



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**INCIDENCIA DE VARIANTES ANATÓMICAS  
DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN LOS  
Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE  
EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
LOJA MODALIDAD DE ESTUDIOS  
PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO-  
JULIO DE 2014**

*Tesis previa a la obtención  
del título de Odontóloga.*

**AUTORA: STEFANÍA NATHALY TORRES  
ESTRADA**

**DIRECTOR:**

**Dr. RICHARD ORLANDO JIMÉNEZ, MgSc.**

**LOJA -ECUADOR**

**2014**  
*No por los  
mejores puestos, sino  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*

## CERTIFICACION

**Dr. Mgs.**

**Richard Jiménez**

**DOCENTE DEL AREA DE L SALUD HUMANA DE LA UNL**

### **CERTIFICO:**

Que la presente Tesis titulada: **INCIDENCIA DE VARIANTES ANATOMICAS DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONALDE LOJA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO 2014**, elaborado por la **Sra. Stefania Nathaly Torres Estrada**, ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 17 de octubre del 2014



**Dr. Mgs. Richard Jiménez.**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Mgs. Richard Jiménez.**

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Stefania Nathaly Torres Estrada, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual.

**Autor:** Stefania Nathaly Torres Estrada

**Firma:** 

**Cédula:** 1104997794

**Fecha:** Octubre, 24 del 2014

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Stefania Nathaly Torres Estrada, declaro ser autor de la tesis titulada: **INCIDENCIA DE VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERÍODO MAYO – JULIO DE 2014**, como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digita Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 17 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

**Autor:**   
Stefania Nathaly Torres Estrada

**Cédula:** 1104997794

**Dirección:** Cda. Clodoveo Jaramillo (Avenida Isidro Ayora y Tucumán)

**Correo Electrónico:**

**Teléfono:** 2613563 **Celular:** 099438443

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Director de Tesis:** Dr. Richard Orlando Jiménez, MgSc.

**Tribunal de Grado:** Dra. Tannya Valarezo, Dra. Leonor Peñarreta, Dra. Deysi Saraguro.

## **DEDICATORIA**

A Dios porque siempre he estado bajo su manto y en cada paso que he dado he contado con su bendición.

A mi Padre Heber Torres, por sus virtudes y valores enseñados; perseverancia, confianza y fortaleza, un ejemplo vivo a seguir. Eres tu mi fuente de inspiración para crecer cada día; para ti Papito.

A mi Madre Fanny Estrada, quien desde el cielo ha sido la intercesora ante Dios en cada una de mis acciones, esto es por ti, para ti y por el amor que nos diste todos los días de tu vida mamita.

A mi Esposo Alejandro Carpio; quien ha sido mi mejor amigo y compañero, me enseñaste a superarme, a darme cuenta que los sueños por imposibles que parezcan si uno tiene la mentalidad firme los puede cumplir. Tú comprensión y apoyo fueron muy importantes en esta etapa de mi vida brindándome la seguridad de seguir adelante a lo largo de toda mi Carrera.

A mis hermanos; Daniel, Katherine, Andrés y Luis; Por su amor, paciencia, compañía y aliento en los buenos y malos momentos.

A mi Hijo Christopher Carpio; aunque eres un ser chiquito, sé que un día te sentirás orgulloso de Mamá, tú has sido el motor fundamental desde que llegaste a mi vida, sin ti no sería lo mismo.

A mis tíos, Numan, Nancy, Omer y Amparito; a quienes les tengo un eterno agradecimiento porque de una u otra forma han sido parte de mi crecimiento personal y profesional.

A mi Suegra, Carlota Jaramillo; de quien he recibido, apoyo, comprensión y amor en cada momento.

A todos ustedes les dedico cada uno de mis logros porque por ustedes soy y por ustedes seré.

*Stefanía Torres Estrada*

## **AGRADECIMIENTO**

Este trabajo es el resultado de un arduo trabajo en conjunto, por lo que agradezco a mi amigo infalible; Dios, por darme la oportunidad de vivir, y de llegar hasta el lugar a donde he llegado alcanzando así mi sueño anhelado.

A mis Padres, Hermanos, Esposo e Hijo. Quienes han sido la Base fundamental en la realización de este trabajo, aliento fortaleza y apoyo incondicional gracias a ustedes hoy estoy aquí.

A la Universidad Nacional de Loja, Carrera de Odontología, la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como profesionales de bien para la Sociedad.

A todos los Docentes que estuvieron involucrados en mi enseñanza y formación a lo largo de toda mi Carrera Universitaria, cabe recalcar mi profundo agradecimiento al Dr. Richard Jiménez, MgSc. y al Odnt. Esp. José Salinas, por su paciencia en la revisión de todo este trabajo y su ayuda en cada momento

A mis amigas las infalibles y a mis compañeros de aula, quienes han estado conmigo en todo momento con quienes e forjado lazos de amistad muy grandes.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida pre profesional, a las que agradezco sus consejos, apoyo, ánimo y compañía, en los momentos buenos y malos de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y corazón. Sin importar en donde estén quiero darles infinitas gracias por todo lo que me han brindado.

Para todos ustedes: Muchas gracias y que Dios los Bendiga.

*Stefanía Torres Estrada*

## **1. TITULO:**

INCIDENCIA DE VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL  
SUPERIOR EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD DE  
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD DE ESTUDIOS  
PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO DE 2014

## 2. RESUMEN

El frenillo labial es una estructura normal que consiste en un pliegue de la mucosa del labio localizado en la línea media, que une por un lado la superficie interna del labio y, por otro, la encía, puede presentar algunas variantes en su anatomía, según su forma tamaño y ubicación. Las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior son muy frecuentes, y poco tomadas en cuenta, por lo que la presente Investigación tiene como objetivo principal; Reconocer las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior en los y las estudiantes de 18 a 30 años de edad de la Universidad Nacional de Loja modalidad de estudios presencial en el periodo mayo – julio de 2014, siendo su análisis de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyos datos arrojados enunciaron que, de las 894 personas estudiadas, 225 personas presentan algún tipo de Variante Anatómica del Frenillo Labial Superior. Al racionalizar los datos colectados se pudo verificar que los Tipos de Variantes Anatómicas que se encontró en la población fueron: Frenillo Labial Superior con Apéndice representado por el 79%, Frenillo Labial Superior con Nódulo representado por el 17%, Frenillo Tectolabial con un 2% y finalmente Frenillo Labial Superior Doble y Frenillo Labial Superior Bífido representado por el 1%, siendo la incidencia de Variantes anatómicas mayor en hombres que en mujeres.

**Palabras clave:** Frenillo Labial, Variante Anatómica, pliegue, Tectolabial



## **ABSTRACT**

The labial frenulum is a normal structure consisting of a fold of mucosa located in the midline, linking one hand the inner surface of the lip lip and on the other, the gum may have some variations in their anatomy, as its shape, size and location. The Anatomical variants Lip frenulum Superior are very frequent, and little considered, so that the present research has as its main objective; Recognize Anatomical Variants Superior Lip Frenulum in the students of 18-30 years of age from the National University of Loja face modality studies in the period May - July 2014, and its analysis of descriptive and cross-sectional whose data thrown enunciated that of the 894 people studied, 225 people have some type of anatomical variant of the Superior Labial frenulum. By streamlining the data collected it was observed that the types of Anatomic Variants that was found in the population were: Bridle Lip Superior Appendix represented by 79%, Bridle Lip Superior nodule represented by 17%, Bridle Tectolabial with 2% and finally Bridle Lip Lip Frenulum Superior Double Superior Bifida and represented by 1%, the incidence of major anatomic variations in men than in women.

**Keywords:** Lip Frenulum, Anatomic Variant, fold, tectolabial

### 3. INTRODUCCIÓN

Los frenillos labiales son pliegues sagitales de la mucosa alveolar, en forma de una hoja de cuchillo, están insertados por un lado en la superficie interna del labio y, por otro lado, en la encía, en la línea media de los maxilares entre los incisivos centrales. 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 superior en la encía adherida y el inferior en la mucosa alveolar. La distancia media de la inserción, en relación al borde libre, es de 4,4 mm en el frenillo superior y 5,6 mm en el frenillo inferior. La función del Frenillo Labial Superior es de servir como barrera y sujeción de los labios para que no se desplacen de su lugar normal y habitual. (Díaz García, 2010)

La cronología dentaria, tanto al considerar su erupción como su evolución, hace que podamos delimitar dos épocas en las que estos frenillos son objeto de análisis. Por un lado, debemos considerar la edad infantil, donde la inserción de este trayecto fibroso puede ocasionar problemas que conducen a la necesidad de un tratamiento ortodóncico y no una frenectomía. Por otro lado, y coincidiendo con edades avanzadas, la presencia de los diferentes frenillos en la cavidad bucal van a plantear en numerosas ocasiones problemas protésicos, ya sea dificultando la retención de la prótesis o bien siendo esta misma la que produce fenómenos irritativos y periodontales sobre los propios frenillos. (López del Cstillo, 2013)

Es por tal razón que el diagnóstico debe ser minucioso y temprano. La tracción del labio superior hacia arriba y hacia delante puede ser una prueba diagnóstica útil: si el segmento interdental se isquemiza, es probable que el frenillo no se corrija con el tiempo y sea necesario operarlo esto con el fin que en lo posterior no haya complicaciones, como son dificultad en el habla, mal posición dentaria y dificultad en el movimiento del labio. Situaciones que son

favorecidas por la forma tamaño y posición del frenillo labial superior. (Van Waes, 2002)

Sin embargo son pocas las investigaciones referidas al tema, siendo relevante y necesaria la realización de este trabajo, con la finalidad de reconocer las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior en los y las estudiantes de 18 a 30 años de edad de la Universidad Nacional de Loja modalidad de estudios presencial en el periodo mayo – julio 2014.

Cabe mencionar que este estudio se realizó en las instalaciones de la Universidad Nacional de Loja con la participación de los alumnos que asisten en el ciclo en curso. La fundamentación teórica, se inicia con un enfoque a todo lo relacionado con las alteraciones del frenillo Labial Superior, sus consecuencias y la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico.

Al finalizar este proceso investigativo se obtuvo los siguientes resultados: de las 894 personas estudiadas un 25% de la población que corresponden a 225 personas presentan algún tipo de Variante Anatómica del Frenillo Labial Superior. Las variantes anatómicas que se encontraron fueron: Frenillo Labial Superior con Apéndice en un 79%, Frenillo Labial Superior con Nódulo representado en un 17%, Frenillo Tectolabial con un 2% y finalmente Frenillo Labial Superior Doble y Frenillo Labial Superior Bífido con un 1%. Así mismo hubo una clara tendencia a presentarse más en hombres que en mujeres.

## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **CAPITULO I**

#### **1. FRENILLOS BUCALES**

##### **Definición:**

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. (RAMIREZ, 2011)

##### **1.1. CLASIFICACION DE LOS FRENILLOS BUCALES**

Los Frenillos Bucles según su localización, se pueden clasificar en dos grupos los mediales en la trayectoria de la línea media y los laterales a los lados de la línea media tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior. (Santos VIM, Korytnicki D, Ando T, Lascala NT. , 2009)

##### **1.1.1. MEDIALES**

###### **1.1.1.1. Frenillo Labial Superior e Inferior**

El frenillo labial es una estructura normal que consiste en un pliegue de la mucosa del labio localizado en la línea media, que une por un lado la superficie interna del labio y, por otro, la encía en la línea media. Normalmente, el frenillo del labio inferior es más pequeño que el del labio superior. (Walter, 2009)

###### **1.1.1.2. Frenillo Lingual**

El frenillo lingual es un pliegue vertical de mucosa que une la parte libre de la lengua con el suelo de la boca en la línea media. (Walter, 2009)

### **1.1.2. LATERALES**

Los Frenillos laterales son bandas de tejido conectivo, muscular o mixto que se encuentran a los lados de la línea media a la altura de los premolares en el maxilar superior y en el maxilar inferior. (Walter, 2009)

## **CAPITULO II**

### **2. 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.

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 interincisal del maxilar superior. En algunos casos el frenillo desciende hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria en la bóveda palatina. (CHIAPASCO, M. 2013)

#### **2.1. EMBRIOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR**

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 va cerrando con

la erupción de los incisivos laterales y los caninos permanentes. (Sadler, 2009)

## **2.2. HISTOLOGIA DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR**

El frenillo está constituido histológicamente por tres capas: Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal no queratinizado, La Submucosa presenta Tejido conjuntivo laxo y de fibras elásticas, este tejido conectivo contiene en un tercio de los casos, fibras musculares esqueléticas y Epitelio plano estratificado no queratinizado. No hay presencia de estructura ósea subyacente. (Gomez de Ferraris, 2009)

### **2.2.1. Epitelio plano estratificado**

Llamado también epitelio escamoso no queratinizado, es un epitelio grueso, ya que está compuesto por diversas capas celulares, solo su capa celular ms profunda se encuentra en contacto con la lámina basal, las células ubicadas en esta región son de morfología cubica. (Gomez de Ferraris, 2009)

Las células que se encuentran en la región más media se caracterizan por ser más polimorfos y las células ms cercanas a la superficie libre se caracterizan por ser aplanadas. Los epitelios de este tipo son secretores por ende húmedos, se los encuentra revistiendo las mucosas, como la boca, faringe, el esófago y las cuerdas bucales. (Gomez de Ferraris, 2009)

### **2.2.2. Tejido Conectivo Laxo**

El tejido Conectivo Laxo es un tipo de Tejido muy abundante en el organismo, cuyo origen proviene del mesénquima. Las células del mesoderma son pluripotenciales, dando lugar a otros tipos celulares, como son el tejido conjuntivo, el tejido cartilaginoso, tejido óseo y tejido cordal. Contienen un bajo porcentaje de fibras (predomina la fibra de colágeno), algunos fibroblastos, macrófagos, y sustancia extracelular de la matriz extracelular. (Gomez de Ferraris, 2009)

El tejido conectivo Laxo es muy vascularizado. Se encuentra localizado debajo de los epitelios, en la mucosa y submucosa del tubo digestivo. Su función es la de actuar como soporte y alineado celular y hormonal ya que elimina una sustancia llamada segregina encargada de la producción de hormonas. Forma la Dermis de la piel además reviste muchos órganos y se encarga de nutrirlos. También posee una función defensiva. (Gomez de Ferraris, 2009)

### **2.2.3. Tejido Conectivo Elástico**

El tejido Conectivo Elástico, como su nombre lo dice está formado por fibras elásticas, gruesas en disposición paralela y organizadas en haces separados por el tejido laxo. Entre las Fibras se Observan Fibroblastos Aplanados. (Gomez de Ferraris, 2009)

## **2.3. UBICACIÓN E INSERCIÓN**

El Frenillo Labial Superior se encuentra ubicado: en la cara interna del labio, entre los 2 incisivos centrales. A nivel del Hueso alveolar, a nivel del límite entre la encía adherida y la libre.

La inserción del Frenillo Labial Superior, es perpendicular al reborde. (Sforza, 2009)

## **2.4. TIPOS**

Dependiendo de las estructuras que forman el Frenillo Labial Superior podemos distinguir tres tipos: (GAY Escoda, 2009)

### **2.4.1. Frenillo Fibroso**

Se denomina Frenillo Fibroso porque se encuentra compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa. (GAY Escoda, 2009)

### 2.4.2. 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. (GAY Escoda, 2009)

**Músculo Nasal y Depresor septal:** 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. (GAY Escoda, 2009)

**Músculo Elevador el 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 naso labial. 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 vez de cortante. (GAY Escoda, 2009)

### 2.4.3. Frenillo Fibro-Muscular o Mixto:

Como su nombre lo explica es una combinación del frenillo fibroso y del frenillo muscular. En los frenillos labiales se observa por un lado una unión tendinosa firme con la papila interincisal y por otro un cordón fibroso unido al proceso alveolar (GAY Escoda, 2009)



## 2.5. FORMAS

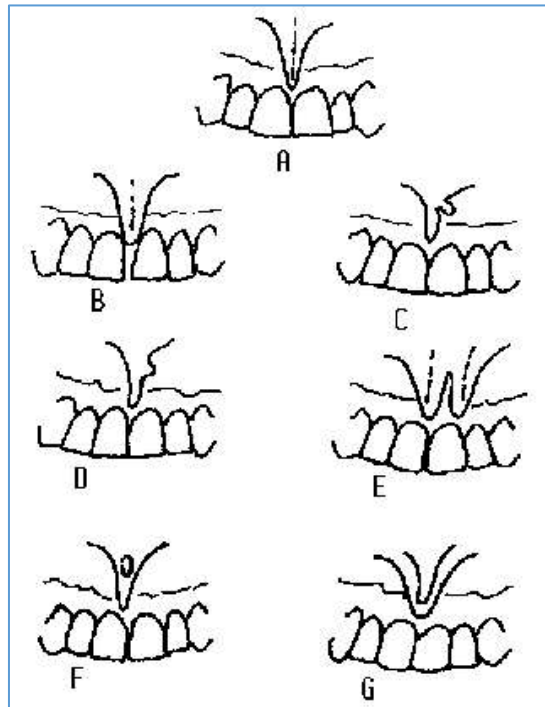


Figura 1: Tipos de Frenillos Bucales Según su Forma

Fuente: VAN WAES, H. (2006). *Cirugía en niños y jóvenes. Atlas de odontología pediátrica* (págs. 249). Sevilla: Masson.

### 2.5.1. Frenillo Labial Normal

Designación usada para una franja de tejido blando localizado en el plano mediano y que conecta la parte mucosa del labio con el tejido conjuntivo que recubre el proceso alveolar. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

### 2.5.2. Frenillo Labial con Apéndice

Designación usada para denominar a la prolongación suelta de tejido blando insertado en el borde libre del frenillo Labial Superior. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

### 2.5.3. Frenillo Tectolabial

Designación usada para el frenillo combinado con diastema entre los incisivos centrales superiores y con la inserción en el área de la papila incisiva. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

#### **2.5.4. Frenillo Labial con Nódulo**

Se denomina así al aumento semejante a un nódulo, firme, blancuzco, localizado en el borde libre del frenillo e incorporado en la masa del mismo. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

#### **2.5.5. Frenillo Labial con Nicho**

Designación usada para denominar a las invaginaciones de desarrollo de la membrana mucosa del propio frenillo o de tejido vecino. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

#### **2.5.6. Frenillo Labial Doble**

Designación usada para denominar a la variación donde existe duplicación del frenillo, pudiéndose encontrar como estructura separada o en combinación con el frenillo principal. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

#### **2.5.7. Frenillo Bífido**

Designación usada para denominar el frenillo Labial Superior marcado por un surco vertical mediano. (Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV, 2010)

### **CAPITULO III**

#### **3. SIGNOS CLINICOS**

##### **3.1. Diastema interincisal medial superior**

El diastema medial superior designa un espacio de 1 a 6mm. 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 o mesiodens, aunque su frecuencia es relativamente baja. (GAY Escoda, 2009)

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). (GAY Escoda, 2009)

Los frenillos alargados con bordes paralelos ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes longitudinales de los incisivos centrales son sensiblemente paralelos. E 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. (GAY Escoda, 2009)

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. 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. (GAY Escoda, 2009)

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 no se cierra porque los incisivos laterales están malformados o ausentes o porque hay microdoncia se convierte en un pseudodiastema. 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. (GAY Escoda, 2009)

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. (GAY Escoda, 2009)

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. 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 el tabique interdental, en el cual, en condiciones normales, sufre una regresión o involución. (GAY Escoda, 2009)

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. (GAY Escoda, 2009)

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 extra bucales (macroglosia, interposición lingual, etc.), presencia de un mesiodens o retención de un diente temporal,

crecimiento excesivo del maxilar superior, maloclusión (clase II, división 1<sup>a</sup>), agenesias o pérdidas dentarias, etc. (GAY Escoda, 2009)

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. 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. (GAY Escoda, 2009)

### **3.2. 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. (GAY Escoda, 2009)

### **3.3. 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. (GAY Escoda, 2009)

### **3.4. Labio corto y bermellón elevado**

El frenillo labial superior puede elevar el bermellón y provocar un labio superior corto, lo que impedirá un buen sellado labial. (GAY Escoda, 2009)

### **3.5. 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

La reabsorción del proceso alveolar en los pacientes edéntulos 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. (GAY Escoda, 2009)

La exéresis del frenillo (Z-plastia) 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.

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. (GAY Escoda, 2009)

## **CAPITULO IV**

### **4. DIAGNÓSTICO**

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 destaca la presencia de un mesiodens; para valorar las

características del hueso del diastema media, para lo cual recomendamos efectuar una ortopantomografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores. (Peñarrocha, 2009)

## **CAPITULO V**

### **5. 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. ( Martínez-González JM y cols. , 2011)

La cirugía eliminará el frenillo, pero sólo la ortodoncia cerrará el diastema. Algunos ortodontistas prefieren hacer la exéresis 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 exéresis del frenillo no debe hacerse antes de que haya erupcionado los caninos permanentes y que el cierre ortodóncico está sujeto a un alto grado de recidivas si no se hace previamente la exéresis 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. ( Martínez-González JM y cols. , 2011)

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

#### **5.1. Frenillo labial superior en dentición temporal**

Si no han erupcionado los incisivos, se opta por la abstención de cualquier tratamiento.

Si han erupcionado los incisivos centrales y no pueden salir los incisivos laterales se opta por la Cirugía.

Si los incisivos centrales y laterales han erupcionado bien, se opta por la conducta expectante.

Normalmente la exéresis profiláctica en dentición temporal no está indicada. (Peñarrocha MA y cols. , 2009)

## **5.2. Frenillo labial superior en dentición definitiva**

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

Como primera opción esta un tratamiento ortodontico; en un segundo plano tenemos la opción de Cirugía más Ortodoncia y si no fuese ninguna de las opciones anteriores se optaría por 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:

La opción terapéutica más acertada y la precisa sería la opción de una Cirugía más el tratamiento de Ortodoncia.

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

Al igual que en el caso anterior la opción terapéutica más acertada y la precisa sería la opción de una Cirugía más el tratamiento de Ortodoncia. (Peñarrocha MA y cols. , 2009)

## **5.3. Frenillo labial superior sin diastema interincisal**



Con dentición. Podremos optar por:

Como primer plano se podría optar por la abstención de cualquier terapéutica. Cirugía cuando existen otros signos clínicos como por ejemplo labio corto, bermellón elevado, etc. (Peñarrocha MA y cols. , 2009)

Sin dentición. Podremos optar por:

Como primera opción tenemos la abstención de alguna terapéutica, como segunda opción está indicada la Cirugía, por motivos protésicos.

Finalmente en pacientes desdentados se debe valorar la posible influencia del frenillo en la estabilidad y retención de las prótesis.

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 ortodóncicos, en otros casos la indicación podrá estar relacionada con problemas de autoclisis, bermellón elevado, labio corto, etc. (Peñarrocha MA y cols. , 2009)

## **CAPITULO VI**

### **TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**

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

#### **La frenectomía**

Consiste en la extirpación completa del frenillo que puede efectuarse mediante la exéresis simple o la exéresis romboidal. (Bellet Dalmau, 2009)

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.

**Exéresis simple:** es decir efectuando únicamente la sección o corte del frenillo con tijera ballets 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 Ries 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 frenotomía. (GAY Escoda, 2009)

**Escisión romboidal:** tras infiltrar con anestesia local, se colocan dos pinzas de mosquito que sujetan el frenillo, una desde arriba y la otra desde abajo. A continuación, con bisturí, se secciona el frenillo siguiendo las ramas de las pinzas de mosquito. El sector superior de la herida resultante se cierra de la forma habitual, mientras que el sector inferior se deja cicatrizar por segunda intención. (ANDERSON, L 2012)

La frenectomía mediante exéresis 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. (ANDERSON, L 2012)

Kaban prefiere la frenectomía romboidal acompañada de dos descargas laterales en la unión entre la encía libre y la encía adherida. Estas 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. (GAY Escoda, 2009)

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. (ABAD, 2010)

**Frenotomía o reposición apical del frenillo:** Esta técnica se basa en la plastia V-Y, es decir en hacer una incisión en forma de V a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de éste. Al suturar queda una herida en forma de Y. 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 intermedia atrapa el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular y después cumple los requisitos que ha de poseer la sutura de la punta de un colgajo que tiene un ángulo agudo. Hay que traspasar la submucosa del ángulo del colgajo respetando su superficie, con el fin de no producir la necrosis de este ángulo debido a la isquemia que se ocasionaría con la tensión del nudo. La aproximación de los bordes de la herida es importante en la mucosa labial. Este procedimiento tiene el inconveniente de producir un bulto de tejido excesivo en el fondo del vestíbulo. Se produce una cicatrización retráctil en la misma dirección del frenillo y además no permite alargar el labio. (ANTELO, R 2010)

La frenotomía 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 frenotomía en tres fases: Reposición apical del frenillo (plastia V-Y); Exéresis de las fibras transeptales entre los incisivos centrales y Gingivoplastia o recontorneamiento de las papilas vestibulares y/o Palatinas. (BARROSO Macedo JA, 2010)

### ***Z-plastia***

La Z-plastia es, según nuestro criterio, la técnica de elección para la cirugía del frenillo labial superior, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial y además conseguimos alargar el labio superior profundizando el vestíbulo. Levantamos el labio para mantener tenso el frenillo y hacemos una incisión vertical en el centro de su eje mayor. Con dos incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue alargar el labio un 75%. (GAY Escoda, 2009)

La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Una vez profundizadas todas las incisiones se levantan dos colgajos con bisturí o con tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos.

Antes de proceder a la sutura de los colgajos disecados deberemos eliminar todas las inserciones musculares que puedan existir en la zona con un periostótomo de Freer pero sin lesionar el periostio que cubre el hueso maxila. (GAY Escoda, 2009)

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente Investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, mediante la cual se estudia la prevalencia de alteraciones del frenillo labial, en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad en el periodo mayo – julio del 2014.

El área de estudio en la que se realizó fue en las instalaciones de la Universidad Nacional de Loja contando con universo de 8228 estudiantes y del cual se tomó una muestra aleatoria de 894 estudiantes, que conforman parte del Macro proyecto denominado “VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, de los cuales 225 estudiantes presentaron algún tipo de Variante Anatómica del Frenillo Labial Superior. Entre los criterios de inclusión tenemos a: estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras, comprendidos en edades de 18-30 años de edad cumplidos al 1 de mayo de 2014 los mismos que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito, y estudiantes que formen parte del análisis fotográfico en el que se evidencie la Variante Anatómica del Frenillo Labial Superior; en cuanto a los criterios de exclusión tenemos; estudiantes que no se encuentren legalmente matriculados, menores de 18 años y mayores de 30 años, cumplidos al 1 de Mayo de 2014, estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no deseen o puedan participar en la investigación y estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico.

La técnica seleccionada para la recolección de datos será la observación del Frenillo Labial Superior y hallazgos clínicos como lo son las Variantes del Frenillo Labial Superior, siendo el instrumento una ficha de información HISTORIA CLINICA diseñada para esta investigación. La realización del

estudio contó con la autorización previa de las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, Coordinadores de Áreas y coordinadores de cada una de las Carreras que conforman parte del estudio. Se obtuvo un consentimiento informado de todos y cada uno de los estudiantes que ingresaron al estudio, informando a cada uno de ellos de la naturaleza del proyecto.

Para la diferenciación de las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior nos regimos a la clasificación citada por el autor Sewerin, en la que menciona que los frenillos labiales superiores pueden ser normales o patológicos; Normales: aquellos de inserción normal: simple, con apéndice y con nódulo. Patológicos: aquellos que requieren de un seguimiento o tratamiento quirúrgico: Tectolabial, doble y bífido. La caracterización de cada Variante fue identificada según la Literatura.

Los Recursos Humanos involucrados de manera directa son: Autora: Stefanía Nathaly Torres Estrada y Director: Dr. Richard Jiménez; siendo los indirectos: los digitadores, el Rector, Coordinadores y estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

Los datos obtenidos se ingresaban diariamente en el programa EpilInfo, de donde se obtuvieron los resultados acerca de la Incidencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior.

Para elaborar los resultados se elaboraron tablas de frecuencia en el programa Excel el mismo que arrojó porcentajes y gráficas explicativas.

Dentro de los recursos materiales que se utilizaron fueron los siguientes: Odontológicos en los que consta; un set de diagnóstico: espejo bucal, pinza algodонера, explorador, algodonero, porta desechos y bandeja porta instrumental. Fotográficos como sets de espejos intrabucales, abre bocas y una cámara fotográfica profesional y finalmente los recursos de Oficina como: computadora, impresora, cartucho de impresión, CDS, hojas de papel bond y bloque de foto copiables de: Solicitudes de Consentimiento Informado e Historia Clínica para Recolección de Datos

## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior en los y las Estudiantes de 18 a 30 años de Edad de la Universidad Nacional de Loja.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Frenillo Labial Superior Normal	669	74,83%
Frenillo Labial Superior con Variante Anatómica	225	25,17%
<b>TOTAL</b>	<b>894</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

**Elaborado Por:** Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 75% de la población en general no presenta Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior mientras que el 25% si presenta.

Tabla N° 2

**Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su relación con el Género MASCULINO.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Frenillo Labial Superior Normal	315	71,27%
Frenillo Labial Superior con Variante Anatómica	127	28,73%
<b>TOTAL</b>	<b>442</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

Elaborado Por: Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 29% de la Población Masculino presenta Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior mientras que el 71% no Presenta.

Tabla N° 3

**Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género FEMENINO.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuenci a</b>	<b>Porcentaj e</b>
Frenillo Labial Superior Normal	354	78,32%
Frenillo Labial Superior con Variante Anatómica	98	21,68%
<b>TOTAL</b>	<b>452</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 Años de edad.  
Elaborado Por: Stefania N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 78% de la Población Femenino no presenta Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior mientras que el 22% si Presenta



Tabla N° 4

**Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género FEMENINO Y MASCULINO**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Variante Anatómica Sexo Masculino	127	56%
Variante Anatómica Sexo Femenino	98	44%
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 Años de edad.

Elaborado Por: Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El género Masculino tiene mayor tendencia a presentar Variante Anatómica del frenillo Labial Superior representado con un 56%

Tabla N° 5

**Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior, en los y las Estudiantes de 18 a 30 años de Edad de la Universidad Nacional de Loja**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Frenillo Labial Superior con Apéndice	177	78,65%
Frenillo Labial Superior con Nódulo	39	17,3%
Frenillo Labial Superior con Nicho	0	0%
Frenillo Labial Superior Bífido	2	0,90%
Frenillo Labial Superior Doble	2	0,90%
Frenillo Tectolabial	5	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

Elaborado Por: Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 79% de la población general presenta Frenillo Labial con apéndice, el 17%, notando que no hay Presencia de Frenillo Labial con Nicho en la población en estudio.

Tabla N° 6

**Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género MASCULINO.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Frenillo Labial Superior con Apéndice</b>	97	76,38%
<b>Frenillo Labial Superior con Nódulo</b>	23	18,11%
<b>Frenillo Labial Superior con Nicho</b>	0	0%
<b>Frenillo Labial Superior Bífido</b>	1	0,79%
<b>Frenillo Labial Superior Doble</b>	2	1,57%
<b>Frenillo Tectolabial</b>	4	3,15%
<b>TOTAL</b>	127	100%

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

Elaborado Por: Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 76% de la población Masculina presenta Frenillo Labial con apéndice, el 18% presenta Frenillo Labial con Nódulo, notando que no hay Presencia de Frenillo Labial con Nicho en este grupo de estudio.

Tabla N° 7

**Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género FEMENINO.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Frenillo Labial Superior con Apéndice</b>	80	81,64%
<b>Frenillo Labial Superior con Nódulo</b>	16	16,32%
<b>Frenillo Labial Superior con Nicho</b>	0	0%
<b>Frenillo Labial Superior Bífido</b>	1	1,02%
<b>Frenillo Labial Superior Doble</b>	0	0%
<b>Frenillo Tectolabial</b>	1	1,02%
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

Elaborado Por: Stefanía N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: El 82% de la población general presenta Frenillo Labial con apéndice, el 16% presenta Frenillo Labial con Nódulo, notando que no hay Presencia de Frenillo Labial con Nicho y Frenillo Labial Doble en este grupo en estudio.

Tabla N° 8

**Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género Femenino y Masculino.**

Variable	Frecuencia		Porcentaje	
	F	M	F	M
<b>Frenillo Labial Superior con Apéndice</b>	80	97	35,55	43,11
<b>Frenillo Labial Superior con Nódulo</b>	16	23	7,11	10,22
<b>Frenillo Labial Superior con Nicho</b>	0	0	0	0
<b>Frenillo Labial Superior Bífido</b>	1	1	0,5	0,5
<b>Frenillo Labial Superior Doble</b>	0	2	0	0,88
<b>Frenillo Tectolabial</b>	1	4	0,5	1,77
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica aplicada en los y las Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de 18 a 30 años de edad.

Elaborado Por: Stefania N. Torres Estrada

**Interpretación:** En este cuadro se puede observar que: La relación Entre el Género y el Tipo de Variante Anatómica es más relevante en el género Masculino a diferencia del Femenino.

## 7. DISCUSION

Las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior son, una entidad de relativa frecuencia en la población en general que no ha sido estudiada previamente. En muchas ocasiones, es confundida con procesos reaccionales o neoplásicos como los fibromas e incluso recibe el mismo tratamiento que estas patologías; o ciertas veces ignorados como el caso del frenillo Tectolabial y frenillo Labial Doble. El presente trabajo intentó, además de identificar la incidencia en la población establecer semejanzas y diferencias entre el género masculino y femenino.

Este estudio demostró que de las 894 personas estudiadas un 25% de la población que corresponden a 225 personas presentan algún tipo de Variante Anatómica del Frenillo Labial Superior. Las variantes anatómicas que se encontraron fueron: Frenillo Labial Superior con Apéndice en un 79%, Frenillo Labial Superior con Nódulo representado en un 17%, Frenillo Tectolabial con un 2% y finalmente Frenillo Labial Superior Doble y Frenillo Labial Superior Bífido con un 1%. Así mismo hubo una clara tendencia a presentarse más en hombres que en mujeres.

No existen estudios análogos en la literatura pero diferentes autores, y estudios realizados a nivel internacional exponen lo siguiente:

- Santos y cols. hicieron un estudio sobre la prevalencia de los diferentes tipos de frenillos labiales superiores, en jóvenes adultos del centro Montoro Lucy en São Paulo en el año (2009), llegando a la siguiente conclusión: el frenillo simple es estadísticamente más prevalente; concordando con esta investigación en la que un 75% de la población estudiada presento un frenillo normal o simple.
- Ruli y cols, en un estudio realizado en Venezuela (2010) destinado a evaluar la morfología y la localización de la inserción de los frenillos superiores, en una muestra de 100 pacientes, en este estudio se concluyó que: morfológicamente, la prevalencia de los diferentes tipos de frenillo labial superior son: frenillo simple 69%; frenillo simple con apéndice 10%; frenillo simple con nódulos 15% frenillo

con nicho, 3%; frenillo tecto-labial persistente 1%; frenillo bífido 1%, y frenillo con dos o más variaciones o anormalidades 1%. Concordando con nuestra investigación en la que la mayoría arrojó tener un frenillo Labial superior simple, seguido de un frenillo con apéndice y finalmente una menor incidencia de frenillo labial doble.

- En relación a la investigación expuesta en cuanto a los tipos de variantes anatómicas, Sewerin en la ciudad de Madrid (2011), realizó un estudio a un grupo poblacional de 982 pacientes; el cual demostró lo siguiente: simple (60,2%), con apéndice (19,9%), con nódulo (9,1%), bífido (3%), con nicho (2,8%), tecto-labial persistente (2,6%), doble (0,4%). El autor resaltó que no hubo diferencias estadísticas para personas de diferentes sexos, nuestra investigación demostró que hay mayor incidencia en el sexo masculino.

## 8. CONCLUSIONES

- De las 894 personas estudiadas que corresponden al 100%, 225 personas presentan algún tipo de variante anatómica del Frenillo Labial Superior representado un 25%.

Las variantes anatómicas que se encontraron fueron: Frenillo Labial Superior con Apéndice representado por el 79%, Frenillo Labial Superior con Nódulo representado por el 17%, Frenillo Tectolabial con un 2% y finalmente Frenillo Labial Superior Doble y Frenillo Labial Superior Bífido representado por el 1%.

- La presencia de variantes anatómicas del Frenillo Labial superior fue más relevante en el género masculino con un total de 127 casos que equivale al 29% a diferencia del género femenino en el que se encontró 98 casos que equivale al 22%.
- En lo que tiene que ver a la relación del Género y el Tipo de Variante Anatómica se pudo denotar que: El frenillo labial superior con Apéndice se encontró en un 43,11% en el género masculino a diferencia del género femenino en el que fue de un 35,55%, Frenillo Labial Superior con Nódulo en un 10,22% en el género masculino a diferencia del género femenino en el que fue de un 7,11%; Frenillo Labial Superior Bífido en un 0,5% en ambos géneros; Frenillo Labial Superior Doble en un 0,88% en el género masculino a diferencia del género femenino en el que no hubo ningún caso, y por último Frenillo Tectolabial con un 1,77% en el género masculino mientras que en el género femenino fue un 0,5% Marcando de manera significativa que hay mayor relevancia de Variantes Anatómicas en el género Masculino.



## 9. RECOMENDACIONES

- A los odontólogos generales y especialistas que ejercen su labor profesional, hacer énfasis en la importancia que tiene el realizar un adecuado examen clínico, con el fin de detectar las diferentes variantes anatómicas del frenillo labial superior.
- Tratar de identificar el Frenillo Tectolabial que es el tipo de variante anatómica que más problemas le produce al paciente.
- En el caso de diagnosticar un Frenillo Tectolabial, preocuparse de que al paciente se le realice un tratamiento efectivo temprano prescrito por el especialista, para evitar complicaciones ulteriores.
- Indicar a los pacientes la importancia de una correcta higiene bucal, recalcando que un frenillo demasiado hipertrófico o un frenillo labial doble pueden provocar acumulación de alimentos, produciendo inflamación de la papila interdental, acarreando de esta forma problemas periodontales.
- Educar a la población en general para realizarse un examen de la cavidad bucal por lo menos cada seis meses, lo que permitirá identificar las variantes patológicas del Frenillo labial superior.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- ABAD, D. (23 de Noviembre de 2010). *TRATAMIENTO Y CIRUGIA BUCAL DE FRENILLOS LABIALES CIRUGÍA BUCAL*. Obtenido de <http://www.clinicaabad.com/es/tratamientos/cirugia-bucal-frenillos-bucales/treat:18/>.
- ANDERSON, L. Intervención quirúrgica en Frenillos Bucales. *TRATADO DE CIRUGÍA ORAL MAXILOFACIAL Y PRÓTESIS PARA TEJIDOS BLANDOS*. Vol.2 Edit. AMOLCA. 2012. Págs. 522-524.
- ANTELO, R, y Cols. *REV CUBANA PEDIATRÍA*. Cirugía Oral. v.1 n.2 Santa Cruz de la Sierra.2010.
- Barroso Macedo JA, Sáez Martínez S, Ballet Dalmau LJ. Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. *Rev Oper Dent Endod*. 2010;5:56.
- BELLET DALMAU, L. J. (2009). *Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso*. Barcelona España: Dental cadmos.
- BESOAIN, F.J. Bases de la Cirugía Bucal de los Frenillos Bucales. *SOLE: CIRUGÍA BUCAL 2012* ISBN. Edit. PANAMERICANA. Págs. 222-228
- Barroso J, Sáez S, Bellet L. Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. *Rev Oper Dent Endod* 2009;5:56.
- CARRANZA, J. F. (2010). Frenillos Bucales. En J. F. Carranza, *PERIODONTOLOGIA CLINICA* (págs. 720-724). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana
- CHIAPASCO, M. Frenillos Bucales. *TÁCTICAS Y TÉCNICAS EN CIRUGÍA ORAL*. Tercera Edición. Edit. AMOLCA. 2013. Págs: 363-367.

- DÍAZ, A. y Cols. REVISTA SALUD BOSQUE. Manejo Quirúrgico De Frenillos Labiales sobreinsertados: Reporte De Caso. Volumen 4. Número 1. Págs. 69-74
- DÍAZ García, R. (2010). Frenillo labial y Lingual. En R. Díaz García, *CIRUGIA ORAL Y CONTEMPORANEA* (págs. 110-112). Mexico: Latinoamericana.
- GAY Escoda, C. (2009). Frenillos Bucales. En C. GAY Escoda, *TRATADO DE CIRUGIA BUCAL* (pág. Cap 17). Madrid: Ergón, S.A.
- [GALÁN](#), Lidia y Cols. [Revista Española de Ortodoncia](#), ISSN 0210-0576, Etiología, diagnóstico y tratamiento del diastema interincisivo. [Vol. 43, N.º. 1, 2013](#) , págs. 22-2
- Gámez Carrillo R. Frenectomía convencional frente a frenectomía láser. *Odontol Act.* 2009;60(5):26-32
- GOMEZ de Ferraris, M. E. (2009). Histología de La Mucosa Oral. En M. E. Gomez de Ferraris, *HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA TISULAR BUCODENTAL* (págs. 136-144). Mexico: Panamericana.
- LOPEZ DEL CATILLO, CA y Cols. REV CUBANA PEDIATRÍA. Frenillo labial superior doble. vol.85 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2013
- MARTÍNEZ- González JM y cols. . (2011). Frenillos Bucales. . *Revista Europea de Odonto- Estomatológica* , 37- 82.
- PARKER, A. D. (23 de Noviembre de 2010). *Surgical consideration of abnormal frena*. . Obtenido de Surgical consideration of abnormal frena. <http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2008/vol14-n1-2-art19.pdf>
- PEÑARROCHA, M. (2009). Frenillos bucales. En M. Peñarrocha, *Cirugía Bucal*. (págs. 309-330). Valencia: Promolibro.
- RAMIREZ, S. &. (21 de Julio de 2011). *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Obtenido de

Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial: <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap01.pdf>.

- RASPALL, G. (2009). Cirugía de Frenillos Bucales Dentición Permanente. En *CIRUGIA MAXILOFACIAL* (págs. 322-328). Medica Panamericana.
- RULI LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV. (2010). Frenillo labial superior e inferior: estudo clínico quanto á morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. *Rev Odontol Univ São Paulo*, 195-205.
- SADLER, T. (2009). Frenillos Bucales. En T. Sadler, *EMBRIOLOGIA MEDICA* (págs. 220-222). Buenos Aires: Panamericana.
- SANTOS VIM, Korytnicki D, Ando T, Lascala NT. . (2009). Estudio da prevalencia de los diferentes tipos de frenillo labial superior. . *Rev Fac Odontologia Sao Paulo*, 129-135.
- SEWERIN, I. (2011). Frenulum labii superioris. En I. Sewerin, *CONTEMPORARY DENTISTRY MAXILLOFACIAL SURGERY* (págs. 43-56). Madrid: Raphinco.
- SFORZA, R. (2009). En I, Sforza, Ricardo. *DIAGNÓSTICO EN LA CLÍNICA ESTOMATOGNÁTICA*. Frenillos Bucales. Edit. Médica Panamericana. . (pág. 348).
- WALTER, L. (2009). Prevalencia Los diferentes tipos de frenillo labial en escolares londrinenses. *Rev Ass Paul Cirug Dent*, 26-32.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1



**Figura 2:** Área de la Salud Humana  
**Fuente:** Instalaciones de la UNL



**Figura 3:** Área de la Salud Humana  
**Fuente:** Instalaciones de la UNL



**Figura 4:** Frenillo Labial Superior con Apéndice

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 5:** Frenillo Labial Superior con Apéndice

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 6:** Frenillo Labial Superior con Nódulo

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 7:** Frenillo Labial Superior con Nódulo

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 8:** Frenillo Labial Superior Bífido

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 9:** Frenillo Labial Superior Bífido

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja





**Figura 10:** Frenillo Labial Superior Doble

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 11:** Frenillo Labial Superior Doble

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 12:** Frenillo Tectolabial

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



**Figura 13:** Frenillo Tectolabial

**Fuente:** Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

## ANEXO 2

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Frenillo Labial Superior	Es una banda de tejido fino fibroso que pasa del labio superior o inferior a la mucosa alveolar, insertado generalmente en el proceso alveolar.	Apéndice del Frenillo	prolongación suelta de tejido blando insertado en el frenillo Labial Superior	Forma del Frenillo SI NO
		Frenillo Labial con Nódulo	aumento semejante a un nódulo, firme, blancuzco, incorporado en la masa del frenillo	
		Frenillo Labial con Nicho	Invaginación de desarrollo de la membrana mucosa del propio frenillo	
		Frenillo Labial Bífido	Frenillo Labial Superior marcado por un surco vertical mediano.	
		Frenillo Tectolabial	frenillo combinado con diastema entre los incisivos centrales superiores	
		Frenillo Labial Doble	variación donde existe duplicación del frenillo	
		Género	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes	
Masculino				

## **ANEXO 3**

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Reconocer las Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior en los y las estudiantes de 18 a 30 años de edad de la Universidad Nacional de Loja modalidad de estudios presencial en el periodo mayo – julio 2014

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la frecuencia de Variantes Anatómicas del frenillo labial Superior en el grupo de estudio.
- Conocer las diferentes Formas de Variantes Anatómicas del frenillo labial Superior en el grupo de estudio.
- Establecer la relación entre el género y las variantes anatómicas del frenillo labial superior.



## ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ODONTOLOGIA

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

### HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nº HC

#### DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO:F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ULTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO? SI  NO  QUE FARMACO?

ALERGIAS SI  NO  CUAL?

EMBARAZO: SI  NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI  Parentesco  NO

HTA SI  Parentesco  NO

CANCER SI  Parentesco  NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana  más de dos veces al mes  ocasionalmente  nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente  poco frecuente  nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI  NO  QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Óptimo  Cepilla 1 vez  Utiliza hilo dental SI  NO   
 Regular  Cepilla 2 veces  Utiliza enjuague bucal SI  NO   
 Malo  Cepilla 3 veces   
 Otros

**CONTROL ODONTOLÓGICO**

Óptimo  visitas al Odontologo 1 vez al año   
 regular  visitas al Odontologo 2 veces al año   
 malo  visitas al Odontologo 3 veces al año

**PUNTOS DOLOROSOS**

**NEURALGIA DEL TRIGEMINO** SI  NO   
 FRONTAL POSITIVO  NEGATIVO  LEVE  MODERADO  INTENSO  UNI O BILATERAL   
 MAXILAR POSITIVO  NEGATIVO  LEVE  MODERADO  INTENSO  UNI O BILATERAL   
 MANDIBULAR POSITIVO  NEGATIVO  LEVE  MODERADO  INTENSO  UNI O BILATERAL

**GANGLIOS LINFÁTICOS:**

TUMEFACIOS SI   
 NORMAL SI

**ATM:**

Función de ATM RUIDO (click/crúpito)  DESVIACIÓN  DEFLEXIÓN  NORMAL

Dolor en la ATM SI  NO  UNILATERAL  BILATERAL

Limitación en apertura SI  NO

Desviación mandibular a la apertura. SI  NO  DERECHA  IZQUIERDA

Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI  NO  UNILATERAL  BILATERAL

**LABIOS:**

Pigmentaciones SI  NO   
 Labio fisurado SI  NO

Queilitis angular SI NO  
Color cianótico: SI  NO

Otros  Cuáles

Tonicidad labial  
Hipertónico SI  NO   
Hipotónico SI  NO   
Normal SI  NO

FORMA DE ROSTRO  
Cuadrado   
Triangular   
Ovalado

BIOTIPO FACIAL:  
Braquicéfalo   
Normocéfalo   
Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:  
FOTOGRAFÍA SI NO  
DERECHA SI NO  
IZQUIERDA SI NO  
LINEA MEDIA FACIAL recta  desviada

HABITOS  
MORDEDURA DE OBJETOS SI  NO  CUAL   
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS SI  NO  CUAL   
INTERPOSICION LINGUAL SI  NO   
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES SI  NO   
ONICOFAGIA SI  NO

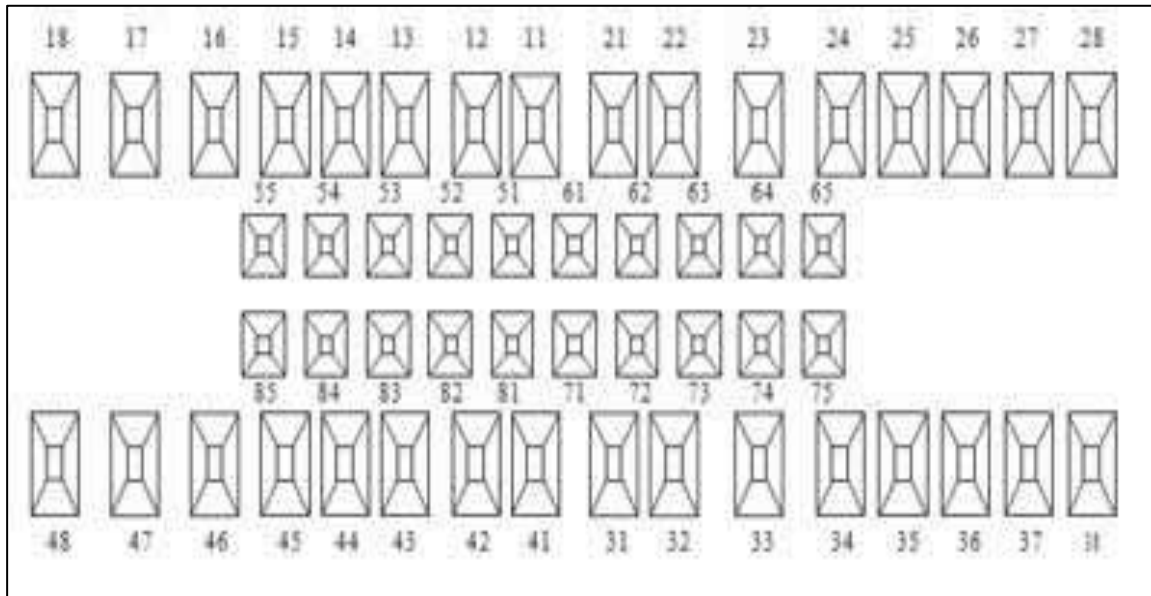


BRUXISMO  
 RESPIRADOR BUCAL  
 SUCCION DIGITAL

SI  NO   
 SI  NO   
 SI  NO

Localizacion

## ODONTOGRAMA:



C   
 P   
 O

Porta ortodoncia fija SI  NO   
 Tuvo tratamiento ortodoncico SI  NO

**TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO**

**CUADRANTE 1**

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

**CUADRANTE 2**

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

**CUADRANTE 3**

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

**CUADRANTE 4**

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

**CLASE DE KENNEDY**

CLASE I	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE II	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE III	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE IV	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>		

**PORTADOR DE PROTESIS**

P. FIJA	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Tipo	<input type="text"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MATERIAL	<input type="text"/>
P. TOTAL	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="text"/>

**LESIONES NO CARIOSAS**

SI  NO

Erosión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Clase I	<input type="text"/>	clase II	<input type="text"/>	clase III	<input type="text"/>
Abrasión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>
Atrición	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>						
Abfracción	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>						

Fluorosis dental SI  NO  Cuestionable  Muy leve  leve  grado Severo

**ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES**

Supernumerarios SI  NO  Pieza:   
 Agenesia SI  NO  Pieza:

**PERDIDA POR PATOLOGIAS**

Traumatismos SI  NO  Pieza:   
 Caries SI  NO  Pieza:

**OCLUSIÓN**

**RELACIÓN MOLAR:**

Clase I SI  Derecha  Izquierda   
 Clase II SI  Derecha  Izquierda   
 Clase III SI  Derecha  Izquierda   
 No aplicable Derecha  Izquierda

**RELACIÓN CANINA:**

Clase I SI  Derecha  Izquierda   
 Clase II SI  Derecha  Izquierda   
 Clase III SI  Derecha  Izquierda   
 No aplicable Derecha  Izquierda

OVERJET MEDIDA  POSITIVO  NEGATIVO   
 OVERBITE MEDIDA  POSITIVO  NEGATIVO

**MALOCLUSIONES**

Mordida abierta Anterior SI  NO   
 Mordida Abierta Posterior SI  NO  UNILATERAL  BILATERAL   
 Mordida profunda SI  NO

Mordida cruzada anterior SI  NO   
 Mordida cruzada posterior SI  NO  UNILATERAL  BILATERAL   
 Mordida bis a bis SI  NO

**APIÑAMIENTO DENTAL**

Anterior SI  NO  Leve  Moderado  Severo   
 Posterior SI  NO  Leve  Moderado  Severo

**FORMA DE DIENTES**

Triangular   
 Ovalados   
 Cuadrados

**PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL**

MESIALIZADAS Pieza  DISTALIZADAS Pieza   
 LINGUALIZADAS Pieza  VESTIBULARIZADAS Pieza   
 EXTRUIDAS Pieza  INTRUIDAS Pieza

**MAXILAR:**

Forma de arcada   
 Cuadrado   
 Triangular   
 Ovoidal

**PALADAR DURO**

Torus palatino SI  NO   
 Comunicación bucosinusal SI  NO   
 Atresia maxilar SI  NO   
 Micrognatismo maxilar SI  NO   
 Macrognatismo Maxilar SI  NO   
 Petequias SI  NO

**PALADAR BLANDO**

Lesiones Ulcerosas

Aftas mayores  Aftas menores  Lesiones Herpéticas

**MANDIBULA**

Forma de arcada

Cuadrado

Triangular

Ovoidal

**MUCOSA ORAL**

Lesiones Blancas

SI

NO

Localizacion

Lesiones Rojas

SI

NO

Localizacion

Lesiones Ulcerosas

SI

NO

Localizacion

**EPULIS TRAUMATICO**

SI

NO

Localizado Carrillos

Localizado Reborde

**PISO DE LA BOCA:**

Ránula

SI

NO

Localizacion

Hipertrofia de frenillo lingual

SI

NO

Torus lingual

SI

NO

**CARRILLOS:**

Aftas o estomatitis

SI

NO

**GLÁNDULAS SALIVALES:**

**G. Parótida**

**G. Submaxilar**

**G. Sublingual**

Tumefacción

Dolor

Secresión Purulenta

Fluidez Salival

**Obstrucción de conductos salivales**

**PH SALIVAL**

**ÁCIDO(ROJO)**

**BÁSICO(AZUL)**

**NORMAL(NO HAY CAMBIO)**


**FRENILLO LABIAL**

**NORMAL**

SI

NO

**INSERCIÓN BAJA**

SI

NO

**APÉNDICE DE FRENILLO**

SI

NO

**Produce diastemas a nivel incisivos**

SI

NO

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

SI

NO

**FRENILLO LINGUAL**

**NORMAL**

SI

NO

**ANQUILOGLOSIA**

SI

NO

**PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS**

SI

NO

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

SI

NO

**LENGUA:**

**FISURADA**

SI

NO

**GEOGRÁFICA**

SI

NO

**MACROGLOSIA**

SI

NO

**PATOLOGÍA PULPAR:**

SI

NO

**1. Inspección**

**Cambio de color**

Si

No

**Piezas:**

**Caries penetrante**

Si

No

**Piezas:**

Exposicionpulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Lineas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fistula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>

Fractura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
----------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------	----------------------

**Tejidos Dentales**

Coronaria	<input type="text"/>
Radicular	<input type="text"/>
Corono-radicular	<input type="text"/>

**Tejidos de Soporte**

Contusión	<input type="text"/>
Subluxación	<input type="text"/>
Luxación	<input type="text"/>
Intrusión	<input type="text"/>
Avulsión	<input type="text"/>

**2. Análisis del fenómeno doloroso**

§ Provocado	<input type="text"/>	§ Sordo	<input type="text"/>
§ Localizado	<input type="text"/>	§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>	§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>	§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>	§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>	§ Constante	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>	§ Agudo	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

**3. Palpación**

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tumefacción firme			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

**Tumefacción Blanda**  
**Asintomático**

**4. Percusión**

**Horizontal**

**Positivo**

**Negativo**

**Vertical**

**Positivo**

**Negativo**

**5. Pruebas térmicas**

**frío**

**Positivo**

**Negativo**

**calor**

**Positivo**

**Negativo**

**Cede despues del estimulo**

**Al retirarlo persiste**

**6. Movilidad**

**Grado I**

**Pieza**

**Grado II**

**Pieza**

**Grado III**

**Pieza**

**7. Sondaje periodontal**

**MV**

**MeV**

**DV**

**MP-L**

**MeP-L**

**DP-L**

**8. Diagnóstico Radiográfico**

**Cámara pulpar Normal**

**Modificada**

**Conductos radiculares Calcificación**

**Resorción interna**

**Resorción externa**

**Otros**

**Periápice**



Lesión periapical

Presente

Ausente

Ligamento periodontal

Normal

Denso

Roto

**9. DIAGNÓSTICO**

NECROSIS PULPAR

PULPITIS IRREVERSIBLE

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

PULPITIS REVERSIBLE

ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO

ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA

ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA

DESPULPADO / RETRATAMIENTO

OTRO: .....

**PATOLOGIA PERIODONTAL**

**EVALUACIÓN PERIODONTAL:**

**Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad**

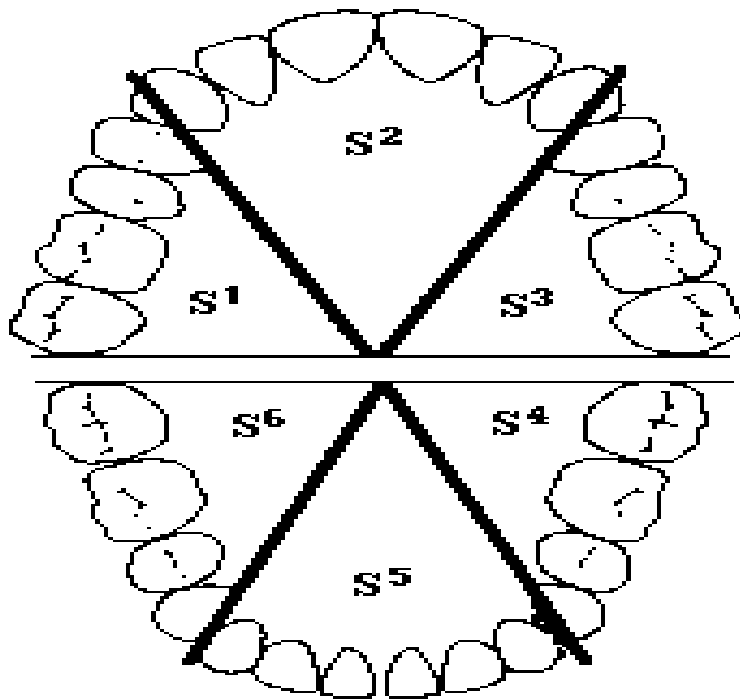
**NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL**

0 Tejidos sanos

1 Sangrado gingival

2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas


3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm



S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		
Código 0: Mantener las medidas de prevención.		
Código 1: Instrucción de higiene bucal		
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes		
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular		
DIAGNOSTICO		
OBSERVACIONES		

### VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0	<input type="checkbox"/>	G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1	<input type="checkbox"/>	G1	Zona enrojada de encia que rodea diente
G2	<input type="checkbox"/>	G2	Gingivitis alrededor del diente
G3	<input type="checkbox"/>	G3	Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

### PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

CÁLCULO SUPRABUCCINAL	PIEZA #10 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #40 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
CÁLCULO SUBMUCOSAL	PIEZA #10 ó 15	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
	PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
	PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
	PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
	PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
	PIEZA #40 ó 45	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz	<input type="text"/>	1/3 raíz
INDICE IHOS						
	Placa Bacteriana					
	PIEZA #10 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
	PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	
PIEZA #40 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	<input type="text"/>	1/3 corona	

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

Le gustaria recibir tratamiento odontologico

Si

No

Que tipo de tratamiento

Que tipo de atencion prefiere

Publica

Privada

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL

Si

No

Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL

Si

No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico

Si

No

Porque

RESPONSABLE:

## ANEXO 5

### ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Páginas</b>
TABLA 1: Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior en los y las Estudiantes de 18 a 30 años de Edad de la Universidad Nacional de Loja.	25
TABLA 2: Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género MASCULINO.	26
TABLA 3: Frecuencia de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género FEMENINO.	27
TABLA 4: Frecuencia de Variantes Anatómicas y su Relación con el Género Masculino y Femenino	28
TABLA 5: Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior, en los y las Estudiantes de 18 a 30 años de Edad de la Universidad Nacional de Loja	29
TABLA 6: Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género MASCULINO.	30
TABLA 7: Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género FEMENINO	31
<b>TABLA 8:</b> Frecuencia del Tipo de Variantes Anatómicas del Frenillo Labial Superior y su Relación con el Género Femenino y Masculino.	32

## **ANEXO 6**

### **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

	<b>Páginas</b>
<b>FIGURA 1:</b> Tipos de Frenillos Bucales Según su Forma	<b>11</b>
<b>FIGURA 2:</b> Área de la Salud Humana	<b>40</b>
<b>FIGURA 3:</b> Área de la Salud Humana	<b>40</b>
<b>FIGURA 4:</b> Frenillo Labial Superior con Apéndice	<b>41</b>
<b>FIGURA 5:</b> Frenillo Labial Superior con Apéndice	<b>41</b>
<b>FIGURA 6:</b> Frenillo Labial Superior con Nódulo	<b>42</b>
<b>FIGURA 7:</b> Frenillo Labial Superior con Nódulo	<b>42</b>
<b>FIGURA 8:</b> Frenillo Labial Superior Bífido	<b>43</b>
<b>FIGURA 9:</b> Frenillo Labial Superior Bífido	<b>43</b>
<b>FIGURA 10:</b> Frenillo Labial Superior Doble	<b>44</b>
<b>FIGURA 11:</b> Frenillo Labial Superior Doble	<b>44</b>
<b>FIGURA 12:</b> Frenillo Tectolabial	<b>45</b>
<b>FIGURA 13:</b> Frenillo Tectolabial	<b>45</b>

## 12. ÍNDICE

CARATULA	
CERTIFICACIÓN.....	I
AUTORÍA.....	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
TEMA.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISION DE LA LITERATURA.....	6
MATERIALES Y METODOS.....	23
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	40
ÍNDICE.....	65