



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ODONTÓLOGO

TEMA

“DIASTEMA INTER INCISAL ANÓMALO Y SU TRATAMIENTO MEDIANTE EXÉRECIS QUIRÚRGICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N° 20 CIUADAELA IBARRA DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DEL 2013”

AUTOR

PABLO HUMBERTO HERRERA JÁCOME

TUTORA

DRA. KATHY LLORI OTERO

RIOBAMBA – ECUADOR

ABRIL 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Riobamba 9 de Mayo de 2014

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Luis Aldaz, Presidente del tribunal; Dra. Kathy Llory, miembro del tribunal y el Dr. César Rodríguez, miembro del tribunal; certificamos que el señor Pablo Humberto Herrera Jácome, con cédula de identidad N° 1704705571, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apto para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación: **“DIASTEMA INTER INCISAL ANÓMALO Y SU TRATAMIENTO MEDIANTE EXÉRESIS QUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 20 CIUDADELA IBARRA EN EL SECTOR SUR OCCIDENTAL DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DEL 2013”**

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.



Dr. Luis Aldaz

Presidenta del tribunal



Dra. Kathy Llory Otero

Miembro del tribunal



Dr. César Rodríguez

Miembro del tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado: **“DIASTEMA INTER INCISAL ANÓMALO Y SU TRATAMIENTO MEDIANTE EXÉRECIS QUIRÚRGICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N° 20 CIUDADELA IBARRA DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DEL 2013”** Presentado por el Sr. **Pablo Humberto Herrera Jácome**, para optar por el Título de **ODONTÓLOGO**, y que acepto asesorar al estudiante en calidad de Tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 12 de Julio del 2013



Dra. Kathy Llory Otero
Miembro del tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **Pablo Humberto Herrera Jácome**, soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Debo expresar mi agradecimiento a todos quienes me brindaron su apoyo en forma desinteresada para completar mi formación tanto personal como profesional , a la Universidad Nacional de Chimborazo por darme cabida en sus aulas y poder culminar la meta trazada, la cual muchas veces ha sido interrumpida.

Un reconocimiento especial al Dr. Diego Montenegro Zumárraga prestigioso profesional quien ha sido guía y maestro, a la Dra. Kathy Llori Otero, Directora de la Carrera de Odontología, por la apertura que brindó a nuestras aspiraciones de alcanzar esta meta profesional.

DEDICATORIA

El esfuerzo realizado para poder culminar esta carrera, es gracias al apoyo de mi esposa Marcia, de mis hijas Victoria y Paolita, quienes siempre me alentaron para continuar, a pesar de muchos tropiezos que la vida nos deparó.

A mi padre, hermanos y familiares, gracias por estar pendientes de que alcance este ideal.

Especialmente gracias a mi mamá Carmelita, sé que desde el cielo siempre estará pendiente de que cumpla con un anhelo suyo, y ahora podrá estar tranquila por la labor cumplida.

¡ Gracias MAMÁ !

RESUMEN

En los estudios realizados en los pacientes de 6 a 14 años que acuden al centro de Salud N° 20 Ciudadela Ibarra, se tuvo especial atención en la apertura de las respectivas Historias Clínicas. Se realizó una cuidadosa revisión de la cavidad bucal, teniendo especial atención en el diagnóstico de presencia de diastema, esta anomalía bucal afecta el estado físico y psicológico, ya que altera la estética, causa problemas en la pronunciación, además que producen sonidos no deseados (silbidos). Esta anomalía bucal no ha recibido la atención debida por el profesional odontólogo y muchas veces no es diagnosticado, por lo tanto no recibe el tratamiento que amerita. En la formación del diastema inter incisal superior pueden intervenir algunos factores como son: la presencia de dientes supernumerarios (mesiodens), o de frenillo labial que es una banda de tejido conjuntivo fibroso que se sitúa entre los incisivos centrales temporales y que pueden persistir aún después de la erupción de los dientes definitivos, considerando como normal la presencia de diastema a los 7 años (98 %) el cual baja notablemente entre los 12 y 18 años con un (7 %). Es necesario conocer las causas que provocan su formación, para lo cual el profesional odontólogo solicitará exámenes complementarios como fotografías, panorámica dental, las que ayudarán a un diagnóstico exacto y por consiguiente se podrá ofrecer un adecuado tratamiento como es la frenectomía. Es importante mencionar que realizar este tratamiento quirúrgico no es de mayor complejidad para un profesional capacitado, por lo que se podría implementar su realización en los Centros de Salud para beneficiar a los pacientes que acuden en busca de atención odontológica y no tienen la capacidad económica para solventar este tratamiento en consultorios particulares. La realización de este procedimiento permitirá al paciente corregir esta anomalía bucal por consiguiente mejorar su autoestima, ya que en edad escolar es motivo de constante burla de parte de compañeros. Es importante recalcar la importancia de la correcta realización de una revisión odontológica adecuada, para la elaboración de una Historia Clínica concisa que reporte la presencia de cualquier anomalía en la cavidad bucal, y brindar el tratamiento adecuado lo que permitirá un correcto funcionamiento del sistema estomatognático y un óptimo funcionamiento del organismo, permitiendo que el paciente goce de buen estado de salud general.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

In studies done on patients aged from 6 to 14 years old who attended the N° 20 Health Center at Ibarra neighborhood, we paid special attention to the opening of Medical Records.

A very careful check of the oral cavity was done, considering the diagnosis of Diastema. This oral abnormality affects the physical and psychological wellbeing of the individual given that it alters the patient's esthetics, causes problems in the pronunciation, and produces unwanted sounds (whistles).

This oral anomaly has not received appropriate attention mainly because dentists do not pay attention to it and therefore it is not properly diagnosed and treated.

When forming the upper intercisal diastema several factors intervene such as the presence of supernumerary teeth (mesiodens) or labial frenulum that is a band of fibrous tissue assembly that is located between temporary central incisors which can persist even after the eruption of permanent teeth, considering like normal the presence of Diastema in children who are 7 years old which remarkably decreases at the age of 12 and 18 years old with a 7%.

It is necessary to know the causes of this abnormal formation. To do this, the dentist may ask for as photographs and dental panoramic plaques, which will help to provide an accurate diagnosis and therefore may offer a suitable treatment as frenectomy.

It is necessary to mention that performing this surgical treatment does not involve much difficulty for a professional with experience so it could be easily implemented in Health Centers to benefit patients who need dental care and do not have enough resources to access to this kind of treatment in private clinics.

Performing this procedure will allow patients to correct this oral anomaly consequently, to improve their self-esteem specially for those attending to school who are usually the target of bullying.

Finally, we need to emphasize the importance of proper implementation of an adequate dental revision, in order to prepare an accurate clinical record to report the presence of any abnormality in the oral cavity and to provide appropriate treatment which will lead to a suitable operation of the stomatognathic system and optimal functioning of the body allowing the patient to enjoy a good general health.

Reviewed by 
Adriana Cundar - EFL professor - FCS



May 5th, 2014

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| CERTIFICADO DE APROBACIÓN | II |
| ACEPTACIÓN DE LA TUTORA | III |
| DERECHO DE AUTORÍA..... | IV |
| AGRADECIMIENTO | V |
| DEDICATORIA | VI |
| RESUMEN | VII |
| ABSTRACT | VIII |
| ÍNDICE..... | IX |
| ÍNDICE DE TABLAS | XIII |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I | 3 |
| 1. PROBLEMATIZACIÓN..... | 3 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 5 |
| 1.3. OBJETIVOS | 5 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL..... | 5 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 5 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| CAPÍTULO II | 9 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL | 9 |
| 2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA..... | 10 |
| 2.2.1. CONCEPTO DE DIASTEMA: | 10 |
| 2.2.2. CONCEPTO DE FRENILLO:..... | 10 |
| 2.2.2.1. CAUSAS DE FORMACIÓN DE DIASTEMA: | 13 |
| 2.2.2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS DIASTEMAS | 14 |
| 2.2.2.3. FRENILLO LABIAL SUPERIOR | 17 |
| 2.2.2.3.1. DEFINICIÓN: | 17 |
| 2.2.2.3.2 HISTOLOGÍA..... | 20 |
| 2.2.2.3.3 CLASIFICACIÓN: | 20 |
| 2.2.2.3.4. SIGNOS CLÍNICOS | 21 |
| 2.2.2.4. FRENILLO LABIAL INFERIOR..... | 22 |

| | |
|--|--------------------------------------|
| 2.2.2.4.1. DEFINICIÓN..... | 22 |
| 2.2.2.4.2. CLASIFICACIÓN | 22 |
| 2.2.2.4.3. SIGNOS CLÍNICOS | 23 |
| 2.2.2.5. FRENILLO LINGUAL | 23 |
| 2.2.2.5.1. CLASIFICACIÓN | 24 |
| 2.2.2.5.2. FRENILLO FIBROSO | 24 |
| 2.2.2.5.3. FRENILLO MUSCULAR..... | 25 |
| 2.2.2.5.4. DIAGNÓSTICO..... | 26 |
| 2.2.2.6. CAUSAS PARA LA REMOCIÓN:..... | 28 |
| 2.2.3. TRATAMIENTO..... | 28 |
| 2.2.3.1. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS | 29 |
| 2.2.3.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO | 29 |
| 2.2.3.3. EXÉRESIS SIMPLE DEL FRENILLO CON INSERCIÓN VESTIBULAR | 30 |
| 2.2.3.4. EXÉRESIS SIMPLE DEL FRENILLO CON INSERCIÓN PALATINA..... | 30 |
| 2.2.3.5. FRENILECTOMIA CON PLASTIA EN “ Z ” | 31 |
| 2.2.3.6. FRENILECTOMIA CON PLASTIA EN “ V ” | 32 |
| 2.2.4. INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO | 33 |
| 2.2.5. TIEMPO QUIRÚRGICO | 34 |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS | 35 |
| 2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES..... | 36 |
| 2.4.1. HIPÓTESIS | 36 |
| 2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE..... | 36 |
| 2.4.3 VARIABLE DEPENDIENTE | 36 |
| 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 36 |
| 3. MARCO METODOLÓGICO..... | 37 |
| 3.1 MÉTODO..... | 37 |
| 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 37 |
| 3.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 38 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 38 |
| 3.2.1. POBLACIÓN..... | 38 |
| 3.2.2. MUESTRA..... | 38 |
| 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 38 |
| 3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 39 |
| CAPITULO IV | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | ¡Error! Marcador no definido. |

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO V | 47 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 47 |
| 5.1. CONCLUSIONES | 47 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 48 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 49 |
| ANEXOS | 51 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Frenillo labial superior..... | 11 |
| Figura 2. Frenillo labial superior de forma triangular..... | 12 |
| Figura 3. Diastema inter. incisal..... | 13 |
| Figura 4. Radiografía Panorámica..... | 16 |
| Figura 5. Frenillo interincisal insertado en la papila vestibular..... | 19 |
| Figura 6. Frenillo labial superior discrepancia entre tamaño y longitud..... | 19 |
| Figura 7. Frenillo lingual tipo muscular..... | 24 |
| Figura 8. Frenillo lingual de tipo fibroso..... | 25 |
| Figura 9. Frenillo lingual produce anquiloglosia..... | 26 |
| Figura 10. Frenillo interincisal superior de forma triangula..... | 27 |
| Figura 11. Diastema interincisal superior..... | 28 |
| Figura 12. Panorámica dental con presencia de mesiodens..... | 28 |
| Figura 13. Frenectomía mediante exéresis simple..... | 31 |
| Figura 14. Exéresis de frenillo con inserción palatina..... | 32 |
| Figura 15: Frenilectomia plastia en “ Z ”..... | 33 |
| Figura 16: Frenilectomia plastia en “ Z ”..... | 33 |
| Figura 17: Frenilectomia plastia en “ V ”..... | 34 |

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Distribución del frenillo inter incisal según el género.....43

Tabla 2

Porcentaje de ubicación del frenillo en región anatómica.....44

Tabla 3

Porcentaje de pacientes con frenillo labial según el género.....45

Tabla 4

Porcentaje de pacientes con diastema según la edad.....46

Tabla 5

Porcentaje de pacientes diagnóstico de diastema según el género.....47

Tabla 6

Porcentaje de pacientes según la clase de diastema48

Tabla 7

Porcentaje pacientes diagnóstico de Diastema Inter incisal Anómalo según el género.49

INTRODUCCIÓN

La presencia del Diastema Inter incisal no ha recibido la atención que se le debería haber dado, ya que muchos autores señalan que se debe esperar la erupción de los dientes definitivos, para que estos espacios cierren espontáneamente.

Este diastema tiene una abertura de 1 a 6 mm entre los incisivos centrales, y se debe valorar con exámenes complementarios como son los rayos x (panorámica dental) en la que podríamos diagnosticar si existe dientes supernumerarios (mesiodens), al que se lo considera como una de las causas del diastema aunque su frecuencia es baja.

Es importante mencionar que una de las causas principales para la formación del diastema es presencia del frenillo inter incisal anómalo, por lo que se haremos una breve descripción de los mismos.

Los frenillos bucales no eran considerados un problema en la antigüedad, por lo que se los pasaba por alto sin dar solución a este tipo de alteración fisiológica, la misma que puede formarse por diferentes causas que deben ser valoradas por el odontólogo en la apertura de la historia clínica lo que permitirá un adecuado manejo multidisciplinario en que el odontopediatra, el pediatra, el cirujano, psicólogo, terapeuta de lenguaje, ayuden a mejorar las alteraciones anatómicas y fisiológicas que se encuentren involucradas.

Los frenillos son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos, que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente; que con frecuencia están acompañados por el diastema que por lo regular se ubican entre los incisivos centrales.

Son estructuras dinámicas que cambian y están sometidos a variaciones en forma, tamaño y posición durante las diferentes fases de crecimiento y desarrollo.

Según su localización, los frenillos se pueden clasificar en:

- a) mediales: frenillo labial superior, frenillo labial inferior y frenillo lingual; y
- b) laterales (a la altura de los premolares superior o inferior).

Es importante mencionar que un marcado espacio persistente entre los incisivos centrales en la dentición permanente entre 2 a 6 mm, puede traer consigo problemas

estéticos y de oclusión o alterar la pronunciación de ciertas sílabas, aunque la importancia estética puede variar dependiendo del grupo étnico o cultural.

El hombre se ha visto afectado por este tipo de alteraciones desde hace mucho tiempo, que ha propiciado diferentes abordajes quirúrgicos para la corrección de éstos , teniendo como premisa principal la edad del paciente y la cronología de erupción dentaria para luego de una correcta valoración odontológica , considerar la cirugía para brindar la solución adecuada.

Es necesario señalar que con el transcurso del tiempo las técnicas quirúrgicas han tenido un avance importante para el tratamiento del frenillo, utilizando el electro bisturí o el rayo láser que han mejorado ostensiblemente el postoperatorio, pero es importante mencionar que la exéresis quirúrgica convencional al ser realizada por un profesional capacitado, no conlleva mayor complejidad y con un adecuado cuidado post quirúrgico el éxito del procedimiento es el anhelado, siendo este método el de menor cuantía lo que posibilitaría que pacientes de escasos recursos tengan acceso al mismo cuando el caso lo amerite y su pueda ofertar este procedimiento en Centros de Salud.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presencia del diastema medio intersticial debe ser considerado por el odontólogo como un problema a tratarse, empleando un criterio ético profesional adecuado, en el cual se deben considerar las mejores alternativas para tratarlo.

En odontopediatría es frecuente la presencia de diastema debido a frenillos patológicos que son estructuras que suelen pasar desapercibidas en la inspección intraoral ya que no se da la importancia que amerita. Sin embargo, pueden ocasionar problemas de tipo periodontal, protésicos, ortodóncicos y fonéticos.

En el caso del frenillo labial superior : “ es una banda de tejido conjuntivo fibroso que se dispone entre la papila palatina y el labio superior. Con frecuencia se acompaña de un diastema entre los incisivos centrales temporales, que puede persistir tras la erupción de los definitivos. El diastema es normal a los 7 años (98 %) pero se reduce a un 7 % entre los 12 y los 18 años ”.¹

El profesional odontólogo debe conocer los signos clínicos, sus consecuencias y saberlos diagnosticar a tiempo y con la posibilidad de dar el tratamiento necesario, aplicando el procedimiento más adecuado, dentro de los distintos métodos que hoy día tienen vigencia, como es la frenectomía, la cual ha experimentado cambios notables en el abordaje quirúrgico como lo es la utilización del electro bisturí, rayo láser, los cuales disminuyen la sintomatología propia de un acto quirúrgico, reduciendo el tiempo de recuperación del paciente.

Destacamos de este tipo de tratamiento, su finalidad principal: eliminación de las fibras de inserción del frenillo, causa del diastema.

¹ Cirugía Oral, Guillermo Raspall, 2000 . pág. 206

Cabe mencionar que el frenillo labial hipertrófico es un grave problema para los portadores de prótesis dental debido a la susceptibilidad o irritación por el borde o aleta de la dentadura, debiendo procederse a la frenectomía del mismo para obtener los resultados deseados y la colocación de la prótesis no cause problemas al portador de la misma.

Entre los principales factores etiológicos del diastema medio intersticial tenemos los siguientes:

- Hábitos perniciosos prolongados (succión de labio inferior, succión digital), los cuales pueden cambiar el equilibrio de las fuerzas peribucales, originando alteraciones dentofaciales.
- Desequilibrio muscular en la cavidad bucal, causado por macroglosia, linfangiomas, músculos flácidos y empuje lingual.
- Impedimento físico, dientes supernumerarios (mesiodents), frenillo labial superior anómalo, quistes, fibromas, cuerpos extraños e inflamación periodontal asociada.
- Anomalías en la estructura maxilar, por un crecimiento excesivo ya sea por factores endocrinos (alteración de la glándula pituitaria), hereditarios o congénitos que pueden originar espacios generalizados entre los dientes, por sutura abierta en forma de V o de pala, sutura media palatina idiopática como resultado de tratamiento ortopédico u ortodóntico; o pérdida de soporte óseo, debido a problemas sistémicos o periodontales.
- Anomalías dentales y mal oclusiones, que incluyen alteraciones de tamaño, forma y posición de dientes adyacentes, dientes ausentes y patrones de oclusión anormales, como incisivos rotados, mal oclusión clase II división I.
- Anormalidad en el tamaño, forma o número de dientes.

Otros autores señalan también como factores causales: mordida profunda, dientes inferiores de mayor tamaño, apiñados o rotados , respiración bucal, incisivos centrales anquilosados , mordida abierta , posibles trastornos neuromusculares , tratamientos de ortodoncia u ortopedia iatrogénicos y colapso de mordida posterior .

La razón principal para realizar esta intervención, es la prevención de problemas del habla, de la alimentación y de la separación de los dientes frontales durante el crecimiento.

Para evaluar si la causa de un diastema es un frenillo hipertrófico se realiza el “ Test de Isquemia o maniobra de Graber ” que consiste en la tracción o estiramiento del labio superior y la observación del grado de isquemia o blanqueamiento, producido en la papila palatina. Si el frenillo labial superior se prolonga dentro de la papila incisiva, el estiramiento del frenillo producirá palidez y movimiento de la papila interdental (signo de la papila positivo).

Para considerar oportuno el tratamiento quirúrgico se lo hace también por razones estéticas. Cuando en algunos pacientes existe un sobre desarrollo del frenillo labial superior medio causando diastemas, por lo cual es necesario realizar la frenectomía, y de acuerdo al caso emplear técnicas como la Z plastia la Y o la V plastias y posteriormente realizar el tratamiento ortodóntico para restablecer el punto de contacto entre dichas piezas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿ Es la exéresis quirúrgica el tratamiento más eficaz para el diastema inter incisal anómalo en pacientes que acuden al Centro N° 20 Ciudadela Ibarra en el sector sur occidental de la ciudad de Quito, en el período Mayo- Octubre del 2013 ?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Distinguir la eficacia del tratamiento quirúrgico en relación a la existencia del diastema inter incisal superior y la presencia del frenillo labial anómalo como método adecuado para el restablecimiento de las funciones orales normales.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características del diastema inter incisal superior, para conocer su morfología y nos permita identificar la existencia de un frenillo labial anómalo.

- Explicar las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para la exéresis del frenillo labial anómalo.
- Corregir la función estética y fonética para devolver al paciente su normal estado psicológico mejorando su autoestima.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este tema en la odontología radica principalmente que al realizar un diagnóstico oportuno podrán ser tratadas de manera correcta y eficaz este tipo de anomalías bucales, debido a que uno de los errores más frecuentes dentro de la práctica odontológica es pasar por alto este problema fisiológico.

Por muchos años la relación diastema – frenillo ha constituido en un tema de investigación: ¿ es la presencia de un espacio entre los incisivos centrales lo que posibilita la existencia de un frenillo amplio ? ¿ es el frenillo anómalo el que da origen al diastema ?

Es importante que hagamos una revisión de una de las principales causas para la formación de diastema que es la presencia de frenillo labial anómalo, conocer sus características, su influencia anatómica y secuelas causadas en pacientes portadores de esta anomalía.

El frenillo labial es un padecimiento de alta prevalencia, en la población de pacientes infantiles que afecta a ambos sexos en algún momento de su vida.

A partir de las alteraciones que puede generar la presencia del frenillo labial que va a ocasionar algunos problemas en la pronunciación, también puede impedir el movimiento correcto de la lengua y de los movimientos de succión que dificultaría para una buena alimentación.

Esta investigación permitirá establecer su etiología, las causas verdaderas y elaborar el diagnóstico, un tratamiento que dé solución y disminuir las alteraciones que puede generar la presencia del frenillo lingual, empleando técnicas efectivas para la recuperación física y así aliviar las dolencias que están generando daños a los pacientes infantiles.

Los frenillos labiales y linguales a menudo se pasan por alto en el examen de diagnóstico, sin embargo los frenillos pueden causar ciertas anomalías o tipos de patología que son básicamente:

- Problemas ortodóncico- ortopédico.
- Problemas protésicos.
- Alteraciones fonéticas.
- Patologías periodontales.

Estas teorías contradictorias tendrían su base en la inseguridad del clínico en no saber diferenciar un verdadero frenillo anómalo de uno que no lo es, sobre todo en la infancia donde existe una alta frecuencia de frenillos de inserción baja.

Para la solución del problema diastema - frenillo se puede recurrir a tres procedimientos básicos:

- Procedimiento ortodóncico.
- Procedimiento quirúrgico, y.
- Procedimiento ortodóncico – quirúrgico

En este proyecto de tesis trataremos acerca del procedimiento quirúrgico, que con los avances tecnológicos como son la utilización del electro bisturí o el rayo láser disminuyen los efectos post operatorios en el abordaje del mismo, que los de una cirugía de fácil manejo que siempre trae traumatismos propios de un evento quirúrgico.

Es importante que se analicen los factores que podrían incidir en la formación del diastema antes de tomar la decisión del tratamiento a realizar, es así que algunos profesionales manifiestan que: “Se presentan diversos tratamientos: cuando hay dientes supernumerarios mesiodens, correspondería la extracción seguida de ortodoncia; para la ausencia congénita de lateral se utiliza el tratamiento ortodóncico para cerrar el espacio o para abrirlo y colocar prótesis.

Cuando los incisivos tienen una anatomía más angosta en incisal que en gingival se utiliza el hondeado de coronas o reconstrucción, Y en presencia de frenillo fibroso se requiere de la remoción quirúrgica luego del tratamiento ortodóncico.

Una vez realizado el tratamiento lo más importante es la etapa de retención, ya que si no se elimina la causa (hábitos) es difícil mantener el espacio cerrado. Así, en pacientes jóvenes se deben usar recordatorios para la actividad lingual. En adultos es más difícil y deben colocarse retenedores inmediatos al tratamiento, de uso permanente, tal como un retenedor fijo que abarque de canino a canino uniendo los seis dientes anteriores.”²

Al optar por la recesión quirúrgica del frenillo debería realizarse por las siguientes razones:

- Funcionales.- Cuando interfieren con las funciones de alimentación y fonación.
- Estéticas.- Cuando causen o mantengan una eversión o inversión del labio superior.
- Ortodónticas.- Como parte del tratamiento ortodóntico en el cierre de diastemas.
- Protésicas.- Cuando impidan la retención y adaptación de prótesis.
- Periodontales.- Cuando dificulten un correcto cepillado y permitan la acumulación de placa bacteriana.

“La principal indicación de tratamiento quirúrgico o frenectomía es la presencia de frenillo labial superior prominente de inserción baja, en un paciente con presencia de diastema inter incisal en el que al menos han erupcionado los incisivos permanentes.”³

Es importante recordar que cuanto mayor sea el espacio entre los incisivos, menos probabilidades habrá de que el diastema cierre por sí solo, y se tendrá que complementar con tratamiento ortodóntico, especialmente en el adulto ya que es más difícil eliminar los malos hábitos.

² Dra. Marisabel Manzanero*, Dra. Beatriz Gurrola**, col

³ [www. Maxilolarioja.blogspot.com/2012/08](http://www.Maxilolarioja.blogspot.com/2012/08)

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL

Los problemas físicos, psicológicos y estéticos que pueden derivarse por la presencia del diastema inter incisal anómalo, deben ser tomados en cuenta, en la apertura de una historia clínica y la respectiva revisión odontológica la cual al ser realizada, el profesional deberá valorar la presencia de diastema medio inter incisal y si la causa primera de su presencia es la formación del frenillo labial.

“ El frenillo labial superior se extiende desde la superficie interna del labio superior hasta la zona inter incisiva, en la línea media. Existe una considerable variabilidad en la zona de inserción del frenillo: en la mayoría de los casos, éste se inserta en el proceso alveolar, en la proximidad de la zona de paso entre la encía queratinizada y la mucosa alveolar, algunos milímetros apicalmente a la papila inter incisiva, en otros casos puede tener una inserción más coronal ”.⁴

En los pacientes con diastema en los que se puede observar que son portadores del frenillo labial una de las alternativas o método de elección para su tratamiento es el quirúrgico o frenectomía, y se lo considera luego de realizar un estudio completo de la historia clínica del paciente en la que deberá tener especial atención en revisar la cronología de erupción dentaria, ya que el diastema puede eliminarse o desaparecer posteriormente con la erupción de los caninos y segundos molares superiores.

Luego de este proceso y de persistir la presencia del Diastema Medio Inter incisal como consecuencia del Frenillo Labial Superior, se procederá al abordaje quirúrgico, tratando de elegir el método menos cruento, realizando una frenectomía superior.

⁴ .,Matteo Chiapasco, Cirugía Oral . Ed. Masson S.A, 2004 pág.315.

Cuando el frenillo está muy tenso en el labio superior, los pacientes portadores de esta patología pueden presentar alteraciones psicológicas ya que se ve alterada su estética dental por lo tanto su fisonomía, así como también pueden producirse alteraciones en el habla o sonidos balbuceantes y emitir sonidos no deseados (silbidos) por causa del espacio existente.

2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.2.1. CONCEPTO DE DIASTEMA:

Se le define como el espacio entre los incisivos centrales.

2.2.2. CONCEPTO DE FRENILLO:

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito.

Por muchos años la relación diastema – frenillo se ha constituido en un tema de investigación: ¿ es el frenillo anómalo el que da origen al diastema ? o ¿es la presencia de un espacio entre los incisivos centrales lo que posibilita la existencia de un frenillo amplio?.

Procederemos a realizar una revisión de las características de cada uno de ellos, y tratar de encontrar la relación entre ellos o predominio de alguno en la formación de la patología motivo del presente trabajo.

Empezaremos por citar las características del diastema y debemos señalar que a lo largo de los años se dio diferentes denominaciones como: “ espacio de la línea media ”, “ diastema inter incisivo o inter incisal ”, “ diastema maxilar de la línea media ” ,etc.

Podemos señalar que el espacio entre los incisivos centrales superiores es una característica de la dentición decidua y mixta que tiende a cerrarse a medida que los niños crecen y luego de la erupción de los caninos permanentes y segundos molares , esto gracias a la migración y ajuste fisiológico de las piezas dentarias.

Según Cosme Gay Escola manifiesta: “El diastema medial superior designa un espacio de 1 a 6 mm. o mayor entre los incisivos centrales del maxilar superior. Los ejes longitudinales de los incisivos centrales con diastema medial suelen ser divergentes o paralelos. Cuando son convergentes, se puede sospechar la presencia de un diente supernumerario inter incisivo (mesiodens), aunque su frecuencia es relativamente baja.

Para evaluar si la causa de un diastema es un frenillo hipertrófico, se realiza el "test de isquemia o maniobra de Graber", que consiste en la tracción o estiramiento del labio superior y la observación del grado de isquemia o blanqueamiento producido en la papila palatina. Si el frenillo labial superior se prolonga dentro de la papila incisiva el estiramiento del frenillo producirá palidez y movimiento de la papila interdental (signo de la papila positivo).



Figura 1. Frenillo labial superior con bordes paralelos.

Fuente: deltadent.es

Los frenillos alargados con bordes paralelos (figura 1), ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes longitudinales de los incisivos centrales son sensiblemente paralelos.

El frenillo de forma triangular de base superior, origina un diastema en que los ejes de los incisivos son convergentes, con sus coronas más próximas que sus ápices. (figura 2).



Figura 2. Frenillo labial superior de forma triangular de base superior
Fuente: www.nuevotiempo.org

Por el contrario, los frenillos de forma triangular de base inferior, originan un diastema en el cual los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.⁵

Podemos distinguir dos clases de diastema: diastema verdadero y pseudodiastema. el verdadero diastema lo suele originar la persistencia del frenillo labial superior después de la salida de los dientes permanentes.(fig. 3)
Todos los demás casos son pseudodiastemas

⁵ Escola, Cosme Gay , Tratado de Cirugía Bucal Tomo I página 558



Figura 3: diastema interincisal

Fuente: Fichas odontológicas Centro de Salud N° 20“ Ciudadela Ibarra”

2.2.2.1. CAUSAS DE FORMACIÓN DE DIASTEMA:

Como causas de formación del diastema podríamos citar :

- Cuando hay una diferencia de proporción en tamaño entre los dientes y la arcada.
- Con la pérdida de los dientes deciduos y la erupción de los dientes permanentes; ya que los dientes “ de leche ” son más pequeños.
- Cuando quedan restos de comida entre los dientes donde sentimos presión y ocurre en repetidas ocasiones hay probabilidad de presencia de un diastema.

Se ha estimado que hasta un 97% de todos los niños de 5 años de edad, tiene un diastema y hasta el 50 % de los niños entre las edades de 6 y 8 años. pero la incidencia disminuye a sólo el 7% en jóvenes de 12 a 18 años.

En torno a los 8 años, los incisivos laterales no erupcionados comienzan a desarrollarse y empujan en contra de las raíces de los incisivos erupcionados.

Cuando los incisivos centrales se empujan, los espacios pueden aparecer entre ellos. Estos espacios existen hasta que los dientes superiores crecen y fuerzan a los dientes a cerrar el diastema. Esto generalmente ocurre alrededor de los 12 años.

Los diastemas también pueden ocurrir en niños con pequeños dientes incisivos laterales (debido a que los pequeños dientes permiten que los incisivos centrales se separen, creando un espacio o diastema) o una mordida que ocasiona que los dientes superiores sobresalgan en lugar de permanecer rectos.

Un desequilibrio hormonal en la glándula endocrina puede causar que la mandíbula se considere anormalmente grande, mientras que los dientes se mantienen normales en tamaño, provocando la aparición de espacios entre los dientes.

En los adultos, los espacios superiores se producen entre los incisivos como un resultado del movimiento causado por la pérdida del hueso alveolar, siendo esta una condición periodontal.

Los diastemas suelen cerrarse espontáneamente, también se podría recurrir a la utilización de aparatos de ortodoncia o a la resección quirúrgica del frenillo con el que se eliminaría el obstáculo que no permite el cierre de espacio entre los incisivos centrales.

2.2.2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS DIASTEMAS

Según Graber se presentan los diastemas del desarrollo o patológicos.

Barrancos los clasifica por tamaño:

- Pequeños cuando la separación es igual o menor a 2 mm;
- Medianos cuando la separación está entre 2 y 6 mm; y
- Grandes cuando la separación excede los 6 mm.

Por su localización, uno o dos diastemas en toda la arcada o generalizados. Esto se confirma midiendo el tamaño de los dientes sobre modelos de estudio: anteriores, posteriores.

Por su simetría, pueden ser simétricos: que poseen espacios iguales por mesial o distal; o asimétricos: los que por tener dientes de diferentes tamaños, movilidad, trauma u otras causas, tienen espacios de separación desiguales.

Cuanto mayor sea el espaciamento, menos probabilidades habrá de que un diastema central se cierre totalmente por sí sólo como regla general, un diastema central superior a 2 mm.

En algunos casos puede existir una inserción fibrosa (frenillo labial) que no cede, la cual posee una baja inserción en el proceso alveolar. Cortar esta inserción puede permitir la migración normal mesial de los incisivos hasta entrar en contacto proximal correcto.

Frente a un niño con diastema central maxilar, deberá realizarse una cuidadosa historia médico odontológica a fin de investigar si las características de este espacio son normales para su edad y su crecimiento y desarrollo físico y dental. Son también importantes la raza, los antecedentes congénitos y familiares, y si hay alteraciones sistémicas que condicionen la existencia de dicho espacio, como por ejemplo, desequilibrios hormonales o alteraciones neuromusculares.

El examen clínico deberá evaluar: inserción anómala del frenillo labial, presencia de hábitos, alteración del equilibrio de la musculatura peribucal, problemas ortodónticos, erupción dentaria y sus alteraciones, trastornos en la forma, tamaño y número de las piezas dentarias, secuelas de traumatismos, caries dental y pérdida ósea por problemas periodontales o sistémicos.

Los exámenes radiográficos son imprescindibles para el diagnóstico, como son las radiografías panorámicas y periapicales del sector anterosuperior a fin de evaluar: edad dental del paciente, impedimentos físicos, agenesias, morfología sutural, anquilosis, problemas de erupción y alineamiento.

Es necesario obtener registros ortodónticos completos, como modelos de estudio, fotografías clínicas y análisis de Bolton, si el caso así lo amerita.

Para un examen minucioso del diastema inter incisal, se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Precisar si sólo existe el espacio de la línea media maxilar, o si existen espacios generalizados.

2. Comparar el tamaño de los dientes entre sí y/o con una tabla de medidas promedio.
3. Una buena radiografía de este sector con el rayo central perpendicular al septo interincisal. (figura 4)



Figura 4: Radiografía Panorámica

Fuente: Fichas odontológicas Centro de Salud N° 20“ Ciudadela Ibarra”

Se ha mencionado como una de las causas para la formación del diastema es la presencia del frenillo por lo que revisaremos brevemente las características de estos, tratando con mayor profundidad los del frenillo labial superior, que es motivo del estudio en la presente tesina acerca del diastema interincisal anómalo, investigando acerca de las causas que prevalecen para su formación.

En la boca existen dos pliegues conectores, el primero sujeta la encía de la arcada dentaria superior al labio y el segundo une la base de la lengua con el piso de la boca. Estos pliegues están situados en la línea media y se les llama frenillos linguales o labiales.

Cuando los frenillos labiales son excesivamente cortos o gruesos se deben corregir para evitar problemas en la pronunciación de las palabras y la alimentación por la dificultad para mover o sacar la lengua

Cuando el frenillo lingual es “corto”, se le llama: Síndrome del frenillo corto o anquiloglosia o frenillo inflexible. La corrección de este problema o frenilectomía es un procedimiento muy común.

Un frenillo está constituido por 3 capas básicas:

- Tejido Conectivo Fibroso Laxo 68%.
- Tejido Conectivo Fibroso Denso 24%.
- Músculo Esquelético 8%.

Cabe señalar que en la antigüedad los frenillos bucales no eran considerados un problema por lo que no se les dio la importancia que amerita y las consecuencias que acarrearían los portadores de esta anomalía bucal; pero a lo largo de los años se han realizado estudios sobre su formación, importancia y alternativas de tratamiento.

Existen tres tipos de frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. Los frenillos pueden tener una estructura fibrosa, fibro-muscular o muscular. En cuanto a las características y causas del frenillo podríamos señalar:

Estos están conformados por bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos y que unen al labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio, sufriendo cambios ya que están sometidos a variaciones de tamaño y forma.

Según su localización, los frenillos se pueden clasificar en:

- a) mediales: frenillo labial superior, frenillo labial inferior y frenillo lingual; y
- b) laterales (a la altura de los premolares superior o inferior).

En el presente trabajo trataremos el estudio del frenillo labial ya que se correlaciona directamente con el diastema interincisal objeto de la tesina, realizando un estudio de su composición y características y consecuencias en los pacientes portadores de esta patología.

2.2.2.3. FRENILLO LABIAL SUPERIOR

2.2.2.3.1. DEFINICIÓN:

Es un repliegue de tejido que une al labio superior con la apófisis alveolar en la línea media del maxilar superior; se forma en la 7ª semana del desarrollo embriológico, mide 2 a 3 mm de ancho.

Otro autores lo consideran como un repliegue de la mucosa bucal que parte de la cara interna del labio y va a insertarse sobre la línea media de la encía adherida inter

incisiva del maxilar superior. En algunos casos el frenillo desciende hasta el reborde alveolar y termina en la papila interdental en la bóveda palatina.

Sobre este tema Cosme Gay Escola señala que: “Los estudios demuestran que el frenillo labial superior consta de dos partes: un tabique de tejido conjuntivo en la sutura maxilar que separa el reborde dental superior en el plano sagital mediano y la placa del frenillo que corresponde al frenillo labial que aparece algo más tarde.

Los gérmenes de los incisivos temporales están separados durante la elevación del tabique interdental, el cual, en condiciones normales, sufre una regresión o involución.

Así aún se discute si el frenillo es el causante del diastema en todos los casos, porque hay muchas personas con frenillo labial hipertrófico sin diastema y otras con un gran diastema pero sin frenillo anormal; así pues no se ha comprobado que exista relación entre el tamaño y el nivel de inserción del frenillo labial superior con el tamaño del diastema inter incisal.(fig. 5)



Figura : 5 Frenillo interincisal superior insertado en la papila vestibular
Fuente: maxilolarioja.blogspot.com

En cambio en la mayoría de los casos se relacionaría con la discrepancia entre la longitud del arco maxilar y el tamaño de los dientes.(fig 6)”⁶

⁶ Escola, Cosme Gay , Tratado de Cirugía Bucal Tomo I página 559



Figura 6: Frenillo labial superior discrepancia entre tamaño y longitud
Fuente:www.nuevotiempo.org

Este frenillo responde embriológicamente a un tracto fibroso interpuesto entre el proceso labial y un esbozo de la bóveda palatina en el desarrollo del proceso maxilar y posteriormente con la erupción dentaria se va segmentando y determina dos formaciones a nivel del surco del frenillo labial y en la porción anterior de la bóveda en la parte media, la papila incisiva.

La presencia del frenillo labial hipertrófico va a ser causante de deficiencia en la limpieza de la zona ya que se van a acumular restos alimenticios y el cepillado dental no será el correcto al no existir el fondo del saco vestibular; también podrían presentarse problemas periodontales debido a la inserción del frenillo en la papila inter incisal vestibular.

Este además impedirá que se realice un buen sellado marginal, provocado por un labio superior corto y cuando se necesite de una prótesis removible parcial o completa en el paciente desdentado, la presencia del frenillo labial superior no permitirá una buena adaptación ya que tiende a desplazarse con los movimientos del labio superior.

Esto es causado por la reabsorción del proceso alveolar en los pacientes edéntulos que puede dejar el frenillo labial tan cerca de la cresta alveolar que interfiera con la estabilidad de la prótesis, debiendo realizarse la exéresis quirúrgica del frenillo antes de elaborar la prótesis, esto permitirá que se pueda dar la suficiente extensión a las aletas de la

placa dental , logrando así un buen sellado periférico, imprescindible en la elaboración de una prótesis dental.

2.2.2.3.2 HISTOLOGÍA

Está compuesto de un epitelio escamoso estratificado y de tejido conectivo con alto contenido de fibras elásticas y en un tercio de casos se observa la presencia de fibras musculares esqueléticas.

Algunos autores señalan que el frenillo labial está constituido por:

- Tejido Conectivo Fibroso Laxo 68 %
- Tejido Conectivo Fibroso Denso 24 %
- Musculo esquelético 8 %

2.2.2.3.3 CLASIFICACIÓN:

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguirlos en:

a.- Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.

b.- Frenillo muscular

Pueden estar integrados distintos músculos dentro del frenillo:

- 1.- Músculo elevador propio del labio superior, que es una pequeña banda muscular que se origina en la parte externa del proceso alveolar del maxilar superior y que tiene dos orígenes, por encima del canino y del incisivo lateral y se inserta en el espesor de las fibras del orbicular de la boca.
- 2.- Músculo nasal y depresor septal, que se originan en la parte más baja del maxilar superior y su función está casi completamente restringida al accionar el ala de la nariz.
- 3.- Músculo elevador del ángulo de la boca que se origina en la fosa canina del maxilar Superior y se inserta en el tejido blando, cerca de la boca.
- 4.- La porción inferior de este músculo se encuentra por debajo de la arteria angular, por lo que al manipular esta zona puede producirse una hemorragia arterial profunda, por lo tanto debe realizarse disección roma de los tejidos en lugar de la cortante.

c.- Frenillo mixto o fibromuscular

Existen distintas clasificaciones de frenillos labiales según su morfología:

JACOBS, describe cuatro tipos anormales:

- Base ancha en forma de abanico en el labio
- Base ancha en forma de abanico entre incisivos
- Base ancha en forma de abanico en el labio e incisivos
- Amplio frenillo difuso adiposo.

MONTI. Distingue tres tipos:

- Alargados con sus bordes paralelos
- Triangulares cuya base coincide con el fondo vestibular
- Triangular de base inferior

PLACEK y Cols, Proponen una clasificación basados en criterios clínicos:

- Frenillo mucoso con inserción en la unión mucogingival.
- Frenillo gingival con inserción en la encía adherida.
- Frenillo papilar con inserción en la papila inter incisiva.
- Frenillo penetrante papilar con inserción en la papila inter incisiva pero que penetra hasta la papila palatina.

2.2.2.3.4. SIGNOS CLÍNICOS

- Diastema inter incisal superior de 1 a 6 mm o mayor.
- Inserción del frenillo a nivel de la papila palatina.
- Blanqueamiento de la papila al realizar estiramiento superior del labio.

FRENILLO ANORMAL Son inserciones aberrantes del frenillo labial superior capaces de provocar el comienzo de afección periodontal por la retracción de márgenes gingivales a que dan lugar, pueden causar diastemas entre los dientes y pueden también limitar la mordida del labio.

2.2.2.4. FRENILLO LABIAL INFERIOR

2.2.2.4.1. DEFINICIÓN

Es un repliegue de la mucosa bucal situado en la línea media y que conecta el labio inferior con la encía y la papila inter incisal inferior. La hipertrofia o inserción anormal de este frenillo es menos frecuente en la práctica diaria que la del frenillo labial superior.

2.2.2.4.2. CLASIFICACIÓN

Podemos encontrar:

a. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.

b. Frenillo muscular

Pueden estar integrados distintos músculos:

1. Músculo borlas del mentón y cuadrado de la barba o de los labios. Estos músculos producen la elevación del mentón y se originan de la superficie externa de la mandíbula.

Su función es importante para poner en tensión y definir el labio inferior en la expresión facial, por tanto, debemos abordar esta zona con una disección subperióstica para permitir la prefijación sin interferir con la función muscular.

2. Músculos depresores del labio inferior, que se originan en la zona incisiva y se insertan en las fibras profundas del labio inferior. Este músculo se localiza más cerca de la mucosa que de la superficie cutánea y a menudo, puede estar involucrado en el espesor del frenillo labial inferior.

c. Frenillo mixto o fibro-muscular.

Una combinación de los dos anteriores.

2.2.2.4.3. SIGNOS CLÍNICOS

- Puede comprometer la salud de los tejidos periodontales por vestibular de los incisivos centrales inferiores.

Esta banda de tejido puede contribuir a aumentar la profundidad del espacio anormal entre la raíz de un diente y la encía, desplazando los tejidos marginales y disminuyendo la continuidad de la encía adherida o provocando una recesión gingival.

- Diastema inter incisal inferior.

2.2.2.5. FRENILLO LINGUAL

El frenillo lingual suele constituir frecuentemente un elemento patológico, que se caracteriza por ser un sólido cordón, que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre su tercio medio, se vuelve hacia delante y se inserta en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.

El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada dentaria, es decir, entre los incisivos centrales.(fig.7)

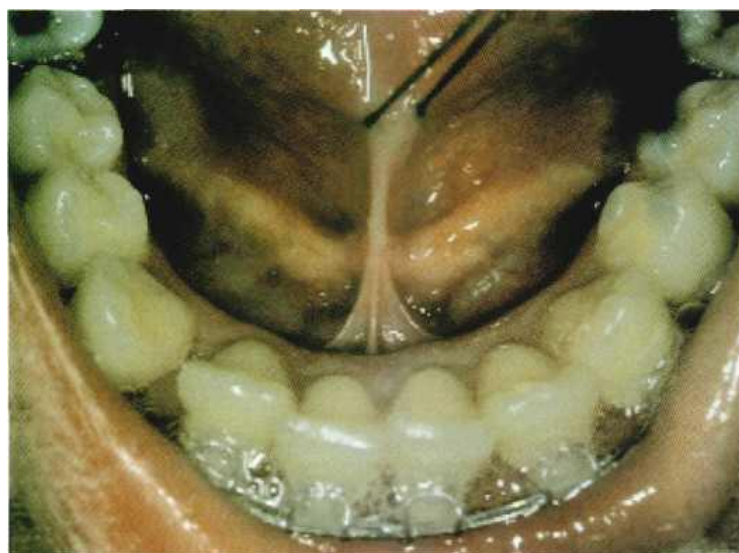


Figura 7 . Frenillo lingual de tipo muscular

Fuente: www.monografias.com

En la mayoría de los casos esto se corrige de forma espontánea entre 2 y 5 años por el crecimiento en la altura de la cresta alveolar y el desarrollo de la lengua y los dientes comienzan a erupcionar.

Los problemas de lenguaje con base en la "lengua trabada" son poco frecuentes en lactantes y preescolares, y la frenectomía a esta edad no está indicada. Los niños con dentición mixta pueden quejarse por dificultad para mover la lengua, están molestos por la incapacidad de sacarla de la boca. Se quejan por la apariencia bífida de la lengua, que puede ser blanco de burlas de otros niños.

Un frenillo lingual con inserción alta en el alvéolo puede participar en la inflamación y la retracción gingival en relación con los incisivos centrales.

Finalmente los frenillos labiales y linguales pueden formar una banda fibro elástica continua que produce no solo "lengua trabada", sino también contribuye a la formación de diastema mandibular y gingivitis.

La frenectomía lingual se lleva a cabo más por alguna de las indicaciones anteriores, que por problemas de articulación del lenguaje relacionados con ella.

2.2.2.5.1. CLASIFICACIÓN

Dependiendo de la estructura que forma el frenillo podemos distinguir:

2.2.2.5.2. FRENILLO FIBROSO

Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa



Figura 8. Frenillo lingual de tipo fibroso.
Fuente: www.monografías.com

2.2.2.5.3. FRENILLO MUSCULAR

Puede estar involucrado distintos músculos en el frenillo lingual:

1. Músculo geniogloso: Músculo extrínseco potente de la lengua.

Debido a que este músculo es muy importante para los movimientos adecuados de la lengua, no debe sacrificarse toda su fijación en los procedimientos quirúrgicos; no obstante, sí podemos seccionar la porción superior sin causar limitación alguna en la movilidad de la lengua.

2. Músculo geniohioideo: Se origina en el tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides; actúa como un depresor de la mandíbula.

En los frenillos linguales se observan por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

Es importante recordar que además de la estructura muscular, ya comentada, existe en esta zona importante relación con el conducto de Wharton (drena la saliva de la glándula Submaxilar) y su carúncula de salida, con el conducto de Rivinus (drena la saliva de la glándula Sublingual), el nervio lingual y vasos sublinguales.

La presencia del frenillo lingual produce anquiloglosia o restricción del movimiento de la lengua que no se puede evaluar clínicamente pero puede darse un diagnóstico de esta anomalía bucal cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca del paciente abierta y cuando no puede protruirse la punta de la lengua más de 1 o 2 cm. por fuera de los incisivos inferiores. (Figura: 9)



Figura 9: Frenillo lingual que produce anquiloglosia.
Fuente: www.clinicadentalmucia.com

2.2.2.5.4. DIAGNÓSTICO

En el tema de esta tesina haremos referencia especialmente al Frenillo Labial Superior y las consecuencias que provocan a los portadores de esta anomalía bucal que es causa en la formación del diastema medio intersticial.

Esta situación anatómica se ha constituido en tema de investigación durante muchos años en los cuales se ha tratado de establecer la relación frenillo – diastema en el que se trata de dilucidar: ¿ Si el frenillo anómalo es el que da origen al diastema? o ¿ es la presencia de un espacio entre los incisivos centrales lo que permite la formación de un frenillo. ?



Figura 10. Frenillo inter incisal de forma triangular de base superior.
Fuente: www.renuevadental.es

La elaboración de un diagnóstico correcto, deberá basarse en los datos obtenidos en la elaboración de la historia clínica en la que debe constar la presencia del diastema inter incisivo y la comprobación mediante el test de Graber o de la papila positivo, complementando además con estudios radiológicos de panorámica dental que nos permitirá valorar las características del hueso del diastema medial, así como la posible presencia de mesiodens.(figura 10 ,11,12)

Debemos señalar que el diastema o espacio entre los incisivos superiores se lo encuentra en la dentición decidua y mixta, el mismo que tiende a cerrarse, luego que el frenillo desaparece debido a la presión que ejercen los dientes definitivos en erupción sobre éste, lo que ocurre generalmente alrededor de los 12 años de edad.



Figura 11. Diastema inter incisivo superior
Fuente: www.deltadent.es



Figura 12: Panorámica dental que nos muestra la presencia de un mesiodens
Fuente: www.pap.es

El frenillo puede eliminarse también cuando se recurre a la utilización de aparatos de ortodoncia utilizados para cerrar el diastema y ; como método de elección final citaremos a la frenectomía que es la resección quirúrgica del mismo, que en la actualidad los métodos empleados para su abordaje son menos cruentos y utiliza nuevas tecnologías como el rayo láser, el electro bisturí los que disminuyen el trauma propio de un evento quirúrgico convencional.

El objetivo principal es devolver al paciente su estado psicológico habitual ya que los pacientes con frenillo lingual al hablar emiten ruidos (silbidos) producidos por el espacio existente entre los dientes, siendo causa de burla y por lo tanto disminuyen el autoestima.

2.2.2.6. CAUSAS PARA LA REMOCIÓN:

- 1.- En niños se encuentran a veces frenillos hipertrofiados con inserciones muy bajas casi a nivel del borde alveolar causando diastemas a nivel de incisivos centrales superiores.
- 2.- Frenillos muy cortos que provoquen recesión de la encía, causando una superficie radicular expuesta dolorosa y antiestética.

2.2.3. TRATAMIENTO

La exéresis quirúrgica deberá realizarse luego de realizar las valoraciones correspondientes y la presencia de uno o varios signos clínicos indiquen que es el tratamiento a seguir, en especial cuando se determine la presencia del diastema medio inter incisal.

Los cirujanos orales, coinciden en que la exéresis del frenillo no debe realizarse antes de la erupción de los caninos permanentes, discrepando con algunos que creen que el momento oportuno para la realización de la frenectomía es la caída de los incisivos temporales y son remplazados por los permanentes.

Thomas y Chatenay, a su vez, opinan que el momento propicio es cuando hacen erupción los incisivos laterales. Finalmente Monti cree que la mejor época es antes de la erupción de los dientes temporales.

Podemos marcar las siguientes pautas terapéuticas que correlacionan existencia de frenillo labial superior y diastema inter incisivo, normalmente la exéresis profiláctica en dentición temporal no está indicada.

En dentición definitiva y se comprueba la existencia de diastema por presencia de frenillo labial inter incisal se puede optar por la exéresis quirúrgica y ortodoncia como en el caso de los incisivos centrales y laterales ya han erupcionado, de igual forma los caninos

La remoción quirúrgica total de un frenillo se recomienda hacerla después de que los caninos superiores permanentes hayan erupcionado, ya que con frecuencia el movimiento oclusal y anterior de los caninos en erupción conducen al cierre total o parcial del diastema, como también se lo debe realizar previo a la toma de impresiones en la construcción de prótesis totales.

En las frenectomías se evierte el labio y se distiende como sea posible, las incisiones se hacen en la mucosa alrededor del frenillo y se profundizan hasta hueso.

De acuerdo con este protocolo el tratamiento quirúrgico del frenillo labial superior raramente está indicado antes de los 12 años, es decir que deberemos esperar que los seis dientes anteriores estén erupcionados. En este momento la intervención quirúrgica se indica después de valorar y descartar las distintas etiologías del diastema inter incisal.

2.2.3.1. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Para extirpar el frenillo quirúrgicamente se han propuesto numerosas técnicas; En primer lugar distinguiremos los diferentes tipos de cirugía que podemos efectuar:

2.2.3.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Frenectomía

Consiste en la extirpación completa del frenillo que puede efectuarse mediante la exéresis simple o la exéresis romboidal.

La frenectomía labial se hace bajo anestesia local infiltrativa, procurando no distender demasiado la zona con el fin de no alterar las relaciones anatómicas lo que dificultaría su extirpación.

En este tipo de cirugía tenemos:

- Exéresis simple del frenillo con inserción vestibular.
- Exéresis simple del frenillo con inserción palatina.
- Frenilectomía con Plastía en “ Z ”.
- Frenilectomía con Plastía en “ V ”.

2.2.3.3. EXÉRESIS SIMPLE DEL FRENILLO CON INSERCIÓN VESTIBULAR

Es la técnica más sencilla para la eliminación del frenillo labial superior, se lo pinza con dos pinzas hemostáticas, en la zona de inserción en el labio y en el proceso alveolar. A continuación se procede a la remoción del frenillo con un bisturí o con tijeras quirúrgicas finas. Tras haber quitado las pinzas hemostáticas, queda una herida en forma de rombo: las inserciones musculares presentes en la base de la herida deben eliminarse mediante el empleo de tijeras, realizando movimientos de abertura. Esta maniobra favorece el sucesivo cierre de la herida sin tensiones.

Después de haber obtenido la hemostasia mediante el uso de compresión con gasas, se procede a la sutura. El primer punto debe darse a la máxima profundidad del vestíbulo, por debajo de la espina nasal, y debe coger los dos márgenes de la herida y el periostio subyacente. Esta precaución reduce el riesgo de formación de un hematoma postoperatorio, a continuación se sutura con puntos simples.

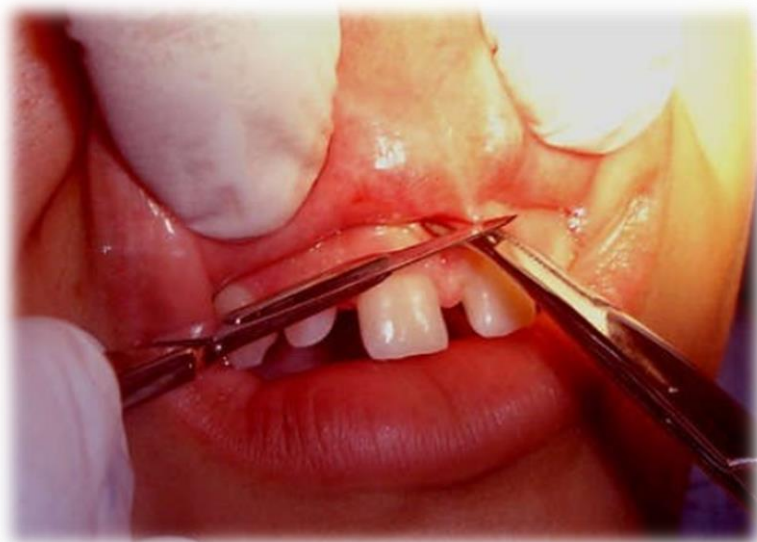


Figura 13: Frenectomía mediante exéresis simple
Fuente: www.infomed.es

2.2.3.4. EXÉRESIS SIMPLE DEL FRENILLO CON INSERCIÓN PALATINA

El frenillo es aislado con dos incisiones verticales paralelas, que se extienden hasta la papila retro incisiva. Una tercera breve incisión horizontal une las dos precedentes en la inserción palatina del frenillo.

Se sujeta el frenillo con una pinza quirúrgica y separada del periostio en dirección al fondo del surco. Cuando el frenillo queda pedunculado exclusivamente en relación con

su límite superior, se procede a su escisión. A continuación se realiza la sutura con la técnica apropiada.

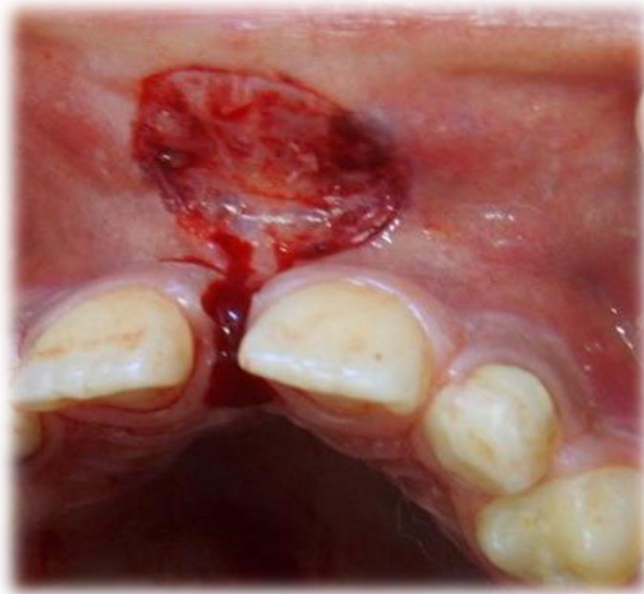


Figura 14 : Exéresis de frenillo con inserción palatina
Fuente: Fichas odontológicas Centro de Salud N° 20“ Ciudadela Ibarra”

2.2.3.5. FRENILECTOMIA CON PLASTIA EN “ Z ”

Esta técnica reduce el riesgo de formación de una cicatriz retraccional en la misma dirección del frenillo eliminado y consigue una mayor profundización del surco vestibular. Tras la eliminación del frenillo se realizan dos incisiones oblicuas paralelas que forman un ángulo de 60° con la línea media. Los dos colgajos así formados son movilizados, separándolos de los planos subyacentes y `por tanto, trasladados, para cerrar la herida por primera intención..

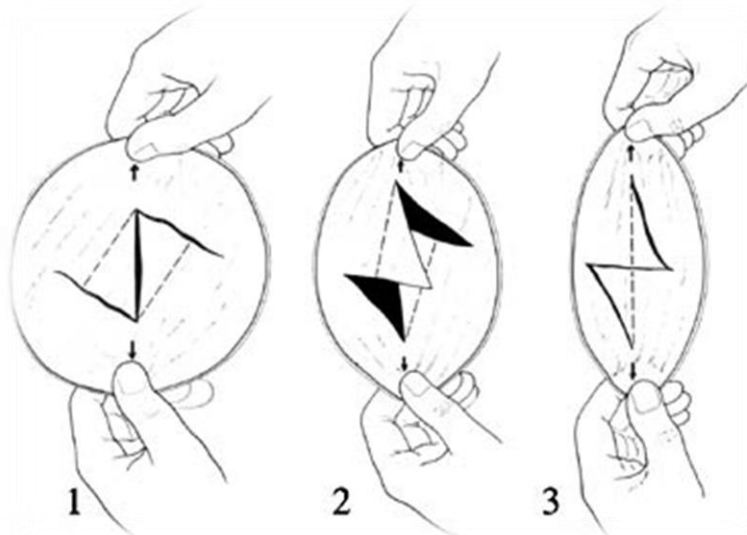


Figura 15 : Frenilectomía con plastia en “ Z ”
Fuente: www.slideshare.net



Figura 16 : Frenilectomía con plastia en “ Z ”
Fuente: Fichas odontológicas Centro de Salud N° 20“ Ciudadela Ibarra”

2.2.3.6. FRENILECTOMIA CON PLASTIA EN “ V ”

Esta técnica quirúrgica está indicada cuando un frenillo está particularmente hipertrófico y presenta una amplia base de inserción en relación con el labio superior. Permite, además, profundizar el vestíbulo de forma más previsible que las técnicas anteriores. Sin embargo la cicatrización se produce por segunda intención, con mayor molestia para el paciente.

La intervención comienza con dos incisiones que rodean el frenillo formando una “V” abierta hacia arriba. En el caso de inserción palatina del frenillo, las dos incisiones se hacen paralelas en relación con el diastema y son reanudadas por una pequeña incisión palatina. Las incisiones se realizan en una parte del espesor, y se procede entonces a la disección suprapariosteal de los tejidos blandos por medio de una tijera roma.

Después de haber eliminado los tejidos que componían el frenillo, se obtiene una superficie triangular recubierta sólo por el periostio: la mucosa del labio que forma el lado superior del triángulo es entonces anclada al periostio, con un hilo de sutura reabsorbible, en la zona más profunda del vestíbulo (mm. por debajo de la espina nasal). Esta superficie se cura por segunda intención.



Figura 17 : Frenilectomía con plastia en “ V ”

Fuente: Fichas odontológicas Centro de Salud N° 20“ Ciudadela Ibarra

2.2.4. INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

Los elementos necesarios para una exéresis quirúrgica son:

- Separador de Minessota.
- Jeringa Carpule
- Mango para bisturí N° 3.
- Hoja para bisturí N° 11
- Pinza hemostática recta y curva.
- Tijera para encía recta y curva.

- Pinza porta agujas.
- Pinza quirúrgica.
- Sutura seda negra 3-0

2.2.5. TIEMPO QUIRÚRGICO

De 25 a 30 minutos.

- 1.- Asepsia y antisepsia.- Con la utilización de agentes químicos, principalmente de Sablón, realizamos limpieza extra oral de labios y zona periférica, con la ayuda de una gasa montada en una pinza.
- 2.- Anestesia local.- Se decide realizar anestesia local infiltrativa supraperióstica, a cada lado del frenillo a nivel de los incisivos laterales con la finalidad de que el tejido blando no se “ llene ” de solución y desaparezca.
- 3.- Exéresis del tejido.- Con la ayuda de un bisturí N° 3 mango N° 15 , procedemos a realizar el corte en “ V ”.
- 4.- Sutura.- Realizamos la sutura a puntos separados, tomamos tres puntos, iniciando desde el punto superior, inferior y luego el punto medio.
- 5.- Indicaciones post quirúrgicas.- Se le entrega al paciente una hoja con las indicaciones en cuanto a fármacos, antibióticos, analgésicos , antiinflamatorios y medidas locales como colocación de hielo en la zona, higiene, dieta blanda y control posterior.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Anquiloglosia:** Inmovilidad anormal de la lengua
- **Anquilosis:** Es la fijación e inmovilidad anormal de un diente o de una articulación
- **Diastema:** Espacio de las maxilas situado entre los incisivos y los premolares y que se encuentra desprovisto de piezas dentarias
- **Frenillo:** Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito.
- **Evierte** salir al revés el pliegue labial.
- **Frenectomía:** Exéresis del frenillo.
- **Hipertrófica** aumento del tamaño de un tejido.
- **Idiopática:** Que es causada por factores desconocidos.
- **Isquemia:** Disminución anormal del flujo hemático en órgano o estructura..
- **Macroglosia:** Aumento anormal del volumen de la lengua.
- **Mesiodens:** Es el diente supernumerario que aparece con mayor frecuencia en la dentición definitiva.
- **Mucosa :** Recubrimiento epitelial de las cavidades del cuerpo que se abren hacia el exterior. La mucosa oral cubre todas las superficies internas de la boca.
- **Periostio:** Membrana fibrosa y vascular que rodea el hueso a excepción de las superficies articulares. Está integrada por una capa interna de fibras elásticas y osteoblastos y una externa de naturaleza conjuntiva.
- **Prognatismo:** Grado de proyección anterior de la mandíbula que puede variar según los diferentes grupos de poblaciones humanas.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

El diagnóstico correcto del diastema inter incisal anómalo en pacientes que acuden al Centro de Salud N° 1 “ Ciudadela Ibarra ”, permitirá un tratamiento quirúrgico oportuno con la frenectomía labial ante alteraciones estéticas y fonéticas.

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- El diastema inter incisal anómalo

2.4.3 VARIABLE DEPENDIENTE

- Frenillo labial hipertrófico

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIONES CONCEPTUALES | DIMENSIÓN | INDICADOR | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS |
|--|--|---|---|--|
| INDEPENDIENTE DIASTEMA INTER INCISAL ANÓMALO | Espacio entre los dientes incisivos que son mayores a 2 mm. y no cierran espontáneamente ni con uso de aparatos de ortodoncia. | Pequeño 0 – 2 mm. Mediano 2 - 6 mm. Grande 6mm. o más. | Espacio Inter Incisal Anómalo. Presencia de frenillo hipertrófico. | Observación Panorámica dental Historia Clínica |
| DEPENDIENTE | | | | |
| FRENILLO LABIAL HIPERTRÓFICO | Banda de tejido conjuntivo fibroso que se dispone entre la papila palatina y el labio superior. | 3 mm. o más. | Grado de Isquemia en la papila palatina producido por el estiramiento del labio superior. | Observación. Test de Isquemia o Maniobra de Graber |

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

En esta investigación se van a emplear los siguientes métodos de estudio

Método Científico.- Describir en forma detallada los resultados obtenidos de forma científica.

Descriptivo.- Describe el problema tomando en consideración las características que determinan al paciente portador de diastema inter incisal anómalo.

Exploratorio.- Se va a estudiar cada caso por medio de historia clínica, fotografías, radiografías.

Explicativo.- Porque se encarga de buscar la iniciación del problema, la causa efecto y el tratamiento del diastema inter incisal anómalo.

Bibliográfico.- Consiste en la búsqueda y recopilación de datos en fuentes documentales.

Cualitativo.- Es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto lo hace una investigación interpretativa, basándose en la observación de grupos de población reducidos.

.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva y transversal

- a) Estudio descriptivo porque vamos a observar las características actuales del objeto de estudio (paciente portador de diastema inter incisal anómalo).
- b) Estudio transversal porque se va a realizar corte en tiempo, número de casos que se presentan en un momento determinado (tratamiento).

.1.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio documental y trabajo de campo.

Esta investigación es documental ya que consiste en un proceso basado en la búsqueda, recopilación y análisis de datos. Es decir, los obtenidos y registrados en fuentes documentales impresas, electrónicas, para de esta manera obtener información que sobrelleve al cumplimiento de los objetivos, lo cual ayudará al desarrollo del proyecto de investigación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población seleccionada para realizar el presente trabajo de investigación es de 25 pacientes que acuden al dispensario Médico Odontológico del Centro de Salud N° 20 “Ciudadela Ibarra”, sector Sur Occidental de la ciudad de Quito

3.2.2. MUESTRA

De acuerdo al problema planteado la muestra de mi estudio es de 25 pacientes entre 6 a 14 años de edad, que corresponden a los pacientes portadores de frenillo labial o lingual, por lo tanto en estos casos se aplica la investigación conveniente, tomándose a estos pacientes como la respectiva muestra.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación son

Observación Directa es aquella donde se tienen un contacto directo con los elementos . Es decir la observación al paciente en el momento de llenar las historias clínicas y los resultados obtenidos se consideran datos estadísticos originales.

Historia Clínica: Es un documento legal y se constituye en una herramienta para la obtención de datos a través de la interrogación, utilizada en este estudio para averiguar datos de importancia.

Forma impresa donde se van a recoger los datos.

Se recogerán los datos de una muestra pequeña al azar de 10 pacientes.

Instrumentos

Fotografías.- Es un medio de diagnóstico que nos permitirá clasificar a los pacientes portadores de diastema inter incisal anómalo.

Panorámica Dental.- El estudio de la imagen radiológica nos ayudará a esclarecer el diagnóstico (mesiodens).

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se manejó una estadística descriptiva mediante tablas de contenido, en donde se recopilaron los datos obtenidos en la investigación, posteriormente estos datos fueron introducidos en Microsoft Excel en donde se ejecutó el porcentaje de cada uno de los cuadros y la interpretación respectiva.

Es decir, los resultados serán tabulados en cuadros y gráficos de acuerdo al tipo de variables y a la información obtenida en las historias clínicas.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

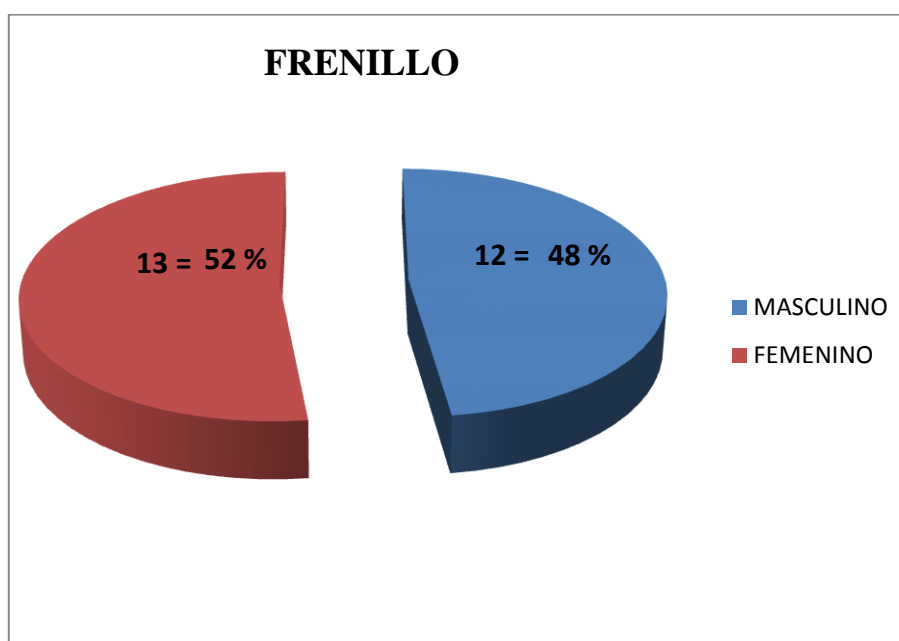
Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las historias clínicas odontológicas, y con exámenes complementarios de radiografías, de los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra del sector sur occidental de la ciudad de Quito en el período 2013.

Tabla N° 1. Distribución del frenillo inter incisal según el género.

| GÉNERO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|--------------|
| femenino | 13 | 56 % |
| masculino | 12 | 44 % |
| TOTAL | 25 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

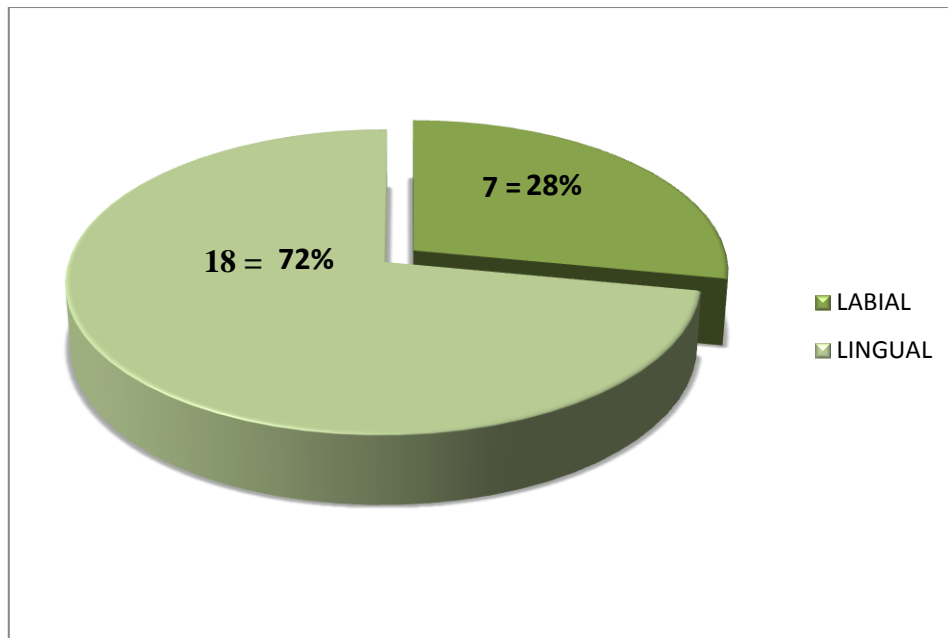
Análisis e Interpretación: Se estudió una muestra de 25 pacientes y se observa que el 48% son hombres (12) y el 52% son mujeres (13), es decir, que el diastema se presentó con mayor frecuencia en el género femenino que en el masculino

Tabla N° 2. Porcentaje de ubicación del frenillo en región anatómica.

| FRENILLO / REGIÓN | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------------|-----------------|-------------------|
| LABIAL | 7 | 28 % |
| LINGUAL | 18 | 72 % |
| TOTAL | 25 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

Análisis e Interpretación:

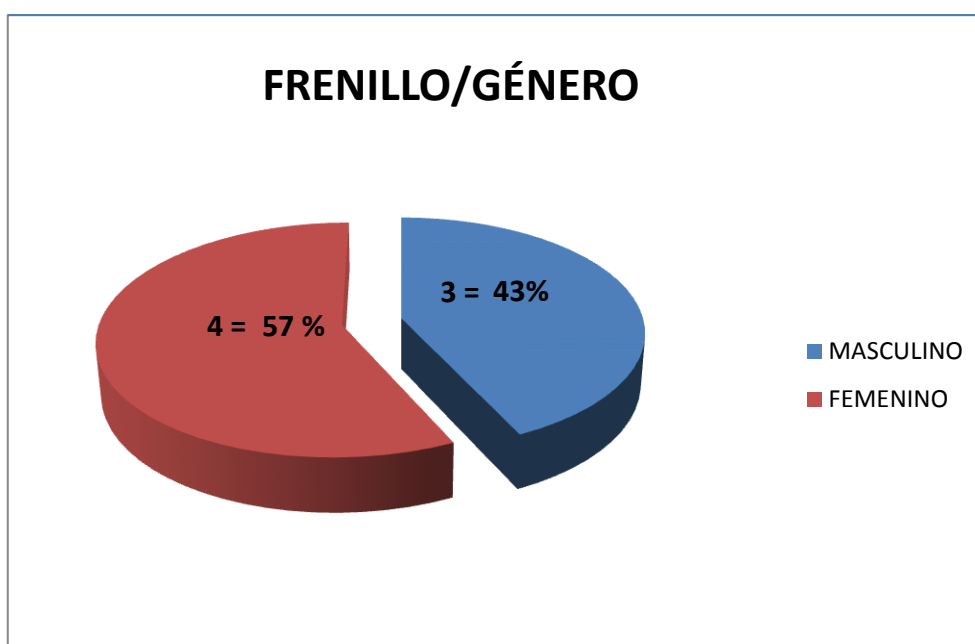
Observamos el porcentaje de pacientes que presentan frenillo según su localización anatómica, podemos observar que la incidencia de frenillo lingual con 18 pacientes correspondiente al 72% es superior al frenillo labial superior con 7 pacientes correspondientes al 28%.

Tabla N ° 3 Porcentaje de pacientes con frenillo labial según el género.

| FRENILLO / GÉNERO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------------------|-----------------|-------------------|
| MASCULINO | 3 | 43 % |
| FEMENINO | 4 | 57 % |
| TOTAL | 7 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

Análisis e Interpretación:

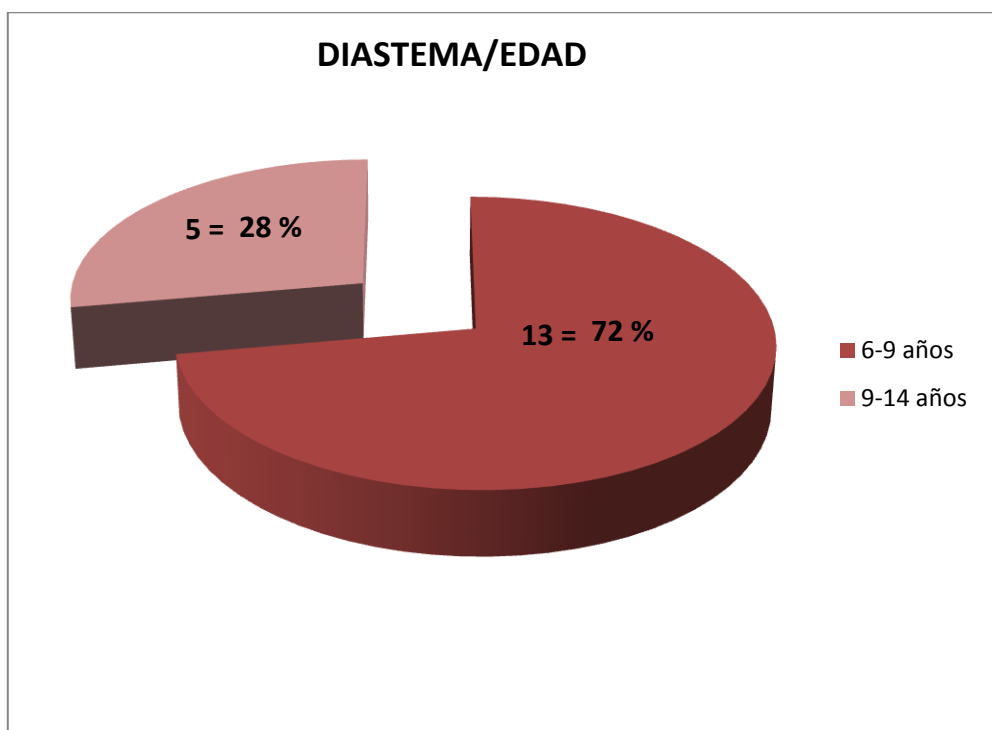
La presencia de frenillo labial según el sexo fue de 3 casos de género masculino corresponde al 43 % y 4 pacientes del género femenino que corresponden al 57 %.

Tabla N° 4.- Porcentaje de pacientes con diastema según la edad.

| DIASTEMA/EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| 6-9 años | 13 | 72 % |
| 9-14 años | 5 | 28 % |
| TOTAL | 18 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

Análisis e Interpretación

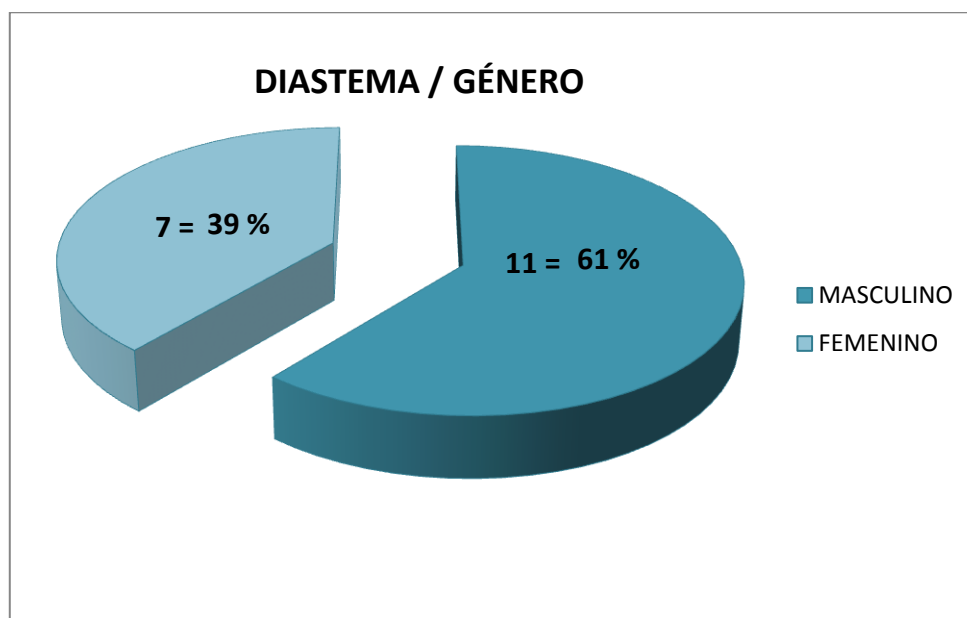
En los pacientes objeto de este estudio podemos citar que la incidencia de diastema según la edad es de 13 pacientes entre 6 a 9 años corresponde al 72% en comparación con 5 pacientes entre 9 a 14 años de edad que corresponde al 28%.

Tabla N° 5 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diastema según el género

| DIASTEMA/GÉNERO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------------|-------------------|
| HOMBRES | 11 | 61 % |
| MUJERES | 7 | 39 % |
| TOTAL | 18 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

Análisis e Interpretación:

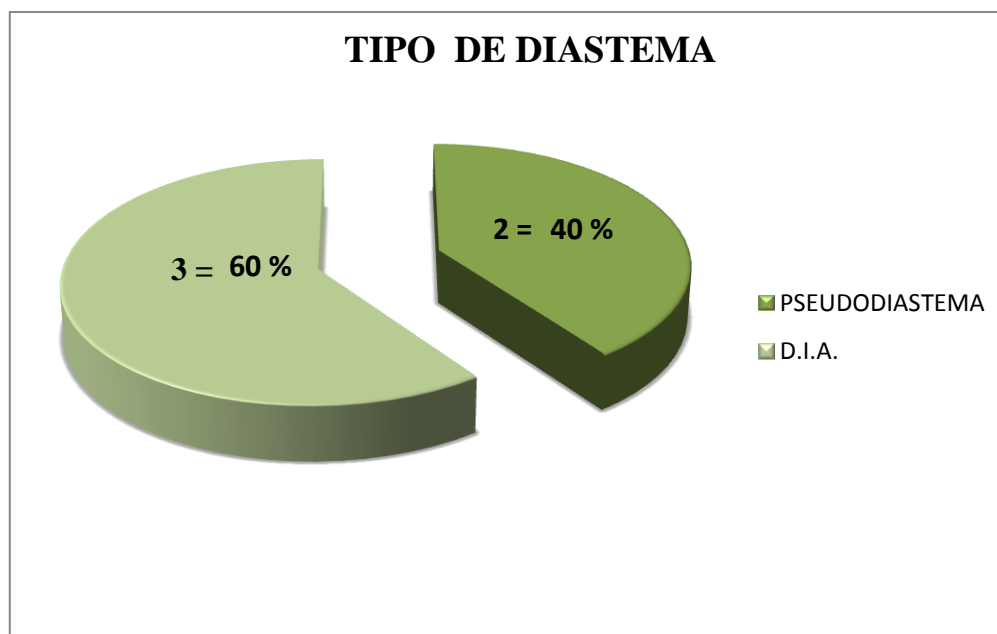
De acuerdo al total de la población estudiada en el presente caso se observa que el diastema inter incisal superior labial se presentó en un total de 18 pacientes de los cuales 7 son del género femenino correspondiente al 39 % y 11 del género masculino corresponde al 61 %.

Tabla N° 6 Porcentaje de pacientes según la clase de diastema.

| CLASE DE DIASTEMA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| PSEUDO DIASTEMA | 2 | 40 % |
| DIASTEMA INTERINCISAL ANÓMALO | 3 | 60 % |
| TOTAL | 5 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra

Análisis e Interpretación:

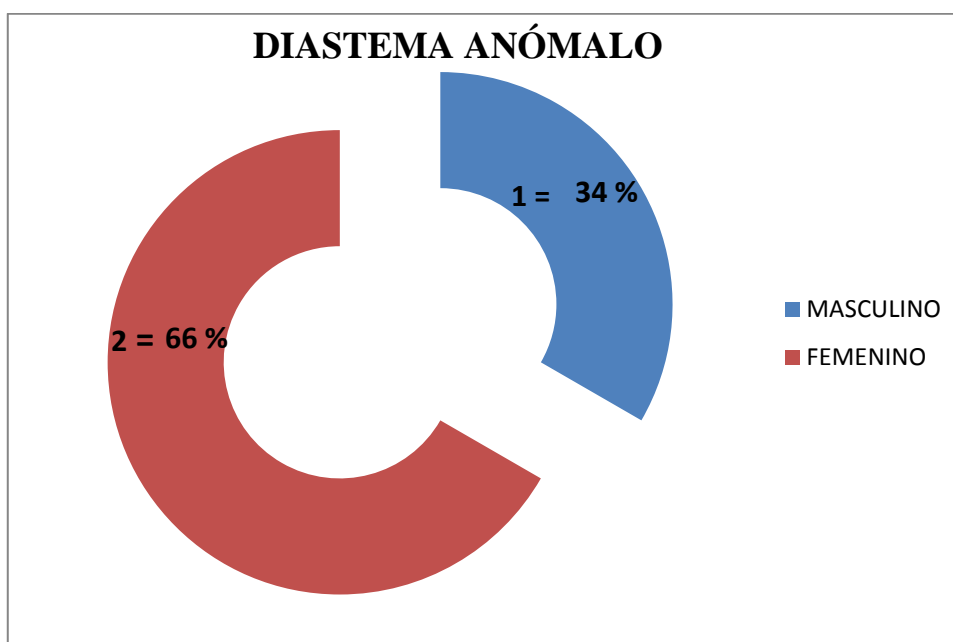
Del estudio realizado se observó que en relación a la presencia de diastema inter incisal anómalo de un total de 5 pacientes que presentaron esta anomalía, 2 presentaron pseudo diastema correspondiente al 40% y 3 pacientes presentaron diastema inter incisal anómalo correspondiente al 60 %.

Tabla N° 7: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diastema inter incisal anómalo según el género.

| DIASTEMA ANÓMALO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------|-----------------|-------------------|
| HOMBRES | 1 | 34 % |
| MUJERES | 2 | 66 % |
| TOTAL | 3 | 100 % |

Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra



Autor Pablo Herrera J.

Fuente Fichas Odontológicas Centro de Salud N 20 Ciudadela Ibarra.

Análisis e Interpretación: De la población de pacientes estudiados en pacientes con diagnóstico de diastema inter incisal anómalo, de un total de 3 pacientes que presentaron esta anomalía, 1 fue de género masculino correspondiente al 34 % y 2 de género femenino correspondiente al 66 % del total de la población muestra de este estudio.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al haber realizado este trabajo de investigación y luego de los resultados obtenidos he llegado a las siguientes conclusiones:

- Al realizar la revisión odontológica en la apertura de la historia clínica, el odontólogo deberá tener la certeza de una revisión prolija en la que pueda observar patologías bucales , en nuestro caso el diastema.
- El diastema inter incisal anómalo causa en el paciente alteraciones psicológicas, estéticas y problemas en la pronunciación que pueden evitarse con un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno.
- El tratamiento propuesto a través de la exéresis quirúrgica es un método adecuado para esta anomalía bucal, además de mejorar la fonética y evitar que se produzcan ruidos no deseados (silbidos) , el paciente recuperó el estado psicológico.

5.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que luego de realizar este trabajo de investigación se puedan plantear las siguientes recomendaciones:

- Llenar en forma clara y precisa la Historia Clínica, evaluando en forma correcta la cavidad bucal, para tener un diagnóstico correcto señalando cualquier anormalidad que se encuentre.
- El odontólogo general deberá estar en capacidad de reconocer y diagnosticar oportunamente un frenillo labial anómalo, evitando así problemas de mayor índole que pueden ser resueltos a la brevedad posible, sin pérdida de tiempo al referir a los hospitales del segundo nivel de atención a manos del Cirujano oral o máxilo-facial.
- La exéresis quirúrgica utilizando la técnica adecuada se la realizará luego de una correcta evaluación clínica y de cumplir con todas las etapas de erupción dentaria y edad cronológica del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- ARCHER, W. Harry, Dupertius, S.M, Eselman.J.C, Etter,L.E, Perkins,J.J
Cirugía Bucodental y Atlas detallado de Técnica Quirúrgica. Tomo I pág. 191
- CÁRDENAS, Jaramillo Darío,
Odontología Pediátrica,2003. Pág. 283
- COSME Gay Escoda,Aytés Leonardo Berinni,Tratado de Cirugía Bucal, tomo I,
- CHIAPASCO, Mateo.
Cirugía Oral. 2004 pág. 316
- DONADO,M .
Cirugía Bucal, 3º ed
- GOLDSTEIN, Ronald
Estética en Odontología, 1976. Pág. 146
- HARLE,Merle l.
El Libro del año del odontólogo, 1979. Pág.388
- KLINEBER Iven,Kington,Diana
Rehabilitación Oral, 2012. Pág. 361
- KRUGER,Gustav O, Dr.,
Tratado de Cirugía Bucal, 1984
- RASPALL, Guillermo.
Cirugía Oral e Implantología, 2º ed. 2006C
- RONCHI,Paolo
Tratado de Anomalías dento faciales,2005

SITIOS WEB

- <http://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/26000/651/1/T-ULEAM-34-0013.pdf>
- <http://es.scribd.com/doc/96864927/Caso-Clinico-Frenectomia-Gloria>
- http://www.gavasalutfamiliar.com/gava_11_11_11.pdf
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Frenilectom%C3%ADa>

- <http://2dodontounerg.files.wordpress.com/2013/01/17.pdf>
- <http://es.prmob.net/tejidos-la-biolog%C3%ADa/diente/anestesia-local-966581.html>
- http://www.ecured.cu/index.php/Frenillos_bucales
- http://es.wikipedia.org/wiki/Frenillo_bucal
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Frenillo-Bucales/4161302.html>
- <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/cirugia-bucal/pract10.pdf>
- <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30125/1/Ortiz%20Balderas.pdf>
- <https://iadr.confex.com/iadr/venez09/techprogramforcd/A127007.htm>
- http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/la-cronica-de-valdejalon/en-que-consiste-una-frenectomia-_864922.html
- <http://www.ident.com.br/dra.michellegomes/caso-clinico/5752-frenectomia-lingual>
- <http://www.dicasodonto.com.br/2012/01/20/frenectomia-labial-superior-caso-clinico/>
- http://clinicadrromeromaroto.blogspot.com/2013/02/la-frenectomia-lingual-en-la-historia_1.html
- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S8888-88882010000100011&script=sci_arttext
- <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30103/1/Andres%20Herrera%20Dominiguez.pdf>
- <http://clinicadentaldrmanuel Sanchez Garcia.es/casos-cl%C3%ADnicos/frenectom%C3%ADa-labial-superior/>
- <http://www.monografias.com/trabajos63/alteraciones-desarrollo-lengua/alteraciones-desarrollo-lengua2.shtml>

ANEXOS

RECORDATORIO

- MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude por sus propios medios a la consulta en busca de tratamiento para poder mejorar la estética personal y la articulación de palabras.

- ENFERMEDAD ACTUAL:

(Comienzo y evolución de los síntomas principales,- Medicación recibida)

La madre manifiesta que su hija tuvo problemas de fonación y que emitía sonidos parecidos a un silbido los primeros años de vida, tiempo en el que consultó a su odontólogo de cabecera quien le manifestó que espere hasta los 10 años.

Luego, manifiesta que su hija ha tenido problemas en el colegio ya que la anomalía en su boca causa molestias en la fonética y problemas psicológicos de la paciente frente a sus compañeros de clase en el colegio.

Fecha de última consulta: 28 de Julio del 2013

- REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS:

(Gastrointestinales ,Circulatorio, Respiratorio, Neurológico, Genito- Urinario, Endocrino, Metabólico, de los Sentidos :Locomotor Hemolinfático)

Sin patología en cada uno de sus sistemas.

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> F. Reumática | <input type="checkbox"/> P.Sicológico |
| <input type="checkbox"/> Otros: ninguno de importancia | | | |

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

- Diabetes Hemofilia VIH Cáncer
 HTA Otros: Ninguno de importancia

- HABITOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol : | <input checked="" type="checkbox"/> Miccional: 4 veces/día |
| <input type="checkbox"/> Tabaco : | <input checked="" type="checkbox"/> Defecatorio: 1 vez/día |
| <input type="checkbox"/> Drogas: | <input checked="" type="checkbox"/> Alimentario 4 veces/día |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aseo bucal: 3 veces/día | <input checked="" type="checkbox"/> Aseo personal: Baño diario |

- EXAMEN FÍSICO

TENSIÓN ARTERIAL: 90/60

TEMPERATURA 36,7 °C

PULSO. 100/min.

RESPIRACIÓN: 22 /min.

- EXÁMEN FÍSICO GENERAL:

(Locomotor, Urogenital, Circulatorio o Cardíaco, Respiratorio o pulmonar, Digestivo)

Sin patologías.

PACIENTE EXTRAORAL:

Paciente asténica, tez blanca, puntos dolorosos de Valleix no reactivos a la palpación Ojos color café, pupilas isocóricas y céntricas, esclerótica blanca azulada, conjuntiva rosa pálida. Pabellones auriculares bien implantados, normo acústicos.

Nariz respingada con buena permeabilidad de fosas nasales.

Simetría facial normal, normo cefálica; no presenta adenopatías de cadena ganglionares.

Glándulas salivales no presentan alteración a la palpación. ATM sin chasquido, Crujimiento ni desviaciones.

- EXAMEN INTRAORAL:

Labios normoquélicos. A la inspección tienen coloración rosado pálido con su cara interna sin anormalidades.

Carrillos con coloración rosado pálido, conducto de Stenon normal y con buena secreción salival.

Frenillos bucales: labial insertado en la papila vestibular. Paladar de forma arqueada con presencia de rugosidades palatinas simétricas; mucosa rosa pálida.

Orofaringue: no congestiva, úvula con buena implantación y movilidad; pilares amigdalinos y amígdalas palatinas no presentan procesos inflamatorios ni infecciosos a la inspección.

Piso de boca: carúnculas sub linguales normales, conducto de Wharton normal y con buena secreción salival.

Lengua normal.

Piezas dentarias con dentición mixta y con poca cantidad de placa bacteriana.

Oclusión: I de Angle

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Biometría Hemática:

GR: 4'800.000 mm³
PQT: 280.000 mm³
GB: 8.500 mm³
HB: 14 %
HCTO: 39 %

Fórmula de Shilling:

N: 54%
L: 25%
M: 3%
E: 1%
B: 0%

Coagulación:

T. tromboplastina 25 segundos
T. protrombina 12 segundos

Química Sanguínea:

Glucosa : 70 mg/dl
Urea: 10 mg/dl

Radiografía Panorámica de Maxilares:

No se observan patologías ya que la lesión es de tejido blando.

DIAGNOSTICO;

PRESUNTIVO:

Frenillo Inter incisal anómalo

DEFINITIVO:

Frenillo Inter incisal que ocasiona diastema.

TRATAMIENTO:

Quirúrgico

Frenectomía labial

Conservador

PRONÓSTICO:

Favorable con el tratamiento implementado.

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

La radiografía panorámica ha sufrido un desarrollo muy largo antes de su aplicación y aceptación clínica a nivel general. Todavía hoy, esta técnica es reconocida como un avance fundamental de la odontología moderna.

Este examen constituye un método para obtener una revisión completa y sin precedentes de la dentadura en desarrollo, sobre todo para los cirujanos, ortodoncistas y odontopediatras, sustituyendo al procedimiento tedioso y a menudo complejo, de efectuar series fragmentadas de películas dentales.

TÉCNICA

El foco de rayos X de la radiografía panorámica se produce a través de un diafragma vertical muy estrecho por el que sale el haz encendido. Este foco rota alrededor del objeto.

El dispositivo con la película se introduce en el sistema de rotación y se mueve en la misma dirección que el haz encendido. La velocidad correcta de la película se obtiene oponiendo a su movimiento, un movimiento contrario, de modo que durante la rotación se exponga continuamente una parte diferente de la película.

El centro de rotación de haz de rayos es el foco funcional de la proyección.

Los movimientos de la película y del foco de rayos X modifican la longitud de la imagen, que se detecta en el plano horizontal.

En el plano vertical, la magnificación de la altura de la imagen es la misma, siempre y cuando las distancias entre el foco de rayos X y el objeto, y entre el objeto y la película se mantengan idénticas.

El resultado es una definición nítida del plano del objeto.

ANÁLISIS SISTEMÁTICO

La radiografía panorámica se divide en cinco regiones anatómicas – topográficas que deben ser estudiadas secuencialmente. Como sus imágenes son bilaterales, se debe siempre comparar el lado derecho con el izquierdo.

De esta manera se puede ordenar y registrar de manera eficaz la información:

1. Región naso maxilar
2. Región de la articulación temporo mandibular.
3. Región mandibular.
4. Dentadura superior.
5. Dentadura inferior.

En nuestro presente estudio, a más de los elementos anatómicos normales que se presentan en la radiografía panorámica, no pudimos apreciar ninguna patología en la zona de interés, debido a que la alteración pertenece a tejidos blandos, sin embargo, tanto clínica como radiográficamente confirmamos en diastema inter incisal superior.

TÉCNICAS ANESTÉSICAS

En los procedimientos quirúrgicos utilizados para la corrección de los frenillos labiales y linguales cortos, podemos utilizar las siguientes técnicas anestésicas:

1.- TÉCNICA INFLTRATIVA ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR (ASA)

TÉCNICA BILATERAL:

- a) Se identifica el área y se busca en el tejido el lugar donde se localiza el ápice del canino maxilar.
- b) S retrae el labio hacia arriba hasta exponer el pliegue mucobucal.
- c) Se inserta la aguja a la altura del pliegue mucobucal con el bisel mirando hacia hueso y se dirige inmediatamente por arriba de la localización anatómica del ápice de los caninos maxilares.
- d) Se avanza la aguja hasta apenas rozar el hueso sin raspar el periostio.
- e) Aspiramos para verificar que no estamos en vaso sanguíneo.
- f) Depositar lentamente la solución anestésica.

Volumen: 1.0 a 1.8 ml (medio a 1 cartucho).

Áreas a anestesiar: Pulpas de los incisivos central y lateral
Hueso asociado y periostio
Encía bucal asociada y;
Labio superior

3. TÉCNICA INFILTRATIVA ALVEOLAR SUPERIOR MEDIA (ASM)

La técnica de esta inyección es la misma que el asa, excepto que la aguja se dirige inmediatamente por debajo del ápice del segundo premolar superior. Inyectar en este punto.

Volumen : 1.0 a 1.8 ml

Áreas de anestésiar: Primer y segundo premolar.

Pulpa medial del primer molar

Hueso bucal asociado Periostio

Encía bucal asociada.

4. TÉCNICA INFILTRATIVA ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR (ASP)

La técnica de esta inyección es la misma que el ASA y ASM, excepto que la aguja se dirige inmediatamente por arriba de los ápices de los molares maxilares más posteriores , ya sea el segundo o el tercero. Inyectar en este punto.

Volumen: 1.0 a 1.8 ml

Área a anestésiar: Pulpa bucal, distal y palatina del primer molar

Pulpas del segundo y tercer molar

Hueso bucal asociado

Periostio

Encía bucal asociada.



ANESTESIA LOCAL:
Técnica infiltrativa supraperióstica cuadrante II del frenillo labial anómalo.



INCISIÓN:
Plastia en "V"



EXÉRESIS DEL TEJIDO BLANDO:

Utilizando una tijera para encía recta por encima del tejido atrapado por la pinza hemostática.



SUTURA DE LA HERIDA:

Utilizando un hilo vicril 4-0 tomamos un primer punto en la parte más alta de la herida.



RETIRO DE PUNTOS:
Control a los 7 días.

