 2024). **(Figura 4)**. La técnica romboidal o de diamante, con esta se obtiene una anatomía más adecuada pero no consigue que el labio sea más largo. (Castro, 2018) . **(Figura 5)**. En cuanto a la cirugía fibrosa, se basa en la extirpación quirúrgica en cuña de la encía adherida y todas las fibras transeptales, que se extienden hacia la papila palatina. **(Figura 6)**. La cirugía ósea

está indicada cuando existe un grosor óseo de gran tamaño entre los incisivos centrales superiores. (Gay & Berini, 2011, pág. 564). **(Figura 7)**. En el caso de la frenectomía con láser, esta es mucho más rápida en procedimiento y en cicatrización, reduce el sangrado, pero puede generar quemaduras. (Xie., et al. 2022). **(Figura 8)**.

La Frenectomía simple, clásica o convencional, fue introducida por Archer y Kruger en 1961, realiza el corte del frenillo usando solo tijeras o un bisturí y posteriores suturas simples. (Devishree, Gujjari, & Shubhashini, 2012). Con esta técnica la cicatriz del frenillo queda en la misma dirección, pero no logra extender el labio superior. (Gay & Berini, 2011, pág. 561). Se sujeta el frenillo con una pinza hemostática que debe ser insertada en la profundidad del vestíbulo, se realiza incisiones en la superficie superior e inferior del hemóstato, seguido de la eliminación de la porción del frenillo, se recomienda de 3 a 4 puntos simples de sutura en la herida que queda en forma de diamante. (Da Silva & Ribeiro, 2022). **(Figura 9)**.



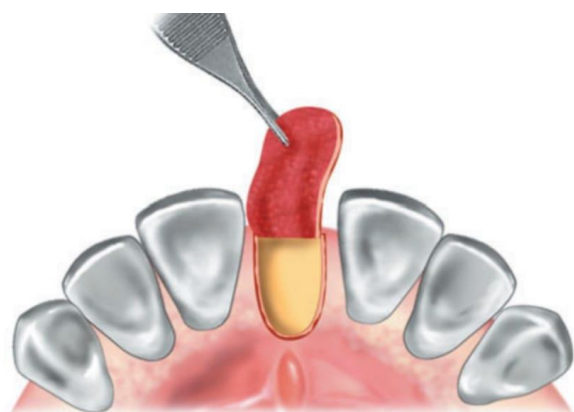
**Figura 3.** *Técnica de la Z-plastia.*



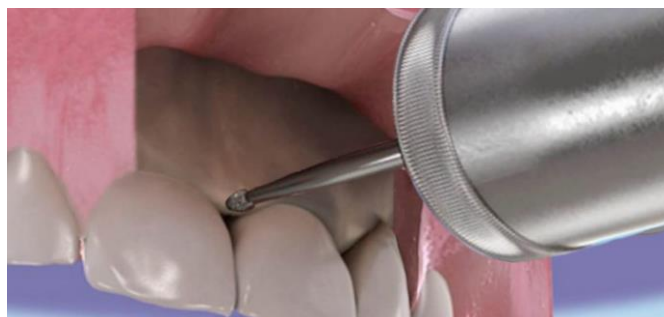
**Figura 4.** *Técnica de la VY plastia o reposición apical.*



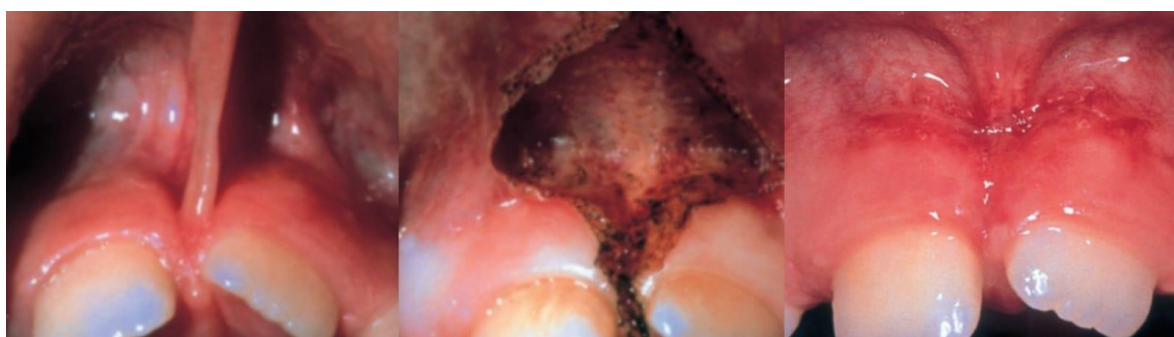
**Figura 5.** *Técnica Frenectomía Romboidal.*



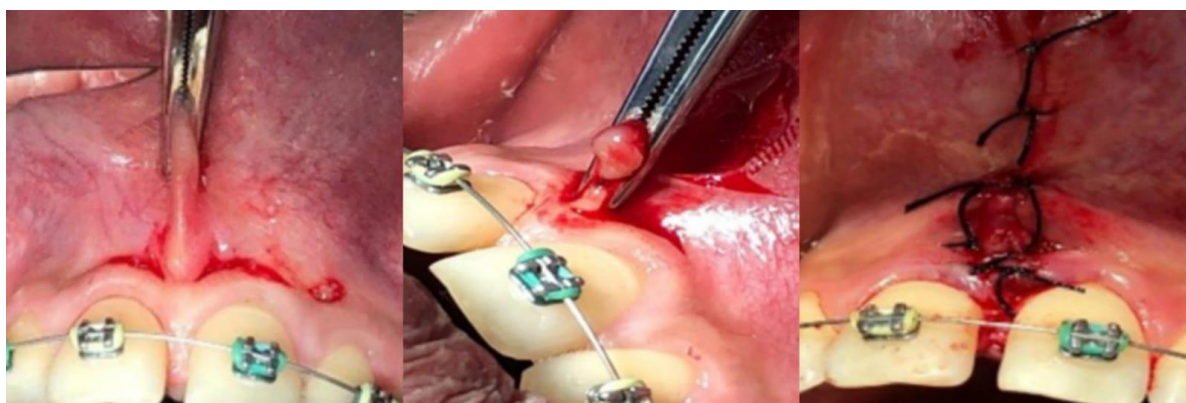
**Figura 6.** *Cirugía Fibrosa.*



**Figura 7.** *Cirugía Ósea.*



**Figura 8.** *Técnica de Frenectomía con Láser.*



**Figura 9.** *Técnica de Frenectomía Clásica o Convencional.*

El periodonto está formado por varios tejidos que brindan sostén y soporte a los órganos dentales, entre los cuales se encuentran; encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Todos estos componentes periodontales funcionan juntos como una sola unidad. (Carranza & Sznajder, 1996, pág. 1). Se describen dos biotipos gingivales; Biotipo Delgado, caracterizado por tener un margen gingival fino, un punto de contacto alto solo de bordes incisales, hueso fino y festoneado, raíces convexas y una corona clínica de forma delgada y alargada, un Biotipo Grueso posee una corona clínica más corta de forma cuadrada, un punto de contacto amplio y cercano al tercio gingival, un margen gingival grueso, hueso alveolar e interproximal ancho y raíces aplanadas. (Chou, Ch, & Wang, 2008).

La forma del hueso interdental es una función de la forma del diente. Cuando más cónico es el diente, más piramidal es la forma ósea. Cuanto más ancho es el brazo, más aplanado es el hueso interdental. (Newman., et al. 2014, pág. 573). Radiográficamente la apariencia de la cresta interdental de los dientes anteriores es en punta de lanza o piramidal, de 1 a 1.5 mm apical al límite amelocementario y en dientes posteriores la cresta alveolar tiene forma de maseta entre 1.5 a 2 mm apical al límite amelocementario y con una densa capa de corteza. (Kalsi A, Kalsi J, Bassi, 2019).

Ningún procedimiento quirúrgico está libre de riesgos, como posibles complicaciones la frenectomía labial superior incluye, hemorragia, inflamación e infección. (Castro, Bravo, & Grados, 2020).

Frente a todo lo expuesto, el presente estudio pretende describir, la exéresis del frenillo labial superior debido a un diastema interincisivo persistente con la técnica de frenectomía clásica, con el objetivo de mejorar la estética y el confort del paciente.

## Materiales y Métodos

Se presenta el caso de un paciente masculino N.N de 26 años, clasificado como ASA 1, sin antecedentes patológicos sistémicos relevantes. Acudió a consulta odontológica en la clínica de pregrado de la Universidad Hemisferios, debido a la presencia de un frenillo labial superior que ocasionaba un diastema anterior, afectando su estética. Tras realizar la historia clínica y la evaluación correspondiente, se diagnosticó una inserción fraenal de tipo gingival, según la clasificación de Mirko Placek, y un frenillo alargado, según la clasificación de Monti. Esta ubicación causaba un diastema en los incisivos centrales superiores y la prueba de isquemia de Graber resultó positivo. **(Figura 10).**



**Figura 10.** *Frenillo Gingival según Mirko Placek, Frenillo alargado según la Monti. Test de Graber positivo.*

Con el fin de descartar ciertas alteraciones como, dientes supernumerarios, agenesia dental y quistes de la fisura del conducto nasopalatino, se realizó radiografía panorámica y periapical de los dientes incisivos centrales superiores. No se evidencio ninguna de las anomalías

anteriores, sin embargo, se encontró que la cresta interincisiva era más gruesa y horizontal, morfología no compatible con normalidad de los dientes anteriores. **(Figura 11).**



**Figura 11.** *Radiografía Periapical de Incisivos Centrales Superiores.*

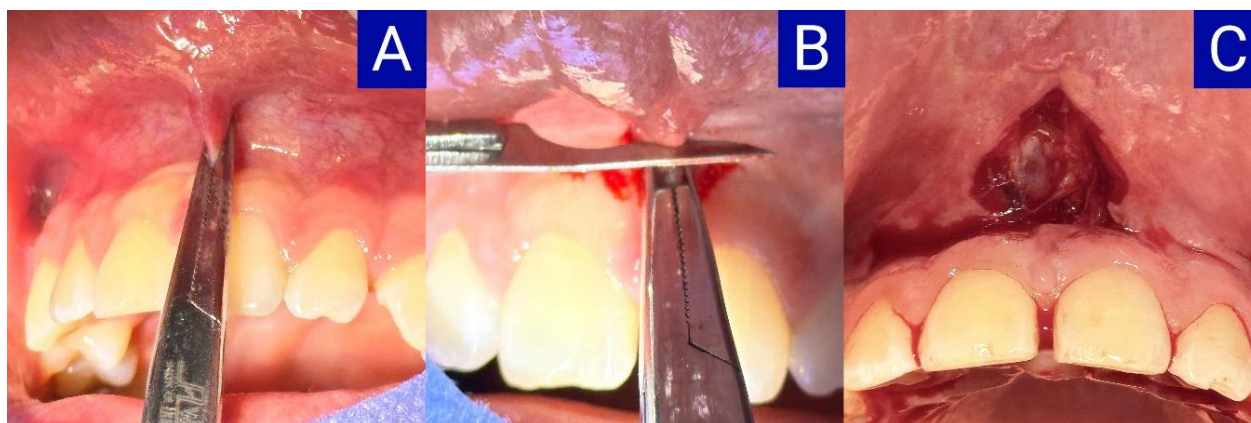
Tras evaluar el caso y establecer el diagnóstico final, así como planificar el tratamiento óptimo y adecuado para el paciente, se procede a completar la ficha clínica y se solicita la firma de los consentimientos informados para llevar a cabo la intervención quirúrgica.

Bajo condiciones de asepsia, antisepsia y anestesia local infiltrativa vestibular, con las técnicas infraorbitaria, nasopalatina e intrapapilar para bloqueo de nervios, alveolar superior anterior y nervio nasopalatino, anestesia de incisivos centrales, laterales y caninos, así como de tejido blando circundante en la cara bucal, se utilizó la técnica de bisturí clásica o exéresis simple. **(Figura 12).** Se colocó una pinza hemostática recta a lo largo del frenillo y se realizaron dos incisiones a espesor total con mango de bisturí número 03 y hoja número 15 en las

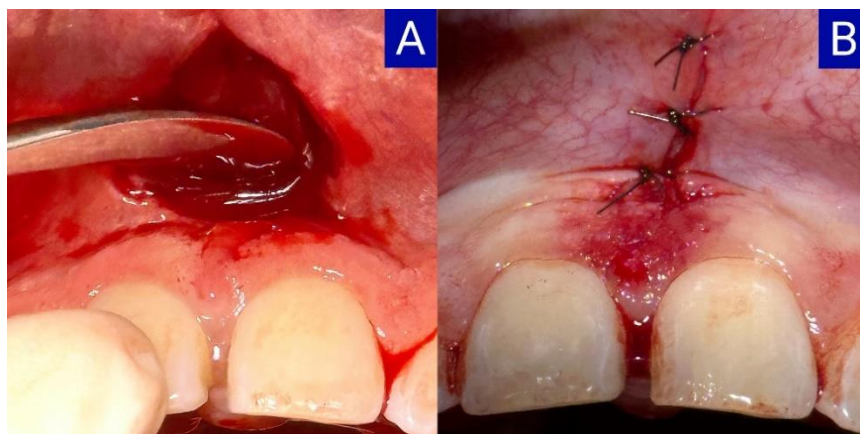
superficies superior anterior e inferior posterior del frenillo labial a lo largo de la pinza hemostática recta apegándose a la superficie de la misma, extirpando el tejido triangular en forma de cuña. **(Figura 13).** A continuación, se eliminaron las fibras fraenales y las fibras residuales con bisturí y un periostotomo de Molt. El frenillo adoptó una forma de diamante y se logró la hemostasia con tres puntos simples de sutura de nylon 0000. **(Figura 14).**



**Figura 12.** *Infiltración Anestésica.*



**Figura 13.** *Frenectomía con Técnica de Bisturí Clásica. A. Colocación de pinza Hemostática. B. Incisiones a espesor total con mango de bisturí. C. Herida Triangular después de eliminación de frenillo.*



**Figura 14.** *A. Eliminación de fibras fraenales residuales. B. Sutura tres puntos simples.*

Posteriormente, se realizó una incisión intrasulcular siguiendo el contorno de la papila y se realizó levantamiento del tejido para una osteotomía de la cresta interincisiva, la cual presentaba irregularidades en forma y grosor, recta no compatible con la anatomía natural. Se consiguió una cresta más delgada con forma de triángulo y así ayudar al cierre del diastema eludiendo el ahorcamiento de las fibras y de la cresta para evitar recidiva, finalizando con un punto de sutura colchonero horizontal y un punto intrapapilar para conseguir una correcta adaptación de la papila y evitar alteraciones de la misma. (Figura 15).



**Figura 15.** *A. Incisión Intrasulcular. B. Osteotomía de la cresta interincisiva. C. Sutura de un punto colchonero vertical y un punto intrapapilar.*

La medicación postquirúrgica consistió en paracetamol 1 g cada 24 horas durante tres días, arcoxia 120 mg cada 24 horas durante tres días, azitromicina 500 mg cada 24 horas durante tres días, y bucalgel cada 8 horas por siete días para controlar el dolor. Se recomendó reposo relativo, dieta blanda, buena higiene bucal, evitar el consumo de alcohol, tabaco y esfuerzos excesivos. El control y retiro de puntos se realizó posterior a 10 días de la intervención quirúrgica, se observó una excelente cicatrización e inserción adecuada del frenillo. **(Figura 16).**

Pasados 2 meses se realizó una radiografía periapical para poder observar el resultado de la osteotomía a la cresta interincisal, encontrando una mejora en la anatomía, ahora se puede observar una cresta en forma piramidal y de grosor adecuado para dientes anteriores, esto ayudará para el cierre del diastema. **(Figura 17).**



**Figura 16.** Cicatrización después de diez días de la cirugía.



**Figura 17.** *Resultado de cresta interincisal después de osteotomía.*

El paciente fue remitido a ortodoncia para completar el cierre del diastema. (**Figura 18**).



**Figura 18.** *Remisión a ortodoncia.*

Para finalizar, se puede observar un diastema casi cerrado en su totalidad, gracias a la exéresis del frenillo más el uso de ortodoncia. Sin embargo, debido a que la ortodoncia es un tratamiento complejo aún se requieren ajustes adicionales por realizar.

## Discusión

Una inserción anormal de los frenillos, en su mayoría de casos se relaciona con la presencia de un diastema interincisal, para dar solución a este problema, se ha planteado varias opciones de técnicas de frenectomías quirúrgicas, mediante el uso de bisturíes y láseres.

Marinho & Barreto, (2020), dicen que la técnica de frenectomía clásica o convencional consiste en la escisión completa del frenillo, tejidos interdentes y en algunos casos siendo necesario eliminación de la papila palatina y una osteotomía, está recomendada para frenillos; gingivales, papilares o papilar penetrante. Así mismo, Ribeiro et al.,2015, menciona que la frenectomía clásica o convencional, es una técnica recomendada y la más usada en casos de frenillo hipertrófico, su ejecución es de un manejo quirúrgico más fácil a comparación de otras técnicas como Z-plastia, VY-plastia, ya que no se necesita realizar colgajos de angulaciones de 60° para evitar la necrosis de los tejidos. De igual forma, Da Silva & Ribeiro, (2022), dan el beneficio a usar la técnica de frenectomía clásica, por su facilidad ya que únicamente se necesita seccionar el frenillo profundamente en el vestíbulo con una pinza hemostática y hacer la exéresis del mismo.

Por otro lado, el autor, Bajaj, 2024, manifiesta que la técnica convencional o clásica deja que la cicatriz quede en la misma dirección que se encontraba el frenillo, al contrario de la técnica VY-plastia que permite alargar el labio superior y tener un resultado más estético o Z-plastia que adelgaza y reposiciona la cicatriz en sentido apical para lograr mejores resultados.

Saokar, (2022). Asegura que el uso de láser para eliminar el frenillo necesita ejecutarse con precaución, dado que puede ocasionar quemaduras si no se usa de una forma adecuada, además de afectar a marcapasos, producir humo quirúrgico, otro dato importante es que se debe

tomar en cuenta la economía del paciente ya que se trata de un equipo de mayor costo a diferencia de técnicas con bisturíes como; técnica de frenectomía clásica, romboidal, Z-plastia, VY-plastia.

Xie et al.,2022. “El mayor beneficio del uso del láser para frenectomías es que, reduce en gran parte la inflamación post quirúrgica, ya que no se requiere de suturas y las frenectomías con bisturí, provocan heridas que producen sangrados, inflamación y hematomas, lo que conlleva a una curación más lenta”.

En el presente caso, para eliminar el frenillo hipertrófico, como tratamiento para el paciente optamos por la frenectomía con técnica a bisturí clásica o convencional, ya que tiene un manejo menos complicado y fácil de ejecutar, no se requería alargar el labio superior y no contábamos con el equipo para realizar una técnica con láser.

La edad apropiada para realizar una frenectomía ha generado controversias y aún continúa siendo discutida. Curran, 1950, refiere que el mejor momento para extirpar el frenillo es, durante el primer año de vida, cuando el frenillo es de tipo tectolabial persistente, adiposo, fibroso y se une al labio impidiendo la alimentación y fonación del niño. Por el contrario, según Tadros. (2022), indica que este tratamiento debe llevarse a cabo una vez que los caninos estén erupcionados para evitar la recidiva del diastema, ya que hay la posibilidad que vuelva a aparecer si el procedimiento se realiza a edades muy tempranas.

Kumar & Daigavane (2020), acatan que, entre los adultos jóvenes, la consideración estética ha aumentado con el paso del tiempo. Los pacientes que tiene diastemas en la línea media de los incisivos tienen sonrisas poco estéticas y eso puede influir en la autoestima, es por

esto por lo que la frenectomía es la técnica adecuada para eliminar el frenillo hipertrófico y posterior un cierre del diastema.

Como odontólogos, es imperativo comprender la importancia de los frenillos anómalos, para ofrecer un tratamiento integral, adecuado, oportuno e individual, mejorando así la calidad de vida del paciente.

### **Conclusión**

Los frenillos bucales son pliegues normales de la membrana mucosa, pero cuando tienen una inserción muy grande o alargada, pueden causar ciertas anormalidades o patologías, lo que a menudo resulta incómodo para el paciente. Una característica muy común de los frenillos hipertróficos es la presencia de un diastema interincisal. Para abordar estos problemas, la frenectomía se presenta como la técnica más adecuada para la eliminación del frenillo anómalo, pudiendo llevarse a cabo mediante diferentes técnicas según el caso y las necesidades específicas del paciente, pero sobre todo el tipo de inserción frenética.

## Referencias

- Aanchal Tyagi, M., Mayur K. & Nazar Rana. (2021). Classical frenectomy: A case report. *Int. J. Appl. Dent. Sciences*; 7(3):37-39. DOI: 10.22271/oral.2021.v7.i3a.1278).
- Azavedo, A; Marinho, J. L; Barreto, R, C. (2020). Anquiloglossia e Frenectomia: Uma Revisão de Literatura). *Brazilian Journal of Development*. Curitiba, v. 6, n. 12, p. 98628-35, <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/21661>.
- Bajaj, P., Shirbhate, U., Subhadasanee, C., & Thakre, S. (2024). Management of Aberrant Frenum by Z-plasty Procedure: A Case Report. *Cureus*, 16(1), e51853. <https://doi.org/10.7759/cureus.51853>
- Braz, A. et al. Frenectomía del frenillo labial superior en odontopediatría: ¿cuándo indicar? – revisión de literatura. (2023). *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ed. 06, Vol. 03, pp. 05-16. ISSN: 2448-0959, <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salud/frenillo-labial>
- Caluña, CPO, & Ceballos, SMM (2021). Types of Upper Lip Frenulum Insertion Associated with Diastema in 8-to-15-YearOld Children of Mocha Canton, Ecuador. *Universitas Odontológica*, 40, 1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo40.tulf>
- Carranza, & Sznajder. (1998). *Compendio de Periodoncia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Castro-Rodríguez Y. (2018). Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía. *Revista Nacional De Odontología*, 14(26). <https://doi.org/10.16925/od.v13i26.2046>

- Castro-Rodríguez, Y. C. (2016). Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. *Revista Dental de Chile*, 107(1), 4-7.
- Castro-Rodríguez, Y., Bravo-Castagnola, F., & Grados-Pomarino, S. (2020). Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(1), 40-43. <https://doi.org/10.4067/S2452-55882020000100040>
- Curran M. (1950). Superior labial frenotomy. *J Am Dent Assoc*; 41(4):419- 422.
- Chou, Tsai Ch, & Wang. (2008). New Classification of Crown Forms and Gingival Characteristics in Taiwanese. *The Open Dentistry Journal*, 114-119.
- Da Silva, YG y Ribeiro, J. (2022). FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR PELA TÉCNICA DE EXCISÃO POR PINÇAGEM ÚNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*, 4 (2).
- Devishree, Gujjari, S. K., & Shubhashini, P. V. (2012). Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 6(9), 1587–1592. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2012/4089.2572>
- Díaz, A., Puerta, M. A., & Verbel, J. (2014). Manejo quirúrgico de frenillos labiales sobre insertados: reporte de caso. *Revista Salud Bosque*, 4(1), 69-74. <https://doi.org/10.18270/rsb.v4i1.33>

- Fernández, H., Sánchez, A., Pérez, M., Dávila, L., & Premoli, G. (2008). Relación cresta ósea alveolar - restauración: Un factor clave para la correcta estética del tratamiento rehabilitador. *Acta Odontológica Venezolana*, 562.
- Fonseca GD. (1970). Frenectomía labial: presentación de una nueva técnica. *Rev. Fed Odont Ecuat.* 1(3):307- 311.
- Gay CE, Berini LA. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Ediciones Ergón, S.A. Madrid, 2004. Reimpresión – 2011 Capítulo 17. Pp: 557.
- Kalsi, A. S., Kalsi, J. S., & Bassi, S. (2019). Alveolar ridge preservation: why, when and how. *British dental journal*, 227(4), 264–274. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0647-2>
- Kumar, N., & Daigavane, P. (2022). Midline Diastema Closure Using an-M Spring in a Young Adult: A Case Report. *Cureus*, 14(10), e30777. <https://doi.org/10.7759/cureus.30777>
- Macedo, M., De Castro, B.S., De Oliveira, Penido, S.M.M., & Penido, C.V.S.R. (2012). Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF.* 17(3).
- Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. (2014). Carranza's Clinical Periodontology. 11 va ed. Caracas: Amolca.
- Nivethitha M., Balaji V.R., Manikandan D. (2021). FRENECTOMY FROM PERIODONTIST PERSPECTIVE – A REVIEW. *THAI MOOGAMBIGAI JOURNAL OF PERIODONTICS AND DENTAL SCIENCE.*  
[https://doi.org/10.37841/tmjpd\\_V2\\_13\\_01](https://doi.org/10.37841/tmjpd_V2_13_01).

- Pié Sánchez J, España Tost Aj, Arnabat Domínguez J, Gay Escoda C. (2012). Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr: YSGG laser. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2012, vol. 17, num 2, p 228-232.
- Ribeiro I., Fernandes Tl, Trigueiro, D., Souza Cfm, M. J. Md. (2015). Avaliação dos padrões de morfologia e inserção dos freios labiais em pacientes da clínica-escola de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – PB. *Rev Odontol. UNESP*; 44(5):1-5.
- Ruli, L. et al. (1997). Frênulo labial superior: Estudo clínico quanto a morfologia de inserção e sua influência na higiene. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 11, n. 3.
- Saokar, A., Kumar, S., Bhat, G. S., & M Alagl, A. S. (2022). Modified frenectomy technique to eliminate the aberrant labial frenum - A report of two cases. *Indian journal of dental research: official publication of Indian Society for Dental Research*, 33(4), 462–464.  
[https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr\\_413\\_22](https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_413_22)
- Shirbhate, U., Bajaj, P., Oza, R., & Solanki, D. (2024). Management Using V-Y Plasty Approach for Abnormal Frenal Attachment: A Case Report. *Cureus*, 16(4), e57663.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.57663>
- Tadros, Ben-Dov, Catháin, Anglin. (2022). Association between superior labial frenum and maxillary midline diastema a systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Nova Iorque, v. 156.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587622000246>.

Valladares-Neto JV, Ribeiro AV, Silva Filho OG. (1996). O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: análise de pontos fundamentais. ROBRAC; 6(19):9-17.

Xie, L., Wang, P., Ding, Y., & Zhang, L. (2022). Comparative frenectomy with conventional scalpel and dual-waved laser in labial frenulum. World journal of pediatric surgery, 5(1), e000363. <https://doi.org/10.1136/wjps-2021-000363>.