



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**FRENECTOMÍA LINGUAL COMO TRATAMIENTO DE
ANQUILOGLOSIA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE
CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: VERÓNICA ANTONELLA IZQUIERDO ESTACIO

DIRECTOR: OD. ESP. MARÍA DEL CISNE CENTENO DÁVILA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**FRENECTOMÍA LINGUAL COMO TRATAMIENTO DE
ANQUILOGLOSIA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: VERÓNICA ANTONELLA IZQUIERDO ESTACIO

DIRECTOR: OD. ESP. MARÍA DEL CISNE CENTENO DÁVILA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Frenectomía lingual como tratamiento de anquiloglosia en paciente joven. Reporte de caso

Lingual Frenectomy as Treatment for Ankyloglossia in a Young Patient. A Case Report

Verónica Antonella Izquierdo-Estacio ^{*1} - <https://orcid.org/0000-0001-8303-6647>

María del Cisne Centeno-Dávila ² - <https://orcid.org/0000-0001-5481-7073>

¹ Carrera de Odontología, Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Salud y Bienestar. Cuenca, Ecuador.

² Od. Esp. En Periodoncia e Implantología Quirúrgica, Carrera de Odontología, Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Resumen

La anquiloglosia es una anomalía en el desarrollo caracterizada por la inserción corta del frenillo lingual, la cual puede provocar restricciones en los movimientos de la lengua dando lugar a modificaciones en el habla y la deglución. El tratamiento indicado es la frenectomía lingual cuyo objetivo es devolver funciones como la movilidad, masticación, succión, correcta articulación de palabras y apertura de la boca. El objetivo de este artículo es reportar el caso de un paciente joven de 19 años que asistió a la Clínica de Periodoncia de la Universidad Católica de Cuenca con alteración en la forma y movilidad de su lengua. Después del examen clínico intraoral, se diagnosticó anquiloglosia moderada, por lo que se indicó realizar una frenectomía lingual. El plan de tratamiento se realizó en dos etapas: etapa preventiva y etapa quirúrgica. En la primera etapa, se cumplió la fase higiénica y de motivación al paciente. Posteriormente, en la segunda etapa, se realizó la frenectomía lingual mediante la técnica quirúrgica romboidal con seguimiento postquirúrgico para registrar su evolución. Con el tratamiento realizado se logró el objetivo del caso, el cual fue la liberación del frenillo lingual para restablecer la forma y movilidad de la lengua.

Palabras clave: Frenillo lingual, Anquiloglosia, Cirugía oral, Frenillo de la Lengua

Abstract

Ankyloglossia is a developmental anomaly characterized by a short lingual frenulum insertion, which restricts tongue movements, resulting in speech and swallowing modifications. The recommended treatment is lingual frenectomy, aimed at restoring functions such as tongue mobility, chewing, sucking, correct articulation of words, and mouth opening. This article aims to report the case of a 19-year-old patient who attended the Periodontics Clinic of the Catholic University of Cuenca with tongue shape and

mobility issues. Following intraoral clinical evaluation, moderate ankyloglossia was diagnosed, and lingual frenectomy was recommended. The treatment plan consisted of two stages: the preventive phase and the surgical phase. In the first stage, the hygienic and patient motivation phase was done. Subsequently, in the second one, lingual frenectomy was performed using the rhomboidal surgical technique, with post-surgical follow-up to monitor progress. With the treatment performed, the objective of the case was achieved, which was the release of the lingual frenulum to restore tongue shape and mobility.

Keywords: Lingual frenulum, Ankyloglossia, Oral surgery, Tongue frenulum

INTRODUCCIÓN

La lengua, órgano que se caracteriza por su fuerza muscular y su amplia inervación tanto sensorial como motora, cumple múltiples funciones importantes. La presencia de un frenillo lingual, el cual según sus características puede presentar variaciones en su morfología, siendo en ocasiones corto, ancho o de naturaleza fibrosa, es frecuentemente asociada con la restricción en su movilidad ^{1,2}. El frenillo lingual es una membrana mucosa que conecta la lengua con el proceso alveolar y el piso de la boca. Esta estructura se origina en la cara inferior de la lengua donde atraviesa el tercio anterior para dirigirse hacia adelante e insertarse en la línea media de la mucosa del suelo de la boca ^{3,4}.

Su extremo anterior se inserta en la cara lingual de la mandíbula, específicamente entre los incisivos centrales inferiores, y se encuentra íntimamente relacionado con diferentes elementos anatómicos como:

- *Músculos geniogloso*
- *Músculo genihioideo*
- *Conducto de Wharton*: drena la saliva de la glándula submaxilar
- *Conducto de Rivini*: drena la saliva de la glándula sublingual
- *Vasos sublinguales*

Anatómicamente, se encuentra cerca de la arteria, vena y nervio lingual, así como las venas accesorias y raninas ^{5,6}. A medida que se produce el desarrollo óseo, con el alargamiento lingual y la exfoliación dental, el frenillo lingual se desplaza hacia una posición central hasta alcanzar su ubicación definitiva ^{7,8}. Un frenillo lingual corto puede interferir significativamente en la funcionalidad propia de la lengua, adhiriéndose de manera prominente al suelo de la cavidad bucal, fenómeno conocido como anquiloglosia ^{9,10}.

Desde el punto de vista histológico, el frenillo lingual está compuesto por un tejido conjuntivo enriquecido con fibras colágenas y elásticas, fibras musculares, vasos sanguíneos y células engrosadas cubiertas por un epitelio estratificado. Se lo puede clasificar en base a las estructuras que lo conforman ^{11,12} (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación del frenillo lingual según sus estructuras ⁹.

Clasificación del frenillo lingual según sus estructuras		
Frenillo fibroso	Frenillo muscular	Frenillo mixto o fibromuscular
Compuesto por tejido conectivo y la membrana mucosa.	Formado por fibras de los músculos geniogloso y genihioideo.	Se observa por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro lado, un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

En diversos estudios, se han investigado los valores relacionados con la medida de una "lengua libre", definida como la distancia desde el punto de inserción del frenillo lingual

en la superficie ventral de la lengua hasta la punta de la misma ⁹. Las investigaciones realizadas por autores como Kotlow ¹⁰ permiten identificar diversas categorías de anquiloglosia según su longitud (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de la anquiloglosia según Kotlow ¹⁰.

Clasificación de la anquiloglosia según Kotlow		
Lengua libre	Normal	> de 16 mm
Clase I	Leve	12 a 16 mm
Clase II	Moderada	8 a 11 mm
Clase III	Severa	3 a 7 mm
Clase IV	Completa	< de 3 mm

En situaciones de reducción extrema del frenillo lingual, se manifiesta una anomalía denominada anquiloglosia incompleta o completa. Esta condición se caracteriza por una restricción significativa en la movilidad de la lengua, particularmente en su tercio anterior. Comúnmente, puede resultar en impedimentos fonéticos, específicamente en la capacidad de pronunciar ciertos sonidos ^{5,7,13}.

La anquiloglosia, conocida coloquialmente como lengua presa, es una anomalía en el desarrollo que se caracteriza por alteraciones que se observan en el frenillo lingual. Esta condición provoca restricciones en los movimientos de la lengua y da lugar a modificaciones en el habla y la deglución ^{3,8,14,15}. Esta condición anormal tiene una naturaleza hereditaria, con una herencia autosómica dominante, y su prevalencia varía entre el 0,02% al 11% de neonatos y tiene una proporción de género hombre a mujer de 3:1 en países de América Latina ^{6,16-18}.

La variación en la inserción del frenillo es evidente desde el momento del nacimiento y tiene un gran impacto en la succión, deglución y lactancia de los recién nacidos ^{16,19,20}. La definición de anquiloglosia abarca de manera amplia, desde una limitación funcional general de la lengua hasta la presencia de un frenillo corto, grueso, muscular o fibroso ¹⁸. En casos más graves de esta condición patológica, puede manifestarse un frenillo lingual hipertrófico, lo que conlleva a una reducción en la movilidad de la lengua ^{1,3,8}. Como resultado, se afecta la función fonética durante la articulación de palabras, especialmente en los sonidos asociados a las letras t, d, n, l, s, r y z ^{1,21,22}. A su vez, dependiendo de la gravedad, la anquiloglosia puede dar lugar a una deglución atípica por la falta de un correcto soporte lingual en el paladar. Simultáneamente, puede ocasionar un estrechamiento del arco maxilar superior, atribuible a la ausencia de una expansión transversal, lo que puede derivar en mordidas cruzadas ^{6,16}. En otros escenarios, puede inducir un desarrollo anormal de la mandíbula que puede llevar a una mordida abierta anterior, o en el peor de los casos, dar lugar a ambas condiciones relacionadas con la posición descendida de la lengua ⁵. En ocasiones, la presencia de un frenillo lingual corto e hipertrófico puede ocasionar un espacio existente entre los incisivos centrales inferiores (diastemas) y, aún más, causar una mordida abierta bilateral, especialmente cuando la

lengua ejerce presión entre el maxilar y la mandíbula durante sus funciones normales o en estado de reposo ^{3,8,14,22}.

La anquiloglosia puede tratarse quirúrgicamente mediante frenotomía (también conocida como frenulotomía), en la que se reubica quirúrgicamente la inserción del frenillo, o mediante frenectomía (también conocida como frenoplastia), en la que se eliminan por completo el frenillo y su inserción ^{21,23}.

El objetivo de este reporte fue presentar el caso de un paciente joven de 19 años con diagnósticos de anquiloglosia moderada, por lo que se le indicó realizar una frenectomía lingual con seguimiento postquirúrgico de una semana, 15 días y 3 meses posteriores para registrar su evolución.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 19 años asistió a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, sede Cuenca, al área de Periodoncia. Una vez firmado el consentimiento informado por el paciente, se realizó la apertura y llenado de la ficha clínica general y la ficha periodontal. Cabe destacar que, el paciente siempre expresó una disposición colaboradora y buena actitud en la consulta.

En la ficha de diagnóstico general, el paciente no presenta ninguna enfermedad sistémica actual ni antecedentes personales y familiares. Al realizarse la anamnesis del sistema estomatognático, se pudo observar que el frenillo lingual del paciente no le permite una correcta apertura de la boca y su lengua no llega hasta el paladar, presentando una forma de corazón y aplanada. Además, dentro del examen intraoral, se observó que el paciente es totalmente sano en relación al llenado del odontograma, debido a que no presenta ninguna caries en las piezas dentales.

Por otro lado, en la ficha periodontal, se observó que el paciente no presentó hábitos y otros factores en la fase sistémica. Dentro de las características de la fase inicial, pudimos examinar que el paciente presentó encía con color rosa coral, contorno de forma regular, festoneado con papila triangular, consistencia tipo cáscara de naranja y posición a nivel del LAC en ciertas piezas dentales. Sin embargo, en los hábitos de higiene oral, el paciente mencionó que tiene una mala técnica de cepillado, puesto que, aplica mucha fuerza al cepillarse los dientes y utiliza la Técnica horizontal o de Fones, la cual no está indicada para su edad. Al realizar el sondaje con la sonda periodontal Carolina del Norte, se observó que el paciente presentó Recesión tipo II, según la clasificación de Miller, en las piezas 1.3, 2.3, 3.3 y 4.3 (Fig. 1). Sin embargo, en la nueva clasificación de Cairo, la cual combina características clínicas como el fenotipo periodontal, la superficie radicular expuesta y la pérdida de inserción interproximal ²⁴, podemos definir que la recesión gingival del paciente se encuentra dentro de los parámetros de la Recesión tipo 1 (RT1), donde la recesión gingival no cuenta con pérdida interproximal, es decir, la unión amelocementaria no logra observarse en las caras distal y mesial de la pieza dental ²⁵.

Adicionalmente a eso, el paciente presentó un índice gingival de sangrado inicial del 15% y un índice de placa inicial del 8%.

Después de haber realizado el análisis clínico intraoral, se estableció como diagnóstico general: *anquiloglosia incompleta del frenillo lingual de tipo fibroso Clase II de Kotlow*, la cual corresponde a anquiloglosia moderada de 8 a 11 mm, presentando la lengua en forma de corazón y aplanada que le imposibilita tocar el paladar ^{7,9} (Fig. 2). Mientras que, el diagnóstico del examen periodontal fue gingivitis localizada en dientes anteriores.



Figura 1. Vista intraoral tomada en la fase inicial.



Figura 2. A: Frenillo lingual de tipo fibroso Clase II de Kotlow (moderada). B: Lengua aplanada y en forma de corazón.

Procedimiento

El plan de tratamiento se realizó en dos etapas: etapa preventiva y etapa quirúrgica. En la primera etapa, se cumplió con la fase higiénica periodontal donde abordamos temas de motivación al paciente para que mejore su técnica de cepillado y así, disminuir el sangrado de las encías. Se le recomendó una marca y modelo específico de cepillo, pasta y enjuague dental, en conjunto con la nueva técnica de cepillado que le demostramos realizar, la cual fue la Técnica de Stillman modificada, para que así el paciente logre mejorar su técnica de cepillado y evite que se intensifique más la gingivitis localizada. Todo esto, a su vez, con el objetivo de que el paciente no aplique demasiada fuerza al cepillarse y agrave la recesión gingival en el sector anterior. En la primera cita, se le aplicó revelador de placa para identificar el índice de placa inicial, el cual fue del 8% y el índice de sangrado gingival inicial del 15% (Fig. 3). Posterior a eso, se le realizó una profilaxis y se le dieron todas las indicaciones para la siguiente cita dentro de 15 días. Cabe destacar que, para poder realizar la cirugía periodontal, el paciente debía estar con menos del 10% en el índice de sangrado gingival. Por lo que, en la siguiente cita, después de todas las recomendaciones de cepillado dental y gracias a la colaboración del paciente, se logró llegar al 3.5% del índice de sangrado y en el índice de placa, igualmente.



Figura 3. Colocación del revelador de placa para evaluar el índice de placa inicial.

En la tercera cita, se aplicó la etapa quirúrgica para realizar la frenectomía lingual con técnica romboidal. El procedimiento se realizó de la siguiente manera:

Se aplicó anestésico tópico, seguido de anestesia local infiltrativa bilateralmente, utilizando lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 en la punta de la lengua. Posterior a la confirmación de la anestesia, se realizó la transfixación de la lengua con seda negra 4-0 para tracción e inmovilización de la lengua y que nos permita tener una correcta visualización del frenillo (Fig. 4). Seguido, se sostuvo el frenillo lingual con dos porta-agujas, las cuales sostenían el frenillo lingual en su profundidad y protegían el conducto de Wharton. Luego, con un bisturí mango N°3 y hoja N°15 se realizó la incisión transversal con la técnica romboidal en dirección perpendicular al frenillo, traccionando la lengua para lograr un corte limpio y la elongación del frenillo en forma romboidal (Fig.

5). Se retiraron los residuos de tejido fibroso y se llevó a cabo una disección roma para asegurar un cierre óptimo de los bordes de la herida sin generar tensión (Figura 8). Para continuar, se realizaron puntos continuos y puntos simples con hilo de seda negra 4-0 no reabsorbibles para finalizar la sutura (Fig. 6). Se realizó la hemostasia de la zona y se le dieron indicaciones postoperatorias al paciente, en relación con la dieta y los medicamentos. Una semana después, se realizó una cita de control, donde se observó que el postoperatorio no tuvo complicaciones hemorrágicas. Las suturas se retiraron en esa cita y no presentaron formación de tejido cicatricial. Adicionalmente, se le recomendó al paciente que, 15 días después de la cirugía, efectúe diversos ejercicios en casa como sacar la lengua y colocarla en dirección al paladar.

Por último, se realizaron controles a la semana, a los 15 días y a los 3 meses después con la finalidad de identificar si se logró el objetivo del caso que fue devolver la forma de la lengua y la posibilidad de tocar el paladar, así como también, verificar que no se reporten problemas ni dificultades en las funciones de la lengua. El pronóstico del paciente fue totalmente favorable.

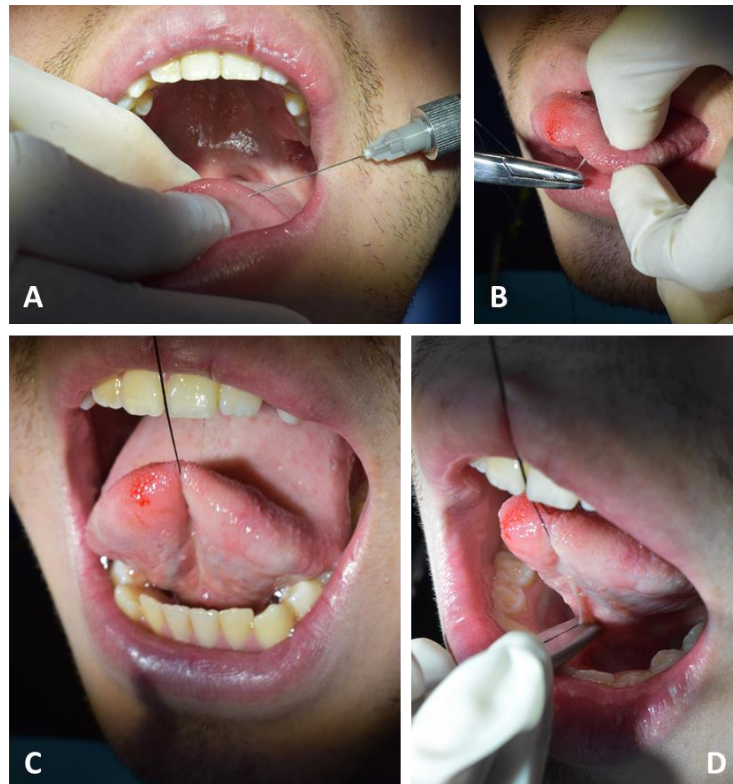


Figura 4. A: Colocación de anestesia infiltrativa bilateral con lidocaína al 2% + epinefrina 1:80.000 en la punta de la lengua. B-C: Transfijación de la lengua con hilo de seda negra 4-0. D: Inmovilización de la lengua.

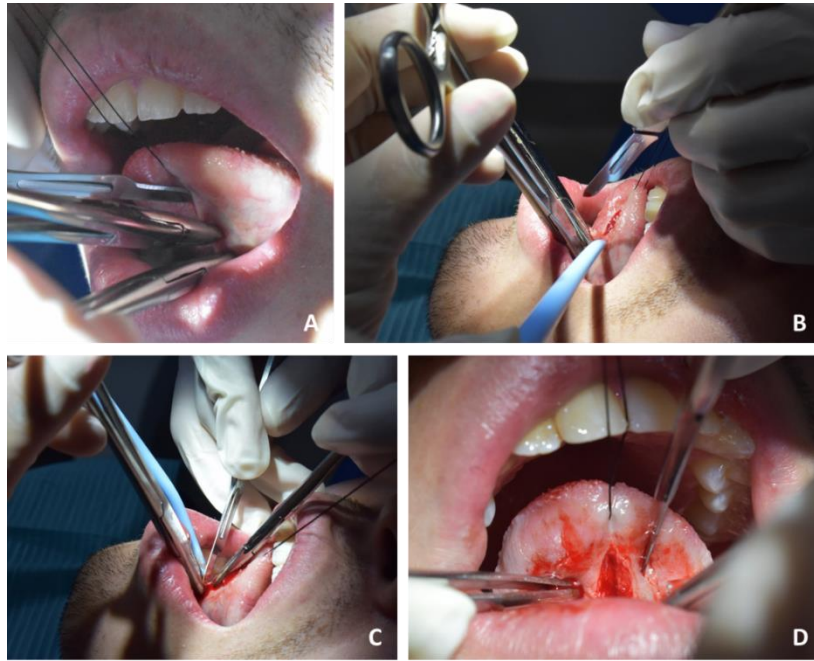


Figura 5. A: Sujeción del frenillo lingual con dos porta-agujas para comenzar el corte. B-C-D: Incisión transversal con bisturí para realizar la técnica quirúrgica romboidal en dirección perpendicular al frenillo.



Figura 6. Sutura con puntos continuos y puntos simples con hilo de seda negro 4-0 no reabsorbibles.

DISCUSIÓN

La evaluación y abordaje terapéutico de la anquiloglosia son temas controversiales, debido a que es crucial considerar parámetros como la longitud y grosor del frenillo lingual, así como su movilidad. En el caso clínico presentado, se reportó que el paciente presentaba un frenillo corto y grueso que afectaba su deglución.

El diagnóstico clínico inicial de la anquiloglosia se puede realizar observando la dificultad que presenta el paciente al intentar tocar el paladar con la lengua y al extenderla más allá de los incisivos inferiores ^{1,3}. En este caso, la lengua adoptaba una forma de corazón al proyectarse, lo cual es una característica común de la anquiloglosia ¹. Otra forma de diagnosticar esta anomalía implica la medición del frenillo lingual utilizando un calibrador. Sin embargo, es importante señalar que pocos estudios se centran en evaluar el frenillo mediante medidas cuantitativas, posiblemente debido a las dificultades asociadas con la medición de tejidos blandos, lo que puede dar lugar a imprecisiones frecuentes ^{6,16}.

El paciente refirió que nunca llevó terapia del lenguaje, su fonación presentaba ligeros inconvenientes y problemas a la hora de realizar la deglución, por lo que se optó por un tratamiento quirúrgico, en este caso una frenectomía romboidal ³. La técnica romboidal en frenectomías linguales se utiliza para corregir la anquiloglosia o frenillo lingual corto. En este procedimiento, se sigue una serie de pasos que incluyen la evaluación preliminar del frenillo, la administración de anestesia local, el marcado de la zona a tratar en un patrón romboidal, la realización de una incisión y eliminación del frenillo, el cierre de la incisión y, finalmente, la provisión de cuidados postoperatorios al paciente ^{3,8}. Esta técnica se elige por sus ventajas, como una menor probabilidad de recidiva y una cicatrización más estética.

Según un informe de casos realizado por Akram Belmehdi *et al.* ⁶ en 2014, demostró resultados positivos con la frenectomía romboidal, aunque se reconoce su carácter invasivo y desafiante, especialmente en niños ⁶. A pesar de estas dificultades, se eligió esta técnica debido a la colaboración del paciente en las citas previas al tratamiento y a su menor probabilidad de recidiva.

Se destaca la recomendación de realizar este tipo de tratamiento en edades tempranas para minimizar la invasividad y los riesgos. Idealmente, desde el nacimiento, realizando una incisión de 3 a 5 mm con anestesia local, facilitando la liberación del frenillo y restaurando la movilidad de la lengua ^{4,6,16}. Este enfoque beneficia la alimentación adecuada y el desarrollo oral en etapas posteriores. Aun cuando, el paciente no pudo acceder a tratamientos odontológicos previos, debido a la falta de conocimiento de la madre sobre salud bucodental, se determinó la necesidad de la intervención a los 19 años, resaltando la importancia de un enfoque multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

La anquiloglosia es una anomalía en el desarrollo que se caracteriza por mostrar alteraciones en el frenillo lingual, lo que ocasiona limitaciones en los movimientos de esta estructura y puede provocar alteraciones en funciones como el habla y la deglución. Se puede encontrar en un gran número de neonatos, niños y adultos, sin embargo, es necesario realizar un análisis y examen clínico minucioso con el fin de obtener un correcto diagnóstico y elegir la técnica adecuada para cada paciente.

En el caso expuesto, la inserción y forma anormal de la lengua en conjunto con el frenillo lingual del paciente, alteraba la forma y movilidad de la misma. Por lo que, se realizó una frenectomía lingual, usando la técnica quirúrgica romboidal para evitar recidiva en un futuro. Adicionando que, los diversos ejercicios que se recomendaron realizar en casa y los controles posteriores, fueron de gran ayuda para establecer la forma de la lengua y su movilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: The adolescent and adult perspective. *Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2003;128(5):746–52. DOI: <https://doi.org/10.1016/S0194-59980300258-4>
2. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat.* 2019 Sep 1;32(6):749–61. DOI: <https://doi.org/10.1002/ca.23343>
3. Chilibingua ER, Naula CR. Alteraciones linguales más comunes en adultos mayores. Revisión de literature. *Res Soc Dev.* 2023;12(7):1–8. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.41291>
4. Bojorque CG, Estrella JE, Pineda DM. Tratamiento quirúrgico temprano de frenillo lingual revisión de la literatura: a propósito de dos casos. *Res Soc Dev.* 2020;9(11):e36891110121. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10121>
5. Rosas G, González F. Anquiloglosia parcial (incompleta) Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Órgano Of la Asoc Dent Mex.* 2009;65(2):47.
6. Chávez D, Peña P, Sánchez C, Navarrete X. Frenectomía lingual en un paciente pediátrico. Reporte de caso. *OdontoInvestigación.* 2020;6(2):60–9. DOI: <https://doi.org/10.18272/oi.v6i2.1673>
7. Lamas D, Caroline F, Rodriguez M, Franco A, Goncalves A, Peruchi C. Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia. Reporte de un caso. 2016;6(1):44–52.
8. Tsaousoglou P, Topouzelis N, Vouros I, Sculean A. Diagnosis and treatment of ankyloglossia: A narrative review and a report of three cases. *Quintessence Int (Berl).* 2016;47(6):523–34. DOI: <https://doi.org/10.3290/j.qi.a36027>
9. Escoda CG, Aytés LB. Tratado De Cirugia Bucal. *Anim Genet.* 2008;39(5):557–74.
10. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int (Berl).* 1999;30(4):259–62.
11. Pares Perfetti A, Guada Melet NV, Castillo Paez JA. Frenectomía lingual con láser ND:YAG. Reporte de caso. *Rev Científica Odontológica.* 2023 Jun 30;11(2):e158.

DOI: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1102-2023-158>

12. Mills N, Geddes DT, Amirapu S, Mirjalili SA. Understanding the Lingual Frenulum: Histological Structure, Tissue Composition, and Implications for Tongue Tie Surgery. *Int J Otolaryngol*. 2020 Jul 21;2020:1–12. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/1820978>
13. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and Other Oral Ties. *Otolaryngol Clin North Am*. 2019;52(5):795–811. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.06.008>
14. Belmehdi A, El Harti K, El Wady W. Ankyloglossia as an oral functional problem and its surgical management. *Dent Med Probl*. 2018;55(2):213–6. DOI: <https://doi.org/10.17219/dmp/85708>
15. Khan S, Sharma S, Sharma VK. Ankyloglossia: Surgical management and functional rehabilitation of tongue. *Indian J Dent Res*. 2017 Sep 1;28(5):585–7. DOI: https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_739_16
16. Gupta S, Gumro M, Isha S, Varshney A. Tongue Tie and Management of Two Siblings: A Review with Report. *Saudi J Oral Dent Res*. 2023;8(08):282–6. DOI: <https://doi.org/10.36348/sjodr.2023.v08i08.008>
17. Guinot Jimeno F, Carranza Bagé N, Veloso Durán A, Parri Bonet S, Virolés Suñer MM. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2021 Feb 15;11(1). DOI: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.216>
18. Jamilian A, Fattahi FH, Kootanayi NG. Ankyloglossia and tongue mobility. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014 Feb;15(1):33–5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0049-0>
19. Lima ALX, Dutra MRP. Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. *CODAS*. 2021;33(1):1–5. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019026>
20. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: A systematic review. Vol. 135, *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics; 2015. p. e1458–66. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0658>
21. Brookes A, Bowley DM. Tongue tie: The evidence for frenotomy. Vol. 90, *Early Human Development*. Elsevier Ireland Ltd; 2014. p. 765–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.021>
22. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Ferrés-Amat E, Mareque-Bueno J, Prats-Armengol J, Ferrés-Padró E. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. a protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Jan

1;21(1):e39–47. DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.20736>

23. Hatami A, Dreyer CW, Meade MJ, Kaur S. Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. *Aust Dent J.* 2022 Sep 1;67(3):212–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/adj.12921>
24. Guzmán Celaya EG, González Jiménez MV, Villalobos Rodelo JJ, García Jau RA, Zárate Depraect NE, Duarte Quintero E. Recubrimiento radicular de recesiones gingivales con matriz dérmica acelular. Root coverage of gingival recession with acellular dermal matrix. *Rev ADM.* 2023;80(5):280–6. DOI: <https://doi.org/10.35366/113140>
25. Bueno Rossy L, Ferrari R, Shibli J. Treatment of recession and mucogingival defects using connective tissue grafts on teeth and implants. *Odontoestomatología.* 2015;XVII(26):35–46.