

Sección del frenillo sublingual ¿Son las indicaciones correctas?

I. Sánchez-Ruiz, G. González Landa, V. Pérez González, L. Sánchez Fernández, C. Prado Fernández,
I. Azcona Zorrilla, J.L. López Cedrún, R. de Celis Vara

Servicio de Cirugía Infantil, Hospital de Cruces, Servicio Vasco de Salud, Baracaldo.

RESUMEN: Objetivo. Conocer la relación del frenillo sublingual con el habla y otras funciones orales, valorando las indicaciones quirúrgicas y el resultado de la sección del frenillo.

Material y método. En 1997 han sido intervenidos 72 niños por presentar frenillo sublingual. Hemos realizado una encuesta telefónica a sus madres, obteniendo datos sobre: edad de intervención, motivo de consulta, hallazgos clínicos preoperatorios, profesional que envía el paciente, logopedia pre-postoperatoria, lugar y tipo de anestesia e impresión de la madre sobre el resultado.

Resultados. Se obtienen 50 encuestas válidas. La edad media a la frenilectomía ha sido 3,03 años, el 38% de los niños acudieron por dificultades del habla, 60% por anquiloglosia y 2% por alteraciones del desarrollo dento-facial. El paciente ha sido enviado por el pediatra y el logopeda, respectivamente, en el 70% y 14% de los casos. Se ha realizado logoterapia preoperatoria en 20% y postoperatoria en el 30%. En el 48% de los casos no es posible valorar el habla por ser menores de 2 años de edad. En la reevaluación multidisciplinar, de los 11 casos con resultados cuestionables se destaca que en 7 de ellos se aprecia una disfunción lingual con escaso control, cuatro casos con alteraciones deglutorias y tres casos con alteraciones de la mordida, secundarias a disfunción lingual o de los hábitos orales.

Conclusión. La presencia de frenillo anatómico no justifica por sí sola la sección del mismo; la indicación quirúrgica se hará cuando el frenillo sea responsable de la alteración de alguna de las funciones orolinguales, tales como: del habla, de la oclusión, de la deglución y/o causa de hábitos orales anómalos.

PALABRAS CLAVE: Frenillo sublingual; Hábitos orales; Errores articulatorios; Deglución atípica; Desarrollo dento-facial.

SURGICAL SECTION OF LINGUAL FRENULUM

ABSTRACT: Objective. To see the relationship of the lingual frenum with speech and other oral functions, evaluating the surgical indications and the results of frenectomy.

Material and methods. In 1997 we operated 72 children with sublingual frenulum, a telephone questionnaire to the mothers of these patients was done, obtaining data about: age at surgery, professional reasons for referral, preoperative findings, pre-post operative speech therapy, place of surgery and type of anesthesia and mother's impression about the final result.

Correspondencia: Gonzalo González Landa, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital de Cruces, Plaza de Cruces s/n, 48903 Baracaldo, Vizcaya.

Results. Fifty valid questionnaires were obtained, the mean age at frenectomy was 3.03 years, 38% of children were sent due to speech problems, 60% due to some degree of tongue-tie and 2% due to dento-facial developmental anomalies. In 70% the patients were sent by a pediatrician and in 14% by a speech therapist. In 20% preoperative speech therapy was done and postoperatively in 30%. In 48% of cases, aged less than 2 years, speech was not possible to be evaluated. In the 11 cases with questionable results, a multidisciplinary reevaluation showed 7 cases with lingual dysfunction and poor tongue control, 4 cases with deglutory anomalies and 3 cases with orofacial occlusal problems secondary to lingual dysfunction or altered oral habits.

Conclusions. The presence of a nondisturbing lingual frenulum does not justify its surgical section, the frenectomy is indicated only in presence of altered oro-lingual functions caused by the tongue-tie such as: speech problems, errors of bite and deglutition, lingual dysfunction and anomalous oral habits.

KEY WORDS: Lingual frenulum; Oral habits; Articulatory errors; Atypical deglutition; Dento-facial development.

INTRODUCCIÓN

La lengua es un órgano multipotencial que participa en diversas funciones específicas (masticación, deglución, habla, respiración y desarrollo dento-facial), siendo la época del lactante y los 2-3 primeros años de vida los más importantes para la adquisición de hábitos correctos que afectan directamente al adecuado control lingual; el frenillo lingual puede ser una de las causas de alteración de estas funciones.

La anquiloglosia es una anomalía congénita en la que el frenillo sublingual se adhiere a la punta de la lengua, produciendo diversos grados de limitación de su función.

Existe controversia en el tratamiento de esta patología, por lo que se ha creído necesario realizar una revisión crítica de las indicaciones quirúrgicas, edad, pauta de tratamiento y del resultado final.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo ha sido analizar las indica-

Deficiencia deglutoria del lactante y daño al pecho.
 Impedimento a la movilidad lingual.
 Alteraciones articulatorias del habla.
 Alteración dento-facial.

Figura 1. Frenillo sublingual. Motivos de intervención.

ciones quirúrgicas en niños con frenillo sublingual, evaluar el resultado de la intervención y efectuar una reevaluación multidisciplinar de los casos con resultados cuestionables tanto desde el punto de vista del habla como de otras funciones oro-linguales.

MATERIAL Y MÉTODO

Del listado de 72 intervenciones de frenectomía sublingual realizadas en 1997 en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital de Cruces, se ha intentado contactar por vía telefónica, al menos en tres ocasiones, en un período de dos semanas, con los padres de estos niños, obteniéndose 50 encuestas telefónicas válidas.

Por el cuestionario y la revisión de la historia clínica los datos recogidos han sido: edad del niño en el momento de la intervención, motivo de la consulta, hallazgos clínicos del frenillo, profesional que envía al paciente, realización o no de tratamiento logopédico preoperatorio, realización de la frenectomía con o sin anestesia, resultado anatómico de la intervención, realización o no de logopedia postoperatoria y resultado final.

Las indicaciones de sección del frenillo sublingual se muestran en la figura 1.

El tratamiento quirúrgico de los lactantes fue realizado generalmente en consultas externas, sin anestesia, practicándose la sección simple del frenillo. En los niños de más edad la intervención se ha realizado en quirófano con anestesia general en régimen ambulatorio, habiéndose practicado la sección simple o Z-plastia del frenillo dependiendo de la gravedad y/o sintomatología.

El período de seguimiento tras la sección del frenillo ha sido superior a seis meses en todos los casos.

Los pacientes en los que su madre mostrara alguna duda o deficiencia sobre el resultado final de la intervención han sido llamados para reevaluación multidisciplinar con participación conjunta de cirujano, logopeda y dentista, realizada en la Unidad de Funcionalismo Velofaríngeo del Servicio de Cirugía Infantil.

En esta reexploración clínica se ha valorado el resultado anatómico y funcional de la frenillectomía. En el resultado funcional se valora la movilidad y control lingual para el habla observando cómo es la articulación con las consonantes

Tabla I Motivo de intervención según la edad

	0-2 años	3-13 años
Deficiencia del habla		19 (38%)
Fijación de lengua	29 (58%)	1 (2%)
Defecto dentofacial		1 (2%)

Tabla II Motivo de intervención. Exploración física

	Bifidez lingual	Descenso movilidad	Frenillo anatómico	Total
Defecto habla	8	8	3	19 (38%)
Fijación lingual	10	1	19	30 (60%)
Defecto dental			1	1 (2%)
Total	18 (36%)	9 (18%)	23 (46%)	50

R, RR, D y T, la movilidad con la masticación y el apoyo lingual en la fase oral de la deglución, y finalmente si se aprecian alteraciones de la mordida asociadas a disfunción lingual.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes frenillectomizados ha sido de 3,03 años \pm 3,41, mínimo 2 semanas y máximo 13 años. Los casos intervenidos por debajo de 3 años de edad han sido 28 (58%), de los que en un 50% la frenillectomía fue profiláctica en época de lactante precoz y el 20% presentaba un frenillo severo; en el grupo de mayores de 3 años, 21 casos (42%), la indicación quirúrgica fue correcta por alteración articulatoria.

El motivo de la intervención ha sido el siguiente: por dificultades del habla 19 casos (38%), por anquiloglosia más o menos evidente en 30 casos (60%), y por alteraciones del desarrollo dentofacial en un caso (2%); no hemos tenido ningún caso intervenido por dificultades deglutorias o molestias-llagas del pecho materno. La relación entre el motivo de intervención y la edad se muestra en la tabla I.

El hallazgo más significativo en la exploración clínica de la movilidad y la funcionalidad de la lengua ha sido: bifidez al intentar protruir la lengua en 18 casos (36%), imposibilidad de elevarla en 9 casos (18%), existencia de frenillo anatómico sin excesiva limitación de la movilidad en 23 casos (46%). La bifidez lingual y descenso de la movilidad lingual representan una indicación absoluta de frenillectomía, la presencia de frenillo anatómico sin alteración de las funciones linguales no justifican por sí mismos la frenillectomía. La relación entre el motivo de intervención y la exploración se muestran en la tabla II.

Tabla III Motivo de intervención según referencia

	Logopeda	Pediatra	Otra cirugía	Total
Defecto habla	7	11	1	19 (38%)
Fijación lingual		23	7	30 (60%)
Defecto dental		1		1 (2%)
Total	7 (14%)	35 (70%)	8 (16%)	50

Los pacientes fueron referidos por su pediatra ya sea en la época perinatal o hasta los 2 años de edad por apreciar un frenillo anatómico, por el logopeda debido a alteraciones de la articulación del habla a partir de los 3 años de edad, o por el propio cirujano que aprecia un frenillo, practicándose la sección del mismo coincidiendo con otra intervención.

El profesional que ha referido al paciente para frenectomía ha sido: el logopeda en 7 ocasiones (14%), el pediatra en 35 casos (70%) y el cirujano que aprecia un frenillo coincidiendo con otra intervención en 8 casos (16%). La relación entre el motivo de envío y el especialista que refiere queda reflejado en la tabla III.

El lugar donde se ha realizado la intervención ha sido: en las consultas externas de cirugía infantil, sin anestesia, en 13 casos (26%), y en quirófano con anestesia general en 37 casos (74%).

Se realizó logoterapia preoperatoria en 10 casos (20%) y postoperatoria en 15 casos (30%).

La valoración de los resultados, al menos 6 meses después de la intervención, ha sido la siguiente: mejoría anatómica y funcional del frenillo en 46 casos (92%), mejoría anatómica (sin frenillo residual) en los que persiste disfunción lingual con alteraciones del habla en cuatro casos (8%), y recidiva del frenillo en un caso (2%) que precisó nueva intervención.

La evaluación del resultado funcional del habla en 26 casos ha sido: excelente en 18 casos (69,2%), regular en 8 casos (30,8%) en pacientes con alteraciones del habla que no han respondido totalmente en estos 6 meses de seguimiento. Debido a la escasa edad del paciente en el momento de la frenectomía, no es posible evaluar el resultado del habla en 24 casos (48%) (Tabla IV).

Durante la realización de la encuesta se ha tomado nota de 11 pacientes que pudieran tener alguna deficiencia de las funciones orofaciales, que han sido reexplorados conjuntamente por cirujano, logopeda y dentista: cinco casos de defectos articulatorios leves en niños de 2-5 años de edad con maduración no completa y bajo control lingual que no habían recibido tratamiento logopédico (con excepción de un caso); dos casos de alteraciones articulatorias en niños de 7 a 14 años, con bajo control lingual que no habían seguido tratamiento logopédico; cuatro casos con una deglución errónea, con apoyo lingual anómalo; tres casos de alteraciones de la mordida, dos de ellos secundarios a succión de chupete o

Tabla IV Motivo de intervención. Resultado actual

	Excelente/Bueno	Defecto del habla	Total
Defecto habla	12	7	19
Fijación lingual	5	1	6
Defecto dental	1		1
Total	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26

dedo y otro por deglución atípica; dos casos de respiración oral y un caso que desconocía la respiración diafragmática. Únicamente dos de estos 11 niños han presentado una exploración normal.

DISCUSIÓN

Es importante destacar que diversas patologías de la región oro-facial pueden dar lugar a alteraciones funcionales similares, por lo que es fundamental llegar al correcto diagnóstico. Es frecuente en la práctica diaria encontrar pacientes que presentan hábitos orales, respiratorios y posturales erróneos que afectan al funcionamiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, lo que en presencia de un frenillo sublingual magnifica el problema.

Existe una gran controversia sobre las indicaciones quirúrgicas del frenillo sublingual, las más frecuentes son restricción de la movilidad lingual y alteraciones del habla, en alguna serie el 38% de los casos eran asintomáticos⁽¹⁾.

Los síntomas de presentación por dificultades de succión o deglutorias secundarias a frenillo sublingual pueden representar el 10% de alguna casuística aunque en general son raras y se presentan en época perinatal, pudiendo ser causa de dolor e irritación del pezón; en nuestra experiencia estas causas no han sido diagnosticadas⁽²⁻⁴⁾.

La única justificación de la sección del frenillo sublingual en época perinatal son los contados casos de alteraciones deglutorias o dificultades de succión que ocasionan molestias en el pecho materno y/o aquellos casos con una limitación clara de la movilidad lingual, la presencia de un frenillo simple no justifica por sí solo la intervención quirúrgica «profiláctica», desaconsejamos la frenillectomía del lactante con anestesia general. Creemos que en nuestra casuística hay indicaciones quirúrgicas muy liberales en estos dos apartados, que debieran ser corregidas con una mejora de información de los padres y profesionales⁽⁴⁻⁶⁾.

El envío por parte del pediatra, tanto para tratamiento logopédico como para cirugía, ha de basarse en criterios funcionales, en los que exista una limitación de la movilidad del ápice, observando la presencia de una lengua bífida cuando se intenta la protrusión lingual anterior y/o la imposibilidad de contactar el ápice lingual con la zona retrodental superior constatándose además un aumento de la palidez del frenillo.

El envío para frenectomía por alteraciones de la articulación del habla, en general dificultades con la «r», se recomienda sea realizado después de la valoración por el logopeda y tras un período de entrenamiento previo en el que se comprueba la elasticidad del frenillo y se inician los ejercicios básicos de postura, movilidad y tono lingual que una vez ejercitado decidirá si existe o no impedimento a la movilidad que haga necesaria la cirugía del frenillo.

Se deberá prestar más atención a promover unos correctos hábitos linguales: posición de la lengua en reposo dentro de las arcadas dentarias, apoyo del ápice lingual en la ruga palatina en el momento de la deglución, estimular el adecuado control y movilidad de la lengua. La lengua es una estructura multifuncional que debe ser entrenada y la masticación es un método muy útil para lograr un mejor control de los movimientos linguales, por lo que a partir del año y medio de edad se deben estimular los ejercicios masticatorios aportando alimentos sin triturar.

Se deben de promover hábitos orales correctos de respiración nasal, sellado de labios que estimulan la posición normal de la lengua y el tono de la misma, promoviendo un desarrollo armónico del macizo facial, estableciéndose un circuito interrelacionado entre estructura-función⁽⁷⁾.

Las causas de alteración dental o alteraciones del crecimiento facial producidas por el frenillo son secundarias, debidas a la dificultad de colocar el ápice lingual en el lugar correcto de la ruga palatina durante la deglución, provocando una protrusión mandibular por estimulación repetida⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La sección del frenillo resuelve la dificultad anatómica,

pero la correcta utilización de la lengua requiere una rehabilitación funcional pre-postoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright JE. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 1995;**31**:276-8.
2. Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breast feeding problems. *J Hum Lact* 1990;**6**:117-21.
3. Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenum) a cause of breast-feeding problems. *J Hum Lact* 1990;**6**:113-15.
4. Wiessinger D, Miller M. Breast-feeding difficulties as a result of tight lingual and labial frena: a case report. *J Hum Lact* 1995;**11**:313-16.
5. Ward N. Ankyloglossia: a case study in which clipping was not necessary. *J Hum Lact* 1990;**6**:126-27.
6. Berg KL. Tongue-tie (ankyloglossia) and breast-feeding: a review. *J Hum Lact* 1990;**109**-12.
7. Padovan BA. Neurofunctional reorganization in myo-osteo-dento-facial disorders: complementary roles of orthodontics, speech and myofunctional therapy. *Int J Orofacial Myology* 1995;**21**:33-40.
8. Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; Suppl 153:3-20.
9. Fellus P. Dynamic and postural changes in the tongue: influence of facial growth. *Mondo Ortod* 1989;**14**:791-98.
10. Dahan J. Tongue disorders and jaw deformities. Nosological aspects and therapeutical concepts. *Mondo Ortod* 1989;**14**:777-89.