



El frenillo lingual corto en pediatría: cuándo intervenir y cómo elegir la técnica quirúrgica

Julián A. Simkin¹ , María del P. Mighera¹, Paz F. Borrmann², María V. Demarchi¹

RESUMEN

La alteración del frenillo lingual es una condición congénita caracterizada por una inserción anómala que limita la movilidad de la lengua. Su prevalencia en pediatría oscila entre el 1,7 % y el 10 %, según los criterios diagnósticos aplicados. Aunque puede cursar de manera asintomática, en numerosos casos ocasiona repercusiones funcionales significativas desde el período neonatal hasta la infancia avanzada. El objetivo de este artículo es describir las manifestaciones clínicas según la edad, las principales indicaciones quirúrgicas, los momentos óptimos de intervención y las técnicas quirúrgicas actualmente disponibles.

Palabras clave: frenillo lingual; anquiloglosia; lactancia materna; trastorno específico del lenguaje; frenoplastia.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10835>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10835.eng>

Cómo citar: Simkin JA, Mighera MP, Borrmann PF, Demarchi MV. El frenillo lingual corto en pediatría: cuándo intervenir y cómo elegir la técnica quirúrgica. Arch Argent Pediatr. 2026;e202510835. Primero en Internet 8-ENE-2026.

¹ Otorrinolaringología; ² Fonoaudiología; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Julián A. Simkin: julian.simkin@hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 26-7-2025

Aceptado: 1-10-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha incrementado el reconocimiento del frenillo lingual corto (*Figura 1*) como causa de alteraciones en funciones vitales, tales como la alimentación, el habla, la respiración y el desarrollo orofacial.^{1,2} Para su evaluación, se dispone de múltiples herramientas, que abarcan desde escalas anatómicas (Coryllos, Kotlow) —que clasifican el frenillo lingual corto según la inserción anatómica de anterior a posterior o según la longitud de la movilidad libre de la lengua, de normal a anquiloglosia completa— hasta criterios funcionales (Hazelbaker), así como protocolos mixtos, como el de Marchesan (*Figura 2*).³⁻⁵

La detección precoz por parte del pediatra resulta esencial para identificar los casos clínicamente relevantes y derivarlos al equipo interdisciplinario integrado por otorrinolaringólogos pediátricos y fonoaudiólogos especializados en motricidad orofacial.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SEGÚN LA EDAD

En neonatos y lactantes, la restricción del frenillo lingual puede dificultar la lactancia materna efectiva. Se asocia a succión

ineficaz, fatiga precoz, escasa ganancia ponderal y dolor en el pezón materno.^{1,6} La presencia de sialorrea persistente sin causa neurológica también constituye un signo de alerta. Asimismo, pueden observarse patrones compensatorios deglutorios que tienden a perpetuarse más allá del primer año de vida.⁷ En preescolares y escolares, las manifestaciones incluyen alteraciones articulatorias de fonemas (/l/, /r/, /t/, /d/, /n/), dificultades en la ejecución de movimientos linguales complejos (protrusión, elevación, lateralización) y alteración de la postura lingual en reposo.⁸ La restricción funcional crónica puede condicionar el desarrollo craneofacial, favoreciendo maloclusiones como mordida abierta anterior o mordida cruzada posterior,^{9,10} y se ha planteado incluso su asociación con formas leves de apnea obstructiva del sueño.¹¹

INDICACIONES QUIRÚRGICAS

La frenotomía consiste en realizar un corte simple con material frío (tijera o bisturí) en el frenillo lingual; mientras que la frenoplastia es un procedimiento quirúrgico en el cual se realizan uno o varios cortes en el frenillo lingual y, luego, se realiza una reconstrucción con suturas sin tensión.

FIGURA 1. Frenillo lingual corto



FIGURA 2. Protocolo I. Marchesan



Ejemplos de diferentes tipos de frenillo

Tipo	Descripción
A - Normal	Fijación en medio de la cara inferior de la lengua y, en el piso de la boca, generalmente el frenillo es visible a partir de las carúnculas sublinguales.
B - Anteriorizado	Cuando, en la cara inferior de la lengua, la fijación se encuentre por encima de la mitad.
C - Corto	La fijación en el medio de la cara inferior de la lengua es como la del frenillo normal, sin embargo, es de menor tamaño. Generalmente, la fijación en el piso de la boca es visible a partir de la cresta alveolar y casi siempre están visibles las tres puntas de la fijación del frenillo en esta cresta.
D – Corto y anteriorizado	Presenta una combinación de las características del frenillo corto y del anteriorizado.
E - Anquiloglosia	Lengua totalmente fijada al piso de la boca.

Están indicadas cuando la anquiloglosia compromete funciones esenciales. En lactantes, la dificultad en la alimentación constituye la principal indicación, en particular, cuando no se resuelve con medidas de apoyo a la lactancia.^{1,12} Estudios recientes advierten acerca del sobrediagnóstico de esta patología, lo que refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario por profesionales entrenados para su correcta detección.¹³

En niños mayores, las indicaciones incluyen persistencia de trastornos articulatorios refractarios a la terapia fonoaudiológica,

sialorrea crónica y deglución disfuncional.⁸ Otras indicaciones comprenden alteraciones del desarrollo orofacial y la presencia de apnea obstructiva del sueño asociada a restricción lingual.^{11,14}

TIEMPOS QUIRÚRGICOS

El momento de la intervención debe individualizarse según la repercusión clínica. En lactantes con dificultades de alimentación, se recomienda la intervención precoz, preferentemente antes del primer mes de vida, lo que optimiza la eficacia de la lactancia y reduce

FIGURA 3. Frenuloplastia

el abandono temprano.^{6,15} En estos casos, la frenotomía puede realizarse en forma ambulatoria, con anestesia tópica y mínima instrumentación. En niños mayores, la indicación suele estar vinculada a trastornos del habla o del desarrollo orofacial, por lo que resulta fundamental la evaluación fonoaudiológica previa y una planificación quirúrgica adecuada. Estos procedimientos suelen requerir anestesia general y técnicas reconstructivas más complejas.¹⁶

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DISPONIBLES

La elección de la técnica depende de la edad y del tipo de restricción. En lactantes, en quienes el frenillo suele ser velamentoso, traslúcido y avascular, la frenotomía simple constituye el procedimiento de elección por su rapidez, seguridad y posibilidad de realización en consultorio.¹ En niños mayores con frenillo grueso o fibroso, la frenoplastia (*Figura 3*) (en Z, diamante, entre otras variantes) ofrece mejores resultados funcionales y estéticos.^{5,16} Esta técnica debe realizarse en quirófano con anestesia general y el electrobisturí es el instrumento indicado. Debe tenerse precaución en utilizar una FiO₂ del 21 % para prevenir posibles complicaciones.

En la actualidad se emplean también tecnologías asistidas, como el láser de CO₂ o el láser de diodo, que facilitan un menor sangrado y mejor visualización quirúrgica.^{17,18} Sin embargo, su utilización implica mayores costos, requiere formación específica del equipo tratante y no está comprobado que tenga mejores resultados funcionales.¹⁹

Una de las principales complicaciones de la cirugía es la retracción de la herida postoperatoria. Para evitarla, es fundamental una buena disección hasta el plano muscular y una

buena rehabilitación por parte del fonoaudiólogo.²⁰

ROL DEL FONOAUDIÓLOGO

La intervención fonoaudiológica en el frenillo lingual corto comienza con una evaluación adaptada a la edad: en lactantes menores de seis meses, se prioriza la evaluación de succión, deglución y respiración; mientras que en niños mayores de cuatro años se aplica el protocolo de Marchesan (*Figura 2*), que incluye análisis anatómico y funcional con mediciones objetivas y evaluación del impacto en el habla. El uso de protocolos estandarizados permite objetivar hallazgos y fundamentar mejor las decisiones terapéuticas o quirúrgicas.

El tratamiento depende de los resultados de la evaluación: los frenillos cortos con menos del 50 % de movilidad suelen requerir cirugía seguida de rehabilitación fonoaudiológica para optimizar funciones orofaciales y prevenir cicatrices restrictivas, mientras que, en casos con buena movilidad, la terapia miofuncional puede ser suficiente. El abordaje debe ser personalizado según edad, contexto y desempeño muscular, con seguimiento continuo que asegure resultados estables y mejore la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN

El frenillo lingual corto puede generar repercusiones funcionales relevantes en la alimentación, el habla y el desarrollo orofacial. La detección temprana por parte del pediatra permite implementar un abordaje integral y oportuno. La indicación quirúrgica debe basarse en criterios funcionales y en la evaluación de un equipo multidisciplinario. El conocimiento de las técnicas disponibles facilita una adecuada derivación y optimiza el tratamiento. ■

REFERENCIAS

1. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1458-66. doi: 10.1542/peds.2015-0658.
2. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD011065. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2.
3. Coryllos E, Genna CW, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. American Academy of Pediatrics; 2004.
4. Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF). Columbus, OH; 1998. [Consulta: 12 de octubre de 2025]. Disponible en: [https://media.starship.org.nz/hazelbaker-assessment-tool-for-lingual-frenulum-function-\(hatlff\)/hazelbaker.pdf](https://media.starship.org.nz/hazelbaker-assessment-tool-for-lingual-frenulum-function-(hatlff)/hazelbaker.pdf)
5. Marchesan IQ. Lingual frenulum: quantitative evaluation proposal. *Int J Orofacial Myology*. 2005;31:39-48.
6. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Ankyloglossia and lingual frenotomy: national trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(4):735-740. doi: 10.1177/0194599817690135.
7. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(1):1-7. doi: 10.3122/jabfm.18.1.1.
8. Baxter R, Merkel-Walsh R, Baxter BS, Lashley A, Rendell NR. Functional Improvements of Speech, Feeding, and Sleep After Lingual Frenectomy Tongue-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;59(9-10):885-92. doi: 10.1177/0009922820928055.
9. Klockars T, Pitkäranta A. Pediatric tongue-tie division: indications, techniques and patient satisfaction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(10):1399-401. doi: 10.1016/j.ijporl.2009.07.004.
10. Villa MP, Evangelisti M, Barreto M, Cecili M, Kaditis A. Short lingual frenulum as a risk factor for sleep-disordered breathing in school-age children. *Sleep Med*. 2020;66:119-22. doi:10.1016/j.sleep.2019.09.019.
11. Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, Govardhan C, Moeller J, et al. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: exploring safety and efficacy in 348 cases. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2019;4(5):489-96. doi: 10.1002/lto.2297.
12. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofacial Myology*. 2012;38:104-12.
13. Tomas J. AAP: When breastfeeding problems arise in infant with tongue-tie, don't jump to surgery. AAP News. 2024 July 29.
14. Guillemineault C, Huseni S, Lo L. A frequent phenotype for paediatric sleep apnoea: short lingual frenulum. *ERJ Open Res*. 2016 Jul 29;2(3):00043-2016. doi: 10.1183/23120541.00043-2016.
15. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):489-94. doi: 10.1136/archdischild-2014-306211.
16. Sethi N, Smith D, Korteque S, Ward VM, Clarke S. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(5):762-5. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.02.005.
17. Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: a prospective cohort study. *Laryngoscope*. 2017;127(5):1217-23. doi: 10.1002/lary.26306.
18. Marchesan IQ. Lingual frenulum: classification and speech interference. *Int J Orofacial Myology*. 2004;30:31-8.
19. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical consensus statement: ankyloglossia in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(5):597-611. doi: 10.1177/0194599820915457.
20. Cuestas G, Demarchi V, Martínez Corvalán MP, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(6):567-70. doi: 10.5546/aap.2014.567