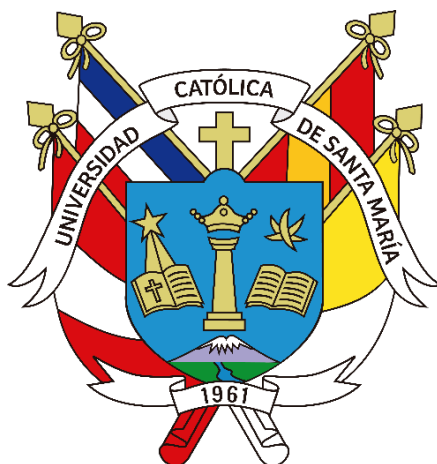


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Odontología**  
**Escuela Profesional de Odontología**



**RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO  
LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA  
INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR  
EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA.  
AREQUIPA, 2023**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Muñoz Salas, Milagros Mercedes**  
para optar el Título Profesional de  
**Cirujano Dentista**

**Asesora:**

Dra. Valdivia Pinto, Patricia Marcela

**Arequipa – Perú**

**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**ODONTOLOGIA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 16 de Octubre del 2023

**Dictamen: 009729-C-EPO-2023**

Visto el borrador del expediente 009729, presentado por:

**2018203912 - MUÑOZ SALAS MILAGROS MERCEDES**

Titulado:

**RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29225885 - ARCE LAZO MARCO ANTONIO  
DICTAMINADOR**



**29405814 - PEREA FLORES MARIO GROVER  
DICTAMINADOR**



**46423780 - ORTEGA CORDERO MARIELA ALEJANDRA  
DICTAMINADOR**



# RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AR

## INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="http://www.ortodoncialingualmadrid.net">www.ortodoncialingualmadrid.net</a> Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="http://s3-eu-west-1.amazonaws.com">s3-eu-west-1.amazonaws.com</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	1%
7	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	1%

## DEDICATORIA

*A Dios, por haberme dado la vida y le agradezco por darme la oportunidad de poner personas maravillosas a mi lado que han sido fundamentales como apoyo y soporte emocional durante todo este tiempo.*

*A mis padres Carlos Muñoz y Gloria Salas, que siempre han creído en mí y han estado a mi lado apoyándome en todo este proceso brindándome su apoyo y amor incondicional. Gracias por haberme dado la oportunidad de estudiar esta carrera y acompañarme durante todos estos años teniéndome paciencia y entendiendo mis buenos y malos momentos, por haberme inculcado valores y hacerme saber que se sienten orgullosos de mis logros y festejarlos conmigo además por haberme enseñado a nunca rendirme y ser mi inspiración y modelo para seguir todos los días, los amo mucho.*

*A mi hermano Carlos, que ha sido mi compañía desde siempre y aunque a veces no nos entendamos lo quiero con todo mi corazón, gracias por apoyarme y estar presente en todos mis momentos importantes.*

*A mi abuelito Carlos y mi abuelita Trinidad que, aunque ya no están físicamente conmigo siempre los llevo en la mente y sobre todo en mi corazón y aún conservo todos los bonitos recuerdos de infancia que tengo junto a ellos.*

*A todos los miembros de mi familia, en especial a mi abuelita Isabel que, aunque estemos lejos y no nos podamos ver tan seguido le agradezco por todo el cariño que siempre me brindó y por haberme hecho pasar unas bonitas vacaciones cada vez que estaba a su lado en su casa.*

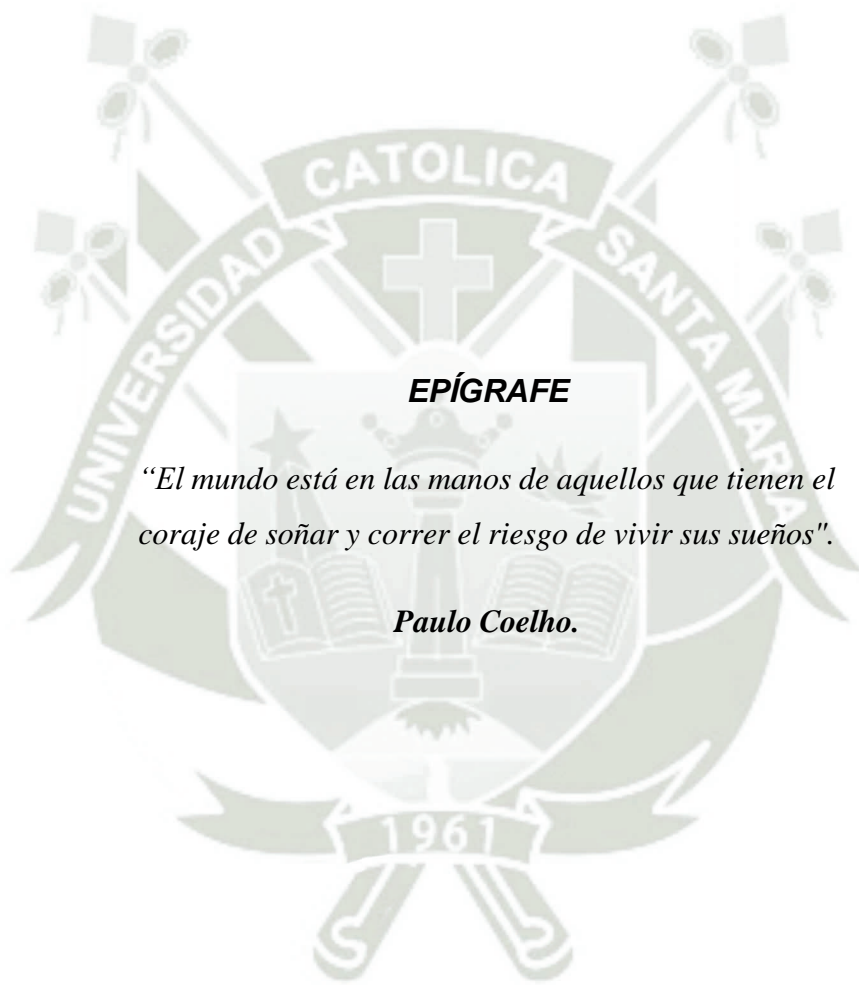
*A mis amigas, a las cuales conocí a lo largo de estos años, que me brindaron su cariño y apoyo moral para nunca rendirme y con las que pasé bonitos momentos.*

*A todas las personas que ya no están, pero estuvieron apoyándome durante este camino, gracias por haber formado parte de este proceso.*

*A Snicker y Cali, que para mí son más que unas mascotas y me han acompañado día y noche en este largo camino.*

*Por último, quiero agradecer a la Universidad Católica de Santa María, a la Facultad de Odontología, en especial a mis docentes que en todos estos años de formación me han brindado sus conocimientos y me han inculcado principios que desempeñare a lo largo de mi vida profesional.*

*A todas las personas que creyeron en mí y a las que no, muchas gracias de todo corazón.*



**EPÍGRAFE**

*“El mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños”.*

***Paulo Coelho.***

## RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto relacionar las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva, los grados y clases de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada.

Corresponde a un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo de nivel relacional en que las variables fueron estudiadas a través de la técnica de observación clínica en 36 pacientes, tamaño muestral obtenido a partir de  $Z\alpha = 1.96$ ,  $P = 0.30$ ,  $W = 0.30$  e  $i = 0.15$ , y tratadas estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentuales, y su relación analizada a través del  $X^2$  de independencia, en consideración al carácter categórico de las variables.

Los resultados indicaron un alto predominio del frenillo labial escalénico medio superior en el 75% de los casos; así como la papila horizontal, con el 66.67%, la recesión severa de la misma con el 69.44%, y la recesión papilar clase III con el 72.22%. La prueba  $X^2$  mostró una relación estadística significativa entre las variantes anatómicas del frenillo labial, la forma de la papila, el grado y clase de recesión papilar, considerándose razonable rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis investigativa con un nivel de significación de  $p < 0.05$ .

### Palabras Claves:

- Frenillo labial
- Recesión papilar

## ABSTRACT

This research has the aim to relation the anatomic variants of middle upper labial bridle with the form of interincisive papile, grades, types of papilar recession in patients of Private Consult.

It is an observational, prospective, sectional, descriptive study of relational level, whose variables were studied through intraoral clinic observation technique in 36 patients, sample size obtained from a  $Z_{\alpha} = 1.96$ ,  $P = 0.30$ ,  $W = 0.30$  and  $i = 0.15$ , and statistically treated by absolute and porcentual frequencies, and their Relationship analyzed through  $X^2$  test on Independence due to categoric character of variables.

Results indicated a high predominance of middle upper scalenic labial bridle with 75%; also horizontal papile with 66.67%, sever recession of the same one with 69.44%, and papilar recession type III with 72.22%.  $X^2$  test showed a significant statistical Relationship between of anatomic variants of bridle, form of papile, level and type of papilar recession, considering reasonable to refuse null hypothesis, and to accept research hypothesis with a significance level of  $p < 0.05$ .

### Key words:

- Labial bridle
- Papilar recession

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	<b>2</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. Determinación del problema.....	3
1.2. Enunciado .....	3
1.3. Descripción del problema .....	4
1.4. Justificación .....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1. Marco conceptual .....	7
3.1.1. Frenillos.....	7
a. Definición .....	7
b. Constitución histológica.....	7
c. Características clínicas generales de los frenillos bucales.....	7
d. Clases de frenillos .....	8
e. Funciones de los frenillos.....	12
f. Frenillos labiales hipertrofos .....	13
3.1.2. Papila interincisiva.....	14
a. Concepto.....	14
b. Constitución anatómica .....	15
c. Constitución histológica.....	15
d. Fisiología de la papila interincisiva media superior .....	16
e. Características clínicas normales de la papila interincisiva media superior .....	17

3.1.3. Recesión papilar.....	18
a. Concepto.....	18
b. Mecanismo de formación de recesión gingival.....	19
c. Etiología .....	19
d. Clasificación de la recesión papilar .....	21
e. Grados de recesión papilar .....	22
f. Implicancias clínicas .....	22
g. Histopatología .....	23
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos .....	23
4. HIPÓTESIS.....	26
<b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>27</b>
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	28
1.1. Técnica.....	28
1.2. Instrumentos.....	29
1.3. Materiales de verificación .....	30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	30
2.1. Ubicación espacial.....	30
2.2. Ubicación temporal.....	30
2.3. Unidades de estudio.....	30
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
3.1. Organización .....	32
3.2. Recursos .....	32
3.3. Prueba piloto .....	33
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	33
4.1. Plan de procesamiento de los datos.....	33
4.2. Plan de análisis de datos.....	34
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....</b>	<b>36</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>

<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO N° 1 MODELO DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO N° 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO N° 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO N° 4 MARCO ÉTICO.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO N° 5 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>66</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA Nº 1</b>	Variaciones anatómicas del frenillo labial medio superior en pacientes de la Consulta Privada.....	36
<b>TABLA Nº 2</b>	Forma de la papila interincisiva en pacientes de la Consulta Privada .....	38
<b>TABLA Nº 3</b>	Grados de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada .....	40
<b>TABLA Nº 4</b>	Clases de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada .....	42
<b>TABLA Nº 5</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva.....	44
<b>TABLA Nº 6</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con los grados de recesión papilar.....	46
<b>TABLA Nº 7</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con las clases de recesión papilar .....	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO Nº 1</b>	Variaciones anatómicas del frenillo labial medio superior en pacientes de la Consulta Privada .....	37
<b>GRÁFICO Nº 2</b>	Forma de la papila interincisiva en pacientes de la Consulta Privada.....	39
<b>GRÁFICO Nº 3</b>	Grados de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada.....	41
<b>GRÁFICO Nº 4</b>	Clases de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada.....	43
<b>GRÁFICO Nº 5</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva .....	45
<b>GRÁFICO Nº 6</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con los grados de recesión papilar.....	47
<b>GRÁFICO Nº 7</b>	Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con las clases de recesión papilar .....	49

## INTRODUCCIÓN

El frenillo labial medio superior, en consideración a su nivel de inserción, ejerce una tracción reiterativa de la papila interincisiva hacia apical durante los movimientos funcionales vinculados a la masticación, fonación y deglución, particularmente en los dos primeros, generando una reducción sistemática dimensional de la papila, que deriva en una recesión papilar ulterior.

La papila interincisiva es una estructura epitelio conectiva confinada en el espacio interdentario, muy sensible a los irritantes locales, y en particular al influjo de fuerzas mecánicas dirigidas sobre ella, como la referencia tracción apical ejercida por el frenillo labial. La sensibilidad estructural de la papila se debe en gran medida a que es un componente móvil sin soporte ósea inmediatamente suprayacente.

La tesis consta organizativamente de 3 capítulos. En el primero, referido al Planteamiento Teórico, se incluye, el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis. En el capítulo II, concerniente al Planteamiento Operacional se considera la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y manejo de resultados. En el capítulo III, nos da a conocer los resultados obtenidos en el trabajo investigativo mediante el procesamiento y análisis estadístico de la información por medio de tablas, gráficas e interpretaciones, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se incluye las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.



**CAPÍTULO I:  
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Determinación del problema

El problema en cuestión ha sido determinado por revisión de antecedentes investigativos y consulta a especialistas.

La revisión de antecedentes ha permitido acceder a la actualidad cognitiva sobre el tema, es decir a lo que se sabe en materia a la influencia de los frenillos en la papila, y a lo que se desconoce en este respecto, exponiendo un vacío epistémico fructífero para la propuesta temática de una nueva investigación.

La consulta a especialistas ha propiciado delimitar el área problemática expresada por los antecedentes, a través de un enfoque específico lo suficientemente diferenciado de estos como para garantizar una propuesta temática inédita y meritoria de estudio.

El problema en sí radica en que se desconoce en términos de proporción estadística y magnitud matemática, como se relacionan las tres variables implicadas en el enunciado de problema, vale decir variantes anatómicas del frenillo labial medio superior, forma de la papila interincisiva, los grados y clases de recesión papilar.

#### 1.2. Enunciado

RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

### 1.3. Descripción del problema.

#### 1.3.1. Área del conocimiento.

- Área General : Ciencias de la salud
- Área Específica : Odontología
- Especialidad : Periodoncia
- Línea o tópico : Etiología de la recesión gingival

#### 1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES
<b>VI</b> <b>Variantes anatómicas del frenillo labial medio superior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isoscélicos</li> <li>• Escalénicos</li> <li>• Equilateros</li> </ul>
<b>VD1</b> <b>Forma de la papila interincisiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontal</li> <li>• Cónica</li> </ul>
<b>VD2</b> <b>Grados recesión papilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> </ul>
<b>VD3</b> <b>Clases de recesión papilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I</li> <li>• II</li> <li>• III</li> </ul>

#### 1.3.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cómo se relacionan las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva?
- b. ¿Cómo se relacionan dichas variantes con los grados de recesión papilar?
- c. ¿Cómo se relacionan las variantes anatómicas mencionadas en las clases de recesión papilar?

### 1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o población	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	No experimental	Relacional

### 1.4. Justificación

La investigación justifica por las siguientes razones:

#### a. Novedad

El rasgo novedoso del enfoque temático radica en la relación de las variantes anatómicas del frenillo labial con las características específicas de la recesión papilar como forma, grados y clases.

#### b. Relevancia

El estudio posee relevancia científica y contemporánea, representadas respectivamente por el conjunto de nuevos conocimientos que se puedan derivar de la investigación de la relación; y, por la importancia actual de análisis de dicha relación en el diagnóstico etiológico de la recesión papilar.

#### c. Viabilidad

La investigación es factible, dado que se ha provisto los pacientes con los criterios requeribles en número y proporción estadística, así como el presupuesto, el tiempo, los recursos y la metodología.

**d. Alineamiento científico**

El tema está concordado con las líneas o prioridades investigativas preconizadas por la Facultad.

**e. Interés personal**

Motivación individual para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

**2. OBJETIVOS**

- 2.1. Relacionar las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva
- 2.2. Relacionar dichas variantes con los grados de recesión papilar
- 2.3. Relacionar las variantes anatómicas mencionadas en las clases de recesión papilar.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Marco conceptual

##### 3.1.1. Frenillos

###### a. Definición

Los frenillos bucales forman repliegues mucomembranosos situados en condiciones de normalidad en áreas específicas en el fondo del surco vestibular entre la mucosa alveolar y la mucosa yugal o labial, o en el piso de boca entre la cara ventral de la lengua y la mucosa alveolo-lingual anterior (1).

###### b. Constitución histológica

Los frenillos, por ser extensiones de la mucosa bucal están formados por epitelio y tejido conectivo. Algunos sin embargo pueden contener algunas fibras musculares, de los músculos circunvecinos de los maxilares. El epitelio de los frenillos es del epitelio plano, escasamente estratificado no queratinizado, y constituye una prolongación del epitelio de la mucosa alveolar, yugal, labial o lingual, según el caso. El tejido conectivo de los frenillos es laxo, con relativa cantidad de fibras colágenas y mayor irrigación. Como todo tejido conjuntivo, el corión de los frenillos presenta células, fibras y sustancia fundamental. Su distribución está relacionada con las necesidades específicas de las diversas regiones de la cavidad bucal donde se insertan. Entre las células se puede indicar: fibroblastos, macrófagos, linfocitos, mastocitos y células plasmáticas. Se pueden hallar, asimismo, fibras elásticas y reticulares que refuerzan la pared de los vasos sanguíneos. En la sustancia fundamental existe glucosaminoglucanos que retienen agua y permiten la difusión de nutrientes desde los vasos hacia los epitelios (2).

###### c. Características clínicas generales de los frenillos bucales

- **Color:** tienen un color rosa más intenso que la encía por su mayor vascularización.

- **Textura:** exhiben, sin excepción, una textura lisa y brillante.
- **Consistencia:** muestran una consistencia blanda, depresible y resilente.
- **Forma:** en condiciones de normalidad, tienen una acusada tendencia a la forma triangular, de vértice coincidente con el fondo vestibular o el surco lingual, según el caso y los lados con la mucosa alveolar y la mucosa yugal, labial o lingual, de acuerdo a la localización particular del frenillo. Su borde no adherente, ciertamente libre, dirigido hacia coronal, es afilado en hiperextensión (3).

#### d. Clases de frenillos

##### Por su ubicación

- Frenillos medios
  - Labial superior
  - Labial inferior
  - Lingual
- Frenillos laterales
  - Superiores
    - Derecho
    - Izquierdo
  - Inferiores
    - Derecho
    - Izquierdo

##### Por su número

- Frenillos únicos
- Frenillos dobles
- Frenillos múltiples

**Por su inserción**

- Frenillos cortos: no llega a la unión mucogingival.
- Frenillos largos: se aproxima al vértice de la papila o lleva a este reparo.
- Frenillos normales: el vértice sobrepasa la unión mucogingival sin llegar al vértice de la papila.

**Por su condición jerárquica**

- Frenillos principales
- Frenillos accesorios

**Por su forma**

- Frenillo triangular equilátero: sus tres lados son iguales
- Frenillo triangular isósceles: dos lados de igual longitud.
- Frenillo triangular escaleno: tres lados desiguales.
- Frenillo en abanico (4).

**d.1. Frenillo labial superior**

Es un haz fibroso de 2 ó 3 mm de ancho que, partiendo del punto central de inserción de los tejidos móviles en los estacionarios se dirige, cuando el labio está en reposo, hacia arriba y adelante para, pasando por el surco vestibular, ir a perderse en el espesor del labio superior (5).

Sin embargo, el frenillo labial superior puede ser reconocido también como un repliegue mediano y sagital variable en su desarrollo. Se extiende desde el fondo del vestíbulo hasta 1 cm. por arriba de la lengüeta gingival interincisiva central. En los niños puede estar hipertrofiado y ser causa de diastema (1).

## **d.2. Frenillos laterales superiores**

Constituyen dos repliegues mucosos pares y casi simétricos, evidenciables a la altura de los premolares, siempre en el vestíbulo superior (1).

En las relaciones y constitución anatómica de los frenillos laterales superiores pueden producirse tres casos:

- Que estén constituidos por tejido fibroso no muy denso, ciertamente menos denso y robusto que el frenillo central, insertándose inmediatamente por debajo y a distancia variable entre 5 y 7 mm del borde inferior de la inserción del músculo canino.
- Que estén constituidos directamente por haces del músculo canino.
- Que estén conformados en parte por fibras del músculo buccinador (5).

## **d.3. Frenillo labial inferior**

En situaciones de normalidad el frenillo labial inferior tiene una estructura y disposición semejantes a la de su análogo superior. Es un repliegue mucoso que se extiende sagitalmente desde la parte inferior de la mucosa labial hasta la proximidad, más o menos, de la unión mucogingival, pasando obviamente por el fondo de surco vestibular correspondiente (6).

A los lados del frenillo labial inferior se insertan los músculos borlas derecho e izquierdo, de modo que es probable que, haces de dichos músculos puedan constituir el frenillo en cuestión y ejercer tracción apical de la encía, en particular, cuando el frenillo exhiba inserción alta (7).

#### **d.4. Frenillos laterales inferiores**

Estos frenillos están muy poco acusados, tanto que a veces solo aparecen como exiguos repliegues, y en otros casos pueden incluso faltar. Cuando están presentes se los investiga en el fondo vestibular a nivel de caninos o PMS. Con alguna frecuencia pueden ser dobles. En tal caso, dentro de su caracterización clínica, el primero ligeramente mayor, asienta a nivel del canino; en tanto que, el segundo se ubica a nivel del primer premolar inferior. En la base constitucional de los frenillos laterales inferiores pueden inmiscuirse algunos haces de músculo triangular de los labios y haces posteriores del músculo cuadrado del mentón (8).

#### **d.5. Frenillo lingual**

El frenillo lingual es una bandeleta mucosa importante, de ubicación central y forma triangular que se extiende en condiciones normales desde la porción posteromedia de la cara ventral de la lengua para insertarse en el piso bucal en medio de los otiums umbilicales de los conductos de Wharton. Por fuera de los mismos se individualizan las carúnculas sublinguales que contienen los orificios excretorios de los conductos de Rivinus. El frenillo lingual, cuando se hipertrofia puede alcanzar la mucosa alveolar subyacente a la papila gingival interincisiva (1).

#### **d.6. Bridas**

Las bridas son frenillos menores, únicos o múltiples llamados comúnmente frenillos accesorios. Pueden ubicarse junto a los frenillos principales anteriormente descritos a manera de repliegues satélites o en áreas diferentes del fondo vestibular en cuyo caso asumen la denominación de repliegues ectópicos. Un ejemplo de este último caso es la brida o bridas evidenciables a nivel de la apófisis cigomatoalveolar del maxilar superior (9).

#### **d.7. Frenillos cortos**

Estos frenillos se llaman también **frenillos de inserción apical**, se caracterizan por ser pequeños repliegues mucosos que se extienden desde el fondo vestibular hasta antes de la unión mucogingival (1).

#### **d.8. Frenillos largos**

Los frenillos largos son designados también como **frenillos de inserción cervical**, se les identifica porque se extienden desde el fondo vestibular hasta la base de la papila interdental, pasando obviamente por la unión mucogingival (1).

#### **d.9. Frenillos intermedios**

Los frenillos intermedios se llaman también frenillos de inserción media, se caracterizan porque se extienden desde el fondo vestibular hasta la unión mucogingival (1).

#### **d.10. Frenillos triangulares**

Estas formas pueden ser asumidas por frenillos mayores o accesorios. El frenillo es equilátero cuando sus 3 lados son dimensionalmente iguales; es isósceles cuando 2 de sus lados son idénticos; y, es escaleno, cuando sus 3 lados son distintos. El frenillo en abanico se caracteriza porque su borde no adherente es amplio y convexo hacia coronal y por estar conformado por 2 ó más cordones mucosas que confluyen hacia el fondo vestibular y divergen marcadamente hacia su borde libre (1).

### **e. Funciones de los frenillos**

Los frenillos bucales cumplen las siguientes funciones:

#### **e.1. Función contensional**

Por esta función los frenillos contienen en cierto modo los labios y carrillos, manteniéndolos en su posición durante la masticación (8).

### **e.2. Función foniatría**

Los frenillos en especial el frenillo lingual desempeña un rol importantísimo en la pronunciación de las palabras, conjunciéndose con la lengua en una unidad morfofuncional biodinámica (8).

### **e.3. Función deglutiva**

Los frenillos coadyuvan indirectamente en la deglución de los alimentos, llevando la lengua contra el paladar y haciendo de que los alimentos atraviesen el istmo de las fauces (8).

### **e.4. Función gestual**

Asimismo, los frenillos merced a su función contentiva, y a la acción de sus fibras colágenas y elásticas, intervienen en la gesticulación y mímica en coparticipación con los músculos faciales (8).

## **f. Frenillos labiales hipertrofos**

### **f.1. Concepto**

Un frenillo labial hipertrofico es aquel que tiene un tamaño mayor al normal, además su inserción suele ser más baja en el paladar y produce la aparición de un antiestético diastema entre los incisivos centrales superiores. Uno de los métodos que utilizamos para valorar el grado de hipertrofia del mismo consiste en tirar del labio superior y a su vez del frenillo, si se observa una isquemia de la papila palatina y ésta se vuelve de color blanquecino hablamos de signo de Graber positivo, que indica una hipertrofia del frenillo junto con una inserción baja del mismo. En algunas situaciones el cierre de este diastema se produce de manera espontánea con la erupción de los caninos debido a las fuerzas eruptivas de estos, pero en otras ocasiones el frenillo es de tal envergadura que el diastema permanece. Para la corrección del diastema será necesario un tratamiento con ortodoncia convencional o lingual Incógnito, una vez

que se cierre se procederá a la resección quirúrgica del frenillo (frenectomía) y se colocará un retenedor fijo por detrás de los incisivos para evitar la reapertura del espacio (10).

### f.2. Clases de frenillos hipertróficos

Monti clasifica los frenillos hipertróficos en:

- **Rectangular**, que produce un diastema morfológicamente similar debido al desplazamiento paralelo de los incisivos.
- **Convergente hacia coronal**, corresponde a frenillos triangulares con base apical y convergencia de los ejes de los incisivos hacia la porción coronaria con mayor separación radicular.
- **Divergente hacia coronal**, frenillo triangular genera un amplio diastema coronario con aproximación de los ápices radiculares (1).

### f.3. Otra clasificación de frenillos hipertróficos

Los frenillos hipertróficos cuando son triangulares pueden clasificarse en:

- **Frenillos isoscélicos**: dos de sus lados son iguales.
- **Frenillos escalénicos**: sus tres lados son desiguales.
- **Frenillos equiláteros**: sus tres lados son equivalentes (4).

#### 3.1.2. Papila interincisiva

##### a. Concepto

La papila interincisiva media superior constituye una entidad morfofuncional de naturaleza epitelio conectiva, alojada en el espacio interdentario entre los incisivos centrales superiores, entre el punto de contacto y la cresta ósea (8).

## **b. Constitución anatómica**

La papila interincisiva es en realidad una pirámide cuadrangular constituida por dos caras libres: la vestibular y la palatina, ambas visibles; dos caras interproximales no visibles, en inmediata contigüidad con las caras mesiales de los incisivos centrales superiores; una base y una cima. La cara vestibular de la papila interincisiva media superior tiene forma triangular de base cervical y vértice hacia el contacto interproximal. Es habitualmente lisa excepto en su base, en que algunas veces muestra algún nivel de eraneado o texturización superficial. La cara vestibular de la papila tiene su nombre al vestíbulo de la cavidad oral. Se nombra también labial por su proximidad con la mucosa del labio superior. La cara palatina de la papila interincisiva media superior, comparte la forma triangular de la cara vestibular; también es lisa y nunca está graneada, aun en condiciones de máxima salud gingival. Hacia atrás se continúa con las rugas palatinas. Subyacentemente contrae relación con el periostio y el agujero incisivo, por lo que se la denomina también papila incisiva, y protege los vasos y nervios naso palatinos que emergen por este orificio. Las caras interproximales o internas de la papila interincisiva media superior constituyen la cara externa del surco gingival, en contacto con la superficie dentaria, con la que forma la hendidura gingival, crevículo o sulcus, cuya profundidad en condición de salud, no debe exceder los 3 mm. La base de la papila interincisiva media superior, llamada también sima papilar es un rectángulo imaginario que cubre el periostio de la cresta del hueso interdentario; cuyos lados libres son mayores que los proximales. La cima o cresta de la papila es el vértice de la pirámide, al cual confluyen las caras libres, las caras interproximales y sus aristas muy redondeadas, y terminan en un área crítica inmediatamente suprayacente al punto de contacto interdentario (8).

## **c. Constitución histológica**

La papila interincisiva posee un núcleo central de tejido conectivo denso constituido por fibras colágenas, vasos, nervios y linfáticos, aglutinados en una matriz glucoproteica. Este núcleo puede nombrarse estroma

papilar y está cubierto por el epitelio gingival externo a nivel de las caras libres, y por el epitelio crevicular a nivel de las caras internas o interproximales de la papila. El epitelio gingival externo de la papila interincisiva media superior está constituido por un epitelio plano, poliestratificado queratinizado, que consta a su vez de 4 estratos: el basal o germinativo muy interdigitado con el conectivo subyacente; el estrato espinoso con abundantes tonos filamentosos que le dan un aspecto radiotípicos; el estrato granuloso, rico en gránulos de queratohialina; y, el estrato córneo, constituido por células muy aplanadas, sin núcleo ni organelos viables, los cuales están completamente reemplazados por queratina. El epitelio crevicular de la papila interincisiva media superior, tiene dos porciones: una coronal, constituida por epitelio, plano, escasamente estratificado paraqueratinizado, discretamente interdigitado con el conectivo; y, una apical no queratinizado que se relaciona con la lámina propia mediante una interfase, lisa, sin retepegs, y se continúa apicalmente con la porción más coronaria del epitelio de unión (8).

#### **d. Fisiología de la papila interincisiva media superior**

La papila interincisiva cumple diferentes roles como el morfológico, el funcional y el estético.

- Por el rol morfológico, la papila interincisiva, forma parte del contorno gingival, junto con los arcos marginales de las superficies libres de las coronas dentarias, constituyendo el borde márgino papilar, cuya arquitectura ondulada o festoneada y debidamente biselada hacia los cuellos dentarios, constituye un rasgo importante de la salud gingival.
- Asimismo, la papila interincisiva cumple un rol funcional importante al proteger el área interproximal tan proclive al empaquetamiento alimenticio y al ataque de las endotoxinas de la placa bacteriana. La papila evita la retención de placa, y salvaguarda el epitelio de unión y su adherencia.

- Estéticamente, la papila interincisiva cumple un rol gravitante en el delineado de la sonrisa, al considerar la simetría debe haber entre los hemisectores gingivodentarios derechos e izquierdos en lo concerniente a ciertos componentes críticamente necesarios en este propósito como: cenits, arcos marginales y papilas del sector anterosuperior (8).

#### **e. Características clínicas normales de la papila interincisiva media superior**

Clínicamente la papila interincisiva debe ser evaluada a través de los siguientes parámetros.

##### **e.1. Color**

El color normal de la papila interincisiva media superior, se describe como rosado, el cual se debe al aporte sanguíneo, a nivel de queratinización epitelial, al grado de colagenización y a la actividad de células pigmentarias (8).

##### **e.2. Textura superficial**

Los espacios libres de la papila son normalmente lisas. El graneado cuando se presenta sólo interesa la base de la superficie vestibular de la papila, como consecuencia de su inmediata continuidad con la encía adherida que si es puntillada en condición de salud (8).

##### **e.3. Contorno o forma**

La papila interincisiva, integralmente, tiene forma de pirámide cuadrangular, de base hacia la encía adherida y vértice hacia el punto de contacto interdentario. Desde una vista libre, la papila, como consecuencia de la expresado, es triangular (8).

##### **e.4. Consistencia, tono o turgor**

La papila es relativamente movable. No es blanda esencialmente, pero tampoco tiene la firmeza de la encía adherida, toda vez que esta tiene

mayor colagenización y soporte óseo. Asimismo, la papila tiene algún grado de resiliencia al ser comprimida (8).

#### **e.5. Tamaño**

El tamaño papilar compone la suma de los elementos volumétricos que la constituyen: fibroblásticos, vasculares y celulares. La papila se adelgaza y elonga en nichos gingivales estrechos, coexistentes con coronas rectangulares y contactos cercanos o incisal (8).

#### **e.6. Posición Gingival Aparente (PGA)**

La PGA de la papila interincisiva media superior está determinada por su vértice, prontamente superpuesto al punto de contacto, no necesariamente a nivel del límite amelocementario de la cara proximal, al que con seguridad lo cubre (8).

#### **e.7. Posición Gingival Real (PGR)**

La PGR de la papila interincisiva media superior, macroscópicamente pertenece al fondo de surco gingival; y, microscópicamente a la porción más coronaria del epitelio de unión, en todo caso, al tope apical de la medida del nivel de inserción y de la profundidad de sondaje. El área biológica de la papila se extiende desde la cresta papilar a la cresta ósea (espacio intercrestal) que involucra: surco gingival, unión dentogingival (epitelio de unión, adherencia epitelial, fibras gingivales y conectivo supracrestal) (8).

### **3.1.3. Recesión papilar**

#### **a. Concepto**

La recesión papilar es la pérdida de la altura de la papila y la formación de "triángulos negros" entre los dientes debido al replegamiento del vértice papilar hacia apical (11).

## b. Mecanismo de formación de recesión gingival

El mecanismo por el cual ocurre la recesión ha sido poco discutido literalmente,, dado que ha sido abordada generalmente desde su etiología y tratamiento, se sugiere que la morfología es favorable en mecanismo y la presencia de la inflamación modera o incipiente, son condiciones que necesariamente están presentes en la formación de la recesión, aun cuando estén acompañadas por otros factores (12).

## c. Etiología

Son diferentes los factores etiológicos implicados en el proceso recesivo de la encía:

### c.1. Cepillado Dental Traumático:

Este tipo de cepillado produce habitualmente una **abrasión gingival**, que conlleva fácilmente a una retracción (13).

### c.2. Fricción de los Tejidos Blandos

Se ha sugerido que el frote reiterado de la mucosa labial y yugal así como de la lengua contra la encía produce una **ablación gingival**, conducente a una recesión (6).

### c.3. Inserción Alta de Frenillos

Asimismo, la adherencia elevada de bridas y frenillos en el maxilar inferior e inserción baja en el maxilar superior pueden coadyuvar a una recesión gingival al ejercer una tracción repetitiva de la encía hacia apical durante la masticación, deglución, gesticulación y fonación (9).

### c.4. Inflamación Gingival

La inflamación gingival producida por las endotoxinas de la placa bacteriana, así como por irritantes químicos (fármacos locales) y mecánicos (ganchos protésicos, dispositivos ortodónticos

traumáticos y restauraciones desbordantes) puede originar recesión gingival. Es sabido que en la inflamación gingival existe una especie de lucha entre los cambios **proliferativos y destructivos**. Cuando predominan los primeros ocurre un agrandamiento gingival, y cuando predominan los segundos, tiene lugar una recesión (11).

#### **c.5. Malposición Dentaria**

La malposición dentaria habitualmente deforma el contorno gingival generando zonas de alta retención de placa bacteriana; ésta genera inflamación gingival que conduce fácilmente a la recesión (11).

**c.6. Fuerzas ortodónticas** excesivas si son dirigidas hacia las tablas óseas, **eminencias radiculares** o **raíces muy inclinadas**, así como el vestíbulo **y linguoversión**, tienen acción similar, pues adelgazan y acortan notablemente las corticales óseas produciendo zonas de alta proclividad para la instalación de fenestraciones y dehiscencias, y como parece obvio, una encía sin buen soporte óseo o carente de él, tiende a la recesión (11).

#### **c.7. El Trauma Oclusal**

Se ha postulado que el trauma oclusal produce retracción gingival, sin embargo, esto no ha sido demostrado científicamente, ni menos su mecanismo de acción. (11)

#### **c.8. La Edad**

La recesión papilar aumenta con la edad. Su incidencia oscila entre el 8% en niños y el 100% en adultos después de los 50 años. Pero este hecho no debe interpretarse como que la recesión gingival es un proceso exclusivamente fisiológico relacionando con la edad. (11)

#### **c.9. Conducta Perturbada**

Ciertos pacientes de conducta ansiosa y obsesiva suelen generarse por ellos mismos lesiones gingivales con palillos o las uñas,

produciendo un tipo peculiar de retracción denominada **recesión papilar facticia, artefacta o autoinflingida** (11).

#### d. Clasificación de la recesión papilar

##### d.1. Clasificación según Nordland y Tarnow

Según Nordland y Tarnow, propusieron una categorización para la pérdida de altura papilar. Esta se basó en tres puntos anatómicos: punto de contacto interdentario, extensión bucal de la unión cemento – esmalte (UCE) y la extensión coronal interproximal de la UCE. Fueron identificadas cuatro clases:

- **Normal:** la papila completa el espacio hasta el punto de contacto.
- **Clase I:** el ápice de la papila interdentaria se encuentra entre el punto de contacto y la extensión más coronal de la UCE interproximal.
- **Clase II:** el ápice de la papila interdentaria se encuentra a nivel o apical de la UCE interproximal pero coronal de la extensión bucal de la UCE.
- **Clase III:** el ápice de la papila interdentaria se encuentra a nivel o apical de la UCE bucal (6).

##### d.2. Por la forma de recesión

- **Recesión Papilar Horizontal:** Este tipo de recesión se caracteriza porque la cima de la papila recedida se dispone perpendicularmente a la superficie dentaria. Es decir, la cresta de la papila residual forma con el diente un ángulo de 90 o cercano a él.
- **Recesión Papilar Angular:** Es aquella en que el lado de recesión papilar se dispone oblicuamente a la superficie dentaria formando dos ángulos, un ángulo coronal obtuso constituido por el vértice de la papila y la superficie mesial de un diente; y un ángulo apical agudo conformado por uno de los ángulos de la base del triángulo papilar residual y la pared distal del otro diente contiguo comprometido en la

relación de contacto interproximal. Si el ángulo coronal está en mesial, el ángulo apical estaría en distal.

- **Recesión Papilar Convexa:** Dícese de la recesión interdental en que, si bien el tamaño y fundamentalmente la altura de la papila han decrecido, esta conserva casi su forma piramidal básica, de tal suerte que su cima mantiene su convexidad hacia el área de contacto interproximal o lo que fue de esta. Es decir, la papila sigue siendo un cono, pero de menor tamaño
- **Recesión Papilar Cóncava:** Esta designación corresponde a la papila interdental cuyo proceso recesivo ha configurado una depresión central en la cima de la papila a modo de un cráter (6).

#### e. Grados de recesión papilar

Esta clasificación se basa en la división del triángulo interproximal o espacio interdentario en tres tercios equitativos dimensionalmente.

- **Recesión papilar leve:** Se considera como tal cuando la recesión papilar está implicada en el tercio coronal del espacio interdental, inmediatamente apical al punto de contacto interproximal.
- **Recesión papilar moderada:** Es aquella en que la papila ha disminuido su altura hasta el tercio medio.
- **Recesión papilar severa:** Es aquella en que la recesión papilar afecta el tercio cervical de la papila. Esta condición clínica suele identificarla mayormente con la pérdida total de la papila, situación que tiende alinear de algún modo la conformación ondulada del festón gingival (8).

#### f. Implicancias clínicas

La recesión gingival puede conllevar a las siguientes implicancias clínicas:

- Acumulación de placa bacteriana y alimentos en la zona denudada.
- Caries radicular.

- Desgaste cementario con exposición dentinaria.
- Hipersensibilidad cervical in situ.
- Hiperemia pulpar.
- Muy eventualmente pulpitis (11).

#### g. Histopatología

En la recesión gingival se dan básicamente 2 cambios, que en la medida que se repitan, la retracción será mayor:

- Destrucción del conectivo gingival por los productos tóxicos de la placa bacteriana.
- Epitelización subsecuente del conectivo destruido (11).

### 3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos

- a. **Título:** Relación entre los tipos de frenillos labiales superiores y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos del Centro Odontológico Rehabilitador, de Lima en el periodo enero – marzo 2021

**Autores:** Turpo Chávez, Janet Elizabeth

**Resumen:** Los frenillos labiales son pliegues mucosos que permiten la adherencia del periodonto y la mucosa bucal. Su inserción cercana al margen gingival puede provocar recesiones gingivales y alterar la higiene con la consiguiente acumulación de biopelícula bacteriana. En la presente tesis se tuvo como objetivo determinar la relación entre los tipos de frenillos labiales superiores y la presencia de recesiones gingivales en los pacientes adultos del Centro Odontológico Rehabilitador, de Lima en el periodo enero – marzo 2021. Se diseñó un estudio observacional, analítico y transversal que incluyó 91 pacientes adultos que presentaron los dientes anterosuperiores en correcto estado oclusal y morfológico, sin enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. En cada paciente se visualizó la inserción del frenillo labial a través de la extensión del labio superior, así como la posición del margen gingival respecto al límite amelocementario. Se realizaron análisis de frecuencias y tablas de contingencia para

presentar los hallazgos. Se encontró que 55 pacientes tuvieron frenillo mucoso (60,4%), 33 con frenillo gingival (36,3%), 3 con frenillo papilar (3,3%), ningún caso de frenillo transpapilar. Se encontró que 49 pacientes tuvieron al menos una recesión gingival (53,8%), 42 no lo tuvieron (46,2%). 14 varones presentaron frenillos gingivales (42,4%) mientras que 36 mujeres presentaron frenillos mucosos (65,5%). 30 frenillos mucosos presentaron dientes con al menos una recesión gingival mientras que 19 frenillos gingival tuvieron alguna recesión. Se concluye que los frenillos labiales mucosos fueron los más frecuentes, seguido de los frenillos gingivales; y en menor frecuencia los frenillos papilares. No se encontró relación significativa entre los tipos de frenillos mucosos y el sexo y edad de los pacientes evaluados (15).



- b. Título:** Características mucogingivales del frenillo labial superior en adultos. Lima, 2019.

**Autor:** Castrejón, I.

**Resumen:** En el Perú se determinó las características mucogingivales del frenillo labial superior en pacientes adultos atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se examinaron 138 pacientes de 18 a 55 años. Se observó los tipos de adherencia, las variantes anatómicas y la longitud de inserción del frenillo labial superior; así como también, el fenotipo gingival y posición de la papila interdental de los incisivos centrales superiores. Los datos recogidos fueron sometidos a las pruebas de correlación de Pearson, Kruskal Wallis y Mann-Whitney. Se halló que el tipo de adherencia y las variantes anatómicas del frenillo labial superior presentan asociación estadísticamente significativa con la posición de la papila interdental de los incisivos centrales superiores ( $p=0,038$ ) y ( $p=0,015$ ) respectivamente; sin embargo, en relación con el fenotipo gingival de los incisivos centrales superiores no se encontró asociación estadísticamente significativa con las características del frenillo labial superior. Se concluyó que el tipo de adherencia y las variantes anatómicas del frenillo labial superior tienen asociación estadísticamente significativa con la posición de la papila interdental (16).

- c. Título:** Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. 2017.

**Autores:** Castro, Y; Grados, S;

**Resumen:** En el Perú se realizó una investigación donde evaluaron la fijación del frenillo labial y establecieron asociación de las pérdidas papilares y recesiones gingivales en las piezas dentarias anteriores inferiores y superiores. Realizaron una investigación transversal donde se

examinó a una muestra de 97 personas sin antecedentes patológicos de consideración, donde se evaluaron las variables como la clase de frenillos y recesiones gingivales, el alto del frenillo, y pérdidas papilares en el área anterior del maxilar superior y mandíbula. Como resultado se indicaron que es prevalente el frenillo mucoso (54,6 % a nivel maxilar y 93,8 % mandibular); altura del frenillo promedio fue de  $8,37\text{mm} \pm 2,671\text{ mm}$  para el frenillo labial maxilar y  $8,33\text{ mm} \pm 1,657\text{ mm}$  para el frenillo labial mandibular. Entre la clase de frenillos, el alto de frenillos y la presencia de severidad de pérdida papilar y recesión gingival al nivel de los incisivos centrales, no se encontraron relaciones ( $p > 0,05$ ). Concluyeron que el frenillo mucoso fue el más común que se encontró en la población estudiada, no habiendo asociación directamente de las clasificaciones e inserciones con respecto a la existencia de recesiones gingivales o pérdidas papilares (17).

#### 4. HIPÓTESIS

**Dado que**, los frenillos ejercen una tracción sostenida de la papila interdientaria hacia apical durante las funciones masticatoria, foniátrica y gesticulativa:

**Es probable que**, exista relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva, los grados y clase de recesión papilar en pacientes adultos de la Consulta Privada.



**CAPÍTULO II:  
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnica

##### a. Precisión de la técnica

Se utilizó la técnica de **OBSERVACIÓN CLÍNICA INTRAORAL** para recoger información de las variables anatómicas del frenillo labial medio superior, forma de la papila interincisiva, grados y clases de recesión papilar.

##### b. Esquemmatización

VARIABLES INVESTIGATIVAS	TÉCNICA
Variantes anatómicas del frenillo labial medio superior	Observación clínica intraoral
Forma de la papila interincisiva	
Grados recesión papilar	
Clases de recesión papilar	

##### c. Descripción de la técnica

La observación clínica intraoral comprenderá la inspección de cada una de las variables a partir de sus indicadores. Así, las variantes anatómicas del frenillo labial fueron evaluadas a partir de sus categorías: isoscélicos, escalénicos y equiláteros. La forma de la papila interincisiva a partir de sus configuraciones, horizontal y cónica. Los grados de recesión papilar, si es leve, moderada o severa, según

afecte la altura de la papila de acuerdo a los tercios coronarios entre el punto de contacto interproximal y la base de la papila. Las clases de recesión papilar serán estudiadas en base a la nomenclatura de Norland y Tarnow en clases I, II y III, considerando la ubicación de la cima papilar entre el punto de contacto interproximal y la unión amelocementaria.

## 1.2. Instrumentos

### a. Instrumento documental

#### a.1 Especificación del instrumento

Se empleó un instrumento de tipo estructurado, denominado FICHA DE REGISTRO, elaborada de acuerdo a las variables e indicadores.

#### a.2 Estructura del instrumento

VARIABLES	EJES	INDICADORES	SUBEJES
Variantes anatómicas del frenillo labial medio superior	1	Isoscélicos	1.1
		Escalénicos	1.2
		Equilateros	1.3
Forma de la papila interincisiva	2	Horizontal	2.1
		Cónica	2.2
Grados recesión papilar	3	Leve	3.1
		Moderada	3.2
		Severa	3.3
Clases de recesión papilar	4	I	4.1
		II	4.2
		III	4.3

#### a.3. Modelo del instrumento

Figura en anexos.

### **b. Instrumentos mecánicos**

- Unidad dental
- Sillón dental
- Esterilizadora
- Espejos bucales
- Computadora y accesorios
- Cámara digital

### **1.3. Materiales de verificación**

- Útiles de escritorio
- Campos descartables
- Guantes descartables
- EPP
- Barbijo
- Útiles de escritorio

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación espacial**

#### **a. Ámbito general**

Distrito de Cercado, Arequipa.

#### **b. Ámbito Específico**

Consulta odontológica privada.

### **2.2. Ubicación temporal**

La investigación se realizó en el semestre impar 2023.

### **2.3. Unidades de estudio**

#### **a. Alternativa**

Casos

## b. Caracterización de los casos

### b.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de 50 a 60 años
- De ambos géneros
- Con frenillo medio superior de inserción normal, considerado como tal cuando su vértice sobrepasa la unión mucogingival sin llegar a la cima de la papila interincisiva ni a sus inmediaciones.
- Pacientes que den su consentimiento expreso.

### b.2. Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos
- Pacientes seniles
- Pacientes con frenillo medio superior de corta o larga.
- Pacientes con tratamiento ortodóntico actual o post tratamiento
- Pacientes con periodontitis agresiva localizada en la región interincisiva
- Deserción
- Deseo de no participar

## c. Asignación

Los casos serán elegidos de modo no aleatorio, en base a los criterios de inclusión.

## d. Cuantificación de los casos

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P (1 - P)}{i^2}$$

### Datos

- $Z\alpha$ : 1.96 para un error de 0.05
- P: 0.30 (proporción esperada)
- W: 0.30 (amplitud total del intervalo de confianza)
- $i : \frac{0.30}{2} = 0.15$

### Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.30 (1 - 0.30)}{(0.15)^2} = \frac{(3.8415) 0.21}{0.0225}$$

$$n = \frac{0.806736}{0.0225} = 35.85$$

**n = 36** pacientes con los criterios de inclusión

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- Autorización del odontólogo
- Selección de los pacientes
- Coordinación con los pacientes
- Preparación de los mismos para lograr su consentimiento expreso
- Prueba piloto
- Administración de instrumentos

### 3.2. Recursos

#### a. Recursos Humanos

**a.1. Investigadora** : Bach. Muñoz Salas, Milagros

**a.2. Asesor** : Dra. Patricia Marcela Valdivia Pinto

#### b. Recursos Físicos

Ambiente e infraestructura de la consulta privada odontológica.

**c. Recursos Económicos**

Ofertados por la investigadora.

**d. Recurso Institucional**

Universidad Católica de Santa María.

**3.3. Prueba piloto**

**a. Tipo de prueba**

Incluyente

**b. Muestra piloto**

8%.

**c. Recolección Piloto**

Fue efectuada como parte de la recolección principal.

**4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS**

**4.1. Plan de procesamiento de los datos**

**a. Tipo de procesamiento**

Manual y computarizado (Programa SPSS Versión 25).

**b. Operaciones del procesamiento**

**b.1. Clasificación**

La información obtenida producto de la aplicación del instrumento fue ordenada en una matriz de sistematización que figura en anexos de la tesis.

**b.2. Codificación**

Se utilizó una codificación digíta.

### b.3. Recuento

Se empleó matrices de conteo.

### b.4. Tabulación

Se confeccionó tablas de simple y doble.

### b.5. Graficación

Se confeccionó gráficas de barras.

## 4.2. Plan de análisis de datos

### a. Tipo de análisis

Cuantitativo, unifactorial, trivariado, categórico, relacional.

### b. Tratamiento estadístico

VARIABLES INVESTIGATIVAS	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Variantes anatómicas del frenillo labial medio superior	Categórico	Nominal y Ordinal	Frecuencias absolutas	X <sup>2</sup> de independencia
Forma de la papila interincisiva			Frecuencias porcentuales	
Grados recesión papilar				
Clases de recesión papilar				



## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

**PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS****TABLA Nº 1****Variaciones anatómicas del frenillo labial medio superior en pacientes de la  
Consulta Privada**

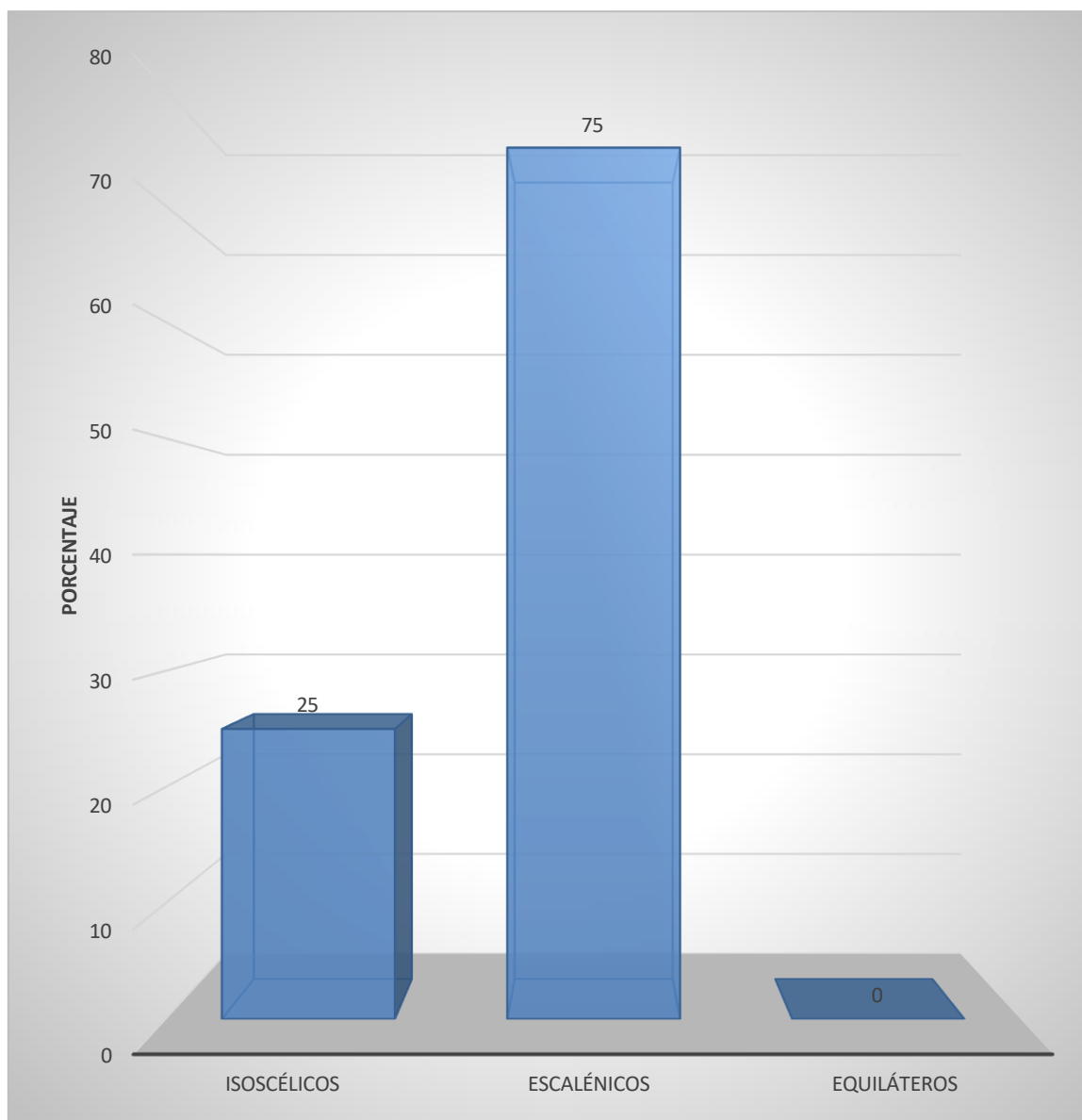
<b>VARIANTES ANATÓMICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Isoscélicos	9	25,00
Escalénicos	27	75,00
Equiláteros	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Las variantes anatómicas más prevalentes fueron los frenillos escalénicos, con el 75%. Los frenillos isoscélicos registraron, en cambio, un porcentaje del 25%.

### GRÁFICO Nº 1

#### Variaciones anatómicas del frenillo labial medio superior en pacientes de la Consulta Privada



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

TABLA Nº 2

## Forma de la papila interincisiva en pacientes de la Consulta Privada

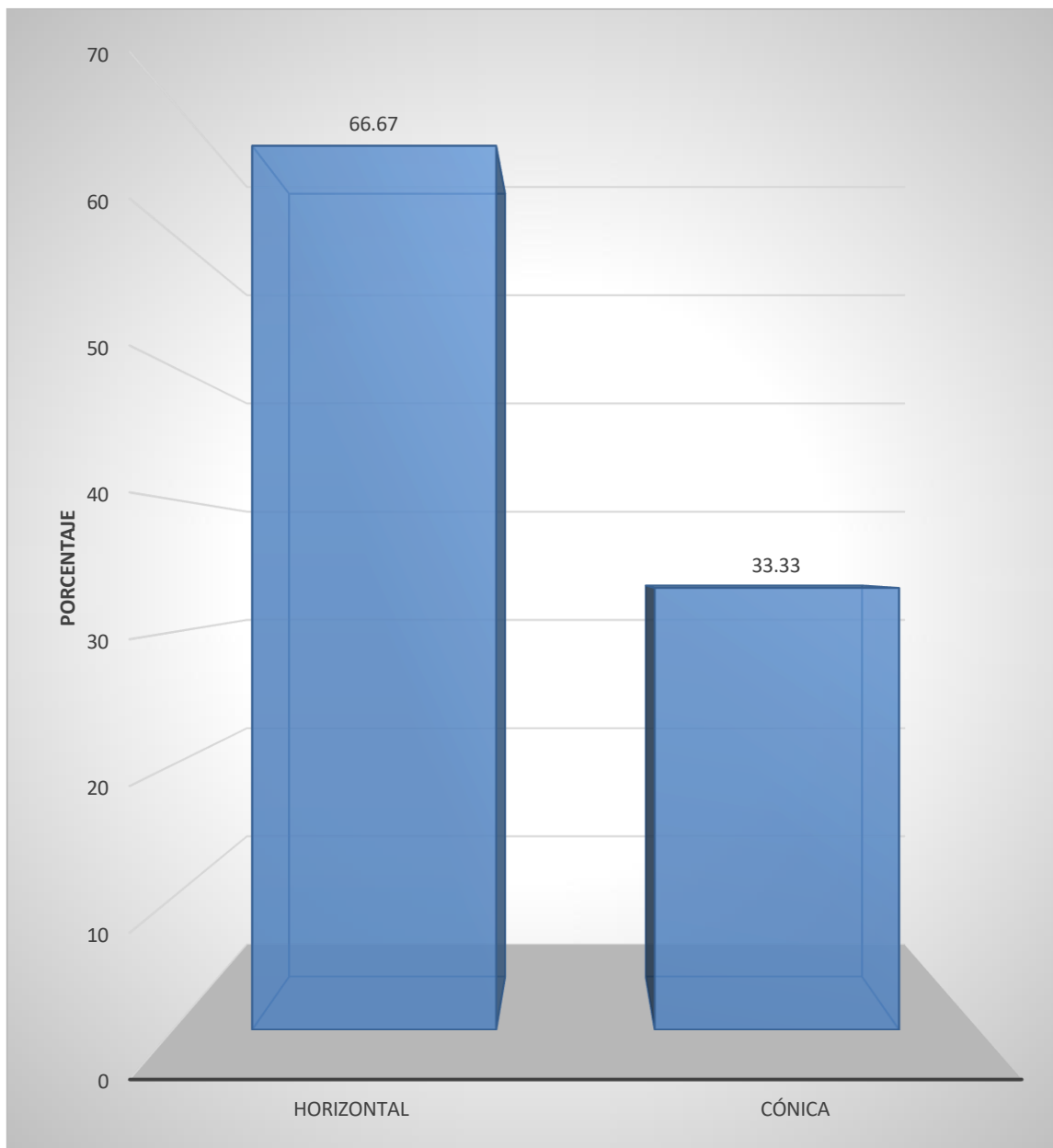
FORMA	Nº	%
Horizontal	24	66,67
Cónica	12	33,33
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Las formas más frecuentes fueron las papilas interincisivas horizontales, identificadas en el 66.67%. En cambio, las papilas cónicas fueron registradas en el 33.33%.

## GRÁFICO Nº 2

### Forma de la papila interincisiva en pacientes de la Consulta Privada



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

TABLA Nº 3

## Grados de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada

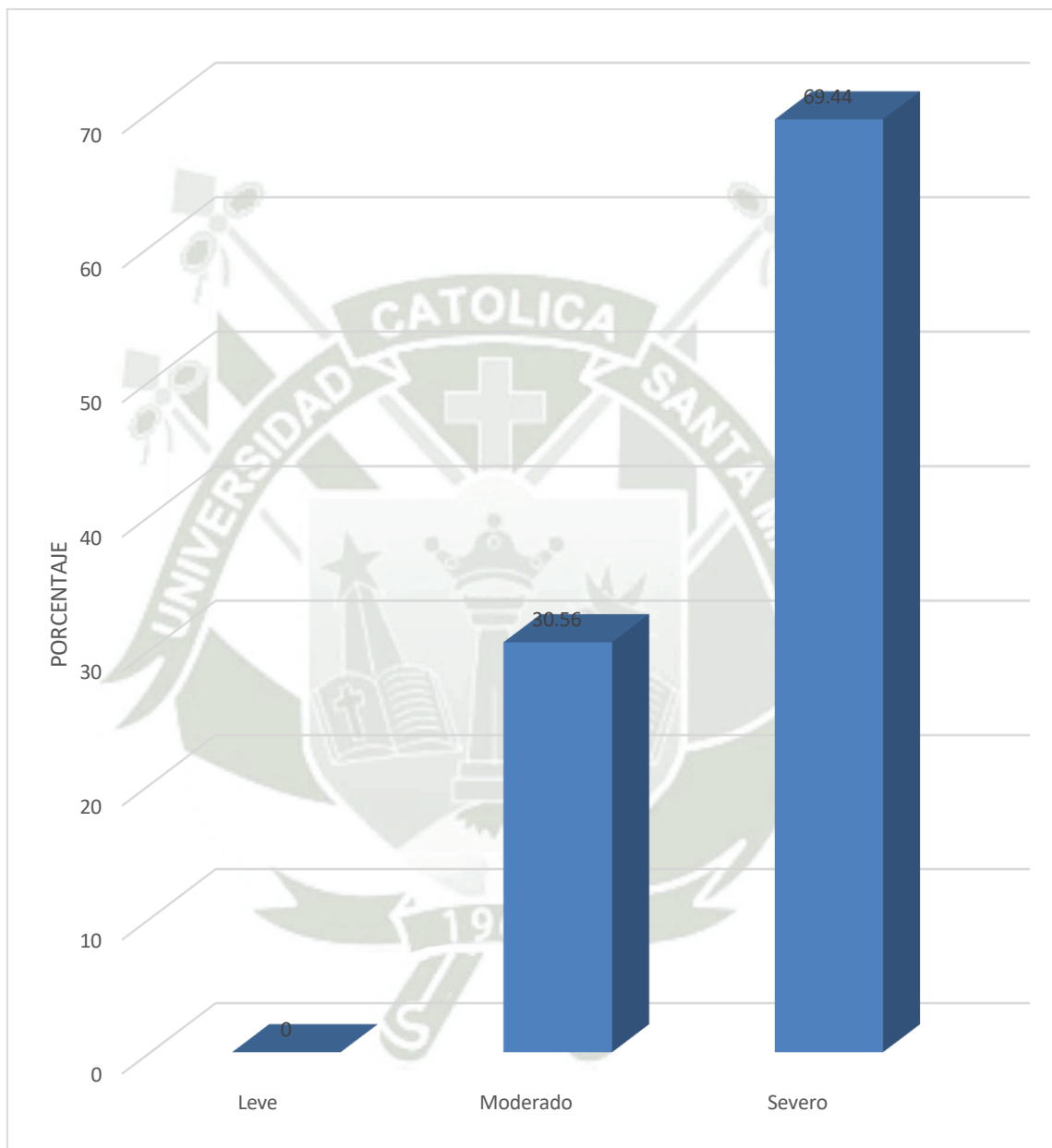
GRADOS	Nº	%
Leve	0	0,00
Moderado	11	30,56
Severo	25	69,44
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Prevaleció la recesión papilar severa, con el 69.44%. Por su parte la recesión moderada solo fue identificada en el 30.56% de los casos.

### GRÁFICO Nº 3

#### Grados de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

TABLA Nº 4

## Clases de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada

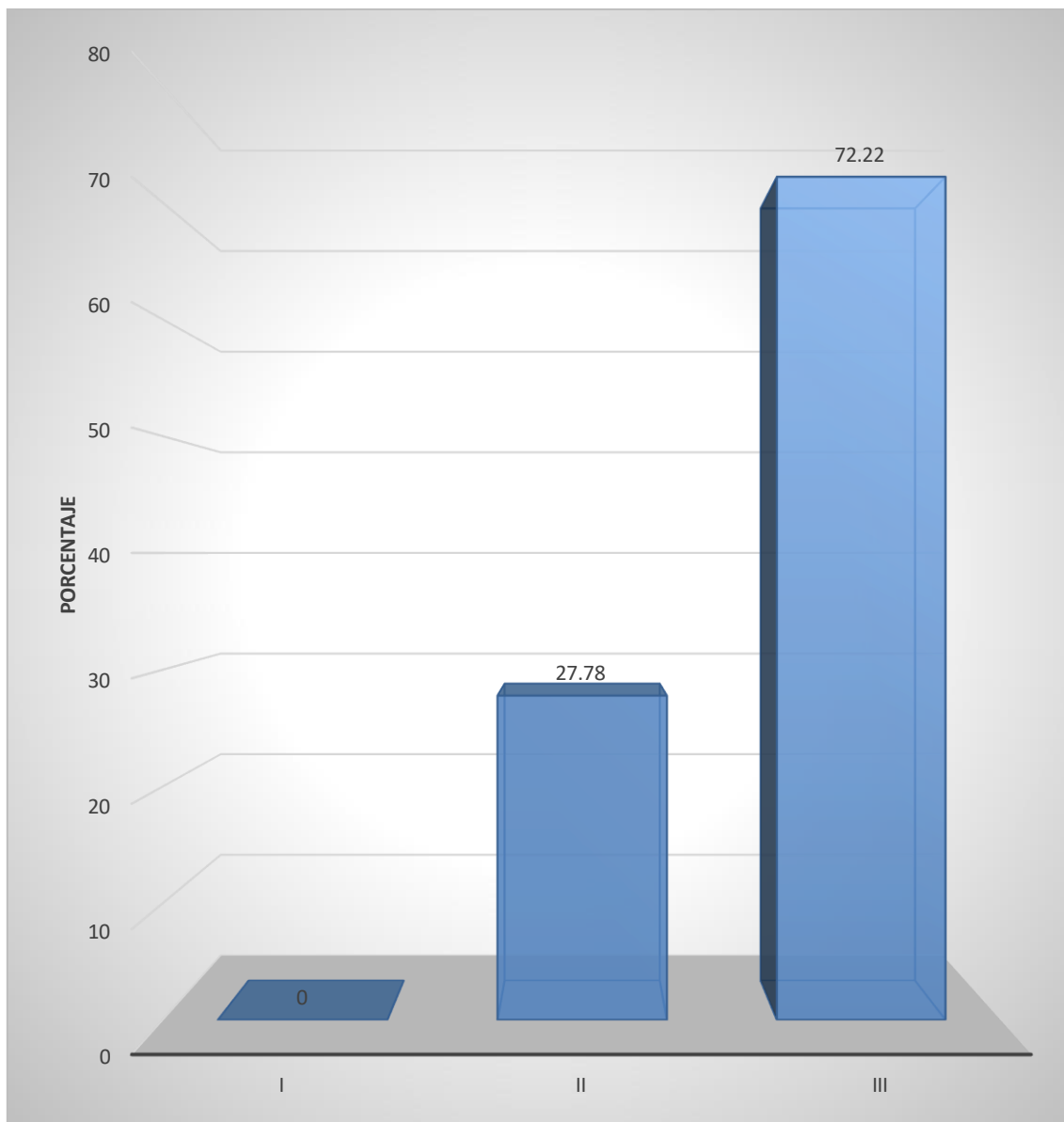
CLASES	Nº	%
I	0	0,00
II	10	27,78
III	26	72,22
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

La recesión papilar clase III predominó con el 72.22%. En tanto, que la recesión clase II fue registrada en el 27.78%

### GRÁFICO Nº 4

#### Clases de recesión papilar en pacientes de la Consulta Privada



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

**TABLA Nº 5**

**Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva**

VARIANTES ANATÓMICAS	FORMA DE LA PAPILA				TOTAL	
	Horizontal		Cónica		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Isoscélicos	1	2,77	8	22,22	9	25,00
Escalénicos	23	63,89	4	11,11	27	75,00
Equiláteros	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>66,67</b>	<b>12</b>	<b>33,33</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 16.67 > VC: 3.84$

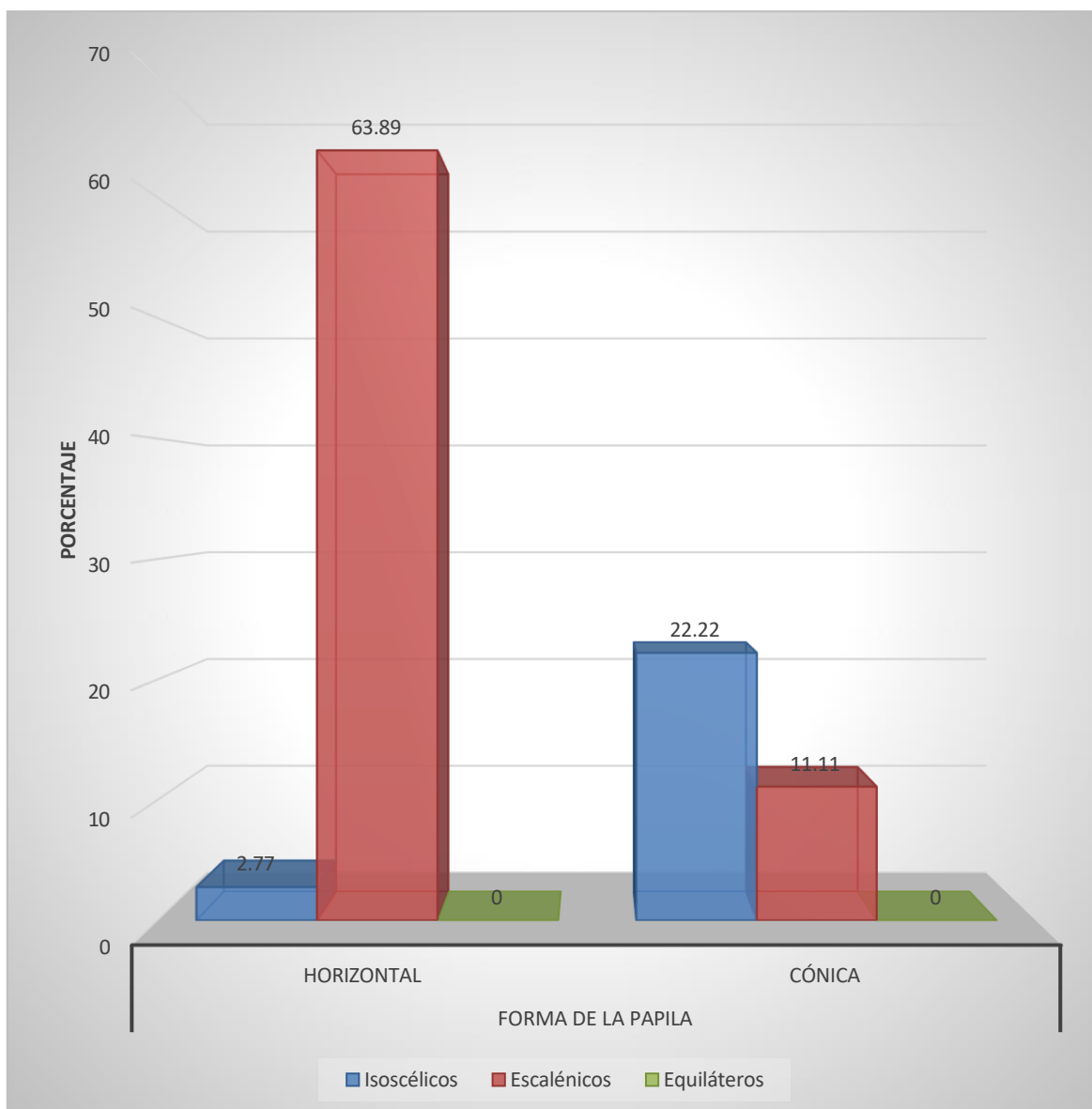
**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Los frenillos isoscélicos se asociaron mayormente a papilas interincisivas cónicas, con el 22.22%. En tanto que, los frenillos escalénicos se relacionaron a papilas horizontales con el 63.89%.

Según la prueba  $X^2$ , existe relación estadística significativa entre las variaciones anatómicas del frenillo labial medio superior y la forma de la papila interincisiva.

### GRÁFICO Nº 5

Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

**TABLA Nº 6**

**Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con los grados de recesión papilar**

VARIANTES ANATÓMICAS	GRADOS DE RECESIÓN						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Isoscélicos	0	0,00	8	22,22	1	2,78	9	25,00
Escalénicos	0	0,00	3	8,33	26	72,22	27	75,00
Equiláteros	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>11</b>	<b>30,56</b>	<b>25</b>	<b>69,44</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**$X^2: 20.57 > VC: 3.84$**

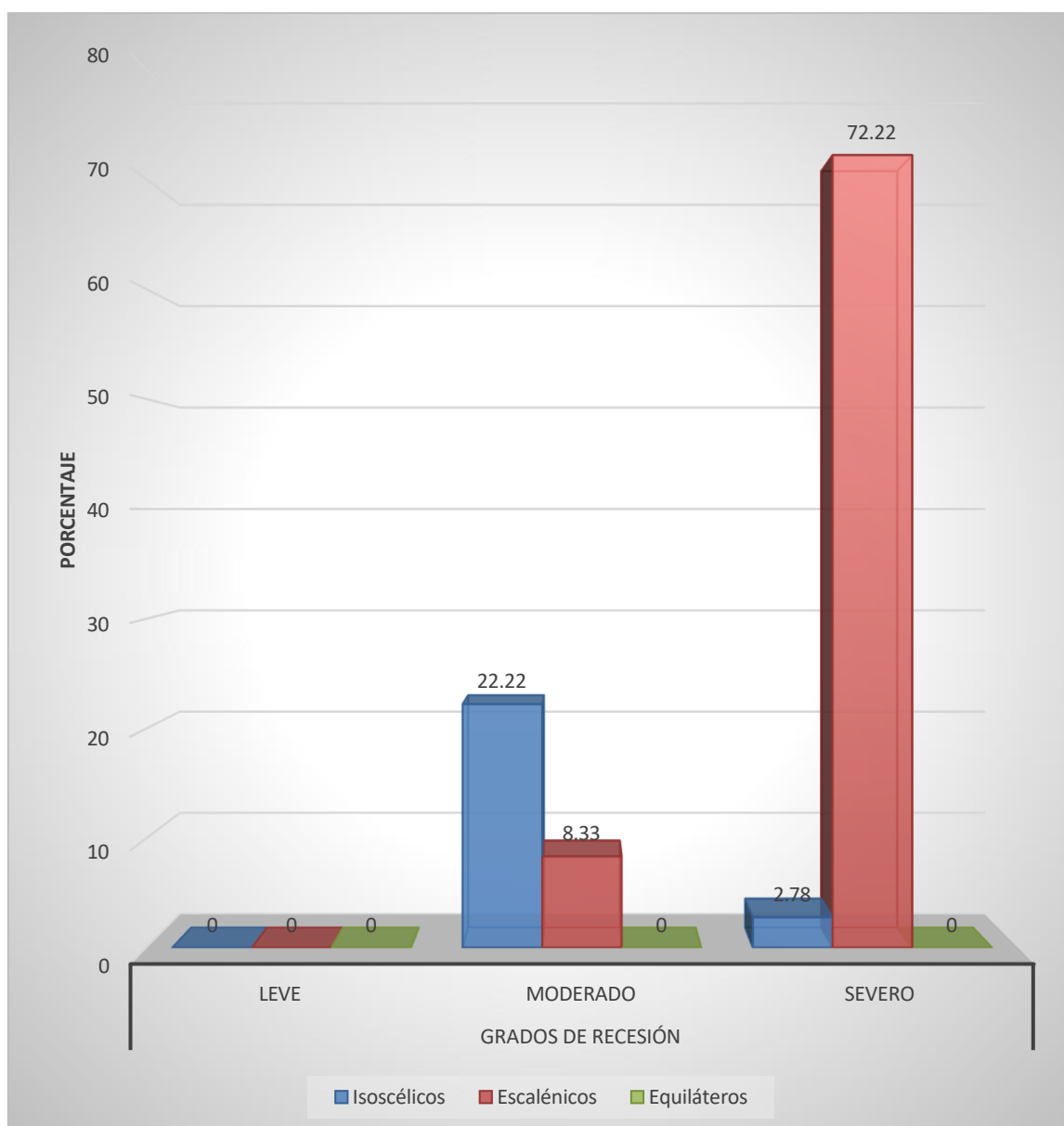
**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Los frenillos labiales isoscélicos se relacionaron mayormente a recesiones papilares moderadas, con el 22.22%. Los frenillos análogos escalénicos se asociaron a recesiones papilares severas, con el 72.22%.

De acuerdo a la prueba  $X^2$  de independencia existe relación estadística significativa entre las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior y los grados de recesión papilar.

### GRÁFICO Nº 6

Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con los grados de recesión papilar



**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

**TABLA Nº 7**

**Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con las clases de recesión papilar**

VARIANTES ANATÓMICAS	CLASES DE RECESIÓN						TOTAL	
	I		II		III		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Isoscélicos	0	0,00	7	26,92	2	5,56	9	25,00
Escalénicos	0	0,00	3	8,33	24	66,67	27	75,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>10</b>	<b>27,78</b>	<b>26</b>	<b>72,22</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 24.30 > VC: 3.84$

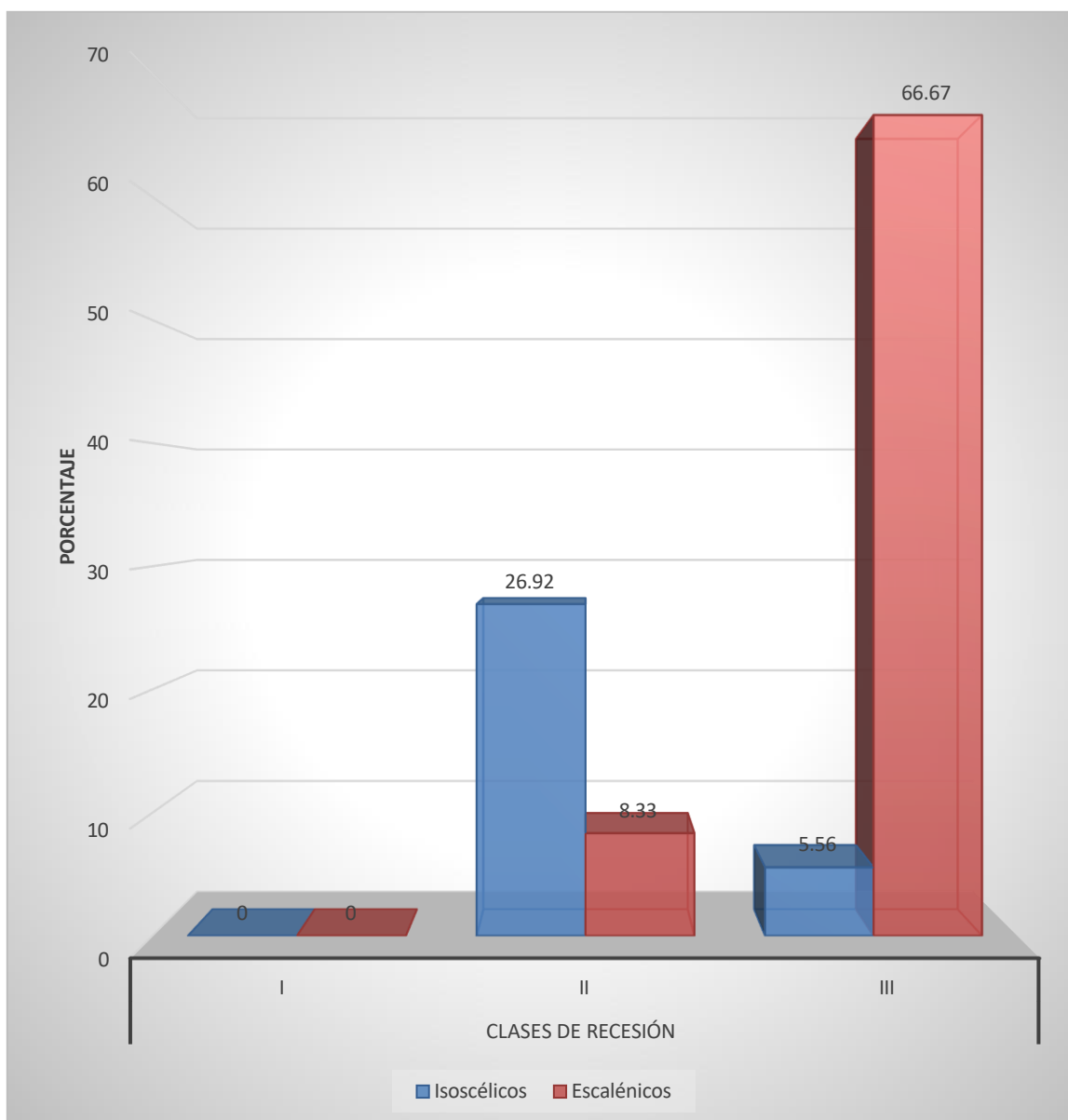
**Fuente:** Elaboración personal (matriz de sistematización).

Los frenillos labiales isoscélicos se relacionaron mayormente a recesiones papilares clase II, con el 26.92%. En cambio, los frenillos análogos escalénicos se asociaron mayormente a recesiones papilares clase III, con el 66.67%.

Según el contraste  $X^2$ , existe relación estadística significativa entre variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con las clases de recesión papilar.

### GRÁFICO Nº 7

Relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con las clases de recesión papilar



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización).

## DISCUSIÓN

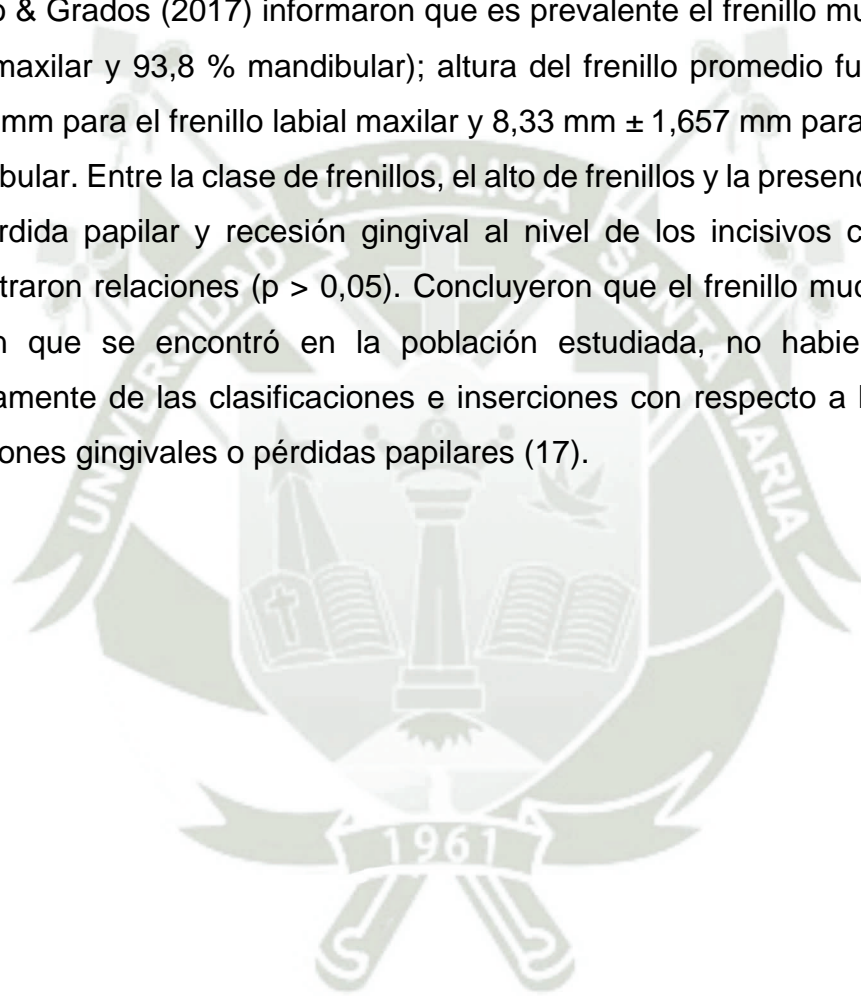
El aporte central del trabajo de investigación radica en que, en base a la prueba  $X^2$  de independencia existe relación estadística significativa entre las variantes anatómicas del frenillo medio superior, la forma de la papila interincisiva, el grado y clases de recesión papilar ( $p < 0.05$ ), en razón a que prevalecieron los frenillos escalénicos con el 75%, las papilas horizontales, con el 66.67% y los grados severos de recesión papilar con el 69.44%.

Turpo (2021) reportó haber encontrado que 55 pacientes tuvieron frenillo mucoso (60,4%), 33 con frenillo gingival (36,3%), 3 con frenillo papilar (3,3%), ningún caso de frenillo transpapilar. Se encontró que 49 pacientes tuvieron al menos una recesión gingival (53,8%), 42 no lo tuvieron (46,2%), 14 varones presentaron frenillos gingivales (42,4%) mientras que 36 mujeres presentaron frenillos mucosos (65,5%), 30 frenillos mucosos presentaron dientes con al menos una recesión gingival mientras que 19 frenillos gingival tuvieron alguna recesión. Se concluye que los frenillos labiales mucosos fueron los más frecuentes, seguido de los frenillos gingivales; y en menor frecuencia los frenillos papilares. No se encontró relación significativa entre los tipos de frenillos mucosos y el sexo y edad de los pacientes evaluados (15).

Castrejon (2019) informó que el tipo de adherencia y las variantes anatómicas del frenillo labial superior presentan asociación estadísticamente significativa con la posición de la papila interdental de los incisivos centrales superiores ( $p=0,038$ ) y

( $p=0,015$ ) respectivamente; sin embargo, en relación con el fenotipo gingival de los incisivos centrales superiores no se encontró asociación estadísticamente significativa con las características del frenillo labial superior. Se concluyó que el tipo de adherencia y las variantes anatómicas del frenillo labial superior tienen asociación estadísticamente significativa con la posición de la papila interdental (16).

Castro & Grados (2017) informaron que es prevalente el frenillo mucoso (54,6 % a nivel maxilar y 93,8 % mandibular); altura del frenillo promedio fue de  $8,37\text{mm} \pm 2,671\text{ mm}$  para el frenillo labial maxilar y  $8,33\text{ mm} \pm 1,657\text{ mm}$  para el frenillo labial mandibular. Entre la clase de frenillos, el alto de frenillos y la presencia de severidad de pérdida papilar y recesión gingival al nivel de los incisivos centrales, no se encontraron relaciones ( $p > 0,05$ ). Concluyeron que el frenillo mucoso fue el más común que se encontró en la población estudiada, no habiendo asociación directamente de las clasificaciones e inserciones con respecto a la existencia de recesiones gingivales o pérdidas papilares (17).



## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Según la prueba  $X^2$  de independencia, existe relación estadística significativa entre las variantes anatómicas de frenillo labial y las formas de papila interincisiva ( $p < 0.05$ ).

### SEGUNDA

De acuerdo al test analítico mencionado, existe relación estadística significativa entre variantes anatómicas del frenillo labial y el grado de recesión papilar ( $p < 0.05$ ).

### TERCERA

Existe relación estadística significativa entre variantes anatómicas del aludido frenillo y las clases de recesión papilar ( $p < 0.05$ ).

### CUARTA

Consecuentemente se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis investigativa o alterna en las tres relaciones antes mencionadas con un nivel de significación de  $p < 0.05$ .

## RECOMENDACIONES

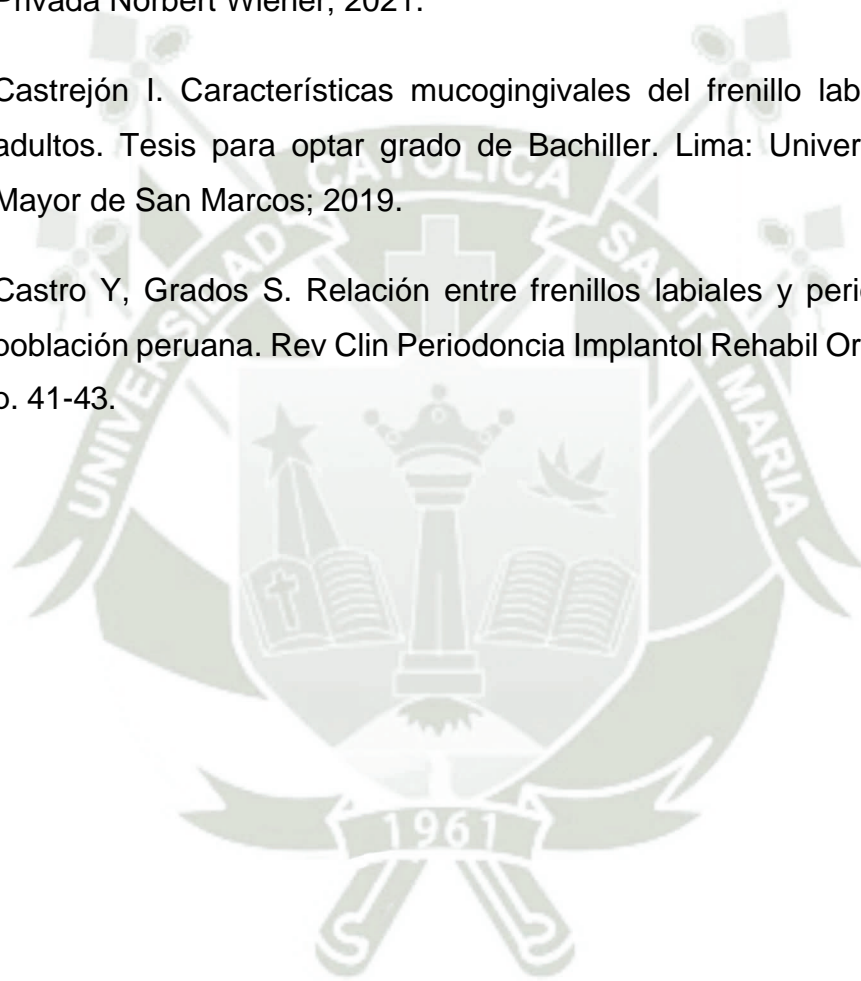
A nuevos tesis de la Facultad de Odontología de la UCSM, se recomienda:

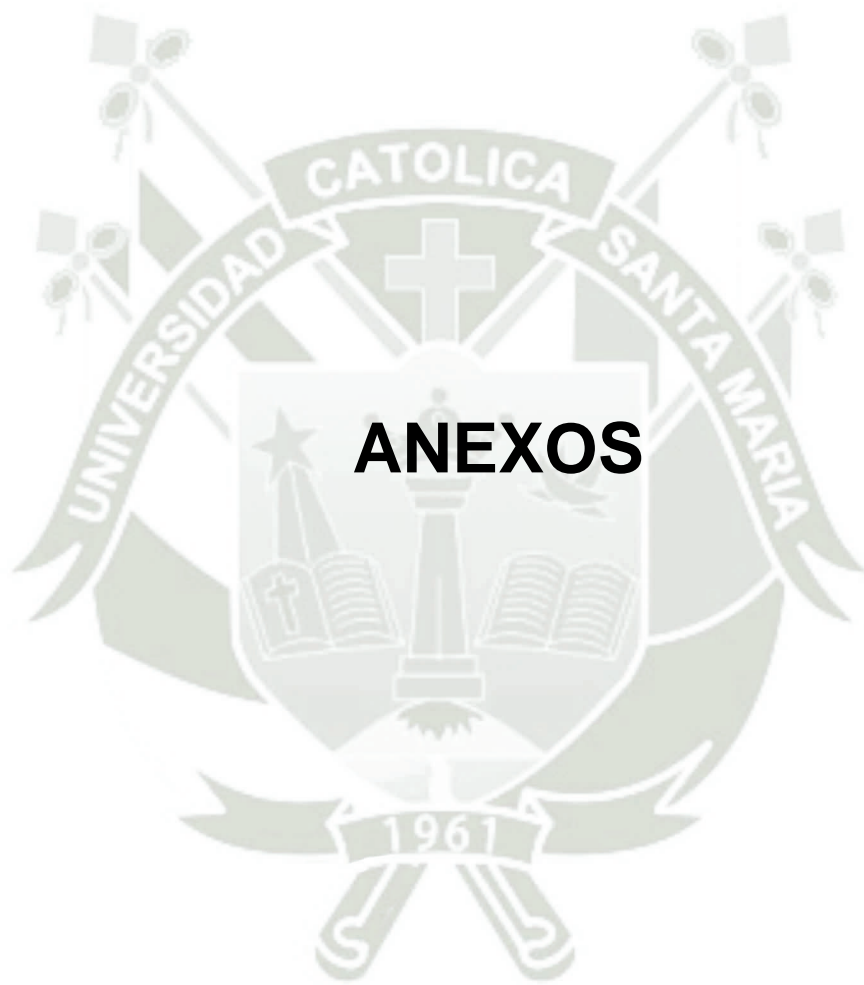
1. Investigar la relación entre las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior y las características del diastema interincisivo, a efecto de establecer constantes de ocurrencia en la vinculación entre ambas variables.
2. Investigar la relación entre las características morfológicas y dimensionales del frenillo labial y las modificaciones del contorno gingival vestibular y palatino de ambos incisivos centrales superiores.
3. Investigar la influencia del frenillo labial en las variaciones posicionales del cenit gingival de los arcos marginales de los incisivos centrales.
4. Investigar la relación probable y posible entre las variantes anatómicas del frenillo labial con el fenotipo gingival del sector vestibular anterosuperior.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figun M, Garino R. Anatomía odontológica funcional y aplicada. 8th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2018.
2. Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental. Segunda ed. Madrid: Panamericana; 2018.
3. Kruger G. Tratado de cirugía bucal. Décima ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2017.
4. Aprile y Figun. Anatomía de cabeza y cuello. Cuarta edición ed. Buenos Aires: Interamericana; 2012.
5. Ries Centeno G. Cirugía bucal. Décima ed. Buenos Aires: Interamericana; 2015.
6. Lindhe J. Periodontología e Implantología Odontológica. Sexta ed. México: Panamericana; 2017.
7. Newman , Carranza , Takey. Periodontología clínica esencial. cuarta ed. México DF: Elsevier; 2023.
8. Rosado Linares ML. Periodoncia. primera ed. Arequipa-Perú: UCSM; 2010.
9. Bascones A. Periodoncia Clínica E Implantología Oral. Tomo 1. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Ortodoncia. [Online].; 2015 [cited 2018 05 02. Available from: <https://www.ortodonciamadrid.org/frenillo-labial-superior-hipertrofico/>.
11. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman.. 10th ed. México: Interamericana; 2012.
12. Novaes A. Cirugía Periodontal con finalidad protésica. cuarta ed. España: Amolca; 2016.

13. Barrios G. Odontología su fundamento biológico. 4th ed. Bogotá: IATROS; 2016.
15. Turpo Chávez JE. Relación entre los tipos de frenillos labiales superiores y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos del Centro Odontológico Rehabilitador, de Lima en el periodo enero – marzo 2021. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
16. Castrejón I. Características mucogingivales del frenillo labial superior en adultos. Tesis para optar grado de Bachiller. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
17. Castro Y, Grados S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2017; 10(1): p. 41-43.







**ANEXO N° 1**  
**MODELO DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN**

## FICHA DE REGISTRO

Ficha N° .....

**Enunciado:** RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

Edad: \_\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

### 1. VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO MEDIO SUPERIOR

- 1.1. Isoscélicos ( )
- 1.2. Escalénicos ( )
- 1.3. Equilateros ( )

### 2. FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA

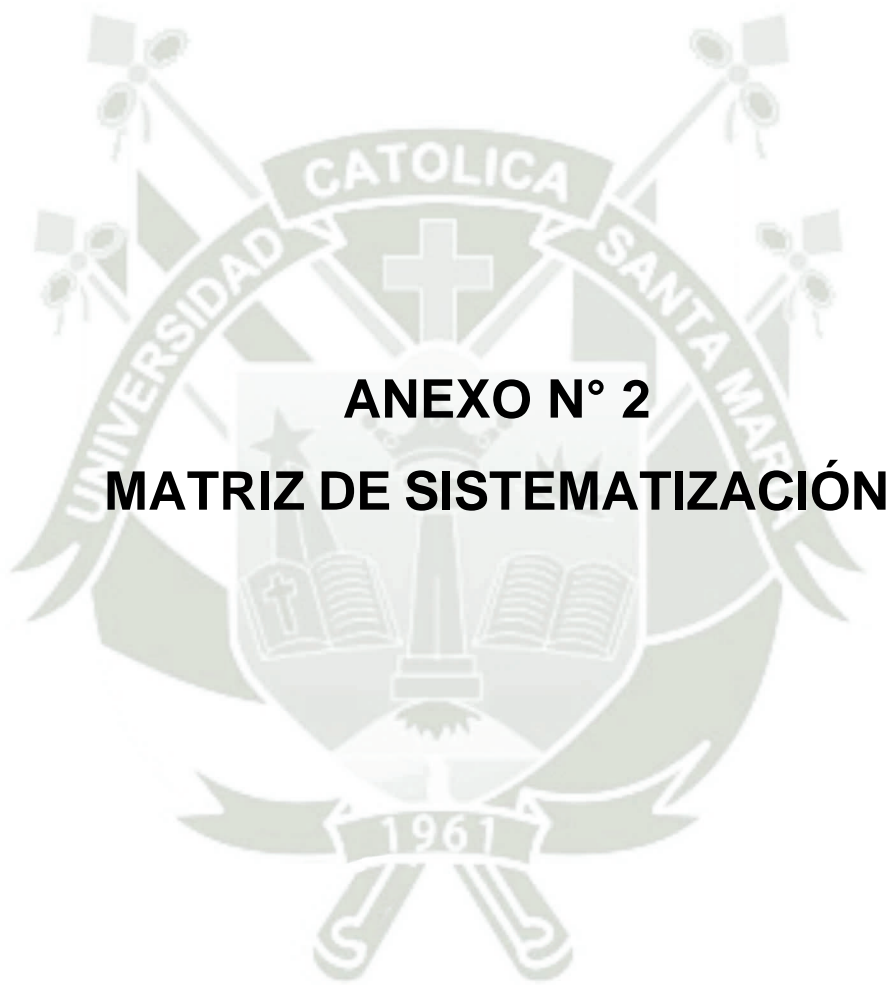
- 2.1. Horizontal ( )
- 2.2. Cónica ( )

### 3. GRADOS DE RECESIÓN PAILAR

- 3.1. Leve ( )
- 3.2. Moderada ( )
- 3.3. Severa ( )

### 4. CLASES DE RECESIÓN PAPILAR

- 4.1. Clase I ( )
- 4.2. Clase II ( )
- 4.3. Clase III ( )

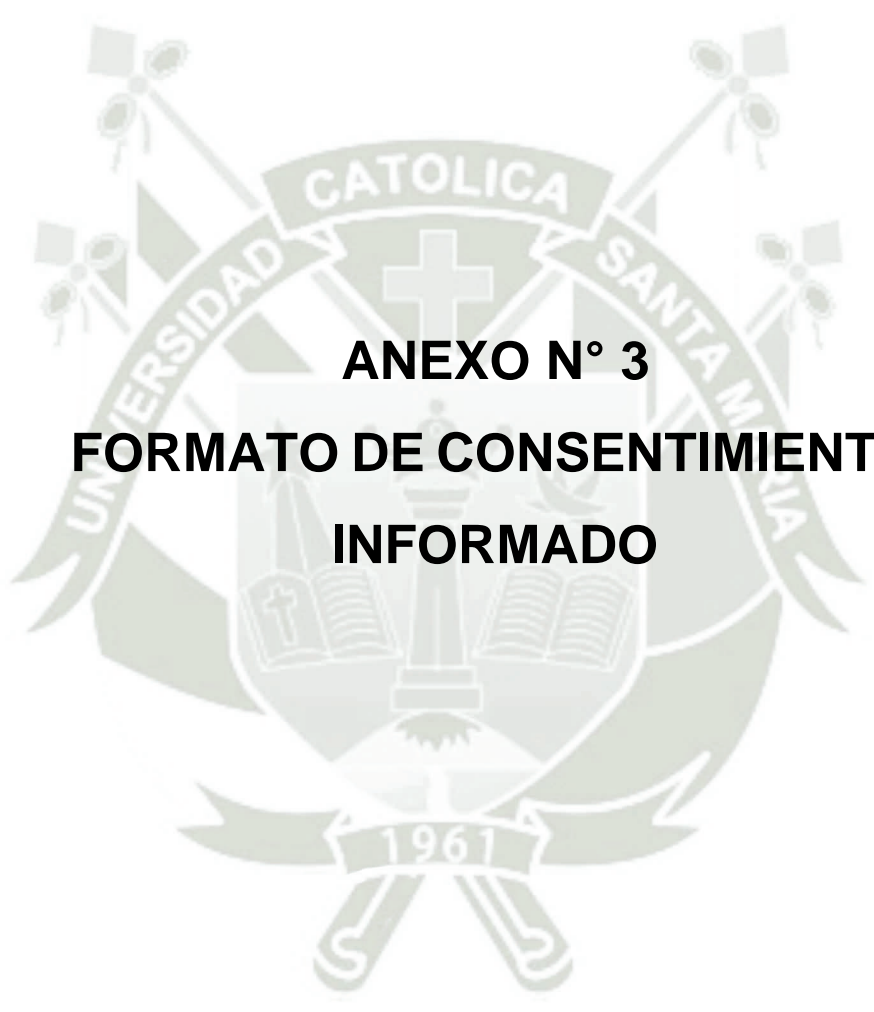


## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

**Enunciado:** RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

UA	Frenillo	Forma de la papila	Grados de recesión papilar	Clases de recesión papilar
1.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
2.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
3.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
4.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
5.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
6.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
7.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
8.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
9.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
10.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
11.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
12.	Escalénico	Cónica	Moderado	II
13.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
14.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
15.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
16.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
17.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
18.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
19.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
20.	Escalénico	Cónica	Moderado	II

UA	Frenillo	Forma de la papila	Grados de recesión papilar	Clases de recesión papilar
21.	Isoscélico	Cónica	Severo	III
22.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
23.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
24.	Escalénico	Cónica	Moderado	II
25.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
26.	Isoscélico	Cónica	Moderado	II
27.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
28.	Escalénico	Horizontal	Severo	II
29.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
30.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
31.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
32.	Isoscélico	Cónica	Moderado	III
33.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
34.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
35.	Escalénico	Horizontal	Severo	III
36.	Escalénico	Horizontal	Severo	III



**ANEXO N° 3**  
**FORMATO DE CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO**

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. **Muñoz Salas Milagros Mercedes**, de la Facultad de Odontología titulada: **RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023**, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, y fines y resultados de dicho estudio.

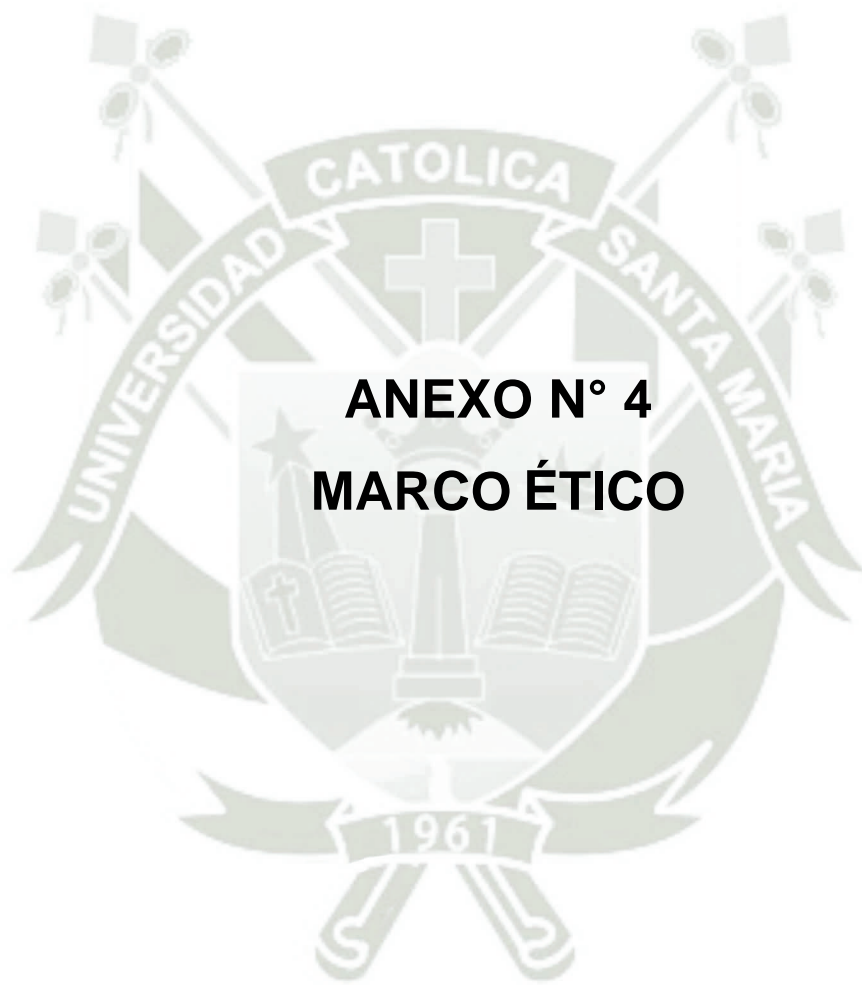
Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio le asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

\_\_\_\_\_  
Investigadora

\_\_\_\_\_  
Investigado(a)

Arequipa, .....



## MARCO ÉTICO

El presente trabajo considera el respeto a los siguientes principios éticos:

### a. Consentimiento informado

El paciente fue plenamente informado del propósito central del trabajo, su naturaleza, alcances, objetivos inmediatos y mediatos, así como de la metodología y finalidad.

### b. Beneficencia

En el sentido de que a los pacientes que actuaran como unidades de estudio, no se les genere daño de ninguna naturaleza: los procedimientos que implique la puesta en marcha de la metodología en especial, la recolección no les genere daño.

### c. Libre determinación

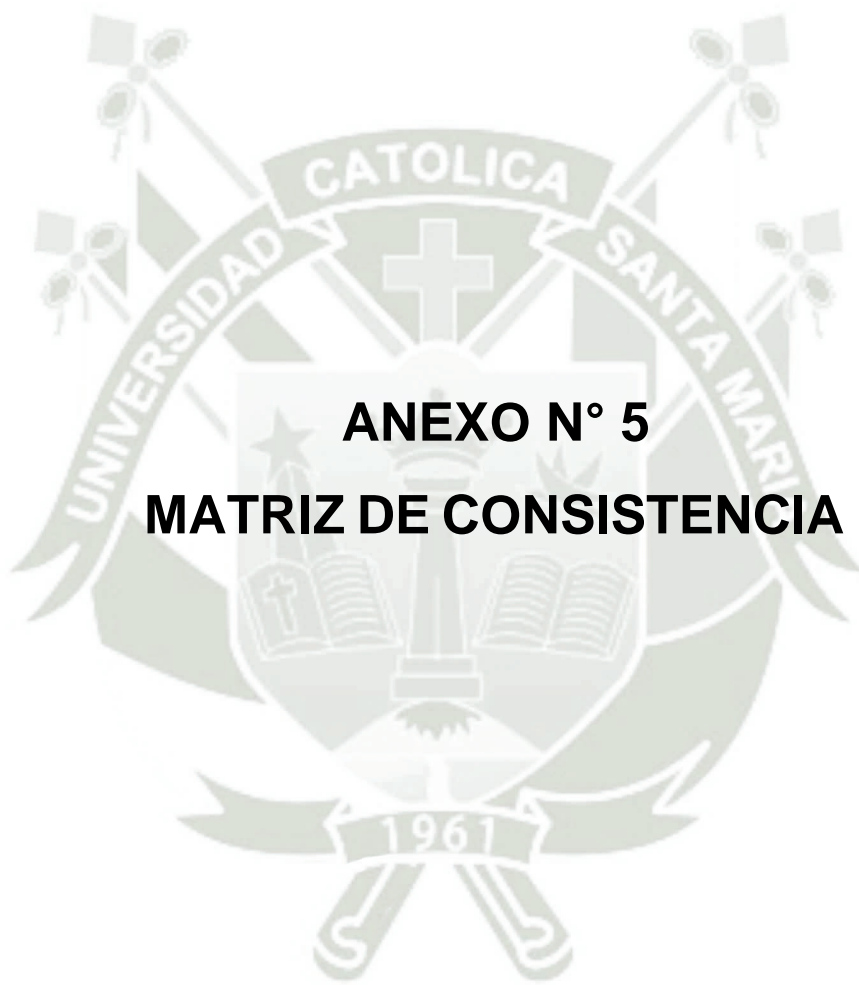
Merced al libre albedrío, es que los pacientes podrán determinar su participación en el estudio de modo voluntario, incluso serán libres de abandonarlo en cualquier momento del proceso investigativo, previo aviso, sin posibilidad de falta alguna.

### d. Respeto al anonimato

La información obtenida producto de la recolección fue absolutamente anónima en salvaguarda de la confidencialidad y la privacidad requeridas, incluso de la identidad del paciente.

### e. Trato justo

El paciente que participará como unidad de estudio deberá ser tratado con justicia y dignidad antes, durante y después del proceso investigativo.



**ANEXO N° 5**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

ENUNCIADO	VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TÉCNICA	INSTRUMENTO	UNIDADES DE ESTUDIO
<p>RELACIÓN DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL FRENILLO LABIAL MEDIO SUPERIOR CON LA FORMA DE LA PAPILA INTERINCISIVA, LOS GRADOS Y CLASES DE RECESIÓN PAPILAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023</p>	<p><b>Variable independiente</b> Variantes anatómicas del frenillo labial medio superior</p> <p><b>Variable dependiente 1</b> Forma de la papila interincisiva</p> <p><b>Variable dependiente 2</b> Grados recesión papilar</p> <p><b>Variable dependiente 3</b> Clases de recesión papilar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva</li> <li>• Relacionar dichas variantes con los grados de recesión papilar</li> <li>• Relacionar las variantes anatómicas mencionadas en las clases de recesión papilar.</li> </ul>	<p><b>Dado que</b>, los frenillos ejercen una tracción sostenida de la papila interdientaria hacia apical durante las funciones masticatoria, foniatría y gesticuladora:</p> <p><b>Es probable que</b>, exista relación de las variantes anatómicas del frenillo labial medio superior con la forma de la papila interincisiva, los grados y clase de recesión papilar en pacientes adultos de la Consulta Privada.</p>	<p>Observación clínica intraoral</p>	<p>Ficha de registro</p>	<p>N = 36 pacientes De 50 a 60 años con los criterios de inclusión</p>