

Capítulo 2

Frenillo lingual

Sergio Ramírez Varela

Elena Gómez García

Jaime Bonet Marco

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	41
1.1. Definición del problema	41
1.2. Repercusión social.....	41
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	41
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	41
2. PREVENCIÓN	42
2.1. Factores etiológicos	42
2.2. Medidas preventivas.....	42
3. CLÍNICA.....	42
3.1. Alteraciones del lenguaje y del habla	42
3.2. Trastornos de la alimentación	43
3.3. Otras manifestaciones clínicas	43
4. DIAGNÓSTICO.....	43
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	43
5.1. Genéticos	43
5.2. Edad	43
5.3. Tratamiento precoz	44
6. MANEJO TERAPÉUTICO	44
6.1. Indicaciones para el tratamiento	44
6.2. Objetivos terapéuticos.....	44
6.3. Alternativas terapéuticas	44
6.4. Manejo perioperatorio	45
7. RESULTADOS.....	46
7.1. Seguimiento	46
7.2. Indicadores de resultado favorable.....	46
7.3. Indicadores de resultado desfavorable	46
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y PADRES	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

El frenillo lingual (*frenulum linguae*) se define como un pliegue vertical de mucosa que surge en la línea media, situado en la superficie ventral de la lengua, que une la parte libre de ésta al suelo de la boca.

Algunas veces se observa un frenillo lingual anormalmente corto, que dificulta los movimientos de la lengua e impide que ésta se proyecte hacia fuera de la boca o haga contacto con el paladar duro y con la superficie lingual de los dientes antero-superiores, estando la boca abierta: es lo que se denomina 'frenillo corto' o 'anquiloglosia' que se define como la presencia de un frenillo lingual corto que se extiende desde la punta de la lengua hacia el suelo de la boca, limitando los movimientos de ésta y ocasionando trastornos del lenguaje. En los niños con frenillo corto, generalmente esta banda de tejido se encuentra muy cerca de la punta de la lengua, lo cual deja muy poco movimiento libre, aunque también se presenta como frenillo demasiado corto o inflexible.

Algunos de los frenillos cortos son mucosas delgadas, mientras que otros son adherencias gruesas fibrosas.

1.2. Repercusión social

En generaciones pasadas, el frenillo lingual corto se diagnosticaba y remediaba al nacer el niño para prevenir problemas de lactancia y del habla. Actualmente la tendencia apunta hacia un tratamiento más tardío salvo en casos muy severos donde se vea comprometida la lactancia, ya que la principal repercusión de este problema se encuentra en una inadecuada pronunciación.

La distribución por sexos del frenillo lingual corto es de un 9,4% en el sexo femenino y de un 9,2% para el sexo masculino.

1.3. Gestión sanitaria del problema

El manejo diagnóstico-terapéutico del frenillo lingual debe ser multidisciplinario. Varios son los profesionales que pueden evaluar y tratar el frenillo lingual que restringe y afecta a la lengua y a la lactancia (cirujanos maxilofaciales, ortodoncistas, otorrinolaringólogos, cirujanos pediátricos, algunos pediatras y dentistas). En la mayor parte de los casos es el médico de atención primaria el que deriva al paciente a un especialista, principalmente el cirujano maxilofacial. En casos de defectos de dicción, se encaminará al paciente al foniatra o logopeda quien colaborará antes y después de la frenectomía para mejorar el problema fonatorio.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

Los objetivos que se pretenden conseguir con esta guía clínica son:

1. Definir y conocer el frenillo lingual así como sus consecuencias y complicaciones.

2. Saber diagnosticarlo y tratarlo en el momento oportuno para prevenir los problemas asociados.
3. Consensuar las indicaciones de tratamiento y las técnicas quirúrgicas empleadas.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

No se ha descrito hasta el momento ningún caso de frenillo lingual que atienda a alguna causa genética, aunque no se descarta que pueda haber herencia familiar ocasionada por un gen.

2.2. Medidas preventivas

Las medidas preventivas irán encaminadas a un estudio precoz de la anquilosis en el niño diagnosticándola y tratándola en edades tempranas, cuando aún no se ha producido el desarrollo completo del lenguaje, para lograr el equilibrio fonético del niño. En este sentido, la edad ideal para realizar este estudio son los 2-3 años, pues en el niño puede manejarse mejor su conducta y se evitarán posibles dislalias futuras.

3. CLÍNICA

Clínicamente el frenillo labial excesivamente corto produce una serie de alteraciones que van a dificultar el desarrollo normal del niño.

3.1. Alteraciones del lenguaje y del habla

La evolución normal del desarrollo consta de diversas etapas que se alcanzan de forma secuencial y a edades relativamente constantes. La adquisición de la habilidad de pronunciación representa un proceso de maduración; las vocales son los primeros sonidos que se articulan. Los sonidos de las consonantes requieren más tiempo.

Algunos sonidos para ser producidos requieren mayor habilidad motora que otros, y por lo tanto, son más difíciles de producir; tal es el caso de la 'R', que en el habla es uno de los últimos sonidos en aparecer. Sonidos más fáciles de ser producidos como la 'P', la 'T' y la 'M' aparecen más temprano en el habla que otros.

El frenillo lingual corto, en algunos casos, dificulta la elevación normal de la punta de la lengua para la pronunciación de los sonidos /t/, /d/, /n/, /l/. No obstante, los niños se adaptan con facilidad a este problema y su pronunciación llega a ser aceptable. También se va a producir un rotacismo en la /rr/.

Se considera que la alteración es importante cuando:

- La punta de la lengua no puede sobresalir más allá de los dientes o del borde de las encías.

- Cuando la punta de la lengua tenga una muesca al sacar la lengua al máximo de la boca.

3.2. Trastornos de la alimentación

La lengua juega un papel muy importante en la lactancia materna. Ayuda a atraer el pecho a la posición adecuada dentro de la boca y luego forma un surco a lo largo del pecho para mantener el tejido mamario en posición dentro de la boca sosteniendo la leche en su parte posterior hasta el momento de tragar.

Las dificultades que presenta el frenillo lingual corto para la lactancia dependerán del grado de flexibilidad, de la longitud de lengua que queda libre y de la flexibilidad del fondo de la boca. Esta teórica dificultad para la alimentación (lactancia) es compensada por el bebé de diversas formas, de modo que es infrecuente encontrar verdaderos problemas en el amantamiento.

3.3. Otras manifestaciones clínicas

Puede traumatizarse el frenillo lingual por el contacto con los incisivos inferiores y formarse una **úlcer**a o incluso llegar a desgarrarse por completo.

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del frenillo lingual corto es fundamentalmente clínico y se basa, por un lado, en la realización de una serie de pruebas clínicas para la movilidad de la lengua entre las que se incluyen que el paciente toque con la lengua el paladar abriendo la boca lo más posible, observándose que la lengua no se elevará y por tanto no tocará el paladar duro, ni podrá proyectar la lengua por delante de la cavidad oral, quedando la punta de la lengua con aspecto de lengua 'bífida' y dirigida hacia los dientes inferiores; y por otro lado, en la expresión objetiva de los trastornos del lenguaje y del habla, así como de las alteraciones para la deglución y la lactancia, ya descritos anteriormente.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

5.1. Genéticos

Aquellos padres que hayan padecido un frenillo lingual corto en la infancia o que tengan un hijo o una hija con el mismo problema, aumenta las posibilidades de tener descendencia con la misma patología.

5.2. Edad

El diagnóstico precoz de la anquiloglosia y de los trastornos del habla asociados se acompaña de un mejor pronóstico evolutivo en cuanto al desarrollo psicomotor del niño, si éste se realiza a una edad temprana. La edad ideal para llevar a cabo el estudio diagnóstico es

entre los 2-3 años, pues en el niño se puede manejar mejor su conducta y el habla se encuentra en pleno desarrollo, pudiendo evitarse dislalias futuras.

5.3. Tratamiento precoz

Aquellos casos diagnosticados en los que se instaura un tratamiento quirúrgico precoz se asocian a una mejor evolución de los trastornos del habla.

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Indicaciones para el tratamiento

Según la bibliografía reciente, las indicaciones más consensuadas serían:

1. Trastornos del habla, en especial para la articulación de la palabra y sólo en aquellos niños que hayan sido evaluados por un profesional foniatra.
2. Niños con limitaciones mecánicas evidentes (incapacidad para sacar la lengua y, tocarse el labio superior con la punta de la misma).
3. Recién nacidos y lactantes con inconvenientes para alimentarse y succionar.

6.2. Objetivos terapéuticos

Dos son los principales objetivos del tratamiento del frenillo lingual corto:

- En primer lugar, corregir los trastornos de la articulación de las palabras para conseguir un desarrollo completamente normal del lenguaje y del habla, así como una integración plena del niño en su propio medio, evitando de esta manera el fracaso escolar.
- En segundo lugar, prevenir el retraso del crecimiento derivado de los problemas de lactancia ocasionados por la anquiloglosia en pacientes seleccionados

6.3. Alternativas terapéuticas

6.3.1. Tratamiento conservador

Un tratamiento por el logopeda puede compensar las alteraciones provocadas por un frenillo corto en el límite bajo de la normalidad, haciendo de este modo innecesaria la frenectomía.

6.3.2. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento de elección del frenillo lingual corto es la **frenectomía**, consistente en la liberación de la banda de tejido fibroso que retrae y limita el movimiento de la lengua, realizando para ello una plastia local para el alargamiento del tejido. Si observamos el aspecto del frenillo bajo la lengua veremos que consta de dos partes diferenciadas: una próxima a la base de la lengua que es carnosa y ancha, y otra más exterior que es fina y casi transparente carente de vasos. La proporción entre estos dos segmentos determinará la técnica quirúrgica a emplear para liberar este frenillo:

- En los niños que ya no son lactantes, el segmento carnoso aumenta más que el fibroso y se hace necesario ampliar el trayecto de sección, requiriéndose anestesia local o sedación así como puntos de sutura o electrobisturí por el riesgo de sangrado. La técnica utilizada en estos casos consiste en realizar una sección transversal del frenillo que previamente se ha delimitado con el uso de unas pinzas hemostáticas o una sonda acanalada, previa tracción mediante sutura de la punta de la lengua. Se realiza sección de la parte carnosa hasta el músculo, y, comprobando la liberación de la lengua conseguida, se sutura la herida en dirección vertical, con cuidado de no lesionar los conductos de Wharton. La herida quirúrgica se sutura con puntos sueltos de material reabsorbible (Vycril rapid® 3/0). En el acto quirúrgico se promueve el bloqueo de los nervios linguales de ambos lados por medio de anestesia local. Si la fonación no mejora a los pocos días de la operación, habrá que consultar al foniatra.
- En los niños pequeños lactantes, el segmento avascular suele predominar y con su liberación podremos aumentar la movilidad de la lengua. La técnica utilizada en estos casos consiste en inmovilizar la lengua a través de los dedos índice y medio, realizando un corte horizontal con tijeras de disección comenzando por el extremo del frenillo próximo a la punta y a la cara ventral de la lengua. A continuación, comprimimos con una gasa la herida quirúrgica para hacer hemostasia y dejamos que cicatrice por segunda intención, sin dar puntos de sutura ya que no suele sangrar. En estos casos es recomendable realizar el tratamiento bajo anestesia general, sobre todo si son bebés, tomando todas las medidas oportunas.

6.4. Manejo perioperatorio

6.4.1. Anestesia

En los casos en los que la frenectomía se realice a bebés en periodo de lactancia se recomienda hacerlo bajo anestesia general, con todas las medidas de precaución que ello conlleva.

Siempre que la edad del niño sea inferior a 6 años se recomienda realizar esta cirugía bajo anestesia general por la escasa colaboración del paciente. En niños mayores, se puede realizar bajo anestesia local mediante bloqueo de ambos nervios linguales.

6.4.2. Medicación perioperatoria

- a). *Analgésicos*: para el control del dolor, tras el efecto de la anestesia.
- b). *Antiinflamatorios no esteroideos*: para reducir el dolor y la tumefacción.
- c). *Antibióticos*: No está indicado el uso de antibióticos postoperatorios salvo una dosis profiláctica perioperatoria en pacientes con riesgos asociados.

6.4.3. Hospitalización

Si el procedimiento se ha realizado bajo anestesia local no se requiere hospitalización, realizándose el tratamiento en el mismo gabinete de la consulta y dándose de alta al cabo de

una o dos horas tras su realización. En el caso de que el procedimiento se haya realizado bajo anestesia general se requerirá un tiempo mínimo de ingreso hospitalario, el suficiente hasta que se haya recuperado completamente y sin ninguna complicación de los efectos de la anestesia. Se trata de un procedimiento de cirugía ambulatoria.

6.4.4. Cuidados postoperatorios

Se recomienda dieta líquida las primeras 24 horas, tras las cuales el niño puede comenzar a comer una dieta en forma de purés preferiblemente fríos durante dos o tres días.

Es importante llevar a cabo una meticulosa higiene oral durante los primeros días del postoperatorio realizando enjuagues orales con agua y sal o con antisépticos bucales.

El bebé casi siempre puede empezar a mamar inmediatamente después de la operación sin ninguna restricción.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

Debido al uso de sutura reabsorbible preferentemente, se aconseja vigilancia por parte de la familia y revisión a las 2-4 semanas de la realización del procedimiento.

7.2. Indicadores de resultado favorable

Los principales indicadores del buen resultado de la cirugía son:

- Contacto adecuado de la lengua con el paladar duro y con los labios superior e inferior, así como una perfecta movilidad de la misma en los planos del espacio sin ninguna deformación.
- Adecuada articulación de las palabras.

7.3. Indicadores de resultado desfavorable

Una inadecuada o incompleta sección del frenillo puede motivar la persistencia de los trastornos del habla y de la lactancia tras la cirugía. En la mayor parte de los casos, el apoyo del logopeda consigue reeducar fonéticamente al paciente y lograr la correcta pronunciación de las distintas consonantes.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y PADRES

- Cuando se examina completamente un bebé recién nacido es frecuente detectar el frenillo lingual corto.
- El frenillo lingual corto es una banda fibrosa que se encuentra por debajo de la base de la lengua y que se proyecta hacia el piso de la boca. Si el frenillo es corto los movi-

mientos de la lengua quedan condicionados y restringidos provocando en ocasiones trastornos alimentarios por déficit en la succión y baboseo exagerado.

- Las principales indicaciones para practicar su resección son:
 1. Trastornos del habla, en especial para la articulación de la palabra y sólo en aquellos niños que hayan sido evaluados por un profesional foniatra.
 2. Niños con limitaciones mecánicas evidentes (incapacidad para sacar la lengua y tocarse el labio superior con la punta de la misma).
- Cuando se decide seccionar el frenillo en los bebés, se debe llevar a cabo utilizando anestesia general y únicamente en casos seleccionados con importante repercusión sobre la alimentación.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barber T K, Luke L S. (1985). Odontología pediátrica. México: El Manual Moderno: 88-89.
- Bausells J. (1997). Odontopediatría. Procedimientos clínicos. San Pablo: Edit. Premier: 172.
- Bosma J, Hepburn, L, Josell S. Ultrasound demonstration of tongue motions during suckle feeding. *Developmental Med Child Neurol* 1990; 32: 223-229.
- Eastman A. (2000). The mother-baby dance: positioning and latch-on. *Leaven*, Aug/Sept; 63-68.
- Hazelbaker A K. (1993). The assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, Ohio: Self-published.
- Kotlow L A. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999; 30 (4): 259-262.
- Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact* 1990; 6 (3): 117-121.
- Mc Donald R E. (1998). Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed. España: Harcourt Brace: 281, 789.
- Messner A H. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head & Neck Surg* 2000; 126 (1): 36-39.
- Nicholson W L. Tongue-tie (ankyloglossia) associated with breastfeeding problems. *J Hum Lact* 1991; 7 (2): 82-84.
- Palmer B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary. *J Hum Lact* 1998; 14 (2): 93-98.
- Pérez Navarro N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Estomatolog* 2002; 39 (3): 108-112.
- Toledo O A. (1996). Odontopediatría. Fundamentos para la práctica clínica. 2ª ed. San Pablo: Edit. Premier: 272-273.
- Wiessinger D, Miller M. Breastfeeding difficulties as a result of tight lingual and labial frena: a case report. *J Hum Lact* 1995; 11 (4): 313-316.
- Woolridge M. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery* 1986; 2: 164-171.

