

PREVALENCIA DE LA FORMA DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE SEWERIN, EN ESCOLARES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA HUMBERTO LUNA DELCUSCO, 2018

CRUZ W.*

RESUMEN

Objetivo: Establecer la prevalencia de la forma del frenillo labial superior de acuerdo a la clasificación de Sewerin, en estudiantes de 13 a 17 años de edad de la Institución Educativa "Humberto Luna" del Cusco. Material y Método: Se trabajó con una muestra integrada por 271 estudiantes entre varones y mujeres. Metodológicamente el trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada para la investigación. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS versión 21, para establecer las diferencias de las formas del frenillo según sexo y edad. Resultados: Los resultados permitieron determinar que el frenillo labial superior más prevalente, de acuerdo a la clasificación de Sewerin, es el normal en ambos sexos y todos los grupos etarios que se investigó. Conclusiones: El frenillo labial prevalente, en toda la población investigada, en todos los grupos etarios y en ambos sexos fue el normal.

Palabras clave: Prevalencia, frenillo labial superior.

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence of the shape of the upper labial frenulum according to the Sewerin classification, in students from 13 to 17 years of age of the Educational Institution "Humberto Luna" of Cusco. Material and Method: We worked with a sample integrated by 271 students between men and women. Methodologically, the research work has a quantitative, descriptive and transversal approach. As an instrument, a data collection card prepared for the investigation was used. Data processing was carried out with the SPSS program version 21, to establish the differences of the frenulum forms according to sex and age. Results: The results allowed to determine that the most prevalent upper labial frenulum, according to the Sewerin classification, is the normal one in both sexes and all the age groups that were investigated. Conclusions: the prevalent labial frenulum, in all the investigated population, in all age groups and in both sexes was normal.

KEY WORDS: Prevalence, upper lip frenulum.

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal del ser humano está constituida por un conjunto de estructuras asociadas entre sí, que realizan funciones específicas, tales como la masticación y trituración de alimentos, secreción de saliva, absorción, gustación, fonación y lenguaje articulado.

Dentro de esas estructuras están los labios, carrillos, la lengua, el paladar, periodonto, las glándulas salivales y, por supuesto, los dientes. Forman parte también de las estructuras normales de la cavidad bucal los frenillos, que son pliegues longitudinales de las membranas mucosas. Existen frenillos principales, que son los labiales, tanto superior como inferior. Asimismo, se pueden observar los frenillos laterales, igualmente tanto superiores como inferiores y, finalmente, el frenillo lingual.

El frenillo vestibular o del labio superior es una banda ancha de mucosa, con abundante tejido conjuntivo fibroso que se proyecta desde el labio superior hasta la encía del maxilar superior. Las fibras que lo componen pueden, en ocasiones, pasar entre los incisivos centrales superiores ocasionando la separación de los mismos.

Además de otras clasificaciones, Sewerin usa una clasificación morfológica de los tipos de frenillo labial: frenillo labial normal, frenillo tecto-labial persistente, frenillo labial con apéndice, frenillo labial con nódulo, Frenillo labial doble, frenillo labial con nicho, frenillo labial bífido displasia del frenillo labial

Para componer esta clasificación, observó la forma del frenillo en toda su extensión, considerando la prevalencia del tipo de frenillo.

No se conoce con precisión la función del frenillo; sin embargo, parece que es un anexo rudimentario que limita el movimiento del labio superior y da alguna estabilidad a los músculos orbiculares labiales. La deformidad del frenillo muchas veces es el resultado de su baja inserción y frecuentemente de una separación de los incisivos centrales; otro efecto de la persistencia de un frenillo anormal es la restricción en los movimientos del labio superior que puede afectar la expresión facial del individuo como también alterar la fonación, dando un son balbuceante o silbante a causa de los espacios.

En lo que se refiere a su fisiología, el frenillo es una estructura que está sujeta a cambios en la forma, tamaño y posición en las varias etapas de desarrollo, durante las cuales tiende a disminuir en extensión e importancia. Durante la fase precoz de la vida embrionaria, el frenillo es muy grande y tiende a disminuir de tamaño con la edad.

El frenillo labial posee una tendencia regresiva con el paso del tiempo, ocurriendo el cierre de los diastemas por las fuerzas mesiales que se originan de la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes; o sea, con el crecimiento existe una tendencia a que el frenillo permanezca estacionario o que se mueva hacia apical; lo que puede parecer un frenillo anormal a los cuatro años de edad, se puede volver normal a los 8 ó 10 años. La presente investigación se realizó en estudiantes de 13 a 17 años de edad, de ambos sexos, de la Institución Educativa Humberto Luna, matriculados en el año lectivo del 2018, tomándose como parámetro de medición la prevalencia de la forma de frenillo labial superior según sexo y edad, de acuerdo a la clasificación de Sewerin,

La relevancia de este trabajo radica en que nos permite establecer datos propios sobre el problema, los mismos que a su vez contribuirán a mejorar los diagnósticos y planes de tratamiento para los distintos tipos de frenillos

Frenillo labial

Los frenillos bucales son pliegues de la membrana mucosa, que por lo general contienen fibras musculares, que conectan los labios y los carrillos a la mucosa alveolar o encía y periostio subyacente.2-8

El frenillo labial superior es un pliegue triangular fino de mucosa, de base orientada hacia apical, en forma de hoja de cuchillo, y tiene origen relativamente profundo en la cara interna del labio superior, se extiende hacia atrás y hacia arriba, insertándose en la

porción media de la cara vestibular del proceso alveolar y terminando en un punto más o menos de 4 mm por encima de la papila interproximal de los incisivos centrales.

Clasificaciones del frenillo labial superior

A) De acuerdo a la forma del frenillo:

Existen distintas clasificaciones de los frenillos labiales, según su morfología:

Sewerin, clasifica el frenillo de acuerdo con la morfología, sus variaciones y anomalías:

Las variaciones del frenillo labial(normalidad): frenillo simple; frenillo simple con apéndice; frenillo simple con nódulo.

Las anomalías del frenillo labial: frenillo bífido; frenillo con receso; frenillo tectolabial persistente, frenillo doble; coincidencia de dos o más variaciones de frenillo o anomalías.

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.

2) Frenillo tecto-labial persistente, frenillo combinado con diastema entre los incisivos centrales superiores y con la inserción en el área de la papila incisiva.

3) frenillo labial con apéndice – prolongación suelta de tejido blando insertado en el borde libre del frenillo.

4) Frenillo labial con nódulo: aumento semejante a un nódulo, firme, blancuzco, localizado en el borde libre del frenillo e incorporado en la masa del mismo.

5) Frenillo labial doble: variación donde existe duplicación del frenillo, pudiéndose encontrar como estructura separada o en combinación con el frenillo principal.

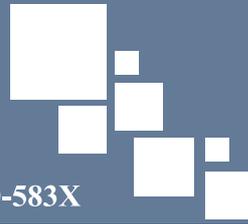
6)Frenillo labial con nicho: invaginaciones de desarrollo de la membrana mucosa del propio frenillo o de tejido vecino.

7) Frenillo labial bífido: frenillo marcado por un surco vertical mediano.

8) Displasia del frenillo labial: describe las varias malformaciones del frenillo que ocurren en numerosos síndromes.5

Jacobs describe cuatro tipos de frenillo anormales:

- Base ancha en forma de abanico en el labio
- Base ancha en forma de abanico entre los incisivos
- Bases anchas con forma de abanico en el labio y entre los incisivos
- Amplio frenillo difuso adiposo .6



Monti distingue tres tipos de frenillos:

- Frenillo de tipo alargado, que presenta bordes derecho e izquierdo paralelos
- Frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular
- Frenillo de forma triangular, de base inferior 6

B) De acuerdo a las estructuras que forman el frenillo:

- Frenillo fibroso, compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.
- Frenillo muscular, pueden estar integrados distintos músculos dentro del frenillo: músculo elevador propio del labio superior, músculo nasal y depresor septal, músculo elevador del ángulo de la boca.
- Frenillo mixto o fibromuscular. 6

C) De acuerdo a su ubicación de inserción:

Placek, clasifica el frenillo de acuerdo con la ubicación de inserción: la inserción mucosa - que puede estar en la propia mucosa, -o unión mucogingival, inserción en la encía adherida, inserción papilar: la papila interproximal; inserción papilar penetrante, hasta la encía insertada palatina. 7-19-20

Diagnóstico del frenillo anormal

Los frenillos y bridas son formaciones constantes en la cavidad bucal. El frenillo se puede convertir en un problema si su inserción está muy cerca de la encía marginal y puede o no llevar a trastornos de orden gingival o periodontal. Al tirar el margen gingival facilita la acumulación de irritantes y puede desviar la pared de una bolsa periodontal aumentando su severidad, interfiere en el cepillado correcto de los dientes; del mismo modo en la cicatrización de la herida después del tratamiento, evitando la adaptación perfecta de la encía y, como consecuencia la etiología y el diagnóstico se confunden en la práctica clínica.

El frenillo labial anormal es un haz de tejido fibroso, que se inserta en la mucosa interna del labio superior y se extiende por encima de la cresta alveolar hasta la papila palatina. Este pliegue de tejido, por lo general de forma triangular, no difiere estructuralmente de los tejidos de otras zonas de la boca, excepto por el problema de la configuración. Por lo tanto, un cuidadoso examen y el diagnóstico diferencial son imperativos antes de pensar en la remoción del frenillo. 19-20

Una manera simple de la realización de este diagnóstico es por la distensión del labio: "Test de

isquemia o maniobra de Graver" o "Test de Krammer", 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). 6

El frenillo labial hipertrófico, puede ser observado después de la erupción completa de los incisivos centrales y laterales permanentes, cuando este mantiene, de forma exagerada, la mayor parte de las características inherentes a su etapa de desarrollo. 19-20

Valladares Neto Ribeiro y Silva Filho, consideran los siguientes requisitos para el diagnóstico precoz del diastema superior patológico:

- Divergencia del eje longitudinal de las coronas de los incisivos centrales.
- Discrepancia diente- hueso negativa en el arco dentario superior, resultando una insuficiencia de espacio para la erupción o la alineación de los incisivos laterales.
- Problemas periodontales debido a la impactación de alimentos y una dificultad mayor para la higiene.
- Desarrollo de hábitos bucales dañinos.
- Compromiso estético, interfiriendo negativamente en la autoimagen del paciente.

Relación diastema-frenillo

Según Vono et al. (1973) y Baer y Benjamín (1975), estas teorías contradictorias tendrían su base en la inseguridad por parte del clínico, en no saber diferenciar un verdadero frenillo anómalo de uno que no lo es, sobre todo en la infancia, donde existe una alta frecuencia de frenillos de inserción baja. 20

Gibbs (1968) y Walter (1978) nos recuerdan que la presencia de un diastema entre los incisivos centrales maxilares no siempre se debe a un frenillo de inserción baja, existen también otros factores etiológicos. Un frenillo deberá ser considerado anómalo, sólo cuando todas las demás causas han sido eliminadas.

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. Seguidamente, en relación con estos problemas pueden también aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular. 6

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 esta 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 presión de la prótesis. 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.

MATERIAL Y METODO

Se solicitó una entrevista personal con la directora de la Institución Educativa Humberto Luna del Cusco, ubicada en la Av. Centenario N° 700, previa presentación de una solicitud acompañada del proyecto para la realización de la investigación (Anexo N° 3). Durante la entrevista se le brindó información detallada y completa sobre el estudio y procedimientos a realizar, especificando el propósito de nuestra investigación para obtener la autorización para trabajar con estudiantes. Asimismo, se solicitó al Gerente de la Micro red de Salud Belenpampa, autorización para usar las instalaciones de los consultorios odontológicos (Anexo N° 4); en los cuales se realizó la evaluación clínica y registro fotográfico.

Se coordinó con los docentes que laboran en la institución educativa, para poner en conocimiento de la realización de la investigación y se elaboró un cronograma de trabajo, viendo la disponibilidad de docentes y estudiantes para la evaluación clínica y otras actividades. Asimismo, se logró la firma del consentimiento informado por parte de los padres. El examen clínico se realizó a los estudiantes que cumplieron con los criterios de selección. La técnica que se utilizó en la investigación fue la observación clínica directa, con lo cual se determinó las diferentes formas de frenillo labial superior.

La evaluación clínica se llevó a cabo en el consultorio odontológico del Centro de Salud de Belenpampa, en el horario de 8:00 horas a 13:00 horas del día, de lunes a viernes. Esta evaluación se realizó aplicando todos los métodos y técnicas de bioseguridad necesarios (uso de mandil, guantes, barbijo, gorro, campos de trabajo e instrumental estéril para cada estudiante). El examen clínico se realizó ubicando al estudiante en el sillón de la unidad odontológica, utilizando luz artificial de la misma unidad. Cerca del examinador se ubicó una mesa con todos los instrumentos necesarios: abre boca, baja lenguas desechables, solución antiséptica, gasas

estériles. Además, se contó con la ayuda de dos internos de Estomatología para definir el frenillo y proceder con la observación clínica. Para la determinación de la forma del frenillo de acuerdo a la clasificación de Sewerin, a través del examen clínico, se siguió los siguientes pasos:

- Un colaborador, ubicado por detrás del escolar, tomó el labio superior bimanualmente con guantes y lo extendió hacia arriba y algo atrás.
- El investigador hizo la observación, posicionado frente y delante del escolar, para determinar la forma de frenillo.
- La observación se hizo con luz artificial.

Los datos se registraron en las fichas diseñadas para el estudio. Para garantizar la confiabilidad en la recolección de datos, el investigador fue calibrado por el Asesor de la Tesis, en el transcurso de cinco sesiones en las que se examinó a diez escolares en promedio por sesión. Los valores observados fueron sometidos a una prueba de concordancia y consistencia.

RESULTADOS

Los resultados permitieron determinar que el frenillo labial superior más prevalente, de acuerdo a la clasificación de Sewerin, es el normal en ambos sexos y todos los grupos etarios que se investigó.

TABLA N° 1

Distribución numérica y porcentual de los escolares de la institución educativa humberto luna, según el sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	157	57.9%
FEMENINO	114	42.1%
Total	271	100.0%

La tabla muestra que del total de 271 estudiantes, el mayor número y porcentaje de la población corresponde al sexo masculino: 157 (57.9%). Al sexo femenino corresponde 114 estudiantes: 114 (42.1%).

TABLA N° 2

Distribución numérica y porcentual de los escolares de la institución educativa humberto luna, según edad.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
13	53	19.6%
14	54	19.9%
15	74	27.3%
16	38	14.0%
17	52	19.2%
Total	271	100.0%

La tabla muestra que el mayor número y porcentaje fue para el grupo de edad de 15 años: 74 (27.3%), seguido de los grupos de edad de 14 años: 54 (19.9%), 13 años: 53 (19.6%), 17 años: 52 (19.2%). El menor número y porcentaje fue para el grupo de edad de 16 años: 38 (14%).

TABLAN° 3

Distribución numérica y porcentual de la forma de frenillo en escolares de la institución educativa humberto luna del cusco.

FORMA DE FRENILLO LABIAL	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	142	52.4%
TECTO LABIAL	49	18.1%
CON APENDICE	26	9.6%
CON NODULO	42	15.5%
DOBLE	8	3.0%
CON NICHOS	1	0.4%
BIFIDO	3	1.1%
Total	271	100.0%

La tabla muestra que el frenillo más frecuente es el normal, 142 (52.4%); seguido del tecto labial, 49 (18.1%); con nódulo, 42 (15.5%); con apéndice, 26 (9.6%); doble, 8 (3%); bífido, 3 (1.1%); finalmente, el menos frecuente fue el frenillo con nicho, 1 (0.4%).

TABLAN° 4

Distribución numérica y porcentual de la forma de frenillo en escolares de la institución educativa humberto luna del cusco, según sexo.

FORMA DE FRENILLO	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
Normal	93	34.3%	49	18.1%	142	52.4%
Tecto labial	20	7.4%	29	10.7%	49	18.1%
Con apéndice	15	5.5%	11	4.1%	26	9.6%
Con nódulo	22	8.1%	20	7.4%	42	15.5%
Doble	5	1.8%	3	1.1%	8	3.0%
Con nicho	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%
Bífido	2	0.7%	1	0.4%	3	1.1%
Total	157	57.9%	114	42.1%	271	100.0%

La presente tabla muestra que, en el sexo masculino, de un total de 157 frenillos, el más frecuente es el normal: 93 (34.3%), seguido del frenillo con nódulo: 22 (8.1%), tecto labial: 20 (7.4%), con apéndice: 15 (5.5%), doble: 5 (5%), bífido: 2 (0,7); no presentándose ningún caso de frenillo con nicho.

En cuanto al sexo femenino, de un total de 114 frenillos, se puede observar que el frenillo normal también es el más prevalente: 49 (18.1%), seguido del tectolabial: 29 (10,7%), con nódulo: 20 (7,4%), con apéndice: 11 (4,1%), doble: 3 (1,1%) y los menos prevalente fueron el bífido y con nicho con el 0.4%, respectivamente.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, la prueba estadística del chi cuadrado muestra que no existe una asociación estadística de la diferencia (p=0.080).

DISCUSIÓN

El frenillo labial superior es un reparo anatómico normalmente presente en la cavidad bucal. Puede presentar diferentes formas, diferente estructura histológica y diferentes niveles o extensión de inserción. No es infrecuente que estas variaciones ocasionen alteraciones funcionales y estéticas en las vecindades de la cavidad bucal, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportunos son las mejores medidas para evitar o corregir esas alteraciones.

La presente investigación, determina la prevalencia del frenillo labial superior según la forma en una población escolar comprendida en edades variadas y de ambos sexos. Sin embargo, los resultados de este estudio establecen que no hay variaciones importantes de tal prevalencia según las covariables tomadas en cuenta. Luego de procesar los datos obtenidos en este trabajo de investigación, los resultados muestran que el frenillo prevalente en todos los grupos etarios y ambos sexos es el normal.

Comparando con los resultados obtenidos por Torres Estrada Stefania Nathaly (Ecuador- 2014), en su estudio “Incidencia de variantes anatómicas del frenillo labial superior en los estudiantes de 18 a 30 años de edad de la Universidad de Loja modalidad estudios presenciales en el periodo mayo –julio del 2014”, quien encontró que del 100% de personas estudiadas, un 25% presentan algún tipo de variante anatómica del frenillo. Al respecto se puede afirmar que esta prevalencia es menor a la encontrada en el presente estudio: 47.6%. Asimismo, en el estudio referido el orden de las variantes fueron en el siguiente orden: frenillo labial superior con apéndice, con nódulo, y finalmente frenillo labial superior doble y bífido representado con la misma prevalencia.

En el presente estudio el orden de prevalencia es: frenillo tecto labial, con apéndice, con nódulo doble, con nicho y bífido. Respecto al sexo, los resultados difieren. En el estudio referido hay mayor variación en la forma de frenillo en el sexo masculino, mientras que este la variación es mayor en el sexo femenino.

En el presente estudio los resultados fueron en orden de prevalencia: frenillo normal, tecto labial y con apéndice. Respecto al sexo, los resultados coinciden con los del antecedente anterior y el de Narváez Reinoso María del Carmen (Ecuador-2014), respecto al frenillo normal.

Finalmente, en base a los resultados, se puede sostener que la normalidad del frenillo labial superior, en cuanto a la forma, es prevalente, por lo que es poco probable que existan manifestaciones intraorales negativas en relación al frenillo. Pero, aun así, sería conveniente realizar investigaciones que permitan establecer la existencia o no de dicha asociación.

SUGERENCIAS

A los estudiantes y profesionales de odontología del Cusco, se sugiere realizar estudios similares al presente en otros ámbitos geográficos de nuestra región para contrastar los resultados de esta investigación y tener un panorama más amplio de las variaciones de la forma del frenillo labial superior y su relación con manifestaciones intraorales.

A los directivos de la Asociación de padres de familia de la I. E. Humberto Luna, solicitar el apoyo de los cirujanos dentistas del Centro de Salud de Belenpampa, por proximidad, para que evalúen periódicamente a sus hijos y así detectar alguna alteración prematuramente y evitar manifestaciones adversas en el tiempo.

A la directora de la I. E. Humberto Luna, se sugiere gestionar en los establecimientos de salud de fácil acceso para lograr el apoyo de profesionales odontólogos que realicen actividades de educación para salud bucal, orientadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza, FA. Periodontología Clínica. 9ª ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2003.
2. Boj JR. Odontopediatría. 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 2005.
3. Kruger, GO. Cirugía Bucal-Maxilo Facial. 7ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1988.
4. Laskin, DM. Cirugía Bucal y Máxilo Facial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1988.
5. Cesário Antonio Duarte. Luiza Paula Costa Martins Duarte. / Jorge Abrão. / Luis Cabeza Ferrer. / Influencia de los frenillos labiales en el tratamiento ortodóncico: indicación quirúrgica Revista Gaceta Dental/2009/VOL, disponible en <https://www.gacetadental.com/2009/03/influencia-de-los-frenillos-labiales-en-el-tratamiento-ortodncico-indicacin-quirrgica-31248>
6. Gay, C. Cirugía Bucal. 1ª ed. Barcelona: Editorial Océano; 2004.
7. Tobias A, Veras P, Leal de Moura W, Leal de Moura W. Descrição da Morfologia dos Frênulos Labiais Superiores em Escolares de Teresina. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo fac. [Revista en Internet] 2007 [Consultado 20 abril 2013];7(3). Disponible en: <http://www.revistacirugiabmf.com/2007/v7n3/8.pdf>
8. Cortázar FF, Molino FM. Cirugía mucogingival. 1ª ed. España: Team Work Media; 2004.
9. Raspall, G. Cirugía Oral e Implantología. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2007.
10. Lindhe, J. Periodontología clínica e Implantología Odontológicas. 3ª ed. México D.F: Editorial Médica Panamericana; 2000.
11. Guedes-Pinto AC. Odontopediatría. Atención Integral. 1ª ed. Caracas: Editorial AMOLCA; 2003.
12. Figun, ME. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial ElAteneo; 1997.
13. Alves, N. Anatomía Aplicada a la Odontología. 1ª ed. Brasil: Editorial Santos Editora; 2009.
14. Norton NS. Netter. Anatomía de Cabeza y Cuello para Odontólogos. 2ª ed. España: Editorial Masson; 2007.
15. Avery JK. Principios de Histología y Embriología Bucal. 3ª ed. Madrid: Editorial Elsevier España; 2007.
16. Gómez de Ferraris, ME. Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009.
17. Gonzales de Palmero, MC. El Aparato y su Relación con las Regiones de la Cara. Desarrollo, Estructura y Función. 3ª ed. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Universidad Central de Venezuela; 2005.

18. Rosal, A E. Hallazgos histológicos en frenillos labiales superiores.medios.ltad de Odontología de la, durante los meses de junio a agosto del 2002 [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología; 2002. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1621.pdf
19. Diaz PI, María Elena. Diastema medio interincisal y su relación con el frenillo labial superior: una revisión. Rev. Estomatol. Herediana. [online]. ene./dic. 2004, vol.14, no.1-2 [citado 10 Julio 2013], p.95-100. Disponible en la World Wide Web:
<http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552004000100020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1019-4355.
20. Casarin R. C., Rigo, L. Freio labial superior: diagnóstico e tratamento cirúrgico [Monografía en Internet]. Passo Fundo-RS: Unidade de Pósgraduação da Faculdade Ingá – UNINGÁ; 2009. [accesado 1 de abril 2013]. Disponible en: <http://www.ceompf.com.br/arq/201201171556101276275771.pdf>
21. Chiapasco, M. Cirugía Oral. 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 2004.
22. Kaban, LB. Cirugía Bucal y Máxilo Facial en Niños. 1ª ed. México: Editorial Interamericana; 1992.
23. Reyes K, Chavarría N. Frenillos Sobreinsertados. Revista de la Facultad de Odontología de Universidad Cooperativa de Colombia. [Revista on-line] 2005 [Consultado 17 mayo 2013]; 1(103).Disponible en:<http://wb.ucc.edu.co/revistanacionaldeodontologia/files/2011/03/articulo-05-vol1-n1.pdf>
24. . Barroso Macedo, JA, Sáez Martínez, S, Bellet Dalmau, L J. Indicación quirúrgica de frenillos bucales: a propósito de un caso. Rev Oper Dent Endod [serie en Internet] 2007; [citado 4 Abril 2013]; 5(56):[aprox. 5 p.].Disponible en:http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=28
25. Peñarrocha M. Cirugía Bucal y Ortodoncia. 1ª ed. Valencia: Editorial Promolibro; 2000.
26. Friedenthal M. Diccionario de Odontología. 2ª edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana. 2001.
27. Hernández S, Fernández C. Metodología de la Investigación. 2ª edición. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001.
28. Ramón J. Métodos de Investigación en Odontología. 1ª edición. España: Editorial Masson S.A.; 2000.

AUTOR: William Franco Cruz Lupa
E-MAIL: fran_william24@hotmail.com
CELULAR: 95628604
CIRUJANO DENTISTA

Recibido: 25 de Febrero 2019

Aceptado: 30 de Abril 2019