

Capítulo 1

Frenillos labiales

Sergio Ramírez Varela

Elena Gómez García

Jaime Bonet Marco

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	31
1.1. Definición del problema	31
1.2. Repercusión social.....	31
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	31
1.4. Objetivos de la Guía Práctica Clínica	31
2. PREVENCIÓN	32
2.1. Factores etiológicos	32
2.2. Medidas preventivas.....	32
3. CLÍNICA.....	32
3.1. Frenillo labial superior.....	32
3.2. Frenillo labial inferior	32
4. DIAGNÓSTICO.....	33
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	33
6. MANEJO TERAPÉUTICO	33
6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	33
6.2. Indicaciones para el tratamiento	33
6.3. Objetivos terapéuticos.....	34
6.4. Alternativas terapéuticas	34
6.5. Manejo perioperatorio	35
7. RESULTADOS.....	35
7.1. Seguimiento	35
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	36
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Los frenillos labiales (*frenulum labii*) se definen como pliegues sagitales de la mucosa alveolar insertados por un lado en el interior de la porción media del labio y, por otro lado, en la encía. Normalmente, el frenillo labial inferior tiene forma reducida en comparación con el superior.

El frenillo labial está sujeto a ciertas variaciones según su forma, tamaño y posición. Algunos son amplios y resistentes, otros son finos y frágiles. El **frenillo simple** es el que más prevalece, insertándose el labial superior en la encía adherida en la línea media intermaxilar entre los incisivos centrales y el labial inferior en la mucosa alveolar de la mandíbula. La distancia media de la inserción, en relación al borde libre labial, es de 4,4 mm en el frenillo superior y de 5,6 mm en el frenillo inferior.

1.2. Repercusión social

El frenillo anómalo está presente en un 4% de los casos, sin diferencias entre los maxilares y con mayor predominio en el sexo femenino. Su presencia es mayor en edades comprendidas entre los 9-10 años alcanzando una prevalencia del 45%, con una tendencia a disminuir con el aumento de la edad.

El frenillo labial superior produce principalmente un problema estético de diastema interincisal, así como, en casos extremos, dificultad para mover el labio superior.

1.3. Gestión sanitaria del problema

Uno de los principales problemas que se plantea en el manejo de los frenillos labiales es cuándo hay que tratarlos y quién debe hacerlo. La mayoría de los casos afectan a niños en edad pediátrica a partir de los 2 años apreciándose un frenillo grueso que se extiende entre los incisivos centrales superiores separándolos, lo que crea ansiedad en los padres y es por ello que la primera visita del paciente se realiza habitualmente al pediatra u odontopediatra quien en función del tipo de frenillo y la repercusión funcional que le produzca le derivará a otro especialista como el cirujano pediátrico, el cirujano maxilofacial o el otorrinolaringólogo.

Debemos señalar también que en aquellos casos en los que el tratamiento quirúrgico del frenillo no consiga corregir el diastema de los incisivos superiores con el paso del tiempo, son tributarios de corrección ortodóncica por lo que se requerirá la participación del ortodoncista en el manejo general de este tipo de patología.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

Los objetivos que se pretenden conseguir con esta guía son:

1. Conocer y definir los principales tipos de frenillos labiales.
2. Saber cuáles son las principales alteraciones que producen.
3. Cuándo se deben tratar y cómo

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

Los frenillos son estructuras que están sujetas a cambios en su forma, tamaño y posición durante varias etapas del desarrollo, en las cuales, tiende a disminuir en extensión e importancia. Las fuerzas mesiales producidas por la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes contribuyen a que el frenillo se atrofie. De esta forma, se concluye que con el crecimiento existe una tendencia a que el frenillo permanezca estacionario o que se mueva hacia arriba (ilusión óptica); lo que puede parecer un frenillo anormal a los cuatro años de edad, se puede volver normal a los 8 ó 10 años, por lo tanto, un frenillo puede causar la separación de los incisivos centrales permanentes, antes de la erupción de los caninos permanentes al pasar las fibras que lo componen entre dichos dientes.

2.2. Medidas preventivas

Las medidas preventivas van dirigidas a evitar las complicaciones y consecuencias de los frenillos labiales anormales, no a prevenir el frenillo labial en sí, pues como hemos visto es una estructura normal del desarrollo embriológico que sólo en ciertos casos produce alteraciones de la estética dental más que problemas funcionales. A este respecto, un diagnóstico y tratamiento correctos serán suficientes para prevenir las posibles complicaciones que deriven de los mismos.

3. CLÍNICA

Conviene señalar que sólo se producirán manifestaciones clínicas en aquellos casos en los que persista el frenillo labial anormalmente hipertrófico y no haya seguido su curso evolutivo normal que es la atrofia.

3.1. Frenillo labial superior

La deformidad del frenillo muchas veces es el resultado de su baja inserción ocasionando frecuentemente una **separación de los incisivos centrales** o **diastema**, con el consiguiente perjuicio estético.

Esta separación entre los dientes ocasiona además alteraciones de la fonética del paciente produciendo un **sonido balbuceante** o **de silbido** por causa del espacio existente, aunque este problema solo es clínicamente significativo en casos muy severos.

Cuando se produce la erupción de los caninos permanentes el diastema tiende a desaparecer por la acción de las fuerzas mesiales generadas por ellos.

3.2. Frenillo labial inferior

El frenillo labial inferior ocasiona muchas menos alteraciones que el superior entre las que destaca la **retracción gingival**, producida cuando tiene una inserción amplia y próxima a la

papila interproximal. Puede aparecer también **gingivitis** debido a la imposibilidad del paciente en hacer una higiene bucal correcta, sobre todo en los casos en los que el frenillo tenga una inserción profunda en la papila gingival.

4. DIAGNÓSTICO

La exploración física es el principal medio de diagnóstico para esta patología, aunque en ocasiones podemos ayudarnos de las pruebas radiológicas, que mostrarán un área radiolúcida, en la parte media de la sutura maxilar superior.

En la exploración deberemos tomar en consideración el tamaño del diastema, la inserción del frenillo (posición del mismo) y la cronología de erupción de las piezas definitivas.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

La tracción del labio superior hacia arriba y hacia delante puede ser una prueba diagnóstica útil: si el segmento interdental se blanquea, es decir, se isquemia, es probable que el frenillo no se corrija con el tiempo por lo que será necesario tratamiento quirúrgico corrector.

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica

- La causa del diastema.
- La edad del paciente y la cronología de erupción dentaria.
- El espacio existente en la boca para todos los dientes.
- La salud general del paciente.

6.2. Indicaciones para el tratamiento

Tres son las principales indicaciones para efectuar el tratamiento del frenillo labial superior:

- Cuando el frenillo causa y mantiene la separación de los incisivos centrales superiores.
- Cuando el frenillo causa y mantiene un pliegue del labio, hacia afuera o hacia adentro.

En todos los casos, el tratamiento preferentemente no se deberá realizar antes de haberse completado la dentición permanente, es decir, cuando hayan erupcionado los caninos definitivos, puesto que en este periodo ya ocurrieron todas las fuerzas de crecimiento y desarrollo de la oclusión para ayudar en el cierre de los espacios interdentarios. En otras ocasiones, debido a indicaciones ortodóncicas o a la ansiedad de los padres, dicho tratamiento se puede realizar en edades más tempranas, siempre con la erupción de incisivos centrales y laterales.

En el caso del frenillo labial inferior el tratamiento está indicado cuando favorece la aparición de retracción gingival e impide o dificulta el control de la placa bacteriana.

6.3. Objetivos terapéuticos

El principal objetivo del tratamiento del frenillo labial hipertrófico es corregir la separación de los incisivos centrales ocasionada por el mismo, constituyendo más una alteración de la estética dental que una alteración funcional propiamente dicha.

En el caso del frenillo labial inferior el objetivo es corregir la alteración estética creada por la retracción gingival, así como, prevenir la formación de la placa bacteriana en dicha zona favorecida por la imposibilidad del paciente de realizar una correcta higiene bucal.

6.4. Alternativas terapéuticas

6.4.1. Tratamiento conservador

Podemos adoptar una actitud expectante hasta que se produzca la erupción de la dentición definitiva, concretamente los caninos, ya que como hemos comentado anteriormente, las fuerzas mesiales ocasionadas por éstos tienden a cerrar el espacio creado entre los incisivos centrales y consecuentemente provocaría el reposicionamiento del frenillo en una posición más apical, considerado como normal, y también una atrofia del mismo.

6.4.2. Tratamiento quirúrgico

En la mayor parte de los casos el tratamiento de elección del frenillo labial hipertrófico es quirúrgico y preferiblemente después de la erupción de los caninos definitivos. Entre las distintas técnicas empleadas la que mejores resultados ofrece es la **frenectomía** consistente en la sección del frenillo seguido de la extirpación del segmento carnoso situado entre los incisivos para permitir la aproximación de éstos, que se producirá de modo espontáneo si creamos el espacio adecuado. Se requiere anestesia, en principio local, administrando un vasoconstrictor, y es preciso utilizar puntos de sutura o bisturí eléctrico ya que en el espesor del frenillo se encuentra una arteriola que sangra con mucha facilidad.

Otra técnica quirúrgica muy empleada en algunos centros es la de **Ries Centeno** que consiste en desplazar la inserción fija del frenillo hacia el fondo del surco vestibular dejando un lecho cruento que cicatrice por segunda intención.

6.4.3. Tratamiento ortodóncico

Está indicado en aquellos casos en los que no se haya conseguido el cierre de los diastemas, como resultado de la acción de las fuerzas fisiológicas citadas anteriormente, tras la corrección quirúrgica del frenillo anormal.

En estos casos, el cierre del diastema deberá promoverse con el aparato ortodóncico colocado y activado después de más o menos una semana, contando a partir del día de la cirugía. El espacio de tiempo necesario para el cierre del diastema deberá ser lo más reducido posible, pues el tejido cicatricial es más resistente al movimiento ortodóncico que un tejido normal.

6.5. Manejo perioperatorio

6.5.1. Anestesia

Se debe realizar bajo anestesia local utilizando Mepivacaína® al 1% ó al 2% o bien Lidocaína®. Es conveniente en todos los casos infiltrar un vasoconstrictor para prevenir el riesgo de sangrado ya que, como hemos comentado, en el espesor del frenillo se encuentra una arteriola que sangra con facilidad.

6.5.2. Medicación perioperatoria

- a). *Analgésicos*: para el control del dolor, tras el efecto de la anestesia.
- b). *Antiinflamatorios no esteroideos*: para reducir el dolor y la tumefacción.
- c). *Antibióticos*: No es preciso el tratamiento antibiótico salvo dosis profiláctica en pacientes que presentan patologías concomitantes.

6.5.3. Hospitalización

Los pacientes no requieren hospitalización, realizándose el tratamiento en el mismo gabinete de la consulta y dándose de alta al cabo de una o dos horas tras su realización.

6.5.4. Cuidados postoperatorios

Es importante llevar a cabo una meticulosa higiene oral durante los primeros días del postoperatorio realizando enjuagues orales con agua y sal o con antisépticos bucales.

Durante los dos o tres primeros días conviene comer comidas no demasiado calientes sino más bien frías hasta que comience a cicatrizar la herida quirúrgica.

Se aconseja la aplicación de hielo local para disminuir el edema y las necesidades de tratamiento antiinflamatorio.

Pasadas unas horas el niño puede realizar una vida completamente normal.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

Al cabo de **una semana** tras la cirugía se hará una primera revisión comprobando la cicatrización de la herida quirúrgica y se iniciará el tratamiento ortodóncico para corregir el diastema de los incisivos centrales en caso de que fuese necesario.

Se ha demostrado que la corrección ortodóncica del diastema de los incisivos centrales sin cirugía previa del frenillo labial superior está asociada a una mayor incidencia de recidivas del diastema superior de la línea media al cabo de un tiempo de haberse corregido.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

- Los frenillos labiales son pliegues de la mucosa alveolar, en forma de hoja de cuchillo, que unen por un lado la superficie interna del labio y, por otro lado, la encía en la línea media.
- El frenillo labial superior en ocasiones es hipertrófico pudiendo producir separación de los dientes incisivos centrales superiores tanto en los dientes de leche como en los definitivos.
- Esta separación tiende a corregirse habitualmente tras la erupción de los caninos definitivos. Si esto no ocurre así es posible que la causa de la separación dental sea el frenillo labial, en cuyo caso habrá que consultar con el odontopediatra antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento.
- El tratamiento definitivo es siempre quirúrgico y nunca se debe iniciar antes de la adolescencia temprana cuando han salido los caninos definitivos. La técnica consiste en seccionar y extirpar el frenillo hasta su inserción en la encía bajo anestesia local. No requiere ingreso hospitalario y al cabo de unas horas se puede realizar una vida completamente normal.
- No está indicada la ortodoncia sin cirugía previa del frenillo, pues de lo contrario la separación de los incisivos centrales vuelve a aparecer al cabo de un tiempo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreda P. (2005): Frenillos en la boca de los niños. En www.pediatraldia.cl
- Díez García R. (2004): Frenillo lingual y frenillo labial. En www.saludinfantil.com
- Hillerup S, Hopkins R, De Koomen H A. Mandibular vestibuloplasty: a review of clinical follow-up results. In: Stoelinga pjw, ed. Proceedings consensus conference. The relative roles of vestibuloplasty and ridge augmentation in the management of the atrophic mandible. Quintessence Int 1984; 59-65.
- Placek M, Skach M, Mrklas L. Problems with the lip frenulum in paradontology. I. Classification and epidemiology of tendons of the lip frenulum. Cesk Stomatol 1974; 74 (5): 385-39.
- Placek M, Skach M, Mrklas, L. Problems of the labial frenum attachment in periodontics. II. Attempt to determine the resistance of periodontium to the influence of individual types of the labial frenum attachment. Cesk Stomatol 1974; 74 (6): 401-406.
- Placek M, Mrklas L. Problems of the labial frenum attachment in periodontology. III. Epidemiology of the labial frenum attachment in children from 6 to 14 years of age. Cesk Stomatol 1975; 75 (2):109-113.
- Placek M, Mrklas L, Racek J, Horejs J, Sottner L. (1980). The etiology of diastemas. Cesk Stomatol 1980; 80 (2): 110-118.

