

# Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños

## *Surgical treatment of short lingual frenulum in children*

Dra. Giselle Cuestas<sup>a</sup>, Dra. Victoria Demarchi<sup>a</sup>, Dra. María Pía Martínez Corvalán<sup>a</sup>, Dr. Juan Razetti<sup>a</sup> y Dr. Carlos Boccio<sup>a</sup>

### RESUMEN

La anquiloglosia es una anomalía congénita que se caracteriza por un frenillo lingual anormalmente corto, que resulta en grados variables de dificultad de la movilidad lingual. Puede ser asintomática o manifestarse con dificultades en la lactancia, trastornos en el habla y en la dentición, y problemas sociales relacionados con la limitación funcional de la lengua.

Si bien es una patología frecuente y conocida, persisten controversias y diversidad de opiniones relacionadas con la indicación, el momento y el método de la corrección quirúrgica.

Describimos nuestra experiencia con 35 niños que presentaban esta afección, tratados quirúrgicamente de forma exitosa.

**Palabras clave:** frenillo lingual corto, corrección quirúrgica, niños.

### ABSTRACT

Ankyloglossia is a congenital anomaly characterized by an abnormally short lingual frenulum resulting in varying degrees of difficulty of tongue mobility. It may be asymptomatic or it may present with breastfeeding difficulties, speech and dentition disorders, and social problems related to the functional limitation of the tongue.

While it is a common and known pathology, controversies and diversity of opinions persist regarding the indication, timing and method of surgical correction.

We describe our experience with 35 children presenting this condition; they underwent successful surgical treatment.

**Key words:** short lingual frenulum, surgical correction, children.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.567>

### INTRODUCCIÓN

El frenillo lingual es el ligamento que conecta la parte ventral de la lengua con el piso de la boca. La anquiloglosia es una anomalía del desarrollo lingual que resulta en un frenillo anormalmente corto o grueso.<sup>1,2</sup> La longitud del frenillo, la elasticidad y el punto de inserción en la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales.<sup>1</sup>

La prevalencia es del 4 al 10% de los recién nacidos vivos.<sup>1</sup> Es más frecuente en varones (relación 2,5:1).<sup>3</sup> Puede formar parte de un síndrome, pero lo más común es que sea una anomalía aislada.<sup>1,3</sup> Se han documentado casos de herencia autosómica dominante o recesiva.<sup>3</sup>

El diagnóstico es clínico; se basa en la apariencia y/o función de la lengua.<sup>4</sup> Puede ser asintomática o manifestarse con dificultades en la lactancia (dolor en el pezón, destete precoz, poca ganancia de peso), trastornos en el habla (alteraciones en la articulación), problemas en la dentición y en la deglución (disfunción oral motora) y problemas sociales relacionados con la limitación funcional de la lengua.<sup>3,5</sup>

La significancia clínica y el manejo de la anquiloglosia son controvertidos.<sup>2,5,6</sup> Cuando se indica tratamiento quirúrgico, lo debe realizar personal capacitado y en el ambiente adecuado para evitar complicaciones.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos 35 pacientes (22 masculinos) con frenillo lingual corto (*Figura 1*) tratados por el Servicio de Otorrinolaringología Infantil del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre enero de 2013 y enero de 2014. La edad de los pacientes fue < 1 año (n: 9), de 1 a 3 años (n: 9), de 3 a 5 años (n: 9) y > 5 años (n: 8). En 4 casos, hubo malformaciones asociadas.

Había una pareja de hermanos afectada. Cuatro niños presentaban asociado un frenillo labial superior (*Figura 2*).

El diagnóstico de anquiloglosia se basó en criterios anatómicos

a. Servicio de Otorrinolaringología Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

*Correspondencia:*  
Dra. Giselle Cuestas:  
giselle\_cuestas@yahoo.com.ar

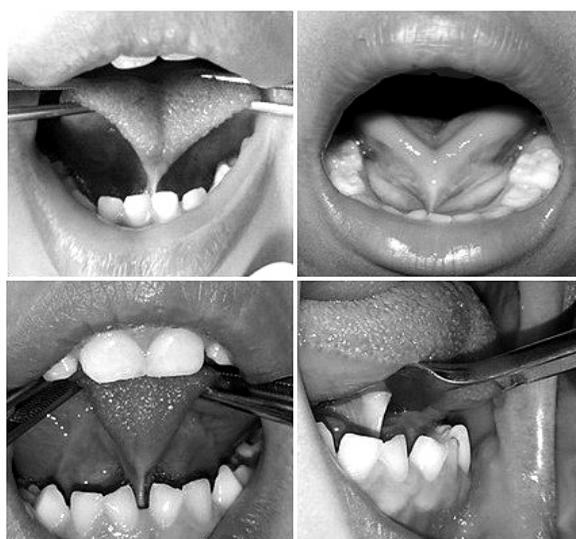
*Conflicto de intereses:*  
Ninguno que declarar.

Recibido 4-6-2014  
Aceptado: 28-7-2014

(inspección y palpación del frenillo lingual) y funcionales (elevación, extensión y lateralización de la lengua). Después del diagnóstico, los padres fueron informados de las implicancias funcionales y de los beneficios y riesgos de la cirugía.

En todos los pacientes, se realizó frenotomía bajo anestesia general. El intervalo de edad en el momento de la cirugía fue de 4 meses a 11 años; la mediana, de 32 meses; la media, de 39 meses; y el modo, de 7 años.

FIGURA 1. *Pacientes con frenillo lingual corto*



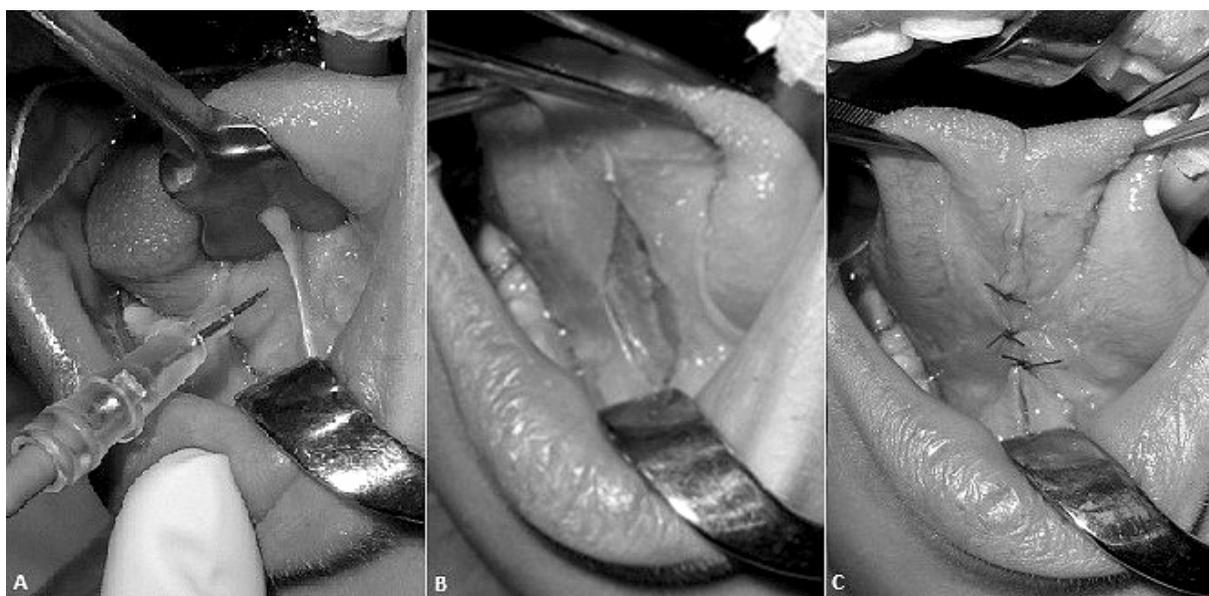
En menores de 6 meses, la cirugía solo se indicó cuando había dificultades en la alimentación. En los mayores, se indicó, además, cuando presentaban trastornos en la pronunciación de las palabras o limitaciones mecánicas evidentes de la lengua para prevenir problemas futuros.

Después de asegurar la vía aérea con tubo endotraqueal o máscara laríngea, el procedimiento quirúrgico consistió en la elevación de la lengua con un retractor acanalado que permitía visualizar el frenillo, y el corte se llevó a cabo con un electrobisturí monopolar (potencia: 5-8 w). Se realizaron puntos de sutura mucosos sin tensión con sutura absorbible (5-0) (Figura 3). En los pacientes con frenillo labial superior, se realizó también la corrección en el mismo acto quirúrgico.

FIGURA 2. *Pacientes con frenillo labial superior*



FIGURA 3. *Frenotomía lingual. A. Frenillo expuesto por retractor acanalado. B. Incisión del frenillo lingual con electrobisturí monopolar. C. Puntos de sutura*



En 9 pacientes con apneas obstructivas del sueño debido a hipertrofia adenoamigdalina, se realizó adenoamigdalectomía en el mismo procedimiento.

El alta se otorgó a las 2-5 horas de la cirugía después de probar tolerancia oral. En el posoperatorio, se indicaron analgésicos (en menores de 6 meses, 10 mg/kg/dosis de paracetamol cada 6 horas y, en mayores de 6 meses, 10 mg/kg/dosis de ibuprofeno cada 8 horas), dieta blanda y fría, y ejercicios de motilidad lingual (lamer el labio superior, tocar el paladar duro con la punta de la lengua y realizar movimientos de lateralización). En los lactantes, se indicó masaje digital en la superficie ventral de la lengua.

El tiempo medio de seguimiento fue de 12 meses (rango: 6-18 meses). Los resultados fueron excelentes. Se logró una motilidad lingual adecuada en todos los pacientes. No se presentaron complicaciones ni recurrencia de la lesión.

## DISCUSIÓN

La lengua es una importante estructura oral que interviene en el habla, la posición de los dientes, la deglución y ciertas actividades sociales.<sup>1</sup>

La anquiloglosia es una condición congénita a menudo hereditaria, en la que un remanente embriológico de tejido fija la superficie ventral de la lengua al piso de la boca en forma variable.<sup>7</sup>

Se puede presentar asociada a síndromes genéticos (como Beckwith Wiedemann, Ehler Danlos, oral-facial-digital), pero la mayoría de las veces, es un hallazgo aislado en un niño por lo demás sano.<sup>7</sup> En nuestra casuística, 4 casos presentaban frenillo labial superior, que es el tejido fibroso que se extiende desde el labio superior hasta la encía maxilar superior y puede pasar entre los dientes incisivos centrales superiores, lo que ocasiona su separación.

Los criterios diagnósticos son variables.<sup>6</sup> La clasificación de Hazelbaker<sup>7</sup> es la herramienta de evaluación descriptiva basada en la apariencia y función lingual más conocida, pero su principal inconveniente es la escasa concordancia interobservador, es compleja y no ha sido validada de manera constatada.<sup>6-8</sup>

La anquiloglosia afecta los movimientos de elevación, lateralización, extensión y peristaltismo de la lengua. Los signos clínicos de anquiloglosia incluyen incapacidad de la lengua de tocar el paladar duro o el borde incisal de los dientes

superiores en posición de apertura bucal máxima, imposibilidad de efectuar movimientos transversales de una comisura a la otra de la boca sin deformarse, forma de corazón y zona isquémica en la punta al protruir la lengua.<sup>4,5</sup>

En neonatos y lactantes, el frenillo lingual corto se relaciona con problemas en la lactancia (25-60%): dificultades para la prensión al pecho materno y dolor materno, que son dos causas principales de su abandono.<sup>5,7</sup> La succión puede ser ineficaz y entorpecer la ganancia de peso. Es habitual el exceso de salivación.

En la edad preescolar, se manifiestan las dificultades en la articulación de fonemas (l/n/r/rr/t/s/d/z).<sup>4,9</sup>

Puede asociarse, además, a alteraciones en la estructura maxilofacial (deformación del paladar, mala oclusión y posición dental, caries), respiración bucal, masticación y deglución inadecuada.<sup>1</sup>

Por último, la anquiloglosia es responsable de problemas de tipo social que afectan la calidad de vida (imposibilidad de realizar juegos que involucran movimientos linguales, lamer un helado, tocar instrumentos de viento, besar con la lengua). Puede afectar la autoestima del niño y sentirse avergonzado o ser objeto de burlas.<sup>1</sup>

En algunos casos, es asintomática o los niños aprenden a compensar adecuadamente la movilidad lingual disminuida.<sup>1,10</sup>

El debate persiste sobre el significado clínico de la anquiloglosia y la indicación para el tratamiento: cuál es quirúrgica y cuál puede ser observada.<sup>6</sup>

Entre los primeros 6 meses de vida y los 5 años, el frenillo se vuelve menos prominente, por lo que formas leves de anquiloglosia pueden resolverse espontáneamente con el crecimiento y el desarrollo.<sup>6</sup>

Sin embargo, muchos niños se benefician de la intervención. Los padres deben ser educados sobre los posibles efectos a corto y largo plazo del frenillo lingual corto para que puedan tomar una decisión informada acerca de las posibles terapias.<sup>1,10</sup>

En menores de 6 meses, solo se indica la cirugía cuando hay dificultades en la alimentación. A partir de los 6 meses, se puede realizar el procedimiento, aunque no haya alteraciones en la alimentación, en los casos con limitaciones mecánicas evidentes (incapacidad para sacar la lengua y tocarse el labio superior con la punta o sacarla más allá de las encías) para prevenir otros problemas. La lengua no solo es importante para

la lactancia, sino que influye en el desarrollo de la cavidad oral, por lo que repercute en la dentición, en la respiración y en el habla.

La intervención debe ser realizada por un médico con experiencia en el procedimiento y con la analgesia adecuada para evitar complicaciones.<sup>5,6</sup>

El tratamiento quirúrgico más común de la anquiloglosia infantil es la frenotomía, que es un método simple de corrección, que consiste en seccionar el frenillo sublingual.<sup>5,6</sup> La incisión se puede realizar con bisturí frío, tijera, electrobisturí o láser.<sup>11</sup> Dentro de las complicaciones, se incluyen dolor, sangrado, infecciones, daño del conducto de la glándula sublingual, lesión de tejido blando y necesidad de reoperación.<sup>5</sup>

Debido a la corta edad y al posible sangrado quirúrgico, se recomienda realizar la corrección quirúrgica bajo anestesia general.<sup>4</sup> La posibilidad de recurrencia y la necesidad de realizar más procedimientos son menores cuando la intervención se realiza bajo anestesia general.<sup>12</sup>

Debido al riesgo de cicatrización posoperatoria que limite la movilidad lingual y exija reoperación, es necesario realizar tratamiento foniatrico pre- y poscirugía.<sup>1,4,6</sup> Se deben explicar a los padres y a los pacientes ejercicios para mejorar los movimientos linguales.<sup>1</sup>

La cirugía puede no solucionar de inmediato los problemas de lactancia. La mayoría de las madres notan una mejoría al instante; en otros casos, puede ser necesario realizar ejercicios de fisioterapia de succión y tener paciencia hasta que el niño aprenda a mamar moviendo de manera correcta la lengua.<sup>13,14</sup> Si hay alteraciones en la articulación de las palabras, el foniatra es fundamental para modificar el habla.

Cuando la lengua está muy anclada al piso de la boca, la frenotomía puede no ser suficiente. Se realiza, en esos casos, frenuloplastia o z-plastia, que es un procedimiento más complejo.

Con respecto al frenillo labial superior, en general, cuando brotan los caninos permanentes, la separación entre los incisivos tiende a corregirse, por lo que no se corrige quirúrgicamente hasta la adolescencia temprana, cuando ya han emergido los caninos superiores definitivos. Uno de nuestros 4 pacientes con frenillo labial era un lactante, pero se aprovechó

el momento quirúrgico para resolverlo junto con el frenillo lingual.

En todos nuestros pacientes, la frenotomía resultó ser un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento del frenillo lingual corto.

La exploración de la cavidad oral debe ser sistemática en la revisión de los neonatos, lactantes y niños, y centrarse en la presencia de la anquiloglosia, para no pasar por alto su detección.<sup>7</sup> Los médicos deben prestar atención a la preocupación de los padres acerca de esta condición y brindar asesoramiento para la intervención cuando esté clínicamente indicada, informando sobre los potenciales beneficios de la cirugía. ■

## REFERENCIAS

- Bhattad MS, Baliga MS, Kriplani R. Clinical guidelines and management of ankyloglossia with 1-year follow up: report of 3 cases. *Case Rep Dent* 2013;2013:185803.
- Obladen M. Much ado about nothing: two millenia of controversy on tongue-tie. *Neonatology* 2010;97(2):83-9.
- Morowati S, Yasini M, Ranjbar R, Peivandi AA, et al. Familial ankyloglossia (tongue-tie): a case report. *Acta Med Iran* 2010;48(2):123-4.
- de la Teja-Ángeles E, López-Fernández R, Durán-Gutiérrez LA, Cano-de Gómez A, et al. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(6):355-6.
- Opara PI, Gabriel-Job N, Opara KO. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. *J Med Case Rep* 2012;6:77.
- Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health* 2011;16(4):222.
- González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, et al. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr (Barc)* 2013 Nov 25. pii: S1695-4033(13)00434-7. [Epub ahead of print].
- Raveenthiran V. Release of tongue-tie in neonates. *J Neonat Surg* 2012;1(1):15.
- Queiroz Marchesan I. Lingual frenulum: classification and speech interference. *Int J Orofacial Myology* 2004;30:31-8.
- Chaubal TV, Dixit MB. Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc Periodontol* 2011;15(3):270-2.
- De Santis D, Gerosa R, Graziani PF, Zanotti G, et al. Lingual frenectomy: a comparison between the conventional surgical and laser procedure. *Minerva Stomatol* 2013 Aug 1. [Epub ahead of print].
- Manfro AR, Manfro R, Bortoluzzi MC. Surgical treatment of ankyloglossia in babies-case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39(11):1130-2.
- Wallace H, Clarke S. Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70(7):1257-61.
- Kumar M, Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr* 2012;101(7):687-9.