



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Análisis morfológico del frenillo labial superior en pacientes atendidos
en el establecimiento de salud la Arena- Piura 2022

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Escobedo Rosas, Miguel Angel Eliseo (orcid.org/0000-0001-5272-3970)

ASESORES:

Dra Enoki Miñano, Erika Raquel (orcid.org/0000-0002-3378-5970)

Mg. Ascanoa Olazo, Jimmy Antonio (orcid.org/0000-0001-8757-5488)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedicado a Dios por darme la fortaleza para salir adelante.

A mis Padres Alberto Escobedo Chinchay Jenny Rosas Velásquez y por su grandioso amor y apoyo que me brindan cada día.

A mi Abuelito que me cuida desde el cielo, Miguel Rosas Rivas, por su incondicional apoyo y amor que siempre me brindo.

A mis hermanos María Elena, Cristhian y Marcia.

Agradecimiento

A mis asesores Dra. Erika Enoki Miñano Mg. Jimmy Ascanoa Olazo y la Dra. Cinthia Yarleque Maticorena, por brindarme su apoyo y enseñanza durante mi carrera profesional.

Al especialista Maxilofacial Dr. José Luis de la Puente, por ser un ejemplo a seguir, por su amistad y apoyo durante el desarrollo de la presente tesis.

A mi compañera Lorena Oliva Velásquez por su amor y su apoyo incondicional

A mis amistades por compartir conmigo cada meta, al Dr. Darío Navarro por amistad y apoyo en este gran paso.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de abreviaturas.....	v
Índice de tablas.....	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	13
3.2 Variables y operacionalización	13
3.3 Población, muestra y muestreo	13
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5 Procedimientos.....	15
3.6 Método de análisis de datos	16
3.7 Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	17
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27

REFERENCIAS28

ANEXOS

Índice de abreviaturas

LMLF: Frenillo maxilar labial medio

Índice de tablas

Tabla 1. Variantes morfológicas del frenillo labial superior en pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.....17

Tabla 2. Variantes anatómicas del frenillo labial superior acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.....18

Tabla 3. Tipo de adherencia del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.....19

Tabla 4. Longitud del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.....20

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar las diferentes variantes morfológicas del frenillo labial superior en la población atendida en el establecimiento de salud de La Arena durante el 2022; estudio de tipo básico, no experimental, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 145 pacientes y se realizó la evaluación clínica del frenillo labial superior obteniendo como resultado que la variante morfológica más frecuentemente hallada fue el frenillo normal con nódulo con 48.28%, el tipo de adherencia más común para el sexo masculino fue la inserción de tipo gingival; mientras que para el sexo femenino la inserción de tipo mucosa fue de 35.86%. Además, se determinó que la longitud más común del frenillo labial superior fue de 12mm, que fue representado por el 70.34%. Concluyendo que la variante morfológica más frecuente fue el frenillo normal con nódulo.

Palabras clave: Frenillo labial, anatomía, diastema

Abstract

The objective of the research was to determine the different morphological variants of the upper labial frenulum in the population treated at the La Arena health facility during 2022; basic, non-experimental, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 145 patients and the clinical evaluation of the upper labial frenulum was carried out, obtaining as a result that the most frequently found morphological variant was the normal frenulum with a nodule with 48.28%, the most common type of adhesion for the male sex was the insertion gum type; while for the female sex the mucosal type insertion was 35.86%. In addition, it was determined that the most common length of the upper labial frenulum was 12mm, which was represented by 70.34%. Concluding that the most frequent morphological variant was the normal frenum with a nodule.

Keywords: Labial Frenum, anatomy, diastema

I. INTRODUCCIÓN

El frenillo labial superior o también llamado *frenulum labii superioris*, es un pliegue de la membrana mucosa que conecta el labio superior con la mucosa alveolar, la encía y el periostio subyacente.¹⁻³ Histológicamente está formado por fibras de tejido conectivo laxo, abundancia de fibras elásticas y glándulas mucosas en el tejido subcutáneo a ambos lados de la arteria y las venas centrales. La función principal del frenillo labial es sostener o proporcionar estabilidad al labio superior y mantenerlo en armonía con los huesos del maxilar en crecimiento.¹

El frenillo labial superior presenta variaciones dependiendo de la unión de las fibras junto con la presencia de variaciones estructurales y anomalías al igual que todas las demás partes del cuerpo.^{4,5} Asimismo, en ocasiones, existe cierto grado de confusión a la hora de la clasificación de los tipos de frenillo, lo que a su vez puede provocar problemas en el diagnóstico y la planificación del tratamiento.⁶

Es importante recalcar que muchos cirujanos dentistas al no conocer las variaciones normales del frenillo labial superior las interpretan erróneamente como entidades patológicas. Además, de implicar pérdida de la papila, recesión de diastema, dificultad en el cepillado, mala alimentación de los dientes y compromiso del ajuste o retención de la dentadura.⁷

Asimismo, un frenillo puede volverse problemático si la tensión del movimiento del labio aleja el margen gingival del diente, o si el tejido dificulta el cierre de un diastema durante un tratamiento de ortodoncia. Por otro lado, la fijación anormal del frenillo puede llegar a ocasionar diastema, lo cual favorece a la acumulación de placa, la recesión gingival, la pérdida de hueso, dificultando la sonrisa y el habla correcta. Adicionalmente, existen algunos síndromes asociados a generar anomalías frenales específicas, como la hiperplasia, la hipoplasia, causando una ausencia de frenillo incluida en el síndrome Ehlers-Danlos, entre otras.⁸

A nivel internacional estudios han demostrado que existen variaciones en la morfología, la ubicación, el género, la raza y el origen con respecto al frenillo. En Nepal – Bhaktapur, se identificó que aproximadamente un 7% de pacientes infantiles evidenció tener frenillo con nódulo y un 6% frenillo con apéndice.

Asimismo, el frenillo con apéndice está presente sobre todo en hombres en un 10% y en mujeres en un 2.5% y solo un 3% evidenció frenillo simple.⁹

De forma complementaria, estudios realizados en la India refieren que estadísticamente el tipo más común de anatomía del frenillo labial en la población del sur es el frenillo simple con nódulo en un 28.33%, seguido del frenillo tectolabial persistente.¹⁰

En contraste, investigaciones en Ecuador evidencian que la población urbana presenta variaciones significativas en la inserción y morfología del frenillo labial superior, destacándose una mayor frecuencia del frenillo labial superior con inserción gingival en un 44% de pacientes; del mismo estudio se destaca que la inserción papilar penetrante tuvo una mayor incidencia en la presencia de diastema, con un 27% de casos.¹¹

En el ámbito nacional, se han realizado diversas investigaciones sobre frenillos labiales en pacientes de distintas edades. Según estudios, el tipo de frenillo mucoso es el que presenta una mayor frecuencia con un 54,6% de casos, prevaleciendo en 93,8% de estos la inserción a nivel maxilar y en la mandíbula. Asimismo, al evaluarse la posición de los frenillos se evidencian afecciones como pérdida papilar y recesión gingival.¹²

Por otro lado, en Lima se realizaron estudios a 91 pacientes de los cuales un 60% presentó frenillo mucoso, un 36% frenillo gingival, un 3% frenillo papilar. Mientras que, por otro lado, un 52% evidenció recesión gingival, dentro de lo cual un 42% fueron de sexo masculino y en un 65% mujeres. Ante ello se pudo deducir que en los casos reportados se presenta con mayor frecuencia el frenillo del tipo labial y mucoso y en menor frecuencia los papilares.¹³

A nivel local en el Establecimiento de Salud la Arena se ha podido identificar que muchos de los pacientes que acuden a atenderse reflejan distintos tipos de frenillo labial superior. Asimismo, muchos de los pacientes no acuden de manera continua a las consultas, lo cual también influye a que estos trastornos no sean identificados tempranamente, lo cual complica a que el tratamiento brindado tenga respuestas óptimas. Es por ello que el análisis morfológico permitirá evidenciar el crecimiento y desarrollo del frenillo labial superior en cada uno de los pacientes que se atienden en el establecimiento de salud.

Teniendo en cuenta la realidad problemática descrita, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál será el análisis morfológico del frenillo labial superior en pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena Piura - 2022?

La presente investigación se justifica teóricamente en el aporte al conocimiento derivado de reconocer la morfología del frenillo labial superior dentro de la población del establecimiento de Salud de la Arena, siendo de suma importancia para académicos e investigadores que deseen tener un material de referencia para sus estudios.

Por otro lado, a nivel práctico, la propuesta de investigación se justifica en que, con la obtención de resultados esperados los profesionales o cirujanos dentistas podrán identificar cuál es la morfología más frecuente para establecer un diagnóstico adecuado y, de esta manera, elaborar un plan de tratamiento de acuerdo al tipo de frenillo más frecuente.

En última instancia, se justificó a nivel metodológico en el empleo de un instrumento de recolección de datos que permitirá obtener la data referente a la morfología del frenillo labial superior, y con esto evaluar la certeza y fiabilidad de la información resultante; mismo instrumento de recolección de datos que podrá ser reutilizado o readaptado a otras poblaciones para extender los datos de referencia disponibles, o a la misma, a fin de confirmar los resultados.

Finalmente, a fin de cumplir con la investigación se planteó como objetivo general realizar el análisis morfológico del frenillo labial superior en pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura - 2022. Para ello, se desglosaron los siguientes objetivos específicos: determinar las variantes anatómicas del frenillo labial superior acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022, identificar tipos de adherencia del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022, identificar la longitud del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentan los antecedentes relacionados con la presente investigación:

Kilinç et al.¹⁴ (2021) en Turquía, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el tipo y morfología del frenillo maxilar labial medio (LMLF) en diferentes grupos etarios, participaron 1023 personas entre los 2 años de edad hasta los 65, se dividieron en 5 grupos incluyendo mujeres y hombres, se examinó la relación que podía existir entre la inserción, el género y la edad. Como resultado de esta investigación se determinó que el tipo de inserción gingival fue el más prevalente representando el 55.2%, seguido de la inserción mucosa 26.3% y papilar fue el 14%. Como conclusión pueden existir variaciones en el tipo y la morfología; además de que existe un desplazamiento de la inserción de coronal hacia apical con el transcurso de la edad.

Rathod et al.⁸ (2020) en India, con el objetivo de evaluar las variaciones en la morfología y fijación del frenillo en población, el estudio se realizó a personas de ambos sexos mayores de edad, la población constó de 400 personas, se consideró la clasificación de Mirko et al (1974) y Sewerin (1971). Los resultados demostraron que inserción frenal gingival represento el 49.87% y el 29.82% presentaron inserción mucosa del frenillo. Concluyendo que la inserción puede variar según el sexo y la etnia.

Ocaña et al.¹¹ (2020) en Ecuador, buscaron identificar el tipo de inserción de frenillo labial superior asociado a presencia de diastemas, para lo cual participaron 300 estudiantes entre 8 y 15 años de edad, de preferencia que cumplieran con los criterios de selección, el estudio fue descriptivo y tuvo un diseño observacional transversal en el cual se identificaron los tipos de inserción del frenillo labial. Los resultados demostraron que el tipo de inserción gingival obtuvo un porcentaje de 44,67%, en cuanto a la inserción papilar penetrante obtuvo 6,63% de casos. Se concluyó que la inserción gingival es más coronal en edades tempranas, por lo tanto, es un factor influyente en la aparición de diastemas.

Cruz¹⁵ (2019) en Perú, con el objetivo de obtener la prevalencia de inserción del frenillo labial superior de acuerdo a la clasificación de Sewerin, se utilizó una muestra de 217 estudiantes de ambos sexos, Se obtuvo que el frenillo de tipo normal fue el más frecuente representando el 52.4%, seguido del tecto labial con el 18.1%, frenillo con nódulo represento el 15.5%, mientras que los frenillos con apéndice, doble y bífido fueron identificados en 9.5%, 3% y 1.1% de los participantes respectivamente. Como conclusión se puede determinar que el frenillo labial en ambos sexos es normal a pesar que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 57.9%, más que el sexo femenino con un 42.1%.

Vergheese et al.¹⁶ (2018) en India, buscaron identificar las variaciones morfológicas del frenillo labial superior, realizó a hombres y mujeres entre edades menores y no mayores a 30 años, fueron evaluados en 3 grupos, el tipo de estudio fue observacional cuantitativo ya que se determinó la diferencia significativa entre los grupos, en donde participaron 90 personas. Se obtuvo que el 42.2% de los participantes presento inserción mucosa, el 33.3% inserción gingival, inserción papilar el 21.1% y, por último, inserción papilar penetrante el 3.3%. La conclusión que se determinó se observa en los resultados gingivales del paciente, el 13% de personas de la clase III obtuvo más resultado en la prevalencia del frenillo papilar y papilar penetrante.

Thosar et al.¹⁷ (2017) en India, con el objetivo de evaluar la morfología del frenillo labial maxilar en dentición temporal, mixta y permanente, analizaron una población de 1000 niños de escuelas diferentes, se aplicó solo en niños que cumplieran con las características específicas para el tipo de investigación, no se tomó en cuenta la fijación de la ubicación del frenillo, ya que lo más importante fue tener en cuenta las variaciones anormales. Como resultado se obtuvo que el frenillo más prevalente fue el de tipo simple (88.3%), seguido del frenillo simple con nódulo (4.7%) y tectolabial persistente (2.1%). Concluyendo que el frenillo simple destaca como el más predominante en las denticiones primaria, mixta y permanente.

Dasgupta et al.⁶ (2017) en India, busco determinar la prevalencia de las variantes morfológicas del frenillo labial medio. La población constó de 1400 personas de

ambos sexos de edades menores y no mayores a 74 años, el estudio considero las clasificaciones de Sewerin para las variaciones morfológicas, las personas fueron clasificadas en 7 grupos. Como resultado se obtuvo que los frenillos simples fueron los más comunes en la población (67.79%), frenillo tecto labial (1.79%), frenillo simple con apéndice represento el 11.93% y el frenillo con nódulo el 16.5%. Se concluye que el MMLF presenta variaciones morfológicas.

Bervian et al.¹⁸ (2016) en Brasil, buscaron describir las características del frenillo labial superior en niños preescolar de Passo Fundo, la muestra fue de 304 niños de ambos sexos con edades no mayores a 6 años quienes fueron sometidos a distintos exámenes clínicos en los cuales consistió visualizar y clasificar los criterios morfológicos e inserción del frenillo labial superior. Como resultado de las características morfológicas del frenillo labial superior se determinó que el frenillo labial simple se encontró el 77,3% de niños y el frenillo tectolabial persistente se encontró en el 8,6%, se encontró inserción en la encía adherida en el 51% de niños, mucosa alveolar en el 21,4% y papilas interdetales en el 21%, inserción penetrante en el 6,6%. Se concluye que el frenillo labial simple es el que más predomina en los resultados morfológicos y el tipo de inserción de más prevalencia es el de inserción adherida.

Castro-Rodríguez et al.¹² (2016) en Perú, con el objetivo de determinar la relación entre frenillos labiales y periodonto en una población, el estudio estuvo conformado por 97 pacientes entre las edades de 18 años a 60 años quienes se sometieron a la evaluación de 4 parámetros, tipo de frenillo, altura del frenillo, pérdida papilar y recesión gingival. Como resultado del tipo de frenillo se obtuvo que el frenillo labial maxilar tiene un 93,8 % más que el frenillo maxilar con un 54.6%, siendo el más resaltante el frenillo labial mucoso, en cuanto a la altura se determinó un $8,33\text{mm} \pm 12,671\text{mm}$ para el frenillo labial maxilar y $8,33\text{mm} \pm 1,657\text{mm}$ en el frenillo labial mandibular, se pudo obtener como resultado que la perdida papilar interincisiva predomina en la mandíbula con un 82,5%, en recesión gingival un 89,7% en la mandíbula. Como conclusión el frenillo mucoso fue el más frecuente, también se pudo determinar que no existe una relación entre la perdida papilar y recesión gingival.

Sagar et al.¹⁰ (2016) en India, buscaron identificar las variaciones morfológicas del freno labial maxilar anormal en población del sur de la india, participaron 60 personas mujeres y hombres de tres estados del sur de la India, los dentistas y los estados se seleccionaron a través de la técnica de muestreo por conglomerados y para seleccionar la muestra se aplicó la técnica de muestreo aleatorio, los participantes tenían que cumplir como criterio de selección el no tener los terceros molares. Como resultado se obtuvo que el tipo más común fue el frenillo simple con nódulo con un 28,33% y el menos prevalente fue el frenillo Nichum con un 1,67%. Como conclusión se observa que el tipo de frenillo anormal más prevalente fue el frenillo con nódulo y no existe adecuación entre el frenillo maxilar anormal y la incidencia de diastema en la línea media.

Luego de la presentación sistemática de los antecedentes de estudio, se describirán a continuación las teorías relacionadas a la variable de estudio; para el caso, se debe comenzar describiendo la anatomía precisa del frenillo labial.

La cavidad bucal es la entrada de nuestro sistema digestivo y es responsable de la generación de nuestro gusto. A pesar de su pequeño tamaño, la estructura de los tejidos y las inervaciones de la cavidad oral son complejas y forman estrechas interacciones con el cerebro, así como con todo el cuerpo. Los alimentos que ingerimos pueden influir en las emociones y las lesiones de la mucosa oral pueden afectar seriamente a nuestra vida diaria.¹⁹

La cavidad oral o más comúnmente conocida como boca o cavidad bucal consiste en varios aspectos anatómicamente diferentes que trabajan juntos de manera efectiva y eficiente para realizar varias funciones. Estos aspectos incluyen:

Los labios, que son una parte fundamental del rostro humano y asumen un papel crucial en la mirada, la fonación, la sensación y la masticación. Los labios superior e inferior se conocen, individualmente, como labium superius oris y labium inferius oris. Tanto, el labio superior como el inferior contienen película mucosa, bermellón y superficies cutáneas. Mientras que la contemplación de los labios se centra en muchos casos en la zona del bermellón, el labio superior se extiende desde los pliegues naso labiales hasta el borde subpar de la nariz, y el labio inferior envuelve el lugar entre las comisuras horizontales y la arruga labio mental de la

línea de la mandíbula. Los labios superior e inferior se cruzan en el punto de la boca, al que se alude como comisura. Este es el lugar en el que se conectan algunos músculos relacionados con el desarrollo de los labios.²⁰

El vestíbulo bucal, es el espacio exterior a los dientes y encías e interior a los labios y mejillas. La extensión de sus divisores formados por los labios cambia según las especies en función de su actividad de cuidado.²¹

La encía, es el tejido de los maxilares superior e inferior que engloba la base de los dientes¹². Por otro lado, la lengua, es el órgano sólido ubicado en la boca o cavidad bucal. Está conectado por medio de músculos al hueso hioides, la mandíbula, el ciclo estiloide, el sentido del gusto y la faringe, y está separado en dos secciones por el surco terminal en forma de V.²²

Por otro lado, el frenillo labial superior anormal puede provocar muchos problemas como caries en los dientes frontales superiores, espacios (diastema) entre los dos dientes, problemas ortodónticos o periodontales más adelante en el desarrollo oral de los niños, mala movilidad o función del labio, especialmente al sonreír y hablar, ciertos sonidos, como la “S”, no se pueden pronunciar correctamente. Además, hay una serie de enfermedades sistémicas asociadas a un frenillo anormal.²⁰

Cabe resaltar que el frenillo labial superior corresponde a un pliegue de tejido conectivo blando que une el labio superior a la superficie anterior de la encía maxilar y tiene como raíz la línea media de la superficie inferior del labio; por otro lado, contrasta al mencionar que el frenillo labial se compone exclusivamente por mucosa alveolar surgida embriológicamente como un remanente posteruptivo de bandas tecto-labiales,²³ siendo estas últimas estructuras del tipo embrionario que se encargan de conectar a la papila palatina con el tubérculo del labio superior.²⁴ Las principales discrepancias entre estos autores se originan por los resultados dispares obtenidos en los informes de autopsias de Henry S. en el que pudo detectar que la estructura interna del frenillo labial superior se constituía principalmente de fibras elásticas y tejidos conectivos laxos, sin la aparente presencia de fibras musculares; tales resultados fueron refutados por Gartner L. y Schein D, cuyos resultados pudieron delimitar que el frenillo labial superior se

componía esencialmente de tejido epitelial alveolar y algunas fibras musculares estriadas, no solo del tipo elástico.²³

Lamentablemente, a pesar de los esfuerzos por construir una descripción anatómicamente correcta y global para definir la composición del frenillo labial superior, solo se han conseguido propuestas iniciales derivadas de investigaciones meramente observacionales, requiriéndose aún la implementación de investigaciones del tipo controlado que puedan arrojar conclusiones definitivas en relación a la morfología y la estructura del frenillo, tomando en cuenta variables y detalles adicionales como la longitud o la frecuencia de las anomalías del mismo.⁷

Por ello, se han ido construyendo con el paso de los años distintas clasificaciones para definir la tipología en base a las formas que pueden presentarse en el frenillo labial superior, además de describir su manera de inserción y las anomalías comúnmente presentadas; bajo esta idea, es normal que se acompañe las clasificaciones con una definición más funcional que anatómica del frenillo labial superior, entendiéndose a este como un tejido conectivo blando encargado de unir el labio superior a la superficie anterior de la encía maxilar, motivo por el cual se le conoce también como frenillo labial maxilar, y se origina en la línea media de la superficie inferior del labio.²⁵ Hoy en día se reconoce su función como estabilizador del labio superior y su influencia en el crecimiento maxilar, adaptándose siempre a todos los movimientos naturales del labio.²⁶

Entre las teorías de clasificación más extendidas para la realización del análisis morfológico se encuentran las basadas en su estructura y el nivel de inserción. La clasificación de Kotlow, la tipología de Sewerin y las inserciones del frenillo labial descritas por el autor Placek son las más comunes y extendidas en la cirugía dental.²⁷

En primer lugar, la tipología de Mirko Placek²⁷ propone una clasificación basada en criterios clínicos proporcionados en base a su guía de tratamiento, de esta manera destacan cuatro grupos principales de clasificación; en primer lugar el frenillo mucoso, que posee una inserción en la unión mucogingival; el segundo corresponde al frenillo gingival con inserción en la encía adherida; por otro lado el frenillo papilar con inserción en la papila interincisiva; por último se encuentra el

frenillo penetrante papilar, el cual posee una inserción en la papila interincisiva pero que penetra hasta la papila palatina.

Varias investigaciones emplean las clasificaciones de Placek para estudiar la prevalencia frenal en pacientes infantiles y adultos; por ejemplo, la investigación de Zakirulla et al.²⁸ que propone una evaluación de la inserción frenal de sus pacientes saudíes destacando el frenillo gingival como el más común, resultados similares a los del autor Deepa²⁹ en donde la mitad de su muestra presento frenillo gingival, mientras que el 26% presentaba inserción mucosa.

Por otro lado, la propuesta de clasificación de Sewerin¹² se encuentra más centrada en la morfología del frenillo labial superior, sus variaciones y posibles anomalías, reconociendo dos grupos principales: primero, el frenillo labial normal dividido en cuatro subgrupos; el frenillo simple normal, correspondiente a aquel tejido blando fijado al plano mediano que conecta el tejido conjuntivo que recubre el proceso alveolar y la mucosa del labio; luego, el normal simple con apéndice en la cual se destaca una prolongación de tejido blando suelta y anexada al borde libre del mismo; en tercer lugar el frenillo simple con nódulo que destaca una formación similar a un nódulo blanquecino y firme fijado al borde del frenillo y dentro de su propia masa; por último, el frenillo simple con nicho, correspondiente a una forma de invaginaciones desarrolladas en la membrana mucosa del mismo frenillo.

En segunda instancia se encuentra el conjunto de anomalías posibles del frenillo labial con otros cuatro subgrupos; primero, el frenillo bífido, marcado por un surco vertical; segundo, el frenillo tectolabial persistente, que corresponde a una formación combinada con diastema en medio de los incisivos superiores; tercero, el frenillo doble, en la cual existe una duplicación del frenillo, pudiendo ser una formación independiente o combinada al frenillo principal; por último, la formación de displasia del frenillo labial en la cual se incluyen varias malformaciones del frenillo derivados en otros síndromes.¹⁵

Es común en diversas investigaciones la combinación de ambas metodologías para una clasificación más completa, pues ambas clasificaciones se presentan de forma complementaria. Por otro lado, para la clasificación específica de recién nacidos, es muy común ver en distintas investigaciones el manejo de la

clasificación de frenillo labial propuesto por Kotlow,³⁰ el cual se basa en una evaluación funcional del mismo en base a su interferencia con la lactancia. Esta propuesta abarca 4 grados distintos, y según mayor sea este mayor es la gravedad del caso, asociándose directamente a problemas con el proceso de lactancia materna. El grado 1 señala una mínima mucosa alveolar y un mínimo nivel de inserción en el frenillo labial superior del recién nacido; por otro lado, el grado 2 señala la adherencia del frenillo principalmente al tejido gingival en el punto de unión de los márgenes gingivales libres y adheridos; el grado 3 describe el frenillo que se inserta justo en frente de la papila anterior; y el grado 4 hace referencia a un frenillo que se inserta justo en la papila anterior y se extiende hacia el paladar duro.³¹

La ventaja principal de este tipo de clasificaciones es que corresponden a evaluaciones visuales superficiales, pero que brindan la información suficiente como para detallar el patrón y comportamiento del frenillo labial superior, y con ello reconocer y asociar a un posible desarrollo dental del paciente.

Por otro lado, con respecto a la influencia de variables externas en la forma y desarrollo del frenillo, algunos estudios buscan establecer correlación entre algunas variables sociodemográficas de peso como influencia en el desarrollo del mismo; en relación, algunas investigaciones se encargan de evaluar la apariencia de este basado en la edad, resaltando que la fijación del frenillo parece tener una variación relacionada a la edad, en la que los niños pequeños tienen un frenillo más prominente, con características de inserción en la superficie palatina de la papila, y los niños mayores poseen un frenillo significativamente menos prominente con inserción arriba de la unión mucogingival; sin embargo, estas variaciones no se han encontrado en la población adulta, reconociéndose que los estudios descriptivos relacionados a la edad solo dispondrían de significado en poblaciones infantiles.²⁵

Finalmente, debe destacarse que, tanto en niños como adultos la presencia de un frenillo extendido hasta la cresta alveolar se ha encontrado muy relacionado a la generación de una separación significativa entre los incisivos, mejormente conocida como diastema.²⁶ Generalmente, este diastema puede ser causada por la presencia de hipertrofia en el frenillo, para su detección se utiliza de forma

común la técnica de Graber, la cual consiste en la aplicación de tensión en el frenillo a fin de visualizar el movimiento en la punta papilar o si se produce blanqueamiento debido a isquemia en la zona analizada. En algunos casos, cuando no es posible o existen dificultades para la realización de la técnica de Graber en pro de precisas los signos clínicos relacionados a la isquemia y/o movimientos papilares, algunos autores recomiendan hacer presión con un instrumento como sobre el frenillo tensionado de manera que se verifique la presencia de fibras insertadas y haciendo tracción en la zona de la papila.²⁴

Debe recalcar que la presencia de esta diastema es generalmente de carácter benigno y en la gran parte de los casos sin ningún resultado adverso derivado, pero se ha encontrado muy relacionada al desarrollo de la enfermedad periodontal por el aumento en las dificultades para mantener una higiene oral y el aumento de la comida atrapada en estas¹²; tal problema también se relaciona de forma significativa con el desarrollo de problemas estéticos que afectan directamente en la autoestima del paciente, un factor que ha cobrado mucha relevancia en años más recientes.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Básica, ya que se buscó aportar el conocimiento al resolver los planteamientos formulados,³² basado en la recolección de la información.³³

3.1.2 Diseño de investigación

No experimental, ya que se observaron las variables sin modificar su transcurso normal.³⁴

Descriptivo, ya que tuvo como función principal detallar de forma minuciosa lo que acontece en un momento determinado e interpreta las características propias de un grupo población, asimismo se recolectaron datos de las variables estudiadas para luego poder medirlas sin existir manipulación de estas.^{35,36}

Transversal, ya que recogió datos en un solo periodo de tiempo y una sola vez para luego realizar su descripción.³⁷

Prospectivo porque se va realizó en tiempo posterior al planteamiento.³⁴

3.2 Variables y operacionalización

Análisis morfológico del frenillo labial superior, variable de estudio de tipo cualitativa.

Sexo, variable de estudio de tipo cualitativa.

3.3 Población, muestra y muestreo

La población total que se tomó en cuenta, fue en base a la cantidad mensual de consultas estomatológicas no especializadas realizadas en un periodo de doce meses (desde julio 2021 a junio 2022), realizando la sumatoria de atenciones de cada uno de estos meses y dividiéndolas entre 12, dando como promedio 229 atenciones de pacientes; para obtener la muestra se tomó en cuenta el 95% de confiabilidad y con el 5% de

margen de error, lo cual fue representado por 145 pacientes, el muestreo fue no probabilístico.

La fórmula para hallar el tamaño de muestra para una población finita es:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= Tamaño de muestra buscado

N= Tamaño de la población o Universo

Z= Parámetro estadístico que depende el nivel de confianza (NC)

e= Error de estimación máximo aceptado

p= Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q= (1-p)= Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Reemplazando la fórmula para hallar el tamaño de la muestra:

n= tamaño de la muestra buscado

N= 229

Z= 1.96 al cuadrado (la seguridad es del 95%)

p= 5% (0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.050=0.95)

e= 5%

$$n = \frac{229 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (229 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 145$$

Con un intervalo de confianza del 95% el tamaño de la muestra es 201 pacientes.

Criterios de inclusión:

Pacientes sin riesgo sistémico (ASA I) o pacientes con enfermedad sistémica leve o moderada (ASA II)

Pacientes con dientes anterosuperiores

Pacientes con periodonto sano

Pacientes edéntulos que no afecte el sector anterosuperior.

Pacientes que sean mayores de 18 años

Criterios de exclusión:

Pacientes que no accedan a participar

Pacientes portadores de prótesis fijas en el sector anterosuperior

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la investigación el instrumento que se utilizó a través de la técnica de observación fue una ficha de recolección de datos el cual consta de datos del paciente y un cuadro de datos clínicos que describen las variables (Frenillo labial superior y el sexo biológico) y posterior a ello los datos fueron recolectado del instrumento creado por Castrejón.³⁸ El instrumento contó de dos secciones, en la primera se registró el sexo del participante y en la segunda sección se seleccionó el tipo de frenillo labial superior según la inserción que presente, las características morfológicas que puedan observarse, y además de la medida en milímetros de frenillo labial superior.

Para cumplir con el objetivo de observar las variantes anatómicas del frenillo labial superior, se realizó una calibración del observador con el especialista correspondiente, posterior a ello, se ejecutó la prueba piloto la cual consistió en la examinación de 25 pacientes, con la finalidad de obtener la concordancia Inter observador mediante el análisis estadístico de Kappa de Cohen (Anexo 3), en donde se obtuvo 0.8242 lo que se interpreta como una concordancia casi perfecta.

3.5 Procedimientos

Inicialmente se solicitó una carta de presentación al director de la escuela de estomatología de la universidad, que fue presentada al director o encargado del establecimiento de salud de La Arena, (Anexo 4) con el objetivo de que se brinden las facilidades con el personal de salud presente en el servicio de odontología, una vez se obtuvo la recepción y el visto bueno del encargado de la institución se procedió a las visitas al establecimiento para lograr la examinación intraoral de cada uno de los

pacientes participantes; previamente se les presentó el proyecto y sus objetivos, finalmente, los que accedieron a participar llenaron sus datos en el consentimiento informado. Visitas en las cuales, se tomó el protocolo de contingencia para evitar el contagio del COVID-19, se hizo uso de las medidas de barrera, tales como mandiles, cofias, botas y lentes de protección, además del uso de alcohol líquido para desinfectar el ambiente entre cada una de las revisiones de los pacientes, se empleó la unidad dental del establecimiento de salud y se colocó al paciente en la posición ergonómica correcta, con la luz de la unidad encendida, que favoreció la observación.

3.6 Método de análisis de datos

Se procesaron los datos mediante el programa estadístico SPSS Versión 25.0, creando una base de datos, que finalmente ayudaron a organizar los resultados mediante tablas de frecuencia, que fueron interpretadas.

3.7 Aspectos éticos

Ya que los sujetos implicados en la investigación fueron seres humanos, para lo cual se mantuvo la confidencialidad de los datos y de las historias clínicas, como fue normado por los principios de Helsinki; los pacientes participantes accedieron a participar luego de haber firmado el consentimiento informado, además, los resultados servirán para el inicio de nuevas investigaciones.³⁹

Por otro lado, la investigación considero la normativa del comité de ética de la Universidad César Vallejo; respetando la integridad y autonomía de cada individuo, por encima de los intereses de la investigación, se buscó el bienestar de los participantes, sin exponerlos a riesgo o daños; los mismo que deben recibieron un trato igual entre ellos(principio de justicia), se acató el principio de honestidad, que busca que la investigación sea transparente, sin alterar sus resultados; de igual manera respetó la propiedad intelectual de otros investigadores.⁴⁰

Finalmente, los resultados obtenidos producto de la investigación, deben ser entregados a las instituciones que fueron participes de esta.⁴⁰

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Variantes morfológicas del frenillo labial superior en pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura - 2022.

	n	%
Frenillo normal	29	20
Frenillo normal con nódulo	27	18.62
Frenillo normal con apéndice	70	48.28
Frenillo normal con nicho	9	6.21
Frenillo labial bífido	10	6.90
TOTAL	145	100%

Fuente: Base de datos del investigador

En la tabla 1, se puede evidenciar que la variante del frenillo más frecuente fue el frenillo normal con apéndice representado por el 48.28%, seguido por el frenillo normal sin alguna variante con el 20%, por otro lado, no se hallaron pacientes que presenten variables como el frenillo tectolabial, doble frenillo y displasia de frenillo.

Tabla 2. Variantes anatómicas del frenillo labial superior acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022

	Masculino		Femenino		TOTAL
	n	%	n	%	%
Frenillo normal	6	4.14	23	15.86	20
Frenillo normal con nódulo	2	1.38	25	17.24	18.62
Frenillo normal con apéndice	21	14.48	49	33.79	48.28
Frenillo normal con nicho	-	-	9	6.21	6.21
Frenillo labial bífido	5	3.45	5	3.45	6.90
TOTAL	34	23.45	111	76.55	100

Fuente: Base de datos del investigador

En la tabla 2, se identificó que la variante morfológica más frecuente en el sexo masculino fue el frenillo normal con apéndice con el 14.48%, seguido de frenillo normal con 4.14%, frenillo labial bífido con 3.45% y finalmente frenillo normal con nódulo con 1.38%; mientras que en el sexo femenino la variante morfológica más prevalente también fue frenillo normal con apéndice con 33.79%, seguido de frenillo normal con nódulo con 17.24%, frenillo normal con 15.86%, frenillo normal con nicho con 6.21% y finalmente frenillo labial bífido con 3.45%.

Tabla 3. Tipo de adherencia del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022

	Masculino		Femenino		Total
	n	%	n	%	%
Mucoso	8	5.52	52	35.86	41.38
Gingival	24	16.55	46	31.72	48.28
Papilar	2	1.38	13	8.97	10.34
Total	34	23.45	111	76.55	100

Fuente: Base de datos del investigador

La tabla 3, se puede apreciar que el tipo de adherencia más prevalente para el sexo masculino fue la inserción de tipo gingival con 16.55%; por otro lado; para el sexo femenino la inserción de tipo mucoso fue del 35.86%.

Tabla 4. Longitud del frenillo labial superior de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022.

	Masculino		Femenino		Total
	n	%	n	%	
10mm	3	2.07	16	11.03	13.10
12mm	16	11.03	70	48.28	59.31
14mm	15	10.34	25	17.24	27.59
Total	34	23.45	111	76.55	100.00

Fuente: Base de datos del investigador

La tabla 4, se pudo identificar que la medida que con mayor frecuencia se halló en estos pacientes fue de 12 mm, tanto para los pacientes de sexo masculino y de sexo femenino, viéndose representado por el 11.03% y 48.28% respectivamente.

V. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados hallados según las variantes morfológicas del frenillo labial superior, se puede evidenciar que la variante del frenillo más frecuente fue el frenillo normal con apéndice representado por el 48.28% de la muestra, seguido por el frenillo normal sin alguna variante en un 20%, frenillo normal con nódulo en un 18.62% y frenillo labial bífido en un 6.90%. Por otro lado, no se hallaron pacientes que presenten variables como el frenillo tectolabial, doble frenillo y displasia de frenillo.

Los resultados de la investigación concuerdan con los resultados de diferentes investigaciones cómo es el caso de la investigación del autor Cruz¹⁵ en el 2019, en sus resultados se mostró que el frenillo más frecuente fue de tipo normal representando el 52.4% de los participantes, el frenillo con nódulo en un 15.5%, mientras que el frenillo con apéndice en un 9.5%, y frenillo bífido en un 1.1%. Años anteriores a esta investigación, el autor Thosar et al.¹⁷ (2017) en sus resultados de su investigación se observó que el frenillo más prevalente fue el de tipo simple en un 88.3%, seguido del frenillo simple con nódulo en un 4.7%

En ese mismo año, Dasgupta et al.⁶ (2017) en sus resultados de su investigación que observó que los frenillos simples fueron los más comunes en la población en un 67.79%, seguido del frenillo con nódulo en un 16.5%, el frenillo simple con apéndice represento el 11.93%. Año anterior a este, Sagar et al.¹⁰ en el 2016, la cual mostró que el frenillo más prevalente fue el frenillo simple con nódulo en un 28.33%. Igualmente, Bervian et al.¹⁸ (2016) en sus resultados, se encontró que en el 77.3% predominó como más frecuente el frenillo labial simple. En la investigación de Castro-Rodríguez et al.¹² (2016), de acuerdo a sus resultados se obtuvo que el tipo de frenillo más frecuente fue el frenillo labial maxilar en un 93.8 % de la población estudiada.

A pesar que las investigaciones anteriormente descritas se realizaron en entornos diferentes, algunos en poblaciones pequeñas cómo es el caso de la investigación del autor Sagar et al.¹⁰ (2016) la cuál fue realizada en 60 participantes, otras en poblaciones con rango de edad reducido y otras en poblaciones de múltiples edades que abarcaron desde edades menores hasta edades mayores tal cómo es el caso de la investigación Dasgupta et al.⁶ (2017)

en la cual participaron 1400 participantes desde menores hasta personas de 74 años de edad. Estas investigaciones obtuvieron resultados parecidos, esto pudo deberse a las características propias de los participantes además que fueron aplicadas en un mismo país como lo es India.

En todas estas investigaciones se han visto resultados parecidos a los encontrados en la presente investigación ya que de acuerdo a las variantes morfológicas se encontró con frecuencia el frenillo normal, frenillo normal con nódulo y frenillo normal con apéndice, estos fueron los más frecuentes en la mayoría de las investigaciones.

Con todo lo mencionado, se puede corroborar la teoría del autor Castro et al¹² en la cual propone en su investigación la clasificación de Sewerin, esta se centra en la morfología del frenillo labial superior reconociendo dos grupos elementales, el primero el frenillo labial normal dividido en cuatro subgrupos; el frenillo simple normal, el frenillo normal simple con apéndice y el frenillo simple con nódulo, y por último el frenillo simple con nicho. Este último no fue prevalente en las investigaciones mencionadas a excepción de la investigación del autor Sagar et al.¹⁰, en la cual el frenillo Nichum fue el menos prevalente con un 1.67%.

Asimismo, la teoría de este autor se vio reflejado en los resultados de la presente investigación, la variante del frenillo más frecuente fue el frenillo normal con apéndice en un 48.28%, seguido por el frenillo normal sin alguna variante en un 20%, frenillo normal con nódulo en un 18.62%.

Por otra parte, se han encontrado investigaciones que encontraron en sus resultados más variables morfológicas del frenillo labial superior, tal como es el caso de la investigación del autor Cruz¹⁵ en el 2019, en sus resultados se mostró que también hubo pacientes que presentaron frenillos tectolabiales en un 18.1%, frenillo doble en un 3%. Asimismo, en la investigación de Thosar et al.¹⁷ (2017) en sus resultados de su investigación se observó que el frenillo tectolabial persistente estuvo presente en un 2.1%. En ese mismo año, Dasgupta et al.⁶ (2017) en sus resultados de su investigación que observó que el frenillo tecto labial estuvo presente en un 1.79%.

Año anterior a este, Sagar et al¹⁰ en el 2016, la cual mostró que el frenillo Nichum fue el menos prevalente con un 1.67% en sus participantes. Igualmente,

para Bervian et al.¹⁸ (2016) en sus resultados, se encontró que el frenillo tectolabial persistente se encontró en un 8.6% de la muestra.

De acuerdo a las variantes anatómicas del frenillo labial superior de la presente investigación, se identificó que la variante morfológica más frecuente en el sexo masculino fue el frenillo normal con apéndice con el 14.48% de la muestra, seguido del frenillo normal en un 4.14%, mientras que en el sexo femenino la variante morfológica más prevalente fue el frenillo normal con apéndice en un 33.79%, seguido del frenillo normal con nódulo en un 17.24% y frenillo normal en un 15.86%, la variante más frecuente en ambos sexos fue el frenillo normal con apéndice siendo representada por el 48.28% de la muestra.

Los resultados encontrados en la investigación de las variantes anatómicas de acuerdo al sexo concuerdan con la investigación del autor Cruz¹⁵ en el 2019 en la cual el frenillo labial que presento mayor prevalencia en ambos sexos fue el frenillo labial normal en un 52.4%. La similitud en los resultados encontrados por el autor Cruz¹⁵ y la presente investigación pueden deberse a que ambas investigaciones fueron realizadas en Perú, teniendo las mismas características en su población, pero en diferentes años y lugar de aplicación, asimismo, la muestra fue parecida ya que la investigación su muestra fue de 217 participantes y en la presente investigación fue de 145 participantes.

De acuerdo al tipo de adherencia del frenillo labial superior con relación al sexo de los pacientes atendidos, se puede apreciar, que el tipo de adherencia más común tanto para el sexo masculino como el femenino, fue la inserción mucosa, con el 16.55% y 48.28% respectivamente.

Además, el tipo de adherencia de frenillo labial en relación al sexo femenino, el más predominante fue la inserción mucosa en un 35.86%, seguido de la inserción gingival en un 31.72% e inserción papilar en un 8.97%. En contraste con el sexo masculino, el tipo de adherencia con mayor frecuencia fue la inserción gingival en un 16.55%, seguido de la inserción mucosa en un 5.52% y finalmente la inserción papilar en un 1.38%.

Estos datos encontrados en la investigación de acuerdo al tipo de adherencia de frenillo concuerdan con los datos encontrados en la investigación del autor Kiliñç et al.¹⁴ (2021), en sus resultados se encontró que el tipo de inserción gingival fue

la más prevalente, esta representó el 55.2%, seguido de la inserción mucosa en un 26.3% e inserción papilar en un 14%.

En el año anterior a este, Rathod et al.⁸ (2020) en sus resultados se demostró que inserción frenal gingival fue la más prevalente y represento el 49.87%, mientras que la inserción mucosa del frenillo representó un 29.82%. En ese mismo año, para el autor Ocaña et al.¹¹ (2020) en sus resultados mostró que el tipo de inserción gingival fue el más frecuente en un 44.67%, en cuanto a la inserción papilar penetrante obtuvo un 6.63%.

Asimismo, para Verghese et al.¹⁶ (2018) en sus resultados obtuvo que el 42.2% de los participantes presento inserción mucosa, el 33.3% inserción gingival, el 21.1% inserción papilar y por último, el 3.3% inserción papilar penetrante.

En la investigación de Bervian et al.¹⁸ (2016) de acuerdo al tipo de adherencia del frenillo labial superior, se encontró que la inserción en la encía adherida representó un 51%, mucosa alveolar en un 21.4%, papilas interdentes en un 21% e inserción penetrante en el 6.6%.

En la investigación de Castro-Rodríguez et al.¹² (2016), de acuerdo a sus resultados se obtuvo que el tipo de frenillo más frecuente fue el frenillo labial maxilar en un 93.8 % siendo el más resaltante el frenillo labial de inserción mucosa.

En todas estas investigaciones se han visto resultados parecidos a los encontrados en la presente investigación ya que de acuerdo al tipo de adherencia se encontró con frecuencia que para ambos sexos se halló en mayor prevalencia la inserción de tipo mucosa, siendo esta en el sexo masculino en un 16.55% y en el sexo femenino en un 48.28%.

Asimismo, se encontraron investigaciones las cuales tuvieron resultados similares a la presente investigación cómo Kiliñç et al¹⁴, Rathod et al⁸, Verghese et al¹⁶, en todas ellas se encontró una prevalencia del tipo de adherencia del frenillo el cual fue la inserción mucosa. Esta similitud puede deberse a los rangos de edades de los participantes, además de las características, dos de ellas fueron realizadas en diferentes años de aplicación, pero realizaron en el mismo país (India) lo cual puede explicarse la similitud en sus resultados.

De acuerdo a la teoría, varias investigaciones emplean las clasificaciones de Placek para estudiar la prevalencia frenal en pacientes infantiles y adultos; como es la investigación de Zakirulla et al.²⁸ en ella se propone una evaluación de la inserción frenal de sus pacientes saudíes destacando el frenillo gingival como el más común, resultados similares a los del autor Deepa²⁹ en donde la mitad de su muestra presento frenillo gingival, mientras que el 26% presentó inserción mucosa.

La teoría de este autor se vio reflejado en los resultados de la presente investigación, en la cual se halló que la inserción mucosa fue la más prevalente en ambos sexos, siendo para el sexo masculino un 16.55% y para el sexo femenino un 48.28%, esto puede deberse que la clasificación de Placek es utilizada para el estudio de las prevalencias de frenillo tanto en infantes como en adultos.

Es por ello que, reconocer la morfología del frenillo labial superior en pacientes permitirá fortalecer la realización de trabajos odontológicos por parte del profesional permitiendo un mejor entendimiento de las características frenales de los pacientes y evitar el desarrollo de problemas periodontales, estéticos y o funcionales.

Finalmente, de acuerdo a la longitud del frenillo labial superior con relación al sexo de los pacientes participantes, se pudo identificar que la medida que con mayor frecuencia se halló en estos pacientes, fue de 12 mm, tanto para los pacientes de sexo masculino y de sexo femenino, viéndose representado por el 11.03% y 48.28% respectivamente.

Datos que concuerdan con la investigación de Castro-Rodríguez et al.¹² (2016), de acuerdo a la longitud del frenillo labial, en sus resultados se obtuvo que la altura del frenillo labial maxilar fue de $8,33\text{mm} \pm 12,671\text{mm}$ y $8,33\text{mm} \pm 1,657\text{mm}$ en el frenillo labial mandibular.

Las limitaciones que presentó esta investigación fueron las siguientes; hubo un contratiempo para poder comunicarse con el director del establecimiento de Salud para poder acceder a realizar esta investigación, además, que el contexto de la pandemia por el COVID-19 limitó la afluencia de los pacientes al establecimiento, limitando a los participantes a acceder a la investigación.

VI. CONCLUSIONES

1. La variante morfológica del frenillo labial superior más frecuentemente en los pacientes atendidos en el establecimiento de Salud la Arena - Piura – 2022, fue el frenillo normal con apéndice.
2. La variante anatómica más frecuente del frenillo labial superior acuerdo al sexo, fue el frenillo normal con apéndice para los pacientes de ambos sexos.
3. El tipo de adherencia más frecuente en los pacientes de sexo masculino fue el tipo gingival, mientras que para el sexo femenino fue el tipo de adherencia mucoso.
4. La longitud del frenillo labial superior más frecuente tanto para el sexo masculino como el femenino, fue de 12 mm.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los estudiantes de odontología y cirujanos dentistas, a realizar un exhaustivo examen clínico, incluyendo los frenillos labiales superiores, de esta manera se podrán detectar las diferentes variantes morfológicas de dicha estructura anatómica.
2. Se recomienda a futuros investigadores, a realizar un estudio similar, en el cual las poblaciones de grupos etarios y de sexo, sean equitativas; con la finalidad de que los resultados sean más precisos.
3. Se recomienda a los diferentes docentes de las experiencias curriculares clínicas, a protocolizar la examinación oral integra durante el llenado de la historia clínica, mejorando la capacidad de observación e identificar de todo tipo de alteraciones anatómicas, de las diferentes estructuras de la cavidad oral.

REFERENCIAS

1. Rajani E, Biswas P, Emmatty R. Prevalence of variations in morphology and attachment of maxillary labial frenum in various skeletal patterns - A cross - sectional study. Journal of Indian Society of Periodontology. 2018; 22(3): p. 257-262. [Internet]. 2018[Citado 14 de Mayo 2022]; 7(5): 257-262.; Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jisp.jisp_294_17.
2. Padiyan N, Hedge A. Clinical Assessment of Frenum Morphology and Attachment in Malaysian Children. Pesq Bras Odontoped Clin Integr [Internet]. 2018 [Citado 16 Oct 2022]; 18(1): e3992. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.20>
3. Nadar S. Maxillary labial frenum attachment in children of different age groups. International Journal of Current Research [Internet]. 2017 [Citado 16 Oct 2022]; 9(5): 50367-50369. Disponible en: <https://www.journalcra.com/sites/default/files/issue-pdf/20873.pdf>
4. Jindal V, Kaur R, Goel A, Mahajan A, Mahajan N, Mahajan A. Variations in the frenal morphology in the diverse population: A clinical study. Journal of Indian Society of Periodontology. [Internet] 2016 [Citado 16 Oct 2022]; 20(3): 320-323. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0972-124X.182598>
5. Biradar S, Patil A, Kotnoor S, Bacha S, Bijjaragi S, Tukaram P. Assessment of Diverse Frenal Morphology in Primary, Mixed, and Permanent Dentition: A Prevalence Study. J Contemp Dent Pract [Internet]. 2020 [Citado 16 Oct 2022]; 21(5): 562-567. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32690841/>
6. Dasgupta P, Kamath G, Babshet MDL. Morphological variations of median maxillary labial frenum: A clinical study. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2017; 118(6): p. 337-341. [Internet]. 2017 [Citado 14 de mayo 2022]; 7(5): 337-341.; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jormas.2017.06.018>.
7. Galhotra A, Galhotra V, Gupta N. Maxillary labial frenum morphology and midline diastema among 3 to 12-year-old schoolgoing children in Sri Ganganagar city: A cross-sectional study. Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry. 2018; 36(3): p. 234-239.

- [Internet]. 2018[Citado 14 de Mayo 2022]; 7(5): 234-239; Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD_51_18.
8. Rathod S, Bawankar P, Chikhale P, Bidwaikar A. Evaluation of variations in morphology and attachment of frenum in diverse population - A cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020; 8(1): p. 1094-1097. [Internet]. 2020[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 1094-1097.; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cegh.2020.03.026>
 9. Joshi U, Pradhan M, Neupane A, Lawaju N, Khadka N, Chaulagain R. Variations in Maxillary Frenal Morphology in a Sample of Newari Children of Bhaktapur. 2021. ; 5(9): p. 34-38. [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 34-38; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3126/jnspoi.v5i1.38181>.
 10. Sagar S, Heraldsherlin J, Moses S. Morphological variation of abnormal maxillary labial labial frenum in south indian population. *international journal of Pharmaceutical sciences and research*. 2016; 7(5): p. 2142-2146. [Internet]. 2016[Citado 14 de Mayo 2022]; 7(5): 2142-2146.; Disponible en: DOI: 10.13040/IJPSR.0975-8232.7(5).2142-46
 11. Ocaña C, Macías S. Types of Upper Lip Frenulum Insertion Associated with Diastema in 8-to-15- Year-Old Children of Mocha Canton, Ecuador. *Univ Odontol*. 2021; 40(1): p. 1-18. . [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 1-18.; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.uo40.tulf>.
 12. Castro Y, Grados S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabili. Oral*. 2017; 10(1): p. 41-43. [Internet]. 2017[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.09.006>.
 13. Turpo J. 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. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5692>
 14. Killinc G, Cetin M, Ertunc U, Kose Z, Atesci A. Evaluation of median maxillary labial frenum type and morpholgy in different groups. *Journal of*

- basic and clinical health sciences. 2021; 3(1): p. 30-35. [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 30-35.; Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1578005>
15. Cruz W. Prevalencia de la forma de frenillo labial superior, según la clasificación de Sewerin, en escolares de 13 a 17 años de edad de la Institución educativa Humberto Luna del Cusco, 2018. Revista Científica. 2019; 6(1): p. 37-43. [Internet]. 2019[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/VisionOdontologica/article/view/160>
 16. Verghese T, Parihar A, Nagpal N, Kalburgi V. Various Morphological Variations in Attachment of Maxillary Labial Frenum: An Observational Study. Journal of research and advancement in Dentistry. 2018; 8(1): p. 189-192. [Internet]. 2018[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326877489_Various_Morphological_Variations_in_Attachment_of_Maxillary_Labial_Frenum_An_Observational_Study
 17. Thosar N, Murarka P, Baliga S, Rathi N. Assessment of maxillary labial frenum morphology in primary, mixed, and permanent dentitions in Wardha district. European Journal of General Dentistry. 2017; 6(1): p. 14-17. Dent [Internet]. 2017; [Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 6(01):14–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/2278-9626.198601>.
 18. Bervian J, Cazarotto F, Berenice G, Correa L. Description of the Upper Labial Frenulum Characteristics in Preschool Children of Passo Fundo, Brazil. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 2016; 16(1): p. 351-357. [Internet]. 2016[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63749588037.pdf>
 19. Guo Y, Wang B, Gao H, Hua R, Gao L, Du Y, et al. Insight into the Role of Psychological Factors in Oral Mucosa Diseases. International journal of molecular sciences. 2022; 23(1): p. 1-14. [Internet]. 2022[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9099906/>

20. Hussain A. Prevalence of Types of Labial Frenum Attachment and Frenectomy with Conventional Scalpel Technique in a Sample of Iraqi Population. *International medical journal*. 2020; 25(4): p. 2079-2088. [Internet]. 2020[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/345437869_Prevalence_of_Types_of_Labial_Frenum_Attachment_and_Frenectomy_with_Conventional_Scalpel_Technique_in_a_Sample_of_Iraqi_Population
21. Piccinin M, Zito P. Anatomy, Head and Neck, Lips. *Stat Pearls*. 2021; 1(1). [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939677/>
22. Sokolovich N, Shalak O, Petrova N, Grigoriev I, Chernomorchenko N, Vlasov M. Current issues in the management of soft tissues of the oral vestibule before orthodontic treatment. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020; 39(2): p. 205-210. [Internet]. 2020[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969799011/movil/>
23. Surraj S, Daisy L, Sushma D, Mrudula C, Rao Sushma P. A comprehensive Literature Review on the Architecture of the Upper Labial Frena. *International Journal of Anatomy Radiology and Surgery*. 2021; 10(4): p. AR01-AR04. [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: [https://www.ijars.net/articles/PDF/2720/50523_CE\[Ra1\]_F\(SHU\)_PF1\(MG_SHU\)_PFA\(KM\)_PN\(SHU\).pdf](https://www.ijars.net/articles/PDF/2720/50523_CE[Ra1]_F(SHU)_PF1(MG_SHU)_PFA(KM)_PN(SHU).pdf)
24. Chacón A, Baños R, De la Hoz R. Frenillo labial en el tratamiento de ortodoncia. ¿Su eliminación antes o después del tratamiento? *Oral*. 2016; 17(55). [Internet]. 2016[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2016/ora1655c.pdf>
25. Santa C, Aby J, Truong M, Thakur Y, Rea S, Messner A. The superior Labial frenulum in newborns: What is normal? *Global Pediatric Health*. 2017; 4: p. 1-6. [Internet]. 2017[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5528911/>
26. Kotian N, Jeevanandan G. Maxillary labial frenum morphology in children in Chennai population: A cross-sectional study. *Drug Invention Today*.

- 2020; 14(5): p. 769-771. [Internet]. 2020[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341284575_Maxillary_labial_frenum_morphology_in_children_in_Chennai_population_A_cross-sectional_study
27. Tadros S, Ben T, Catháin É, Anglin C, April M. Association between superior labial frenum and maxillary midline diastema - a systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2022; 156(1). [Internet]. 2022[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35248905/>
28. Zakirulla M, Alshahrani N, Alqarni L, Alqahtani A, Abumadini N, Alwadai M. Maxillary midline frenum morphology and its variations in saudi children. *Journal of research in medical and dental science*. 2021; 9(1). [Internet]. 2021[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: https://techniumscience.com/index.php/socialsciences/index?qclid=EA1aIQobChMlqNiH0p_i-AIVAcARCh1UWQezEAAYASAAEgLOYfD_BwE
29. Deepa G. Attachment of maxillary frenum and occurrence of midline diastema in children. *J Pharm Sci Res*. 2016; 8(6): p. 536-539. [Internet]. 2016[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol8Issue06/jpsr08061637.pdf>
30. Shagnik R, Golden W, Walsh J. Anatomoc Distribution of the Morphologic variation of the Upper Lip frenulum among healthy newborns. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019; 145(10): p. 931-938. [Internet]. 2019[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436823/>
31. Dotiwala A, Samra N. Anatomy, Head and Neck, Tongue. *Stat Pearls*. 2022; 1(1). [Internet]. 2022[Citado 15 de Mayo 2022]; 7(5): 41-43.; Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507782/>
32. CONCYTEC: Consejo nacional de ciencia tecnología e investigación tecnológica [internet]. Perú: Reglamento de calificación, clasificación y

- registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica - reglamento Renacyt [citado 01 de Julio 2022].
Disponible en:
https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf
33. Parreño A. Metodología de la investigación en salud. 1era edición. Riobamba: ESPOCH; 2016 [Citado 16 Oct 2022]. Disponible en:
<http://cimogsys.espoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-comprimido.pdf>
34. Hernández R, Fernández. C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2014. [citado 01 de Julio 2022].
Disponible en:
https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
35. Garcés H. Investigación científica. 1era edición. Ediciones Abya-Yala; 2000 [Citado 16 Oct 2022]. Disponible en:
https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1356&context=abya_yala
36. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vásquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis. 1era edición digital. Edit. Inudi Perú SAC; 2022. [Citado 16 Oct 2022]. Disponible en:
<https://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/3109>
37. Arias J, Covinos M. Diseño y Metodología de la investigación. [Internet] Primera edición, EIRL EC editor; 2021 [Citado 16 Oct 2022]. Disponible en:
<https://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
38. Castrejón I. Características mucogingivales del frenillo labial superior en adultos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. [citado 01 de Julio 2022]. Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11245/C>

[astrejon_mi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

39. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. 2018 [Citado el 01 de Julio 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinkidelaammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos/>
40. Universidad César Vallejo. Resolución de Consejo Universitario N° 01262017/UCV. Trujillo: 2017[Citado el 01 de Julio 2022]. Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/datafiles/C%C3%93DIGO%20DE%20%C3%89TICA.pdf>
41. Who.int [Internet] World Health Organization. Oral Health; 2016, [Citado el 20 de Abril 2020] Disponible en: http://www.who.int/topics/oral_health/en/.



ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Análisis morfológico del Frenillo labial superior	Corresponde al análisis de las posibles combinaciones y tipologías respecto a la forma del frenillo labial superior presentes en la población de estudio. ⁶	Es un análisis observacional segmentado en tres niveles: variantes anatómicas, tipo de adherencia y longitud del frenillo en pacientes.	Variantes anatómicas según clasificación de Sewerin (1971)	1). Normal 2). Normal con nódulo 3). Normal con apéndice 4). Normal con nicho 5). Labial bífido 6). Tectolabial persistente 7). Doble frenillo 8). Displasia del frenillo Labial	Nominal
			Tipo de adherencia según clasificación de Mirko Placek (1974)	1). Mucoso 2). Gingival 3). Papilar 4). Papilar penetrante	Nominal
			Longitud del frenillo	Milímetros	Razón
Sexo	Sexo biológico ⁴¹	Registrado en la historia clínica del paciente		Masculino	Nominal
				Femenino	



ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Datos del paciente

1. Nombres y Apellidos:
2. Edad:
3. Sexo:

<u>N° de la ficha</u>

II. Datos clínicos

Variables	Tipo de Adherencia	SI	NO	Variables Anatómicas	SI	NO	Longitud del frenillo
Frenillo Labial superior	1. Mucoso			1. Frenillo normal			_____ mm
	2. Gingival						
	3. Papilar			2. Frenillo normal con nódulo			
	4. Transpapilar						
				3. Frenillo normal con apéndice			
				4. Frenillo normal con nicho			
				5. Frenillo labial bífido			
				6. frenillo tectolabial persistente			
				7. Doble frenillo			
			8. Displasia del frenillo labial				



ANEXO 3. CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN Y PRUEBA DE KAPPA



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, *Jose Luis de la Puente Dongo* con DNI N° *91544531* Magister en *Quirófano oral y Maxilofacial* N° ANR/COP *29265*, de profesión *Quirófano Maxilofacial* desempeñándome actualmente como *Quirófano oral y Maxilofacial* en *donde donde donde*

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado al(los) estudiante(s)

Miguel Angel Torres Escobar

con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación

titulado: *Análisis morfométrico de puentes dental superior en el establecimiento de salud la arena - Lima 2022*

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Piura a los XI días del mes de Julio de Dos mil veintidos.

Mgr.
DNI
Especialidad :
E-mail

Dr. Jose Luis de la Puente Dongo
QUIRÓFANO MAXILOFACIAL
COP. 29465 - RNE 1361

ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Piura, 01 de septiembre de 2022

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 160-2022/UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Lic. Enf.
Rosa Doris Guzmán Zapata
Directora del Establecimiento de Salud I-3 - La Arena
Presente. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle al alumno **Escobedo Rosas Miguel Ángel Eliseo** identificado con DNI 46873575, quien cursa el X ciclo en la escuela de Estomatología de la Universidad César Vallejo - Filial Piura, y está realizando su Tesis titulada "ANÁLISIS MORFOLÓGICO DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA ARENA - PIURA- 2022".

Por lo tanto, solicito a usted brindarle su apoyo para que pueda realizar la ejecución de su tesis en la institución que usted dirige.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,




Mg. Eric Giancarlo Becerra Atoche
Director Escuela de Estomatología

SE AUTORIZA AL ALUMNO ESCOBEDO ROSAS MIGUEL ELISEO, PARA REALIZAR SU TESIS EN EL EG. I-3 LA ARENA


06/10/22





ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A): Escobedo Rosas, Miguel Ángel Eliseo

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Análisis morfológico del frenillo labial superior en pacientes atendidos en el establecimiento de salud la Arena- Piura- 2022

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el titulo puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que.....El tiempo a emplear no será mayor a.....minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud

..... Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto:Cel.Correo.....

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absolutamente confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: SI NO

Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigador,.....Cel.....

correo..... Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo. 5553

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Testigo

Investigador

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

ANEXO 6

EVIDENCIAS DE LA CALIBRACIÓN







UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad de los asesores

Nosotros, ASCANOA OLAZO JIMMY ANTONIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "ANALISIS MORFOLOGICO DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA ARENA -PIURA 2022", cuyo autor es ESCOBEDO ROSAS MIGUEL ANGEL ELISEO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de %, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 28 de Noviembre del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ASCANOA OLAZO JIMMY ANTONIO : 10268724 ORCID: 0000-0001-8757-5488	Firmado electrónicamente por: JASCANOAO el 28- 11-2022 16:02:24
ENOKI MIÑANO ERIKA RAQUEL : 40167408 ORCID: 0000-0002-3378-5970	Firmado electrónicamente por: EENOKIM el 28-11- 2022 17:28:07

Código documento Trilce: INV - 0988858