Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2026 / Nº 35



- REEMPLAZO DE IMPLANTES CON PERIIMPLANTITIS MEDIANTE EXTRACCIÓN ATRAUMÁTICA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTES CORTOS Y ESTRECHOS SIN REGENERACIÓN ÓSEA
- FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO
- QUISTECTOMÍA Y CIRUGÍA PERIAPICAL EN EL QUINTO SEXTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Rogelio Álvarez Marín
Iñigo Fernández - Figares Conde
Mª Ángeles Serrera Figallo

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: OnNet Center SL
ISSN: 2530 - 4135

Sumario

• Editorial 4-5

• Reemplazo de implantes con periimplantitis mediante extracción atraumática y colocación de implantes cortos y estrechos sin regeneración ósea 7-18

• Frenectomía labial superior: A propósito de un caso 20-25

• Quistectomía y cirugía periapical en el quinto sextante: A propósito de un caso 26-35

• Noticias /CURSOS 37-38

• Normas de publicación 39-40

• Patrocinadores AACIB 41



Editorial

Málaga 2026: recordar que la cirugía bucal es mucho más

Cuando estas páginas lleguen a nuestros lectores, estaremos a las puertas de una nueva cita de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal. Málaga acogerá los días 25 y 26 de septiembre de 2026 nuestro VIII Congreso AACIB, con su jornada científica principal en un escenario tan singular como el Centre Pompidou Málaga. Será, una vez más, una magnífica ocasión para encontrarnos, aprender y compartir aquello que constituye la razón de ser de nuestra Asociación: la Cirugía Bucal.

Cada congreso tiene su personalidad. Y creo que el de Málaga posee una especialmente oportuna. En los últimos años hemos asistido a un extraordinario desarrollo de la implantología, la regeneración ósea y la cirugía digital. Todos hemos contribuido, de una u otra forma, a ese desarrollo y todos nos hemos beneficiado de él. Pero existe el riesgo de terminar identificando la cirugía bucal exclusivamente con el implante y con todo aquello que lo rodea.

Y la cirugía bucal es mucho más.

Por eso resulta especialmente acertado que el programa preparado por el Comité Organizador, presidido por el Dr. Francisco Javier Herrera Briones, recupere cuestiones que pertenecen al núcleo de nuestra disciplina: la biología aplicada a la cirugía, el uso racional de los antibióticos y el problema creciente de las resistencias bacterianas, la cirugía periapical, los traumatismos dentales, la osteonecrosis relacionada con medicamentos, el diagnóstico y tratamiento de las lesiones de la cavidad oral o la toma de decisiones ante una biopsia. Son materias quizás menos espectaculares en las redes sociales, pero absolutamente esenciales para ejercer una cirugía bucal rigurosa y segura.
Un cirujano bucal no se define solo por su capacidad para colocar un implante o realizar una regeneración compleja. Se define también por saber diagnosticar, establecer correctamente una indicación, reconocer una lesión potencialmente maligna, tratar una infección, preservar un diente cuando sea posible, evitar una complicación y saber cuándo una intervención determinada no debe realizarse.

Ese concepto integral de nuestra disciplina es el que debemos transmitir también a las nuevas generaciones. Necesitamos jóvenes profesionales técnicamente excelentes, pero también profesionales formados en patología, farmacología, diagnóstico, medicina oral, investigación y pensamiento crítico. La tecnología debe ampliar nuestra capacidad clínica, nunca sustituir nuestro conocimiento.

Los congresos tienen además otra función difícilmente sustituible. La ciencia avanza en las publicaciones, pero las comunidades científicas también se construyen alrededor de una mesa, durante un café o en una conversación entre compañeros. AACIB nació precisamente para generar esa comunidad andaluza en torno a la Cirugía Bucal y conectar a profesionales de nuestras ocho provincias con inquietudes comunes. Málaga será una nueva oportunidad para reforzar esos vínculos.

Habrá también espacio para las comunicaciones y los pósteres y me gustaría hacer una llamada especial a nuestros compañeros más jóvenes. Una sociedad científica permanece viva cuando sus miembros no se limitan a escuchar, sino que presentan sus casos, someten sus resultados a discusión y convierten su actividad clínica en conocimiento compartido.

Málaga nos ofrece este año ciencia, convivencia y una reivindicación implícita de nuestra identidad profesional.

Disfrutémosla.

Y, sobre todo, recordemos durante estos días algo que no deberíamos olvidar durante el resto del año: somos cirujanos bucales y la cirugía bucal sigue siendo una disciplina extraordinariamente extensa, exigente y apasionante.

Daniel Torres Lagares

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

bti
Human Technology

GAMA DE IMPLANTES

BTI CORE®



UN **SISTEMA ÚNICO** QUE SOLUCIONA LA MAYORÍA DE TUS TRATAMIENTOS IMPLANTOLÓGICOS

- Implantes cónicos con una única plataforma protésica (Ø3,5 mm).
- Indicada para la mayoría de las situaciones clínicas.
- Emergencia estrecha para espacios interdentales limitados.
- Reducción de plataforma para una mejora de los tejidos blandos.
- Superficie UnicCa® que induce la formación de hueso y minimiza la adhesión bacteriana.

DESCUBRE TODAS LAS VENTAJAS

TRUSTED QUALITY 2017 · 2026
CLEAN IMPLANT
BTI Biotechnology UnicCa
LONG-TERM PROVEN EXCELLENCE

Simplicidad y rentabilidad

BTI BiotechnologyInstitute | Tel:(+34)945140024 | bti-biotechnologyinstitute.es

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

FRENECTOMÍA LABIAL SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Escalza Clavero G[1], Fernández – Fígares Conde I[1], Fernández Asian I[1], Torres Lagares D[1], Gutiérrez Pérez JL[2].

[1] Máster CirugíaBucal. Universidad de Sevilla.
[2] UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El frenillo labial es una estructura anatómica constituida por un pliegue delgado de la mucosa oral compuesto por tejido conectivo denso, fibras colágenas y elásticas, y en algunos casos fibras musculares, que conecta el labio con la mucosa alveolar, la encía y el periostio subyacente[1]. Su función principales contribuir a la estabilidad y al control del movimiento labial; sin embargo, cuando presenta alteraciones en su morfología, tamaño o sitiode inserción, puede convertirse en un factor etiológico de diversas alteraciones funcionales, periodontales, ortodóncicas y estéticas. Un frenillo labial anormal puede limitar la movilidad del labio superior, dificultar la higiene oral, favorecer la acumulación de placa bacteriana, provocar recesión gingival y contribuir al desarrollo o mantenimiento del diastema de la línea media maxilar, afectando la fonación, la masticación y la estéticafacial del paciente[1,2].

Diversos sistemasde clasificación han sido propuestos para describir los tipos de inserción del frenillo labial, siendo ampliamente aceptada la clasificación de Mirko y cols., que lo divide en inserción mucosa, gingival, papilar y papilar penetrante, de acuerdo con la relación del frenillo con el tejido periodontal[2].

Los tipos de inserción papilar y papilar penetrante se asocian con mayor frecuencia al denominado síndrome de tirón, caracterizado por el desplazamiento de la encía marginal durante la tracción del labio, así como con alteraciones patológicas de la papila interdental y un mayor riesgo de persistencia del diastema interincisal. La inserción alta del frenillo labial ha sido identificada como uno de los principales factores relacionados con la dificultad para el cierre espontáneo del diastema cuando este supera los 2 mm, así como con la posibilidad de recaída tras el tratamiento ortodóncico[2,3].

La frenectomía labial es un procedimiento quirúrgico indicado cuando la inserción del frenillo genera alteraciones funcionales, periodontales o estéticas, tales como diastema de la línea media, recesión gingival, dificultad para mantener una adecuada higiene oral, limitación del movimiento labial o interferencia con tratamientos ortodóncicos y protésicos[4].

El procedimiento consiste en la escisión completa del frenillo, incluyendo sus fibras musculares y su inserción al periostio, con el objetivo de eliminar la tracción patológica sobre los tejidos periodontales y restablecer la función y la estética.

Históricamente, la frenectomía se ha realizado mediante técnica convencional con bisturí, descrita como una escisión amplia que puede incluir los tejidos interdentales y la papila palatina para asegurar la eliminación completa de las fibras musculares responsables de la tracción[4,5].

A lo largo del tiempo, se han descrito diversas modificaciones de la técnica convencional, como la técnica de Miller en casos de diastema postortodóncico, la plastia en Z para frenillos con inserción baja asociados a un vestíbulo corto, y la plastia en VY para el alargamiento vestibular, todas ellas diseñadas para optimizar los resultados funcionales y estéticos[5]. A pesar del desarrollo de nuevas tecnologías quirúrgicas, la frenectomía con bisturí continúa siendo un método eficaz, predecible y ampliamente utilizado en la prácticaclínica diaria, permitiendo un adecuado control del procedimiento y resultados clínicos satisfactorios cuando se realiza con una correcta indicación y técnica quirúrgica[4,5].

CASO CLÍNICO

Se presentael caso de una pacientede 13 años con inserciónanómala de frenillo preoperatorio (figura 1), acude al máster de Cirugía Bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla para el tratamiento quirúrgico de una frenectomía, por intención de cierre, a posteriori, de su diastema por parte de los compañeros de ortodoncia. La paciente no presenta antecedentes médicos relevantes, no refiere alergias, buena salud bucodental y ausencia de placa o caries.



Figura 1. Inserción anormal del frenillo, preoperatorio.

Se comienza con la infiltración de anestesia local en el vestíbulo bucal de los incisivos superiores, utilizando 1,5 carpulesanestésicos de "Ultracain con Epinefrina 40mg/ml + 10 microgramos/ml" solución inyectable. Semanipuló el tejidode inserción con dos pinzas mosquito curvas (figura 2).



Figura 2. Frenillo labial superior suje con dos pinzas mosquito curvas.

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

La incisión se realizó con bisturí. Se inicio en la zona interpapilar, en sentido apical, hasta completar la desinserción de las fibras de tejido (figura 3).



Figura 3. Frenillo extirpado

Una vez comprobado que las fibras, habían quedado totalmente desinsertadas con un periostotomo, procedimos a suturar la herida, con sutura Supramid 4/0 (figura 4) y se dieron pautas y medicación postoperatorias. Se citó a la paciente a las dos semanas para retirada de sutura y al mes (figura 5).



Figura 4. Sutura



Figura 5. Resultado clínico al mes de la intervención.

DISCUSIÓN

La inserción aberrante del frenillo labial maxilar ha sido ampliamente relacionada con diversas alteraciones periodontales y estéticas[6]. Diversos autores han señalado que una inserción alta del frenillo favorece la acumulación de placa, la dificultad en la higiene bucal, la recesión gingivaly la presencia de diastemaen la línea media, pudiendo incluso contribuir al desarrollo de periodontitis y a una apariencia antiestética[6,7]. Asimismo, se ha descrito que la tracción excesiva ejercida por el frenillo durante los movimientos labiales puede interferir negativamente con el cierre ortodóncico del diastema, favoreciendo su persistencia o recaída tras el tratamiento[6].

El tratamiento quirúrgico de elección para estas inserciones aberrantes es la frenectomía, procedimiento que tradicionalmente se ha realizado mediante técnica convencional con bisturí.

Aunque esta técnica es considerada efectiva y relativamente sencilla, presenta ciertas desventajas, como sangrado intraoperatorio, necesidad de sutura, cicatrización por segunda intención y posible formación de cicatrices visibles, especialmente cuando se realiza una incisión longitudinal amplia en la zona estética[8]. Edwards y cols.En su estudio advirtióque la formación de tejido cicatricial tras una frenectomía convencional puede interferir con el cierre ortodóncico del diastema, motivopor el cual la frenectomía previa al tratamiento ortodóncico ha sido considerada controvertida en algunos casos[9].

Con el objetivo de minimizar estas desventajas, se han propuesto múltiples modificaciones a la técnica convencional. Miller introdujo la técnica de frenectomía con injerto pediculado lateral, orientada a preservar la papila interdental y favorecer la formación de una banda ancha de encía insertada rica en colágeno, lo que contribuye a la estabilidad del cierre del diastema. En su estudio realizado en 27 pacientes, Miller observó que solo tres presentaron una reapertura menor a 1 mm, atribuyendo la estabilidad a la cicatrización por primera intención y a la preservación papilar. Estos hallazgos resaltanla importancia de la técnicaquirúrgica y del momento adecuadopara la intervención, recomendando su realización aproximadamente seis semanas antes de retirar el aparato ortodóncico[10].

Otras técnicas modificadas, como la plastiaen Z y la plastiaen VY, han sido descritas para reducir la tensión cicatricial y mejorar los resultados estéticos. Bajaj y cols. reportaronresultados satisfactorios con la técnica de plastia en Z, destacando una menor formación de tejido cicatricial y una apariencia estética favorable[6].

De manera similar, Shirbhate y cols. describieron un caso tratadomediante plastia en VY con bisturí, en el cual, tras un mes de seguimiento, se observó un desplazamiento apical del frenillo, cicatrización sin complicaciones y mínima formación de cicatriz. Estos autores concluyeron que la plastia en VY puede ser una alternativa válida en casos de inserción aberrante, especialmente cuando se busca minimizar la cicatriz visible[7].

Diversas técnicas quirúrgicas – frenectomía clásica, técnicade Miller, plastiaen Z, plastia en VY y frenectomía con láser de diodo – han demostrados ser efectivas si se seleccionan de acuerdo con el tipo de inserción del frenillo y las necesidades clínicas del paciente, enfatizando que la correcta elecciónde procedimiento es clave para obtener resultados funcionales y estéticos satisfactorios[8 6,7].

La literatura también señala que una inserción alta del frenillo no solo afecta la estética y la estabilidad ortodóncica, sino que puede comprometer los resultados de procedimientos periodontales regenerativos. Bajaj y cols. y Zucchelli y cols. reportaron que la tracción del frenillo puede influir negativamente en los resultados de injertos de tejido blando y duro, lo que refuerzala importancia de una frenectomía adecuada antes o durante la planificación de tratamientos periodontales complejos[6 11].

En cuantoa la preservación de la papila interdental, varios autores coincidenen que su conservación es crucial en la zona estética anterior,ya que la regeneración papilares impredecible y, en muchos casos, imposible[8].

Si bien diversos estudios han demostrado que las técnicas asistidas por láser se asocian con menor dolor, sangradoy necesidad de analgésicos, otros autores, como Sarmadi y cols., han reportado resultados contradictorios dependiendo del tipo de láser utilizado y de los parámetros empleados[12].

Estos hallazgos sugieren que, aunque el láser ofrece ventajas, una técnica convencional bien ejecutada con bisturí continúa siendo una opción válida, efectiva y predecible, especialmente cuando se controla adecuadamente la extensión de la incisión y se prioriza la preservación de los tejidos estéticos[12]. Finalmente, aunque algunosautores recomiendan posponerla frenectomía hasta la erupción de los caninos permanentes debido al carácterdinámico del frenillodurante el crecimiento, otros señalan que los diastemas mayores de 2 mm rara vez se cierran espontáneamente y que una inserción traumática del frenillojustifica la intervención quirúrgica temprana[9]. En este contexto, el caso presentado demuestraque una correctaindicación y ejecución de la frenectomía con bisturí puede conducira resultados clínicosy estéticos satisfactorios, con adecuada cicatrización y mínima morbilidad postoperatoria.

CONCLUSIONES

La indicación y el momento oportuno para la realización de una frenectomía labial superior continúan siendo motivo de debate en la literatura, especialmente en pacientes pediátricos. No existe un consenso definitivo que respalde la realización sistemática de este procedimiento en bebés o niños pequeñoscon el objetivo de prevenirel desarrollo del diastema de la línea media maxilar, considerando que, en edades tempranas, entre los 5 y 7 años, el diastema suele ser de carácter fisiológico y tiende a resolverse espontáneamente con la erupción de los incisivos laterales permanentes y los cambios asociados al crecimiento craneofacial.

Asimismo, la migración apical progresiva del frenillodurante el desarrollo contribuye, en muchos casos, al cierre natural del espacio interincisal. No obstante, los diastemas persistentes suelen asociarse a frenillos de inserción alta y mayor extensión, especialmente cuando el espacioes mayor a 2 mm y la tracción del labio superior provoca blanqueamiento de la papila interdental, situación en la cual la frenectomía está clínicamente indicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loscertales-Martín-de-Agar B, Cabezas-Corado Á, Baus-Domínguez M, Loscertales- Abril J, Torres-Lagares D. Dental Anomalies: Prevalence, Patterns of Association and Relationship With Dental Age. Int Dent J 2025 Dec;75(6):103962.

2. Kaczor-Urbanowicz K, Zadurska M, Czochrowska E. Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. Adv Clin Exp Med 2016;25(3):575–585.

3. Alberto PL. Surgical Exposure of Impacted Teeth. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America 2020;32(4):561–570.

4. Chu FCS, Li TKL, Lui VKB, Newsome PRH, Chow RLK, Cheung LK. Prevalence of impacted teeth and associated pathologies--a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. Hong Kong Med J 2003 Jun;9(3):158–163.

5. Grover PS, LortonL. The incidence of uneruptedpermanent teeth and related clinical cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985 Apr;59(4):420–425.

6. Bajaj P, Shirbhate U, Subhadaresanee C, Thakre S. Management of Aberrant Frenum by Z-plasty Procedure: A Case Report. Cureus. 2024 Jan 8;16(1):e51853.

7. Shirbhate U, Bajaj P, Oza R, Solanki D. Management Using V-Y Plasty Approach for Abnormal Frenal Attachment: A Case Report. Cureus. 2024 Apr 5;16(4):e57663.

8. Alrmali AE, Nava P, Zimmer JM, Rufai SH, Onisiforou A, Wang HL. Slim V-shaped frenectomy: Description of a minimally invasive surgical technique. J Adv Periodontol Implant Dent. 2025 Apr 22;17(2):119-122.

9. Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy: a clinical study. Am J Orthod. 1977 May;71(5):489-508.

10. Miller PD Jr. The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft. Functional and esthetic considerations. J Periodontol. 1985 Feb;56(2):102-6.

11. Zucchelli G, Tavelli L, McGuire MK, Rasperini G, Feinberg SE, Wang HL, Giannobile WV. Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction. J Periodontol. 2020 Jan;91(1):9-16.

12. Sarmadi, R., Gabre, P., & Thor, A. (2021). Evaluation of upper labial frenectomy: A randomized, controlled comparative study of conventional scalpel technique and Er: YAG laser technique. Clinical and experimental dental research, 7(4), 522-530.