



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LIBERACIÓN DEL FRENILLO LINGUAL EN BEBÉS  
COMO MÉTODO PREVENTIVO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

**ANGÉLICA VIRGINIA ROMERO RAMÍREZ**

DIRECTORA DE TESINA: C.D. ANGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL  
VALLE

*Vo. Bo. Gloria R. Monte*

MÉXICO D. F.

2005

## ***A DIOS***

Por mi oportunidad de existir, por la familia que me dio tan excepcional y por darme la fuerza de poder llegar a esta etapa de mi vida.

## ***A mis Padres***

Por su amor, su amistad, sus consejos, su ejemplo, sus valores, pero sobre todo por confiar en mí; nunca terminaré de agradecerle a la vida que me haya elegido a mí para ser su hija.

Los quiero y admiro muchísimo.

## ***A mis Hermanos***

**Beto.** Por tu amistad y tu ejemplo de fortaleza aún en los momentos más difíciles.

**Ale.** Por ser mi confidente, mi amiga, mi cómplice. Te quiero.

**Adri.** Por tu alegría y tu ejemplo de que desde un principio se puede lograr lo mejor y sin ti nada sería igual.

## ***A mi Abuelita Teresa***

Abuelita no te imaginas cuanto te hecho de menos, quisiera que estuvieras conmigo en este y todos los momentos que me faltan por vivir, gracias por esos días que me regalaste; siempre te llevare en mis pensamientos. Te quiero mucho.

## ***A mis Abuelitos Telésforo y Esperanza***

Abuelito gracias por ayudarme y cuidarme desde donde estás.

Abuelita Nunca olvidará todo lo que me has enseñado, gracias por tu amor y ejemplo de cómo vivir la vida. Te quiero mucho no te imaginas cuanto.

## ***A mis Abuelitos Alberto y Emilia***

Abuelitos gracias por su amor, los momentos que hemos podido convivir, sus enseñanzas y ejemplo de superación. Los quiero y siempre los llevo en mi corazón.

### ***A mis Tíos***

Gracias por quererme tanto como siempre me lo han demostrado, por estar conmigo en todo momento. ¿Saben? Son un ejemplo de persona para mí. Siempre los llevo en mi corazón, los quiero mucho.

### ***A mis Primos***

Por todos los momentos que hemos compartido y su cariño. Gracias.

### ***A Alejandro***

Contigo estos últimos siete años han sido más fáciles, gracias por tu ayuda comprensión, apoyo pero sobre todo por amarme tanto. Sabes que yo también.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país es pobre la atención odontológica que se le brinda a los bebés por tanto es importante difundir la información en la comunidad odontológica de técnicas alternativas para tratamientos preventivos.

Los conceptos en la Odontología actual son la atención precoz, mantenimiento de la salud así como el principio de Educar Previniendo – Prevenir Educando.

La presente revisión bibliográfica pretende promover una alternativa de tratamiento para los bebés que padecen de frenillo lingual corto u anquiloglosia para lograr contrarrestar problemas tales como: amamantamiento defectuoso, y por lo tanto malnutrición, y para prevenir alteraciones futuras como: caries dental, mal oclusiones, alteraciones fonéticas, problemas periodontales, entre otros.

El único país de América Latina que lleva a cabo este tratamiento es Brasil en la Clínica del Bebé (Universidad Estatal de Londrina) con resultados sumamente positivos.

# ÍNDICE

## Introducción

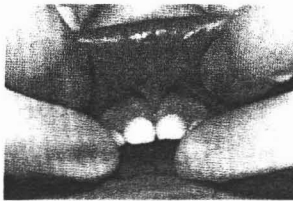
|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Consideraciones generales de los frenillos.....                                        | 2  |
| 2. Características anatómicas, fisiológicas y embriológicas<br>de lengua y frenillos..... | 6  |
| • 2.1 Anatomía.....                                                                       | 6  |
| • 2.2 Fisiología.....                                                                     | 10 |
| • 2.3 Embriología.....                                                                    | 10 |
| 3. Frenillo lingual.....                                                                  | 13 |
| • 3.1 Generalidades.....                                                                  | 13 |
| • 3.2 Tipos de frenillos linguales.....                                                   | 14 |
| 4. Signos clínicos del frenillo lingual.....                                              | 16 |
| 5. Anquiloglosia.....                                                                     | 20 |
| • 5.1 Definición.....                                                                     | 20 |
| • 5.2 Diagnóstico.....                                                                    | 22 |
| 6. Alteraciones funcionales y logopédicas.....                                            | 25 |
| • 6.1 Alteraciones funcionales.....                                                       | 25 |
| • 6.2 Lactancia materna.....                                                              | 29 |
| • 6.2.1 Importancia de la lengua en la lactancia.....                                     | 30 |
| • 6.3 Alteraciones fonéticas.....                                                         | 33 |
| 7. Tipos y tratamiento para anquiloglosia.....                                            | 35 |
| • 7.1 Tratamiento conservador.....                                                        | 35 |
| • 7.2 Tratamiento quirúrgico.....                                                         | 35 |

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 8. Tratamiento para la anquiloglosia y el frenillo lingual corto en bebés..... | 39 |
| • 8.1 Revisión estomatológica del bebé.....                                    | 39 |
| • 8.2 Tratamiento quirúrgico.....                                              | 47 |
| Conclusiones.....                                                              | 51 |
| Bibliografía.....                                                              | 52 |

## 1. Consideraciones Generales de los Frenillos

Los frenillos son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o pueden ser mixtos, también pueden estar cubiertos por membranas mucosas situadas en la línea media.

Henry, Levin y Tsacnis describen que los frenillos no solamente constan de pliegues membranosos que unen dos partes y limita movimientos si no como pliegues muco membranosos que contienen epitelio y fibras de tejido conjuntivo no musculoso.



Frenillo Labial normal <sup>1</sup>

La composición histológica de los frenillos consta de tres capas:

- \*Tejido conjuntivo: fibras elásticas y tejido fibroso blando.
- \*Epitelio escamoso estratificado.
- \*Submucosa que contiene glándulas mucosas, salivares menores, etc.

El tejido conjuntivo en algunos casos puede contener fibras musculares esqueléticas; pueden contener repliegues de tejido conjuntivo, los cuales tienden a extenderse desde el labio hasta la encía inferior y superior.

---

<sup>1</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Odontología para el Bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los tres años. Sao Paulo. Brasil: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2000. p. 48,58-60.

Los frenillos son característicos por tener una banda fibrótica angosta localizada por debajo de la mucosa oral y va desde la musculatura labial hasta los maxilares.

La función principal de estas estructuras es limitar los movimientos así como el sostén de la musculatura bucal y aparentan no formar parte especial de alguna trayectoria nerviosa o vascular hacia algún tejido cercano. Los extremos inferiores de los frenillos se hallan adheridos a la lengua, carrillos y labios.

En la gran mayoría de los casos no surgen síntomas a causa de la presencia de estas estructuras, pero ocasionalmente la extremidad alveolar parece estar situada a un nivel inusualmente alto, logrando su ligadura próxima a la región de la cresta alveolar. Se sostiene que esta configuración anatómica puede potencialmente originar ciertas anomalías clínicas.<sup>2</sup>

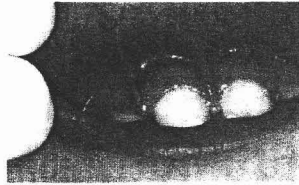
En pacientes pediátricos y natales los frenillos se localizan principalmente en la superficie lingual y vestibular de la encía, en la línea media de la mandíbula, la línea media del maxilar así como en la zona de molares por vestibular tanto en la mandíbula como en el maxilar.

Algunos frenillos pueden tener inserciones bifidas, trifidas en los procesos alveolares.<sup>3</sup>

---

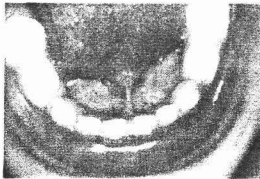
<sup>2</sup> Spouge J. D. Patología Bucal. Ed. Mundi 1990. p.378

<sup>3</sup> Mc. Donald y Avery . Odontología pediátrica y del adolescente. Ed Panamericana 5ta edición 1990 p.452



**Frenillo con inserción bífida<sup>4</sup>**

El frenillo localizado en la línea media superior así como inferior puede hipertrofiarse e insertarse más profundamente impidiendo los movimientos en la lengua así como diastemas.



**Frenillo Lingual anormal<sup>5</sup>**



**Frenillo Labial con inserción anormal<sup>6</sup>**

<sup>4</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 48.

<sup>5</sup> Villavicencio. J. Ortopedia Dentofacial. Una Visión Multidisciplinaria. Ed. México: Editorial AMOLCA, 1996. Tomo1. p. 548-549

<sup>6</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 48.

Estas estructuras pueden ocasionar ciertas anormalidades a corto o largo plazo que pueden ser básicamente:

- Caries dental.
- Alteraciones fonéticas.
- Problemas en la lactancia.
- Mal posición dentaria.
- Problemas periodontales.

Afortunadamente son pocos los casos en natales y niños de los que se habla de posiciones anormales de estas estructuras.

## 2. Características anatómicas, fisiológicas y embriológicas de lengua y frenillos

### 2.1 Anatomía.

La lengua es un órgano impar, medio simétrico en forma de cono con la punta hacia abajo y adelante.<sup>7</sup>

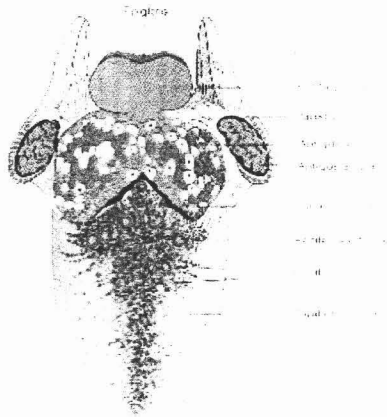
Esta formada por músculo membranoso, con numerosas células adiposas, y se sitúa en el piso de la boca.

Se puede dividir en una porción anterior o bucal y una porción posterior o faríngea, presenta dos caras, una superior y una inferior, dos bordes laterales, una base y un vértice. Esta compuesta por fibras musculares intrínsecas (músculo transverso) y extrínsecas (músculo geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso, lingual superior e inferior), todos ellos situados a los lados de la línea media. Se encuentra cubierta por membrana mucosa presentando múltiples papilas: fungiformes la mayor parte en los bordes, caliciformes en la porción central, filiformes en la punta, foliadas en bordes posteriores así como en la base pero en menor cantidad. En su porción inferior la mucosa presenta un pliegue o frenillo.

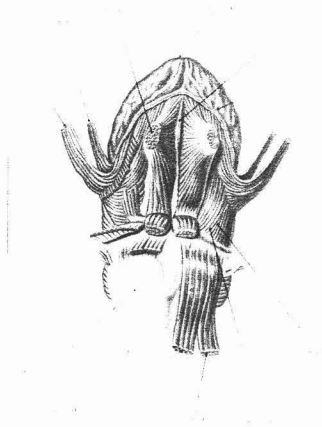
---

<sup>7</sup> Tamashiro H, Arias P. Lengua Hendida o Bífida (presentación de un caso clínico). Rev. ADM 1992; 49: 337.

### Lengua Vista Frontal <sup>8</sup>



### Vista antero inferior de los músculos de la lengua<sup>9</sup>

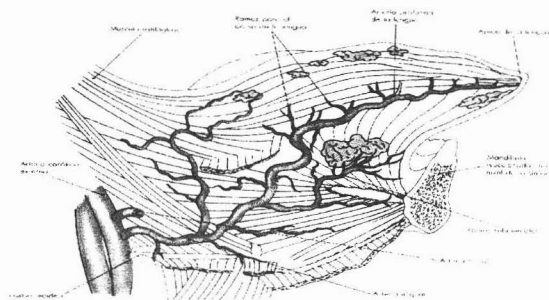


<sup>8</sup> Genesser, F. Histología. 3a. ED. España: Editorial Médico Panamericana, 2000. p.468.

<sup>9</sup> Fuentes, R. Lara, S. Corpus Anatomía humana general. Cd. México: Editorial Trillas, 1997. p.871, 874, 876.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La irrigación esta dada principalmente por las arterias: *lingual, palatina inferior y faríngea inferior* en su porción muscular y dorsal de la lengua, *sublingual* en la mucosa, *la vena lingual* y una red linfática superficial así como otra muscular y profunda<sup>10</sup>



**Vista Lateral de las Arterias Linguales<sup>11</sup>**

Puesto que la lengua está formada a partir de los arcos branquiales; primero, segundo, tercero y cuarto, su inervación corresponde a los pares craneales (nervios) que dan inervación a cada uno de ellos.

Así tenemos que:

Los dos tercios anteriores de la lengua (cuerpo) poseen una inervación sensitiva de su mucosa proporcionada por la rama lingual del Trigémino (V par craneal).

<sup>10</sup> Tamashiro H, Arias. Op. cit. p. 338

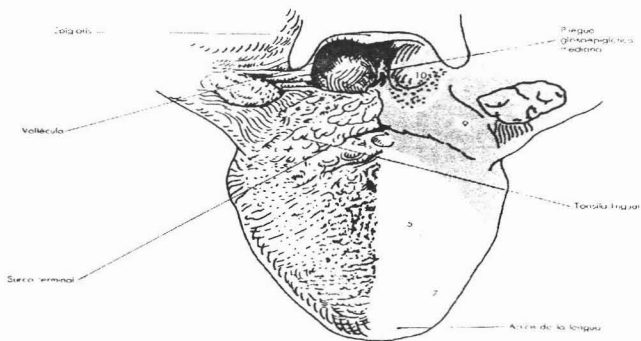
<sup>11</sup> Fuentes . R. Lara. S. Op. cit. p. 874

El nervio Facial (VII par craneal) a través de una de sus ramas, la cuerda del tímpano proporciona inervación a las papilas gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua, excepto a las papilas circunvaladas. Estas son inervadas por el nervio Glossofaríngeo (IX par craneal) este es el nervio, que le corresponde al tercer arco branquial.

El tercio posterior de la lengua (raíz) es inervado principalmente por el Glossofaríngeo (IX).

El nervio laríngeo, rama del Vago (X par craneal) inerva una pequeña zona de la lengua por delante de la epiglotis.<sup>12</sup>

Su inervación muscular proviene del *facial e hipogloso mayor* y en mucosa del *lingual y glossofaríngeo*.



**Inervación Sensitiva del dorso de la lengua**<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Rakosi. T. Jonas. I. Atlas de Ortopedia Maxilar diagnóstico. Cd. México: Editorial Masson, 1992. Pp. 116,145.

<sup>13</sup> Fuentes. R. Lara. S. Op. cit. p. 876.

## 2.2 Fisiología.

El sentido del gusto se localiza principalmente en la lengua. Contribuye a colocar el alimento entre los dientes durante la masticación y desempeña un papel muy importante en la deglución y la articulación de los sonidos al hablar.<sup>14</sup>

Las glándulas producen moco, lubricando los alimentos para así facilitar la deglución, estimulan los corpúsculos gustativos de los nervios del sentido del gusto aumentando la secreción salival, así mismo estimulan la primera salida del jugo gástrico, en las papilas caliciformes y fungiformes encontramos los botones gustativos.

## 2.3 Embriología.

La lengua aparece en el embrión de cuatro semanas, como dos protuberancias linguales laterales y una media, el tubérculo impar. Los tres abultamientos se originan en el primer arco faríngeo. Otro abultamiento hacia la línea media, la cúpula o eminencia hipobraquial está constituida por mesodermo del segundo y tercer arcos y parte del cuarto. El tercer abultamiento medial, formado por la porción posterior del cuarto arco, señala el desarrollo de la epiglotis.

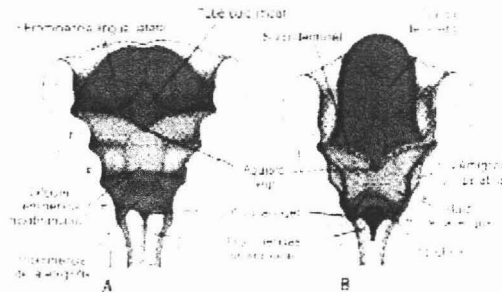
Detrás de esta formación se localiza el orificio laríngeo o conducto traqueo laríngeo, limitado de ambos lados por las prominencias aritenoideas.

---

<sup>14</sup> Genesser. F. Op. Cit. p. 468

Por consecuencia del crecimiento de las protuberancias linguales laterales, exceden el volumen del tubérculo impar y se fusionan entre sí formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua.

Los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua, están separadas del tercio posterior por un surco en forma de V llamado surco terminal.



**Formación Embriológica de la Lengua**<sup>15</sup>

La mucosa que cubre el cuerpo de la lengua proviene del primer arco faríngeo por lo tanto su inervación esta dada por la rama maxilar inferior del nervio trigémino. La inervación sensitiva de la porción posterior de la lengua proveniente del segundo, tercero y parte del cuarto arco faríngeo esta dada por el nervio glosofaríngeo. La porción más posterior lo mismo que la epiglotis son inervados por el nervio laríngeo superior, esto indica que provienen del cuarto arco faríngeo.

La mayoría de los músculos de la lengua derivan de mioblastos, originados en los somitas occipitales, de tal forma que estos son inervados por el hipogloso.

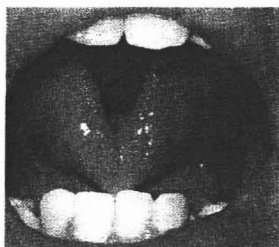
<sup>15</sup> T. W. Sadler. Embriología médica con orientación clínica. 9ª. ed. Buenos Aires Argentina, 2004. p. 405 - 407

La mayor parte de la lengua está cubierta por lo que en un principio era el ectodermo del estomodeo. La porción de la lengua que esta detrás del surco terminal óseo, y la raíz se halla cubierta por endodermo proveniente del intestino anterior.<sup>16</sup>

Las cubiertas de la parte caudal de la lengua derivan del endodermo, lo mismo sucede con la acumulación de las células situadas debajo del cuerpo principal. Las células endodérmicas invaden al mesodermo subyacente y fijan la parte anterior de la lengua en vías de desarrollo al piso de la cavidad bucal primitiva.

Aunque la mayor parte de este tejido de fijación degenera después, persiste una masa en la línea media que forma el *frenillo* de la lengua definitiva.

Si la resorción se detiene antes de tiempo, se limita la movilidad de lengua y sobreviene la anquiloglosia.<sup>17</sup>



**Anquiloglosia<sup>18</sup>**

---

<sup>16</sup> Corliss E. Embriología Humana de Patten. Fundamentos del Desarrollo Clínico. Editorial El Ateneo, 1979. p 261.

<sup>17</sup> Ibid. p.261.

<sup>18</sup> Camerón A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid, España: Editorial Har Court, 2000. p. 307.

### 3. Frenillo Lingual

#### 3.1 Generalidades

El frenillo lingual suele constituir frecuentemente un elemento patológico, que se caracteriza por ser un cordón sólido, que se inicia en la cara inferior de la lengua; en las proximidades de su extremo apical, recorre su tercio medio, se vuelve hacia adelante, y se inserta en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.<sup>19</sup>

El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada dentaria, es decir, entre los incisivos centrales.

En recién nacidos es frecuente observar un frenillo corto y fibroso adherido a la punta de la lengua y son causa de dificultad para lactar adecuadamente.

En ocasiones el frenillo lingual es prominente, unido a la cresta alveolar lingual, lo que causa gran preocupación a padres y odontopediatras, por la disminución de la movilidad lingual así como los trastornos que ocasiona esta alteración.<sup>20</sup>

**Frenillo Lingual Corto** <sup>21</sup>



<sup>19</sup> Gay .E. C; Berini. A. L. Cirugía Bucal. 2ª Ed. Madrid España 1999 Editorial, Ergon. p . 588.

<sup>20</sup> Kaban. L. B. Cirugía Bucal y Maxilofacial en Niños. Ed. Cd. México: Editorial Interamericana, 1992. p. 133

<sup>21</sup> Watson G. Tongue – tie and Lactation. Rev. Leaven 2002; 38-2: 313-317.

Los niños con dentición mixta pueden quejarse para mover la lengua; están molestos por la incapacidad de sacarla de la boca. Se quejan por su apariencia bífida, que puede ser razón de burla de otros niños.

Un frenillo lingual con inserción alta en el alveolo puede participar en la inflamación y retracción gingival en relación con los incisivos centrales.<sup>22</sup>

El frenillo lingual puede provocar ciertos problemas; el primero una anquiloglosia completa que ocurre como una fusión entre la lengua y el piso de la boca, la anquiloglosia parcial que es el resultado de un frenillo lingual corto o que esta insertado en la punta de la lengua y el diastema interinsicivo.<sup>23</sup>

### 3.2 Tipos de frenillos linguales.

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

**Frenillo fibroso:** Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

**Frenillo muscular:** Pueden estar involucrados distintos músculos en el frenillo lingual, como:

**Músculo geniogloso:** Este es un músculo extrínseco potente de la lengua. Su par de músculos se originan en los tubérculos geni superiores y sus fibras superiores y anteriores van hacia la punta de la lengua, y el resto de sus fibras pasan hacia atrás al dorso de la lengua, y hacia abajo; al borde superior del hueso hioides.

---

<sup>22</sup> Kaban. L. B. Op cit. p. 133

<sup>23</sup> Sanders B. Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica. Buenos Aires Argentina: Editorial Mundi,1979. p. 188.

Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y es llevada hacia delante. Las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioides elevándolo y llevándolo hacia delante.

Debido a que este músculo es muy importante para los movimientos adecuados de la lengua, no debe sacrificarse toda su fijación en los procedimientos quirúrgicos; no obstante podemos seccionar la porción superior sin causar alguna limitación en la movilidad de la lengua.

Músculo genihioideo. El músculo genihioideo se origina en el tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides que funciona cuando este hueso está fijo; entonces actúa como depresor de la mandíbula.<sup>24</sup>

**Frenillo mixto o fibromuscular:** En los frenillos linguales se observa por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro; un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

Hay que recordar que además de las estructuras musculares, en esta zona existen importantes relaciones con el conducto de Wharton (que drena saliva de la glándula submaxilar) y su carúncula de salida, con el conducto de Rivini (que drena saliva de la glándula sublingual), el nervio lingual y los vasos sublinguales.

---

<sup>24</sup>Gay Escoda Cosme. Berini Aytés Leonardo. Op Cit. P.590.

## 4. Signos Clínicos del Frenillo Lingual

En la población natal e infantil la anomalía del frenillo lingual puede ser responsable de diversas alteraciones alimenticias, fonéticas, elevación del riesgo de caries, defectos gingivales linguales, malposición dental, "trastornos de la articulación".<sup>25</sup> En cualquier caso debe ser el Cirujano Dentista quien estudie la necesidad de su liberación.

En la mayoría de los casos se pretende obtener, sencillamente una mejor movilidad lingual para evitar problemas periodontales en los incisivos inferiores.<sup>26</sup>

Si el frenillo es corto los movimientos de la lengua quedan condicionados y restringidos lo que provoca trastornos alimenticios por déficit en la succión y baboseo exagerado.

Grados menores de compromiso pueden llegar a restringir los movimientos de limpieza de la lengua, contribuyendo así a una mayor incidencia en la formación de caries.<sup>27</sup>

La movilidad de la lengua es importante para el proceso de deglución, el niño con lengua atada (anquiloglosia), no la posee, no puede recorrer los surcos, al proyectarla hacia fuera de la boca detiene su marcha detrás de los incisivos inferiores, y aparece lobulada en el centro, no puede tocar sus comisuras labiales, ni palpar su paladar.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Díaz.R.M, Díaz. M. Exámen Estomatológico del Recién Nacido. Rev. ADM 1989; 46: p.261.

<sup>26</sup> Varela. M. Problemas Buco dentales en Pediatría. Madrid. España: Editorial Ergon, 1999. p. 245.

<sup>27</sup> Spouge. J. D. Op. Cit. p. 379.

<sup>28</sup> Compostella. EA. Enfoque Multidisciplinario de los Diastemas y Frenillos Bucales. Rev. Asoc. Odont. Arg. 1980; 68-2: 78.

Es importante considerar que este frenillo puede formar una banda fibroelástica continua que no solo producirá lengua trabada, sino también contribuye a la formación de diastema mandibular y gingivitis.<sup>29</sup>

Ayers, Hilton y Archer denominan al frenillo lingual corto como el causante de problemas foniatricos; alterando la pronunciación de fonemas t, d, s y z entre otras.<sup>30</sup>

Se dice que no existe condición patológica cuando el paciente puede sacar la lengua sobre los incisivos inferiores de 1 a 2 cm, a veces dicha protrusión es imposible.

Se pueden encontrar tres variantes relacionadas con el frenillo lingual:

#### **1. - FRENILLO LINGUAL CORTO NO LIMITANTE.**

Nos encontramos con un frenillo de corta longitud, al tomar en cuenta las dimensiones generales de la cavidad oral, específicamente la altura del paladar, podemos ver que el frenillo permite el desplazamiento superior del ápice lingual, así como la vibración y el contacto linguopalatino y linguodentoalveolar correctos, así como una deglución adecuada; en este caso no existen disglosias de tipo lingual, no excluyéndose la posibilidad de que el paciente pueda presentar patología a otro nivel.

---

<sup>29</sup> Kaban. L. B. Op. Cit. p.134.

<sup>30</sup> Carrión. E. Ornelas F. Modificación de la Técnica de Zeta plastia para Frenillo Corto. Rev. ADM 1987; 44: p. 15.

## **2. - FRENILLO LINGUAL CORTO LIMITANTE.**

En este caso el paciente puede presentar dificultad articulatoria principalmente a los fonemas r y r vibrante (rr), ya que el paciente no puede realizar movimientos linguales, por lo tanto sí se encuentra limitada la función, considerándose así al paciente como candidato a frenilectomía y rehabilitación de tipo logopédico.



Frenillo lingual corto limitante<sup>31</sup>

## **3. - EXCESIVA SECCIÓN DEL FRENILLO.**

Existen pacientes que después de habérseles diagnosticado anquiloglosia se les realiza el tratamiento de frenilectomía, pero si esta es excesiva, lejos de solucionar el problema articulatorio, realmente lo modifica e inclusive puede empeorar el estado del paciente, ya que al no tener control lingual inferior, el paciente moviliza con demasiada soltura la lengua y realiza puntos de articulación imprecisos, lo cual se puede corregir en ocasiones con terapia

---

<sup>31</sup> Pérez. N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad; Diagnóstico y Tratamiento. Rev. Cubana. Estomatológica. 2002; 39-3.

y en otra el propio paciente diseña las estrategias para hablar logrando a veces pobres resultados como el hecho de emitir un habla semejante a una disartria de tipo flácido, además de presentar trastornos en la deglución y respiración.<sup>32</sup>

El frenillo lingual alterado nos puede originar básicamente la fijación de la lengua a piso de la boca y el diastema interincisivo inferior.

---

<sup>32</sup> Villavicencio. J. Op cit. p. 548-549

## 5. Anquiloglosia

### 5.1 Definición

Existen varias definiciones con las que podemos denominar a esta alteración del frenillo lingual:

\* La condición llamada frenillo corto o anquiloglosia (derivado del griego que significa "Lengua Torcida") es aquella en la que el tejido debajo de la lengua que une a esta con la parte inferior de la boca restringe el movimiento.<sup>33</sup>

\* La anquiloglosia (lengua frenada) indica que la lengua no se ha separado del piso de la boca.<sup>34</sup>

\*Mc Donald la define como la presencia de un frenillo lingual corto que se extiende desde la punta de la lengua hacia el suelo de la boca y el interior del tejido gingival de la lengua, limita los movimientos de la misma y produce trastornos del lenguaje.<sup>35</sup>

\*La anquiloglosia se define como un frenillo corto que restringe los movimientos de la lengua.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> Watson G. Art. cit. 313-317.

<sup>34</sup> T. W. Sadler. Op cit. p. 405 - 407

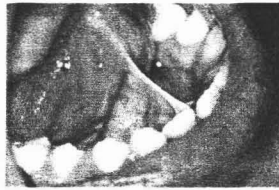
<sup>35</sup> Mc Donald. R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ª ed. Argentina: Editorial Harcourt, 1998. p. 145.

<sup>36</sup> Pérez. N, López M. Art. cit. 39-3.

\*La anquiloglosia se refiere a que el pliegue medial de la mucosa, en algunos casos esta corto, provocando la limitación de los movimientos linguales de protrusión, tan necesarios para realizar el reflejo de la deglución.<sup>37</sup>

Se puede concluir que la anquiloglosia o lengua presa es la unión de la punta de la lengua al piso de boca, usualmente parcial y originada por un frenillo lingual corto,

Se encuentra también la Anquiloglosia por frenillo largo e inserción mandibular, por tanto; su origen está en la porción ventral de la lengua.<sup>38</sup>



Anquiloglosia<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Fragoso. J. Estomatología del recién nacido. Cd.México: Instituto Nacional de Perinatología, 1992.p.89-91.

<sup>38</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 58.

<sup>39</sup> Ibidem.p.58



## 5.2 Diagnóstico

Al alcanzar el niño los 18 meses de edad aproximadamente , la lengua mide normalmente por lo menos 16mm. La punta de la lengua debe poder extenderse hasta tocar los labios, levantarse hasta el paladar y con la punta lograr alcanzar las encías.

Si un niño tiene el frenillo corto y trata de extender la lengua, suele no poder hacerlo más allá de su labio inferior, e incluso la punta de la lengua se dobla hacia abajo. Si el frenillo es muy inflexible, la parte posterior de la lengua se levantará mientras que la parte de enfrente permanece pegada a la parte inferior de la boca, formando una onda o joroba.

Si el bebé con frenillo corto intenta levantar su lengua, se observará una pequeña depresión en la punta de la lengua, semejante a la parte superior de un dibujo de corazón. Los lados de la lengua se levantarán más que el centro.<sup>40</sup>



Si el niño intenta mover la lengua hacia un lado o el otro de su boca, torcerá su lengua al hacerlo y no podrá volver la punta de la lengua a las encías.

---

<sup>40</sup> Watson G. Art. cit. p. 313-317.

La restricción del movimiento de la lengua puede ser difícil de evaluar clínicamente. Para valorar este punto podemos utilizar el método descrito por Williams y Waldrom:

- A: Distancia entre el punto de inserción mandibular del frenillo y la glándula sublingual.
- B: Distancia entre la glándula sublingual y la inserción lingual del frenillo.
- C: Distancia entre la inserción lingual del frenillo y la punta de la lengua.

$$R = A / A + B + C$$

R entre 0,14 -- 0,22 = Movilidad lingual reducida.

R entre 0,22 -- 0,39 = Movilidad aceptable.

R entre 0,39 -- 0,51 = Movilidad importante.

Puede darse un diagnóstico de anquiloglosia cuando la lengua no puede tocar al paladar duro y si la punta de la lengua no puede protruirse más de 1 – 2 cm; por fuera de los incisivos centrales<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Gay, E, Berini, A. L. Op cit. p. 591.

Si logramos diagnosticar la existencia de anquiloglosia o frenillo corto a temprana edad podemos prevenir distintos problemas funcionales y logopédicos.

## 6. Alteraciones Funcionales y Logopédicas

### 6.1 Alteraciones funcionales

Las alteraciones funcionales se refiere a toda aquella incapacidad de llevar a cabo la función que le corresponde realizar normalmente provocando algún problema.

Debido a la alteración del frenillo lingual podemos obtener algunas alteraciones tales como:

#### *\*DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN.*

Se favorece la existencia de una deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos) lo cual provocará la aparición de una mordida abierta anterior así como un colapso del crecimiento maxilar.

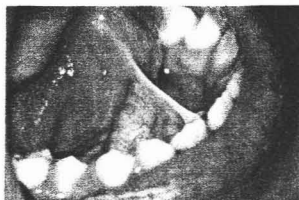


Interferencia lingual en la deglución <sup>42</sup>

<sup>42</sup> Varela. M. Problemas buco dentales en pediatría. Madrid España: Editorial Ergon, 1999. p. 244-245

*\*IMPEDIMENTO PARA LA AUTOCLISIS.*

La anquiloglosia o frenillo corto limita la función limpiadora de la lengua.



Autocclisis Limitada <sup>43</sup>

*\*ULCERACIONES LINGUALES.*

Se puede favorecer la formación de ulceraciones en la lengua (Úlcera de Riga – Fede) o en el frenillo, ya que esta pegada a los dientes inferiores anteriores y se produce un roce o micro trauma continuo.



Úlcera de Riga - Fede <sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 60.

<sup>44</sup> Camerón A, Widmer R. Op. cit. p. 307.

**\*PROBLEMAS DE MAL POSICIÓN DENTARIA.**

Cuando el frenillo lingual tiene una inserción anormal puede provocar una presión excesiva sobre los incisivos inferiores durante el habla y la deglución. Esto causa frecuentemente inclinación labial de estos dientes. Además, cuando la lengua está en esta posición la bóveda palatina y la arcada maxilar son generalmente más estrechas de lo normal, produciendo así problemas adicionales como mordida cruzada posterior.<sup>45</sup>



**Mordida Cruzada Posterior<sup>46</sup>**

En raras ocasiones, el frenillo puede tensar hasta vestibular, como ocurre con el frenillo labial, y causar un diastema entre los incisivos centrales inferiores.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Koerner. K, Tilt. Ll. Atlas en Color de Cirugía Oral Menor. España: Editorial Espaxs, 1994. p. 187.

<sup>46</sup> Varcla. M. Op . cit. p. 244-245

<sup>47</sup> Van Waes. J. M, Stockli. P. Manual de Odontología Pediátrica. 2ª . Ed. Barcelona España: Editorial Masson, 2002. p. 250.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*\*PROBLEMAS PERIODONTALES.*

Se puede presentar recesión gingival, gingivitis inflamatoria provocada por la imposibilidad de una correcta higiene, con consecuente acumulación de placa y tártaro dental.<sup>48</sup>

*\*CARIES DENTAL.*

En la zona molar podría existir un elevado riesgo de caries como consecuencia de las limitaciones impuestas por el frenillo lingual a las acciones de limpieza de la lengua<sup>49</sup>; Así como una incorrecta técnica de cepillado.



Acumulación de Placa Dentobacteriana y Caries Dental<sup>50</sup>

Es posible que se manifiesten irritaciones marginales de la encía por lingual de los incisivos. (Schmid – Meier y Stockli, 1994).<sup>51</sup>

*\*DIFICULTAD EN EL AMAMANTAMIENTO.*

Se dificulta la lactancia materna debido a un frenillo corto y los escasos movimientos de la lengua.

<sup>48</sup> Compostella. E. A. Op Cit. p. 78.

<sup>49</sup> Van Waes. J. M, Stockli. P. Op cit. p. 250.

<sup>50</sup> Varela. M. Op . cit. p. 244-245

<sup>51</sup> Van Waes. J. M, Stockli. P. Op cit. p. 250.

## 6.2. Lactancia materna

La OMS recomienda que las madres sean estimuladas para alimentar a sus hijos por sí solos, por considerarse este, el modo ideal de alimentación para promover el desarrollo físico y mental armoniosos de los bebés. Hay que recordar que todo ser viviente, unicelular o multicelular, requiere como elemento indispensable para poder vivir, alimento, por medio del cual, adquiere las sustancias que le son indispensables para el funcionamiento de las estructuras que le permiten conservar la vida, y llegar a reproducirse, conservando así su especie.<sup>52</sup>

Existen reflejos que van a intervenir en la lactancia del recién nacido.

\*Por parte del recién nacido:

- Reflejo de búsqueda.
- Reflejo de succión.
- Reflejo de deglución.

\*Por parte de la madre:

- Reflejo de prolactina (productora de leche).
- Reflejo de erección del pezón.
- Reflejo de Oxitocina (secreción o eyección Láctea).

En generaciones pasadas por el alto índice de lactancia materna el frenillo lingual corto era un problema que se diagnosticaba y se trataba al nacer. Sin embargo al ir disminuyendo la popularidad de la lactancia materna en los años 1940 – 1960, esta alteración dejó de ser importante para los Pediatras.

---

<sup>52</sup> Fragoso. J. Op cit. p. 46

Con el apogeo de la lactancia en los últimos años, el frenillo lingual corto nuevamente se ha identificado como un problema y por consecuencia los investigadores han comenzado a identificar criterios de diagnóstico y tratamiento que sean apropiados para apoyar al bebé y la madre para que el acto de lactancia materna se realice sin problemas.



Lactancia Materna <sup>53</sup>

### **6.2.1.Importancia de la lengua en la lactancia**

La lengua juega un papel muy importante durante la lactancia materna. Ayuda a jalar el pecho a la posición adecuada dentro de la boca y luego forma un surco a lo largo del pecho para mantener el tejido en posición dentro de la boca y sostiene la leche en la parte posterior hasta el momento de tragar.

Estudios por Ultrasonido y Cineradiografía (Rayos X en movimiento) han identificado los movimientos de la lengua durante la lactancia.<sup>54</sup> Los cuales se desarrollan de la siguiente manera:

---

<sup>53</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 76.

<sup>54</sup> Watson G. Art. cit. 313-317.



La punta de la lengua se eleva y atrapa la leche enfrente del pecho y, luego, una ola de compresión la mueve hacia atrás desde la parte de enfrente del pecho hasta la mitad, comprimiendo la leche de la areola hacia el pezón.

La parte posterior de la lengua baja hasta tocar el fondo de la boca y la leche sale del pecho por la combinación de presión positiva (compresión) y negativa (succión).

Las dificultades que presenta el frenillo corto para la lactancia dependerá del grado de flexibilidad, el largo de la lengua libre y la flexibilidad del fondo de boca. Aún cuando el frenillo se encuentra afianzado hasta la punta de la lengua, el bebé puede lograr una lactancia sin intervenciones si el fondo de la boca es muy flexible y permite el movimiento de la lengua; pero esto será deficiente ya que las tomas serán cansadas, frecuentes y prolongadas. Lo cual repercute en desgaste físico del bebé ya que llora y se desespera.

De igual manera si el bebé presenta frenillo corto y no le permite levantar ni extender la lengua puede lograr la lactancia pero está será deficiente.

Un bebé que no recibe tratamiento con esta anomalía tiene predisposición de presentar problemas dentales y respiratorios debido al movimiento restringido de la lengua durante la lactancia que ayuda a abrir y separar el paladar (Palmer 1998).<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Watson G. Ibidem. p. 314.

Los bebés compensan el frenillo corto de varias formas:

Usando su mandíbula incrementando así la presión positiva (compresión) que ejerce sobre el pecho; pero esto no es lo ideal ya que la mamá se queja de que el bebé la muerde o lastima cuando mama. El pezón sale de la boca del bebé, deformado, comprimido o pellizcado con una cresta de compresión a lo largo del pezón. El pezón puede mostrar una ampolla en la punta, incluso formando una grieta.

El bebé también se fatiga fácilmente cuando usa la compresión en exceso y en casos muy pronunciados muestra temblores en la mandíbula debido al cansancio muscular.

Usando sus labios (en vez de la lengua) para tratar de extraer la leche. Durante la toma, los labios del bebé deben mantener un sello alrededor del pecho pero sin moverse demasiado.

Si los labios están demasiado extendidos el bebé los puede estar usando para extraer la leche en lugar de usar su lengua; pero la toma suele ser deficiente ya que el bebé tiende a soltarse del pecho varias veces durante su alimentación.

Un bebé con frenillo corto corre riesgo de retraso de crecimiento ya que su alimentación materna no puede ser adecuada por todos los problemas que esta alteración conlleva.

Las consideraciones más importantes para poder llevar a cabo un tratamiento por frenillo lingual corto son:

- \*Que el bebé no se puede alimentar adecuadamente.
- \*La madre presenta dolor al alimentarlo.
- \*El bebé tiene un estado nutricional bajo.
- \*El bebé no puede llevar a cabo normalmente el reflejo de deglución.

Es de vital importancia procurar que sea posible la lactancia tanto por motivo del desarrollo somático e inmunológico del niño, como por razones psicológicas.<sup>56</sup>

### 6.3 Alteraciones logopédicas

Las alteraciones logopédicas se refiere a toda aquella incapacidad de llevar a cabo correctamente el lenguaje hablado debido a patologías en este caso una de ellas puede ser el frenillo lingual corto o anquiloglosia.

#### *\*PROBLEMAS DE LENGUAJE.*

Dificultad en la articulación del lenguaje, sobre todo de las consonantes linguo – dento – labiales. Así como imposibilidad de emisión de ciertos sonidos.

#### 6.3.1. Alteraciones fonéticas

La capacidad de comunicarse de modo eficaz es crucial para la vida en sociedad de una persona. La adquisición del habla y del lenguaje es un proceso del desarrollo que abarca muy especialmente los primeros años de vida.<sup>57</sup> Los problemas pueden surgir en cualquier momento de la adquisición.

<sup>56</sup> Cruz H. M. Tratado de pediatría. 8ª . ed. Cd. México: Editorial Ergon, 2001. p. 62.

<sup>57</sup> Camerón A. Op. cit. p. 307.

El habla se define como el acto de pronunciación articulado de las palabras de un lenguaje. El mecanismo del habla se fundamenta en diversos sistemas, estructuras y cavidades y para que se puedan producir sus modulaciones acústicas dinámicas características, es necesaria la coordinación de varios procesos básicos como la respiración, la fonación, la resonancia y la articulación.<sup>58</sup>

El termino articulación se refiere a la posición y movimientos de los labios, dientes, lengua, mandíbula, paladar y otras estructuras asociadas durante el habla.

Las anomalías de la lengua pueden disminuir la precisión, el margen y la velocidad de los movimientos linguales, provocando así problemas para hablar.

La anomalía más frecuente es la del frenillo lingual. Puede manifestarse con una intensidad variable y provocará problemas en el habla que son:

\*Alteración en la pronunciación de consonantes linguo - dento - labiales esto debido a la restricción de la elevación de la punta de la lengua.

\*Distorsión de los sonidos F y V por el sonido TH.

\*Distorsión de los sonidos de las consonantes T, L, D, N, S, Z.

\*Velocidad de locución más lenta de lo normal.

\*Disminución de la precisión del habla cuando se grita (para gritar es necesario abrir más la boca y el frenillo tiene un efecto más negativo sobre la precisión del habla).<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Pérez. N, López M. Art Cit. p.33.

<sup>59</sup> Camerón A, Widmer R. Op Cit. p.312.

## 7. Tipos de Tratamiento para la Anquiloglosia

Actualmente podemos referir dos tipos de tratamiento para la anquiloglosia y el frenillo corto; tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico.

### 7.1. Tratamiento conservador.

Cuando estamos ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada y en una edad aproximada de 8 años de edad puede realizarse un tratamiento conservador mediante terapia.

Recomendaremos distintos ejercicios:

- ❖ Colocar la lengua en el paladar.
- ❖ Sacar la lengua al exterior.
- ❖ Apretar algún objeto con la lengua contra el paladar.

Estos ejercicios se deben realizar 10 veces cada uno, 3 veces al día.

Es recomendable, que después de la frenilectomía el paciente ejercite su lengua.

### 7.2. Tratamiento quirúrgico

Los frenillos tanto labial como lingual se pueden tratar con escisión total, Z-plastia o mediante plastia V-Y.

Los procedimientos a seguir son los siguientes:

### *Anestesia.*

La frenectomía se puede realizar con anestesia general o local. Cuando se hace locoregional se pueden efectuar dos técnicas:

- Anestesia troncular bilateral del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria con fines hemostáticos.
- Anestesia local infiltrativa en ambos lados del frenillo y en todo su recorrido. Esta técnica parece más adecuada y en caso de tener que efectuar la intervención en un niño o en un adulto se podrá además efectuar una sedación endovenosa o con óxido nitroso.

Por la rica vascularización que se presenta en esta región, también se aconseja la infiltración local para mejorar la hemostasia aunque se realice anestesia general.

### *Preparación de la zona operatoria.*

Se eleva la lengua gracias a un punto de sutura de tracción en la punta lingual. Este hilo colocado en el extremo distal del frenillo es recomendable anudarlo con el fin de prevenir hemorragias por lesión del paquete vascular que pasa por el frenillo. Traccionando de este punto levantaremos el frenillo y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit podremos llevar a cabo la incisión.

### *Incisión y disección.*

Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja del nº 15 o del nº 11 en el centro del frenillo lingual; debe tenerse cuidado de hacer la incisión aproximadamente 1cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, es decir a la mitad del camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton.

En ocasiones es necesario hacer la exéresis de la mucosa sobrante, hasta dejar los dos bordes de la herida simétricos, lo que permitirá una sutura correcta. Realmente se ha efectuado la exéresis romboidal del frenillo.

#### *Sutura.*

Se cierra el defecto romboidal con puntos separados como una incisión lineal longitudinal. La mejoría en la movilidad lingual se comprueba antes de suturar. Si se cierra bien la incisión en la superficie ventral, no hará falta hacer un cierre tenso en el suelo de la boca. De esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio con menos tumefacción en el postoperatorio.

Se utiliza catgut crómico atraumático de 3 ó 4/0 con aguja C14 o C12. Se prefieren suturas reabsorbibles ya que en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos.

En algunas ocasiones pueden existir adherencias o bridas cerca de la zona lingual de la mandíbula (apófisis geni) por delante de las carúnculas de salida de los conductos de Wharton. Lo que obligará a efectuar otra incisión en esta área para liberar la lengua convenientemente. El defecto que en ocasiones queda en el proceso alveolar se deja cicatrizar por segunda intención.

Kruger y Whorthington recomiendan la plastia V-Y para eliminar el frenillo lingual. En este caso la V tiene su ángulo abierto hacia la base de la lengua. Algunos autores recomiendan el uso de la Z-plastia para estos casos.

La posible lesión de los conductos de Wharton o de las carúnculas sublinguales provocará constricción cicatricial y con ello estasis salival.

### *Postoperatorio.*

En el postoperatorio se produce tumefacción del suelo de boca, dolor moderado. Se recomienda que el paciente consuma dieta líquida ya que los movimientos de la lengua causarán molestia por varios días. Puede producirse una cierta equimosis por rezumar algo de sangre a partir de los músculos seccionados. La formación de un hematoma se previene con una buena hemostasia antes de colocar los puntos y no suturando con demasiada firmeza ni herméticamente.

El paciente deberá empezar un programa de ejercicios que deberá realizarse como mínimo durante dos meses.<sup>60</sup>

España y Cols también recomiendan la exéresis del frenillo lingual con láser de Co<sup>2</sup>, por su rapidez, simplicidad y el postoperatorio suele ser menos complicado.

---

<sup>60</sup> Gay. E, Berini. A. L. Op Cit. p. 595.

## 8. Tratamiento para anquiloglosia y frenillo corto en bebés

### 8.1. Revisión estomatológica del bebé.

Para explorar adecuadamente la región oral en el bebé, debemos considerar tres aspectos fundamentales en relación al niño, padres y odontólogo

- Niño en contacto íntimo con los padres (regazo): Método aceptable para los exámenes de niños pequeños, menores de 2 años y medio, cuando el odontólogo no cuenta con una camilla litera para niño. El bebé fijo en el regazo de la madre y está en la sillón odontológico. Debe ser usado en raras ocasiones.



Niño en Contacto íntimo con su Madre <sup>61</sup>

- Contacto íntimo – niño/ padres/ profesional a través de la posición Knee – Knee (Pinkhann 1994), donde el niño esta fijo con la cabeza en el regazo del dentista y con el tronco y piernas en el regazo de la madre, Está posición es indicada para exámenes eventuales y/o procedimientos.

---

<sup>61</sup> Walter. L. R., Ferelle. A. Op. cit. p. 23.

### Contacto Íntimo con el Niño, Padre y Cirujano Dentista<sup>62</sup>



- Contacto parcial padres/ hijos/ profesional. El contacto parcial es la manera más productiva y ergonómica de atención odontológica y es llamado sistema co-participativo, facilitando la introducción del método educativo – preventivo, pues los padres participan directa y visualmente del examen y la atención de sus hijos.<sup>63</sup>



### Contacto Parcial del Padre, Niño y Cirujano Dentista<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup>Ibid. p.23

<sup>63</sup>Ibid. p. 22

<sup>64</sup>Ibid. p. 23

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como instrumental : bastarán dos espejos dentales pequeños, pinzas de curación, gasas, abatelenguas y una lámpara de buen enfoque luminoso.

Con objeto de facilitar y agilizar la exploración, se aconseja proseguir la revisión con el siguiente orden:

#### *Labios.*

Los labios están separados por el surco labio geniano, que va de la nariz a la comisura bucal, apenas delineado. El labio superior presenta una depresión en la línea media llamada surco subnasal, con hundimiento en la línea muco cutánea y el tubérculo del labio en su borde libre, también en la línea media, que produce su curvatura semejante al arco de cupido.

La piel que cubre el tercio externo de la superficie labial, aparece lisa y rosada. El labio inferior hacia fuera está separado también de la mejilla por el surco mentolabial aún menos preciso que el labiogeniano.

La mucosa labial presenta ligeras arrugas, de color púrpura ligeramente elevados, húmedos y brillantes.

Los labios tienen una estructura semejante a las mejillas, pero poseen menos grasa y tienen la movilidad necesaria que exige la función en el reflejo de succión.

#### *Mucosa yugal.*

La pared de la mucosa yugal está formada esencialmente por el músculo buccinador y un pelotón subcutáneo de grasa, la bola adiposa de Bichat. El buccinador mantiene los líquidos alimenticios por vía oral dentro de la misma cavidad y la bola adiposa impide que la mejilla se deprima durante la succión.

Con la boca abierta puede distinguirse el ligamento tenso debajo de la mucosa yugal, extendiéndose su inserción inferior en la mandíbula (región posterior del proceso alveolar) hasta la superior en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides. En la mucosa de los carrillos hay tejido elástico que impide la formación de pliegues, manteniendo una superficie lisa pero flexible y que ayuda a retirar los líquidos del vestíbulo.

El conducto parótideo atraviesa la bola de Bichat y el buccinador para abrirse en el vestíbulo, a nivel de la región posterior del proceso gingivo alveolar, dicho orificio desemboca en una pequeñísima papila muy difícil de observar. En pacientes hipotróficos es más sencillo observar la bola de Bichat.<sup>65</sup>

*Arco maxilar , paladar duro y blando.*

El arco del proceso alveolar en su parte anterior es delgado y aplanado en su región posterior, donde se aprecia una protuberancia gingival a nivel de su región molar llamada borde pseudo alveolar, la cual gradualmente desaparece con el crecimiento del proceso alveolar. En tanto esto sucede, se extiende a lo largo de la parte media del borde alveolar un pseudo surco que se aproxima a la mucosa palatal; la forma de este es irregular de color rojo con distintos matices y en su margen libre puede presentarse un tejido membranoso orlado que se extiende ligeramente sobre el tejido alveolar que persiste por algunas semanas, y que lo refieren corresponder a la forma de las coronas de los dientes primarios.

El techo de la boca está formado por el paladar duro y blando. El primero o paladar óseo, está constituido por los maxilares hacia delante y los palatinos hacia atrás, cubierto de muco periostio grueso y firme contra el cual

---

<sup>65</sup> Fragoso. J. Op cit. p. 46

la lengua comprime los alimentos, separa la boca de la cavidad nasal y senos maxilares. La mucosa del paladar presenta un rafé medio y surcos transversales que se aprecian mejor en la parte anterior.

La papila incisiva pequeña prominencia en la línea media sobre el proceso alveolar. El borde posterior del paladar óseo se toca fácilmente y a cada lado del mismo puede palparse el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides debajo de la mucosa.

El paladar blando o velo del paladar, es una formación fibromuscular incluida en un pliegue de mucosa, se arquea hacia atrás continuando posteriormente el techo, separa la boca de la nasofaringe y cuelga como telón en el límite posterior de la cavidad oral.

En la línea media se observa una pequeña prolongación cónica blanda que cuelga, llamada úvula.<sup>66</sup>

#### *Frenillos.*

El arco gingivo alveolar y paladar duro está separados del labio superior por un surco bucal angosto llamado vestíbulo, el cual es interrumpido por la presencia en la línea media por el frenillo labial central y a los lados por los frenillos pequeños laterales. Para examinar las inserciones de los frenillos superiores e inferiores, basta con levantar el labio superior y se observará el frenillo central, delgado que parte de la cara interna del labio superior hasta la mitad de la altura de la región vestibular del proceso gingivo alveolar. En ocasiones se encuentra hipertrofiado haciéndose más corto, limitando la movilidad labial.

---

<sup>66</sup> Ibid.47

Los frenillos laterales son más pequeños y se aprecian a nivel de la región de los caninos de mismo proceso.

El frenillo labial inferior también se explora separando y bajando el labio inferior suavemente, cuya inserción se encuentra en la cara interna de éste, hasta la mitad del proceso vestibular en su línea media, pero más pequeño que el superior, y esbozados los dos laterales.

Para la exploración del frenillo lingual se necesita que el bebé tenga la boca abierta y elevar ligeramente la punta de la lengua y así observar su inserción superior en la parte anterior e inferior de la misma, el cual desciende al piso de la boca. Este pliegue medial de mucosa, en algunos casos está corto, provocando la limitación de los movimientos linguales de protrusión tan necesarios para realizar el reflejo de deglución.<sup>67</sup>

#### *Lengua y piso de la boca.*

La lengua está formada por músculos entrelazados cubiertos por mucosa, participa y funciona durante el reflejo de deglución en forma muy importante.

Presenta una base o raíz, vértice o punta, cara superior o dorsal y cara inferior o ventral.

La base, la porción posterior e inferior, está formada por la entrada de los músculos extrínsecos, glosioestafilino, estilogloso, hiogloso y geniogloso que forman un cabestrillo para la lengua, unido al paladar, la apófisis estiloides, la mandíbula y el hioides.

---

<sup>67</sup> Ibid.48

La cara superior describe una pequeña curva hacia atrás y después hacia abajo; los dos tercios anteriores o porción palatina están orientados hacia arriba; el tercio posterior o porción faringea está orientado hacia atrás y no se observa. Poco perceptible se encuentra un surco en forma de V, llamado surco terminal, el cual separa estas dos porciones que difieren por la estructura de la mucosa, por la inervación y la embriología.

La mucosa cubre la lengua excepto en la base, donde se refleja hacia las encías. Sobre la porción palatina del dorso de la lengua, la mucosa es gruesa y aterciopelada, ya que está cubierta de las papilas filiformes.

En la cara superior se observan una serie de puntos rojos que corresponden a las papilas fungiformes. El epitelio es muy delgado y deja transparentar la sangre contenida en la papila. Inmediatamente por delante del surco terminal, en una hilera en forma de V, sobresalen apenas de la mucosa las papilas circunvaladas, están circundadas por una hendidura estrecha o fosa, a cuyos lados se encuentran los botones o bulbos gustativos, bañados en líquido que sale por los conductos de las glándulas serosas situadas profundamente en el músculo.

La cara ventral de la lengua está cubierta de mucosa delgada, lisa y purpurina, libre de papilas y con los vasos sanguíneos linguales fácilmente observados.

Cabe señalar que el crecimiento de la lengua es en la punta, durante el primer año los movimientos serán pocos más no imposibles, y poco a poco sus movimientos serán normales si no existe alguna alteración de frenillo lingual por ello es conveniente evaluar periódicamente, hasta comprobar su eficacia en la alimentación.

El piso de boca se sabe que está representada por la lengua y por la fronda de los músculos milohioideos y digástricos, que sostienen a la lengua y a las glándulas sublingual y submaxilar. Se caracteriza por la presencia de vasos sanguíneos superficiales cubiertos por mucosa delgada menos especializada. Al elevar la punta de la lengua, el suelo asciende y puede verse el pliegue sublingual sobre la glándula sublingual, que se dirige lateralmente a partir del frenillo lingual. También se observan los conductos de la glándula sublingual que desembocan en el pliegue sublingual y el orificio del conducto submaxilar de Wharton, situado en el tubérculo del frenillo. (Carúncula sublingual).<sup>68</sup>

#### *Mandíbula.*

La región posterior del proceso gingivoalveolar se caracteriza por su delgadez, condición estructural importante que facilita la presión del seno materno. En cambio la región posterior del proceso se encuentra aplanada. El proceso en ocasiones adopta ciertas irregularidades en su borde superior como por ejemplo, una forma ondulada.

El arco mandibular está interrumpido por la presencia del frenillo central, que conecta la cara interna de la mucosa labial con el proceso gingivo alveolar en porción ligeramente inferior de la superficie vestibular en la línea media. Además también se observan los frenillos laterales muy cortos a nivel de los primeros molares primarios aproximadamente.<sup>69</sup>

#### *Glándulas salivales.*

La exploración de glándulas salivales es sumamente difícil así que solo se hablará de las características de estas estructuras anatómicas orales del bebé.

---

<sup>68</sup> Ibid.49

<sup>69</sup> Ibid.49

En la mucosa bucal o en la capa inmediata subyacente, hay abundantes glándulas mucosas y serosas, labiales, bucales, palatinas y linguales, que mantienen constantemente húmeda la membrana por virtud de una secreción mucosa. Existen tres pares de glándulas salivales, también en periodo de crecimiento, que son: Las parótidas, submaxilares y sublinguales. La parótida es una glándula serosa pura; la glándula submaxilar y sublingual son mixtas, la primera más serosa y la segunda más mucosa.

#### *Arcadas maxilar y mandibular.*

La mayor parte de las arcadas dentarias del bebé tienen forma semicircular. Las variantes normales son por un lado, los arcos planos y anchos que dan como resultado paladares normales y los arcos angostos y estrechos que producen generalmente paladares altos u ojivales. La forma de la arcada mandibular suele ser muy variable.<sup>70</sup>

### 8.2. Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento más sencillo y el utilizado en los casos de frenillo corto lingual en bebés es una frenilectomia (liberación de frenillo lingual), por su facilidad durante el acto quirúrgico y por sus escasas complicaciones posquirúrgicas.

Los procedimientos a seguir en esta técnica son los siguientes:

---

<sup>70</sup> Ibid.50

### *Anestesia.*

Para la realización de la frenilectomia no es necesario el uso de la anestesia infiltrativa, pues la anestesia de absorción lingual y sublingual es suficiente con el uso de anestesia oftálmica al 1%.<sup>71</sup>

- La aplicación se realiza tanto en el dorso de la lengua como en la región sublingual próxima a la zona donde se localiza el primer molar deciduo, pues es donde el nervio lingual está más superficial en la región del piso de boca.<sup>72</sup>

Se utiliza este tipo de anestesia debido a que aún no termina su pleno desarrollo de la vascularización en esta región.



---

<sup>71</sup> Walter R. Op cit.p.58

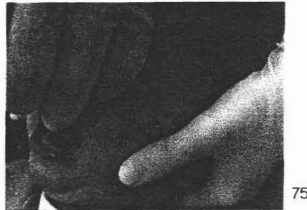
<sup>72</sup> Pérez. N, Lopez M. Art Cit. p.31.

<sup>73</sup> Bebê Clínica (UEL)Brasil.

<sup>74</sup> Bebê Clínica (UEL)Brasil.

*Preparación de la zona operatoria.*

Inmovilización de la lengua con los dedos índice y medio; Levantando así el frenillo con la ayuda de una sonda acanalada de Petit para poder tener una mejor visión en la zona deseada.



*Incisión.*

Con una tijera quirúrgica recta se hace un corte horizontal comenzando por el extremo del frenillo próximo a la punta y a la cara ventral de la lengua. Debe tenerse cuidado de hacer el corte aproximadamente 1cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, es decir a la mitad del camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton.

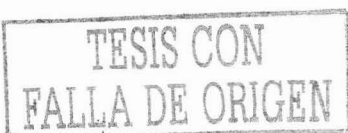


---

<sup>75</sup> Bebé Clínica (UEL)Brasil.

<sup>76</sup> Bebé Clínica (UEL)Brasil.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



### *Sutura.*

En bebés no se utiliza sutura solo se comprime con una gasa debido a la poca hemorragia que provoca este procedimiento quirúrgico. Solo se emplea si por algún error técnico se alcanza algún vaso y genera hemorragia.



77

### *Postoperatorio.*

Inmediatamente al termino del acto quirúrgico se le entrega el bebé a la madre para que pueda amamantarlo logrando así la tranquilidad de la madre y del bebé. De este modo la madre puede notar una diferencia inmediata en la eficiencia y comodidad de la lactancia.



78

Algunos bebés tardan de una a dos semanas aprendiendo a usar su lengua que por primera vez tiene mayor movimiento.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Bebé Clínica (UEL)Brasil.

<sup>78</sup> Bebé Clínica (UEL)Brasil.

<sup>79</sup> Watson G. Art cit. p. 316.

## Conclusiones

Es importante estar informado de los avances que se presenta día a día en cuanto a prevención odontológica, ya que podremos evitar problemas futuros en la salud buco dental de los pequeños.

Debemos difundir la prevención en la comunidad odontológica ya que tenemos un compromiso de salud con la población infantil.

La escasa información de estas alteraciones en los pacientes pediátricos es preocupante y es nuestra labor tener conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento que podemos realizar.

La técnica de liberación del frenillo lingual en bebés es una alternativa eficaz por su facilidad en el acto quirúrgico, sus escasas complicaciones posquirúrgicas y los beneficios que va a tener el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid. España: Editorial Har Court, 2000. p. 307.
- Carrión. E, Ornelas F. Modificación de la Técnica de Zeta plastia para Frenillo Corto. Rev. ADM 1987; 44: p. 15.
- Compostella. EA. Enfoque Multidisciplinario de los Diastemas y Frenillos Bucles. Rev. Asoc. Odont. Arg. 1980; 68-2: 78.
- Corliss E. Embriología Humana de Patten. Fundamentos del Desarrollo Clínico. Editorial El Ateneo, 1979. p 261.
- Cruz H. M. Tratado de pediatria. 8ª . ed. Cd. México: Editorial Ergon, 2001. p. 62.
- Díaz.R.M, Díaz. M. Examen Estomatológico del Recién Nacido. Rev. ADM 1989; 46: p.261.
- Fuentes . R. Lara. S. Corpus. Anatomía humana general. Cd. México: Editorial Trillas, 1997. p.871, 874, 876.
- Fragoso. J. Estomatología del recién nacido. Cd.México: Instituto Nacional de Perinatología, 1992.p.89-91.
- Gay .E. C; Berini. A. L. Cirugía Bucal. 2ª Ed. Madrid España 1999 Editorial, Ergon. p . 588.
- Genesser. F. Histología. 3ª . ED. España: Editorial Médico Panamericana, 2000. p.468.
- Kaban. L. B. Cirugía Bucal y Maxilofacial en Niños. Cd. México: Editorial Interamericana, 1992. p. 133
- Koerner. K, Tilt. LI. Atlas en Color de Cirugía Oral Menor. España: Editorial Espaxs, 1994. p. 187.
- Mc. Donald y Avery . Odontología pediátrica y del adolescente. Ed Panamericana 5ta edición 1990 .452

- Mc Donald. R. Odontología pediátrica y del Adolescente. 6ª ed. Argentina: Editorial Harcourt, 1998. p. 145.
- Pérez. N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnostico y Tratamiento. Rev. Cubana. Estomatologica. 2002;
- Rakosi. T. Jonas. I. Atlas de Ortopedia Maxilar diagnóstico. Cd. México: Editorial Masson, 1992. Pp. 116,145.
- Sanders B. Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica. Buenos Aires Argentina: Editorial Mundi,1979. p. 188.
- Spouge J. D. Patología Bucal Ed. Mundi 1990. p.378
- Tamashiro H, Arias P. Lengua Hendida o Bífida (presentación de un caso clínico).Rev.ADM 1992; 49: 337.
- T. W. Sadler. Embriología medica con orientación clínica. 9ª. ed. Buenos Aires Argentina, 2004. p. 405 - 407
- Van Waes. J. M, Stockli. P. Manual de Odontología Pediátrica. 2ª . Ed. Barcelona España: Editorial Masson, 2002. p. 250.
- Varela. M. Problemas Buco dentales en Pediatría. Madrid. España: Editorial Ergon, 1999. p. 245.
- Villavicencio. J. Ortopedia Dentofacial. Una Visión Multidisciplinaria. Ed. México: Editorial AMOLCA, 1996. Tomo 1. p. 548-549
- Walter. L. R., Ferelle. A. Odontología para el Bebe. Odontopediatria desde el nacimiento hasta los tres años. Sao Paulo. Brasil: Editorial Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica, 2000. p. 58.
- Watson G. Tongue – tie and Lactation. Rev. Leaven 2002; 38-2: 313-317.