

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA FRENOTOMÍA LABIAL (REPARACIÓN DEL LLAMADO FRENILLO LABIAL SUPERIOR O  
INFERIOR, CORTO)

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada FRENOTOMÍA LABIAL, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

#### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos frenotomía labial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la sección, y posterior reconstrucción adecuada, del llamado frenillo labial superior o inferior.

En general, de ambos frenillos, suele ser el frenillo labial superior el que suele ser objeto de mayor interés médico.

En efecto, en el caso de que sea corto o grueso, puede producir una cierta separación entre los dientes llamados incisivos lo que puede producir un cierto trastorno estético, defectos en la higiene dentaria, alteraciones en el sellado labial –al intentar cerrar la boca- , alteraciones en la emisión del sonido o problemas en la adaptación de prótesis dentales.

En el caso del frenillo labial inferior, pueden producirse defecto de higiene de la zona, responsables de problemas periodontales.

El frenillo labial superior es muy frecuente durante los primeros años de vida pero va desapareciendo con el crecimiento y desarrollo de la boca. Por ello, se recomienda indicar la intervención quirúrgica tras la aparición de los colmillos definitivos.

El frenillo lingual puede tener dimensiones diferentes, y grosores y disposiciones muy variables. Su valoración debe de ser cuidadosa y podría precisar la realización de una radiografía: su especialista le aconsejará en relación con su posible intervención quirúrgica, así como realizará la técnica de modificación más adecuada para cada caso.

La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia general o local y, generalmente, consiste en seccionar de manera adecuada el frenillo labial, y suturar –si fuera preciso- la herida de manera conveniente para una mejor movilidad de la zona. En la actualidad, hay especialistas que utilizan la sección de la zona mediante la utilización de un rayo láser.

En ocasiones, pueda ser necesaria la realización de un pequeño colgajo que ayude a la mejor reparación de la zona.

Junto con todo ello, el paciente pueda precisar un tratamiento ortodóncico.

Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueda aparecer, por la boca, una pequeña cantidad de sangre tiñendo la saliva.

No es frecuente pero también podrían aparecer vómitos de color oscuro que, durante las primeras horas tras la intervención, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la operación, por lo que no precisan tratamiento.

Después de la intervención suele existir un pequeño dolor de boca que se puede disminuir con calmantes.

Debe mantenerse reposo relativo en el domicilio durante 1 ó 2 días.

La dieta será blanda durante los dos primeros días, evitando los alimentos excesivamente

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA FRENOTOMÍA LABIAL (REPARACIÓN DEL LLAMADO FRENILLO LABIAL SUPERIOR O  
INFERIOR, CORTO)

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

calientes o fríos, picantes o ácidos.

#### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

INTERVENCIÓN cuando está indicada, se puede producir una cierta separación entre los dientes incisivos –el llamado diastema dental- lo que puede producir un cierto trastorno estético y alteraciones en la emisión del sonido, además defectos en la higiene dentaria, alteraciones en el sellado labial –al intentar cerrar la boca- , o problemas en la adaptación de prótesis dentales.

#### BENEFICIOS ESPERABLES

En ocasiones es un tratamiento previo a la ortodoncia. En ese sentido, puede esperarse una cierta mejoría estética. Mejoría de la motilidad labial, mejoría en la emisión del sonido laríngeo, mayor facilidad para la higiene dentaria

#### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

#### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que suele consistir en la compresión de la zona intervenida, o la sutura del lecho sangrante.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dental- accidental.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA FRENOTOMÍA LABIAL (REPARACIÓN DEL LLAMADO FRENILLO LABIAL SUPERIOR O  
INFERIOR, CORTO)

Nombre y apellidos:.....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA FRENOTOMÍA LABIAL (REPARACIÓN DEL LLAMADO FRENILLO LABIAL SUPERIOR O  
INFERIOR, CORTO)

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

#### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup>....., con D.N.I. ....  
y en calidad de ....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA FRENOTOMÍA LABIAL (REPARACIÓN DEL LLAMADO FRENILLO LABIAL SUPERIOR O  
INFERIOR, CORTO)

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal