



Frenillo lingual corto o anquiloglosia

Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles,* Dra. Rubí López-Fernández,** Dr. Luis Américo Durán-Gutiérrez,**
Dra. Adoración Cano-de Gómez,*** Dr. Jorge Téllez-Rodríguez**

El frenillo lingual corto o grueso limita los movimientos de la lengua y se debe al desarrollo anormal de la misma. El frenillo se encuentra en la parte ventral media de la lengua, unido al piso de la boca; dificulta la alimentación del bebé al pecho materno; el bebé se cansa ya que la lengua no puede colocarse en la posición correcta. La madre puede cursar con dolores y a veces sangrados. Esto entorpece la ganancia de peso, lo que sería indicación de una intervención quirúrgica. Cuando el niño ha crecido, la lengua no puede realizar sus funciones normales, como hablar y alimentarse.

Frecuencia. Se estima que dos o tres de cada 10,000 personas, nacen con este problema, algunos autores estiman que ocurre en 2.8 a 10.7% de los infantes. Es más frecuente en los varones.

El diagnóstico es clínico. La lengua no puede tocar el paladar duro, o el borde incisal de los dientes superiores en posición de apertura máxima. Se puede evaluar indirectamente midiendo la diferencia entre la apertura máxima de

la boca con y sin la punta de la lengua tocando la papila incisiva. Al protruir la lengua en los casos leve y moderado la punta adopta la forma de un corazón y se puede observar una zona isquémica en la punta. Clínicamente el frenillo corto puede clasificarse en grados del Cuadro 1.

Cuadro 1.

<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
Frenillo corto que no interfiere con las funciones de la lengua: succión, deglución, masticación, fonación.	Frenillo corto que dificulta la alimentación; posteriormente causa alteraciones mínimas en el lenguaje, en el periodonto y en la posición de los dientes.	Lengua fusionada con el piso de la boca; hay dificultad para la deglución y la succión. Se pueden observar problemas periodontales.

* Jefe de Servicio de Estomatología
** Adscrito al Servicio de Estomatología
*** Coordinadora de Foniatría y Audiología
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Eduardo De la Teja-Ángeles. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México D. F. 10 84 09 00 ext. 1226.

Recibido: agosto, 2011. Aceptado: septiembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: De la Teja-Ángeles E, López-Fernández R, Durán-Gutiérrez LA, Cano-de Gómez A, Téllez-Rodríguez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011;32(6):355-356.



Figura 1. Lengua con frenillo lingual corto que limita el movimiento; se observa zona de isquemia en la punta.



Figura 2. Punta “acorazonada” al protruir la lengua, característica del frenillo lingual corto.

En el recién nacido el frenillo lingual corto altera la alimentación por interferir en los movimientos de succión y deglución. A los cuatro años de edad se afecta la articulación de los fonemas /l/, /n/, /r/, /rr/, /t/, y /s/, ya que el frenillo no permite que el tercio anterior de la lengua vibre contra el paladar en la zona de la papila incisiva o de las rugas palatinas cuando se expulsa el aire o impida el paso correcto de éste. A esta edad, lo ideal es el tratamiento quirúrgico. En algunos casos, con el crecimiento normal de la lengua, el frenillo puede corregirse espontáneamente o bien el individuo realiza movimientos “compensatorios” de las articulaciones fonéticas (movimientos articulatorios).

El tratamiento para liberar la lengua consiste en la escisión quirúrgica con mioplastia del músculo geniogloso; no se limita a un simple corte con tijera en la submucosa. Además, es necesario controlar el edema postoperatorio. En resumen: En el recién nacido, esta operación se realiza



Figura 3. Nótese la longitud que alcanza la lengua después de cortar el frenillo.

sólo cuando se dificulta la alimentación. Debido a la corta edad del paciente y al posible sangrado transquirúrgico que pone en peligro la vía aérea del paciente, conviene realizarla bajo anestesia general. Es necesario en todo caso, que el foniatra establezca un plan de tratamiento pre y post-quirúrgico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW. Oral and maxillofacial pathology 1st. Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995. p. 10.
2. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev. 2011;19:19-26.
3. Dollberg S, Botzer E. Neonatal tongue-tie: myths and science. Harefuah. 2011;150:46-9.