

Reporte de Caso

Maria Salete Nahás Pires Corrêa¹
Jenny Abanto Alvarez²
Fernanda Nahás Pires Corrêa³
Gabriela Azevedo De
Vasconcelos Cunha Bonini³
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves³

¹Profesora Libre - Docente en Odontopediatría.

²Alumna de Maestría en Odontopediatría.

³Alumna de Doctorado en Odontopediatría.

Departamento de Ortodoncia e Odontopediatría.

Facultad de Odontología. Universidad de São Paulo.

Correspondencia

Jenny Abanto Alvarez
Departamento de Odontopediatría
Av Professor Lineu Prestes, 2227
CEP: 05508-000. São Paulo - SP, Brasil.
Teléfono: (11) 3091-7835 Fax: (11) 3091-7854
e-mail: jennyaa@usp.br

Recibido : 13 de noviembre del 2008

Aceptado : 15 de diciembre del 2008

Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso

Corrêa MSNP, Abanto JA, Corrêa FNP, Bonini GAVC, Alves FBT. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. Rev Estomatol Herediana. 2008; 18(2):123-127.

RESUMEN

La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente común del frenillo lingual que impide la protrusión y causa movimientos limitados de la lengua. Esta alteración en bebés es responsable del 25 a 60% de dificultades durante el amamantamiento. Presentamos una revisión enfocada en el diagnóstico, técnica quirúrgica y el reporte de caso clínico de un bebé.

Palabras clave: FRENILLO LINGUAL / LACTANCIA MATERNA / LACTANTE.

Ankyloglossia and breast feeding: A review and case report

ABSTRACT

Ankyloglossia is a relatively common congenital abnormality of the lingual frenum, that prevents protrusion and causes limited movements of the tongue. This abnormality in infants is associated with a 25% to 60% incidence of difficulties with breastfeeding. A review is presented focused on the diagnosis and surgical management of this condition as well as an infant's clinical case.

Key words: LINGUAL FRENUM / BREAST FEEDING / INFANT.

Introducción

El frenillo lingual en los recién nacidos se extiende desde la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar de la mandíbula. Después de algunas semanas ocurre un alargamiento gradual de la lengua y el frenillo pasa a ocupar la porción central de la cara ventral de la lengua, la cual será su posición definitiva (1). Las alteraciones funcionales del músculo genioyugoso, así como también un frenillo lingual corto, son factores que pueden desencadenar la anquiloglosia, también conocida como "lengua presa".

La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente común del frenillo lingual en la cual la membrana debajo de la lengua es muy corta o puede estar insertada muy próxima a la punta de la lengua, dificultando su protrusión (2). El frenillo lingual con inserción corta altera la fisiología mecánica de la lengua, pudiendo provocar alteraciones anatómicas y funcionales en otras estructuras de la boca. El bebé con anquiloglosia puede presentar consecuencias negativas en el lenguaje, función de autolimpieza ejercida por la lengua, etc. Pero el primer pro-

blema que ocurre en el bebé es la dificultad durante el amamantamiento que puede provocar problemas más serios como pérdida de peso y deshidratación. Las dificultades en el amamantamiento son las que causan mayor impacto en la anquiloglosia por acarrear problemas fisiológicos y psicológicos entre madre e hijo.

Aunque el manejo quirúrgico apropiado de la anquiloglosia haya sido muy debatido, actualmente existe una escasez de informaciones objetivas al respecto de su diagnóstico, así como de la necesidad y momento quirúrgico oportuno. Consideramos importante dar a conocer los criterios encontrados en la literatura sobre la anquiloglosia, especialmente cuando tratamos con bebés.

Etiología

La anquiloglosia está usualmente presente como anomalía única, pero puede estar asociada a síndromes o condiciones no sindrómicas que presentan anomalías específicas del frenillo lingual. Puede presentarse múltiple, hiperplásica y/o ausente, como en los síndromes de Ehlers-danlos, síndro-

me de Ellis-van Creveld, síndrome de Pierre-Robin, síndrome oro-facial-digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil, holoprosencefalia y hendidura palatina (3). Los problemas dentales también pueden ser vistos asociados a la anquiloglosia. Algunos autores reportaron que esta alteración es causada por una deformación de los incisivos inferiores y puede perjudicar la deglución y dentición (4-6).

Prevalencia

La anquiloglosia es relativamente común, pero su prevalencia exacta es desconocida. Los reportes encontrados en la literatura indican que varía ampliamente de 0,02 a 4,8% (7-9). Esta variación puede ser atribuida a la falta de una definición uniforme y de un objetivo sistema de clasificación (10). Además, algunas de las variaciones pueden reflejar diferencias relacionadas a la edad, ya que en algunos de los casos la anquiloglosia puede resolverse espontáneamente con la edad (8). El sexo masculino ha sido reportado como el más reportado en la literatura (8,11) y es normalmente encontrada en la población de recién na-

cidos (9,10). No obstante, el número de madres convencidas de que la sus hijos presentan esa condición excede el número real.

Diagnóstico

Los criterios clínicos utilizados para diagnosticar la anquiloglosia varían mucho en la literatura. Varios autores (8-10,12-16) utilizan criterios basados en las características físicas de la anatomía bucal del paciente. El criterio más frecuentemente empleado es cuando el frenillo se presenta anormalmente corto y grueso, haciendo con que la lengua adopte una forma de corazón durante la protrusión. El criterio también incluye signos de compromiso funcional tales como impedimento para protruir la lengua encima del margen gingival, dificultad para tocar la papila incisiva y dientes antero-superiores y otras indicaciones que ocasionan una disminución del movimiento de ésta. Es necesario un consenso en los criterios de diagnóstico que permita comparar estudios de tratamientos (17).

La importancia de la evaluación funcional de la lengua fue muy enfatizada por varios autores, que observaron que el frenillo lingual puede parecer corto, pero todavía puede tener suficiente elasticidad para cumplir su función. La única herramienta disponible y diseñada para evaluar la función del amamantamiento en los recién nacidos con anquiloglosia y la severidad del problema es el "Assessment Tool for Lingual Frenulum Function" (ATLFF) (18). Esta herramienta cuantitativa marca tres puntuaciones: perfecta, aceptable y función deficiente (19), esta última indica la necesidad de indicación quirúrgica. Sin embargo, ha sido utilizada en algunos estudios previos (9,10,19) encontrando en algunos casos ciertas li-

mitaciones en la puntuación y poca utilidad para identificar la severidad de la anquiloglosia.

Consecuencias

La relevancia clínica de la anquiloglosia es un asunto que origina controversia, particularmente por las consecuencias que puede traer consigo. Entre los problemas recurrentes se pueden mencionar los más citados en la literatura como problemas de succión y deglución, dificultades en el habla, problemas mecánicos y de crecimiento mandibular.

Succión y deglución (13%): la anquiloglosia ocurre en aproximadamente 5% de los recién nacidos (8) y está asociada de 25 a 60% a la incidencia de dificultades durante el amamantamiento tanto para la madre como para el infante (14-17,20-22). Así, pueden ser vistos daños en el pezón materno, dolor en los senos producidos por el extremo esfuerzo de succión, repetidos cuadros de mastitis, rechazo a la lactancia, deshidratación neonatal, pobre suplemento de leche para el bebé lo que genera poca ganancia de peso y destete precoz pudiendo impedir el normal desarrollo del mecanismo de la deglución adulta (8,10,14-16,20-22.) Estos hallazgos sugieren que la frenectomía neonatal deber ser considerada en este grupo selecto de infantes con anquiloglosia cuyas madres también están teniendo problemas para amamantar (8).

Habla (32%): el problema del habla relacionado a la anquiloglosia es frecuentemente sobreestimado. Algunas veces puede causar falla en la articulación de las palabras y afectar la expresión de consonantes alvéolo-linguales y dento-linguales como la t, d, l, n, y r; ya que la pronunciación de éstas necesita de la oposición de la lengua contra el al-

véolo o paladar (20). La mayoría de las fallas en la articulación han sido encontradas en personas con movilidad limitada de la lengua cuando la comparamos con aquellas con movilidad normal. Por otro lado, existen suficientes evidencias de que una buena habla es aún posible en la presencia de una anquiloglosia significativa pudiendo ser superada sin frenectomía y sí con una terapia fonoaudiológica (10). También debemos recordar la importancia del diagnóstico interdisciplinario en los problemas del habla, evaluación odontológica y fonoaudiológica, para saber si optar por un tratamiento quirúrgico o conservador. Optando por este último son indicados algunos ejercicios que permiten obtener el alargamiento del frenillo lingual.

Problemas Mecánicos (14%): estos son los problemas más subestimados de la anquiloglosia. La falta de movilidad de la lengua causa inhabilidad para efectuar una autolimpieza bucal interna, dificulta el acto de lamer los labios e impide muchas veces tocar instrumentos de viento (9), pudiendo originar problemas en el ámbito social.

Crecimiento mandibular: la anquiloglosia leve generalmente no causa ningún efecto en el crecimiento de la mandíbula, excepto leves anomalías dentales de los incisivos o recesión mucogingival. Aunque, la anquiloglosia severa puede causar mordida abierta y en otros casos prognatismo (10,20,23).

Indicaciones y oportunidad quirúrgica

La frenectomía solo es indicada en la presencia de disturbios de las funciones del frenillo lingual causadas por la anquiloglosia. Las indicaciones válidas para realizar la frenectomía están basadas en las consecuencias descritas anterior-

mente. No fue descrita en la literatura la edad apropiada para realizar frenectomía, sin embargo, los reportes coinciden generalmente con el periodo de amamantamiento del recién nacido o al inicio de la edad escolar, concomitantemente con la alfabetización del niño (2,8-10,14).

Reporte de caso

La infante de cuatro meses de edad fue encaminada para recibir atención odontológica en la Clínica Odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo - FOUSP, para evaluación clínica por dificultades durante el amamantamiento. A través del examen clínico se observó la presencia de un frenillo lingual corto y grueso (Fig. 1) que imposibilitaba que la niña realice el movimiento de succión de leche para alimentarse, diagnosticándose anquiloglosia moderada (9). La técnica quirúrgica empleada fue la frenectomía, iniciada con la asepsia del campo operatorio, anestesia por bloqueo mandibular unilateral con complementación local al lado del frenillo del otro lado, inmovilización de la lengua con hilo de sutura, sección del frenillo lingual en la región media con tijera de punta fina, debridado perpendicular y paralelo al plano oclusal (tijera de punta romba) con el objetivo de obtener posteriormente una unión casi lineal

de los bordes, sutura reabsorbible con puntos aislados (Fig. 2). Durante el acto quirúrgico se utilizó la técnica de abordaje de contención activa (cuerpo a cuerpo) realizado por la madre, visto que este contacto físico con la madre transmite mayor confianza y seguridad al bebé, y contención activa de la cabeza del bebé por una auxiliar entrenada del consultorio. La cirugía ocurrió de manera satisfactoria con colaboración del paciente y de la madre. El postoperatorio mostró resultados altamente satisfactorios en el amamantamiento materno del infante y re inserción del frenillo lingual (Fig. 3). No fue necesaria ninguna prescripción médica postoperatoria.

Discusión

La frenectomía neonatal indicada es un procedimiento simple que puede ser realizado en el consultorio al inicio de la consulta (15). Esta también puede ser realizada parcialmente realizando un ligero corte en la porción media y más fina del frenillo lingual del bebé sin necesidad de reparación (frenotomía) (10,14-16,20), usándose simplemente anestésico tópico oftálmico u odontológico durante el procedimiento. La desventaja de la frenotomía parcial radica en la posibilidad de completar el procedimiento quirúrgico a una edad más avanzada en el caso que sea necesario. No obstan-

te, a pesar de la practicidad de la frenotomía parcial no existe evidencia científica mostrando que la técnica parcial sea la más recomendada. En el presente caso clínico fue realizada la frenectomía del frenillo evitando así exponer al infante a otra cirugía de complementación en el futuro, aliviando inmediatamente las dificultades en el amamantamiento materno. Para varios autores (10,14-16,20) la alimentación del infante mediante el amamantamiento puede ser retomada enseguida de la frenotomía del frenillo (10,15) pudiendo aliviar inmediatamente el dolor en el pezón de algunas madres (24). En ninguno de los estudios fue recomendado prescripción médica, lo que es aplicado también a la frenectomía del caso presentado, donde no hubo contraindicación para que el niño amamante ni prescripción médica. En bebés con más de cuatro meses de edad la literatura indica que la anestesia local es usualmente requerida por causa de la resistencia y sensibilidad del infante (10). Por otra parte, ha sido relatado que este tipo de anestesia puede ser dispensada en infantes con menos de cuatro meses (10) debido al uso del anestésico tópico en la técnica de frenotomía. Consideramos que el hecho de no haber un consenso en el tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia en infantes con dificultad para amamantar origina va-



Fig. 1. Presencia de frenillo lingual corto y grueso.



Fig. 2. Sutura con puntos aislados.



Fig. 3. Evaluación clínica posoperatoria.

riaciones en las técnicas empleadas, pudiendo optarse así, por una frenectomía o frenotomía. El uso del láser CO₂ es otra opción que se muestra segura y eficiente en la rugía de tejidos blandos por no producir sangrado, evitar las suturas, requerir menor tiempo quirúrgico y no producir infecciones postoperatorias ni cicatrices visibles (25,26). Las complicaciones postoperatorias de la frenectomía, como la infección, hemorragias e injurias en el Conducto de Wharton son extremadamente raras en infantes (27).

Conclusión

Dadas las evidencias científicas disponibles actualmente, consideramos la frenectomía una propuesta segura, práctica y efectiva en el tratamiento de dificultades de amamantamiento en bebés con anquiloglosia, donde las orientaciones alternativas para la mejora de la alimentación deficiente fueron debidamente evaluadas.

Referencias bibliográficas

- Gregori C, Motta LFG. Cirugía em Odontopediatria. En: Guedes Pinto AC. Odontopediatria. 7ma. ed. São Paulo: Santos; 2003.
- Berg KL. Tongue-tie (ankyloglossia) and breastfeeding: a review. *J Hum Lact.* 1990; 6(3):109-12.
- Mintz SM, Siegel MA, Seider PJ. An overview of oral frena and their association with multiple syndromic and nonsyndromic conditions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99(3):321-4.
- Hasan N. Tongue tie as a cause of deformity of lower central incisor. *J Pediatr Surg.* 1973; 8(6):985.
- Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, Sánchez Fernández L, Prado Fernández C, Azcona Zorrilla I, López Cedrún JL, de Celis Vara R. Section of the sublingual frenulum. Are the indications correct? *Cir Pediatr.* 1999; 12(4):161-4.
- Cinar F, Onat N. Prevalence and consequences of a forgotten entity: ankyloglossia. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115(1):355-6.
- Catlin FI. Tongue-tie. *Arch Otolaryngol.* 1971; 94(6):548-57.
- Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126(1):36-9.
- 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.
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics.* 2002; 110(5):e63.
- Friend GW, Harris EF, Mincer HH, Fong TL, Carruth KR. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. *Pediatr Dent.* 1990; 12(3):157-61.
- Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lact.* 2004; 20(4):409-14.
- Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health.* 2005; 41(5-6):246-50.
- Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact.* 1990; 6(3):117-21.
- Masaitis NS, Kaempf JW. Developing a frenotomy policy at one medical center: a case study approach. *J Hum Lact.* 1996; 12(3):229-32.
- Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems. *J Hum Lact.* 1990;6(3):113-5.
- Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician.* 2007; 53(6):1027-33.
- Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice. Pasadena (CA): Pacific Oaks College; 1993.
- Madlon-Kay DJ, Ricke LA, Baker NJ, DeFor TA. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *Midwifery.* 2008; 24(3):353-7.
- Agarwal P, Raina VK. Tongue-tie: an update. *Indian Pediatr.* 2003; 40(5):404-5.
- Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *CMAJ.* 2000; 162(5):647-52.
- Marchesan IQ. Frênulo de língua: classificação e interferência na fala. *Rev CEFAC* 2003; 5(4):341-5.
- Defabianis P. Ankyloglossia and its influence on maxillary and mandibular development. (A seven year follow-up case report). *Funct Orthod.* 2000;

- 17(4):25-33.
24. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg.* 2006; 41(9):1598-600.
25. Kato J, Jayawardena JA, Wijeyeweera RL, Moriya K, Takagi Y. [Application of a CO₂ laser for oral soft tissue surgery in children in Sri Lanka--introduction of a laser through activities of aid to a developing country]. *Kokubyo Gakkai Zasshi.* 2002; 69(1):34-8. Japanese.
26. Luomanen M. Experience with a carbon dioxide laser for removal of benign oral soft-tissue lesions. *Proc Finn Dent Soc.* 1992; 88(1-2):49-55.
27. Ruffoli R, Giambelluca MA, Scavuzzo MC, Bonfigli D, Cristofani R, Gabriele M, Giuca MR, Giannesi F. Ankyloglossia: a morphofunctional investigation in children. *Oral Dis.* 2005 May; 11(3):170-4.