



**EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LA FRENECTOMÍA
LABIAL SUPERIOR CON LA TECNICA PLASTIA V-Y.**

Autores:

Gabriela Velasco

C.I. V-25.594.105

Yonahys Mendoza

C.I. V-24.550.905

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LA FRENECTOMÍA
LABIAL SUPERIOR CON LA TECNICA PLASTIA V-Y.**

Proyecto del Trabajo de Grado para optar al título de
Odontólogo

AUTORES:

Gabriela Velasco

C.I. V-25.594.105

Yonahys Mendoza

C.I. V-24.550.905

Tutor: Od. Esp. Rodrigo Pino

San Diego, Enero de 2019.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN INFORMATIVO _____

INTRODUCCIÓN _____

CAPITULO I

EL PROBLEMA _____

Planteamiento del problema _____

Formulación del problema _____

Objetivos de la Investigación _____

Objetivo general _____

Objetivos Específicos _____

Justificación de la Investigación _____

CAPITULO II

MARCO TEORICO _____

Antecedentes de la Investigación _____

Bases Teóricas _____

Bases Legales _____

Código de Ética Odontológica _____

Cuadro Técnico Metodológico _____

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO _____

Tipo de la Investigación _____

Diseño de la investigación _____

Población y Muestra _____

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos _____

Análisis de los datos _____

Procedimientos _____

Variables _____

Operacionalización de variables _____

CAPITULO IV

RESULTADOS _____

Análisis e interpretación de los resultados _____

Graficas y explicación breve de cada una _____

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES _____

Conclusiones _____

Recomendaciones _____

BIBLIOGRAFIA _____

ANEXOS _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**“EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LA FRENECTOMÍA
LABIAL SUPERIOR CON LA TECNICA PLASTIA V-Y”**

Autores: Yonahys Mendoza y Gabriela Velasco.

Tutor: Od. Rodrigo Pino.

Fecha: Febrero, 2019.

RESUMEN INFORMATIVO

El propósito de este trabajo es realizar un estudio a partir de la efectividad de la frenectomía labial superior con la técnica plastia V-Y.

Existe un elevado número de pacientes que acuden a la consulta odontológica con el fin de ser intervenidos quirúrgicamente por frenectomía labiales superiores en las cuales es de suma importancia realizar el procedimiento quirúrgico para corregir dicha problemática, con la final de poder mejorar la funcionalidad, estética y la fonética, tomando en cuenta la duración de los tiempos operatorios y la eficacia de la aplicación de dicha técnica.

Palabras claves: frenectomía, fonética, Intervención Quirúrgica, funcionalidad, estética.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es una revisión bibliográfica acerca de los problemas relacionados con la presencia del frenillo labial superior corto en el medio bucal.

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.

El frenillo labial superior es una banda de tejido conjuntivo fibroso, muscular o una combinación de ambos, que va desde la cara interna del labio y va a intercalarse sobre la línea media de la encía adherida interincisiva del maxilar superior, se han visto casos en el cual el frenillo llega hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria, cuando existe una alteración en la inserción del frenillo labial y las fibras se encuentra muy bajas, se puede producir problemas de diastemas entre los incisivos centrales superiores.

El frenillo es una pequeña banda o pliegue de una membrana mucosa, que une los labios y las mejillas al proceso alveolar y limita sus movimientos. Éste, es más prominente en la mucosa vestibular de la mandíbula y maxilar, generalmente en la línea media o región premolar. En la mandíbula, el frenillo está presente lingualmente, en los incisivos centrales conectándose con el cuerpo de la lengua. El frenillo de la línea media superior conecta la mucosa del proceso alveolar maxilar y los incisivos centrales con el labio superior. Se origina como un remanente de las bandas dentolabiales, que son estructuras embrionarias y conectan el tubérculo del labio superior con la papila palatina. El frenillo labial está compuesto por epitelio, tejido conectivo, tejido nervioso y en varios grados, músculo estriado, éste último encontrado frecuentemente en biopsias humanas. Los frenillos del maxilar superior e inferior son membranas mucosas que cubren los músculos canino y triangular respectivamente. El frenillo maxilar es una estructura dinámica, sometida a alteraciones de forma, tamaño y posición durante las etapas de crecimiento y desarrollo humano. Su función principal es proporcionar estabilidad del labio

superior e inferior y la lengua. El alcance de su participación en la masticación está en disputa. Estudios histológicos revelan como las fibras del frenillo en ocasiones están adheridas al periostio y al tejido conectivo de la sutura intermaxilar residual, mientras que otros haces, pueden simplemente interrumpir la continuidad de las fibras gingivales interdentes entre los incisivos centrales por las fibras colágenas del frenillo labial lo que está relacionado con el diastema de línea media.

Por lo anterior es importante que el odontólogo conozca la problemática que ocasiona el frenillo labial superior corto en general en la cavidad oral y calidad de vida del paciente; se deben tomar en cuenta los conocimientos profesionales para el diagnóstico, tratamiento del frenillo labial superior corto e informar consecuentemente al paciente sobre la importancia y la finalidad del tratamiento.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Los frenillos son bandas de tejido conectivo, muscular o ambos, que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente. Son estructuras dinámicas y que cambian y están sometidos a variaciones en forma, tamaño y fases de crecimiento y desarrollo. Los frenillos bucales son bandas de tejido fibroso que en determinadas circunstancias pueden causar problemas ortodónticos, fonéticos, periodontales y protésicos. Según su localización se clasifican en frenillo labial superior, frenillo labial inferior, frenillo lingual.(1)

Los frenillos labiales son repliegues de tejido conjuntivo fibroso, muscular o en combinación de ambos, el cual se encuentra tapizada por una membrana mucosa, localizada en los maxilares. Estas estructuras anatómicas consisten en un pliegue mucoso ubicado en la línea media que vincula por un lado, la superficie interna del labio y, por otro, la encía. (1)

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.

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 diastema se irá cerrando progresivamente con la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes.(2)

Un frenillo sobreinsertado en el maxilar superior normalmente está relacionado a la existencia de diastema entre los dientes incisivos. Esto puede interrumpir en el correcto progreso de un tratamiento ortodóntico, causar acopio de alimentos que, a su vez generan inconveniente de autoclisis en el vestíbulo, ascender el bermellón, ocasionar un labio superior corto impidiendo un buen cierre labial y, en casos excesivos dificulta el movimiento del labio superior y problemas en el habla. Los más comunes que necesitan de una intervención quirúrgica para poderlos alargar son el frenillo labial medial del maxilar superior y el frenillo lingual. A causa de la inserción patológica de los frenillos labiales y linguales se producen distintos tipos de alteraciones a nivel gingivo-dental (2)

Formulación del problema.

De toda esta problemática planteada surge la siguiente interrogante: ¿Qué grado de efectividad tiene la técnica plastia V-Y en el abordaje de la frenilectomía labial superior?

Objetivos de la investigación.

Objetivo general

Determinar la evaluación de la efectividad de la frenectomía labial superior con la técnica plastia V-Y realizada en el área de cirugía bucal de la universidad José Antonio Páez.

Objetivos específicos

1. Identificar la importancia de la técnica Plastía V-Y en el área de cirugía bucal en la Universidad José Antonio Páez.
2. Determinar la efectividad y eficacia de la técnica Plastía V-Y en pacientes con frenillo labial corto.
3. Valorar la técnica Plastía V-Y como la más adecuada para ser puesta en práctica tomando en cuenta los tiempos operatorios y resultados clínicos.

Justificación de la investigación.

Las causas por las que se indica una frenectomía labial superior es muy variable ya que los pacientes que presentan frenillo labial corto se ven afectados en diversas maneras a nivel bucal como diastemas intericisivos y comprometer la estética, ocasiona problemas ortodonticos, vermellon elevado, dificultad de la autoclisis del vestíbulo, limitación del movimiento del labio superior y alteraciones con relación a la prótesis.

Este proyecto beneficia tanto a los investigadores como a las personas que se encuentran relacionadas con la odontología, de igual manera a los estudiantes y profesores del área de cirugía bucal de la Universidad José Antonio Páez, que podrá servir de apoyo al abordaje de pacientes con frenillo labial corto al momento de

realizar la intervención quirúrgica con la técnica de frenectomía Plastía V-Y, tomando en cuenta la comodidad del operador y paciente y resultados clínicos.

Se investiga este tema para evaluar la efectividad que se obtiene mediante la aplicación de la técnica Plastía V-Y; es importante abordar esta investigación con el fin de proporcionar información a docentes y alumnos del área de cirugía en la Universidad José Antonio Páez con respecto a solucionar las problemáticas de los pacientes que posean frenillo labial superior corto, correcciones fonéticas, estéticas, ortodóncicas, protésicas, entre otras.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación.

En todo trabajo investigativo es esencial un sostenimiento de estudios previos a que han sido sometidas las variables de inspección en la investigación, que ofrecen diferentes enfoques y una definida visión en la perspectiva de la situación. Los antecedentes de una investigación son cruciales para contar con un avance en el estado actual de los conocimientos del tema a tratar, de igual manera sirven de sustento y ayuda para futuras investigaciones.

Para estar al tanto de los diferentes tipos de anomalías que pueden presentarse en la cavidad oral, uno de los medios más utilizados, es caracterizado por la utilización de operaciones manuales. Lo que se conoce con el calificativo de cirugía o terapéutica quirúrgica. La terapéutica quirúrgica se aplica a las enfermedades encuadradas en la patología quirúrgica, especificando así la naturaleza del tratamiento. (8)

Nuestra boca es un conjunto de órganos que cumplen varias funciones específicas, tales como la masticación y aplastamiento de alimentos, secreción de saliva, absorción, gustación fonación y lenguaje articulado. Los órganos que conforman el sistema bucal son los labios, los carillos, la lengua, el paladar, el periodonto, las glándulas salivales y por supuesto los dientes. Y también forman parte de la estructura de la cavidad bucal los frenillos orales normales. (8)

Los frenillos orales son repliegues de tejido conectivo fibroso, muscular o mixtos, (fibromusculares), los mismos que están recubiertos por la mucosa oral, y son de origen congénito, de acuerdo a su ubicación se dividen en: mediales, ubicados en la línea media y laterales, situados a la altura de los premolares superiores e inferiores existen tres tipos de frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. (7)

Los frenillos de la línea media pueden representar problemas en la salud bucal del paciente cuando están demasiado cerca del margen gingival desde problemas para el control de la placa bacteriana o representar un problema por un tirón muscular,

representado a su vez un problema estético, deglutorio o problemas ortodonto-ortopédicos, protésicos, alteraciones fonéticas o una patología periodontal. El tratamiento ante estos problemas se lleva a cabo mediante la realización de una frenilectomía. (7)

La frenilectomía es un proceso de corrección quirúrgica en aquellos frenillos que causan alteraciones, el presente artículo representa una compilación de una breve visión general sobre el frenillo, con especial atención a las medidas diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas.(7)

Bases teóricas

Frenillos bucales

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

- Problemas ortodonto-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.(11)

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.(12)

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.(12)

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 diastema se irá cerrando progresivamente con la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes. (13)

TIPOS

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

Frenillo fibroso

Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

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. (14)

- **Músculos nasales y depresores:** 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. (14)

- **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. (14)

Frenillo mixto o fibromuscular.

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 difuso adiposo.

Monti distingue tres tipos de frenillos:

- Frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.
- Frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular • Frenillo triangular de base inferior.

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.(14)

SIGNOS CLÍNICOS

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. (14)

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, 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. 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. (15)

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.(14)

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. (16)

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. (16)

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. (16)

Muchos autores señalan que el verdadero diastema puede presentarse en aproximadamente un 10% de individuos sin un frenillo labial 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. (16)

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. (16)

El diastema interincisal 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 extrabucal (macroglosia, interposición lingual, etc.), presencia de un mesiodens o retención de un diente temporal, crecimiento excesivo del maxilar superior, maloclusión (clase II, división 1^a), agenesias o pérdidas dentarias, etc. (16)

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. (16)

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 interincisal. 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. (16)

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. (16)

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. (17)

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)

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. (18)

La reabsorción del proceso alveolar en los pacientes edentulos 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 excéresis del frenillo (V-Y) 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. (18)

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.(18)

Diagnostico

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, para lo cual se recomienda efectuar una ortopantomografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores.(19)

Tratamiento

Cuando por la existencia de uno o varios signos clínicos se indique la cirugía deberá valorarse ante todo la edad del paciente, en especial cuando la indicación se deba a la existencia de un diastema interincisal. (19)

La cirugía eliminará el frenillo, pero sólo la ortodoncia cerrará el diastema. Algunos ortodontistas prefieren hacer la excéresis 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 excéresis del frenillo no debe hacerse antes de que haya erupcionado los caninos permanentes y que el cierre ortodóntico está sujeto a un alto grado de recidivas si no se hace previamente la excéresis 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. (19)

Podemos marcar las siguientes pautas terapéuticas que correlacionan existencia de frenillo labial superior y diastema interincisivo:

Frenillo labial superior en dentición temporal

-

Frenillo labial superior en dentición definitiva

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

Ortodoncia.

Cirugía + Ortodoncia.

- 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

Cuando los incisivos centrales y laterales y los caninos están erupcionados y existe

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 interincisal.(19)

Frenillo labial superior sin diastema interincisal

Con dentición. Podremos optar por:

-Abstención.

-Cirugía (cuando existen otros signos clínicos como por ejemplo labio corto, vermellón elevado, etc.).

Sin dentición. Podremos 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 interincisal, es decir, por motivos ortodóntico, en otros casos la indicación podrá estar relacionada con problemas de autoclisis, vermellón elevado, labio corto, etc.(19)

Técnicas quirúrgicas

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

Cirugía mucosa (mucosa y muscular)

Frenectomía Consiste en la extirpación completa del frenillo que puede efectuarse mediante la excéresis simple o la excéresis 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 excéresis 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, Ríes 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 frenectomía.(20)La excéresis 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. 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. El punto más profundo

debe pasar a través del periostio en el fondo del vestíbulo bucal. (20)La frenectomía mediante excéresis 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. 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 exangüe, postoperatoria inmediata 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. 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. (20)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.

Frenilectomía plastia V-Y

Se basa en hacer una incisión en forma de V justo en la parte inferior del labio a hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste liberando el frenillo vestibular y la musculatura (musculo orbicular de los labios). Al suturar queda una herida en forma de Y dándole proyección al labio superior. 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 labio. (21)

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 excéresis romboidal. La frenectomía es 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 frenectomía en tres fases:

- Reposición apical del frenillo (plastia V-Y).

- Excéresis 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. (21)

Cirugía fibrosa

Consiste en la excéresis 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. Para comprobar que no quedan fibras puede pasarse

una gasa estirada a través de la incisión y así ejercer una acción de arrastre. 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.(21)

Cirugía ósea

En los casos en que exista un espesor óseo importante entre los incisivos centrales superiores recomendamos efectuar una osteotomía interincisiva para disminuir el hueso que ocupa el diastema. La osteotomía 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.(21)

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 bucal 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 premaxilar. 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.

-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.

-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.

-Excéresis del tejido fibroso interincisal.

-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.

-Excéresis 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. Al efectuar estas técnicas de excéresis 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. (21)

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 ortodóntico pertinente.

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 excéresis del frenillo la profundización del vestíbulo bucal mediante la colocación de un injerto libre de fibromucosa palatina.(21)

Bases legales

En el siguiente punto se presentan el conjunto de bases legales en los cuales debe regirse todo trabajo de investigación, el mismo se encuentra constituidos por los diferentes documentos legales existente en la nación, los cuales contiene artículos creado en pro del desarrollo académico de la población dictaminando deberes del estado y las empresas tanto públicas como privadas así los nuevos futuros profesionales, asimismo como el deber del estudiante con estos entes en pro de servir al desarrollo del país. (41)

Código de Ética Odontológica

El Presente Código de Deontología se declara de aceptación obligatoria para todos los Profesionales de la Odontología autorizados según el Artículo 4° de la Ley de Ejercicio de la Odontología; sus infracciones serán conocidas y sancionadas en primera instancia por los Tribunales Disciplinarios de los Colegios Regionales, de cuyas decisiones podrá apelarse en sucesivas instancias el Tribunal Disciplinario Nacional, la Junta Directiva Nacional y demás organismos de alzada previstos en el ordenamiento legal vigente. Ninguna otra entidad odontológica podrá promulgar por

sí misma disposiciones de odontológicas que contravengan al presente Código. El siguiente artículo perteneciente a esta ley sirve como sustento legal en la presente investigación, por cuanto trata temas como la odontología y medicina.³³

Se tomó en cuenta el Código de Deontología Odontológica de Venezuela como basamento legal. Según Título I, Capítulo Primero relacionado con los Deberes Generales de los Odontólogos, los siguientes artículos:

-Artículo 1: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo, con el fin de respetar la integridad humana de cada paciente, preservar su salud para su bienestar.

-Artículo 2: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

Es por ello que todo profesional de salud debe actualizar todos sus conocimientos en la medida que la ciencia avance, con el fin de atender de forma efectiva y eficaz a sus pacientes. Así mismo se considera el Capítulo Segundo, de los Deberes hacia los Pacientes en los siguientes artículos:

-Artículo 17: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

-Artículo 18: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

-Artículo 19: Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud.

Tal como se señala anteriormente el odontólogo debe darle a sus pacientes una atención de calidad conservando su salud y acudiendo a especialistas cuando sea necesario, es por ello que en esta investigación se recurre a especialistas en el área de cirugía maxilofacial que es quienes le compete este tipo de cirugías, para preservar la salud y la atención del paciente.

Cuadro de operacionalización de variables

Objetivo general: Determinar la evaluación de la efectividad de la frenectomía lingual con la técnica plastia V-Y realizada en el área de cirugía bucal de la universidad José Antonio Páez.

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Ítems
Frenilectomía labial superior.	Es un proceso de corrección quirúrgica en aquellos frenillos que causan alteraciones ortodóncicas, protésicas o periodontales, o lo que es más frecuente alteraciones fonéticas, periodontales y estéticas.	- Tipo.	Técnica Plastia V-Y.	E N C U E S T A	1
		- Características.	Incisión. Sutura.		2 3
		- Tiempos Operatorios.	Resultados Clínicos.		4
Técnica plastía V-Y.	Técnica basada en un conjunto de procedimientos quirúrgicos utilizados para la extirpación del frenillo. Consiste en realizar la incisión en forma de V para la excéresis de la banda fibrosa y posteriormente al suturar queda una herida en forma de Y.				

Fuentes: Mendoza Y; Velasco G. (2019).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados. (40)

Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de investigación

Toda investigación se ajusta a una tipología específica; en el presente caso se trata de un estudio de campo, que según Sierra (2004), se caracteriza porque “...los problemas que estudia surgen de la realidad” (p. 59), ya que serán las investigadoras quienes tomen del contexto la información necesaria para comprobar los supuestos de estudio.

El estudio de casos se evoca a estudiar intensivamente a un sujeto o una situación única, según Silva (2006) “Es el estudio detallado de una unidad de observación, teniendo en cuenta características y comportamientos de dicha unidad”. En este tipo de investigación se busca comprender en profundidad lo estudiado y sirve para planificar, posteriormente, investigaciones más extensas. Con los datos obtenidos en este tipo de estudio no se puede hacer generalizaciones, puesto que los resultados sólo son inherentes al caso sometido al estudio.

En cuanto al nivel, la investigación de campo es netamente descriptiva, se caracteriza en un fenómeno concreto indicando sus datos diferenciadores, es decir, su propósito es presentar una interpretación correcta.

Según el autor Arias (1999) la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho de la naturaleza actual, estableciendo la estructura o el comportamiento de los fenómenos que ocurren en ella. Los estudios descriptivos, miden de forma

independiente las variables, y aun cuando no se formulen hipótesis, las primeras aparecerán enunciadas en los objetivos de investigación.

Diseño de investigación

Se trata de un estudio con diseño No experimental, conforme a la definición proporcionada por Caceres (1996) “Es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos”, en efecto, se manipulará la variable no experimental (Técnica Plastia V-Y) en condiciones controladas, para verificar la eficacia de la frenectomía labial superior. Se puede decir entonces que la investigación tiene diseño de campo, ya que se busca evaluar la efectividad de la frenectomía labial superior con la técnica plastia V-Y.

Población y muestra

Población

Cualquier conjunto de elementos de lo que se quiere conocer e investigar alguna o algunas de sus características. (41) La población de esta investigación estará comprendida por once (11) cirujanos que imparten la docencia en área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez.

Muestra

Es una parte representativa de una población, cuyas características deben reproducirse en ellas lo más exactamente posible. (44) La muestra será constituida diez (10) docentes que imparten clase en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez correspondiendo a una muestra intencional.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnicas

Las técnicas de recolección de datos son definidas como la expresión operativa del diseño de investigación y que especifica concretamente cómo se hizo la investigación. (41) Así mismo pueden considerarse como aquellos medios técnicos que se utilizan para registrar observaciones y facilitar el tratamiento de las mismas. (42)

Teniendo en cuenta estas consideraciones, las herramientas usadas para el desarrollo de esta investigación será principalmente una encuesta en el cual se registra en orden los datos, que permiten identificar a cada docente del área e cirugía de la universidad José Antonio Páez y proporcionar esta información para el manejo de pacientes con frenillo labial superior insertado y con esto obtener correcciones fonéticas, ortodóncicas, protésicas, diastemas y en algunos casos atenuar la sonrisa gingival, entre otras.

Análisis de los datos

Análisis de datos es el conjunto de transformaciones numéricas de los datos, encaminados a lograr que estos sean interpretables en relación a la hipótesis del investigador. (45)

En lo referente a la técnica de análisis de datos se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: clasificación, registros, tabulaciones y codificaciones si fuera el caso. En lo referente al análisis, se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducción, análisis, síntesis), o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que serán recogidos. (43)

Variables

Se pueden entender por variables a los factores o aspectos que influyen en el problema bajo estudio y cuyas propiedades puedan adquirir diversos valores, por lo tanto, las variables son todo aquello que se puede medir, controlar o estudiar en una investigación. También se puede afirmar, que las variables son características, atributos, rasgos, cualidades o propiedades que se dan en individuos, grupos u objetos. Es decir, las variables son características observables de algo y, a la vez, son susceptibles a cambios de variaciones.

En cualquier investigación científica independientemente del objeto de estudio, siempre se plantean variables, lo cual evita la búsqueda de información innecesaria y que no conducen a lograr los objetivos de la investigación, sin embargo una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios. Un sistema de variables consiste, por lo tanto, en una serie de características por estudiar, definida de manera operacional, es decir, en función de sus indicadores o unidades de medida. Las variables de esta investigación, basándose en la técnica plastia V-Y en la frenilectomía labial superior.

Operacionalización de variables

Todo investigador debe definir las variables principales en la investigación, para uniformar criterios en cuanto al significado e interpretación que deben hacer los eventuales lectores; se anuncian conceptualmente y operacionalizan en términos que especifican la forma como se manifiestan a los fines de estudio. La operacionalización de variables es la definición conceptual de cada variable pasando de un nivel abstracto a un nivel concreto y específico a efectos de poder observarla, medirla o manipularla, con el propósito de contrastarlas. (42)

En cuanto a dicho proceso, se deben seguir procedimientos como los que se mencionan a continuación: Definición nominal de la variable a medir, definición real: en la que se listan las dimensiones y la definición operacional en la que se seleccionan los indicadores. (45) Es importante tener en cuenta para realizar la operacionalización de las variables la definición conceptual y operacional de las mismas. El sistema puede ser desarrollado mediante un cuadro, donde, además de las variables se especifiquen sus dimensiones e indicadores a su nivel de medición. (43,45)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis e interpretación de los resultados

El análisis de los resultados es un conjunto de operaciones el cual va hacer posible a los investigadores obtener datos eficaces para proponer alternativas de solución al problema que se aborda, al respecto, Carrera y Vázquez (2007: 105) comentan “ esta etapa involucra introducción de cierto tipo de situaciones ordenadas, estrechamente relacionadas entre ellas que facilitan realizar interpretaciones significativas de los datos que se recogerán en función de bases teóricas orientadas del problema investigado”.

Para la recolección de información se utilizó una encuesta que contiene diversas preguntas, la cual consta de la identificación de cada docente cirujano, indicando también el tipo de técnica de frenilectomía labial superior y considerando las características del mismo que permitieron la obtención clave de datos respectivos a dicha investigación.

Para obtener la información se realizó una investigación sobre la técnica de frenilectomía labial superior Plastia V-Y, aplicando la información obtenida para realizar una encuesta la cual sirvió para la determinación de la eficacia de la técnica V-Y en el abordaje de la frenilectomía labial superior, encuesta que se realizó a los docente cirujanos que imparten sus clases en el área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez.

Bajo esta perspectiva, se hace necesario tener el conocimiento de los aspectos a evaluar y como debe ser el desenvolvimiento fisiológico sin alteraciones de los tejidos y zona adyacente para que se efectuó un exitoso proceso de cicatrización. A continuación se detalla las cualidades Clínicas e idóneas tras la técnica de frenilectomía labial superior Plastia V-Y, que nos permitirán definir y determinar un

correcto y acertado uso de la técnica de acuerdo a una determinada incisión y sutura:

-Frenilectomía Labial superior: Es la excéresis o remoción del repliegue de la mucosa bucal que parte de la cara interna del labio cuando este se inserta sobre la línea media de la encía adherida interincisiva del maxilar superior.

-Incisión: Una incisión es una maniobra mediante la cual se procede a la apertura de los tejidos, la piel o las mucosas por medios mecánicos (bisturís, tijeras) para poder llegar a los planos más profundos y poder llevar a cabo la intervención quirúrgica deseada.

-Sutura: Se utiliza para que una herida en la piel, órganos internos, vasos sanguíneos y todos los demás tejidos del cuerpo humano en general, caracterizada por su imposibilidad a corto plazo de cerrarse por sí misma, de modo de restaurar la integridad de la parte del cuerpo donde se produce en forma de superficie lisa y de favorecer la unión firme de sus partes, permanezca cerrada y pueda cicatrizar.

-La técnica de plastia V-Y: Se basa en hacer una incisión en forma de V justo en la parte inferior del labio a hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste liberando el frenillo vestibular y la musculatura (musculo orbicular de los labios). Al suturar queda una herida en forma de Y dándole proyección al labio superior obteniendo así la corrección de la sonrisa gingival. 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 labio.

Gráficas y explicación breve de cada una



Población	11 Profesores
Muestra	10 Profesores

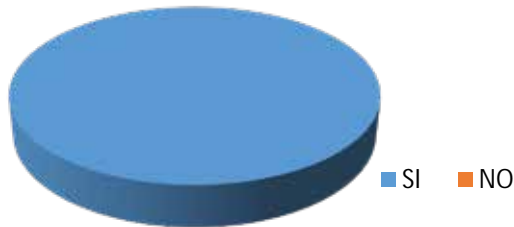
En el presente trabajo de investigación se realizó mediante una población de 11 profesores que imparten la asignatura de cirugía bucal de la Universidad José Antonio Páez, y con una muestra de 10 profesores de dicha materia para evaluar su criterio en cuanto a la efectividad de la técnica Plastia V-Y en el abordaje de la frenilectomía labial superior.



Tipo de técnica	
Plastia V-Y	8 Profesores
Convencional	0 Profesores
Ambas	2 Profesores

En efecto resulto que 8 de los profesores de cirugía bucal utilizan la técnica de plastia V-Y par la realización de la frenilectomía labial superior, los otros 2 profesores utilizan tanto la técnica convencional como la técnica plastia V-Y.

¿Es favorable la incisión en V en la frenilectomía labial superior?

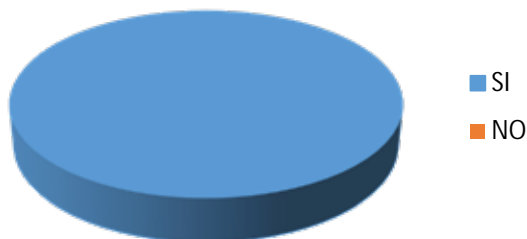


¿Es favorable la incisión en V en la frenilectomía labial superior?

SI	10 Profesores
NO	0 Profesores

La respuesta de los 10 profesores de cirugía bucal resulto favorable en cuanto al tipo de incisión en forma de V utilizada en la técnica de plastia V-Y.

¿Es favorable la sutura en Y en la frenilectomia labial superior?

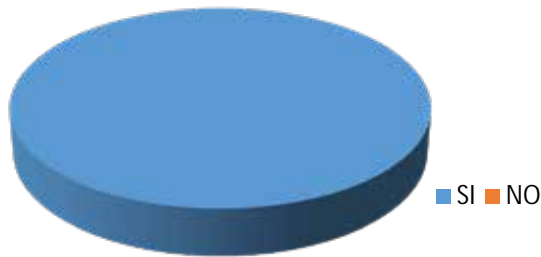


¿Es favorable la sutura en Y en la frenilectomía labial superior?

SI	10 Profesores
NO	0 Profesores

La respuesta de los 10 profesores de cirugía bucal resulto favorable en cuanto al tipo de incisión en forma de Y utilizada en la técnica de plastia V-Y.

**¿ Es eficaz la tecnica de
Plastia V-Y en la
frenilectomia labial
superior tomando en
cuenta los tiempos
operatorios?**



**¿Es eficaz la técnica Plastia
V-Y en la frenilectomía
labial superior tomando en
cuenta los tiempos
operatorios?**

SI 10 - Profesores

NO - 10% 0 - Profesores

En cuanto a la eficacia de la técnica plastia V-Y en la frenilectomía labial superior los 10 profesores que imparten la docencia en el área de cirugía bucal de la universidad José Antonio Páez resulto que estos están de acuerdo con que esta técnica si tiene eficacia tomando en cuenta lo tiempos operatorios.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La Ampliación de los conocimientos de Odontología en el área de la Cirugía Bucal es cada vez mayor, estando en un constante avance donde gracias al estudio y tecnología hemos podido experimentar y disfrutar de los beneficios. Hoy en día la nutrición educacional de un individuo es indispensable para su desenvolvimiento Académico y Profesional, debiendo respectivamente estar enfocado en el estudio, evolución y desarrollo de su potencial. Ser reconocidos por nuestras habilidades y conocimientos no tiene un valor monetario que pueda compararse con el Valor del Reconocimiento Público y Realización Personal.

En el área de cirugía Bucal el grado de conocimiento y destrezas es de alto nivel debido a todas las complicaciones que se pueden presentar en medio de un acto quirúrgico, siendo vital las bases teóricas y las habilidades practicas aplicadas en la disciplina. Es de suma obligación estar preparados para tratar cualquier complicación que se pueda presentar tras los casos donde las técnicas de frenilectomías están indicadas en casos de frenillo labial superior insertado y cual técnica será la más favorable para la elección del operador, para así poder realizar un buen trabajo con resultados clínicos exitosos. Es por ello se recomienda en casos de cirugías de frenectomía labial superior donde la elección de la técnica a utilizar es tan importante, tomando en cuenta los tiempos operatorios y resultados clínicos en este caso que involucra tantos aspectos como la estética, no todas las técnicas de frenectomía labial superior se obtiene la atenuación de una sonrisa gingival y vermellon elevado por consiguiente también es importante resaltar que en los resultados clínicos engloba no solo la estética, también existe una importante relación en el área de ortodoncia para cerrar diastemas interincisales, el área de prótesis para conseguir un mejor posicionamiento de una estructura protésica ya sea prótesis parciales removibles,

totales, puente fijo, entre otros.

Con la realización de la frenilectomía labial superior podemos mejorar la autoclisis del vestíbulo y facilitar los movimientos del labio superior.

Para su éxito se deben conseguir condiciones óptimas basadas principalmente en aspectos fisiológicos lo que permite la correcta aplicación de técnicas especiales para estos fines que unidas a las que aportan otras disciplinas, son seleccionadas según el caso.

Al terminar este trabajo de investigación hemos podido darnos cuenta de cuales son aquellos elementos que realmente influyen en accidentes y complicaciones ante la presencia del frenillo labial superior corto para esto es indispensable realizar un examen clínico adecuado para así evaluar la presencia de este y orientar a los pacientes o padres de familia.

Recomendaciones

Al culminar esta investigación sacando nuestros propios criterios los frenillos labiales y linguales a menudo se pasan por alto en el examen bucal sistemático por que rara vez son un problema. Sin embargo, estas estructuras pueden causar ciertas anomalías o tipos de patologías, que son básicamente problemas fonéticos, alteración del alineamiento dentario, problemas protésicos y ortodónticos que requieren de una intervención quirúrgica como la frenectomía. Es recomendable al realizar la cirugía de la frenectomía labial superior con la técnica Plastia V-Y que al momento después suturar se verifique la simetría del labio superior con respecto a la línea media de la sonrisa del paciente ya que puede ocurrir una desviación del labio superior hacia el lado izquierdo o derecho que si no se verifica el paciente puede cicatrizar y quedar con una asimetría labial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez de Ferraris, M.E & Campos, A. (2009). Cavidad Bucal. En Gómez de Ferraris, M.E & Campos, A. (3a Ed),
México: Médica Panamericana.
2. Sadler, T. (2005). Cabeza y cuello. En Sadler, T
, pp. 334-69 México:
Médica Panamericana .
3. Ribelles, M., Saez, S., Bellet, L.J. (2007).
. Recuperado de
http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=1
4. Chaubal, T. & Baburaj, M. (2011). and its management.
(3), 72-270
5. Nahas, M.S., Abanto, J., Nahas, F., Azevedo, G. (2009).: ¿Cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso.
Recuperado de
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/393/357.
6. de Sousa, T. V., de Araújo Cruz, J. H., Sousa, K. A., de Souza, E. R. L., Henrique, D. B. B., de Oliveira Júnior, J. K., & de Oliveira, B. F. (2019). Frenectomia para tratamiento de frenillo labial parcial: relato de caso. , .
7. Azevedo, M., Oliveira, M.N., Costa e Silva, L.L., Borges, L., Silveira, A.B. & Thiemy, V. (2014). Surgical techniques for the treatment of in children: a case series. (3), 48-241

8. Devishree, S. & Shubhashini, P.V (2012). Frenectomy: A Review with the Reports of Surgical Techniques. *Journal of Indian Orthodontic Society*, (9), 92-1587
9. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est02302.htm Consultado: 9 de mayo 2012: 16:33 pm 4. <http://es.scribd.com/doc/50665561/PROTOCOLO-DE-EVALUACION-DELFRENILLO-DE-LA-LENGUA>.
10. VARGAS, B. C., MONNERAT, L. H. P., PINTO, L. A. P. F., GANDELMANN, Í. H. A., & CAVALCANTE, M. A. D. A. (2017). Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual?. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça e Pescoço*, (1).
11. http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1464379
12. DE SOUSA, Tamires Vieira, et al. Frenectomia labial para tratamento de parcial: relato de caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça e Pescoço*, 2019, vol. 7.
13. <http://www.monografias.com/trabajos63/alteraciones-desarrollolabio/alteraciones-desarrollo-labio2.shtml>
14. de Sousa, Tamires Vieira, et al. "Frenectomia labial para tratamento de parcial: relato de caso." *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça e Pescoço* 7 (2019).
15. <http://es.wikipedia.org/wiki/Frenilectom%C3%ADa>.
16. VARGAS, BRUNO COUTINHO, et al.: quando indicar a frenectomia labial?. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça e Pescoço*, 2017, vol. 18, no 1.
17. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=16172&id_seccion=770&id_ejemplar=1676&id_revista=63

18. Peñarrocha , Peñarrocha , & Larrazabal , 2003.
19. <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/frenillo-lingual-corto-anquiloglosia>.
20. Cosme Gay Escoda .Ergon, 1ªEdicion 1999 Cirugía Bucal: Frenillo Lingual, Pág.: 588 – 595. Consultado: 1 de mayo 2012: 12:24 pm. 2. Dr. Nelson Klever Lalama González. Cirugía Bucal: Cirugía de los Tejidos Blandos, Pág.: 205 -214.
21. <http://www.slideshare.net/danmarcoantoniobravo/frenillo-lingual-7979854>
22. http://www.infomed.es/rode/index.php?com_content...idhttp://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=1
23. <http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/cirugia-oral/frenillolingual/>
24. <http://es.scribd.com/doc/75395899/Frenillo-Lingual>
25. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652009000300022&script=sci_arttext.
26. VARGAS, BRUNO COUTINHO, et al. "A: quando indicar a frenectomia labial?." 18.1 (2017).
27. <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od092g.pdf>
28. http://marioeliaspodesta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54%3Adiagnostico-clinico-de-anquiloglosia-posibles-complicaciones-ypropuesta-de-solucionquirurgica&catid=35%3Aarticulos&Itemid=60&limitstart=6

29. Adeva Quirós, en recién nacidos y lactancia materna., 2014.
30. De la Teja-Ángeles, López Fernández , Durán Gutiérrez, Cano de Gómez, & Téllez Rodríguez , 2011).
31. Correa, Abanto , Correa, & Bonini, 2016.
32. Escalaya Advíncula & Perea Paz, 2014.
33. Cuestas, Demarchi, Martínez, Razetti, & Boccio, 2014).
34. Arias, F. El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica. Venezuela. Sexta Edición. Editorial Episteme. 2012.
35. Rosas Ortiz, González Magaña, & González López, 2009.
36. Podesta & Arellano Sacramento. 2017.
37. Figún, M; Garino, R. (1978) Anatomía funcional y aplicada. 2da edición. Editorial El Ateneo. México. (Consultado en Octubre 2018)
38. Hernández, R; Fernández, C; Baptista. Metodología de la Investigación. México. Editorial: McGrawHill. 2006.
39. Merriam-Webster Dictionary () Pequeño diccionario médico etimológico. [Disponible en: http://recursosbiblio.url.edu.gt/Libros/2011/pec_dicmed.pdf
40. Villafranca, D. (2002) Metodología de la investigación.
41. Ley Orgánica de Educación. (2009) Gaceta N°: 5.929.
42. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999).

43. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 5ª edición. Caracas. Editorial FEDUPEL. 2011.

44. Rosado, Thalía Carolina Salgado, et al. "Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso."

1.4 (2017): 777-790.

45. Rosado, T. C. S., Piedra, J. C. O., Rosado, P. R. S., & Salgado, W. K. (2017). Tratamiento quirúrgico recidivante: A propósito de un caso.

, (4), 777-790.