

Tratamiento quirúrgico temprano de frenillo lingual revisión de la literatura: a propósito de dos casos

Tratamento cirúrgico antecipado do freio lingual revista da literatura: a propósito de dois casos

Early surgical treatment of brake lingual review of the literature: on the purpose of two cases

Recibido: 11/11/2020 | Revisado: 12/11/2020 | Acepto: 13/11/2020 | Publicado: 18/11/2020

Cinthya Gabriela Bojorque Fuentes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0824-1741>

Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador

E-mail: cinthya.bojorque@ucuenca.edu.ec

Jessenia Elizabeth Estrella Mendieta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3629-5296>

Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador

E-mail: jessenia.estrella@ucuenca.edu.ec

David Manuel Pineda Álvarez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6395-7702>

Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador

E-mail: david.pineda@ucuenca.edu.ec

Resumen

La anquiloglosia es una anomalía congénita, más ligada al sexo masculino y con una prevalencia de 4 a 10% en recién nacidos vivos. Ésta se presenta como un frenillo lingual corto o muy anterior; causando dificultad, limitación e imposibilidad de que la lengua cumpla su rol dentro del sistema estomatognático. El tratamiento para ésta afección es la frenectomía, por lo general se suele realizar este procedimiento bajo anestesia general en niños de edades tempranas, por lo tanto, el propósito de este trabajo es presentar un protocolo de atención de frenectomía temprana con anestesia tópica y/o local para el tratamiento de anquiloglosia en niños menores a 5 años puesto que el diagnóstico precoz de la anquiloglosia puede redundar en una solución rápida, efectiva, con minimización de sus efectos en el niño y en algunos casos con un postoperatorio más corto y sencillo. A propósito, presentamos dos casos

en donde en el primer caso se trata de una niña de 2 meses de edad y el segundo caso un niño de 4 años, en el primer caso se hizo una frenotomía y en el segundo caso una frenectomía.

Palabras clave: Odontopediatría; Anquiloglosia; Frenillo lingual; Niños; Frenectomía; Frenotomía; Lactancia.

Resumo

A anquiloglossia é uma anormalidade congênita, mais ligada ao sexo masculino e com prevalência de 4 a 10% em recém-nascidos vivos. Este se apresenta como um frênulo lingual curto ou muito anterior; causando dificuldade, limitação e impossibilidade de a língua cumprir seu papel dentro do sistema estomatognático. O tratamento para esta condição é a frenectomia, este procedimento geralmente é realizado sob anestesia geral em crianças de tenra idade, portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar um protocolo para cuidados de frenectomia precoce com anestesia tópica e / ou o tratamento local para o tratamento da anquiloglossia em crianças menores de 5 anos, pois o diagnóstico precoce da anquiloglossia pode resultar em uma solução rápida e eficaz, com minimização de seus efeitos na criança e em alguns casos com um pós-operatório mais curto e fácil. A propósito, apresentamos dois casos onde no primeiro caso é uma menina de 2 meses e no segundo caso um menino de 4 anos, no primeiro caso foi realizada frenotomia e no segundo caso uma frenectomia.

Palavras-chave: Odontopediatría; Anquiloglossia; Frênulo lingual; Crianças; Frenectomia; Frenotomia; Lactação.

Abstract

Ankyloglossia is a congenital abnormality, more linked to the male sex and with a prevalence of 4 to 10% in live newborns. This presents as a short or very anterior lingual frenulum; causing difficulty, limitation and impossibility for the tongue to fulfill its role within the stomatognathic system. The treatment for this condition is frenectomy, this procedure is usually performed under general anesthesia in children of an early age, therefore, the purpose of this paper is to present a protocol for early frenectomy care with topical anesthesia and / or local treatment for the treatment of ankyloglossia in children under 5 years of age since the early diagnosis of ankyloglossia can result in a quick, effective solution, with minimization of its effects on the child and in some cases with a shorter and easier postoperative period. By the way, we present two cases where in the first case it is a 2-month-old girl and the second case a 4-year-old boy, in the first case a frenotomy was performed and in the second case a frenectomy.

Keywords: Pediatric dentistry; Ankyloglossia; Lingual frenulum; Children; Frenectomy; Frenotomy; Lactation.

1. Introducción

La lengua es un órgano ubicado en la cavidad bucal, presenta en su cara ventral un pliegue mucoso que es visible al elevarse, se ubica en la parte media y sirve de puente entre la lengua y el piso de la boca; este pliegue se conoce como frenillo lingual. Dependiendo del punto de inserción, esta membrana mucosa puede interferir en los movimientos linguales limitando así las funciones de masticación, deglución y el habla (Fournier, 2017).

El frenillo lingual es una membrana mucosa corta con tejido conectivo subyacente que conecta la superficie ventral de la lengua al piso de la boca. El frenillo no es típicamente una estructura muy vascular o sensible. Las arterias y nervios linguales bilaterales típicamente se encuentran en la superficie ventral de la lengua (Baker & Carr, 2015).

Dicha estructura en los neonatos va desde la base anterior de la lengua hasta la base del reborde alveolar de la mandíbula. Luego de varias semanas se produce un estiramiento gradual de la lengua y el frenillo se ubica en la porción central de la cara ventral de la lengua, siendo ésta su posición definitiva (Corrêa, et.al., 2014). El frenillo lingual cumple una función importante en el acto de amamantamiento y succión en el bebé (Lamas, et.al., 2016), puesto que para alimentarse de la leche materna, el bebé debe coordinar una serie de mecanismos complejos, los mismos que son indispensables para el desarrollo motor oral del niño durante sus primeros meses de vida. Para llevar a cabo estas funciones, es necesaria la interacción entre varias estructuras de la cavidad oral como la lengua, labios, maxilar inferior, maxilar superior, paladar duro y blando, piso de la boca y rebordes alveolares (Robles & Guerrero, 2014).

Esta serie de procesos, inician con la estimulación de los labios; el bebé dirige su boca hacia el pezón de la madre, proyectando su lengua. El labio inferior se invierte de tal manera que permita a la lengua sobrepasar el reborde óseo. Posteriormente, la punta y el dorso de la lengua se elevan comprimiendo la areola y el pezón contra el paladar duro sin dejar espacios en la superficie vestibular, mientras que por otro lado la porción posterior de la lengua forma un sello contra la orofaringe y el paladar blando. Cuando la mandíbula se desliza hacia abajo, se produce una presión negativa, lo que facilita la extracción de la leche materna (Robles & Guerrero, 2014).

En las etapas tempranas del desarrollo de la cavidad oral se origina un vestigio embriológico de tejido siendo este el frenillo lingual; cuando es corto y restringe el movimiento hablaremos de anquiloglosia (Pastor, Rodríguez & Ferrés, 2017). Cuando un remanente embriológico de tejido se inserta en la superficie ventral de la lengua y se dirige hacia el piso de la boca, hablamos de anquiloglosia, siendo esta una condición hereditaria muchas de las veces, la cual resulta en un frenillo anormalmente corto o grueso (Tamayo, et.al., 2018). Una inserción corta del frenillo lingual puede alterar la mecánica fisiológica de la lengua, generando así varias alteraciones anatómicas y funcionales en otras estructuras de la cavidad oral (Corrêa, et.al., 2014).

Ésta se presenta cuando la lengua se encuentra presa debido a que la punta de la misma está sobre el piso de la boca; esto posiblemente se deba a que las células epiteliales del reborde no proliferan lo suficiente hacia el mesénquima (Fournier, 2017). La anquiloglosia se define como una restricción de las posibilidades de protrusión y elevación de la punta de la lengua, pudiendo ser esto producto de un frenillo lingual grueso, corto o un músculo genigloso corto o ambos (Salgado, et.al., 2017)

La prevalencia de esta anomalía es relativamente escasa, siendo esta de 4 al 10% de los recién nacidos vivos, la misma que puede formar parte de un síndrome o presentarse de manera aislada (Cuestas, et.al., 2014). Parece tener una etiología genética y se presenta mayoritariamente en niños (Pastor, Rodríguez & Ferrés, 2017). Muchas de las veces la anquiloglosia se puede resolver espontáneamente con el paso de los años (Messner, et.al., 2000). A pesar de ser una patología muy conocida, aún existen controversias en cuando a la indicación, método y momento del tratamiento quirúrgico (Cuestas, et.al., 2014).

Es necesario una adecuada detección temprana que involucre a profesionales de la salud y educación quienes son los primeros en observar la presencia de un posible frenillo alterado, es decir, los pediatras durante la consulta médica, otorrinolaringólogos y/o odontopediatras, serán los primeros en el abordaje clínico (Fournier, 2017).

Diagnóstico

El diagnóstico de anquiloglosia es clínico-funcional. Anatómicamente se la describe como una inserción del frenillo lingual cercana a la punta de la lengua, la cual al protruirse se observa en forma de la letra V o de "corazón". Desde el punto de vista funcional, se la describe como la imposibilidad de protruir la lengua a tal punto que logre sobrepasar el reborde alveolar, lo que conlleva a una restricción en la movilidad de la misma (Robles &

Guerrero, 2014). Es determinante detectar los problemas de succión en los días siguientes al nacimiento, para poder estimular de forma inmediata y corregir la succión inmadura (Pastor, Rodríguez & Ferrés, 2017).

Esta anomalía puede manifestarse con dificultades durante la lactancia provocando dolor en el pezón de la madre, destete precoz, poca ganancia de peso, trastornos en el habla, problemas en la dentición y en la deglución o en algunos casos puede ser asintomática (Cuestas et.al., 2014). Según la severidad del caso, la anquiloglosia puede causar problemas de deglución atípica, esto debido a que no existe un correcto apoyo de la lengua en el paladar (Chávez, et.al., 2020).

Coryllos clasifica el frenillo lingual corto en 4 tipos: (Ferrés, et.al., 2016).

- Tipo 1: El frenillo es fino y elástico, la lengua se fija desde la punta hasta la cresta alveolar y tiene forma de corazón o forma de “V” (Ferrés, et.al., 2016).
- Tipo 2: El frenillo es fino y elástico, la lengua se fija de 2 a 4 milímetros de la punta hasta casi cerca del reborde óseo (Ferrés, et.al., 2016).
- Tipo 3: El frenillo es grueso, fibroso y no elástico; la lengua está fijada desde la mitad de la misma hasta el piso de la boca (Ferrés, et.al., 2016).
- Tipo 4: No se logra observar al frenillo, pero cuando se realiza la palpación, se puede sentir un anclaje fibroso, grueso y brillante desde la base de la lengua hasta la piso de la boca (Ferrés, et.al., 2016).

La limitación de la movilidad lingual en bebés también puede originar problemas en la succión y en el agarre al pecho de la madre. Durante la lactancia las manifestaciones clínicas más reportadas relacionadas con la anquiloglosia son: dolor, agrietamiento, mastitis, bajo peso del neonato y tomas excesivamente largas (Pastor, Rodríguez & Ferrés, 2017).

Con un diagnóstico precoz de la anquiloglosia se puede brindar una solución rápida y segura, con minimización de sus efectos en el niño y en muchos de los casos un postoperatorio más corto, sencillo y menos traumante para el infante (Tamayo, et.al., 2018).

Kotlow propuso una clasificación de los tipos de anquiloglosia, esto lo hizo midiendo la lengua en toda su longitud; desde la inserción del frenillo en la cara ventral lingual hasta su ápice, con lo cual determinó las siguientes categorías (Rosas, González & González, 2009):

- Lengua libre normal: mayor de 16mm (Rosas, González & González, 2009).
- Clase I: leve: 12 a 16 mm (Rosas, González & González, 2009).

- Clase II: moderada: 8 a 10 mm (Rosas, González & González, 2009).
- Clase III: severa: 3 a 7 mm (Rosas, González & González, 2009).
- Clase IV: completa: menos de 3 mm (Rosas, González & González, 2009).

Tratamiento

El tratamiento para la anquiloglosia puede ser la resección quirúrgica, la más apropiada para corregir esta inserción errónea del frenillo lingual en el infante es la frenectomía, con la cual se consigue liberar el frenillo tras realizar una incisión de 3-5 mm con el uso de anestesia local (Robles & Guerrero, 2014).

Dentro de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de un frenillo lingual corto se encuentran tres procedimientos. La frenotomía es una simple incisión del frenillo que involucra la reubicación del frenillo lingual. La frenuloplastia libera la lengua y su ubicación anatómica por remodelación del frenillo. Y la frenectomía, que se define como la escisión completa, es decir, la extirpación de todo el frenillo (Ferrés, et.al., 2016).

El tratamiento de elección del frenillo lingual corto es la frenectomía, consistente en la eliminación de la banda de tejido fibroso que se halla interfiriendo con la posición y movimientos ideales de la lengua. Clínicamente el frenillo lingual consta de dos partes particulares: una cercana a la base de la lengua que es carnosa y amplia, y otra más externa que es fina y casi transparente por ausencia de vascularización. La proporción entre estos dos segmentos determinará la técnica quirúrgica a aplicar en la liberación del frenillo. En los niños pequeños lactantes, el segmento carente de vascularización suele predominar y con su liberación se mejorará la movilidad lingual (Ramirez, Gomez & Bonet, 2014). Es de gran importancia atender un problema de frenillo lingual corto, así como realizar el apropiado seguimiento posquirúrgico donde se perfeccionará la movilidad de la lengua y las funciones del sistema estomatognático que se ven afectadas (Fournier, 2017).

2. Metodología

El enfoque metodológico del presente artículo consiste en el reporte de dos casos clínicos, mas no en una investigación. La publicación cumple con los principios éticos, puesto que, para llevar a cabo este estudio, los padres de los pacientes firmaron el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, así como la aprobación para su publicación; en todo

momento se respeta el anonimato de los pacientes y/o familiares. Para su desarrollo no se requirió la aplicación de encuestas, puesto que se contó con una detallada historia clínica.

Los autores se autofinancian y tienen el apoyo docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

2.1 Reporte de 2 casos clínicos

2.1.1 Primer caso

La paciente de dos meses de edad fue referida por un pediatra y un odontopediatra a un cirujano maxilofacial para la evaluación y tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto, por presentar dificultades durante el amamantamiento. En la anamnesis la madre reporta que la bebé tiene dificultad al lactar pues siente que no existe un sello hermético entre el pezón y la boca de la niña, imposibilitando la succión de la leche materna y según indica la pediatra, esta podría ser la causa de su lento desarrollo. Al examen clínico se observó la presencia de un frenillo lingual corto fino y elástico acompañado de una lengua en forma de corazón durante la protrusión (Figuras 1 y 2); razones por las cuales se llegó al diagnóstico definitivo de anquiloglosia clase 1, frenillo tipo 1; razón por la cual se decidió realizar una frenotomía.

Figura 1: Frenillo corto tipo.



Fuente: Andrés García.

Figura 2: Lengua en forma de corazón al ser proyectada.



Fuente: Andrés García.

Protocolo quirúrgico:

1. Asepsia y antisepsia:

La madre de la paciente se vistió con bata, mascarilla, gorro y zapatones quirúrgicos descartables; a la niña se la envolvió con una sábana estéril descartable doblada en forma

triangular para así asegurar una adecuada inmovilización y lograr un correcto manejo, cabe recalcar que no se utilizan químicos desinfectantes ni en la bebé ni a la madre por la piel sensible y delicada que presenta la paciente (Figuras 3 y 4).

Figura 3: Inmovilización de la paciente.



Fuente: Andrés García.

Figura 4: Inmovilización de la paciente y vestimenta de la madre.



Fuente: Andrés García.

2. Anestesia:

Se anestesió a cada lado del frenillo lingual utilizando dos hisopos embebidos en anestésico tópico (benzocaína al 20%), se los mantiene en su sitio por unos 15 segundos aproximadamente y se los retira (Figura 5).

Figura 5: Colocación de anestésico tópico.



Fuente: Andrés García.

3. *Separación e incisión o corte:*

Posterior a ello, se expone la extensión del frenillo lingual levantando la lengua con una sonda acanalada de 14cm. Con una tijera de punta fina se hace un corte limpio lineal hasta alcanzar la base del frenillo (Figuras 6 y 7).

Figura 6: Exposición de frenillo lingual.



Fuente: Andrés García.

Figura 7: Corte del frenillo lingual.



Fuente: Andrés García.

4. *Control de la hemostasia y de liberación de frenillo:*

Se controla la hemostasia con una gasa estéril y se comprueba la liberación del frenillo traccionando la lengua hacia afuera tomándola con una gasa estéril suavemente, verificando que ésta se pronuncie más allá del labio inferior del paciente.

5. *Control post operatorio:*

El primer control post operatorio se realizó a los 15 minutos de la frenectomía lingual, en el cual se inicia ya el amamantamiento y se comprueba que exista un adecuado sellado entre el pezón y la boca de la niña. Se le preguntó a la madre si siente mejoría en la capacidad de succión de la bebé, la cual respondió afirmativamente. No se escuchan ruidos de fuga o entrada de aire mientras la bebé amamanta. No fue necesaria ninguna prescripción médica postoperatoria (Figura 8).

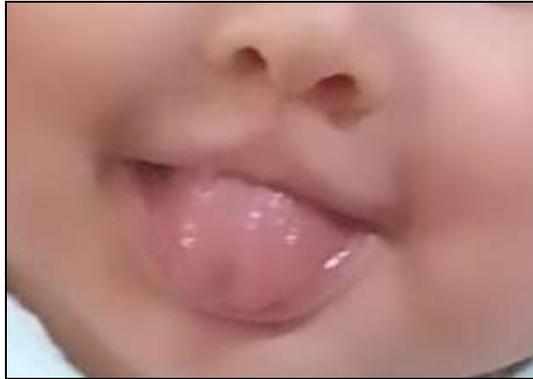
Figura 8: Post operatorio.



Fuente: Andrés García.

El segundo control lo realizamos a los 5 días de la cirugía, donde pudimos observar el excelente resultado del tratamiento; la paciente puede alimentarse de manera correcta y la mamá siente mejoría al momento de amamantar a la niña (Figura 9).

Figura 9: Post operatorio a los 5 días.



Fuente: Autores.

2.1.2 Segundo caso

Pacientes de 3 años 8 meses, acude a la consulta odontológica por presentar problemas del habla y movimientos de la lengua. Al examen clínico se observó un frenillo lingual corto tipo 3 y dificultad en la articulación de las palabras. Se le diagnóstico anquiloglosia moderada. El plan de tratamiento fue remoción quirúrgica por medio de frenectomía. Cabe mencionar que el paciente mostró una actitud muy colaboradora.

Protocolo quirúrgico:

1. Asepsia y antisepsia:

Previo a la atención se le colocó una gorra, una blusa y unos zapatones descartables tanto al niño como a la madre. Se le limpió la cavidad bucal con una gasa embebida en peróxido de hidrógeno al 1%. Para aislarlo se utilizaron campos quirúrgicos tipo media sábana. Y se desinfectó la piel alrededor de los labios con mertiolate blanco, en un perímetro de aproximadamente 5cm.

2. Anestesia:

En primer lugar, se colocó anestésico tópico con un hisopo de algodón a cada lado del frenillo por 15 segundos, seguido de la infiltración con lidocaína al 2% y epinefrina 1:100000

a cada lado del frenillo cercanos a su base, se utilizó cerca de un tercio de cartucho de anestésico de 1,8ml.

3. *Separación e incisión o corte:*

Se expone la extensión del frenillo lingual levantando la lengua con una sonda acanalada de 14cm. Con una tijera de punta fina se hace un corte limpio lineal hasta alcanzar la base del frenillo. De esta manera se logra una herida de forma romboidal.

4. *Debridación:*

Enseguida se realizó debridación adicional de las fibras utilizando una pinza mosquito para separar los labios de la herida, se eliminan fibras del cuerpo del frenillo y se sutura con puntos simples con hilo no reabsorbible.

5. *Control de la hemostasia y de liberación de frenillo:*

Se controla la hemostasia con una gasa estéril y se comprueba la liberación del frenillo traccionando la lengua hacia afuera.

6. *Prescripción médica:*

Se le recetó Ibuprofeno en jarabe con una dosis de 4cm³ cada 8 horas durante 3 días.

7. *Control post operatorio:*

A los 7 días de la cirugía se realizó un control para retiro de puntos al paciente sin embargo estos ya se habían soltado sin influenciar en el resultado del procedimiento. Al niño se le deriva al fisioterapeuta para mejora de movilidad lingual. Se muestran fotografías del pre y post operatorio respectivamente (Figuras 10 y 11).

Figura 10: Preoperatorio, frenillo.



Fuente: Autores.

Figura 11: Postoperatorio.



Fuente: Autores.

3. Resultados y Discusión

Para que los recién nacidos puedan extraer leche del pecho materno se requiere de la interacción apropiada de los procesos de succión, deglución y respiración, los mismos que necesitan de un acoplamiento boca-pecho funcional (Orte, Alba & Serrano, 2017). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en el Departamento de Cirugía Neonatal para pacientes ambulatorios del Hospital Birmingham Heartlands en Reino Unido, concluyó que cincuenta y ocho (equivalente al 82%) de las madres tuvieron dificultades para amamantar y se confirmó que sus bebés tenían un frenillo lingual corto (Donati, et.al., 2015). al igual que los casos reportados en el presente estudio.

La aplicación de un tratamiento quirúrgico en pacientes con anquiloglosia evidencia una mejora inmediata de las funciones linguales improductivas del niño durante la lactancia materna. En los pacientes que se muestran en el presente estudio, se perciben movimientos linguales funcionales óptimos inmediatamente tras la intervención quirúrgica, hecho que concuerda con un estudio realizado por Ferrés et al (2016), quienes al cabo de 17 días tras la cirugía hallaron una mejoría del dolor de los pezones en la madre, un incremento de peso del bebé y tomas mucho más cortas (Ferrés, et.al., 2016).

No está descrita en la literatura la edad ideal para realizar una frenectomía, sin embargo, en ciertos estudios se coincide que la intervención quirúrgica debe realizarse generalmente a edades tempranas, en las cuales el recién nacido se halla en periodos de amamantamiento y no ha desarrollado habilidades del habla y del lenguaje (Corrêa, et.al., 2014). En el presente estudio, hemos considerado importante intervenir la anquiloglosia tempranamente puesto que una vez instaurado el centro del lenguaje será necesario seguir un tratamiento adicional con un pediatra, foniatra y psicólogo. La producción del lenguaje verbal comienza de forma progresiva, sin embargo, se estima que entre los dos y los tres años se adquiere cerca del 50% del lenguaje y ahí es donde la estructura de frase se comienza a observar (Roselli, 2003).

Al no haber un consenso en el tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia en niños, se produce variaciones en las técnicas empleadas, pudiendo decidir por diferentes formas y técnicas de tratar. Se opta por la realización de frenotomía y frenectomía en el primer y segundo caso respectivamente, debido a que en todos los estudios los autores coinciden en que estas intervenciones quirúrgicas sobre el frenillo lingual corto son sencillas, de corta duración y no presentan complicaciones particulares. La frenotomía en recién nacidos es un procedimiento de bajo riesgo, que se puede realizar sin anestesia (Dezio, Piras, Gallottini & Denotti, 2015). La frenectomía, por el contrario, es un técnica invasiva y difícil de realizar en niños pequeños, sin embargo, los resultados son más predecibles, disminuyendo la tasa de recurrencia (Junqueira, et al., 2014).

La administración anestésica fue realizada de forma local al tratarse de una técnica quirúrgica no traumática y por el tipo de frenillo que no requiere sedación. Se usó anestésico tópico odontológico en el primer caso; sin embargo, en el segundo caso se amerita una solución anestésica infiltrativa pues la literatura indica que en bebés con más de cuatro meses de edad la anestesia local es usualmente necesaria por la resistencia del niño y la adquisición progresiva de componentes nerviosos en el frenillo (Castillo, 2016).

Por otro lado, en este estudio se evita el uso de anestesia general pues existe una preocupación real sobre el efecto nocivo que esta puede tener sobre el neurodesarrollo pediátrico (Bajwa, Anand & Gupta, 2015). A su vez, se puede desencadenar una reacción hipermetabólica potencialmente mortal llamada hipertermia maligna, que se da en pacientes genéticamente susceptibles luego de la exposición a anestésicos generales. Consiste en el padecimiento de una súbita elevación de la temperatura corporal e intensas contracciones musculares (Tapia, Parreño, Echeverría & Viera, 2020).

En el primer caso clínico no fue necesaria ninguna prescripción médica ni restricción de amamantamiento tras la intervención. Por el contrario, al segundo paciente se le recetó medicamentos por una mayor sensibilidad postquirúrgica, pues a medida que el niño crece, la inervación y vascularización del frenillo lingual aumenta.

El postoperatorio de los casos clínicos aquí presentados mostró efectos inmediatos altamente satisfactorios en el amamantamiento materno del infante y movimientos funcionales de la lengua luego de realización de frenectomía como técnica quirúrgica, lo que concuerda con los resultados obtenidos en un reporte de caso de una infante de cuatro meses de edad en la clínica Odontopediátrica de la Universidad de São Paulo – FOU SP (Corrêa, et.al., 2014) y un estudio realizado en una niña de 4 años de edad en la Clínica de Odontopediatria de la Universidad Católica de Brasília (Lamas, et.al., 2016).

4. Conclusiones

- La frenectomía y/o frenotomía a edades tempranas es una propuesta segura, practica, favorable y efectiva para el tratamiento de la anquiloglosia, favoreciendo así al amamantamiento y desarrollo correcto del habla del paciente.
- Al realizar estos procedimientos a edades tempranas, no se genera un rechazo futuro por parte del paciente hacia el profesional de la salud, puesto que la cirugía resulta ser poco traumática para el niño.
- Con la utilización de anestesia local y/o tópica minimizamos los riesgos secundarios a una anestesia general.
- Al necesitar poca medicación o ningún tipo de medicación el niño no queda con

secuelas por complicaciones medicamentosas.

- Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron efectivas y seguras, de tal manera que se cumplieron las metas del tratamiento.

En el presente artículo se puede concluir que al no existir un consenso para el tratamiento de anquiloglosia en edades tempranas el especialista debe realizar un análisis minucioso según la edad, la historia clínica y el tipo de paciente con el fin de elegir la técnica adecuada para cada caso. Se recomienda además, realizar estudios clínicos en donde se comparen técnicas quirúrgicas para el tratamiento de frenillo lingual corto, así como su manejo postoperatorio.

References

Bajwa, S; Anand, S; & Gupta, H. (2015). Perils of paediatric anaesthesia and novel molecular approaches: An evidence-based review. *Indian J Anaesth*, 59(5),272-281.

Baker, A; & Carr, M. (2015). Surgical treatment of ankyloglossia. *Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg*, 26(1),28-32.

Castillo, M. (2016). Procedimiento de frenotomía en infantes con láser. *Rev Científica Odontológica*,4(1),450-456.

Chávez, D; Peña, P; Sanchez, C; & Navarrete, X. (2020). Frenectomía lingual con técnica romboidal en paciente de 8 años de edad. *OdontoInvestigación*, 6(2),60-69.

Corrêa, M; Abanto, J; Corrêa, F; Bonini, G; & Alves, F. (2014). Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Rev Estomatológica Hered*, 18(2),123-127.

Cuestas, G; Demarchi, V; Martinez, M; Razetti, J; & Boccio, C. (2014). Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argent Pediatr*, 112(6),567-570.

Dezio, M; Piras, A; Gallottini, L; & Denotti, G. (2015). Tongue-tie, from embryology to treatment: a literature review. *J Pediatr Neonatal Individ Med JPNIM*, 4(1),1-12.

Donati, J; Batool, Z; Hendrickse, C; & Bowley, D. (2015). Tongue-Tie Assessment and Division: A Time-Critical Intervention to Optimise Breastfeeding. *J Neonatal Surg*, 4(1),3.

Ferrés, E; Pastor, T; Rodríguez, P; Ferrés, E; Mareque, J; & Ferrés, E. (2016). Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the Newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy, and Frenotomy. *Case Reports in Pediatrics*, (1),1-5.

Fournier, C. (2017). Frenectomía: Abordaje transdisciplinario. *Rev Científica Odontológica*, 720-732.

Junqueira, M; Cunha, N; Silva, L; Araújo, L; Moretti, A; & Filho, C. (2014). Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. *J Appl Oral Sci*, 22(3),241-248.

Lamas, D; Fernandez, C; Rodrigues, M; & Franco, A. (2016). Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia - Reporte de un caso. *ALOP*, 6(1),44-52

Messner, A; Lalakea, M; Aby, J; Macmahon, J; & Bair, E. (2000). Ankyloglossia: Incidence and Associated Feeding Difficulties. *Arch Otolaryngol Neck Surg*, 126(1),36-39.

Orte, E; Alba, L; & Serrano, B. (2017). La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof*, 18(3),50-57.

Pastor, T; Rodriguez, P; & Ferrés, E. (2017). Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenotomía. *Rev Logop Foniatría Audiol*, 37(1),4-13.

Ramirez, S; Gomez, E; & Bonet, J. (2014). Frenillo Lingual. Madrid: *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*.

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

Rosas, O; González, M; & González, L. (2009). Anquiloglosia parcial (incompleta) Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev ADM*, 66(2),42-47.

Roselli, M. (2003).Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*, 1(1),125-144.

Salgado, T; Obando, J; Salgado, P; & Salgado, W. (2017). Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso. *RECIMUNDO*, 1(4),777-790.

Tamayo, Y; Del Carmen, M; Grave de Peralta, M; Peña, M; & Herrera, G. (2018). La Anquiloglosia en los niños menores de tres meses. *Revcoemed*, 22(3), 435-445.

Tapia, J; Parreño, S; Echeverría, A; & Viera, S. (2020). Manejo de la hipertermia maligna. *RECIMUNDO*, 4(1),268-78.

Porcentaje de contribución de cada autor en el manuscrito:

Cintha Gabriela Bojorque Fuentes – 33.3%

Jessenia Elizabeth Estrella Mendieta – 33.3%

David Manuel Pineda Álvarez – 33.3%