

Tratamiento temprano de anquiloglosia en neonato. Presentación de un caso clínico

Early treatment of ankyloglossia in neonates. A clinical case

María Fernanda Juárez-Rodarte,¹ Iovanna Toscano-García,² Cristal Díaz-Rosas,² Luz Elena Carlos-Medrano,²
*Jesús Alberto Luengo-Ferreira,² Heraclio Reyes-Rivas.²

¹Alumno de la Especialidad de Odontopediatría, Unidad Académica de odontología,
Universidad Autónoma de Zacatecas, México

²Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.

* Autor para correspondencia: jluego@uaz.edu.mx

Resumen

Introducción: La lengua atada o anquiloglosia se describe como una anomalía oral congénita caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto con fijación anterior cerca de la punta de la lengua. Puede estar asociada con otras anomalías craneofaciales, pero también suele ser una anomalía aislada o ligada a un defecto genético. **Objetivo:** Describir el tratamiento temprano de frenillo lingual en recién nacido de 22 días. **Presentación del caso:** Neonato masculino de 22 días de edad, acude a la clínica de odontopediatría de la UAO/UAZ, por el motivo de presentar frenillo lingual corto. Se valora por el área de cirugía maxilofacial y se realiza la frenectomía. Se dan recomendaciones de higiene y alimentación, citas de seguimiento. **Conclusión:** El tratamiento temprano de la anquiloglosia además de ofrecer una mejora funcional en el paciente, también mejora la calidad de vida, ya que los niños con una movilidad restringida presentan diversos problemas funcionales y psicológicos.

Palabras clave: Anquiloglosia, frenillo lingual corto, frenectomía.

Abstract

Introduction: Tongue-tie or ankyloglossia is described as a congenital oral anomaly characterized by an abnormally short lingual frenulum with anterior fixation near the tip of the tongue. It may be associated with other craniofacial anomalies, but it is also often an isolated anomaly or linked to a genetic defect. **Objective:** To describe the early treatment of lingual frenulum in a 22-day-old newborn. **Case presentation:** A 22-day-old male newborn comes to the pediatric dentistry clinic at the UAO/UAZ for the reason of having a short lingual frenulum. He is evaluated by the maxillofacial surgery area and a frenectomy is performed. Recommendations on hygiene and feeding are given, as well as follow-up appointments. **Conclusion:** Early treatment of ankyloglossia, in addition to offering a functional improvement in the patient, also improves the quality of life, since children with restricted mobility present various functional and psychological problems.

Keywords: Ankyloglossia, short lingual frenulum, frenectomy.

Introducción

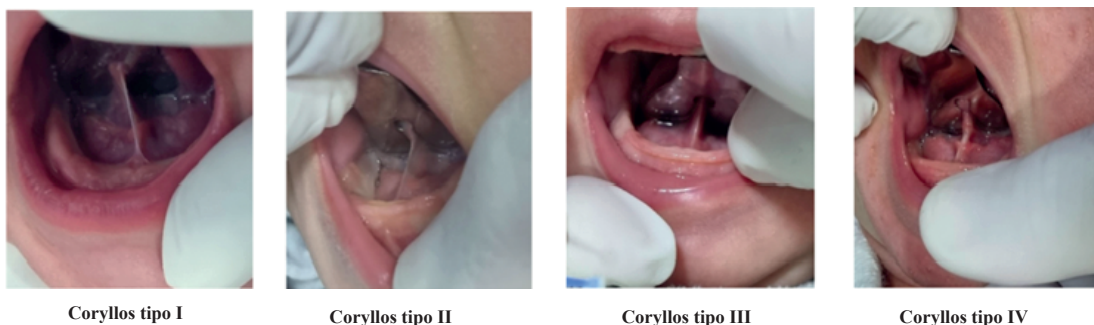
La anquiloglosia se describe como una anomalía oral congénita caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto con fijación anterior cerca de la punta de la lengua (Guinot, Carranza, Veloso, Parri & Virolés, 2021). Es identificada en diferentes edades, incluso en recién nacidos (Lamas, Fernández & Rodríguez, 2016). Esta condición en neonatos es variable por la falta de definición uniforme al realizar su diagnóstico (Guinot et al, 2021). La prevalencia va del 4% al 10% (Ata, Alataş, Yılmaz, Adam & Gezgin, 2021). Es frecuente en el sexo masculino en una proporción de 1.5 a 2.6:1 respecto a las niñas, con altas correlaciones familiares (Guinot et al, 2021).

La anquiloglosia puede estar asociada con otras anomalías craneofaciales o presentarse como una anomalía aislada (Chinnadurai, Francis, Epstein, Morad, Kohanim & McPheeters, 2015). Puede ser esporádica o familiar, pudiendo formar parte de síndromes como Moebius, Beckwith-Wiedemann, orofaciodigital y el paladar hendido ligado al cromosoma X. Se cree que tanto los casos de anquiloglosia aislada como aquellos asocia-

dos a un síndrome, comparten un componente genético (Costa, Espínola, Paricio & Díaz, 2021), en particular la mutación del gen del factor de transcripción de T-box (TBX22) (Ruiz, Cueva, Rodríguez, Rubira, Peña & Gabarrell, 2019). Se han documentado, casos de herencia autosómica dominante o recesiva (Cuestas, Demarchi, Martínez, Razetti & Boccio, 2014). Adicionalmente se ha reportado que puede estar asociada al uso de estupefacientes por parte de la madre (Ruiz et al, 2019; Chaubal & Dixit, 2011).

Para identificar este tipo de condición, se recomienda emplear la clasificación anatómica de Coryllos, la cual tipifica al frenillo lingual dependiendo de la cercanía que este tenga con el ápice lingual, basándose en 4 tipos (Guinot et al, 2021; Jacome, Patiño & Brito, 2022), **Tipo I:** Inserción del frenillo en la punta de la lengua; **Tipo II:** Inserción del frenillo detrás de la punta de la lengua (2 a 4 mm); **Tipo III:** Frenillo grueso localizado en la mitad de la lengua y del piso de la boca; **Tipo IV:** Frenillo grueso, submucoso, no elástico, que restringe el movimiento de la lengua en la base (Figura 1).

Figura 1. Clasificación del frenillo lingual de acuerdo a Coryllos.



Fuente: elaboración propia

El diagnóstico de la anquiloglosia es clínico. Algunos autores indican que puede ser identificada anatómicamente, cuando se observa la inserción del frenillo lingual cercana a la punta de la lengua, ocasionando que se observe con forma de la letra V o de corazón cuando se protruye. Adicionalmente, se ha

descrito como la imposibilidad de protruir la lengua y sobrepasar el reborde alveolar, con disminución de la movilidad, dificultando la capacidad para alimentarse, ocasionando dolor a la madre durante la lactancia (Robles & Guerrero, 2014)

Dentro de las complicaciones que puede ocasionar esta condición en el neonato, tenemos lactancia dolorosa (dolor en el pezón, destete precoz), incapacidad para mantener un agarre eficaz, reflujo e irritabilidad, aumento de peso lento o deficiente. En pacientes en edades más avanzadas y antecedentes de esta condición se pueden presentar trastornos en el habla (alteraciones en la articulación), problemas en la dentición y en la deglución (disfunción oral

motora), problemas de autoestima relacionados con la limitación funcional de la lengua (Cuestas *et al*, 2014; Guinot, Carranza, Ferrés, Carranza & Veloso, 2022; American Academy of Pediatric Dentistry, 2023).

Para cuantificar la función y apariencia de la lengua de cada lactante con anquiloglosia, utilizamos la herramienta de evaluación desarrollada por Hazelbaker (Tabla 1) (Ballard, Auer & Khoury, 2002).

Tabla 1. Evaluación Hazelbaker para la función del frenillo lingual

ASPECTO	FUNCIÓN
<p>Aspecto lingual cuando se levanta 2: Redonda o cuadrada 1: Ligera hendidura en la punta de la lengua 0: En forma de V</p> <p>Elasticidad del frenillo 2: Muy elástico 1: Moderadamente elástico 0: Poca o nula elasticidad</p> <p>Longitud del frenillo lingual 2: > 1 cm 1: 1cm 0: < 1 cm</p> <p>Inserción del frenillo en la lengua 2: Posterior a la punta lingual 1: En la punta lingual 0: Punta ligada hendidura</p> <p>Inserción del frenillo lingual al reborde alveolar inferior 2: Inserción en el piso de la boca 1: Inserción por debajo del reborde alveolar inferior 0: Inserción en el reborde alveolar inferior</p>	<p>Lateralización 2: Completa 1: Cuerpo lingual sin movimiento de la punta 0: Nula</p> <p>Elevación de lengua 2: La punta se eleva a la mitad de la boca 1: Sólo los bordes linguales se elevan 0: La punta lingual se mantiene en el reborde alveolar inferior</p> <p>Protrusión lingual 2: La punta lingual sobrepasa el labio inferior 1: La punta lingual sobrepasa el reborde alveolar inferior 0: La punta lingual no sobrepasa el reborde alveolar inferior</p> <p>Expansión de la porción lingual anterior 2: Completo 1: Parcial 0: Nula</p> <p>Convexidad lingual 2: Bordes completos 1: Solo bordes laterales 0: Nulo</p> <p>Peristalsis 2: Completa (anterior a posterior) 1: Parcial (originándose en la parte posterior) 0: Nula</p> <p>Retracción lingual 2: Nula 1: Periódica 0: Frecuente o con cada succión</p>
<p>La lengua del bebe se evalúa a través de 5 ítems de ASPECTO y 7 ítems de FUNCIÓN puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnosticó anquiloglosia significativa cuando la puntuación total de apariencia era de 8 o menos y/o la puntuación total de función era de 11 o menos.</p>	

El tratamiento de la anquiloglosia sigue siendo controvertido, el desafío de su atención radica en establecer si se trata de una variación anatómica normal o de un frenillo sin impacto funcional. Actualmente existen diferentes abordajes terapéuticos, tanto conservadores como quirúrgicos (Costa *et al*, 2021). Algunas opciones de tratamiento conservadoras, incluyen orientación sobre lactancia, logopedia y fisioterapia, sin embargo, la evidencia sobre este tema es baja. El abordaje quirúrgico se enfoca en resolver el movimiento limitado de la lengua, sin embargo, la información disponible sobre el momento, la indicación y el tipo de intervención quirúrgica es limitada (American

Academy of Pediatric Dentistry, 2023; Khan, MacPherson, Bezuhly & Hong, 2020). Los tipos comunes de cirugía son la frenotomía lingual, la frenectomía (con hemostato o láser) y la frenuloplastia (Schlatter, Schupp, Otten, Harnisch, Kunze & Stavropoulou, 2019; Kim, Lee, Yoo, Lee & Eun, 2020).

Presentación del caso

Se trata de neonato masculino, de 22 días de nacido el cual acude a consulta referido por médico pediatra, por presentar dificultad para realizar el amamantamiento. Durante el interrogatorio la madre indica que el bebe tiene dificultad para alimentarse, ya que no existe un adecuado sellado hermético, limitando la succión del seno materno, ocasionando dolor y grietas en el seno. Intraoralmente se evidencia la presencia de frenillo lingual corto fino y elástico (Figura 2), acompañado de lengua en forma de corazón durante la protrusión.

Figura 2. Evaluación de frenillo lingual corto en neonato



Fuente: elaboración propia.

Se realiza examen funcional a través del test de Hazelbaker, dando un valor de 3 puntos en el aspecto clínico y de 5 puntos para la función, totalizando 8 puntos (Tabla 2).

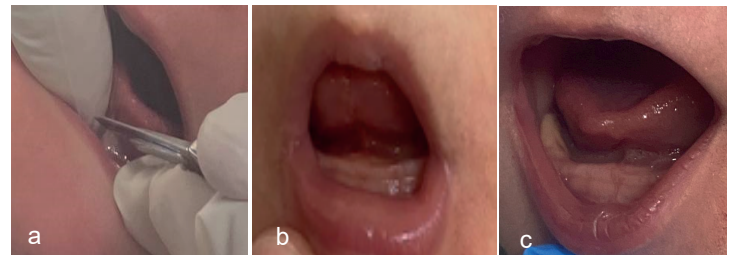
Tabla 2. Examen funcional del paciente por medio del Test de Hazelbaker

Aspecto	Función
Aspecto lingual cuando se eleva 0. En forma V	Lateralización 0. Nula
Elasticidad del frenillo 0. Poca o nula elasticidad	Elevación de la lengua 1. Solo los bordes linguales se elevan
Longitud del frenillo lingual 0. < 1 cm	Extensión de la lengua 2. La punta lingual sobre pasa el labio inferior
Inserción del frenillo en la lengua 1. En la punta de lingual	Expansión de la porción lingual anterior 0. Parcial
Inserción del frenillo en lingual al borde alveolar inferior 2. Inserción en el piso de la boca	Convexidad lingual 1. Solo bordes laterales
	Peristalsis 0. Nula o en sentido inverso
	Chasquido 0. Periódico, de vez en cuando
Total= 3	Total= 5

Fuente: elaboración propia basada en el Test de Hazelbaker.

Se diagnostica como anquiloglosia clase 1, frenillo tipo 1; razón por la cual se decidió realizar frenotomía. Utilizando la técnica de abordaje de contención activa cuerpo a cuerpo y de la cabeza del bebé (apoyándonos con la mamá y aun auxiliar clínico entrenado), se hace el procedimiento, sin necesidad de colocación de anestesia, con bisturí hoja #15, se indica a la mamá iniciar amamantamiento de manera inmediata, sin ameritar otro tratamiento ni medicación. Se realiza seguimiento postoperatorio a la semana y al mes, sin complicaciones (Figura 3).

Figura 3.



Fuente: elaboración propia. (a) Intervención quirúrgica, (b) Postoperatorio a la semana, (c) Postoperatorio al mes

Discusión

En la literatura se ha indicado que la anquiloglosia en la mayoría de los casos puede estar asociada con la dificultad del bebe para amamantarse, pudiendo en ocasiones pasar desapercibida, lo que puede originar el cese de la lactancia materna antes del tiempo recomendado por los especialistas. En los recién nacidos, esta dificultad para el amamantamiento adicionalmente puede traer consigo una importante disminución en la ganancia de peso del bebe o el rechazo del mismo para alimentarse del seno materno de la madre. Se ha descrito que aproximadamente 25% de las madres de neonatos con anquiloglosia han tenido dificultad para que estos se alimenten correctamente y han manifestado presencia de dolor en el pezón al momento de intentar realizar el amamantamiento (Jamani, Ardini, Harun, 2020). En el presente caso clínico la mamá del paciente manifestó la dificultad que tenía el bebé para alimentarse correctamente del seno materno debido a un agarre deficiente, así como la presencia de dolor, de manera repetida, cuando intentaba realizar el amamantamiento.

La identificación oportuna de la anquiloglosia puede ser un desafío para todos clínicos prestadores de servicio de salud, ya que los criterios empleados para su diagnóstico y clasificación aún siguen siendo controvertidos, debido principalmente, a la diversidad que estos presentan (Ferrés, Rodríguez, Mareque, Ferrés, 2017). La clasificación de la anquiloglosia puede ser evaluada de acuerdo a la anatomía y al estado funcional de la lengua, como por ejemplo mediante la clasificación de Coryllos (consiste en descripciones de la apariencia, tanto de la lengua como del frenillo, con su respectiva medición absoluta), y la de Hazelbaker (sistema de puntuación semi-cuantificado que utilizan los médicos especialistas en lactancia para clasificar la gravedad de la anquiloglosia, este puede abarcar tanto la apariencia como el estado funcional) (Jamani *et al*, 2020).

La forma de la punta de la lengua, la elasticidad, la longitud del frenillo, así como sus inserciones en el borde de la lengua y en el piso de boca se evalúan en la puntuación de la apariencia. La lateralización, elevación y protrusión de la lengua, la deformación y la retrusión se determinan en el estado funcional. Se ha evidenciado que la anquiloglosia se encuentra ampliamente en relación con la dificultad para que el bebé tenga un adecuado agarre al seno materno, así como el dolor que experimentan las madres durante la lactancia (Hentschel, 2018). Para el test de Hazelbaker, una puntuación total de 8 o menos en el área de la apariencia y de 11 puntos o menos en los aspectos funcionales, se considera como una anquiloglosia grave y significativa. En el presente caso el paciente obtuvo valores de 3 puntos en el área de apariencia y de 5 puntos en el área funcional, lo que permitió ser diagnosticado y atendido adecuadamente, debido a la limitación que presentaba por una inadecuada inserción del frenillo.

Actualmente el tratamiento de la anquiloglosia sigue siendo objeto de cuestionamientos, debido a que no existe un consenso único sobre la indicación de realizar una frenotomía o el momento de realizar algún tipo de intervención. Algunos clínicos indican que lo adecuado en

estos casos es mantener en observación la evolución del paciente, ya que, en algunos niños el movimiento de la lengua puede ser compensado por ellos o en formas leves puede resolverse con el crecimiento. No obstante, no existe evidencia científica que sustente esta afirmación, por lo que se debería recomendar examinar la función de la lengua y el frenillo lingual en cuanto se sospeche de la existencia de limitación a nivel de esta estructura (Mills, Pransky, Geddes, Mirjalili, 2019).

Por otra parte, la cirugía de anquiloglosia es uno de los procedimientos de primera elección, sencillo de ejecutar y que puede realizar cualquier médico pediatra u odontólogo. Sin embargo, existen algunas pautas importantes dependiendo de la edad del paciente, por ejemplo, el paciente debe estar posicionado de la misma manera para fines de exploración y rehabilitación. La cirugía se puede realizar sin anestesia general ni sedación, el uso de anestesia tópica puede ayudar. El procedimiento es el mismo en todos los casos, ya que los frenillos sintomáticos tienen un componente anterior relativamente visible y un componente posterior que fija la base de la lengua. Durante el procedimiento puede producirse sangrado como resultado de una lesión de la vena sublingual y sangrado arterial debido a la división capilar del músculo geniogloso. La cirugía no está exenta de complicaciones, como sangrado, ránula o hematoma, pero estas son poco frecuentes si el procedimiento se realiza con precaución (Hale, Mills, Edmonds, Dawes, Dickson, Barker, 2020). En el presente caso se optó por no usar anestésicos, pero si mucha precaución al momento de realizar el corte del tejido (ya que se trataba de un neonato), el cual fue realizado por un cirujano maxilofacial y un odontopediatra con amplia experiencia en el campo, lo que favoreció un procedimiento sin complicaciones inmediatas y durante el seguimiento.

La lactancia materna inmediata en los bebés posterior de haberseles realizado la frenectomía lingual, tiene un doble efecto positivo: un efecto antihemorrágico gracias a la leche y a la presión que ejerce la lengua sobre la

herida quirúrgica durante la lactancia, y un efecto analgésico como resultado de la lactancia materna en sí (Parri, 2021).

El paciente atendido en el presente caso, una vez ejecutado el procedimiento quirúrgico se le indicó a la mamá realizar el amamantamiento de manera inmediata, logrando identificar un aparente mejor agarre al seno, aliviando inmediatamente las dificultades en el amamantamiento materno, y sin necesidad de realizar algún tipo de prescripción médica. Obteniendo resultados satisfactorios durante los periodos de seguimiento.

Conclusión

El tratamiento temprano de la anquiloglosia además de ofrecer una mejora funcional en el paciente, también mejora la calidad de vida, ya que los niños con una movilidad restringida de la lengua no solo experimentan problemas en la lactancia a edad temprana, sino también en diversas funciones como el habla, la masticación, respiración y el sueño. Por estas razones se opta por la liberación quirúrgica adecuada y terapia de lenguaje, su éxito dependerá de un buen diagnóstico oportuno.

Referencias bibliográficas

American Academy of Pediatric Dentistry. (2023) Policy on management of the frenulum in pediatric patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill. American Academy of Pediatric Dentistry; 71-76.

Ata, N.; Alataş, N.; Yılmaz, E., Adam, A.; & Gezgin, B. (2021) The Relationship of Ankyloglossia With Gender in Children and the Ideal Timing of Surgery in Ankyloglossia. *Ear Nose Throat Journal*; 100(3):158-160.

Ballard, J.; Auer, C.; & Khoury, J. (2020) Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics*; 110(5):e63–e67.

Chaubal, T.; & Dixit, M. (2011) Ankyloglossia and its management. *Journal of Indian-*

Society Periodontology; 15(3):270-272.

Chinnadurai, S.; Francis, D.; Epstein, R.; Morad, A.; Kohanim, S.; & McPheeters, M. (2015) Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*; 135(6):1467-1474.

Costa, M.; Espínola, B.; Paricio, J.; & Díaz, N. (2021) Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. *Archivos Argentinos de Pediatría*; 119(6):600-609.

Cuestas, G.; Demarchi, V.; Martínez, C.; Razetti, J.; & Boccio, C. (2014) Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Archivos Argentinos de Pediatría*; 112(6):567-570.

Ferrés, T.; Rodríguez, E.; Mareque, J.; & Ferrés, E. (2017) The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *European Journal of Paediatric Dentistry*; 18(4):319-325.

Guinot, F.; Carranza, N.; Ferrés, E.; Carranza, M.; & Veloso, A. (2022) Tongue-tie: incidence and outcomes in breastfeeding after lingual frenotomy in 2333 newborns. *Journal Clinical of Pediatric Dentistry*; 46(6):33-39.

Guinot, F.; Carranza, N.; Veloso, A.; Parri, S.; & Virolés, M. (2021) Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*; 11(1).

Hale, M.; Mills, N.; Edmonds, L.; Dawes, P.; Dickson, N.; & Barker, D. (2020) Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 56:557-562.

Hentschel, R. (2018) Breastfeeding problems should be the only relevant criteria for deciding whether to carry out a frenotomy in infancy. *Acta Paediatrica*; 107:1697-1701.

Jacome, A.; Patiño, S.; & Brito, C. (2022) Anquiloglosia, enfoque multidisciplinario: serie de casos. *Pediatría*. 2022; 55(4):193-200.

Jamani, N.; Ardini, Y.; & Harun, N. (2020) Three case reports of infants with ankyloglossia affecting breastfeeding. *The Medical Journal of Malaysia*; 75(4):439-441.

Khan, U.; MacPherson, J.; Bezuhly, M.; & Hong, P. (2020) Comparison of Frenotomy Techniques for the Treatment of Ankyloglossia in Children: A Systematic Review. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*; 163(3):428-443.

Kim, T.; Lee, Y.; Yoo, S.; Lee, S.; & Eun, Y. (2020) Comparison of simple frenotomy with 4- flap Z-frenuloplasty in treatment for ankyloglossia with articulation difficulty: A prospective randomized study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 136:110146.

Lamas, G.; Fernandes, C.; & Rodrigues, M. (2016) Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia Reporte de un caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*; 6(1):44-52.

Mills, N.; Pransky, S.; Geddes, D.; & Mirjalili, S. (2019) What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy*; 32(6):749-761.

Parri, F. (2021) Ankyloglossia in infants: surgical aspects. *Cirugía Pediátrica*; 34(2):59-62.

Robles, M.; & Guerrero, C. (2014) Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatología y Reproducción Humana*; 28(3):154-158

Ruiz, G.; Cueva, Q.; Rodríguez, B.; Rubira, F.; Peña, C.; & Gabarrell, G. (2019) Herencia de la anquiloglosia: de tal palo, tal astilla. *Pediatría Atención Primaria*; 21(83):129-135.

Schlatter, S.; Schupp, W.; Otten J.; Harnisch, S.; Kunze, M.; Stavropoulou, D.; & Hentschel, R. (2019) The role of tongue-tie in breastfeeding problems-A prospective observational study. *Acta Paediatrica*; 108(12):2214-2221.