



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN BUCAL EN PACIENTE CON
SECUENCIA PIERRE ROBIN. REPORTE DE CASO.

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA

P R E S E N T A:

ESTEFANÍA GUADALUPE PÉREZ NAVA

TUTOR: Esp. AMADO MARTÍNEZ SEGURA
ASESORA: Esp. ASTRID BARRAZA GARCÍA
ASESOR: Esp. ROBERTO GRACÍA ALMARAZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

REHABILITACIÓN BUCAL EN PACIENTE CON SECUENCIA PIERRE ROBIN; REPORTE DE CASO.

*Estefanía Guadalupe Pérez Nava **Amado Martínez Segura
***Astrid Barraza García
Hospital Infantil de Tamaulipas

Resumen

Introducción: El Síndrome Pierre Robin actualmente llamado Secuencia de Pierre Robin (SPR) es uno de los síndromes craneofaciales o del primer arco branquial, con malformaciones presentes desde el nacimiento, caracterizada por la tríada: retro/micrognatia, glosoptosis y obstrucción de las vías aéreas, puede tener o no fisura del paladar hendido. **Objetivo:** describir la rehabilitación bucal en paciente con SPR, realizando una correcta anamnesis, exploración física y oral. Esto determinará un diagnóstico correcto a edades tempranas y por ende nos permitirá llevar a cabo un tratamiento adecuado en función de las necesidades y nivel cognitivo del paciente. **Caso clínico:** masculino de 2 años 8 meses a consulta por presentar caries dental, en la exploración clínica se detectan rasgos físicos y orales compatibles con la SPR por lo que se interconsulta al servicio de Genética que confirman el diagnóstico presuntivo. Bajo consentimiento informado firmado por la madre se realiza rehabilitación bucal en sillón dental observando una progresión satisfactoria en la conducta del paciente a lo largo de los tratamientos operatorios y frenectomía lingual iniciando como negativo que evoluciona a una conducta positiva. **Resultado:** una cavidad oral libre de caries, mejoría en su comportamiento, avance en su habla que también fue apoyado por terapia de lenguaje. **Conclusión:** se logró recuperar íntegramente la salud bucal, una fonación adecuada y una correcta deglución, rehabilitándolo en sillón dental, previniendo los riesgos adicionales que implica la rehabilitación oral bajo anestesia general.

Palabras claves: Pierre Robin, glosoptosis, micrognatia, retrognatia, secuencia.

Abstract:

Introduction: Pierre Robin Syndrome, currently known as Pierre Robin Sequence (PRS), is one of the craniofacial or first branchial arch syndromes, with malformations present from birth. It is characterized by the triad of retro/micrognathia, glossoptosis, and airway obstruction. Cleft palate may or may not be present. **Objective:** To describe oral rehabilitation in patients with PRS, including a thorough history-taking and physical and oral examination. This will determine a correct diagnosis at an early age and, therefore, allow us to provide appropriate treatment based on the patient's needs and cognitive level. **Clinical case:** A 2-year-8-month-old male was seen for dental caries. The clinical examination revealed physical and oral features compatible with PRS, leading to a referral to the Genetics Service, which confirmed the presumptive diagnosis. With informed consent signed by the mother, oral rehabilitation was performed in the dental chair. Satisfactory progress was observed in the patient's behavior throughout the surgical treatment and lingual frenectomy, which initially was negative and then evolved to positive behavior. **Result:** a caries-free oral cavity, improved behavior, and speech progress, also supported by speech therapy. **Conclusion:** Full oral health, adequate phonation, and proper swallowing were achieved. The patient was rehabilitated in the dental chair, preventing the additional risks involved in oral rehabilitation under general anesthesia.

Keywords: Pierre Robin, glossoptosis, micrognathia, retrognathia, sequence.

*Residente del hospital infantil de Tamaulipas en el área de estomatología pediátrica ** Médico Adscrito de estomatología pediátrica del hospital infantil de Tamaulipas. ***Médico Adscrito Especialista en Genética Médica del Hospital Infantil de Tamaulipas.

Introducción

La secuencia de Pierre Robin (SPR) también llamado síndrome del primer arco faríngeo se diagnostica mediante ultrasonidos durante el embarazo, al momento del nacimiento y por las manifestaciones principales de la triada: 1) micrognatia/retrognatia, 2) glosoptosis, 3) obstrucción respiratoria de las vías aéreas, puede o no tener fisura hendida del paladar, “la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología (CIE-AO) de la Organización Panamericana de la salud de 1985, encuadra la SPR dentro de las anomalías óseas del cráneo y de la cara”.¹ Muchos autores no ligan a este síndrome como una entidad nosológica por presentar diversas patologías y etiologías. Lo que se debe tener en cuenta es que la atención debe ser a temprana edad para evitar limitantes en la vida del menor.

Etiología

Existe un debate en curso sobre la etiología biológica de SPR. No parece haber una anomalía genética clara, aunque la etiología de la micrognatia puede ser diferente para la SPR sindrómico y no sindrómico.

Algunos autores han sugerido una causa genética para la SPR sindrómico y un mecanismo externo como la compresión intrauterina secundaria al oligohidramnios para la SPR no sindrómico, el gen afectado es SOX9.²

Se sospecha que la micrognatia mantiene la lengua en una posición superior entre los procesos palatinos naturalmente hendidos e impide el cierre normal del paladar durante el primer trimestre del embarazo.

Aunque la micrognatia parece ser un evento aislado para la mayoría de los pacientes con SPR existe una asociación con ciertos síndromes.

Síndromes más comunes: Stickler, Velocardiofacial (deleción 22q,11.2, del cromosoma 17), síndrome de alcoholismo fetal y síndrome de Treacher-collins.³

Epidemiología.

La secuencia de Pierre Robin tiene una incidencia de 1/8,500 a 1/14,000 niños nacidos vivos, siendo mayor la prevalencia en varones, donde el 50% de los casos son aislados y el resto adicionales con un síndrome genético o adquirido.⁴

Manifestaciones clínicas

La tríada de anomalías descrita de la secuencia de Pierre Robin se basa en los criterios clínicos de hipoplasia de la mandíbula (micrognatia – retrognatia), glosoptosis, obstrucción de las vías aéreas, fisura de paladar lo cual puede o no estar presente en el diagnóstico diferencial.

La fisura palatina se describe como el proceso incompleto de cierre de los procesos alveolares palatinos por la micrognatia que obliga a la lengua estar en la bóveda palatina e impide el

cierre natural durante el primer trimestre del embarazo.³

Estas anomalías conllevan a múltiples dificultades, la alimentación, el habla, problemas respiratorios y malformaciones alveolares.

También presentan características físicas que pueden alertar a los padres de familia, como signos respiratorios por ejemplo estridor, retracciones y cianosis, la obstrucción aérea grave puede causar dificultad para alimentarse, reflujo y retraso en el crecimiento.⁴

Pérdida auditiva, retraso del desarrollo/discapacidad intelectual y/o defectos cardiacos, enfermedades espinales (inestabilidad cervical, medula anclada, cifoescoliosis congénita, síndrome de regresión caudal).⁴

Manifestaciones prenatales

Mediante ultrasonidos de control prenatal se observan alteraciones físicas como hipoplasia de la mandíbula, hueso nasal ancho e inserción de pabellón auricular bajo.⁵

Pruebas diagnósticas

No existen pruebas de laboratorio específicas para esta condición porque su diagnóstico es mediante una exploración clínica, cariotipo realizado por departamento de genética, apoyada de radiografías como lateral cráneo, ortopantomografía, y dentoalveolares.⁴

Diagnóstico diferencial

Por las características clínicas amorfas se asocian a distintos síndromes como: síndrome Treacher-Collins, síndrome de Stickler, síndrome de Velocardiofacial, síndrome de alcoholismo fetal.³

Tratamiento

El tratamiento se basa de acuerdo a las necesidades del paciente, es importante verificar si la secuencia se encuentra ligada algún otro síndrome o es aislado, lo primordial es evitar la obstrucción respiratoria aérea mediante posiciones como decúbito prono, en donde el paciente puede mejorar su respiración, si esto no tiene una resolución buena, se emplean distintos tipos de procedimientos quirúrgicos para obstrucciones aéreas graves como: aérea nasofaríngea, adhesión de labio y lengua, distracción osteogénico mandibular, traqueotomía, así como el tratamiento para la glosoptosis donde el paciente lo requiere para ayudar a la alimentación y al habla, en casos donde se observa fisura palatina hendida se tiene que realizar el cierre de los procesos alveolares para evitar que el niño aspire los alimentos. En cuanto al área de estomatología es necesario realizar visitas periódicas al odontopediatra para ejecutar junto a padres de familia el manejo de higiene oral en pacientes con este síndrome. En el presente caso el tratamiento se enfoca en la rehabilitación oral del niño debido al riesgo alto de caries (CAMBRA)^{6,7} y en la frenectomía

lingual ya que la madre refiere “mi hijo tiene problemas de lenguaje”.³

Pronóstico

El pronóstico es bueno para la vida, sin embargo, el resultado dependerá de la reacción del organismo de cada paciente y de la evolución del tratamiento dependiendo del manejo posoperatorio que den en casa, frecuencia de la terapia de lenguaje.

El tratamiento se realizó pensando en la mejor opción para el paciente y evitar visitas posteriores por urgencias y así enforzarse en sus terapias de lenguaje y posteriormente pensar en alguna osteodistracción mandibular.

El objetivo del presente trabajo es detallar la rehabilitación bucal en paciente con Secuencia de Pierre Robin, realizando una correcta anamnesis, exploración física y oral. Esto determinará la capacidad de proporcionar un diagnóstico adecuado a edades tempranas y por ende nos permitirá llevar a cabo un tratamiento adecuado en función de las necesidades y nivel cognitivo del paciente.

Presentación del caso

Paciente JEMG masculino de 2 años 10 meses, originario de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Producto de gestación número 2, nacido por parto eutócico a las 38 semanas de gestación con un peso adecuado para la edad gestacional 3kg y 48 cm de talla. Durante la anamnesis a la madre refiere que la

gesta número 1 fue aborto diferido, la gesta número 3 normo evolutivo como en la gesta número 2 la diferencia es que la gesta número 3 presenta paladar hendido, como antecedente de relevancia la madre presento preeclampsia en el embarazo sin proteinuria reportada en los exámenes tomando alfametildopa con ácido acetilsalicílico.

Se realiza exploración clínica donde se observan características relacionadas con síndrome de Pierre Robin, el cual la madre desconoce y refiere no haber recibido ningún diagnóstico durante el embarazo ni al nacimiento, por lo que se otorga interconsulta con el servicio de genética del Hospital Infantil de Tamaulipas para confirmar diagnóstico presuntivo.

Exploración física: examen clínico extraoralmente se presenta perímetro cefálico disminuido, orejas predominantes, perfil convexo también llamado perfil de “pájaro”, retro-micrognatica, apertura limitada de cavidad bucal, hipotelorismo, fisuras palpebrales oblicuas. (Figura 1);



FIGURA 1 (Fuente propia)

intraoralmente se observa fistula en mucosa adherida en zona de O.D. 5.1, paladar alto ojival con ligero pliegue y colapso transversal de paladar duro, glosoptosis, anquiloglosia, úvula bífida, sobremordida vertical 7mm, sobremordida horizontal con respecto al O.D. 5.2 del 100%, fusión de O.D. 7.1 con 7.2 y 8.1 con 8.2, absceso alveolar crónico en O.D. 5.1, caries de 3° en O.D. 5.2, 6.1, 6.2, 5.4, 6.4, 7.4, 7.2-7.1, caries de 2° O.D. 8.1-8.2, 8.4, 5.5, 6.5, según Wyne, hipomineralización en O.D. 8.3, 5.3, 6.3. (Figura 2)



FIGURA 2 (Fuente propia)

El servicio de Genética del Hospital Infantil de Tamaulipas realiza cariotipo en sangre periférica teniendo como resultado análisis por técnica de bandas GTG. Número modal de 46 cromosomas complemento sexo cromosómico XY, en 20 metafases analizadas. Resolución de 400 bandas. La evaluación genética confirma diagnóstico de Secuencia de Pierre Robin siendo de Novo en la familia.

Plan de Tratamiento

Se indica retirar todo foco de infección, mediante rehabilitación bucal bajo anestesia general por afección de más de dos cuadrantes, por la nula cooperación del paciente y las limitantes que conllevan esta secuencia (limitación de apertura, obstrucción de vías aéreas), se intenta ingresar a quirófano 2 veces al paciente el cual es valorado por el servicio de pediatría diagnosticando no ser apto para abordaje bajo anestesia general debido a la complejidad del abordaje al momento de la intubación y recurrentes cuadros de infecciones respiratorias por lo que se decide atender al paciente en sillón dental.

Se programan 6 citas donde se abordará al menor.

- 1) profilaxis dental + aplicación de flúor al 5% (Clinpro™)
- 2) Pulpectomías en O.D. 5.2, 5.1, 6.1, 6.2.
- 3) Pulpotomías en O.D. 5.4, 6.4, 7.4, 7.1-7.2.
- 4) Coronas acero cromo O.D. 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 5.4, 6.4, 7.4, 7.1- 7.2, 8.2- 8.1.
- 5) Resinas en O.D. 5.5, 6.5, 8.4. 8.3, 6.3, 5.3.
- 6) Frenectomía lingual

Tratamiento

Bajo autorización de consentimiento informado firmado por la madre se realizan los siguientes tratamientos:

Cita número 1, atención de urgencia por dolor en órgano dental 5.1 y 6.1, utilizando técnica infiltrativa para administración de anestésico lidocaína al 2% con epinefrina, despulpando con tiranervios #40, realizando procedimiento de pulpectomía en ambos órganos dentarios posteriormente restaurando con coronas acero cromo cementadas con ionómero de vidrio tipo 1, GC®.

El paciente presentaba conducta negativa según la escala de Frankl 1, técnica de manejo de conducta avanzada con estabilización. (Figura 3)



FIGURA 3 (Fuente propia)

Cita número 2 se realizan pulpotomías en órganos dentales 7.4, 7.2-7.1 (fusión) con técnica fisiológica preparando tallado para colocación de coronas acero cromo cementadas con ionómero de vidrio tipo I, GC®, paciente negativo de acuerdo con la escala de Frankl, técnica de manejo de conducta avanzada con estabilización. (Figura 4)



FIGURA 4 (Fuente propia)

Cita número 3 se realiza resina de órgano dental 8.4 colocando base de ionómero de vidrio tipo II Ionoseal, voco® obturando cavidad con resina fotocurable BeautiFil II, Shofu®, 8.3 se retira mancha blanca porosa y se coloca resina fotocurable Solare™, GC, 8.2-8.1 (fusión) se retira caries quedando poca estructura dental por lo que se coloca corona acero cromo cementada con ionómero de vidrio tipo I, GC®, paciente con escala Frankl 3. (Figura 5)



FIGURA 5 (Fuente propia)

Cita número 4 se realizan resinas en órganos dentales 5.5 y 5.3 obturando cavidad con resina fotocurable BeautiFil II, Shofu© y en órgano dental 5.3 Solare™, GC, en órgano dental 5.4 se realiza pulpotomía con técnica fisiológica preparando tallado para colocación de corona cementada con ionómero de vidrio tipo I, GC®, conducta de acuerdo con la escala de Frankl 4. (Figura 6).



FIGURA 6 (Fuente propia)

Cita número 5 se trabajan órganos dentales 6.5 obturando con resina BeatuFil II, Shofu© y de órgano dental 6.3 se retira tejido poroso colocándose resina Solare™, GC, órgano dental 6.4 con pulpotomía mediante técnica fisiológica preparando tallado para colocación de corona acero cromo cementada con ionómero de vidrio tipo I, GC®, conducta de acuerdo con la escala de Frankl 4. (Figura 7).



FIGURA 7 (Fuente propia)

Cita número 6 se retira caries de órgano dental 5.2, 6.2 encontrando pulpa necrótica se realiza pulpectomías obturando conductos con Ultrapex® y cavidad con IRM, Dentsplay®, preparando tallado para colocación de corona acero cromo cementada con ionómero de vidrio tipo I, GC®, conducta de acuerdo con la escala de Frankl 4. (Figura 8).

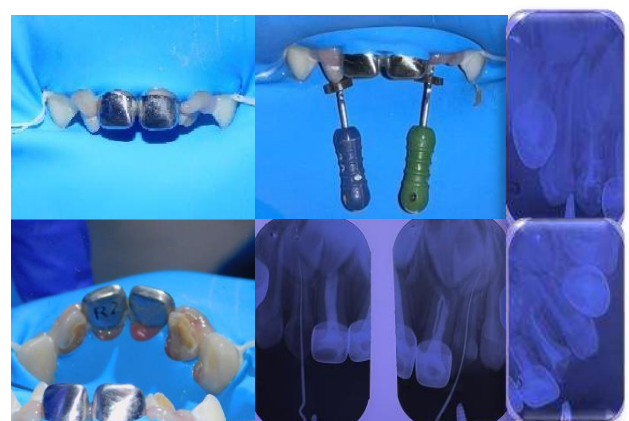


FIGURA 8 (Fuente propia)

Cita número 7 se realiza frenectomía lingual diagnosticado en la clasificación clase III de frenillo lingual Kotlow^{13,14} infiltrando lidocaína al 2% con epinefrina puntos locales a lado del frenillo y troncular bilateral, se laza mediante sutura seda negra 3-0 en punta de la lengua, bisturí número 15 con técnica Z plastia, suturando con catgut 5-0, 2 puntos simples en zona ventral de la lengua. Paciente positivo. (Figura 9).

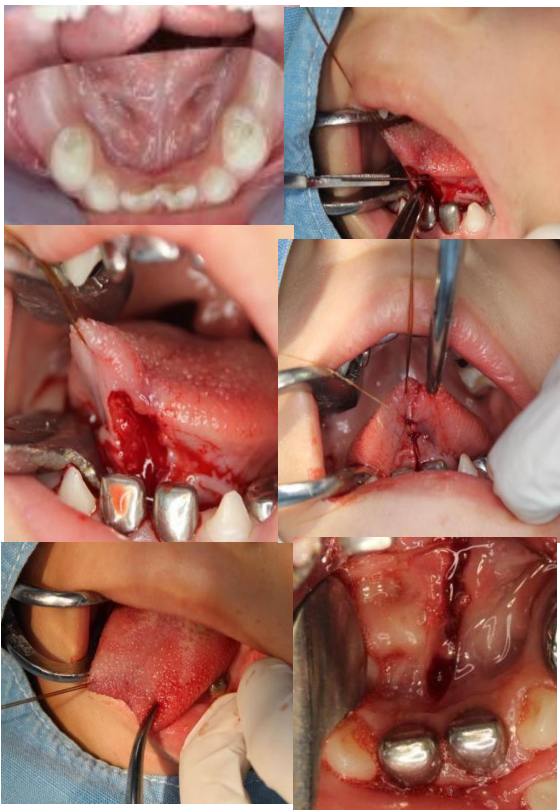


FIGURA 9 (Fuente propia)

Cita número 8 con motivo de control post frenectomía lingual, mamá refiere mejoría al articular palabras que antes no le era posible como: “avena” “mamá” “papá”, se puede observar deficiente higiene oral, borde de lengua pasando los incisivos inferiores. (Figura 10)



FIGURA 10 (Fuente propia)

Resultados

Obteniendo como resultado una cavidad bucal sana, eliminación de lesiones cariosas para evitar procesos infecciosos, observando una mejoría en su higiene oral llevando al paciente a un bajo riesgo de caries, la cooperación de la familia en cambiar hábitos alimenticios guiados por nutriólogos y de higiene oral aprendiendo el cómo realizar un correcto cepillado y tener el conocimiento de los diferentes aditamentos que se pueden utilizar, una conducta positiva en base a las técnicas de manejo utilizadas en cada cita, un avance en su fonación que también fue acompañado por terapia de lenguaje.

Discusión

De acuerdo con la literatura Gómez V y cols.¹ en 2012 mencionan la tríada micrognatia/retrognatia, glosoptosis y obstrucción de vías aéreas con o sin fisura de paladar, donde estas anomalías pueden generar

dificultades respiratorias, nutricionales, alteraciones dentales y en el habla del infante como en el caso presentado previamente confirmamos las características de dicha secuencia.

Basado en el manejo odontológico de un paciente con frenillo lingual corto, Cobo Vázquez y cols.¹⁴ en 2022 mencionan que para clasificarse una anquiloglosia puede ser desde su longitud según Kotlow, que va desde la inserción de la cara ventral hacia la punta de la lengua, donde la clase I: es una anquiloglosia leve 12-16mm de longitud, clase II: anquiloglosia moderada 8-11mm, clase III: anquiloglosia severa 3-7 mm y clase IV: anquiloglosia severa menor de 3 mm, corroborando dicha información se plantea en el paciente y su diagnóstico es positivo al padecimiento de clase III: anquiloglosia severa, por presentar una longitud 5mm.

Conclusión

Es importante conocer las características físicas normales craneofaciales para diagnosticar lo anormal como fue el caso expuesto en este artículo en el cual los padres desconocían el padecimiento del infante, mediante la exploración clínica se encontraron hallazgos atípicos en el desarrollo craneofacial por lo cual se interconsulta al servicio de genética para su pronto diagnóstico en este caso Secuencia de Pierre Robin, ya con diagnósticos establecidos se prepara su plan de tratamiento más óptimo para el

paciente obtener una rehabilitación exitosa.

La evolución hasta el momento ha sido satisfactoria en fonación, salud oral y formación del bolo alimenticio, tiene mejor entendimiento con su familia y en su entorno, llevando actualmente terapia de lenguaje, por lo que se considera un pronóstico favorable.

Referencias

1. Gómez V, Martínez Pérez M, Adanero Velasco A, Martín Pérez M, Planells del Pozo P. Síndrome de Pierre Robin. Estado actual y revisión bibliográfica (parte I). Rev Odontopediatr. 2012;20(3):190-200 [citado 2025 mar 28]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/08/222_20.3revision.pdf
2. Varadarajan S, Madapusi Balaji T, Thirumal Raj A, Ali Alaqi AA, Patil S, Hassan Alhazmi T, et al. Genetic mutations associated with Pierre Robin syndrome/sequence: a systematic review. Mol Syndromol. 2021;12:69-86 [citado 2025 mar 28]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8114067/pdf/msy-0012-0069.pdf>
3. Mark D, Jorgensen SA, Towbin AJ, Towbin R. Pierre Robin sequence. Appl Radiol [Internet]. 2017 [citado 2025 mar 28]. Disponible en: https://cdn.agilitycms.com/applied-radiology/PDFs/Pediatric/AR_SugiPR C_PierreRobin.pdf

4. Lozano Cifuentes A, Siguen MI, Ayrad YM, Díaz PA, NS. Secuencia de Pierre Robin: implicación de la fisura palatina en la distracción mandibular. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2018;44(3):281-286 [citado 2025 mar 28]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v44n3/0376-7892-cpil-44-3-281.pdf>
5. Gulab Meshram G, Kaur N, Singh Hura K. Pierre Robin sequence: diagnostic difficulties faced while differentiating isolated and syndromic forms. *Acta Med Hradec Kralove*. 2019;63(2):86-90 [citado 2025 mar 29]. Disponible en: https://actamedica.lfhk.cuni.cz/media/pdf/am_2020063020086.pdf
6. Valdepeñas Morales J, Lenguas Silva L, Mateos Moreno MV, Bratos Calvo E, Garcillán Izquierdo MR. Riesgo de caries en una población infantil según el protocolo CAMBRA. *Odontol Pediátr (Madr)*. 2018;26(2):127-143 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/07/05_OR_328_Valdepeñas.pdf
7. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, et al. A comparison of four caries risk assessment methods. *Front Oral Health*. 2021 Apr 28;2:656558 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/froh.2021.656558/full>
8. Gómez Clemente V, Martínez Pérez EM, Adanero Velasco A, Martín Pérez M, Planells del Pozo P. Síndrome de Pierre Robin. Diagnóstico y protocolo terapéutico actual (parte II). *Odontol Pediátr (Madr)*. 2013;21(2):139-150 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/08/239_2013.2_rev3.pdf
9. Galluccio G, Mazzoli V, Vernucci R, Silvestri A, Barbato E. Neonatal Functional Treatment for Pierre Robin Sequence. *Turk J Orthod*. 2019;32(3):151-159 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://turkjorthod.org/pdf/26a6643d-3380-4766-8ed8-4703e5d7d038/articles/TurkJOrthod.2019.18057/Turk%20J%20Orthod-32-151-En.pdf>
10. Morovic CG. Manejo actual en síndrome de Pierre Robin. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75(1):36-42 [citado 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100005
11. Zaballa K, Singh J, Waters K. The management of upper airway obstruction in Pierre Robin Sequence. *Paediatr Respir Rev*. 2023;45:11-15 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/mar23/57.pdf>
12. Stoll C, Alembik Y, Roth MP. Associated anomalies in Pierre Robin sequence. *Am J Med Genet A*. 2018 Dec;176(12):2646-2660. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajmg.a.63344>

13. Ramírez Varela S, Gómez García E, Bonet Marco J. Frenillo lingual. En: Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid: SECOM CyC; 2010. p. 39-48. Disponible en: <https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap02.pdf>

14. Cobo-Vázquez CM, Rayo Navarro A, Sánchez-Labrador L, Sáez Alcaide LM, Meniz-García C. Manejo odontológico del paciente con frenillo lingual corto: a propósito de un caso. Cient Dent. 2023;20(3):141-146 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol20num3/manejoPacientFrenillo.pdf>

15. Bayón Hernández G, Stiernhufvud F, Ribas Pérez D, Solano Mendoza B. Trastornos de ansiedad de los progenitores y su repercusión en el tratamiento dental en niños de 4 a 15 años de edad. Estudio piloto. Odontol Pediátr. 2022;30(3):101-113 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/06/2_OR413-Odontologia-Pediatria-V30N1-V4-WEB.pdf

16. Mendoza Navarrete SV, Villena Galarza MV, Mantilla Pinto XR. Manejo de vía aérea difícil en secuencia de Pierre Robin. Reporte de un caso. Metro Cienc. 2021;29(1):44-50 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/134>