

Tratamiento estético del frenillo labial superior: una nueva técnica de frenectomía

Sukhchain Bagga, BDS^a, K. Mahalinga Bhat, BSc, BDS, MDS^b, G. Subraya Bhat, BDS, MDS, MFGDP^c, y Betsy S. Thomas, BDS, MDS

Un frenillo labial superior anómalo puede producir retracciones del margen gingival, crear diastemas, limitar el movimiento labial, y en caso de líneas de sonrisa altas, afectar también a la estética. Cuando existe un frenillo anómalo, se aconseja proceder a la frenectomía. Esta técnica ha sufrido varias modificaciones. Sin embargo, la mayoría de las técnicas no tienen en cuenta la zona de la encía adherida ni la estética. Este artículo destaca una nueva técnica de frenectomía que permite conseguir una buena estética, excelente imitación del color, ganancia de encía adherida, y cicatrización por primera intención en la zona, en los casos de frenillos labiales anómalos grandes y gruesos.

(*Quintessence Int.* 2006;37(10):819-23)

El frenillo labial superior es una estructura anatómica normal de la cavidad oral. En ocasiones esta estructura normal se presenta en forma de adherencia fibrosa gruesa y ancha que interfiere con la función normal del labio superior y la higiene oral, y compromete la estética,

dando lugar a diastemas¹, y produciendo retracciones gingivales.

El procedimiento de frenectomía desde que se propuso por primera vez ha sufrido bastantes modificaciones²⁻⁴ para resolver el problema causado por los frenillos labiales anómalos. La mayoría de estos procedimientos no han tenido en cuenta el resultado estético en términos de encía adherida e imitación del color. El presente artículo presenta una nueva técnica en la que se empleó la encía adherida adyacente de la región incisiva central, de forma bilateral, para conseguir una zona de encía adherida con excelente imitación del color en la zona del frenillo labial.

Presentación del caso

Un varón de 25 años de edad fue remitido por el Departamento de Medicina Oral y Diagnóstico por presentar un frenillo labial superior anómalo. El paciente era consciente del problema y estaba preocupado por la adherencia anómala del frenillo. El examen reveló un frenillo labial hipertrofiado, ancho y grueso, con unión de tipo papilar, y un diastema central superior (figs. 1a y 1b). El test de «palidez» fue positivo al traccionar del labio superior. El paciente presentaba una dentición completa con adecuada profundidad vestibulolabial excepto en el área del frenillo. En la región anterosuperior presentaba una cantidad adecuada de encía adherida sin problemas mucogingivales.

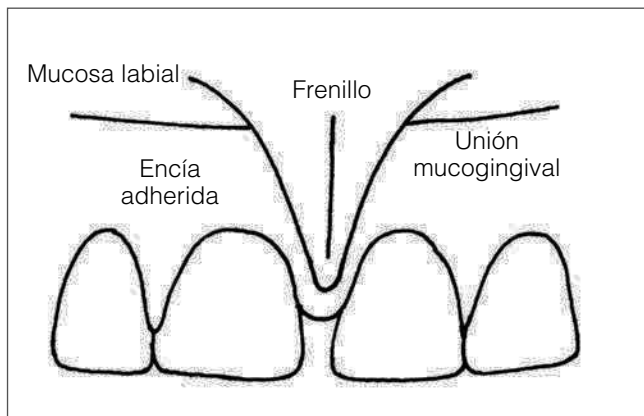
Se planificó una nueva técnica de frenectomía teniendo en cuenta la preocupación del paciente por la estética y el grosor, anchura e hipertrofia del frenillo con su fuerte adherencia, lo que podía ocasionar un gran defecto tras su excisión mediante técnicas tradicionales, dando lugar a formación de cicatrices. Se llevó a cabo una investigación hematológica, con resultados dentro de la normalidad. La historia clínica era anodina.

^aEstudiante de Posgrado. Departamento de Periodoncia. Manipal College of Dental Sciences. Manipal, Karnataka, India.

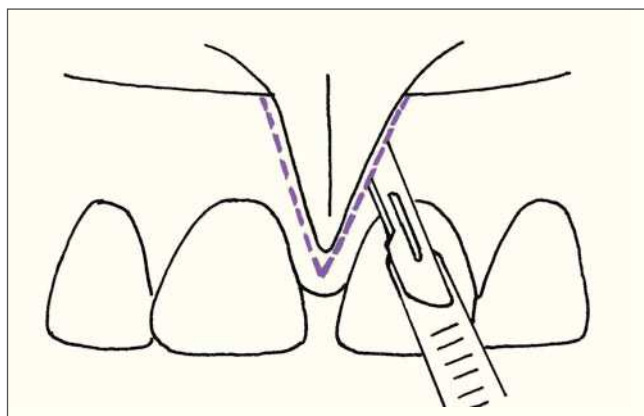
^bProfesor y Jefe. Departamento de Periodoncia. Manipal College of Dental Sciences. Manipal, Karnataka, India.

^cProfesor. Departamento de Periodoncia. Manipal College of Dental Sciences. Manipal, Karnataka, India.

^dProfesor Asociado. Departamento de Periodoncia. Manipal College of Dental Sciences. Manipal, Karnataka, India.



Figuras 1a y 1b. Frenillo grueso e hipertrofiado.



Figuras 2a y 2b. Incisión en bisel externo en forma de V (línea discontinua en la figura 2a) en la base gingival del frenillo.

Técnica quirúrgica

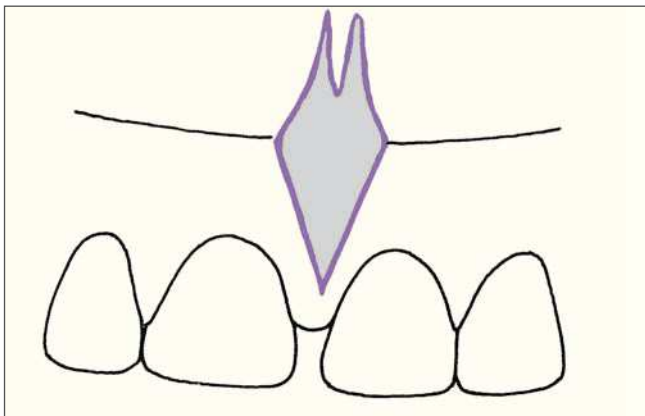
Se anestesió la región anterosuperior con hidrocloreto de lidocaína con adrenalina 1:200.000 (Xylocaine al 2% Adrenalina, Astra Zecea) por infiltración local en las caras vestibular y palatina.

Se realizó una incisión de grosor total en forma de V y con bisel externo en la base gingival de la unión del frenillo (figs. 2a y 2b). Se separó el tejido del hueso subyacente junto con el periostio. La incisión inicial resultó en un defecto en forma de V sobre la cara gingival (figs. 3a y 3b). Se procedió a la disección del tejido fibroso adherido al labio mediante tijeras, y se socavó la mucosa labial. Se realizó una incisión oblicua de grosor parcial en la encía adherida adyacente (figs. 4a y 4b), comenzando 1 mm apical al surco gingival libre y extendiéndola más allá de la unión mucogingival.

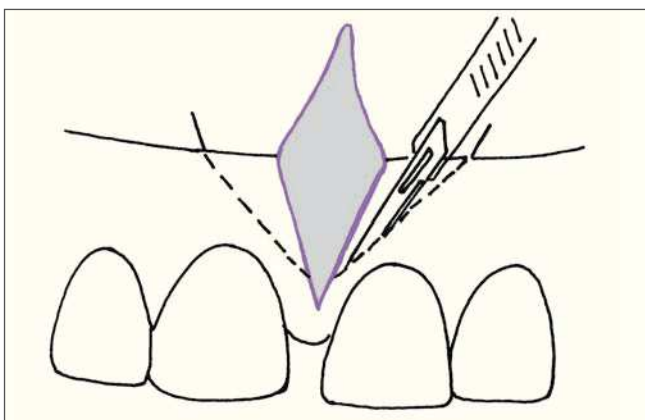
Se llevó a cabo la disección de grosor parcial del margen medio en dirección apicocoronal (fig. 5) para crear un

pedículo triangular de encía adherida con su borde libre como ápice y su base en continuidad con la mucosa alveolar (figs. 6a y 6b). La mucosa alveolar de la base fue socavada para facilitar el reposicionamiento del pedículo sin tensión. Se repitió un procedimiento similar en el lado contralateral del defecto en forma de V, resultando así 2 pedículos triangulares de encía adherida. Estos dos pedículos se suturaron entre sí en el lado medial y lateralmente con el periostio intacto adyacente de la zona donante (figs. 7a y 7b) con sutura de seda de 4-0 (Mersilk, Ethicon, Johnson & Johnson) cubriendo completamente el defecto subyacente creado por la escisión inicial del frenillo.

Se empleó un apósito periodontal (Coe-Pak, GC America) para cubrir la zona quirúrgica. Se prescribieron analgésicos y colutorio de clorhexidina al 0,2% (Hexidine, ICPA Health Products) durante 5 días durante el período postoperatorio. Se dieron instrucciones para el postoperatorio. Los puntos se retiraron a los 10 días y se



Figuras 3a y 3b. Defecto en forma de V sobre la encía adherida después de la escisión del frenillo.



Figuras 4a y 4b. Incisión oblicua de grosor parcial sobre la encía adherida adyacente extendiéndose más allá de la unión mucogingival (línea discontinua en la figura 4a).

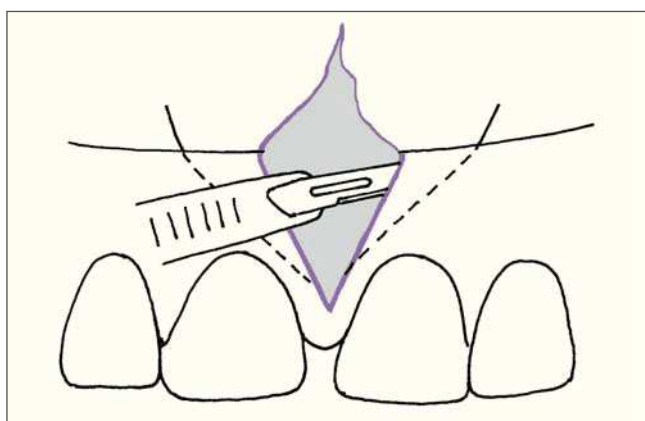


Figura 5. Disección de grosor parcial de la encía adherida en dirección apicocoronal.

citó al paciente para visitas de seguimiento a las dos semanas, 1, 2, y 3 meses.

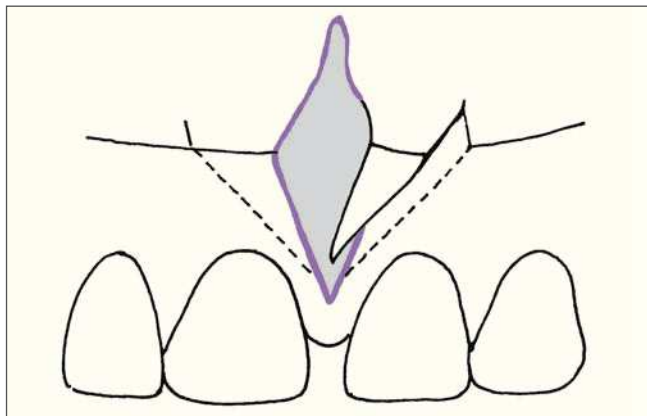
La visita de los 3 meses reveló una zona de encía adherida con buen color en el área previamente cubierta

por el frenillo anómalo (fig. 8). La curación fue normal sin cicatrices visibles ni complicaciones.

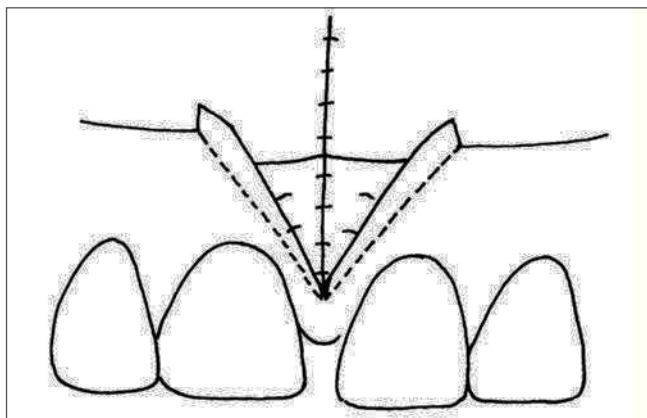
Discusión

Se han propuesto varias técnicas quirúrgicas para la corrección de los frenillos labiales superiores anómalos. Algunas de ellas tienen resultados poco satisfactorios; por ejemplo, una frenectomía simple realizada con una incisión en forma de V (conocida como incisión de Archer⁵ o incisión en forma de diamante) deja una incisión quirúrgica longitudinal y una cicatriz que puede conducir a problemas periodontales y a un resultado poco estético.

Otros procedimientos han combinado la frenectomía con el injerto de un pedículo lateral, injerto libre de papila, o injerto libre gingival tomado del paladar. La técnica del injerto de pedículo lateral⁶ posiciona también el pedículo unilateral en la línea media pero no consigue la cobertura completa de la herida. En la técnica aquí presentada, se emplearon 2 pedículos triangulares, sutura-



Figuras 6a y 6b. Pedículo triangular de encía adherida con el borde libre como ápice y la base en continuidad con la mucosa alveolar.



Figuras 7a y 7b. Pedículo triangular bilateral suturado en el centro, cubriendo el defecto subyacente.

dos entre sí medialmente, para cubrir totalmente el defecto en forma de V sobre la encía actuando como apósito tisular, facilitando así la curación por intención primaria y minimizando el riesgo de formación de cicatrices⁷. Además, el bisel externo en la incisión inicial en forma de V ayuda a conseguir una mejor adaptación marginal de los pedículos.

La frenectomía seguida de injerto gingival libre tomado del paladar^{4,8} cubre el área de la herida completamente pero crea un problema estético de color produciendo un «queloides»⁹, «tatuaje»⁹ o «parche»¹⁰ en el área injertada.

Técnicas como la excisión simple⁴ y la modificación de la romboplastia⁴ no dan buenos resultados estéticos en el caso de un frenillo hipertrofiado ancho y grueso. Esto puede deberse a la incapacidad de conseguir el cierre primario en el centro, conduciendo en consecuencia a un cierre secundario en la herida ancha y expuesta. Esto representa un auténtico problema en el caso de líneas de sonrisas altas que exponen la encía anterior.

La técnica presentada aquí permite muchas ventajas, como la ganancia de encía adherida en la región previa-



Figura 8. Nueva zona de encía adherida en la zona que antes ocupaba el frenillo, con excelente color, 3 meses después de la intervención.

mente cubierta por el frenillo, muy buena imitación del color, curación por intención primaria, mínima formación de cicatrices, y ausencia de cambios en la forma de la corona. Esta técnica puede resultar útil para las situa-

ciones en las que la principal preocupación es la estética. A la hora de considerar esta técnica, un parámetro muy importante es la presencia de una adecuada zona de encía adherida. La técnica es fiable y fácil de realizar y permite conseguir buenos resultados estéticos.

Bibliografía

1. Huang WJ, Creath CJ. The midline diastema: A review of its etiology and treatment. *Pediatr Dent* 1995;17:171-179.
2. Coletton SH. Mucogingival surgical procedures employed in re-establishing the integrity of the gingival unit (III). The frenectomy and the free mucosal graft. *Quintessence Int* 1977;8(7):53-61.
3. Kahnberg KE. Frenum surgery. I. A comparison of three surgical methods. *Int J Oral Surg* 1977;6:328-333.
4. Ito T, Johnson JD. Frenectomy and frenotomy. In: Ito T, Johnson JD (eds). *Color Atlas of Periodontal Surgery*. London: Mosby Wolfe, 1994:225-239.
5. Archer WH. Oral surgery for dental prosthesis. In: Archer WH (ed). *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Saunders, 1975: 135-210.
6. Miller PD, Jr. The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft—Functional and esthetic considerations. *J Periodontol* 1985;56:102-106.
7. Hupp JR. Wound repair. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR (eds). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. St Louis: Mosby, 2004:53-55.
8. Breault LG, Fowler EB, Moore EA, Murray DJ. The free gingival graft combined with the frenectomy: A clinical review. *Gen Dent* 1999;47:514-518.
9. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56:397-402.
10. Cohen ES. Cosmetic root coverage: Gingival augmentation. In: Cohen ES (ed). *Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1989:189-232.