

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. Existen tres frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. Los frenillos pueden tener una estructura fibrosa, fibro-muscular o muscular.

Los frenillos labiales y lingual a menudo se pasan por alto en el examen bucal sistemático porque rara vez son un problema. Sin embargo, estas estructuras pueden causar ciertas anomalías o tipos de patologías, que son básicamente:

- Problemas ortodóncico-ortopédicos.
- Problemas protésicos.
- Alteraciones fonéticas.
- Patología periodontal.

El frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- Tejido conjuntivo conteniendo fibras elásticas y tejido fibroso blando. Este tejido conectivo contiene en un tercio de los casos, fibras musculares esqueléticas.
- Submucosa que contiene glándulas mucosas, glándulas salivares menores, etc.

17.1. FRENILLO LABIAL SUPERIOR

Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal. En el nacimiento ocupa un lugar prominente bajo el labio superior, conectando el labio con el paladar. Sin embargo, cuando los dientes temporales son reemplazados por los permanentes, el frenillo parece alejarse hacia el borde alveolar.

Así pues el frenillo labial superior es 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 interincisiva del maxilar superior. En algunos casos el frenillo desciende hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria en la bóveda palatina.

La formación del frenillo empieza en la décima semana de gestación. En el feto constituye una banda continua que conecta el tubérculo labial a la papila palatina atravesando el reborde alveolar. En el momento del nacimiento queda dividido en una porción palatina, la papila, y una porción vestibular, el frenillo. Con el desarrollo de la dentición temporal se produce un aumento de altura del reborde alveolar y un ascenso relativo de la inserción del frenillo. Con la erupción de los incisivos centrales permanentes se vuelve a producir un depósito óseo que aleja nuevamente la inserción del frenillo. En ese momento los incisivos centrales pueden estar abanicados por la presión de los incisivos laterales sobre sus raíces, aspecto conocido como de “patito feo”. Este dia-

tema se irá cerrando progresivamente con la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes.

17.1.1. TIPOS

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

17.1.1.1. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

17.1.1.2. Frenillo muscular

Pueden estar integrados distintos músculos dentro del frenillo:

- Músculo elevador propio del labio superior. Es una pequeña banda muscular que se origina en la parte externa del proceso alveolar del maxilar superior. Tiene dos orígenes, por encima del canino y del incisivo lateral y se inserta en el espesor de las fibras del músculo orbicular de la boca. Su función es tensar el labio.

- Músculos nasal y depresor septal. Estos músculos se originan en la parte más baja del maxilar superior y su función está casi completamente restringida a accionar el ala de la nariz. La “pars alaris” se conoce con el nombre de músculo mirtiforme.

- Músculo elevador del ángulo de la boca. Se origina en la fosa canina del maxilar superior y se inserta en el tejido blando, cerca del ángulo de la boca. Cuando se contrae junto con el elevador del labio superior, se acentúa el surco nasolabial. 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 profusa. Por tanto debe realizarse disección roma de los tejidos en lugar de la cortante.

17.1.1.3. Frenillo mixto o fibromuscular

17.1.2. FORMAS

Existen distintas clasificaciones de los frenillos labiales según su morfología:

- Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales:
 - Base ancha en forma de abanico en el labio.
 - Base ancha en forma de abanico entre los incisivos.
 - Bases anchas con forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
 - Amplio frenillo difusoadiposo.
- Monti distingue tres tipos de frenillos:
 - Frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos (figura 17.1A).
 - Frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular (figura 17.1B).

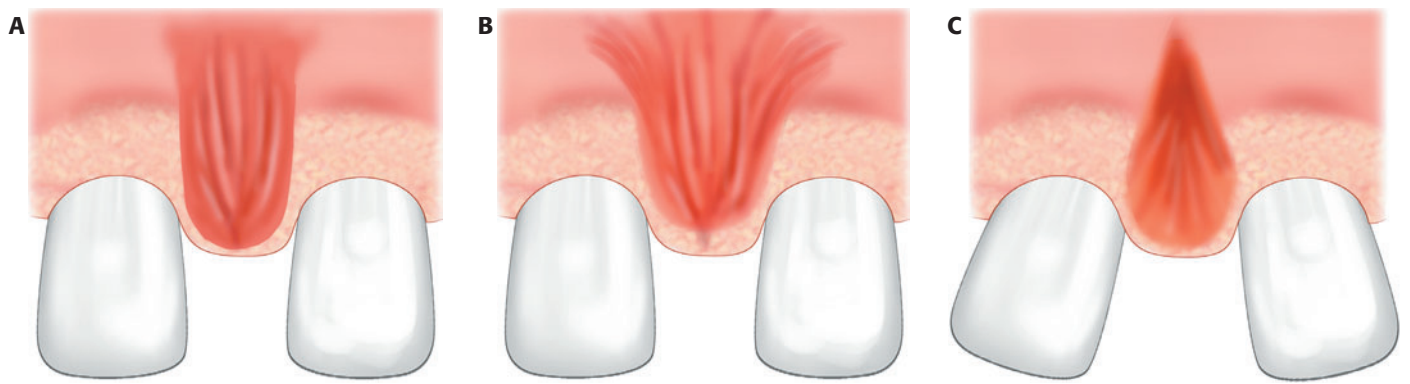


Figura 17.1. Tipos de frenillo labial superior según Monti.



Figura 17.2. Frenillo labial superior con bordes paralelos.



Figura 17.3. Frenillo labial superior de forma triangular de base superior.

- Frenillo triangular de base inferior (figura 17.1C).
- Placek y cols. proponen una clasificación basada en criterios clínicos que puede proporcionarnos una guía de su tratamiento:
 - Frenillo mucoso con inserción en la unión mucogingival.
 - Frenillo gingival con inserción en la encía adherida.
 - Frenillo papilar con inserción en la papila interincisiva.
 - Frenillo penetrante papilar con inserción en la papila interincisiva pero que penetra hasta la papila palatina.

17.1.3. SIGNOS CLÍNICOS

17.1.3.1. Diastema interincisal medial superior

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 interincisivo (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).

Los frenillos alargados con bordes paralelos (figura 17.2), 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 17.3). 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 (figura 17.1C).

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. Todos los demás casos son pseudodiastemas.

Muchas veces se tropieza con dificultades para diferenciarlos. Si el espacio fisiológico no se cierra al erupcionar los incisivos laterales o los caninos superiores, se convierte en un verdadero diastema. Sin embargo, si no se cierra porque los incisivos laterales están malformados o ausentes o porque hay microdoncia se convierte en un pseudodiastema. Hay que tener en cuenta la posibilidad de pseudodiastema en todos los pacientes en los cuales los incisivos centrales salen con ejes longitudinales divergentes y donde el frenillo tiene una situación baja, ya que al adoptar los dientes una posición más paralela, el diastema suele desaparecer.

El diastema interincisal superior es normal en un 98% de los niños de 6 a 7 años, pero la incidencia disminuye a sólo el 7% en jóvenes de 12 a 18 años. Así pues el frenillo labial superior puede valorarse mejor después de la erupción de los caninos permanentes. Los padres dan por hecha una relación de causa-efecto y hacen presión sobre el odontólogo para que extirpe el frenillo sin esperar.

Para Moyers el frenillo labial superior es la causa de la separación de los incisivos centrales superiores en sólo el 24% de los pacientes con diastema interincisal.

Muchos autores señalan que el verdadero diastema puede presentarse en aproximadamente un 10% de individuos sin un frenillo labial



Figura 17.4. (A) Frenillo labial superior insertado en la papila interincisiva vestibular. No existe un diastema importante. (B) Frenillo labial superior que provoca problemas periodontales.

superior en posición anómala y también podremos observar un frenillo labial situado marginalmente sin diastema. La relación entre diastema y la posición del frenillo ha sido ampliamente discutida e investigada. 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.

La reabsorción del tabique interdental varía considerablemente entre individuos. Suele estar relacionada con la involución del frenillo labial superior. Por tanto es posible que haya diastema verdadero sin frenillo en situación marginal. No obstante en la mayoría de los casos, la involución del tabique ocurre al mismo tiempo que la reabsorción de la placa del frenillo. Así existe una disminución del diastema fisiológico con la edad, y una relación entre el diastema y la posición del frenillo.

El diastema interincisivo superior tiene una etiología multifactorial y deben descartarse otros factores como la presencia de hábitos perniciosos (succión digital o interposición del labio superior, etc.), descompensación de las fuerzas musculares intra y extrabucales (macrogllosia, interposición lingual, etc.), presencia de un mesiodens o retención de un diente temporal, crecimiento excesivo del maxilar superior, maloclusión (clase II, división 1ª), agenesias o pérdidas dentarias, etc.

En la etiología del diastema interincisivo superior existen factores hereditarios evidentes. El 50% de los progenitores o hermanos está afectado de forma similar. Se ha detectado frecuentemente diastema medial en individuos con retraso mental.

La disparidad entre el tamaño de los maxilares y dientes se evidencia por apiñamiento o por formación de diastemas. 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 interincisivo. 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.

17.1.3.2. Limitación del movimiento del labio superior

El frenillo labial superior raramente es de naturaleza muscular, ya que por lo general son pliegues mucosos, pero si existe un componente

muscular importante puede actuar como de riendas flexibles limitando el movimiento del labio superior.

17.1.3.3. Problemas de autoclisis en el vestíbulo

Un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos, y dificultar la autoclisis de la zona. También puede dificultar el cepillado dental al no existir el fondo de saco vestibular.

Secundariamente y en relación con estos problemas pueden también aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular (figura 17.4).

17.1.3.4. Labio corto y vermellón elevado

El frenillo labial superior puede elevar el vermellón y provocar un labio superior corto, lo que impedirá un buen sellado labial.

17.1.3.5. Alteraciones en relación con la prótesis

El frenillo labial superior en una arcada desdentada puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis removible parcial o completa, al desplazarse ésta en los movimientos del labio superior.

La reabsorción del proceso alveolar en los pacientes edéntulos puede dejar el frenillo labial tan cerca de la cresta alveolar que interfiera con la estabilidad de la prótesis. Así mismo, puede darse la lesión del frenillo por decúbito. Si se rebaja la prótesis completa removible para dar cabida al frenillo hipertrófico o de inserción cercana a la cresta alveolar, se deteriora la estética y además puede perderse el cierre periférico. La exéresis del frenillo (Z-plastia) debe hacerse antes de construir la prótesis; de esta forma puede darse la suficiente extensión a las aletas de las placas y obtenerse, por tanto, un buen sellado periférico.

La patología que origina el frenillo labial superior puede producirse con un frenillo normal pero con inserción en la cresta alveolar o puede ser un frenillo hipertrófico con una inserción baja (papila interincisiva) o normal.

17.1.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los datos clínicos ya expuestos, entre los que destacan la presencia de diastema interincisivo y la existencia de un signo de la papila positivo. Debemos realizar también un examen radiológico con el fin de destacar la presencia, por ejemplo, de un mesiodens y para valorar las características del hueso del diastema medial,



Figura 17.5. Diastema interincisivo superior (A). Imagen clínica. (B) Ortopantomografía que nos muestra la presencia de un mesiodens.

para lo cual recomendamos efectuar una ortopantomografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores (figura 17.5).

17.1.5. TRATAMIENTO

Cuando por la existencia de uno o varios signos clínicos se indique que la cirugía deberá valorarse ante todo la edad del paciente, en especial cuando la indicación se deba a la existencia de un diastema interincisivo.

La cirugía eliminará el frenillo, pero sólo la ortodoncia cerrará el diastema. Algunos ortodontistas prefieren hacer la exéresis quirúrgica o plastia del frenillo antes de cerrar el espacio, mientras que otros prefieren primero cerrar el diastema y hacer la cirugía después. Los que recomiendan esto último opinan que la cicatriz interdientaria resultante contribuiría a evitar la recidiva, y de otra manera el exceso de tejido cicatricial en la fase de curación puede evitar que el espacio entre los incisivos se cierre en una fecha posterior. En cambio, todos los cirujanos coinciden en que salvo casos excepcionales, la exéresis del frenillo no debe hacerse antes de que hayan erupcionado los caninos permanentes y que el cierre ortodóncico está sujeto a un alto grado de recidivas si no se hace previamente la exéresis quirúrgica. Algunos autores discrepan y creen que la mejor época para operar el frenillo labial superior es en el momento de la caída de los incisivos temporales y su reemplazo 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 interincisivo:

17.1.5.1. Frenillo labial superior en dentición temporal

- Si no han erupcionado los incisivos → Abstención.
- Si han erupcionado los incisivos centrales y no pueden salir los incisivos laterales → Cirugía.
- Si los incisivos centrales y laterales han erupcionado bien → Conducta expectante.

Normalmente la exéresis profiláctica en dentición temporal no está indicada (figura 17.6).

17.1.5.2. Frenillo labial superior en dentición definitiva

- Existencia de diastema con incisivos centrales erupcionados. Podemos optar por:
 - Ortodoncia.
 - Cirugía + Ortodoncia.

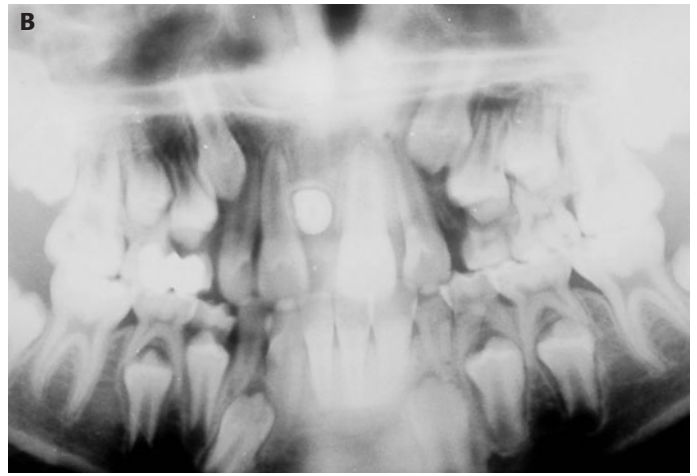


Figura 17.6. Frenillo labial superior en dentición temporal.

- Esperar la erupción de los incisivos laterales e incluso de los caninos.
- Si los incisivos centrales están erupcionados y no pueden erupcionar los incisivos laterales → Cirugía + Ortodoncia.
- Cuando los incisivos centrales y laterales y los caninos están erupcionados y existe diastema → Cirugía + Ortodoncia.

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 interincisivo.

17.1.5.3. Frenillo labial superior sin diastema interincisivo

- Con dentición. Podemos optar por:
 - Abstención.
 - Cirugía (cuando existen otros signos clínicos como por ejemplo labio corto, vermellón elevado, etc.).
- Sin dentición. Podemos optar por:
 - Abstención.
 - Cirugía, por motivos protésicos.

Aunque normalmente la indicación de cirugía ante la presencia del frenillo labial superior está en relación con la existencia de diastema interincisivo, es decir, por motivos ortodóncicos, en otros casos la indicación podrá estar relacionada con problemas de autoclisis, vermellón elevado, labio corto, etc.

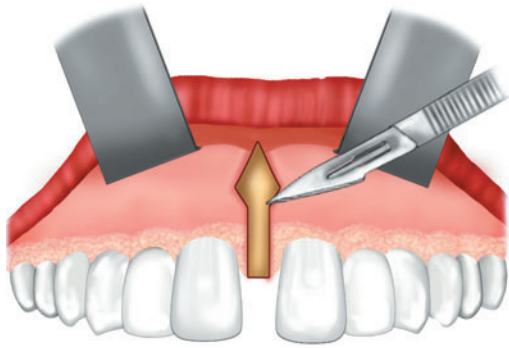


Figura 17.7. Exéresis romboidal del frenillo labial superior (frenectomía) y cirugía fibrosa interincisal.

17.1.6. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

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

17.1.6.1. Cirugía mucosa (mucosa y muscular)

- 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.

La frenectomía mediante exéresis simple es decir efectuando únicamente la sección o corte del frenillo con tijeras o bisturí y posterior sutura, no es una técnica recomendada ya que sus inconvenientes superan ampliamente la simplicidad de su realización. Con esta técnica, a menudo, no eliminamos el tejido sobrante, la cicatriz queda en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior. No obstante, Ries Centeno recomienda esta técnica, seccionando solamente el extremo inferior en su inserción gingival y lo desplaza hacia arriba, y lo fija en el fondo del vestíbulo mediante unos puntos de sutura. Si no se elimina tejido, técnicamente debería catalogarse de frenotomía.

La exéresis romboidal o en “diamante” se hace en dos etapas. Primero se cortan las inserciones del frenillo en el labio superior y en la encía vestibular y después se retira la porción intermedia del frenillo y las fibras transalveolares (figura 17.7). El labio superior se extiende para ver bien el frenillo y después se colocan dos pinzas hemostáticas (mosquito recto), una pegada al labio y otra a la encía adherida. Se cortan las inserciones al labio y a la encía con tijeras o bisturí por fuera de las pinzas mosquito. Una vez retiradas las pinzas hemostáticas con la sección triangular del frenillo, nos quedará una herida romboidal en cuya profundidad podremos encontrar inserciones musculares que serán desinsertadas con el periostótomo de Freer pero preservando el periostio; después haremos hemostasia y posteriormente será suturada la herida (figura 17.8). El punto más profundo debe pasar a través del periostio en el fondo del vestíbulo bucal.

La frenectomía mediante exéresis romboidal es una buena técnica, pero tiene dos inconvenientes importantes: deja la cicatriz en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior.

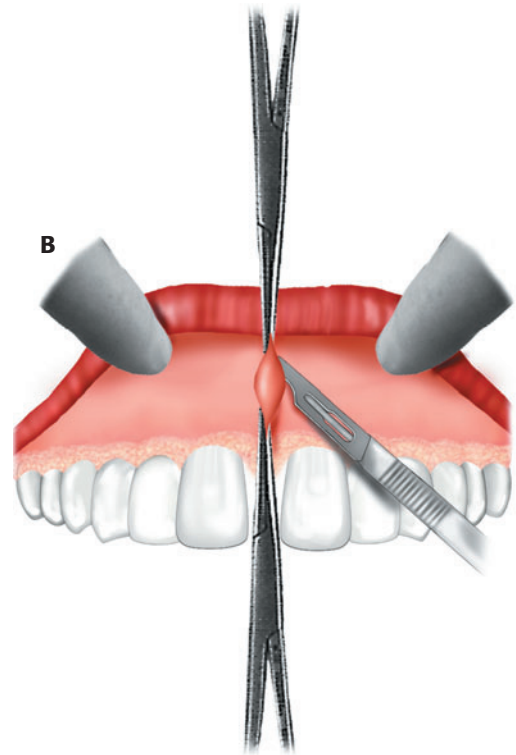
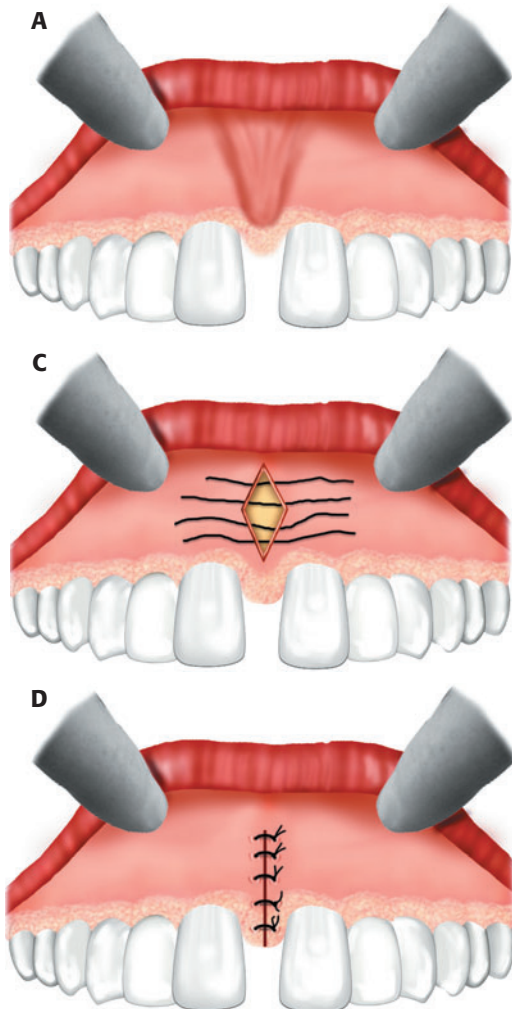


Figura 17.8. Exéresis romboidal del frenillo labial superior con la ayuda de dos pinzas hemostáticas.



Figura 17.9. Frenectomía con láser de CO₂. (A) Imagen preoperatoria. (B) Aspecto en el postoperatorio inmediato. (C) Control a las 3 semanas de la intervención quirúrgica.

La frenectomía puede efectuarse también con los láseres de alta potencia de CO₂, Erbium:YAG y Erbium Cromium:YSGG. Las posibles ventajas de la utilización del láser son: acortamiento del tiempo operatorio, mayor precisión del corte, ausencia de contacto con el tejido, cirugía exangüie, postoperatorio inmediato con ausencia de edema y dolor, así como ausencia de retracción mucosa. Con el láser de CO₂ se emplean potencias de 10-15 W con haz desfocalizado que producen la vaporización del frenillo. La herida operatoria cicatriza por segunda intención (figura 17.9).

Kaban prefiere la frenectomía romboidal acompañada de dos descargas laterales en la unión entre la encía libre y la encía adherida. Estas descargas permiten el cierre de la porción labial y quedará un rombo cruento en la encía adherida que curará por segunda intención.

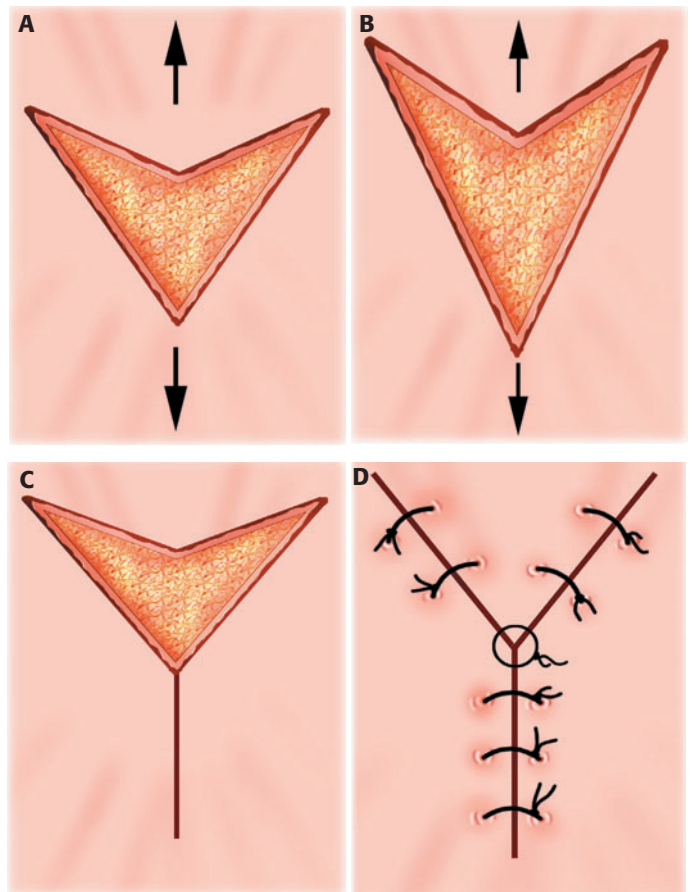


Figura 17.10. Técnica de la plastia V-Y.

Cuando sea preciso regenerar encía adherida en la zona interincisal, tras la frenectomía romboidal, recomendamos un colgajo de traslación de grosor parcial. Este colgajo preserva el reborde gingival marginal del diente adyacente pero traslada el resto de la encía adherida. El defecto creado en la zona dadora cicatriza por segunda intención. Otra opción sería la utilización de un injerto mucoso libre.

– Frenotomía o reposición apical del frenillo.

Esta técnica se basa en la plastia V-Y, es decir en hacer una incisión en forma de V a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste. Al suturar queda una herida en forma de Y (figura 17.10). Al colocar las suturas, el primer punto debe estar en la profundidad del vestíbulo y coger el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular. Este punto tiene las mismas características que el de colchonero, pero en el intermedio atrapa el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular y después cumple los requisitos que ha de poseer la sutura de la punta de un colgajo que tiene un ángulo agudo. Hay que traspasar la submucosa del ángulo del colgajo respetando su superficie, con el fin de no producir la necrosis de este ángulo debido a la isquemia que se ocasionaría con la tensión del nudo. La aproximación de los bordes de la herida es importante en la mucosa labial. Este procedimiento tiene el inconveniente de producir un bulto de tejido excesivo en el fondo del vestíbulo. Se produce una cicatrización retráctil en la misma dirección del frenillo y además no permite alargar el labio (figura 17.11).

Ginestet refiere que Dal Pont recomendaba esta técnica, con una incisión en V en la implantación gingival del frenillo. Tras curetear y desprender las adherencias, arrastraba hacia arriba el frenillo en su conjunto. Acepta que muchas veces debía extirpar el exceso de mucosa, con lo que realmente la técnica aplicada es la exéresis romboidal. La frenotomía es



Figura 17.11. Frenotomía o reposición apical del frenillo labial superior.

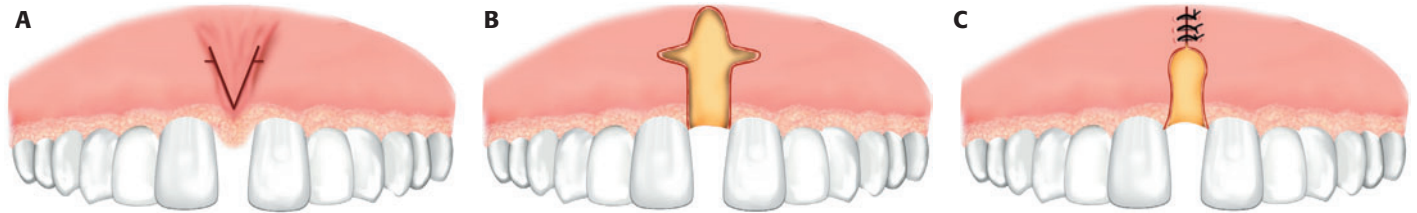


Figura 17.12. Frenotomía mediante la técnica de Koerner.

una técnica que no recomendamos ya que no consigue eliminar el frenillo labial, sino que lo traslada al fondo del vestíbulo bucal (reposición apical). Pero algunos autores realizan la frenotomía en tres fases:

- Reposición apical del frenillo (plastia V-Y).
- Exéresis de las fibras transeptales entre los incisivos centrales.
- Gingivoplastia o recontorneamiento de las papilas vestibulares y/o palatinas.

Kruger y Worthington y Evans también recomiendan la plastia V-Y, especialmente en los niños de 6 a 8 años tras la erupción de los incisivos centrales superiores.

Koerner y cols. en los casos de frenillos anchos con base triangular superior efectúan una incisión en V con extensiones laterales de la incisión; éstas se hacen en dirección labial “a modo de vestibuloplastia” y en la unión mucogingival. La sutura en el fondo del vestíbulo incluye el periostio y el defecto creado cicatriza por segunda intención (figura 17.12).

– Z-plastia

La Z-plastia es, según nuestro criterio, la técnica de elección para la cirugía del frenillo labial superior, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial y además conseguimos alargar el labio superior profundizando el vestíbulo. Levantamos el labio para mantener tenso el frenillo y hacemos una incisión vertical en el centro de su eje mayor. Con dos incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue alargar el labio un 75% (figura 17.13). La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Una vez profundizadas todas las incisiones se levantan dos colgajos con bisturí o con tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos como se observa en la figura 17.14. Antes de proceder a la sutura de los colgajos disecados deberemos eliminar todas las inserciones musculares que puedan existir en la zona con un periostótomo de Freer pero sin lesionar el periostio que cubre el hueso maxilar. En la figura 17.15 vemos toda la técnica paso a paso.

Ginestet refiere que Mathis combinaba la exéresis romboidal con la Z-plastia. Tras efectuar la primera, realizaba dos incisiones en los polos

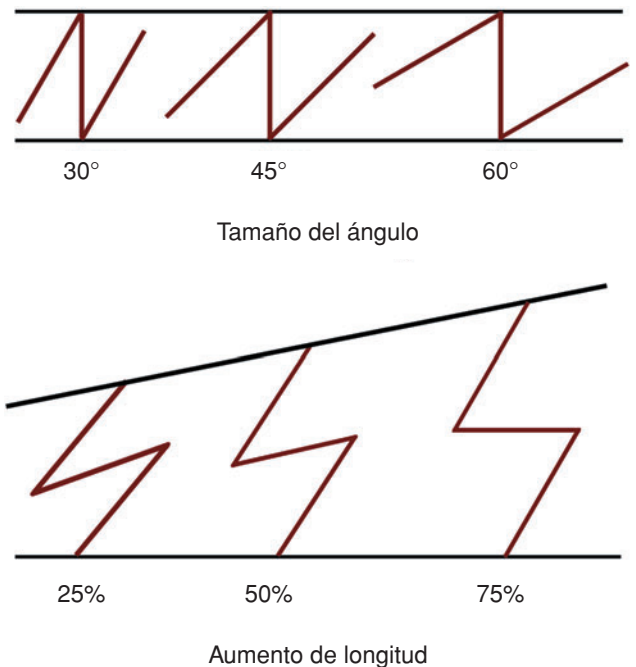


Figura 17.13. Técnica de la Z-plastia.

superior e inferior del rombo y una vez liberadas sus adherencias profundas preparaba dos colgajos que eran entrecruzados como en la plastia en Z (figura 17.16).

17.1.6.2. Cirugía fibrosa

Consiste en la exéresis en cuña de la encía adherida y las fibras transeptales situadas entre los incisivos centrales superiores, que se extenderá hacia la papila palatina. Al retirar este tejido interincisal debe tenerse la precaución de preservar la encía cervical mesial de los incisivos centrales con el fin de mantener el contorno gingival. Las incisiones se hacen hasta el hueso, para asegurarnos la eliminación de las fibras transalveolares o transeptales (figura 17.17). Para comprobar que no quedan fibras puede pasarse una gasa estirada a través de la incisión y así

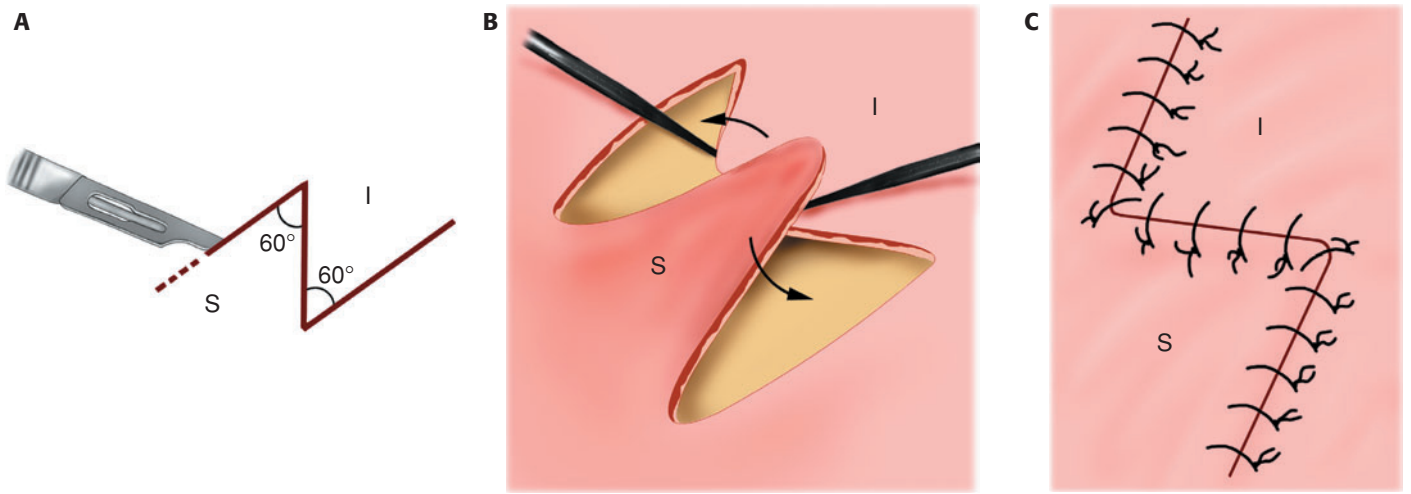


Figura 17.14. Z-plastia (S) Colgajo superior. (I) Colgajo inferior.

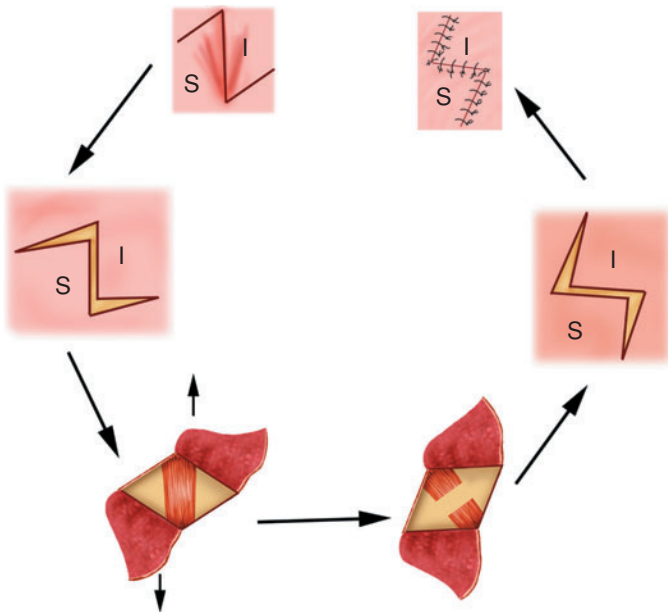


Figura 17.15. Secuencia quirúrgica de una Z-plastia. (S) Colgajo superior. (I) Colgajo inferior.

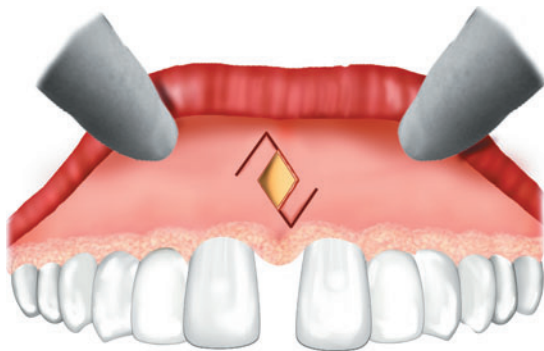


Figura 17.16. Exéresis romboidal con plastia en Z.

ejercer una acción de arrastre (figura 17.18). La herida en la encía insertada no podrá suturarse de forma adecuada, sino que tendrá que curar por segunda intención. Podrá colocarse un apósito, tipo cemento quirúrgico, que retiraremos a los 4-7 días.

Las fibras transeptales se reorganizan entre los 10 y 14 meses tras la cirugía fibrosa.

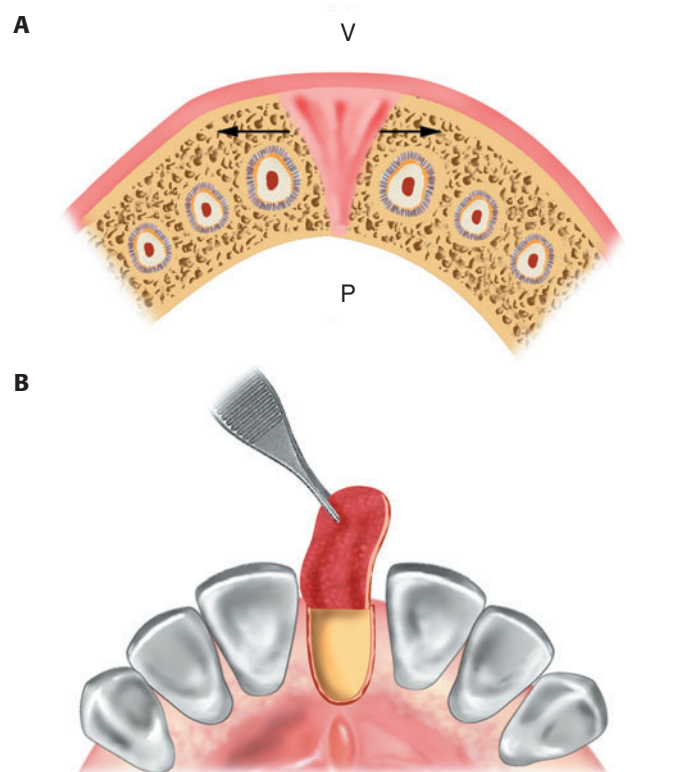


Figura 17.17. Cirugía fibrosa. (A) Fibras transeptales que van de vestibular a la papila palatina. (B) Exéresis de la zona fibrótica interincisal.

17.1.6.3. Cirugía ósea

En los casos en que exista un espesor óseo importante entre los incisivos centrales superiores recomendamos efectuar una ostectomía interincisiva para disminuir el hueso que ocupa el diastema. La ostectomía en cuña se realiza con un escoplo de media caña o con pieza de mano con fresa redonda del número 6 de carburo de tungsteno. En la zona operatoria que queda al descubierto puede colocarse cemento quirúrgico.

Al efectuar esta maniobra debe vigilarse la situación del conducto nasopalatino con el fin de no lesionar las estructuras vasculares y nerviosas que discurren en su interior.

En todas las técnicas quirúrgicas descritas seguimos los pasos siguientes:

– Anestesia. En general se realiza la intervención quirúrgica con anestesia local infiltrativa supraperióstica en el fondo del vestíbulo bu-

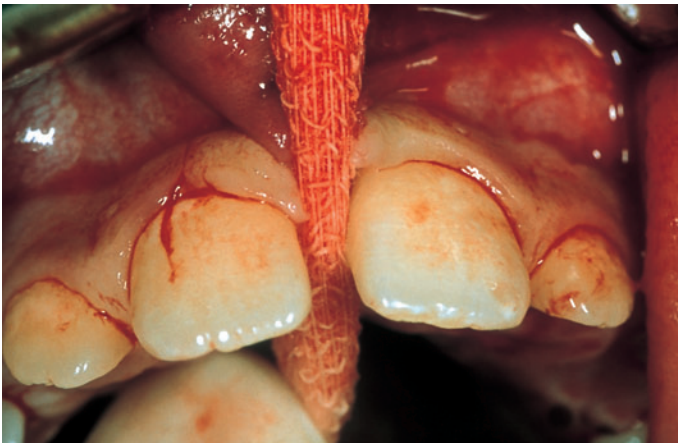


Figura 17.18. Acción de arrastre en la zona interincisal con una gasa estirada.

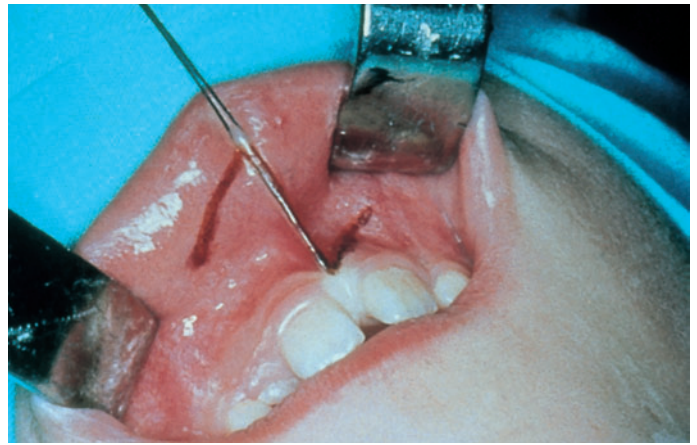


Figura 17.19. Incisión en la Z-plastia del frenillo labial superior.

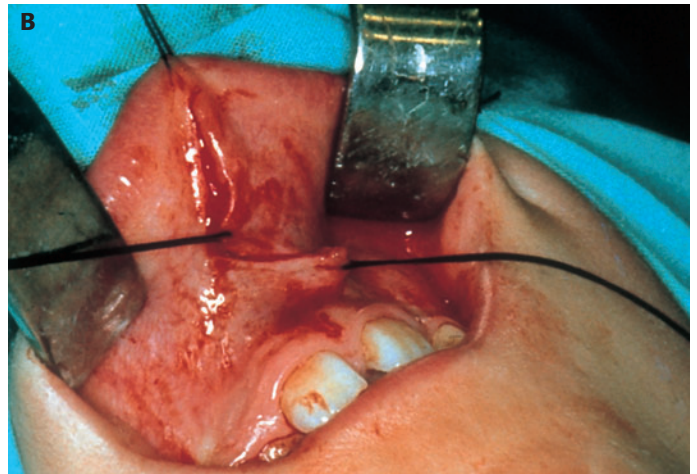
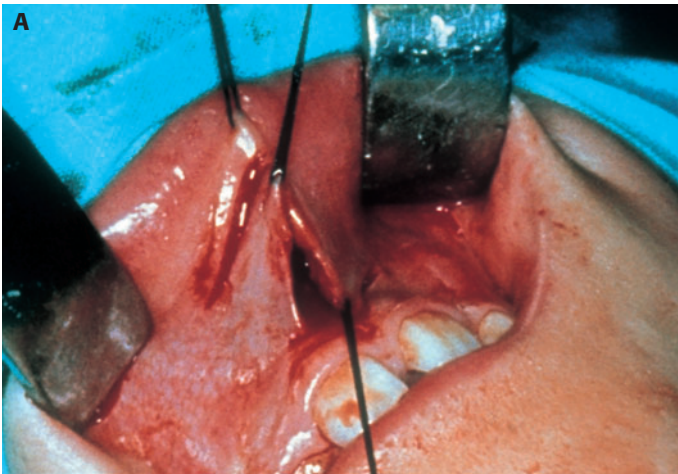


Figura 17.20. Z-plastia del frenillo labial superior. (A) Despegamiento de los colgajos. (B) Transposición de los dos colgajos.

cal por encima de los incisivos centrales superiores procurando no distender demasiado la zona, aunque dado que muchos de estos pacientes son menores de 15 años, solemos ayudarnos de la sedación endovenosa o con óxido nitroso o incluso podemos llegar a la anestesia general en casos especiales. Algunos autores para evitar que la infiltración anestésica borre las relaciones anatómicas, prefieren inyectar el anestésico local por fuera del frenillo haciendo un bloqueo regional justo a la salida de ambos nervios infraorbitarios o algo más inferiormente, ya que con ello se consigue una anestesia de las partes blandas que conforman el labio superior y el vestíbulo de la premaxila. Normalmente se complementa la anestesia con la infiltración en la zona nasopalatina. Si se realiza una Z-plastia, puede ser necesario reforzar la anestesia del labio superior con alguna punción e infiltración de anestésico en la zona donde se ha diseñado el colgajo labial superior.

- Incisión. Con mango del nº 3 y hoja de bisturí del nº 15. El tipo de incisión dependerá de la técnica quirúrgica escogida (figura 17.19).

- Despegamiento de la mucosa. En algunos casos como en la Z-plastia deberemos hacer la disección de los colgajos mucosos, con bisturí o con tijeras de disección finas de punta roma (figura 17.20).

- Desinserción de las adherencias fibróticas o inserciones musculares con la ayuda del periostótomo de Freer o de Obwegeser, procurando no lesionar el periostio. Ginestet recomienda curetear ligeramente el reborde óseo para desprender los elementos fibrosos que se adhieren a él.

- Exéresis del tejido fibroso interincisal (figura 17.21).

- Osteotomía interincisiva con escoplo de media caña, golpeando con la mano o con un martillo; también puede utilizarse la pieza de mano

con fresa redonda de carburo de tungsteno del número 6 o con fresas de Lindemann (figura 17.22).

- Exéresis de los tejidos blandos sobrantes.

- Sutura con ácido poliglicólico (Dexon®) o seda atraumática de 4/0 con aguja C16 a C12. Si colocamos puntos no reabsorbibles, los retiramos a los 7 días. Preferimos utilizar la sutura reabsorbible para no tener que sacar los puntos en los niños que suelen ser muy aprensivos (figura 17.23).

Al efectuar estas técnicas de exéresis del frenillo labial superior es posible tener un cierre primario con sutura de los bordes mucosos y si queda algún pequeño defecto puede dejarse cicatrizar por segunda intención. También podemos optar por la epitelización secundaria cuando dejamos una superficie perióstica expuesta que cicatrizará por segunda intención intentando así evitar un acortamiento del vestíbulo.

- Colocamos cemento quirúrgico (1 semana) en las zonas en las que el hueso queda al descubierto.

En el postoperatorio aparece dolor local y tumefacción del labio superior, por lo cual indicamos un analgésico-antiinflamatorio (AINE) y colutorios para mantener una buena higiene bucal. La tumefacción puede controlarse con un apósito compresivo externo en forma de bigote durante unas 24 a 48 horas y con la aplicación local de frío.

El cierre del diastema suele producirse espontáneamente después del tratamiento quirúrgico del frenillo y la erupción de los caninos permanentes. Si los seis dientes anteriores están en la arcada y no se cierra el diastema será necesario iniciar el tratamiento ortodóncico pertinente.

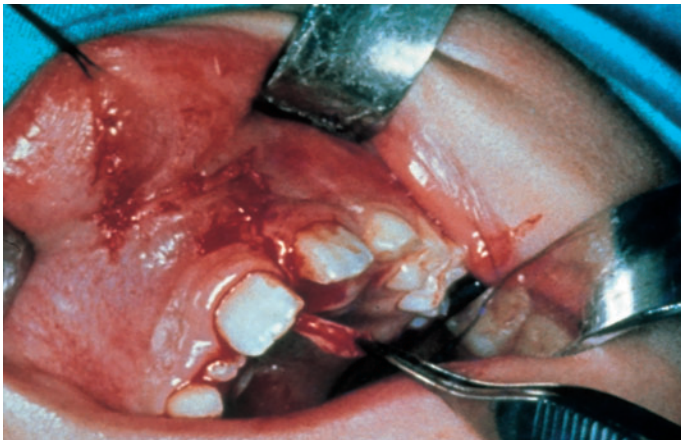


Figura 17.21. Exéresis del tejido fibroso interincisivo.

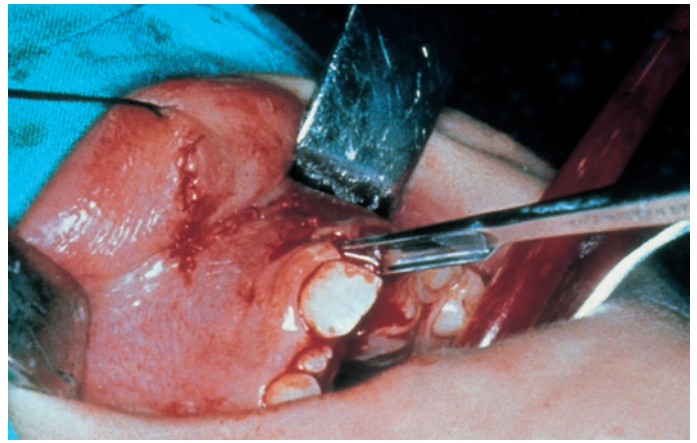


Figura 17.22. Ostectomía interincisiva con escoplo de media caña.



Figura 17.23. Sutura de la zona operatoria. (A) Sutura en una Z-plastia. (B) Sutura en una exéresis romboidal.



En los pacientes con frenillo labial superior, que presentan secuelas de una fisura labio-alvéolo-palatina (F.L.A.P.), debe hacerse además de la exéresis del frenillo la profundización del vestíbulo bucal mediante la colocación de un injerto libre de fibromucosa palatina.

17.2. FRENILLO LABIAL INFERIOR

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

17.2.1. TIPOS

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

17.2.1.1. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

17.2.1.2. Frenillo muscular

Pueden estar integrados distintos músculos:

- Músculos de la borla del mentón y cuadrado del mentón o de los labios. Estos músculos producen la elevación del mentón y se originan en 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 si debemos abordar esta zona, haremos una disección subperióstica, lo que permitirá la refijación sin interferir la función muscular.

- Músculo depresor del labio inferior. Se origina en la fosa incisiva y se inserta 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.

17.2.1.3. Frenillo mixto o fibromuscular

17.2.2. SIGNOS CLÍNICOS

17.2.2.1. Patología periodontal

El frenillo labial inferior 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 cantidad de encía adherida o provocando una recesión gingival (figura 17.24).

Cuando el frenillo labial inferior se inserta alto sobre la papila interincisiva vestibular produce tracción sobre ella con el movimiento labial. Se desencadenará un problema mucogingival con inflamación crónica, bolsa periodontal y retracción de la encía adherida. Puede llegar a causar reabsorción de la cortical externa (que suele ser muy fina) y movilidad dentaria.



Figura 17.24. Patología periodontal producida por el frenillo labial inferior. (A) Recesión gingival en el 3.1, que está en malposición. (B) Recesión gingival en el 4.1.

17.2.2.2. Diastema interincisal inferior

Un frenillo labial inferior prominente puede dar lugar a un diastema interincisal, especialmente si está asociado a un frenillo lingual muy potente.

17.2.3. TRATAMIENTO

Ante la presencia de problemas periodontales se impone eliminar el frenillo y aumentar la encía adherida de la región (figura 17.25).

Recomendamos la exéresis del frenillo, con reposición apical, seguida de técnicas de cirugía periodontal como: injerto libre de fibromucosa palatina, fenestración del periostio y colgajos de rotación lateral, etc.

La técnica más empleada para tratar las recesiones gingivales es la realización de un injerto gingival libre que comprende cuatro tiempos:

- Preparación mecánica (raspado y alisado) y química (ácido cítrico) de la raíz (figura 17.25B).
- Resección del frenillo y confección de un lecho conjuntivo para recibir el injerto. Se efectúa una incisión horizontal, preparando un colgajo de grosor parcial y preservando el periostio. Posteriormente hacemos dos incisiones verticales en los dos extremos de la incisión horizontal hasta dejar al descubierto la zona receptora (figura 17.25B).
- Toma del injerto normalmente del paladar (fibromucosa o tejido conectivo subepitelial) (figura 17.25C y D).
- Colocación y fijación del injerto en su lecho (sutura con el periostio) (figura 17.25E).

Se recomienda la compresión sobre el injerto con gasa humedecida durante 10 minutos; protegemos la zona operatoria con cemento quirúrgico.

Debemos eliminar en estos pacientes los posibles traumas oclusales y recomendarles una buena higiene bucal ya que ambos factores suelen estar muy implicados en las lesiones periodontales de la zona incisal inferior. Posteriormente se imponen controles periódicos cada 6 meses.

En la cirugía del frenillo labial inferior no se suele recomendar el empleo del láser quirúrgico; en todo caso se usarán los láseres de Erbium: YAG o Erbium, Cromium: YSGG por su menor efecto térmico.

17.3. 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 adelante, 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 inferiores. Muchas veces el frenillo lingual del neonato es muy corto y se inserta cerca de la punta de la lengua. En la mayoría de los casos esto se corrige espontáneamente en los primeros años de vida (2-5 años) por el crecimiento en altura de la cresta alveolar y el desarrollo de la lengua.

17.3.1. TIPOS

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

17.3.1.1. Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa (figura 17.26).

17.3.1.2. Frenillo muscular

Pueden estar involucrados distintos músculos en el frenillo lingual:

- Músculo geniogloso. El geniogloso es un músculo extrínseco potente de la lengua. Este par de músculos se originan en los tubérculos geni superiores y sus fibras superiores y anteriores irradian hacia la punta de la lengua, y el resto de sus fibras pasan hacia atrás al dorso de la lengua, y hacia abajo, al borde superior del hueso hioides. Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y es llevada hacia adelante. Las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioides elevándolo y llevándolo hacia adelante. 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 que podemos seccionar la porción superior sin causar limitación alguna en la movilidad de la lengua (figura 17.27).

- Músculo genihioides. El músculo genihioides se origina en el tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides; funciona cuando este hueso está fijo; entonces actúa como un depresor de la mandíbula.

17.3.1.3. Frenillo mixto o fibromuscular

En los frenillos linguales se observa por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar (figura 17.28).

Es importante recordar que además de las estructuras musculares, ya comentadas, existen en esta zona importantes relaciones con el con-

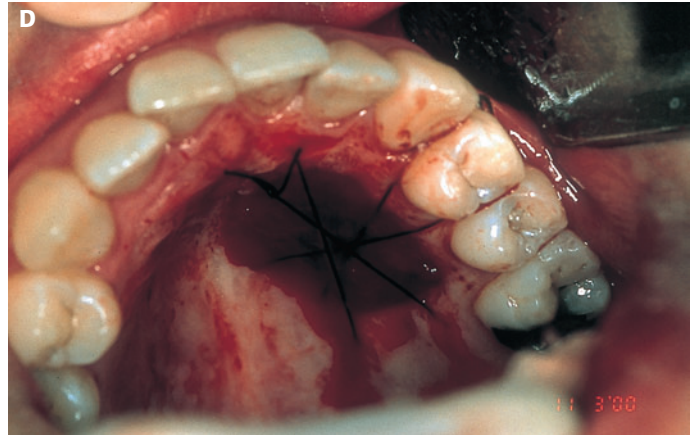
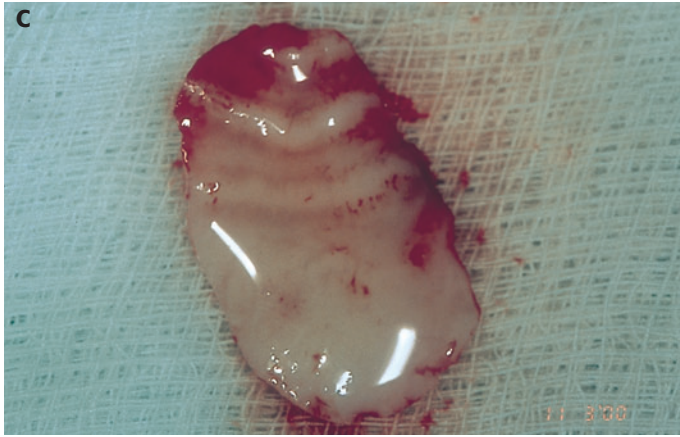


Figura 17.25. Lesión periodontal en relación con el frenillo labial inferior. (B) Preparación mecánica de las raíces y confección de un lecho conjuntivo. (C) Injerto libre obtenido del paladar. (D) Zona dadora con un apósito para favorecer su curación. (E) Colocación y fijación del injerto en su lecho. (F) Imagen clínica del resultado obtenido.

ducto de Wharton (que drena la saliva de la glándula submaxilar) y su carúncula de salida, con el conducto de Rivini (que drena la saliva de la glándula sublingual), el nervio lingual y los vasos sublinguales (figura 17.29).

17.3.2. SIGNOS CLÍNICOS

El frenillo lingual origina básicamente dos problemas: el primero, la fijación de la lengua al suelo de la boca (anquiloglosia) y el segundo, el diastema interincisivo inferior.

17.3.2.1. Anquiloglosia

El frenillo lingual puede causar una restricción del movimiento de la lengua que puede ser difícil de evaluar clínicamente. Para valorar este punto podemos utilizar el método descrito por Williams y Waldron:

A: Distancia entre el punto de inserción mandibular del frenillo y la glándula sublingual.

B: Distancia entre la glándula sublingual y la inserción lingual del frenillo.

C: Distancia entre la inserción lingual del frenillo y la punta de la lengua.

$$R = \frac{C}{A + B + C}$$

R entre 0,14 - 0,22 = Movilidad lingual reducida

R entre 0,22 - 0,39 = Movilidad aceptable

R entre 0,39 - 0,51 = Movilidad importante

Puede darse un diagnóstico de anquiloglosia cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca abierta y cuando no



Figura 17.26. Frenillo lingual de tipo fibroso.



Figura 17.27. Frenillo lingual de tipo muscular.

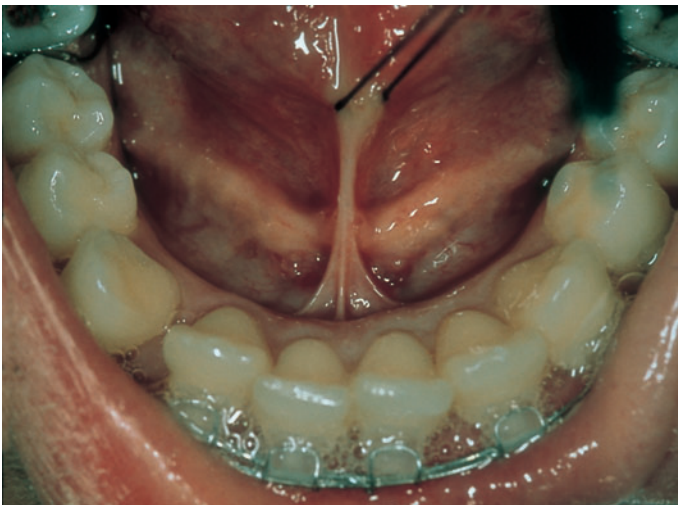


Figura 17.28. Aspecto clínico del frenillo lingual.

puede protruirse la punta de la lengua más de 1-2 cm por fuera de los incisivos inferiores (figura 17.30).

Autores como Kotlow, han estudiado los valores de la “lengua libre” que es la longitud de lengua desde la inserción del frenillo lingual en la cara ventral de la lengua hasta la punta de la lengua. Sus resultados permiten establecer las siguientes categorías de anquiloglosia:

- Lengua libre normal: mayor de 16 mm (clínicamente aceptable).
- Clase I: de 12 a 16 mm (anquiloglosia leve).
- Clase II: de 8 a 11 mm (anquiloglosia moderada).
- Clase III: de 3 a 7 mm (anquiloglosia severa).
- Clase IV: menor de 3 mm (anquiloglosia completa).

La existencia de anquiloglosia puede provocar distintos problemas:

– Dificultades en la succión. La opinión más aceptada es que rara vez tiene trascendencia pero algunos autores defienden que un frenillo prominente dificulta la succión por parte del recién nacido y puede causar inflamaciones del pezón materno. Es importante conocer y descartar otros factores etiológicos de las alteraciones de la succión, como pue-

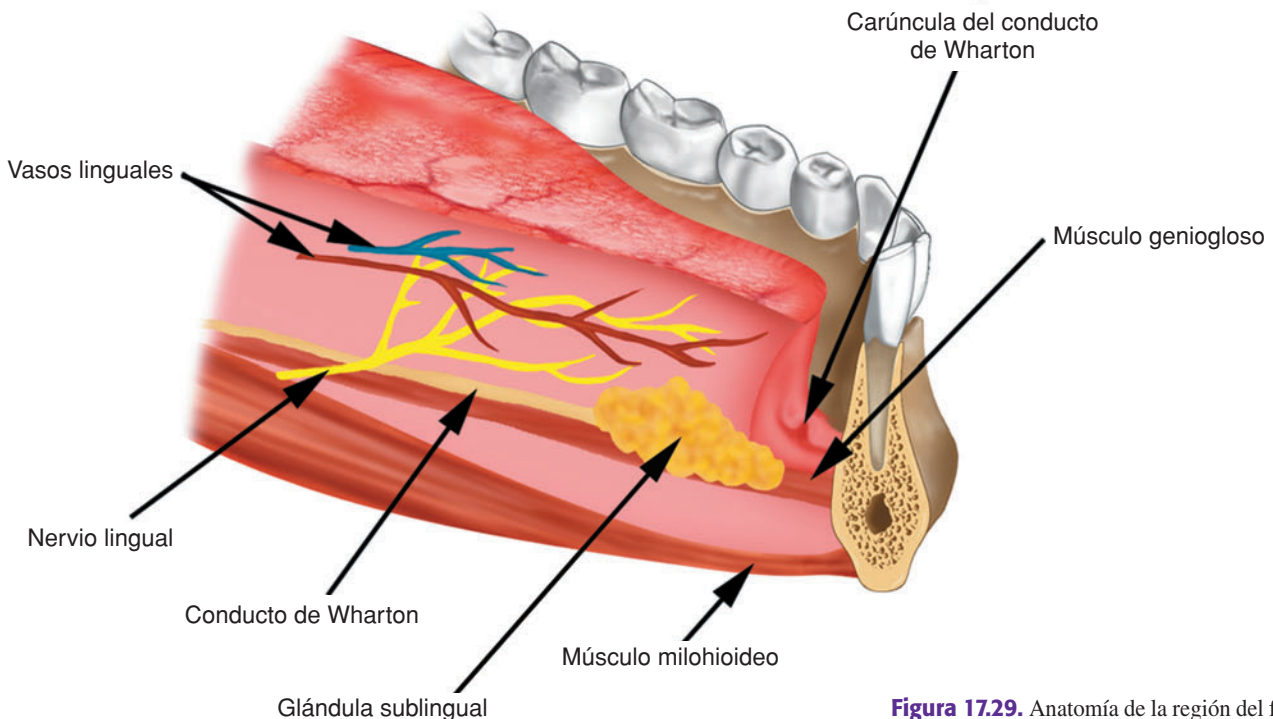


Figura 17.29. Anatomía de la región del frenillo lingual.



Figura 17.30. Anquiloglosia producida por el frenillo lingual.



Figura 17.31. Aspecto bífido de la lengua que está encorvada hacia dentro por la acción del frenillo lingual.

den ser un insuficiente desarrollo muscular, diversas miotonías y compromisos de la vía aérea como la atresia de coanas o la retrognatia mandibular, entre otros.

- Dificultades en la deglución. Se favorece la persistencia de una deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos) lo cual provocará la inclinación vestibular de los incisivos superiores e inferiores con la aparición de una mordida abierta anterior y un colapso en el crecimiento del maxilar superior.

- Alteraciones en la fonación, sobre todo de las consonantes linguodento-labiales. Muchos autores creen que la restricción de los movimientos de la lengua rara vez es causa de un impedimento en el lenguaje. No obstante es evidente que el paciente tiene los movimientos linguales disminuidos, no puede excursionar la lengua más que un breve trecho y no logra tocar el paladar con ella, con la boca abierta. Para establecer si la dificultad en mover la lengua imposibilita la emisión correcta de ciertos sonidos o fonemas, pues no siempre existe relación entre los dos, se debe consultar con un foniatra-logopeda. En la mayoría de casos se sustituye el sonido “f” y “v” por el sonido “fh”. También pueden estar alterados los sonidos “t”, “d”, “n”, “l”, “s”, “r”, “z”, etc.

Una vez realizada la exéresis del frenillo, el paciente deberá acudir al foniatra o logopeda para solucionar los problemas de fonación y lenguaje.

- En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal o bífida y encorvada hacia dentro (figura 17.31).

- Dificultad para la autoclisis. La anquiloglosia limita la lengua en su función limpiadora en el vestíbulo bucal. Se cita el aumento de la incidencia de caries en los molares por este motivo.

- Ulceraciones linguales. Pueden producirse ulceraciones en la lengua o en el frenillo dado que aquélla está pegada a los dientes anteriores, y se produce un roce o microtrauma continuo (figura 17.32).

- Problemas ortodóncico-ortopédicos.

El frenillo lingual en el niño tiene tendencia a corregirse espontáneamente. Sólo el 0,04% de los niños presentan anquiloglosia. Esto va en contra del tratamiento de rutina de la anquiloglosia en el lactante. Cuando en un niño en crecimiento, el frenillo lingual está insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y alteraciones del lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición plana en el suelo de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir. Este problema se manifiesta con una inclinación labial excesiva de estos dientes (Wright).

Otra consecuencia de la posición aplanada del dorso de la lengua es que la bóveda palatina y el arco maxilar superior tienden a ser estrechos,



Figura 17.32. Anquiloglosia y ulceración por roce de la lengua con los dientes permanentes que erupcionan por lingual.

es decir a colapsarse. El desarrollo deficiente de la arcada superior es debido a que al estar retenida la lengua en el suelo de la boca, los bordes alveolares del maxilar superior no son estimulados para expandirse lateralmente, de modo que frecuentemente se produce una oclusión cruzada posterior y una mordida abierta anterior.

Si la cirugía está indicada y la frenectomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, a veces la posición de los dientes y la forma del arco maxilar superior se corrigen solas, pero aunque no ocurra esto, la corrección quirúrgica y la reeducación de la lengua por lo menos evitan que el tratamiento ortodóncico fracase.

La anquiloglosia está presente en diferentes síndromes, de los que destacamos el síndrome de Beckwith-Wiedemann, y la enfermedad de Riga-Fede.

17.3.2.2. Diastema interincisivo inferior

Este tipo de problema se presenta con poca frecuencia en el frenillo lingual, y en muchos casos se asocia a un frenillo labial inferior hipertrofico. El cordón fibroso se extiende entre los incisivos centrales inferiores hacia vestibular y provoca un diastema.

17.3.2.3. Alteraciones en relación con la prótesis

La presencia de un frenillo lingual anormalmente corto o con una inserción alveolar alta en un individuo desdentado, puede comprometer

la estabilidad de una prótesis removible inferior. El movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad la prótesis si la inserción del frenillo en la cara lingual de la mandíbula está cerca de la cresta alveolar. Esto también puede suceder con un frenillo de longitud relativamente normal.

Será preciso en estos casos efectuar una frenectomía y en los casos que se asocia a frenillo labial inferior incluso puede indicarse una vestibuloplastia.

17.3.2.4. Patología periodontal

Cuando el frenillo lingual se inserta en la papila interincisiva lingual produce tracción sobre ella con los movimientos de la lengua lo que se traducirá en la aparición de problemas periodontales en la zona lingual de los incisivos centrales inferiores (Ewart).

17.3.3. TRATAMIENTO

17.3.3.1. Tratamiento conservador

Cuando estamos ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada y en una edad temprana (antes de los 8 años) puede recomendarse un tratamiento conservador mediante mecanoterapia (fisioterapia miofuncional).

Efectuaremos distintos ejercicios:

- Colocar la lengua hacia el paladar.
- Sacar la lengua hacia el exterior.
- Apretar algún objeto con la lengua.

Estos 3 ejercicios se deben realizar 10 veces cada uno, 3 veces al día.

Estos ejercicios son también recomendables después de hacer la frenectomía lingual.

17.3.3.2. Tratamiento quirúrgico

Antiguamente se efectuaban frenectomías en los Servicios de Pediatría destinados a niños lactantes (Nursery) ante la sospecha de una anquiloglosia que pudiese dificultar la succión del lactante. En la mayoría de casos no se obtenía un resultado definitivo (Marmet y cols.).

El frenillo lingual debe ser eliminado en las anquiloglosias completas (clase IV) debido a la gran restricción de los movimientos linguales. La mayoría de frenillos de clase III también se benefician de la frenectomía. Los niños muchas veces se adaptan a una inserción corta (clase III) pero también es recomendable la exéresis quirúrgica. Los niños con anquiloglosia moderada (clase II) y ligera (clase I) son los más difíciles de evaluar. La mayoría de estos niños no parecen tener alteraciones en la fonación, ni ninguna otra patología referida a la presencia del frenillo lingual (Kotlow).

Otras razones para decidir la exéresis del frenillo lingual son: alteraciones de la deglución, dificultad para comer y beber, dificultad para tocar instrumentos de viento, etc., y en los adultos, inestabilidad de la prótesis y molestias o dificultades en ciertas actividades sociales.

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial superior es decir con escisión total, Z-plastia, o mediante plastia V-Y.

La técnica recomendada en este caso es la frenectomía o exéresis completa (romboidal) del frenillo. La secuencia operatoria será la siguiente:

– Anestesia

La frenectomía se puede hacer con anestesia local o general.

Cuando se hace anestesia locorregional se pueden efectuar dos técnicas:

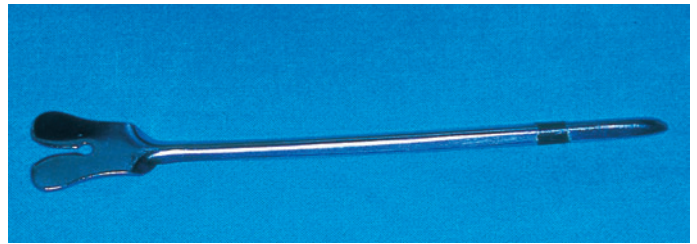


Figura 17.33. Sonda acanalada de Petit.

- Anestesia troncular bilateral (bloqueo) del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria (entre las carúnculas de los conductos de Wharton) con fines hemostáticos.
- Anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo y en todo su recorrido. Esta técnica nos parece más adecuada y en caso de tener que efectuar la intervención quirúrgica en un niño o en un adulto pusilánime podremos además hacer una sedación endovenosa o con óxido nítrico, ya que la infiltración de anestesia local en la superficie ventral de la lengua y en el suelo de la boca es dolorosa y difunde rápidamente. También puede recomendarse la anestesia tópica en la cara ventral de la lengua previa a la infiltración de la sustancia anestésica.

Con motivo de la rica vascularización de la región, también se aconseja la infiltración local para mejorar la hemostasia aunque se haga anestesia general.

La cirugía en el lactante exige realizar una anestesia general y los riesgos de esta técnica son elevados antes de los seis meses de edad; por ello el tratamiento quirúrgico se suele diferir, por lo menos, hasta los 3-5 años de edad.

– Preparación de la zona operatoria

Se eleva la lengua gracias a un punto de sutura de tracción en la punta lingual. Este hilo colocado en el extremo distal del frenillo es recomendable anudarlo con el fin de prevenir hemorragias por lesión del paquete vascular que discurre por el frenillo. Traccionando de este punto levantaremos el frenillo y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit podremos proceder a la incisión (figura 17.33).

– Incisión y disección

Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja del nº 15 o del nº 11 o con tijeras de disección aproximadamente en el centro del frenillo lingual. Debe tenerse cuidado de hacer la incisión aproximadamente 1 cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, es decir más o menos a mitad de camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton (figura 17.34).

Una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media. El músculo geniogloso puede seccionarse transversalmente con las tijeras o con bisturí eléctrico, hasta que se obtenga el grado deseado de movilidad lingual. El sangrado en el fondo de la herida, en forma de diamante o romboidal, se controla fácilmente con ligaduras o coagulación (figura 17.35). Al hacer la intervención debe dedicarse especial cuidado a no lesionar los conductos de Wharton.

En ocasiones es necesario hacer la exéresis de la mucosa sobrante, hasta dejar los dos bordes de la herida simétricos, lo que permitirá una sutura correcta. Realmente pues se ha efectuado la exéresis romboidal del frenillo.

– Sutura

Se cierra el defecto romboidal con puntos separados como una incisión lineal longitudinal. La mejora conseguida en la movilidad lingual

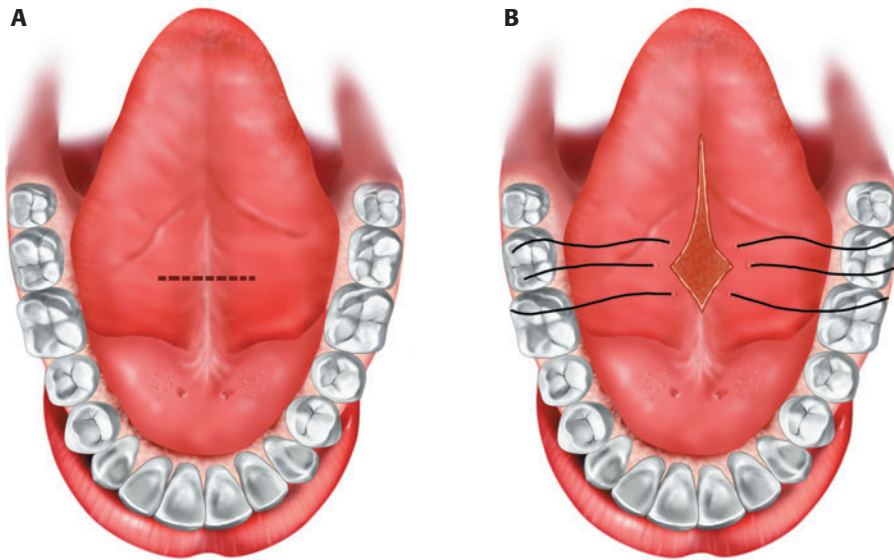


Figura 17.34. Exéresis del frenillo lingual. (A) Trazado de la incisión. (B) Sutura de la herida operatoria.



Figura 17.35. Sección parcial de los músculos genioglosos en caso de existir anquilosis.

se comprueba antes de suturar. Si se cierra bien la incisión en la superficie ventral de la lengua, no hace falta hacer un cierre tenso en el suelo de la boca. De esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio con menos tumefacción en el postoperatorio (figura 17.36).

Se utiliza sutura atraumática de ácido poliglicólico de 3 ó 4/0 con aguja C14 o C12. Se prefieren las suturas reabsorbibles porque en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos.

Otra técnica para eliminar el frenillo lingual consiste en aplicar una pinza hemostática en la zona lingual y otra en la zona del frenillo más cercana a las carúnculas de los conductos de Wharton, y las puntas de ambas pinzas se encuentran en la profundidad del frenillo. Con el bisturí se elimina y extirpa el tejido contenido entre estas pinzas. Finalmente se procede a la sutura (figura 17.37). Nosotros preferimos utilizar la sonda acanalada de Petit o de Nelaton, para retraer la lengua hacia atrás, y realizar la incisión transversal con bisturí.

En algunas ocasiones pueden existir adherencias o bridas cerca de la zona lingual de la mandíbula (apófisis geni) por delante de las carúnculas de salida de los conductos de Wharton. Esto nos obligará a efectuar

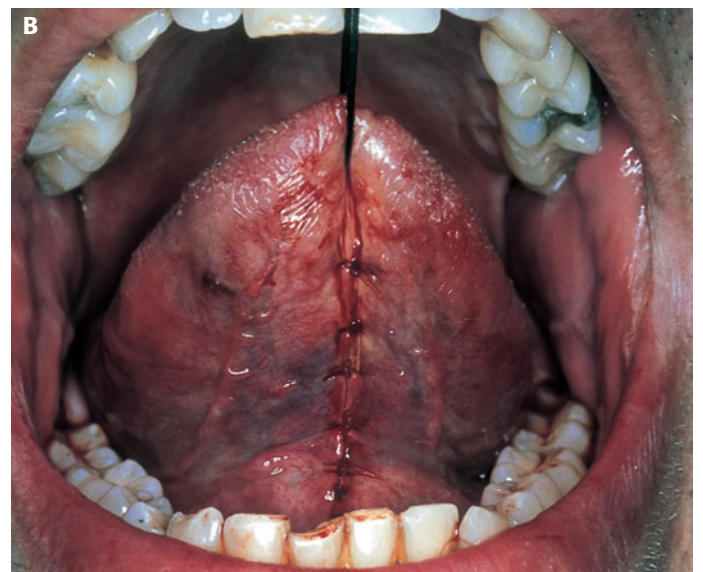
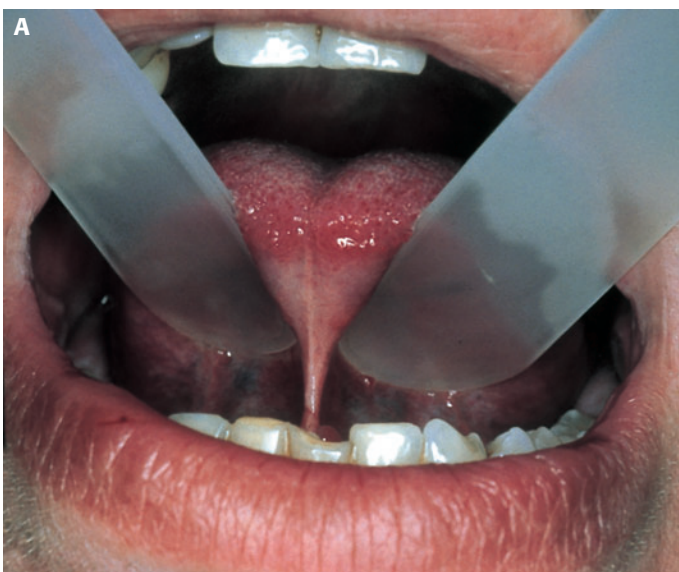


Figura 17.36. Cirugía del frenillo lingual. (A) Aspecto preoperatorio. (B) Sutura después de efectuar la exéresis romboidal.

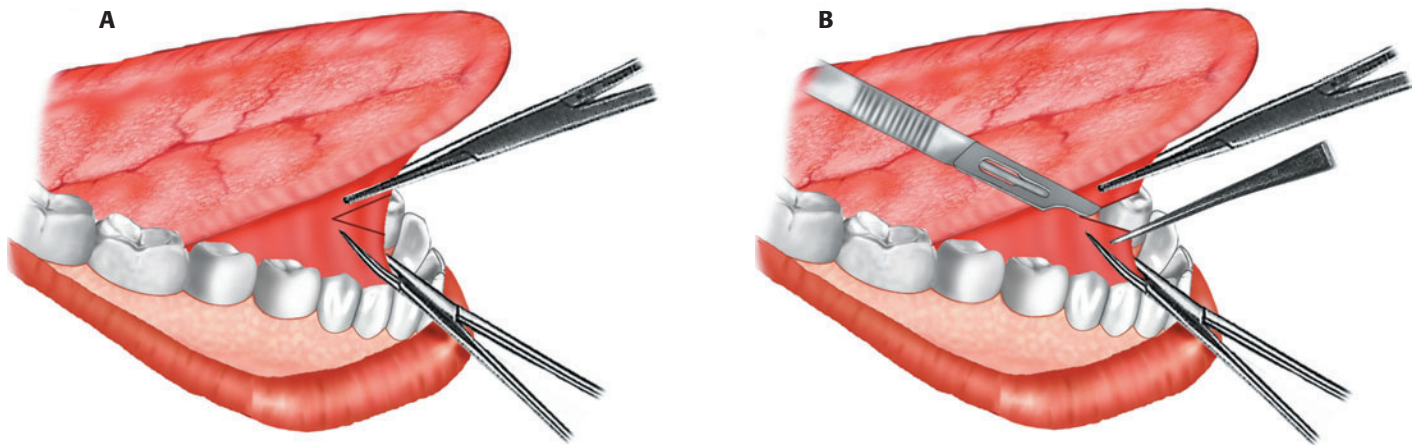


Figura 17.37. Exéresis romboidal del frenillo lingual. (A) Colocación de las pinzas hemostáticas y trazado de la incisión. (B) Exéresis del tejido comprendido entre las dos pinzas mosquito.

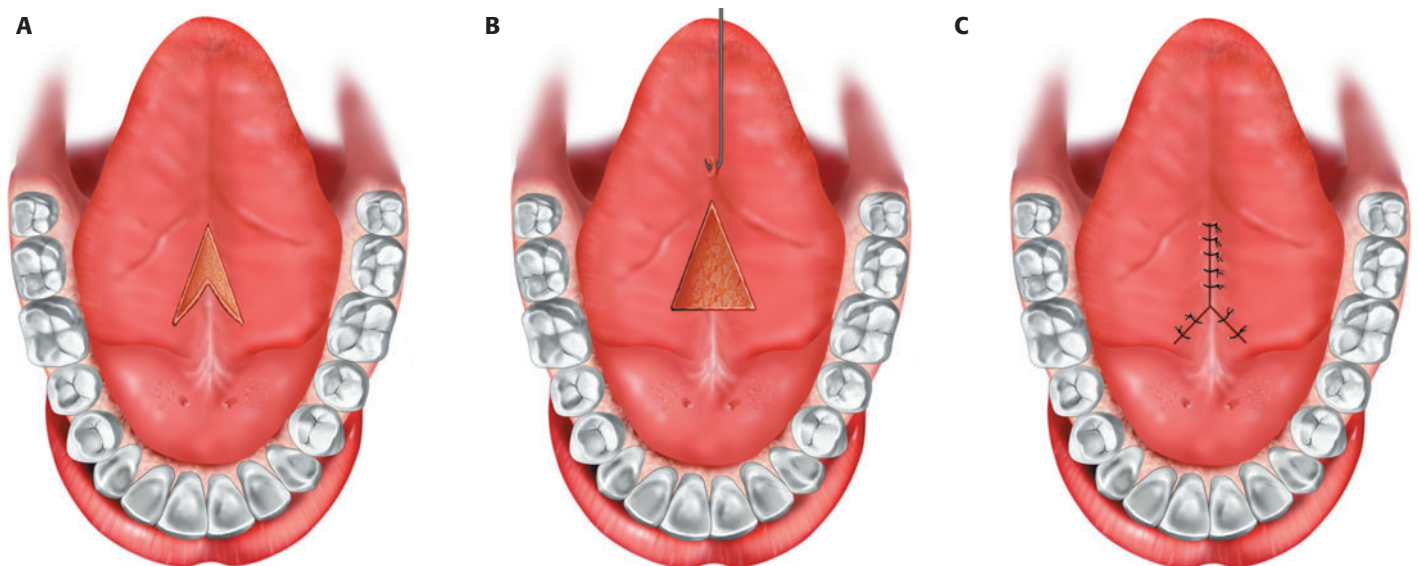


Figura 17.38. Plastia V-Y en el frenillo lingual.

tuar otra incisión en esta área para liberar la lengua convenientemente. El defecto que en ocasiones queda en el proceso alveolar se deja cicatrizar por segunda intención.

Kruger y Worthington y Evans recomiendan la plastia V-Y para eliminar el frenillo lingual. En este caso la V tiene su ángulo abierto hacia la base de la lengua como vemos en la figura 17.38. Algunos autores como Kaban también recomiendan el uso de la Z-plastia para estos casos.

La posible lesión de los conductos de Wharton o de las carúnculas sublinguales provocará constricción cicatricial y con ello, estasis salival. Si acontece esta complicación se impondrá acceder a la zona lesionada y hacer una Whartonostomía de derivación, lo que evitará tener que realizar una submaxilectomía.

En el postoperatorio se produce ligera tumefacción del suelo de la boca, y dolor moderado que se puede controlar con analgésicos. Se recomienda que el paciente consuma una dieta líquida (evitar los zumos de frutas) porque los movimientos de la lengua causarán molestias durante varios días. Puede producirse una cierta equimosis por rezumar algo de sangre a partir de los músculos seccionados. La formación de un hematoma se previene con una buena hemostasia antes de colocar los puntos y no suturando la herida con demasiada firmeza ni herméticamente.

El paciente debe empezar tan pronto como sea posible, un programa de ejercicios que deberán efectuarse como mínimo durante dos meses. Esta movilización precoz de la lengua permitirá vencer la retracción cicatricial. Si la cirugía se indicó para corregir un problema de lenguaje, sería absurdo intervenir quirúrgicamente al paciente sin tener al alcance o haber previsto el tratamiento por el foniatra-logopeda.

España y cols. también recomiendan la exéresis del frenillo lingual con el láser de CO₂, por su rapidez, simplicidad y porque el postoperatorio suele ser más cómodo (figura 17.39).

Con la aplicación de la técnica quirúrgica escogida (exéresis romboidal, exéresis con láser de CO₂, etc.) y la realización de los ejercicios de fisioterapia miofuncional, debe obtenerse una movilidad lingual normal:

- La punta de la lengua debe ser capaz de protuir fuera de la boca sin formarse ninguna hendidura (lengua bífida).
- La punta de la lengua debe poder extenderse sobre los labios sin tensión.
- Cuando la lengua se retruye el tejido lingual no debe contactar con los dientes anteriores.
- La lengua no debe hacer excesiva fuerza sobre la cara lingual de los dientes anteroinferiores.

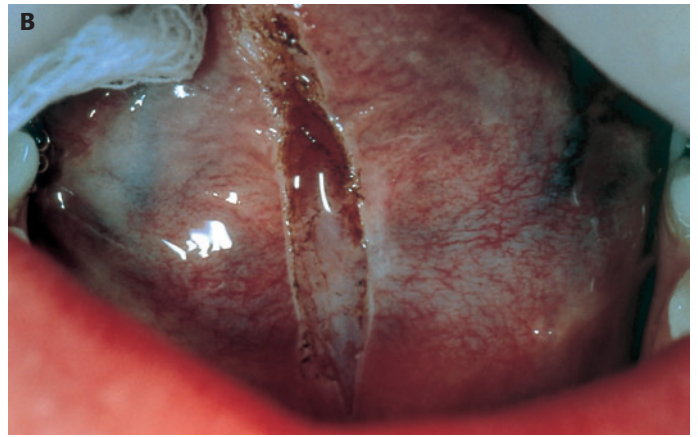


Figura 17.39. Exéresis del frenillo lingual con láser de CO₂ (A) Visión preoperatoria. (B) Aspecto en el postoperatorio inmediato.

- El frenillo lingual debe permitir una deglución correcta.
- El frenillo lingual no debe crear un diastema entre los incisivos centrales inferiores.
- En los niños pequeños la punta de la lengua no debe tener abrasiones ni ulceraciones traumáticas.

- El frenillo lingual del recién nacido no debe dificultar la lactancia materna (succión del pezón de su madre).
- Los niños no deben presentar dificultades en el habla asociadas con limitaciones del movimiento de la lengua.