

Frenillo labial superior doble

Double frenulum of the superior lip

MSc. Dr. Carlos Albornoz López del Castillo,^I Dr. Heberto Bencomo Basulto,^{II}
Dr. Dunier Areas Socarrás,^{II} Dr. Oscar Rivero Pérez,^{III} Dra. Giselle Fernández
García^I

^IHospital Pediátrico "Eduardo Agramonte Piña". Camagüey, Cuba.

^{II}Hospital Clínicoquirúrgico "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba.

^{III}Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El frenillo labial superior doble no sindrómico es una anomalía del desarrollo que no hemos encontrado reportada en la revisión bibliográfica realizada. Se presenta una niña de 11 años de edad que fue remitida al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Eduardo Agramonte Piña", de Camagüey, por presentar un frenillo labial superior doble de baja inserción. Se describen los síntomas clínicos asociados a esta anomalía y el tratamiento quirúrgico utilizado para su solución: una frenectomía y plastia sobre la banda muscular frénica anormal que provocaba exceso de tejido en la mucosa labial. Consideramos muy interesante la descripción de este caso, por no haber encontrado reporte similar en la literatura revisada.

Palabras clave: frenillo labial, anomalías del desarrollo.

ABSTRACT

Non-syndromic double frenulum of the superior lip is a developmental anomaly that was not found as reported in our literature review. This is the case of an eleven-years old girl who was referred to the maxillofacial surgery service of "Eduardo Agramonte Pina" hospital in Camaguey, with a diagnosis of double frenulum of the superior lip of low insertion. The clinical symptoms linked to this anomaly and the surgical treatment applied to this case were described in this paper: frenectomy and frenoplasty upon the abnormal muscular band of the frenulum that brought excessive amount of tissue in the lip mucosa. The description of this case was considered to be very interesting since no similar report had been found in the reviewed literature.

Keywords: frenulum of the lip, developmental anomalies.

INTRODUCCIÓN

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 3 frenillos: labial superior, labial inferior y lingual.¹

El frenillo labial superior 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, pues conecta el labio con el paladar. Cuando los dientes temporales son reemplazados por los permanentes el frenillo parece alejarse hacia el borde alveolar. Así pues, constituye 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. Su formación empieza en la décima semana de gestación, y dependiendo de las estructuras que lo forman, se puede distinguir el tipo fibroso, muscular y mixto.^{2,3}

Existen distintas clasificaciones según su morfología. *Monti*, citado por *Gámez Carrillo*,⁴ los divide en 3 tipos: un frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos; un frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular; y un frenillo triangular, de base inferior.

Los signos clínicos asociados con el frenillo labial superior incluyen el diastema interincisal medial, limitación del movimiento del labio, problemas de autoclisis en el vestíbulo, labio corto y bermellón elevado, y por último, alteraciones en relación con la prótesis en personas adultas desdentadas.⁵

El objetivo del presente artículo fue reportar un caso aislado de doble frenillo labial superior.

CASO CLÍNICO

Se trata de una escolar de 11 años de edad con antecedentes de salud anterior, que fue remitida a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico "Eduardo Agramonte Piña", de Camagüey, por presentar un doble frenillo en el labio superior de inserción baja, y que provocaba defecto estético en el labio superior.

El examen clínico constató la presencia de una banda muscular frénica en el lado derecho del labio superior, entre el incisivo lateral y canino, que provocaba un defecto estético en la mucosa labial, con una baja inserción en la encía adherida (figuras 1 y 2). El frenillo labial superior, inferior y lingual fueron normales.



Fig. 1. Defecto estético en mucosa labial.



Fig. 2. Banda muscular frénica en el lado derecho del labio superior entre el incisivo lateral y canino.

No se recogieron en el interrogatorio y examen clínico pediátrico otras malformaciones asociadas, y los estudios complementarios fueron normales.

Se realizó frenectomía y plastia sobre la banda muscular anormal situada entre lateral y canino, con el objetivo de eliminar el exceso de tejido en la mucosa labial, favorecer la autoclisis en el vestíbulo y evitar futuras alteraciones parodontales. Para ello, se utilizó la exéresis romboidal o en diamante. Se estiró el labio para ver bien el frenillo, y después se colocaron 2 pinzas hemostáticas (mosquito tipo Halstead recta), para cortar por fuera de estas con el bisturí. Una vez retirados los mosquitos con la sección triangular del frenillo, nos quedó una herida romboidal que fue suturada con cromado 4-0.

La evolución a los 7 días y un mes fueron satisfactorios (figuras 3 y 4).



Fig. 3. Resultados a los siete días de operada.



Fig. 4. Resultados estéticos obtenidos.

DISCUSIÓN

El caso presentado reporta la presencia de un doble frenillo labial superior no sindrómico. Luego de una minuciosa búsqueda en la literatura nacional y extranjera, no se encontraron reportes de esta anomalía del desarrollo. *Guion Almeida* y otros⁶ mencionan que puede existir una duplicación del frenillo maxilar, como parte del amplio espectro de dimorfismos faciales en el síndrome de Pai. Este síndrome es un trastorno congénito descrito por primera vez en 1987, que se caracteriza por la

presencia de uno o más pólipos nasales junto a un pólipo congénito alveolar en la línea media anterior y/o hendidura media del labio superior.⁷

Se han reportado otras anomalías del frenillo labial superior, como su ausencia en el síndrome del incisivo central único de la línea media del maxilar, y fusión de incisivos centrales permanentes mandibulares.⁸

Kara y otros⁹ describen que la duplicación del labio superior puede producirse como un componente del síndrome de Ascher.

Por no encontrar en la revisión bibliográfica realizada reportes previos de esta anomalía, es imposible comparar y normar pautas de tratamiento. No obstante, un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos y dificultar la autoclisis de la zona; puede dificultar el cepillado dental por no existir el fondo de saco vestibular, y, secundariamente, también pueden aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular.

Estas consideraciones determinaron la indicación quirúrgica del frenillo situado entre el lateral y canino superior. Además, aunque el frenillo superior raramente es de naturaleza muscular, en la paciente parecía existir un componente muscular importante que provocaba deformidad estética, y actuaba como rienda flexible que limitaba el movimiento del labio.

Para la extirpación quirúrgica del frenillo se han propuesto numerosas técnicas. La frenectomía consiste en la extirpación completa del frenillo, que puede efectuarse mediante la exéresis simple o la exéresis romboidal. La frenotomía o reposición apical del frenillo se basa en la plastia V-Y, y finalmente la Z plastia, que consigue eliminar el frenillo y deja la cicatriz mucosa en otra dirección, así consigue alargar el labio superior y profundizar el vestíbulo.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dollberg S, Botzer E. Neonatal tongue-tie: myths and science. *Harefuah*. 2011;150(1):46-9.
2. Barroso Macedo JA, Sáez Martínez S, Ballet Dalmau LJ. Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. *Rev Oper Dent Endod*. 2007;5:56.
3. Edmundo J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev*. 2011;19(1):19-26.
4. Gámez Carrillo R. Frenectomía convencional frente a frenectomía láser. *Odontol Act*. 2008;60(5):26-32.
5. Peñarrocha Diago M. Frenillos bucales. Tratamiento quirúrgico y consideraciones ortodóncicas. *Arch Odontoestomatol*. 2003;19(1):23-32.
6. Guion Almeida ML, Richieri Costa A. Severe midline craniofacial anomalies: overlap with Pai syndrome. *Clin Dysmorphol*. 2009;18(3):154-7.
7. Savasta S, Chiapedi S, Perrini S, Tognato E, Corsano L, Chiara A. Pai syndrome: a further report of a case with bifid nose, lipoma and agenesis of the corpus callosum. *Childs Nerv Syst*. 2008;24(6):773-6.

8. Catania P, Conti C, Pogi G, Bardelli T, Lasagni D, De Martino M. Two cases of solitary median maxillary central incisor syndrome. *Minerva Pediatr.* 2010;62(1):113-8.
9. Kara IG, Kara CO. Ascher syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124:236-7.
10. Shetty K, Trajtenberg C, Patel C, Streckfus C. Maxillary frenectomy using a carbon dioxide laser in a pediatric patient: a case report. *Gen Dent.* 2008;56(1):60-3.

Recibido: 20 de noviembre de 2012.

Aprobado: 1º de abril de 2013.

Carlos Albornoz López del Castillo. Hospital Pediátrico "Eduardo Agramonte Piña".
Camagüey, Cuba. Correo electrónico: albornoz@finlay.cmw.sld.cu