

# TERAPEUTICA PARODONTAL. FRENOTOMIA Y PROFUNDIZACION VESTIBULAR

*por los Dres.*

JOSE L. ECHEVERRIA MURO y JOSE J. ECHEVERRIA GARCIA

BARCELONA

Como es bien sabido, los frenillos pueden actuar como factores etiológicos o agravantes de Enfermedad Periodontal, cuando se insertan más allá de la mucosa alveolar. Una altura vestibular corta, y/o una encía adherida escasa, hacen aún más evidente la importancia del frenillo patológico. En consecuencia, el Periodoncista va a verse obligado al tratamiento de estos frecuentes problemas, lo que puede llevarse a cabo de manera sencilla y efectiva con técnicas quirúrgicas poco comprometidas en pacientes ambulatorios.

## INTRODUCCION

Algunos autores consideran la cifra de 1 mm. de encía adherida como el mínimo compatible con una situación de salud periodontal. En realidad nos sentiríamos más tranquilos con cifras ligeramente más altas. Cuando situaciones comprometidas en este sentido se unen a frenillos insertados muy coronalmente, va a ser relativamente sencillo encontrar imágenes como la señalada en la Fig. 1, que podría ser considerada como un prototipo de este tipo de lesiones parodontales.

Nuestro tratamiento, en consecuencia, se va a proponer:

- A.) 1. — Eliminar el frenillo.
- 2. — Aumentar la encía adherida.
- 3. — Eliminar la bolsa.
- B.) 4. — Cubrir la exposición radicular.

Solamente los dos primeros puntos son el objeto de nuestro trabajo. El tercero y el cuarto punto corresponden a problemas que deben ser tratados en otro momento.

### MATERIAL Y METODOS

Se han escogido diez enfermos exclusivamente periodontales, presentando todos ellos una asociación de encía adherida escasa y un frenillo anormalmente implantado que, en todos los casos, traccionaba indebidamente del reborde gingival libre.

De todos los casos, uno de ellos se localizaba en maxilar superior, mientras que los nueve restantes correspondían al grupo ántero-inferior, afectando ocho de ellos a uno o dos incisivos, y, en un caso, al canino.

La técnica operatoria ha sido siempre la misma, con las variaciones impuestas por la localización anatómica de ciertas estructuras, como puede ser, por ejemplo, el paquete mentoniano. Previa anestesia infiltrativa de 1,5 c.c. de solución con noradrenalina, que minimiza la hemorragia y facilita la disección, los tiempos quirúrgicos serán los siguientes:

— Incisión de 45° en la unión mucogingival, incluyendo mucosa, submucosa y primeras fibras musculares, sin llegar a tocar periostio. Como es evidente, esta incisión ya elimina el frenillo patológico al mismo tiempo que inicia el camino de la profundización del vestíbulo.

— Disección cuidadosa y liberación de todo el lecho supraperióstico, que debe quedar limpio de restos musculares. La profundidad que debe alcanzarse en esta maniobra será aproximadamente igual al doble de la altura vestibular estimada como correcta en el planeo previo del caso. Esta profundización hacia apical puede llevarse a cabo sin dificultad con disectores y/o torundas mojadas en suero salino estéril.

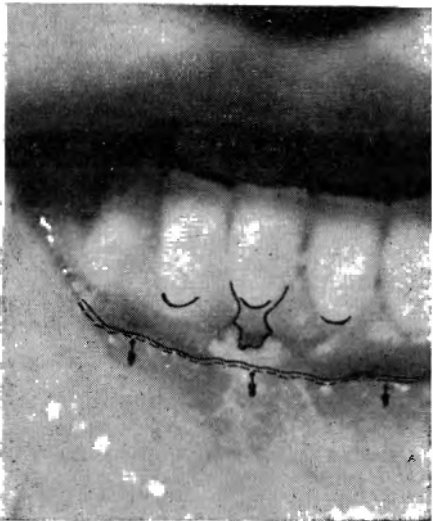
— Sutura del borde del colgajo al periostio, a nivel del nuevo fondo del vestíbulo que se ha obtenido tras la disección. Este tiempo quirúrgico no es seguido por todos los autores.



**Fig. 1**  
 Obsérvese la retracción gingival y la tracción del frenillo.



**Fig. 2**  
 Imagen preoperatoria en donde se aprecia la tracción del frenillo, la exposición radicular y la decapitación de dos papilas. Obsérvese cómo la altura de la encía adherida no es, para esta boca, la adecuada.



**Fig. 3**  
 Línea de incisión a partir de la cual se inicia la disección suprapariéctica.

— Colocación de un apósito compresivo (cemento quirúrgico), que puede retirarse y eventualmente cambiarse a los siete días de la intervención.

La cicatrización del campo se completa en un mes y el fondo del vestíbulo va progresivamente desplazándose hacia coronal a partir del nivel obtenido en la intervención. Esta migración postoperatoria cesa, en la práctica, totalmente, antes de los cinco meses siguientes a la intervención, en cuyo momento se habrá perdido un máximo de un 50 % sobre los valores del postoperatorio inmediato, lo que justifica lo mencionado en el segundo tiempo de la intervención. En todos los casos tratados, la encía adherida ha mejorado sus características muy apreciablemente, sin que haya presentado ninguna recidiva del frenillo, valorándose resultados entre 2,4 años y seis meses de evolución.

### DISCUSION

Los Autores son conscientes de que el mayor inconveniente de esta técnica es la pérdida de un buen tanto por ciento de la altura ganada en la intervención. Sin embargo, ésta es una crítica muy razonable, que limita las indicaciones operatorias, en el caso del desdentado total, donde se utiliza un procedimiento muy semejante, pero en estos casos la altura ósea es escasa y, en consecuencia perder en el postoperatorio un 50 % de lo conseguido es perderlo casi todo. Como se comprende fácilmente la situación es muy diferente en el paciente parodontal. En este caso, prácticamente siempre va a ser posible, si la intervención se planea debidamente, el conseguir resultados lo suficientemente satisfactorios como para justificar la técnica empleada.

Otras numerosas técnicas quirúrgicas han sido descritas con unos objetivos semejantes a los aquí expuestos. La mayor parte de ellas, sin embargo, no ofrecen resultados mejores que expliquen su mayor complejidad. En cambio, se describen y se pueden presentar complicaciones y molestias para el paciente de las cuales está exenta la técnica que nosotros utilizamos. Remitimos para ello al lector a la Bibliografía

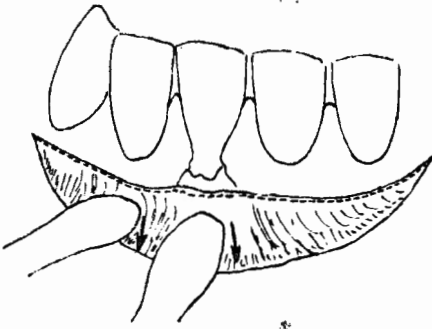


Fig. 4  
Esquema que indica la profundización vestibular mediante disector, hacia apical.

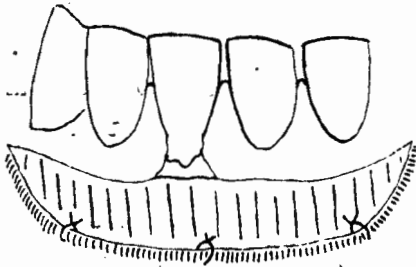


Fig. 5  
El lecho quirúrgico que se observa tras la disección está formado por el periosite. En el límite inferior se observa el borde gingival incindido (Fig. 3), una vez trasladado a apical y suturado al periosite.



Fig. 6  
Aspecto a los seis meses de la intervención.

sobre el procedimiento de EDLÁN-METJAR, las fenestraciones y exposiciones óseas parcelarias y totales, y otras técnicas combinadas.

### CONCLUSIONES

1. — Se plantea el problema del enfermo periodontal con escasa encía adherida y frenillos de implantación anormal que producen retracciones gingivales.

2. — Se propone la intervención quirúrgica que consiga restablecer unas características anatómicas compatibles y favorecedoras de un correcto estado de salud periodontal.

3. — La más sencilla de dichas intervenciones es la vestibuloplastia supraperióstica con cicatrización por segunda intención (CLARK).

4. — De los resultados obtenidos, y aún teniendo en cuenta la pérdida de altura en los primeros meses que siguen a la intervención, se deduce que la técnica mencionada cumple, con el mínimo de molestias para el paciente, las condiciones que exige la resolución del cuadro clínico descrito, con resultados satisfactorios, suficientes y estables.

**Ronda General Mitre, 174-176**