



Anquiloglosia parcial (incompleta)

Reporte de un caso y revisión de la literatura

Parcial Ankyloglossia (incomplete): A case report and literature review

C.D. Gustavo Rosas Ortiz

C.D. CMF. Fernando González Magaña

Clínica en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.E.M., Toluca, Estado de México

C.D.D.O. Blanca S. González López

Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología U.A.E.M. Toluca, Estado de México.

Resumen

Introducción: La anquiloglosia incompleta es relativamente frecuente y usualmente se debe a un frenillo corto o a su inserción anterior cercana a la punta de la lengua.

Objetivo: El propósito de este artículo es el reporte de un caso de anquiloglosia incompleta y trastornos del lenguaje en un niño de cinco años nueve meses de edad.

Material y método: El paciente fue referido por el logopeda por presentar trastornos en el lenguaje que no mejoraron después del tratamiento foniatrico. Previa historia clínica y evaluación del frenillo se realizó el tratamiento quirúrgico del frenillo mediante el corte de las fibras elásticas. Posteriormente el paciente fue referido al servicio de logopeda para continuar con su tratamiento foniatrico.

Conclusiones: Actualmente el paciente refiere mejoría en su lenguaje y se observa buena movilidad y protrusión de la lengua.

Summary

Introduction: The incomplete Ankyloglossia is relatively frequent and commonly is due to a short lingual frenum or one attached too near the tip of the tongue.

Objective: The purpose of this article is the report of a case of incomplete Ankyloglossia and disorders of the language in a child of five years nine months of age.

Material and method: The patient was referred by the language therapist for presenting speech difficulties, that they did not improve after of the phonetic treatment. Previous clinic history and evaluation of the frenum was accomplished the surgical treatment of the frenum through the court of the elastic fibers. Thereinafter the patient was referred to the service of language therapist to continue with his phonetic treatment.

Conclusions: Currently the patient refers improvement in his language and is observed good mobility and protrusion of the tongue.

Introducción

La lengua es un poderoso órgano muscular con importante inervación sensorial y motora que le permite cumplir diversas funciones. La limitación en la movilidad lingual con frecuencia se debe a la presencia de un frenillo lingual corto, ancho o fibroso.¹ El frenillo lingual, consiste en una banda fibrosa que une la lengua con el suelo de la boca o con el proceso alveolar. Se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio anterior de ésta y se vuelve hacia delante, insertándose en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.² El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula, entre los incisivos centrales, este se relaciona con el músculo geniogloso y genihioideo, el conducto de Wharton y su carúncula de salida, y así como con los conductos de Rivini, además la cercanía con la arteria, vena y nervio (lingual y las venas accesorias y raninas).³ Los frenillos se pueden dividir dependiendo de los componentes predominantes en: **a)** frenillo fibroso, compuesto de tejido conectivo y epitelial; **b)** frenillo muscular puede estar constituido por fibras de los músculos geniogloso y genihioideo; **c)** frenillo mixto o fibromuscular en el que se observan ambos componentes. En los casos de acortamiento extremo se produce anquiloglosia incompleta o completa, de modo que la porción libre de la lengua pierde su movilidad, siendo más evidente en el tercio anterior de la lengua,⁵ lo que origina en la mayoría de los casos dificultades en el lenguaje, con la imposibilidad de pronunciar determinados sonidos.

Kotlow propone una clasificación de los tipos de anquiloglosia, en el que se considera clínicamente aceptable un rango normal del frenillo lingual: mayor de 16 mm.

Clase I: ligera anquiloglosia: 12 a 16 mm.

Clase II: moderada anquiloglosia: 8 a 10 mm.

Clase III: severa anquiloglosia: 3 a 7 mm.

Clase IV: completa anquiloglosia: menos de 3 mm.

Manifestaciones clínicas

De acuerdo a su tamaño e inserción, o ambas, el frenillo puede ocasionar básicamente cinco problemas: **1.** anquiloglosia, **2.** diastema interincisal, **3.** resección paradontal, **4.** afectación

a los fonemas y **5.** desajustes de los aparatos ortodóncicos. La anquiloglosia o también llamada lengua persa⁶ se define como la restricción física del movimiento normal anterior de la lengua y en los movimientos de protrusión la lengua adquiere una forma acorazonada. En este defecto el frenillo lingual se encuentra adherido muy anterior a la punta de la lengua, alterando la fisiología mecánica de la misma, pudiendo también generar alteraciones anatómicas y funcionales en otras estructuras de la boca, además, de favorecer e incrementar la prevalencia de maloclusión dental.⁷

Indicaciones quirúrgicas

Las indicaciones quirúrgicas del frenillo lingual, son controversiales, la mayoría de autores coinciden en que debe realizarse en los casos de restricción de la movilidad lingual y alteraciones del habla. La indicación de una frenilectomía (eliminación) o frenectomía (corte) tiende a basarse en criterios funcionales como: limitación de la movilidad del ápice, presencia de una lengua bífida con limitación de la protrusión lingual anterior y/o la imposibilidad de contactar el ápice lingual anterior con la zona retrodental superior y que clínicamente se observa como una isquemia del frenillo y de su inserción.⁸

Pérez y López tras analizar mediante un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia en niños de edades comprendidas entre los 5 y 11 años, establecieron las siguientes indicaciones para la práctica de la frenectomía (corte) lingual

- Interferencia en la funcionalidad de la lengua (dificultad en su movimiento).
- Fonación deficiente (dislalias).
- Diastema entre los incisivos centrales inferiores.
- Irritación del frenillo lingual y ulceración.
- Alteraciones periodontales.
- Alteraciones de autoclisis.

Diagnóstico

El odontopediatra puede ser el primer profesional al que consulten los padres de los niños con problemas del habla y de articulación del lenguaje. Por lo tanto, es aconsejable que conozca la secuencia normal del desarrollo del habla y del lenguaje en la infancia. Así como los principales trastornos asociados.⁹ Es importante previamente al examen, elaborar una historia clínica completa con una anamnesis bien detallada, enfocada para que el niño pronuncie ciertas palabras y letras especialmente la articulación de las letras: L, R, T, D, N, TH, SH, y la Z. Clínicamente, debemos observar las características propias del frenillo sano, como: inserción, grosor, extensión, longitud y consistencia.¹⁰

La restricción en el movimiento normal de la lengua causada por un frenillo lingual corto se diagnostica cuando la lengua no puede contactar el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruirse más de 1-2 mm por fuera de los incisivos inferiores.¹

Tratamiento

El tratamiento del frenillo lingual hipertrófico o corto, puede ser conservador o quirúrgico. En el tratamiento conservador el logopeda indica una serie de ejercicios apropiados de articulación fonética como la pronunciación de la R/C/S/, sílabas trabadas (fla, fle, fli) que permiten obtener el elongamiento del frenillo lingual.¹¹ El tratamiento quirúrgico depende de la identificación del problema (frenillo corto) dentro de las cuales existen diferentes técnicas que son: escisión romboidal, plastia en Z, plastia en V-Y las cuales tienen como objetivo el alargamiento, corte o reinsición del frenillo lingual. También está indicado la cirugía cuando el tratamiento recomendado por el logopeda no ha resuelto los defectos de pronunciación "dislalia".³

Pronóstico

El porcentaje de éxito del tratamiento quirúrgico es alto, siempre y cuando el paciente desarrolle a continuación un programa de ejercicios de articulación como son pronunciar cada una de las palabras: ratón, rana, guitarra, jarrá, carrito y cigarrillo; pronunciar los sonidos fla, fle, fli, flo, flu y pronunciar palabras con estos sonidos, tan pronto como sea posible debiéndose realizarse como mínimo durante dos meses.¹¹ Si la cirugía se indicó para corregir un problema de lenguaje, sería absurdo operar



Figura 1. Vista intraoral (lesiones cariosas).



Figura 2. Incapacidad para tocar el paladar.



Figura 3. Concluido el tratamiento de rehabilitación bucal.



Figura 4. Anestesia de la punta de la lengua.



Figura 5. Tracción de la lengua.

al paciente sin tener al alcance o haber previsto el tratamiento por el logopeda, además el paciente debe realizar inmediatamente tras la cirugía una serie de ejercicios determinados por el logopeda para promover hábitos orales correctos de respiración nasal, sellado de labios que estimulen la posición normal de la lengua y el tono de la misma, promoviendo un desarrollo armónico del macizo facial y estableciéndose un circuito interrelacionado entre estructura-función. Generalmente las complicaciones tras la cirugía son raras, aunque se puede presentar:⁹ lengua anudada, inflamación lingual, sangrado, infección, daño de las glándulas submandibulares, retracción de frenillo por fibrosis con la consecuente mayor limitación de la movilidad de la lengua, hematoma en piso de boca y su compromiso por su diseminación de vías aéreas superiores en situación extrema.

Propósito

El propósito de este artículo es el reporte de un caso de anquiloglosia incompleta en un paciente masculino de cinco años nueve meses de edad. En el cual se realiza una descripción detallada del procedimiento quirúrgico y terapéutico para el tratamiento de la anquiloglosia.

Caso clínico

Paciente masculino de cinco años y nueve meses de edad que acude a la clínica de Odontopediatría, de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México, con caries de primer, segundo y tercer grado en diversos órganos dentarios temporales que requieren tratamiento conservador (Fig. 1). Paciente colaborador que responde favorablemente a las técnicas de manejo de conducta sencillas.

En el análisis de la historia clínica odontopediátrica muestra higiene oral deficiente, combinada con un consumo alto de azúcar. No se observan hábitos ni maloclusiones, los planos sagital, vertical y horizontal son normales, aunque en la exploración clínica se detecta anquiloglosia incompleta del frenillo lingual inferior. Con afectación en su pronunciación de palabras.

El paciente fué remitido al servicio de la Clínica de Especialidad de Odontopediatría de la Universidad Autónoma del Estado de México, por la terapeuta del lenguaje que después de evaluar al paciente periódicamente, sugirió la

necesidad de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico.

El diagnóstico se estableció después de la valoración dental del paciente en la unidad dental y a través de la observación de los movimientos de la lengua y de la pronunciación de letras y palabras (r, l, perro, etc.) se clasificó de acuerdo a Kotlow¹² como una anquiloglosia incompleta, confirmándose la necesidad de la intervención quirúrgica (Fig. 2).

El protocolo de rehabilitación dental se llevó a cabo en 7 citas y consistió en la remoción de lesiones cariosas, extracciones dentales, realización de pulpotomías, pulpectomías y restauración con resinas, coronas níquel cromo; Frente estético (fijo) con perla palatina; Mantenedor de espacio (fijo) Sellador de fresas y fisuras (Fig. 3).

El tratamiento de la anquiloglosia se realizó al concluir los procedimientos de rehabilitación, se empleó la técnica quirúrgica romboidal para corte y alargamiento del frenillo lingual. Previa anestesia troncular lingual bilateral y puntos locales a cada lado del frenillo y de la punta (Fig. 4), se pasó un punto de sutura de seda del 4 cero en la punta lingual, para tracción e inmovilización que evite el riesgo de movimientos involuntarios del paciente y permita una buena visualización del frenillo, (Fig. 5). A continuación, se realizó una incisión transversal a través de la mucosa 1 cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de Warton de las glándulas submaxilares, apoyando la hoja del bisturí del n°15 o tijeras finas, en dirección horizontal y perpendicular al frenillo, traccionando la lengua, logrando de esta forma el corte y elongación del frenillo (Fig. 6). Una vez que se liberó la mucosa, la disección roma se limitó a la línea media. El músculo genio-gloso se seccionó transversalmente con las tijeras, hasta obtener el grado de movilidad lingual deseado. Se realiza hemostasia por compresión y se sutura la mucosa con sutura vicryl 4/0 con puntos simples (Fig. 7). Se dan indicaciones posoperatorias mediatas en sus primeras 12 horas.

Solicitando posteriormente iniciar movimientos ó terapia lingual hasta su cita a control y retiro de puntos.

Discusión

La anquiloglosia parcial o completa es un trastorno del desarrollo relativamente frecuente,⁴ usualmente se detecta cuando el paciente pre-



Figura 6. Seccionada transversalmente con las tijeras o bisturí.

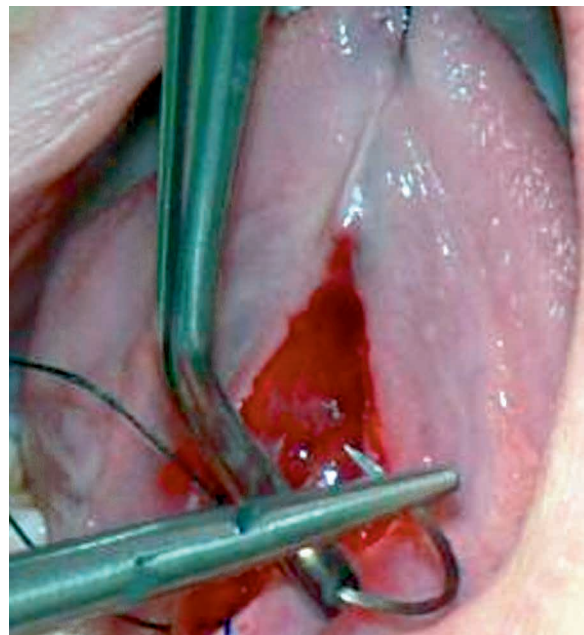


Figura 7. Sutura.

senta alteraciones del lenguaje.¹³ En el caso clínico que se presenta, la madre acudió al logopeda una vez que notó dificultad en el habla del niño.

El tratamiento de anquiloglosia debe ser confirmado por un terapeuta del lenguaje (11), quién después de establecer un programa de ejercicios cuenta con los elementos para solicitar la evaluación y apoyo de un especialista para valorar el tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia.

El procedimiento quirúrgico es sencillo pero debe realizarlo un especialista en cirugía bucal



o maxilofacial para reducir el riesgo de daño a estructuras vecinas.⁹

Existen tres tipos de técnicas para la corrección del frenillo lingual corta, la romboidal consiste en cortar con el objetivo de elongar el frenillo. La "Z" plastia es cambiar la dirección de las fibras. Las dos tienen como objetivo el alargamiento de la lengua y por consiguiente su función normal. La técnica romboidal está indicada para los frenillos cortos que involucren tejido mucofibroso, y en la técnica de Z plastia se utiliza para los frenillos cortos que además de tejido mucofibroso involucran al músculo geniogloso.¹³

La técnica que se utilizó en el paciente fue el corte y elongación de las fibras elásticas del frenillo (romboidal), debido al tipo de inserción que presentaba el frenillo, la apreciación durante la cirugía sugiere que se trata de un frenillo de tipo incompleto (membranoso y fibroso), el resultado del procedimiento fue exitoso ya que se consiguió la adecuada movilidad de la lengua.¹³

La remoción de la sutura se llevó a cabo transcurridos 5 días y se programaron citas de controles al mes, 6 meses y 1 año. Es fundamental que la colaboración del paciente durante y después del acto operatorio, para favorecer la recuperación de los tejidos. Así, el paciente debe realizar los ejercicios determinados por el logopeda.

En caso de que el paciente después del tratamiento no presente mejoría en el trastorno del lenguaje debe descartarse la presencia de factores físicos, ambientales, emocionales o neurológicos, que influyan en el niño para que no lleve a cabo los ejercicios determinados por el logopeda.

Conclusión

1. El odontopediatra debe estar familiarizado con la anquiloglosia y sus complicaciones, en el examen del paciente es conveniente incluir la evaluación del lenguaje para detectar la presencia de dislalias y orientar a los padres sobre la necesidad de acudir con un logopeda.
2. La anquiloglosia parcial es un trastorno común, con frecuencia los trastornos del lenguaje derivados de un frenillo corto se tratan conservadoramente, cuando las dislalias no muestran mejoría después del tratamiento establecido por el Logopeda, se requiere de una intervención quirúrgica.
3. El procedimiento quirúrgico idealmente debe ser realizado por un Cirujano Bucal o Maxilofacial quién decidirá la técnica más adecuada considerando el tipo de frenillo de que se trate, el tratamiento quirúrgico debe estar precedido por el tratamiento del lenguaje para asegurar el éxito del tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Martínez- González JM, Ribelles M, Sáez S, Bellet L (1993). Frenillos Bucales. Nuevo Enfoque Terapéutico. Revista Europea de Odontología Estomatológica; 6(5): 177-182.
2. Boj JR, Bellet Dalmau (2004). Procedimientos asociados a cirugía oral en el paciente infantil y adolescentes. Odontopediatría. Barcelona: Masson SA. 23-25.
3. Peñarrocha MA, Ribelles L.M (2003). Frenillos bucales. Tratamiento quirúrgico y consideraciones ortodóncicas. Archivos de Odontología Estomatológica. 19 (1): 41-49
4. Dauder (1995). Cirugía de los Frenillos Bucales. Oris. Pág. 11-12.
5. Ruiz P. Los Hábitos (2004). El Paciente de Ortodoncia. Barcelona: Club de Autores. Pág. 21-23.
6. Guedes-Pinto AC (2003). Cirugía en Odontopediatría. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. Atención Integral. Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica CA. Págs. 15-17.
7. Peñarrocha M (2000). Frenillos bucales. Cirugía Bucal. Valencia: Promolibro, cap 16. Pág 142-144
8. Sánchez-Ruiz I, Ribelles M, Sáez S, Bellet L (1999) Sección del frenillo sublingual. Son las indicaciones correctas? Cirugía Pediátrica.

Pág 74-76.

9. Pérez N, López M (2002). Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana Estomatológica. v. 39 n.3.
10. Kupietzky Ari, Botzer E. (2004). Ankyloglossia in the infant and young child: Clinical suggestions for diagnosis and management. Pediatric Dentistry-27:1. 2005. 42-47.
11. Serón y Aguilar (2003-2004). Bases pedagógicas. 5ta edición. Pág. 51-56.
12. Laurence A, Kotlow. Ankyloglossia (tongue-tie) (2004): A diagnostic and quandary. Pág 259-262.
13. Kaban L.B. (1999). Cirugía bucal y maxilofacial en niños. California. 2da edición. Pág. 133-143.
14. Alden J P. (2003). Cirugía para tratar el frenillo lingual. 2(3) 115-117
15. Ballard J.L, Auer E. (2002): Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. Pág. 32-38
16. Ruffoli R Sáez Martínez (2005). Ankyloglossia: a morphofunctional investigation in children. Oral Diseases. Pág. 5-9