

Impacto del frenillo lingual alterado (FLA) en el desarrollo craneofacial y la postura

Impact of the altered lingual frenulum (ALF) on craniofacial development and posture

Autora: Dra. Trinidad Bernasconi*



* Odontopediatra. Especialista en lactancia certificada internacionalmente (IBCLC). Diplomada en Láser (Universidad Rafael Nuñez, Cartagena, Colombia). Diplomatura superior universitaria de Láser (Universidad Kennedy y COR). Docente de ambos diplomados. Docente ayudante de la Carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (SAO-UCES). Directora del curso "Manejo integral y transdisciplinario del FLA en lactantes y niños pequeños"

INTRODUCCIÓN

En los estadios tempranos del desarrollo embrionario, la lengua y el piso de la boca están fusionados. A través de la apoptosis se produce su separación y persiste un remanente embrionario que da como resultado el frenillo lingual. Cuando la inserción del frenillo restringe los movimientos linguales limitando su función, se denomina frenillo lingual alterado (FLA).

Durante el segundo trimestre del embarazo, la lengua está desarrollada en función de que, al momento del nacimiento, presente la madurez suficiente para poder succionar.

El bebé realiza movimientos de succión y deglución intraútero, y en la semana 34-35 de gestación se logra la coordinación de las funciones que permitirán una adecuada alimentación.

El amamantamiento requiere una coordinación muscular compleja y es la succión la que estimulará el crecimiento adecuado de la mandíbula, favoreciendo el desarrollo de la retrognatia fisiológica que la mayoría de los neonatos presentan al momento de su nacimiento. A partir de este estímulo de succión, se realizan movimientos circulares y anteroposteriores que le ofrecen a la mandíbula la posibilidad de un desarrollo acorde a las funciones estomatognáticas. Estos movimientos fisiológicos se brindan a través de la lactancia materna.

Los bebés succionan utilizando toda su estructura corporal y su movimiento es sinérgico; el cuerpo trabaja en consecuencia del movimiento anterior. Es por eso que aquellos bebés que presentan frenillos linguales alterados necesitan realizar estrategias de compensación. El bebé va a succionar a expensas de usar otros músculos y realizar otros movimientos que no precisen del movimiento libre de la lengua. Las compensaciones más comunes son la retracción lingual, el uso de los músculos faciales y la modificación de la postura.

Si la lengua está restringida en sus movimientos y en reposo no puede apoyarse sobre las rugas palatinas, adoptará una posición baja y la premaxila no tendrá el estímulo necesario para un correcto desarrollo. Cuando la lengua está baja, varía el eje gravitacional de la cara, se disocia el 1/3 medio con el 1/3 inferior y la respiración, en vez de ser nasal, será bucal.

El crecimiento de la cara depende fundamentalmente de las funciones orales. La lengua es motor de crecimiento: "La lengua es un volumen tridimensional que asume un rol morfogénico en fase de crecimiento, un rol equilibrador en fase intermedia a los 15 años y un rol compensador en la fase adulta".¹ Por este motivo, la posición en reposo y el buen funcionamiento lingual constituyen un requisito fundamental para permitir un crecimiento armónico.

Caso clínico

Concurre a la consulta un niño de 18 meses. Al momento de la anamnesis, la madre refiere: "Estoy muy preocupada, mi hijo está siempre con la lengua afuera, desde que era muy pequeño". Nos muestra fotos de cuando era bebé con posición baja de la lengua (*figuras 1 y 2*).

En el examen clínico facial se evidencia la fascie de respirador bucal. La lengua en estado de reposo se interpone impidiendo el cierre bucal (*figuras 3 y 4*). Se observa tendencia al prognatismo mandibular y mordida invertida anterior. La dentición primaria está en desarrollo, tiene erupcionados los incisivos y los primeros molares. El frenillo lingual es restrictivo (*figura 5*). Durante el llanto, la lengua adopta una forma de V: los laterales se elevan y la punta queda descendida (*figura 6*). La alimentación se realiza mediante lactancia materna.



Figs. 1, 2 y 3: Se observa la interposición lingual.



Fig. 4



Fig. 5: Frenillo lingual alterado.



Fig. 6

En la radiografía de cavum, que fue solicitada por el otorrinolaringólogo, se distinguen el prognatismo mandibular, la rotación de la ca-

beza y la interposición lingual. Se obtuvo la mejor radiografía posible dada la edad del paciente (figura 7).



Fig. 7: Radiografía de cavum.

El tratamiento indicado es FRENECTOMÍA lingual y reeducación fonoaudiológica.

En la imagen posfrenectomía inmediata se evidencia la libertad de la lengua, con la posibilidad de elevarse (figura 8).



Fig. 8

En la consulta posfrenectomía, en conjunto con la fonoaudióloga, se observa buena evolución.

El niño puede mantener cerrada la boca (figuras 9 y 10). Se observa pomentonismo y el labio superior es hipotónico. Se establecen pautas de alimentación con diferentes consistencias

para favorecer la masticación y estimular los músculos intraorales. También se indican praxias imitativas de sonidos oclusivos bilabiales, fricativos labiodentales y vibratorios para favorecer el tono muscular peri e intraoral. Y se realiza una derivación al otorrinolaringólogo para evaluar hipertrofia amigdalina.



Fig. 9



Fig. 10

El otorrinolaringólogo indica otra radiografía de cavum. Los técnicos capturan la mejor imagen radiográfica posible y es necesario soste-

ner la cabeza del niño. El informe radiográfico no indica hipertrofia amigdalina ni otra particularidad (figura 11).



Fig. 11

Se observa menor discrepancia de los maxilares, aunque persiste el prominentismo, y mejor ubicación de la lengua. Esta imagen se corresponde con la evaluación clínica, ya que el niño puede permanecer con la boca cerrada (figuras 12 y 13).

Se realiza un control a los ocho meses posfrenectomía, en conjunto con la fonoaudióloga, y se indican pautas para estimular el correcto desarrollo de los sonidos del habla. Se planifica un nuevo control odontológico al año para evaluar la oportunidad de iniciar tratamiento de Ortopedia maxilar.



Fig. 12



Fig. 13

Actualmente, el niño se encuentra en permanente control. En las imágenes actuales (figuras 14, 15, 16 y 17) se observa la libertad de los movimientos linguales que generan el estímulo

necesario para permitir el crecimiento transversal del maxilar y de la premaxila. La mordida invertida aún persiste y se iniciará el tratamiento de Ortopedia maxilar.



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

CONCLUSIONES

Las funciones orales son vitales para el crecimiento facial, que es muy importante en los primeros dos años de vida. Durante este tiempo, el niño experimenta los mayores cambios. Interceptar malposiciones linguales y reencauzar la respiración es fundamental para que no se generen disociaciones del tercio medio e inferior de la cara durante el crecimiento.

La lengua determina la posición de la cabeza, y esta, la posición del cuerpo. Por lo tanto, si la lengua está en una posición incorrecta, afectará indefectiblemente la postura.

Sin lugar a dudas, la Ortopedia temprana en casos en los que hay mordidas cruzadas debe ser tenida en cuenta para facilitar el crecimiento del maxilar superior, así como para estimular a estos niños a masticar y deglutir de manera correcta.

El trabajo en equipo y transdisciplinario permite el diagnóstico precoz, que es la base para un crecimiento armónico y posibilita detectar oportunamente situaciones de disfunción.

Agradecimiento

Quiero agradecer el trabajo conjunto con la fonoaudióloga, Lic. Daniela Magnus. MN 9348.



BIBLIOGRAFÍA

1. Stefanelli G. Motricidad orofacial. *Fundamentos basados en la evidencia*, Vol. II. Madrid: EOS, 2016.