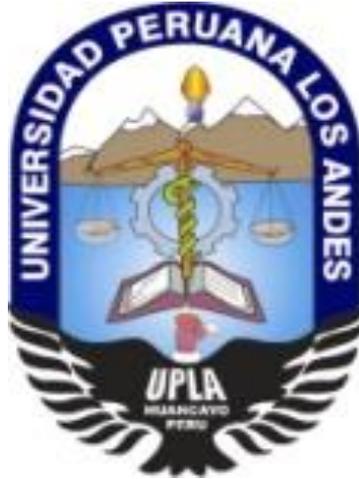


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TITULO : FRENECTOMÍA LINGUAL EN UN PACIENTE  
INFANTE CON ANQUILOGLOSIA**

**Para optar :** El título profesional de Cirujano Dentista

**Autor :** Bachiller Betzabe Pariona Alfaro

**Asesor :** MG. García Gutiérrez María Antonieta

**Línea de Investigación Institucional:** Salud y Gestión de la Salud

**Lugar o institución de investigación:** Huancayo

HUANCAYO – PERÚ

2021

## **DEDICATORIA**

A ustedes padres míos que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante y todas las personas que estuvieron apoyando está dedicado el presente caso clínico, gracias por todo.

## **AGRADECIMIENTO**

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A ustedes mis queridos docentes por incentivar me a la investigación y la paciencia por lograr los conocimientos para toda mi vida

**Índice**

RESUMEN .....	6
ABSTRAC .....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I .....	9
DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA .....	9
OBJETIVO GENERAL .....	9
JUSTIFICACIÓN.....	9
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
NACIONALES.....	11
INTERNACIONALES.....	12
BASES TEÓRICAS .....	14
Frenillo lingual: .....	14
Anquiloglosia: .....	14
Etiología: .....	14
Tipos: .....	15
Clasificación: .....	15
Clínica: .....	16
Manejo:.....	16
Tratamiento:.....	17
CAPÍTULO III .....	19
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO .....	19
Historia clínica: .....	19
CONCLUSIONES.....	26

APORTES .....	27
BIBLIOGRAFIA .....	28

## RESUMEN

La formación de la lengua se da entre la 4<sup>a</sup> y 7<sup>a</sup> semana de vida intrauterina y el frenillo tiene una importancia para su crecimiento, el frenillo es un resto mucoso resultante variando en su tamaño y grado de fijación en la boca<sup>1</sup>. El término Anquiloglosia deriva de del griego “agklios” significa corvada y “glossa” lengua<sup>2</sup>. El frenillo corto en la lengua llamado también Anquiloglosia, constituye una patología con etiología genética. Su función principal es mantener los labios y la lengua en armonía con los huesos del macizo facial durante el crecimiento fetal que a futuro evitara el acrobatismo lingual<sup>3</sup>. La Organización mundial de la salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida<sup>4</sup>, su incidencia afecta entre 1 a 12% de los lactantes<sup>5</sup>.

El objetivo del presente caso clínico es detallar el tratamiento de una frenectomía lingual de una Anquiloglosia en un infante.

El caso se presenta con la explicación de la madre comunicando que su menor hijo de 5 años de edad tiene limitaciones en el movimiento de la lengua y que no puede sacar su lengüita y que no puede comer bien los alimentos ya que limita éste y nota que a veces traga los alimentos sin triturarlos bien y que le llevó a diferentes especialistas y le recomendaron una cirugía al frenillo de la lengua derivándolo al cirujano dentista.

El diagnóstico fue Anquiloglosia y el tratamiento que se realizó fue una frenectomía lingual con buen pronóstico y sin problema a sus controles y dándole de alta.

**Palabras clave:** Anquiloglosia, frenectomía, Lactancia materna, pronunciación.

## ABSTRAC

The formation of the tongue occurs between the 4th and 7th week of intrauterine life and the frenulum is important for its growth. The frenulum is a mucous remnant that varies in size and degree of fixation in the mouth<sup>1</sup>. The term Ankyloglossia derives from from the Greek “agklios” means crooked and “glossa” tongue<sup>2</sup>. The short frenulum on the tongue, also called Ankyloglossia, constitutes a pathology with a genetic etiology. Its main function is to keep the lips and tongue in harmony with the bones of the facial mass during fetal growth, which in the future will prevent tongue acrobatism<sup>3</sup>. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding up to 6 months of life<sup>4</sup>, its incidence affects between 1 to 12% of infants<sup>5</sup>.

The objective of this clinical case is to detail the treatment of a lingual frenectomy of an Ankyloglossia in an infant.

The case is presented with the explanation of the mother stating that her youngest 5-year-old son has limitations in the movement of his tongue and that he cannot stick out his little tongue and that he cannot eat food well since it limits it and he notices that sometimes he swallows food without grinding it well and that took him to different specialists and they recommended surgery on the frenulum of the tongue, referring him to the dental surgeon.

The diagnosis was Ankyloglossia and the treatment that was carried out was a lingual frenectomy with a good prognosis and without any problem to his controls and discharged him.

**Keywords:** Ankyloglossia, frenectomy, Breastfeeding, pronunciation.

## INTRODUCCIÓN

Los casos de incidencia de Anquiloglosia que se presentan a nivel mundial es hasta un 12% según la OMS<sup>4,5</sup>. La población peruana también no está exento de esta patología de la lengua corta que se manifiesta y según los investigadores tiene un carácter genético.

El tratamiento cuenta con la frenectomía lingual según sea el caso a intervenir como es en el nacimiento que evita el amamantamiento del recién nacido y en la madre localmente con heridas en el pezón, baja producción de leche como rechazo del pecho y así el cese de la lactancia materna<sup>6</sup>. Este tipo de casos obligará al especialista a tratar quirúrgicamente. Según los tipos de frenillos que se presentan o a través de la evaluación también si no altera el amamantamiento y hay buena deglución de la leche se esperara al crecimiento cráneo facial y así hacer un estudio si va a ingresar al acto quirúrgico o será con terapia del lenguaje o fonoaudiología para su rehabilitación del infante.

Es importante que en el área de la odontología se tenga en cuenta varios aspectos para su intervención ya que tenemos que tener en cuenta la parte anatómica para su intervención y también que se tiene que trabajar con diferentes especialidades de la mano para la mejora de nuestro paciente.

En la clasificación de los tipos de frenillo lingual, este caso se presenta una forma de corazón al sacar la lengua del paciente el presenta la limitación de la lengua y se maneja la intervención quirúrgica el cual servirá a la comunidad odontológica como un caso más para el conocimiento científico a futuro y posterior aplicación también.

La evolución de este tipo de casos es de buen pronóstico ya que el tratamiento con conocimientos y experiencia suele ser rápida para el odontólogo y así según el caso se derivará a las especialidades como ortodoncia, prostodoncia, fonoaudiología, terapia del lenguaje entre otros.

## **CAPITULO I**

### **DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

La incidencia de Anquiloglosia bordea entre el 1 al 12% de los lactantes, algunas investigaciones atribuyen a la genética, otros a la administración del ácido fólico pregestacional<sup>7</sup>.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y posterior introducción de alimentos complementarios hasta los 2 años de edad o más, la anquiloglosia puede alterar esta recomendación que puede traer con ello consecuencias tanto en la madre como en el bebe y en su futuro crecimiento si no es tratado a tiempo<sup>8</sup>.

Suele ser más frecuente en varones que en mujeres, en la mayoría de casos no viene acompañado de alguna anomalía congénita, pero se puede asociar con el síndrome de Ehlers-Danlos, Pierre Robin, Síndrome orofacial digital, la estenosis pilórica hipertrófica infantil, el paladar hendido ligado al cromosoma X<sup>9</sup>.

### **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo del presente caso clínico es detallar el tratamiento de una frenectomía lingual de una anquiloglosia en un infante.

### **JUSTIFICACIÓN**

La justificación del caso clínico a presentar tiene un carácter práctico el cual doy a conocer los pasos en el tratamiento de una anquiloglosia en un infante y se demostrara a través de los procedimientos el resultado final y el alta del paciente, también puedo decir que ayudará a solucionar a través de los procedimientos clínicos para su posterior rehabilitación a su alteración por diferente motivo del cual puede ocasionar diastemas, problemas en el movimiento de la lengua, fonación, deglución, en el nacimiento el amamantamiento.

También puede decir que tiene una justificación social ya que este caso clínico beneficiara a la población en especial a los padres de familia que desconocen de este tipo de patologías y muchas veces desesperan por el tratamiento o no le hacen el tratamiento el cual puede llegar a agravar la enfermedad y crear más alteraciones bucales.

También puedo decir que va a beneficiar a la comunidad odontológica como también a los intervinientes como alumnos para tomar un ejemplo de la aplicación quirúrgica de la anquiloglosia en el infante.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### NACIONALES

**Marcos U. Reynoso S.** En el 2021 presentan una investigación de la “frecuencia de anquiloglosia en escolares de una institución educativa de Lima”, con el objetivo de determinar la frecuencia de anquiloglosia en dicha institución con un tipo de estudio descriptivo básico transversal no experimental, con una población de 178 alumnos entre 6 a 12 años según grado y edad encontrando como resultado un 59.6% de anquiloglosia según la clasificación de Kotlov<sup>10</sup>.

**Cerna K.** En el 2020 en Lima realizó un estudio “Prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta odontopediátrica en el instituto nacional materno perinatal de Lima en el período 2017-2019” con el objetivo de determinar la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en la primera consulta odontopediátrica en Lima Perú. Con un estudio de tipo longitudinal retrospectivo con una población de 1408 recién nacidos de ambos sexos durante los años 2017 – 2019 con resultado de 20.6% y dándose más en el sexo masculino el cual al 50% de ellos se realizó frenectomía con la conclusión que al pasar los años disminuye el porcentaje de frenillo corto tras evaluaciones continuas<sup>11</sup>.

**Benites R.** En el año 2017 realizó en Trujillo una investigación sobre la “prevalencia de anquiloglosia en niños de 6 a 10 años de edad en institución educativa del Perú” con el objetivo de determinar la prevalencia en niños de dicha institución educativa según sexo y grado de estudio con un tipo de estudio descriptivo, transversal no experimental, con una población de 180 alumnos, con unos resultados de un 10.55% de niños anquiloglosia y un prevaeciente de 7.22% en varones en los primeros grados de primaria concluyendo que la

prevalencia de anquiloglosia fue mayor en varones que en mujeres y con mayor porcentaje en el primer grado<sup>12</sup>.

**Coacalla V.** En el 2017 presentó una investigación titulada “Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito – Puno, 2016” con el objetivo de determinar la prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años. En un estudio realizado en 110 niños de ambos géneros, se utilizó una sonda acanalada de Petit, y según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker. Con un tipo de estudio descriptivo transversal con resultados que se encontraron según Coryllos tipo III un 53% y en segundo lugar un tipo IV con 30% y la clasificación de Hazelbaker presentó un tipo perfecto de 70% segundo lugar aceptable un 19% y un tipo alterado de 10.91% el cual se recomendaba evaluar una frenectomía<sup>13</sup>.

## **INTERNACIONALES**

**Alvarado D. Vélez L.** En el 2018 en una investigación de nombre “Incidencia de anquiloglosia en niños de 0 a 6 meses en el centro de rehabilitación integral Especializado CRIE” en Ecuador tuvo como objetivo de determinar la incidencia de anquiloglosia en el centro de rehabilitación con un estudio de tipo descriptivo transversal con un instrumento de evaluación “Test de la lenguita” con una población de 134 niños de 0 a 6 meses de edad con el siguiente resultado el 25.4% presentó anquiloglosia, con mayor incidencia en el género femenino en un 14.9%<sup>14</sup>.

**Eisler L., Simoni, Feijó, & Faltin.** El 2017 en una investigación examinaron literaturas “sobre la influencia del frenillo lingual corto en el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático”, llegando a la conclusión que la anquiloglosia está estrechamente ligada a las maloclusiones, desequilibrios funcionales y anatómicos en el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático<sup>15</sup>.

**Tamayo Y et al.** En el 2018 introdujo una investigación en Cuba una investigación titulada “Presencia de Anquiloglosia en un período de tres años” con un estudio de tipo transversal en una clínica estomatológica de Cuba con una población de 1095 infantes de ambos sexos, llegando a resultados que existía anquiloglosia en un 4.21% en el género femenino y 4.19% en el género masculino<sup>16</sup>.

**Orte E. et al.** En el 2017 en España presenta una investigación titulada “La Anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento” con el objetivo de conocer la evidencia científica y sus posibles alteraciones en la lactancia materna, su diagnóstico y tratamiento, en búsqueda de bases de datos como “Pubmed, Cochrane, Library, Lilacs”, entre otros entre el 2008 al 2017 con resultados que si existen alteración que repercuten tanto en el lactante como en la madre y que en el diagnóstico y tratamiento existen controversias en su intervención<sup>17</sup>.

## **BASES TEÓRICAS**

### **Frenillo lingual:**

Es una formación de pliegue mucoso que se localiza en el vientre de la lengua con el piso de la cavidad bucal en forma vertical<sup>18</sup>.

### **Anquiloglosia:**

La palabra anquiloglosia proviene de años atrás y podemos decir a través de investigaciones que proviene del griego “agklios” que significa corvada y “glossa” lengua. Se incluirá que es una lengua corta anormal que se observa en los recién nacidos que va a dificultar el movimiento de la lengua y crea cierta controversia entre su tratamiento<sup>19</sup>.

### **Etiología:**

Según los estudios tiene una etiología desconocida pero que la genética juega un papel importante y puede asociarse a diferentes síndromes<sup>20</sup>.

### **Diagnóstico:**

Tanto el pediatra como el odontopediatra son consultados para realizar su diagnóstico, en las madres por ejemplo que dan de lactar se presentan dolor y heridas en el pezón y baja producción de leche y en el lactante rechazo del pecho como tomas largas e ingesta de aire y por ende cese de la lactancia materna, en este caso se llegaría a pensar que uno de los problemas sería el frenillo lingual corto, tenso o grueso que va a dificultar la movilidad lingual<sup>6,7</sup>.

La OMS reconoce la lactancia materna por 6 meses sin que se vea afectada este, pero un factor que puede afectar puede ser la anquiloglosia del lactante y su prevalencia puede ser entre 0,1 a 12 % y suele ser más frecuente en varones<sup>21</sup>.

## **Tipos:**

### **Frenillo fibroso:**

Compuesto de tejido conectivo y mucosa

### **Frenillo muscular:**

Es cuando está comprometido el tejido muscular estos músculos pueden ser:

músculo geniogloso, músculo gen hioideo.

### **Frenillo mixto o fibro muscular**

## **Clasificación:**

Clasificaciones hay varias, pero los más destacados y utilizados en investigaciones son los de Corillos y Kotlow<sup>22</sup>, ellos lo dividieron en 4 tipos y son los siguientes:

### **CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE FRENILLO SEGÚN CORILLOS Y COTLOW**

	<b>Coryllos</b>	<b>Kotlow</b>
<b>Anterior</b>	Tipo I: <ul style="list-style-type: none"><li>• Frenillo fino y elástico</li><li>• Lengua anclada desde la punta al surco alveolar</li><li>• No es posible elevarla ni extenderla</li></ul>	Clase IV (completa): <3 mm
	Tipo II: <ul style="list-style-type: none"><li>• Frenillo fino y elástico</li><li>• Lengua anclada desde 2-4 mm de la punta al surco alveolar</li><li>• Impide la elevación y la extensión, pero en menor medida</li></ul>	Clase III (severa): 3-7 mm
<b>Posterior</b>	Tipo III: <ul style="list-style-type: none"><li>• Frenillo grueso, fibroso y no elástico</li><li>• Lengua anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca</li><li>• Se extiende pero no se eleva</li></ul>	Clase II (moderada): 8-11 mm
	Tipo IV: <ul style="list-style-type: none"><li>• El frenillo no se ve, se palpa con un anclaje fibroso desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca</li><li>• Movimientos asimétricos</li></ul>	Clase I (leve): 12-16 mm

Tomado de: Gonzales et al y Escayala y perea<sup>23,24</sup>.

**Clínica:****Alteraciones del lenguaje y del habla y limitaciones mecánicas:**

Cuando el paciente bebe va creciendo y no se hizo el diagnóstico respectivo del frenillo lingual puede repercutir en el habla a futuro la pronunciación de las palabras y los sonidos que van a requerir la habilidad motora como la letra “R” tanto como la pronunciación de los sonidos como la t/d/n/l/ y la rr.

La alteración va hacer importante cuando vemos que:

La punta de la lengua no puede sobresalir más allá de las encías o reborde de los dientes.

Cuando la lengua al sacar se muestra una forma de corazón.

**Conducta:**

Hasta ahora llega hacer una discusión sobre el tema en cuanto a la indicación del momento oportuno sobre la técnica quirúrgica, muchos investigadores nos manifiestan que no requieren terapia porque se sustentan desde la base teórica del crecimiento craneo facial va hacer que el frenillo se adapte y no llegue a crear alteración alguna, hay investigaciones en los que refieren que al pasar los años en muchos hay adaptaciones y baja el porcentaje de probabilidad de anquilosis<sup>25</sup>.

Pero también podemos decir que se puede indicar cirugía cuando surgen problemas en la lactancia o cuando surjan problemas en el lenguaje y en conjunto con otras áreas como el especialista en terapia del lenguaje lo ordene o el fonoaudiólogo.

**Manejo:**

Podemos tomar como referencia el tratamiento de conservación basado en la observación clínica de cómo va evolucionando el frenillo o también como se presenta para optar por el acto quirúrgico, todo va a depender de la gravedad de la anquilosis y la edad.

En los recién nacidos ninguna intervención quirúrgica será recomendada antes de las 24 horas de nacido, solo después de las 24 horas y con evidencia clínica será de consideración del profesional tratante. Algunos autores recomiendan que no se deberá realizar el acto quirúrgico hasta después de 6 días para establecer el patrón de lactancia materna.

En niños y adultos se realizará el acto quirúrgico si hay dificultad para el habla con la evaluación del terapeuta del habla<sup>26</sup>.

### **Tratamiento:**

En cuestión del tratamiento es siempre discutible ya que no hay un consenso general, pero hay parámetros que se mencionara:

### **Tratamiento conservador:**

Cuando nos encontramos con una anquiloglosia moderada en un menor de 8 años puede recomendarse la terapia miofuncional como el colocar la lengua hacia el paladar o sacar la lengua al exterior o apretar algún objeto con la lengua.

Se debe realizar entre 10 veces cada uno por 3 veces al día.

Tenemos que tener en cuenta que están indicadas después de hacer la frenectomía lingual.

### **Tratamiento quirúrgico:**

Se mencionó líneas atrás los puntos importantes para tomar en cuenta para el tratamiento quirúrgico desde el nacimiento y trae alteraciones en el recién nacido como a la madre o también en la limitación del movimiento de la lengua en niños o en la pronunciación y sonido y el fonoaudiólogo o terapeuta del lenguaje ordenen.

Las técnicas a utilizar pueden ser la Z- plastia o plastia V-Y, la técnica que más se utiliza en el medio es la exéresis completa romboidal con el siguiente protocolo.

- Anestesia: de acuerdo al caso se puede optar por anestesia general o local, en este caso podremos anestesiar el nervio lingual (entre las carúnculas de los conductos de wharton) con fines hemostáticos. También podemos anestesiar por ambos lados del frenillo.
- Preparación de la zona operatoria: se puede elevar la lengua con un punto de sutura para poder acceder a la incisión.
- Incisión y disección: se puede tratar con una hoja de bisturí numero 15 o número 11 o con tijeras por 1 cm por encima de las carúnculas de la salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, no olvidemos que la disección se hará en la línea media.
- Sutura: se sutura en forma longitudinal y por ende la movilidad lingual se da, la comprobación se da antes de suturar, se puede suturar con agujas reabsorbibles por lo sensible que suele ser esa zona.
- En el post operatorio se evidencia la tumefacción en el piso de suelo de la boca el cual se controlará con analgésicos y una dieta líquida y empezar una programación de ejercicios como mínimo dos meses<sup>27</sup>.

## CAPÍTULO III

### DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

#### **Historia clínica:**

Paciente de nombre J.P.L, de 5 años y 7 meses de edad se presenta a la consulta acompañado de su madre en la ciudad de Huancayo, la madre manifiesta que su menor hijo tiene problemas al movimiento de la lengua y que no puede sacarlo completamente y el terapeuta del lenguaje le dio una orden con el odontólogo para que evaluara el frenillo lingual y dar la opinión si se va a proceder a un tratamiento quirúrgico.

El examen clínico general el paciente niño no presenta antecedentes de alguna enfermedad se encuentra con buen peso y talla según la edad cronológica, no presenta alteración alguna ubicado en tiempo y espacio.

Al examen intraoral el paciente se encuentra con limitaciones en el movimiento de la lengua ya que tiene un frenillo corto y por ende limitaciones y no puede levantarlo hacia el paladar tiene limitaciones con la lengua.

DX. Frenillo lingual corto

TTo. Frenectomía lingual.

Fig.1 fotos intra orales



Fig. 2 Examen intra oral de la lengua



Fig 3. Anestesia t3pica



Fig.4 Anestesia infiltrativa nervio lingual



Fig.5 incisión con una tijera curva

La incisión se efectuará con la técnica romboidal.



Fig.6 Eliminación del frenillo mucoso corto



Fig. 7 antes de la sutura debemos asegurarnos que los movimientos de la lengua hayan mejorado y que toque al paladar también.



**Fig. 8** lavado con suero fisiológico



**Fig.9** Sutura



**Fig. 10** Retiro de sutura



**Fig.11** Controles



## CONCLUSIONES

- La anquiloglosia es una patología genéticamente que se trata con terapia o tratamiento quirúrgico.
- La anquiloglosia limita los movimientos de la lengua y puede también afectar en la pronunciación de las palabras generando a la vez problemas sociales en el paciente.
- El odontólogo es el personal junto a otras especialidades que pueden detectar a tiempo esta alteración se tiene que tener conocimiento del diagnóstico para realizar el plan de tratamiento correcto.
- El tratamiento de la anquiloglosia va de la mano con el fonoaudiólogo o terapeuta del lenguaje en conjunto con la odontología.
- El tratamiento de la frenectomía va a tener que ser recomendada en el bebé si es que presenta limitaciones en la lactancia y se evidencia heridas en el pezón de la madre y así el niño pueda dejar la lactancia y causando un problema en la nutrición de este.

## **APORTES**

- Técnicas utilizadas hay varios en este caso clínico se utilizó la técnica romboidal en el paciente niño con buenas mejoras en sus controles.
- La comunidad odontológica tiene que tener conocimiento sobre la anquiloglosia e incluir un protocolo para su detección en el diagnóstico según autores e investigadores.
- El presente caso es un grano de arena más para los colegas profesionales en la solución de una anquiloglosia y su tratamiento correcto.
- No siempre se recomienda la frenectomía lingual en el paciente ya que con terapia y el diagnóstico correcto el paciente puede evolucionar.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ganesan K, Girgis S, Mitchell S. Lingual frenotomy in neonates: past, present, and future. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2019; 57: 207-13.
- 2- Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*. 2009;80(8): 1204–1219.
- 3.- Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants. A review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 143(10):1032-9.
- 4.- WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Singapore:WHO; 2003.
- 5.- González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr*. 2014; 81: 115-9.
- 6.- Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015; 100: 344-8.
- 7.- Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician*. 2007; 53: 1027-33.
- 8.- Aguayo J, Arena J, Díaz-Gómez NM, Gómez A, Hernández-AguilarMT, Landa L, et al. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP n.º 5. Madrid: Ergon, 2004.
- 9.- Manipon C. Ankyloglossia and the breastfeeding infant: assessment and intervention. *Adv Neonatal Care*. 2016; 16(2): 108-13.
- 10.- Marcos U. Reynoso S. Frecuencia de anquiloglosia en escolares de una institución educativa primaria – Lima [Tesis Pregrado]. Lima – Perú – Universidad Peruana “Los Andes” 2021
- 11.- Cerna K. Prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta odontopediátrica en el instituto nacional materno perinatal de lima en el período 2017-2019[Tesis Pregrado]. Lima – Perú: Universidad Privada Norbert Wiener 2020.
- 12.- Benites Córdova, R. Prevalencia de anquiloglosia en niños en edad de 6 a 10 años de la institución educativa “Túpac Amaru II” de Florencia de Mora, Julio-Octubre, 2017” [Tesis Pregrado]. Trujillo – Perú: Universidad Alas Peruanas; 2018.

- 13.- Coacalla Fernández, V. Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito – Puno, 2016. [Tesis Pregrado]. Puno – Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
- 14.- Alvarado D. Velez L. Incidencia de anquiloglosia en niños de 0 a 6 meses en el centro de rehabilitación integral especializado crie n°5, Cuenca 2017-2018. [Tesis Pregrado].Cuenca – Ecuador: Universidad de Cuenca.2018.
- 15.- Eisler, L., Simoni, R., Feijó, C., & Faltin, K. (2017). ANKYLOGLOSSIA AND ITS INFLUENCE ON GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE STOMATOGNATHIC SYSTEM. *Revista Paulista de pediatria*, 35(2), 216-221. doi:10.1590/1984-0462/;2017;35;2;00016
- 16.- Tamayo Y, Peres MC, Grave M, Peña M, Herrera G. La Anquiloglosia en los niños menores de tres meses. *Correo Científico Médico* .2018;(3)
- 17.- Orte E. Alba L. Serrano B. La Anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.*2017; 18(3): e50-e57.
- 18.- Bezerra da Silva L. Tratado de Odontopediatría – Tomo 1. 1ª ED. Brasil: Amolca; 2008.
- 19.- Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*. 2009;80(8): 1204–1219.
- 20.- Mintz SM, Siegel MA, Seider PJ. An overview of oral frena and their association with multiple syndromic and nonsyndromic conditions.*Oral Sur*.
- 21.- Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr ChildHealth*. 2015; 20(4): 209-13.
- 22.- Escayala CE, Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema?*Odontol Pediatr*. 2010; 9(1): 71-6.

- 23.- González D, Costa M, Riaño I, González MT, Rodríguez MC, Lobete C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(2): 115-9.
- 24.- Escayala CE, Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema? *Odontol Pediatr*. 2010; 9(1): 71-6.
- 25.- Ulshen M. Clinical manifestations of gastrointestinal disease; normal digestive tract phenomena. En: Behrman ER, Kliegman RM, Jenson HB (eds.) *Nelson Textbook of Pediatrics* 16th ed. Philadelphia:WB Saunders Co; 2000:1101-1102.
- 26.- Buryk, M., et al. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011 Aug. 128(2). 280-8.
- 27.- Cosme G, Berini L. *CIRUGÍA BUCAL* - - Ediciones Ergon - Majadahonda. Madrid. 2006.