

Parametrización de avances funcionales asociados a frenectomía lingual: reporte de un caso

FUNCTIONAL ADVANCES PARAMETERIZATION ASSOCIATED TO LINGUAL FRENECTOMY: A CASE REPORT.

José David Aguilar^{1*}, Doris Ofelia Gordillo², Jonathan Sebastián Altamirano², Crespo Cristina Mercedes³.

¹ Cirujano y Patólogo Bucal, docente de la carrera de odontología Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues, Ecuador.

² Estudiante de Odontología en la Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues, Ecuador.

³ Magister en Estomatología, docente de la carrera de odontología Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, Ecuador.

*jdaguilarm@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v5i1.792>

Resumen

El frenillo lingual es un tejido fibroso que une la lengua al piso de la boca, que cuando su tamaño es más corto de lo normal se le denomina anquiloglosia, originado por factores genéticos o ambientales, caracterizado porque la lengua no protruye normalmente ocasionando dificultades en las funciones normales como de succión, fonación, masticación y deglución, su diagnóstico es clínico mediante la medición de distintos parámetros tanto estáticos como funcionales. De esta manera se clasifica en cuanto a la funcionalidad lingual en leve, moderado y severo; mientras tanto en la limitación y movilidad lingual se cataloga en clase I, II, III y IV. **Objetivo** presentar un reporte de caso de Anquiloglosia y los resultados luego de la frenectomía lingual en un paciente. **Reporte de caso** paciente de 12 años de edad sin antecedentes médicos de relevancia que presenta incapacidad de protrusión lingual total, problemas fonéticos e imposibilidad de contacto linguo-palatino en apertura bucal, y mediante los parámetros de medición estandarizados se lo diagnóstico como Anquiloglosia leve grado 1, por lo que se realiza una frenectomía lingual mediante anestesia local de manera ambulatoria, y se realizan controles post operatorios a los 8,15 y 60 días en donde se toman las mediciones que emitieron el diagnóstico prequirúrgico. Mostrando un avance funcional, mejor capacidad fonética y capacidad de contacto linguo-palatino en apertura bucal. Luego de esto y según

los parámetros de medición no categoriza como Anquiloglosia. **Conclusiones:** Este reporte de caso demostró de manera muy objetiva que la cirugía de resección del frenillo lingual es un procedimiento que aumenta la funcionalidad normal de la lengua mejorando su correcto desenvolvimiento en actividades como la fonación, el acto masticatorio e incluso en el futuro desarrollo de los maxilares.

Palabras clave: Anquiloglosia, parámetros, diagnóstico, frenectomía.

Abstract

The lingual frenulum is a fibrous tissue that joins the tongue to the bottom of the mouth; when it is shorter than normal, it is called Ankyloglossia. Genetic or environmental factors cause this condition. In this condition, the tongue does not normally protrude, causing difficulties in normal functions such as suction, phonation, mastication and deglutition. It is diagnosed clinically by measuring different static and functional parameters. This condition is classified as mild, moderate and severe; tongue limitation and mobility are categorized as Class I, II, III and IV. **Objective:** To present a case report of Ankyloglossia and its results after the lingual frenectomy procedure. **Case report:** Twelve-year-old patient with no severe medical history shows total lingual protrusion disability, phonetic problems and impossibility of lingual-palatal contact in open mouth. By Using standardized measurement parameters, the patient was diagnosed with mild Ankyloglossia grade 1. Therefore, an ambulatory lingual frenectomy under local anaesthesia was performed. After the operation, controls are performed, and measurements are taken at 8, 15 and 60 days. The results show a functional advance, better phonetic capacity and capacity of lingual-palatal contact in an open mouth. Afterwards, and according to the measurement parameters, the condition is no longer categorized as Ankyloglossia. **Conclusions:** This case report proved objectively that lingual frenulum resection surgery is a procedure that augments the tongue's normal functionality, improving its correct performance in activities such as phonation, mastication, and even in the future development of the jaws.

Key words: Ankyloglossia, parameters, diagnosis, frenectomy.

1 Introducción

La lengua es un órgano muscular móvil con inervación sensitiva, sensorial y motora recubierta por mucosas y papilas que participan en la formación del bolo alimenticio y en la expresión de las palabras. Los músculos que constituyen la lengua se dividen en dos grupos: extrínsecos que se originan al exterior de la lengua y se implantan en su tejido conectivo como el hiogloso, geniogloso y estilogloso, realizan movimientos linguales hacia atrás, de lateralidad, y protrusión formando el bolo alimenticio y llevándolo hacia atrás para la deglución, Los músculos intrínsecos se originan y a la vez se insertan en el tejido conectivo de la lengua, modifican la forma y el tamaño lingual, para la deglución y el habla como el longitudinal superior, inferior, transversal y vertical de la lengua. Las superficies dorsal y lateral de la lengua, se encuentran recubiertas por papilas, tapizadas por un epitelio queratinizado, que presentan corpúsculos gustativos, y las que los carecen presentan receptores táctiles que actúan en la fricción entre la lengua y el alimento ^{1,2}

Embriológicamente aparecen en la cuarta semana de gestación por los cuatro primeros arcos faríngeos y la inervación sensitiva del trigémino, el tercio posterior está inervado por el glossofaríngeo y el hipogloso brinda la capacidad motora. ^{1,2,3}

El frenillo lingual es un tejido fibroso que une a la lengua con el piso de la boca, se lo relaciona con el conducto de Wharton de la glándula submandibular y su carúncula de salida, y con el conducto de Rivini de la glándula sublingual. Esta estructura se puede ver afectada por anomalías que cuando pequeñas porciones de tejido embrionario no se han desarrollado completamente, provocan alteraciones como; Anquiloglosia o frenillo lingual corto. ^{2,4}

La palabra Anquiloglosia etimológicamente aparece de las palabras griegas Asquillos: curvo y glossa: lengua; nombrada por primera vez en 1960, Wallace la denominó como una condición en la que la punta de la lengua no protruye normalmente por su corto frenillo que dificulta los movimientos linguales y funciones normales en el habla la alimentación y se relaciona con alteraciones craneofaciales. ^{5,6,7}

La Anquiloglosia representa un problema multidisciplinario en el campo de la odontología, que va desde la periodoncia hasta la cirugía oral. En el campo de la periodoncia se la relaciona con la recesión gingival, teniendo el periodoncista un papel importante en el tratamiento de la misma ya que también obtiene referencias sobre las ligaduras para su tratamiento quirúrgico. Esta patología está asociada a problemas de maloclusión, mordida abierta y la separación de incisivos inferiores, así como problemas mecánicos relacionados con la depuración oral.^{5,7} Respecto de su etiología, tiene un origen genético o por factores ambientales; el 21% es genético por el cromosoma X con mayor prevalencia en varones. ^{8,9,10}

La prevalencia es 4%, varía de 0,02% al 10,7% dependiendo al tipo de investigaciones, observándose más en personas de raza negra y en recién nacidos que niños o adultos, porque cuando es leve con el crecimiento se puede solucionar. En la mayoría de las veces se presenta de forma aislada, pero, se puede asociar a síndromes. ^{5,8,10}

Los criterios para su diagnóstico varía según cada autor por parámetros basados en las características físicas de la anatomía oral, el más aceptado es la visualización de una membrana anormal entre la punta de la lengua y el piso de la boca, ocasionando que al protruir la lengua adopte la forma de un corazón o de una V; sin embargo, se debe considerar las limitaciones en la funcionalidad como el impedimento de protruir la lengua más allá de la línea gingival inferior.^{8, 11, 12}

El diagnóstico es clínico y se le puede valorar indirectamente calculando la diferencia entre la apertura bucal tocando y sin tocar la papila incisiva, para clasificarlo en:

Leve: El frenillo lingual corto no interfiere en las funciones normales de succión, fonación, masticación y deglución.

Moderado: El frenillo lingual corto complica las funciones normales ya antes mencionadas, produciendo mínimos inconvenientes en el habla, periodonto y en la posición dental

Severo: El frenillo lingual corto impide las funciones normales; que se ve reflejado en el periodonto. En los grados leves y moderados al protruir la lengua, su punta se adopta en la forma de un corazón.⁶

Los grados de una Anquiloglosia son variables, como en el que Rosas Gustavo habla sobre la clasificación de Kotlow en nivel de limitación y movilidad, mediante el uso de una regla milimetrada, sugiriendo que mayor a 16 mm es clínicamente aceptable:

- **Clase I:** anquiloglosia ligera de 12 a 16mm.
- **Clase II:** anquiloglosia moderada de 8 a 10mm.
- **Clase III:** anquiloglosia severa entre 3 a 7mm.
- **Clase IV:** anquiloglosia completa entre 3mm¹⁰.

“Hazelbaker” es una herramienta que se usa en la función del frenillo lingual, mediante un análisis cuantitativo y cualitativo para cumplir con ciertos aspectos como se visualiza en la **Ilustración 1**, caracterizado por la evaluación de:

Criterio anatómico: mediante la palpación de la membrana anterior a la base lingual, extendida hasta el piso de la boca.

Criterio funcional: con las herramientas Hazelbaker se analiza: la lateralización, elevación y extensión de la lengua, incluyendo los aspectos anatómicos en 5 categorías y en los aspectos funcionales en 7 categorías, en 3 rangos de Anquiloglosia: discapacidad funcional, aceptable o perfecta.^{10,12,13,14,15}

Aspectos anatómicos	Aspectos funcionales
<p>Aspecto lingual cuando se levanta 2: Redonda o cuadrada 1: Ligera hendidura en la punta de la lengua 0: 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: 1 cm 0: <1 cm</p> <p>Inserción del frenillo en la lengua 2: Posterior a la punta lingual 1: En la punta lingual 0: Punta lingual hendida</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: Nulo</p> <p>Elevación de la 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: Completa 1: Parcial 0: Nula</p> <p>Convexidad lingual 2: Bordes completos 1: Sólo 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>

Ilustración 1: Herramienta de evaluación Hazelbaker¹².

Gomes concuerda con Ballard y sus colaboradores que, por medio de esta herramienta, los diagnósticos de Anquiloglosia se le atribuyen un puntaje total de 8 o menos, para indicaciones de frenectomía, pero, aun no se comprueba este contexto.^{16, 17, 18,19 ,20 ,21}

Distintos investigadores encionan que la funcionalidad normal del frenillo puede o no alterarse por su tamaño ya que en ocasiones este tiene la flexibilidad indicada, pero puede causar diastema interincisivo inferior, como también conlleva a problemas durante la lactancia tanto para el lactante que debido a la deficiente succión de la leche por la dificultad de los movimientos linguales producen bajo peso y deshidratación, como también para la persona que amamanta que puede experimentar sintomatología dolorosa en los pezones.^{22,23,24,25,26,27}

Por tal razón el **objetivo** de este artículo es presentar un reporte de caso de anquiloglosia en un paciente niño de 12 años de edad.

2 Reporte de Caso

Paciente masculino de 12 años de edad asintomático, mellizo nacido a término por cesárea, acude al centro de especialidades odontológicas de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues para la valoración de la limitación funcional de la lengua por lo que se elabora el formulario MPS - 033 (historia clínica odontológica).

Al examen clínico se le observó dentición mixta segunda etapa, sin alteraciones en mucosas, al examen intraoral, reveló alteración en la posición dentaria por la presencia de moderado apiñamiento antero inferior. La valoración funcional de la lengua mostró incapacidad de protrusión total (**Figura 1**) e imposibilidad de contacto linguo-palatino en apertura bucal. (**Figura 2**) El frenillo era moderadamente elástico de 16 milímetros de largo (**Figura 3**), la distancia entre la inserción superior y la punta de la lengua fue de 13 mm (**Figura 4**), la inserción del frenillo en el margen gingival fue de -3 mm, en lateralización lingual no existió movimiento del apéndice lingual. La apertura bucal máxima del paciente fue de 40 mm (**Figura 5**) y mientras existió contacto linguo-palatino fue de 15 mm (**Figura 6**).



Figura 1: Se observa una limitación en la protrusión lingual con el borde anterior de la lengua toma una forma acorazonada

Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento



Figura 2: No existe contacto del apéndice lingual con el paladar en la apertura bucal

Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento



Figura 3: La longitud total del frenillo entre sus inserciones fue de 16 mm

Fuente: los autores

Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento

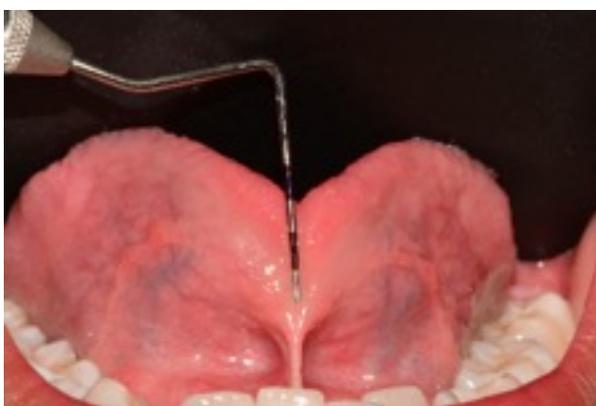


Figura 4: Distancia de 13 mm medida con sonda periodontal

Fuente: los autores

Fotografía: Dr. Paul Vergara Sarmiento



Figura 5: Apertura bucal máxima, no asistida

Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento



Figura 6: Apertura bucal de 15mm al existir contacto linguo-palatino

Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento

Todas estas mediciones se tomaron con el objetivo de valorar la anquiloglosia mediante distintas clasificaciones determinando grados de anquiloglosia por diversos parámetros, los cuales se detallan en la **tabla número 1**.

Tabla 1. Parámetros para definir grados de anquiloglosia

Parámetro	Unidad de medición	Resultados	Interpretación
Tamaño del frenillo	mm	16mm	Mayor a un centímetro
Inserción del margen gingival al frenillo	mm	3mm	1 (inserción en el margen gingival)
Inserción del frenillo a la punta de la lengua	mm	13mm	Clase 1
Apertura máxima de la boca medida entre los caninos	cm	1.40cm	Apertura limitada
Apertura al tocar la papila con la punta de la lengua	mm	15mm	Anquiloglosia leve

Diagnóstico pre quirúrgico: Anquiloglosia leve grado 1 según De la Teja y López, mientras tanto la clasificación de Kotlow alude que la clase de anquiloglosia es 1.

Se programa una cirugía de resección del frenillo lingual (frenectomía) bajo anestesia local de manera ambulatoria en el quirófano odontológico de las instalaciones del centro de especialidades odontológicas de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues.

Etapa Pre quirúrgica

Se solicitó al paciente un hemograma completo y un test de hemostasia que mostraron valores dentro de los rangos de normalidad y parámetros funcionales. Se administra 7.5mg de meloxicam via oral dos horas antes del procedimiento quirúrgico.

Etapa quirúrgica

En el intraoperatorio se realiza anestesia infiltrativa local para terminaciones nerviosas del nervio lingual en la cara ventral de la lengua utilizando lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 (**Figura 7**), se coloca un punto de reparo con sutura poliglactina (vicryl) 4-0 a nivel de la punta de la lengua (**Figura 8**) para facilitar la manipulación y la maniobrabilidad quirúrgica debido a la edad del paciente, se procedió a la presión mediante una pinza hemostática de la inserción superior del frenillo lingual, luego mediante la utilización de un bisturí frío N° 15 se procedió a la diéresis del frenillo (**Figura 9**).

Se producen movimientos de lateralidad y protrusión lingual apoyados en el punto de reparo mostrando inmediatamente una mejora notable en su funcionalidad (**Figura 8**). Una vez valorado esto se procede a suturar la herida quirúrgica mediante la colocación de tres puntos

simples discontinuos con material de sutura poliglactina (vicryl) 5 - 0 (**Figura 10**), se comprueba la correcta hemostasia y se prescribe amoxicilina de 500 mg por 7 días TID y meloxicam 7.5 mg UID por 3 días.



Figura 7: Anestesia infiltrativa local
Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento



Figura 8: Punto de reparo en apéndice lingual
Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento

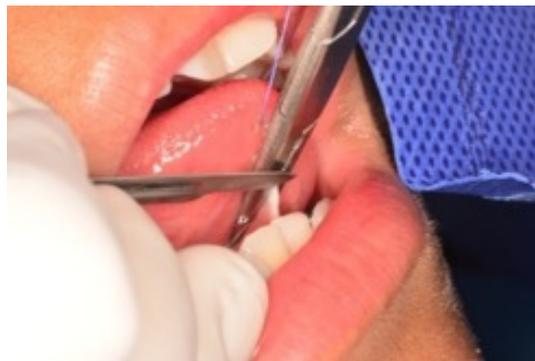


Figura 9: Frenectomía con bisturí frío
Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento



Figura 10: Sutura discontinua simple
Fuente: los autores
Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento

Control post quirúrgico

Control a los 8 días los puntos de sutura siguen en su sitio y la cicatrización de la herida quirúrgica es altamente favorable sin signos de infección o sangrado.

Control a los 15 días presenta ausencia de sutura donde el paciente manifiesta que los perdió de manera espontánea.

Control a los 2 meses, (**figura 11**) donde se evalúan nuevamente los siguientes parámetros (**tabla 2**):

Tabla 2. Cuadro comparativo e interpretativo de resultados

Parámetro	Pre quirúrgico	Post quirúrgico 2 meses	Diferencia	Interpretación
Inserción del frenillo a la punta de la lengua	13 mm	16mm	3 mm	No categoriza como anquiloglosia
Apertura al tocar la papila con la punta de la lengua	15mm	26 mm	11mm	No categoriza como anquiloglosia
Inserción del margen gingival al frenillo	3mm	12mm	9 mm	2 (Inserción en piso de la boca)

Antes



Después



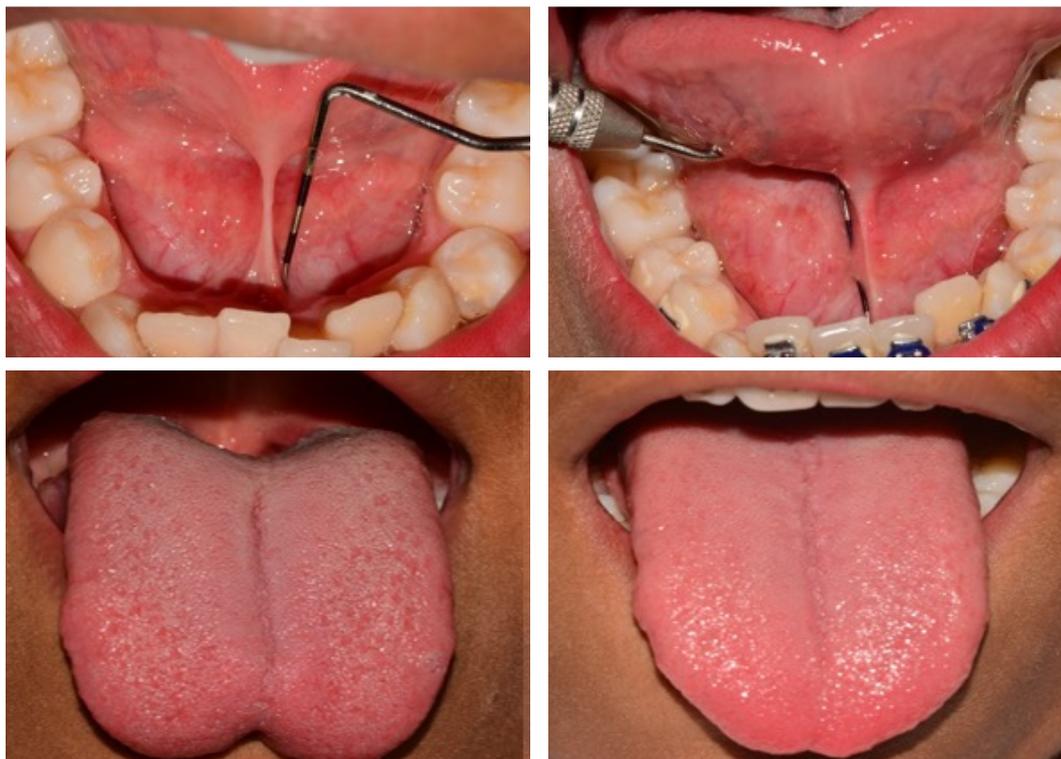


Figura 11: Resultados finales post operatorios
Fotografía: Dr. Paúl Vergara Sarmiento

Luego de la valoración y con estabilidad dimensional de los tejidos a los 2 meses se observó en términos generales un amplio aumento de la funcionalidad lingual y la ausencia de anquiloglosia según los parámetros evaluados y comparados (tabla 2)

Discusión

Con respecto a las consecuencias funcionales en el reporte de caso el paciente no presentó dificultades en las funciones normales o alteraciones del desarrollo del maxilar inferior como lo describe Cuervo en el año 2008 confirmando la importancia de una evaluación funcional ya que existen casos que el frenillo lingual es corto pero su elasticidad permite desarrollar las funciones con normalidad sin alteraciones⁸ por otro lado Geraldine y Bornsetein en el año 2009 indican que esta anomalía, puede provocar una serie de alteraciones funcionales en la fonación, la higiene, dificultades para amamantar en recién nacidos y problemas en el crecimiento normal de la mandíbula.⁵

En este reporte de caso la edad de diagnóstico fue a los 11 años, debido a la ausencia de alteraciones funcionales, esto, se aleja de lo que relata Carril, Hereñuz y Perez en el 2015 los cuales demostraron que el diagnóstico es más frecuente niños comprendidos entre las edades de 5 a 7 años.¹ pero Rosas y González manifiestan que el diagnóstico comunmente es en niños recién nacidos neonatos.¹⁰

Blanco en el 2005 reporta que existe mayor prevalencia de anquiloglosia en pacientes de sexo masculino, aunque esta no es marcada con respecto al sexo femenino²⁸, entre tanto en el reporte del caso clínico la anquiloglosia se presentó en un paciente de sexo masculino.

Hong en el 2009 reporta informes de la edad del tratamiento en niños mayores a 10 años y adultos sometidos a la liberación del frenillo lingual corto²⁹. Por el contrario Gay y Berini en 2004 relata que se puede recurrir a un tratamiento conservador en una edad temprana, menor a los 8 años de edad³⁰. Sin embargo en este reporte de caso la edad del tratamiento al paciente se lo realiza a los 12 años de edad avalando el criterio de Hong.

Correa, Abanto y Alves en el 2008 indican un tratamiento conservador, que resulta ser seguro y efectivo ya que cuando la anquiloglosia es de un grado leve-moderado con el desarrollo normal en el crecimiento, se puede regularizar la función del frenillo, evitando así la cirugía²⁶. A modo que Salete, Abanto, Correa y Bonini en el 2009 promueven que la frenectomía es indicada solamente en casos de imposibilidad para realizar las funciones habituales.²² No obstante en este artículo el tratamiento es una frenectomía, sin la necesidad que el paciente muestre signos de anomalías en la funcionalidad normal del frenillo.

Hong en el 2013 indica que luego de la frenectomía se deberían realizar ejercicios como: Colocar la lengua en el paladar, protruir la lengua o presionar un objeto como mínimo 10 series cada una tres veces al día²⁹, a pesar de esto Pastor, Rodríguez y Ferréz en el 2017 mencionan que no se deben realizar movimientos bruscos después de la operación quirúrgica ya que esta puede producir ruptura de los puntos de sutura, sangrado o una infección post operatoria.²⁴ Entonces luego de la evidencia científica analizada en los controles post operatorios de nuestro caso se le recomienda al paciente realizar movimientos de arriba-abajo y laterales de la lengua, además se observa que los puntos de sutura no se desalojaron hasta después del día 8.

Conclusión

Este reporte de caso demuestra de manera muy objetiva que la cirugía de resección del frenillo lingual es un procedimiento que aumenta notablemente la funcionalidad normal de la lengua mejorando de manera significativa su correcto desenvolvimiento en actividades como la fonación, el acto masticatorio e incluso en el futuro desarrollo de los maxilares.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad Católica De Cuenca Sede Azogues por permitir el acceso a las diferentes bases científicas para realizar la investigación, además de los servicios prestados por parte de los docentes en el centro de especialidades odontológicas de la universidad.

Referencias Bibliográficas:

1. Carril N, Hereñuz J, Pérez M. Anquiloglosia en Adultos Reporte de un caso. Servicio de prácticas Odontológicas Integradas Facultad de Odontología. 2015; 27: 1-4.
2. Chaviano J, Cores A, Ortiz J, Robles J, Rodríguez M. Frenectomía Lingual: Reporte de un caso. Educación y Salud del ICOSA. 2015; 4(7).
3. Tortora G, Derrickson B. principios de anatomía y fisiología. Aparato digestivo. Editorial médica panamericana. 2014; 13ed: 976-977.
4. Gomes E, Borba F, Rodríguez J. Freno lingual: enfoque clínico interdisciplinario de la Fonoaudiología y Odontopediatría. Revista de la Asociación de Cirujanos Dentistas. 2015; 69(1).
5. Geraldine V, Bornsetein M. Ankyloglossia facts and myths in diagnosis and treatment. Journal of periodontology. 2009. 80 (8); 1204-1217.
6. De la Teja-Ángeles E, López-Fernández R, Durán-Gutiérrez L, Cano-de Gómez A, Téllez-Rodríguez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediátrica Mexicana 2011; 32(6):355-356.
7. Sivakumar C. and contributors. Treatment of Ankyloglossia for Reasons Other Than Breastfeeding: A Systematic Review. Vanderbilt Evidence-based Practice Center, Institute for Medicine and Public Health, Vanderbilt University Medical Center. 2017; 6 (135):67-69.
8. Cuervo L. Anquiloglosia (frenillo lingual corto): sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. Revista Hospital de niños. Buenos aires. Argentina. 2008. 50 (228); 125-128.
9. Salgado T, Obando J, Salgado P, Salgado W. Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2017; 1(4), 777-790.
10. Rosas Ortiz G., González Magaña F., González López B. Anquiloglosia parcial (incompleta) Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista ADM. 2009 abril; 65(2).
11. Lauren M, Randolph S, Martin D, Perle F. Prevalence, diagnosis and treatment of ankyloglossia. Canadian Family Physician. 2007; 53: 1027-1033.
12. Robles-Andrade Manuel Salvador, Guerrero-Sierra Cecilia. Impacto de la anquiloglosia y la frenectomía lingual en la alimentación neonatal. Perinatol. Reprod. Hum. 2014 Septiembre; 28 (3): 154-158.
13. Rakesh B, Eesha J, Rameshkumar P, Rakeshkumar C. Labial ankyloglossia: A rare case report. Contemporary Clinical Dentistry. 2016; 7(4).
14. González Jiménez D., Costa Romero M., Riaño Galán I., González Martínez M., Prevalence of ankyloglossia in newborns in Asturias. Anales de pediatría. 2013 octubre; 81(2).
15. Chandrashekar L., Kashinath KR., Suhas Setty. Labial Ankyloglossia Associated with Oligodontia: A Case Report Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences. 2014 julio; 11(4).

16. Agarwal P, Raina VK. Tongue- tie: an update. *Indian Pediatr* 2003; 40(5): 404-5.
17. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110: e63.
18. Wright JE. Tongue-tie. *Paediatr Child Health* 1995; 31: 276-8.
19. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999; 30:259-62.
20. Barros Espadero D. Efectos de las intervenciones liberadoras del frenillo sublingual sobre la lactancia al pecho y sobre la articulación del lenguaje hablado: una revisión sistemática. *Evidencia pediátrica*.2014;10:72
21. Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact* 1990;6:117-21
22. Correa María Salete Nahás Pires, Abanto Alvarez Jenny, Correa Fernanda Nahás Pires, Bonini Gabriela Azevedo de Vasconcelos Cunha. Anquiloglosia: ¿cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso. *Acta odontológica venezolana*. 2009; 47(3): 173-178.
23. Nevárez A, Medina J, Nevárez M, Vargas J, Consdtance D, Guzmán D et al. Tratamiento para el Problema del Lenguaje de Rotacismo Mediante Cirugía Oral y Terapia Vibroestimuladora - Reporte de un Caso. *International journal of odontostomatology*. 2013; 7(1).
24. Pastor T, Rodriguez P, Ferréz E, Ferréz Padro E. Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenectomía. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 2017; 37(1):4-13.
25. Gonzales Orte Eva María, Laura Alba-Giménez, Berta Serrano-Alvar. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matrona. Atención primaria. Centro de Salud*. 2017 junio; 18(3):50-57.
26. Correa M, Abanto J, Correa F, Bonini G, Alves F. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Revista Estomatol Herediana*. 2008; 18(2):123-127.
27. Brisque F, Martins D, De Araújo J, Issler H. Desmame precoce: Implicaciones para el desenvolvimiento motor-oral. *Journal Pediatric* 2004; 79(1):7-12.
28. Blanco G. Anquiloglosia: revisión de la literatura y reporte de caso. *Revista Estomatológica* 2005; 13(2):50-8.
29. Hong P. Ankyloglossia (tongue-tie); Short Lingual Frenulum. *Canadian Medical Association or its licensors*.2013; 185(2):127-129.
30. Gay C, Berini L. *Tratado de Cirugía bucal*. 1ªed.Madrid: Ergón; 2004.

Recibido: 07 Septiembre 2020

Aceptado: 20 Diciembre 2020