



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE  
PADECEN ANQUILOGLOSIA.**

Autor(es):  
Yara Kadi, C.I.-: 28.150.123  
Roger Martínez, C.I.-: 26.656.710

Urb. Poblado, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 871239



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE  
PADECEN ANQUILOGLOSIA.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
ODONTÓLOGO.

Autora: Br. Kadi Yara  
C.I.-28.150.123

Autor: Br. Martínez Roger  
C.I.- 26.656.710

Tutora: Od. Andrea Scovino  
C.I.-24.553.114

San Diego, mayo del 2022.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE  
PADECEN ANQUILOGLOSIA.**

**ESTUDIANTES**

**Cédula de Identidad**

C.I.-28.150.123

C.I.-26.656.710

**Nombres y apellidos**

Br. Yara, Kadi Amer

Br. Roger Manuel, Martínez Atacho

Tutor Propuesto: Od. Andrea Scovino

Firma:

Cédula de Identidad: V- 24.553.11

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma

Sello

Fecha



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por los ciudadanos **Kadi Yara y Roger Martínez**, titulares de la cédula de identidad N° **V-28.150.123y V-26.656.710**, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es, **AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE PADECEN ANQUILOGLOSIA** adscrita a la línea de investigación: odontología clínica correctiva y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los días del mes de del año dos mil veintidós.

(Firma autógrafa del tutor )

Od. Andrea Scovino.

CI: V-24.553.114



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL  
TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe, **Od. Andrea Scovino**, portadora de la cédula de identidad N° V- 24.553.114, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por los ciudadanos **Kadi Yara y Martínez Roger**, portadores de la cédula de identidad N° V- 28.150.123 y V- 26.656.710, titulado **AFECCIONES BUCODENTALES QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE PADECEN ANQUILOGLOSIA** presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 23 días del mes de mayo del año dos mil veintidós.

(Firma autógrafa del tutor)

Od. Andrea Scovino.

CI: V-24.553.114



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "AFECCIONES BUCODENTALES QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE PADECEN ANQUILOGLOSIA", realizado por los ciudadanos Kadi Yara y Martínez Roger, titulares de las C.I.-28.150.123 y C.I.-26.656.710. Cursantes de la carrera de ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Jurado  
Nombre: Diana Ramos  
C.I: V-12.473.636

Jurado  
Nombre: Jossnelly Santaella  
C.I: V-21.454.668

Tutor académico  
Nombre : Od. Andrea Scovino  
C.I:V-24.553.114



Fecha:

01/06/2022

## **DEDICATORIA**

A Dios primeramente por iluminarme y acompañarme en este largo camino, por darme la suficiente sabiduría y fortaleza para seguir adelante a pesar de todas las adversidades presentadas y por poder llegar a esta etapa tan importante de mi vida.

A mis padres Wathek Kadi y Yohaina Amer, por apoyarme desde el primer momento, por su confianza depositada en mí, por dar todo de ellos para así yo tener lo mejor, por ser mis guías y modelos a seguir, por su dedicación y por todos sus valiosos consejos que siempre atesorare. Quiero dedicarles este gran logro porque no podría haber llegado a donde estoy sin su ayuda, porque se lo merecen tanto como yo. Gracias por siempre estar y por siempre creer en mí y mis habilidades.

A mi hermana Jozama Kadi, por ser mi compañera en todo momento, por siempre estar y ayudarme en todo momento que lo necesite, por ser mi refugio y mi alegría. Gracias por su apoyo y amor incondicional y por creer en mí incluso cuando yo no he sido capaz de creer en mí misma.

A mi compañero de trabajo de grado Roger Martínez, porque este logro es de ambos y trabajamos a la perfección juntos, te deseo lo mejor y finalmente a nuestra tutora Od. Andrea Scovino por su extensa dedicación, paciencia y consejos, sin dudas es la mejor tutora que pudimos haber elegido.

-YARA KADI.

## **DEDICATORIA**

A mi Dios Todopoderoso por guiarme en este camino que ciertamente no fue fácil, pero con su voluntad fue posible, por ser mi refugio, mi camino y mi paz. Gracias mi Dios por siempre cuidar de mi ante cualquier circunstancia.

A mi madre Rosmery; por nunca dudar de mí, gracias por tu apoyo infinito, esta meta también es tuya, siempre te agradeceré que rendirte nunca fue una opción. En los momentos duro de esta carrera académica fuiste mi motivación y mis ganas de cumplir esta meta, siempre tenía presente el esfuerzo en muchos ámbitos que hacías con todo el amor para verme lograr este sueño. Pues querida madre hoy solo me queda decir que todo valió la pena y mucho es gracias a ti.

A mi Papá, Abuela Rosa y Abuela Simona aunque no estén conmigo disfrutando esta meta, sé que desde cielo me aplauden. Los amare por siempre.

A mis hermanos Javier Ramón y José David por siempre sentirse orgullosos de mí, son mis tesoros y mis ganas de seguir... los amo con mi vida.

A Ernesto Díaz por brindarme su apoyo y confianza, siempre estaré agradecido.

A la gente que Dios me coloco en el camino y que fueron un apoyo indiscutible; Jesús “Chuchu” y Andry. Gracias.

A mi amigo incondicional que me regalo esta etapa universitaria; por ser un pilar fundamental, por darme momentos de tantas alegrías y diversiones, por su amistad; gracias Pedro Jacobo.

A mi amiga Keren Nicole que siempre creyó en mis ganas de cumplir esta meta, gracias por cada palabra de aliento, cada acto de amor y amistad.

A mi compañera de trabajo de grado; Yara Kadi. Gracias por trabajar conmigo, por confiar en mis conocimientos y habilidades. Somos un equipo con la misma meta y serás muy exitosa.

A nuestra tutora Académica Od. Andrea Scovino por su ayuda y disposición, gracias profe.

-ROGER MARTÍNEZ

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
<b>LISTA DE CUADROS O TABLAS</b> .....	xi
<b>RESUMEN INFORMATIVO</b> .....	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	2
Planteamiento del problema .....	2
Formulación del problema .....	5
Objetivo general .....	5
Objetivos específicos .....	6
Justificación de la investigación .....	6
Limitaciones y Alcance .....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	8
Antecedentes de la investigación .....	8
Bases teóricas .....	11
Afecciones Odontológicas .....	11
Factores Etiológicos: Modificables y No Modificables .....	13
Técnicas quirúrgicas .....	18
Eficacia postquirúrgica y extensión en el tiempo .....	18
Definición de términos .....	19
Bases legales .....	20
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b> .....	24
Tipos de investigación .....	24
Nivel de la profundidad de la investigación .....	24

Diseño de la investigación .....	24
Métodos de búsqueda y/o técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	24
Método de búsqueda de información .....	24
Criterios de inclusión y exclusión .....	25
Instrumentos de Recolección de Datos o Información .....	25
Técnicas de Análisis de Resultados .....	25
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS .....</b>	
<b>25 CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>..... 29</b>	
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

## LISTA DE CUADRO O TABLAS

### CONTENIDO

Cuadro		pp.
1	Evaluación Hazelbaker .....	15
2	Escala LATCH .....	16
3	Clasificación según Coryllos .....	17



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



## **AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE PADECEN ANQUILOGLOSIA.**

Autor(a):

Kadi, Yara C.I.-28.150.123

Martínez, Roger C.I.-26.656.710

Tutora: Od. Andrea Scovino C.I.- 24.553.114

Fecha: mayo de 2022

### **RESUMEN INFORMATIVO**

Esta investigación tuvo el propósito de servir como guía básica partiendo desde las causas y diagnóstico hasta el plan de tratamiento de la anquiloglosia en pacientes infantiles, por lo tanto, el objetivo general fue evaluar las afecciones bucodentales en pacientes odontopediátricos que padecen anquiloglosia en edades comprendidas de 12 meses a 5 años de edad de acuerdo a los últimos avances científicos. Se desarrolló una investigación de tipo descriptiva, bajo un diseño documental de análisis crítico de la información obtenida de diferentes autores, para la recolección de dicha información se implementó una investigación electrónica, utilizando los buscadores Google y Google Académico, indagando en Pubmed y haciendo revisión exhaustiva en los artículos originalmente publicados, la línea de investigación fue odontología clínica correctiva, se describieron las características anatómicas y morfológicas de la anquiloglosia, además de expresar las afecciones bucodentales a las que esta conlleva así como las consecuencias del desarrollo fisiológico del amamantamiento y del habla. Se obtuvo que el sexo de mayor prevalencia fue el masculino y la etiología es genética. El logopeda especializado en motricidad orofacial será quien valore si el frenillo debe ser intervenido quirúrgicamente, se concluye que la anquiloglosia puede ser parcial o total, la maloclusión predominante es la clase III, existen dos tipos de tratamientos los cuales son el conservador y el quirúrgico y puede haber aumento de caries por anquiloglosia.

**Descriptores:** anquiloglosia, afecciones bucodentales, tratamientos.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**AFECCIONES BUCODENTALES EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS QUE  
PADECEN ANQUILOGLOSIA.**

Autor(a):

Kadi, Yara C.I.-28.150.123

Martínez, Roger C.I.-26.656.710

Tutora: Od. Andrea Scovino C.I.- 24.553.114

Fecha: mayo de 2022

**SUMMARY**

This research had the purpose of serving as a basic guide starting from the causes and diagnosis to the treatment plan of ankyloglossia in child patients, therefore, the general objective was to evaluate oral conditions in pediatric dentistry patients suffering from ankyloglossia in ages understood from 12 months to 5 years of age according to the latest scientific advances. A descriptive investigation was developed, under a documentary design of critical analysis of the information obtained from different authors, for the collection of said information an electronic investigation was implemented, using the Google and Google Scholar search engines, inquiring in PubMed and making an exhaustive review. In the articles originally published, the line of research was corrective clinical dentistry, the anatomical and morphological characteristics of ankyloglossia were described, in addition to expressing the oral conditions that this entails as well as the consequences of the physiological development of breastfeeding and speech. It was obtained that the sex with the highest prevalence was male and the etiology is genetic. The speech therapist specialized in orofacial motricity will be the one who assesses if the frenulum should be surgically intervened, it is concluded that ankyloglossia can be partial or total, the predominant malocclusion is class III, there are two types of treatments which are conservative and surgical and there may be an increase in caries due to ankyloglossia.

Descriptors: ankyloglossia, oral conditions, treatments.

## INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es una estructura amplia llena de aspectos anatómicos importantes que pueden jugar un papel fundamental en el desarrollo social que desempeña cada individuo. Cuando unas de las estructuras anatómicas que la conforman tienen alguna alteración de manera directa trae secuelas a toda la cavidad bucal. Es por esto que la lengua siendo uno de los órganos que nos permite interactuar de manera cotidiana en la sociedad, además siendo considerada parte en la acción del habla puede llegar a presentar alteraciones congénitas que a su vez van a desencadenar un sin fin de afecciones bucodentales. Tal es el caso de padecer anquiloglosia una anomalía que evita el despliegue de la lengua del piso de boca.

Al hablar de una alteración congénita es decir que se padece desde el nacimiento, sin embargo, mediante el avance de la ciencia y tecnología, los especialistas han buscado hacer frente ante cualquier patología buscando su mejoría, control o tratamiento. De tal manera cuando un recién nacido es evaluado por un especialista y es diagnosticado con anquiloglosia se debe crear un plan de tratamiento para su remoción, en caso de perjudicar una de las necesidades básicas como es la lactancia cuando esto pasa ya es índice que la anquiloglosia puede llevar a padecer afecciones bucodentales como lo son: maloclusión, fonética, alteración muscular, mal higiene, entre otros. Recordando que la lactancia juega un papel extraordinario en el desarrollo de los maxilares, músculos y en la oclusión del ser humano. Es por esto, que la ausencia de la lactancia materna es un desencadenante a presentar afecciones bucodentales en el futuro del niño.

La anquiloglosia cuando es correctamente evaluada, diagnosticada y tratada con tiempo va evitar toda la problemática antes mencionada, siempre y cuando se realice un seguimiento pre y post de la intervención quirúrgica. Por lo tanto, esta investigación mediante sus capítulos pretende desarrollar una serie de objetivos planteados para conocer las características morfológicas y anatómicas, las afecciones bucodentales y el éxito quirúrgico de la anquiloglosia.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### Planteamiento del problema

La lengua es un órgano extremadamente sensible que actúa sobre un fondo muscular complejo. Además de participar en las funciones primarias del sistema estomatognático, como la masticación, la deglución y el habla, requieren la participación activa de la lengua (1). Es así como las células que forman parte de su estructura son de naturaleza híbrida. Además, el componente de tejido conectivo, así como la vasculatura de la lengua, se derivan de las células de la cresta neural craneal. Estas células inician la formación de la yema de la lengua y el tejido conjuntivo intersticial. Los mioblastos que son responsables de la formación de los componentes musculares de la lengua derivan de la somita occipital. Las células de esta somita migran hacia el primordio de la lengua, formando así las células musculares de la lengua (1).

Embriológicamente, la lengua empieza desarrollarse alrededor de la cuarta semana de vida intrauterina. Los arcos faríngeos primero, segundo, tercero y cuarto contribuyen al desarrollo de las diversas porciones de la lengua. El desarrollo comienza con una tumefacción medial del primer arco faríngeo, conocida como tuberculum impar. Gradualmente, dos hinchazones linguales laterales comienzan a crecer en la quinta semana del mismo arco. A medida que las protuberancias laterales aumentan de tamaño, eventualmente se fusionan y superponen al tubérculo impar. Esta fusión conduce a la formación de los dos tercios anteriores de la lengua (1).

Dado que la mucosa que recubre esta zona de la lengua tiene su origen en el primer arco faríngeo; recibe su inervación sensorial de la rama mandibular del nervio craneal V (nervio trigémino). Mientras tanto, a partir del mesodermo de los arcos faríngeos segundo, tercero y cuarto, comienza a desarrollarse otra hinchazón mediana, conocida como eminencia hipo branquial, que forma el tercio posterior de la lengua. La mucosa que recubre esta área de la lengua recibe su inervación sensorial del nervio craneal IX (nervio glossofaríngeo). La parte más posterior de la lengua se desarrolla a partir de una tercera hinchazón mediana, que surge del cuarto arco faríngeo. Esta zona de la lengua recibe su inervación del nervio laríngeo superior (1).

Los músculos de la lengua se derivan de los mioblastos que se originan en las somitas occipitales. Reciben inervación del XII nervio craneal (nervio hipogloso) excepto el músculo palatogloso. Los músculos de la lengua incluyen músculos extrínsecos e intrínsecos. Los músculos extrínsecos son; geniogloso, palatogloso, estilogloso y hiogloso y se originan en las estructuras adyacentes a la lengua. Permiten que la lengua se mueva en todas las direcciones. Por otro lado, los cuatro músculos intrínsecos emparejados que incluyen el músculo longitudinal superior, longitudinal inferior, vertical y transversal tienen su origen y su inserción dentro de la lengua. Son los encargados de cambiar la forma de la lengua (1).

El primer signo de desarrollo de la papila gustativa en el epitelio lingual ocurre en la octava semana de gestación. Entre la novena y undécima semana de gestación, se desarrollan muchos primordios de papilas gustativas. Se diferencian en diferentes tipos de células alrededor de la undécima a la decimotercera semana posovulatoria. Durante este período, también se desarrollan los poros gustativos (1). Ahora bien, cuando la etapa del desarrollo embriológico se ve afectada les da paso a diversas anomalías estructurales y del desarrollo de la lengua.

Las diversas variaciones morfológicas que pueden ocurrir durante el desarrollo de la lengua son: aglosia, microglosia, macroglosia, lengua hendida, lengua pentafida, lengua fisurada, lengua geográfica, lengua peluda, glositis romboidal mediana y anquiloglosia. Siendo esta última una falla en la degeneración celular que conduce a un anclaje más prolongado entre la lengua y el piso de la boca; esto se conoce comúnmente como "lengua atada" y demuestra un frenillo lingual anormalmente corto (1).

La anquiloglosia puede variar en gravedad desde anquiloglosia leve a completa, en la cual la lengua se fusiona con el piso de la boca y restringe su libre movimiento. Un frenillo lingual corto que conduce a la atadura de la lengua también se asocia con varios síndromes genéticos, como síndrome de Robinow, síndrome oral-facial-digital tipo I, síndrome de Opitz y síndrome de Van der Woude (1).

Siendo la anquiloglosia una anomalía congénita que se manifiesta como una fusión de la lengua al piso de la boca que limita los movimientos de la lengua e impide la fonación normal (2). Esta condición patológica trae consigo diversos problemas en el desarrollo normal de aspectos como la fonación, dificultad para deglutir, la cual se da por la posición anterior de la lengua, lo cual conlleva a un problema de oclusión, como es la mordida abierta; debido a los escasos movimientos involuntarios que debe tener fisiológicamente la lengua, la limpieza de la cavidad bucal se reduce y produce un aumento de la enfermedad caries dental, gingivitis y si no es tratada

a tiempo existe el riesgo de padecer periodontitis a nivel de los incisivos inferiores. Además de la problemática mencionada anteriormente, una consecuencia significativa son los trastornos psicológicos a largo plazo que llega a padecer el niño por tener errores en la pronunciación de consonantes.

En cuanto a los primeros meses de vida de un infante, una de las razones informadas por las madres con más frecuencia para el cese de la lactancia materna es la presencia de dolor en los pezones y la incomodidad para la alimentación del bebe, debido a la restricción de los movimientos linguales como lo son la extensión, elevación y laterización, ocasiona dificultad en la succión, “Otros factores maternos e infantiles que pueden sugerir anquiloglosia incluyen: tiempos de alimentación prolongados , fatiga infantil con vaciado incompleto de los senos, poco aumento de peso, pezones sangrantes y conductos lácteos obstruidos y/o mastitis” (3).

“Durante la última década, ha habido un aumento exponencial en el número de niños diagnosticados y tratados con anquiloglosia en países más ricos. Pacientes pediátricos hospitalizados en los Estados Unidos evidenció que entre 2003 y 2012, hubo un aumento de cuatro veces en el número de recién nacidos diagnosticados con anquiloglosia y un aumento de cinco veces en el número de frenotomías” Messner et al. (2020)(4). Siendo con más frecuencia en varones; si bien autores asocian la anquiloglosia a factores genéticos se desconoce en gran medida el motivo de esta condición congénita y el aumento de la misma. La problemática pretende ser documentada mediante una investigación bibliográfica exhaustiva que permita al lector conocer factores importantes sobre la anquiloglosia y el manejo de la misma.

En el contexto nacional, la anquiloglosia presenta una incidencia donde es importante destacar que 0,02% al 11% de la población de recién nacidos y una relación hombre mujer de 3:1 en países de América latina. Existiendo poca evidencia registrada a nivel nacional, que permita conocer la realidad actual en Venezuela. Esto puede ser atribuido a la falta de un sistema de clasificación universal del frenillo lingual, existiendo así numerosos protocolos de diagnóstico imprecisos de dicha alteración esto según González (2016) (5). Si bien existen casos de anquiloglosia en el territorio nacional, debido a la situación país, la cual engloba fallas en el sector salud, y aunado a esto la falta de información detallada y precisa a nivel mundial dificultan realizar el correcto reporte de caso y su respectivo tratamiento. Por otra parte, “la presencia limitada del odontopediatra en las consultas de neonatología y de niños sanos en los centros de salud a nivel nacional, dificulta el pronto diagnóstico sobre la existencia de alteraciones tales como las del frenillo lingual. ” (5).

El manejo de la anquiloglosia en niños suele ser multidisciplinario, involucrando la participación de especialistas en odontopediatría, periodoncia, cirugía oral, otorrinolaringología y logopedia, entre otros. (6,7). Es importante realizar un diagnóstico temprano de la anquiloglosia para posteriormente llevar a cabo el proceso quirúrgico de frenectomía, ya que si este es realizado en los primeros años de vida del infante se pueden solucionar los problemas de succión, fonación, deglución e higiene bucal.

### **Formulación del problema**

Para indagar sobre el problema planteado la siguiente investigación pretende, a través de una revisión bibliográfica exhaustiva de los últimos cinco años de investigación en este tópico, responder las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características morfo-anatómicas de la cavidad bucal de los pacientes odontopediátricos con edades de uno a cinco años que padecen anquiloglosia?

¿Qué afectaciones bucodentales puede desarrollar un niño que presente anquiloglosia durante los 12 meses y 5 años de edad?

¿Existe tratamiento alternativo que no sea la intervención quirúrgica para eliminar la anquiloglosia en niños?

### **Objetivo general**

Evaluar las afecciones bucodentales en pacientes odontopediátricos que padecen anquiloglosia en edades comprendidas de 12 meses a 5 años de edad de acuerdo a los últimos avances científicos.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características morfológicas y anatómicas de la anquiloglosia en pacientes odontopediátricos en edades comprendidas de 12 meses a 5 años de edad de acuerdo a las últimas actualizaciones científicas.
- Identificar las afecciones bucodentales en niños con frenillo lingual corto.
- Analizarla evolución de los procedimientos quirúrgicos para la anquiloglosia en pacientes odontopediátricos.

## **Justificación de la investigación**

El presente trabajo de investigación busca dar a conocer cuáles son las consecuencias provocadas en la cavidad bucal debido a la anquiloglosia en pacientes pediátricos infantiles, definiéndola como:

“Una afección congénita poco común caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto y grueso (anquiloglosia parcial) en el músculo geniogloso, o la fusión de la parte inferior de la lengua con el piso de la boca (anquiloglosia total), que afecta la movilidad de la punta de la lengua” (6).

Así como también ahondar en los diferentes protocolos quirúrgicos como lo son “La frenectomía es la remoción completa del frenillo, incluida su adherencia al hueso. Hirschfeld (1939), acuñó el término de frenectomía como una cirugía mucogingival para eliminar las situaciones patológicas causadas por una adherencia anormal de los frenillos” (6). La cual, a diferencia de la frenotomía, que es la remoción parcial del frenillo, acá se realiza una incisión y recolocación de la adherencia del frenillo.

Un estudio realizado, en escuelas del municipio de Melena del sur compuesto por niños de 5 a 11 años de edad, de 829 niños revisados 29 presentaron anquiloglosia dando el 3,49% ya que presentaron alteración en el habla, el fonema más afectado fue (R), mediante una intervención quirúrgica diferente realizando un corte más próximo a la cara ventral de la lengua lo que permitió que los pacientes no necesitaran sutura. La evolución de los niños fue satisfactoria, antes y después del tratamiento, indicándose que “la edad indicada para esto es a los 2 años, pues el niño puede manejar mejor su conducta y aun no le han brotado los segundos molares, lo que evita posibles mordidas y dislalias futuras” (2).

Es importante conocer que es la anquiloglosia, los problemas que desenvuelve y cómo puede tratarse para prevenir un lento y no deseado desarrollo músculo esquelético además de las dificultades sociales que progresan en niños debido al habla. Es por esto, que el presente trabajo busca dar información precisa y detallada acerca de la anomalía congénita del frenillo lingual corto, creando concientización en las madres y padres en cuanto a estar atentos con el desarrollo en general de sus infantes, ya que un diagnóstico temprano podría ser crucial para el desenvolvimiento fisiológico del niño a lo largo de su infancia y posterior adultez.

Este trabajo especial de grado va dirigido a los presentes profesionales y futuros odontólogos, odontopediatras para que tengan las competencias necesarias de poder tratar con pacientes que

padezcan de esta anomalía congénita y puedan llevar a cabo un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La importancia del presente trabajo a nivel investigativo, pretende abarcar toda la información necesaria, es decir, a partir de un correcto diagnóstico hasta un acertado plan de tratamiento para así facilitar al lector, profesional y padres, toda la evidencia científica actualizada que se encuentra en la web. Lo cual a su vez también lo hace importante a nivel institucional ya que se procura recolectar información que contribuya a futuros estudios e investigaciones.

### **Limitaciones y Alcance**

Este trabajo de investigación espera ser una herramienta de trabajo, que logre ser un alcance para todos los estudiantes y profesionales de la odontología y de esta manera sirva como implemento para el diagnóstico de pacientes infantiles que presenten anquiloglosia, y de tal manera poder educar a padres, representantes y cuidadores con respecto a las afecciones bucodentales que puede ocasionar la presencia del frenillo lingual, por lo tanto lleguen a comprender y entender que los diversos tratamientos que se le pueden aplicar al infante va depender del diagnóstico realizado por el profesional de la salud bucal. La línea de investigación es odontología clínica correctiva.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Antecedentes de la investigación**

Una vez realizada una exhaustiva revisión bibliográfica, fueron hallados los siguientes estudios relacionados con la presente investigación.

Se hace referencia a la investigación realizada por Slagter (2020) titulada “Efecto de la frenotomía sobre la lactancia y el reflujo: resultados del estudio de cohorte longitudinal prospectivo breve”. La cual tenía como objetivo evaluar la eficacia de la frenotomía con respecto a la mejora de la lactancia y el reflujo en lactantes con problemas de lactancia. Donde estudiaron a 175 mujeres y niños lactantes con problemas de lactancia y reflujo relacionados con la atadura de lengua o de labios que cumplía con los criterios de inclusión se siguió longitudinalmente durante 6 meses. Como resultado se pudo entender que las mejoras fueron independientes del tipo de labios o lengua que subyace a los problemas de lactancia y reflujo. No se observaron complicaciones postoperatorias. Alrededor del 60,7 % de los lactantes seguían siendo amamantados 6 meses después del tratamiento (8).

Concluyendo además que la frenotomía es un procedimiento seguro, sin complicaciones posoperatorias y que mejora significativamente la autoeficacia en la lactancia materna, dolor en los pezones y problemas de reflujo gastroesofágico. Lo cual es pertinente mencionar ante esta investigación por la importancia que tiene el proceso de lactancia correcta; ya que esta juega un papel importante no solo a nivel nutricional si no también con el desarrollo de todo el sistema estomatognático.

De tal manera Bonilla et al. (2018) en su investigación nombrada “Manejo de Anquiloglosia: módulo maternidad”. Dando como objetivo a su estudio determinar qué tipo de Anquiloglosia es significativamente alta en probabilidad de ser causante de alteraciones/dificultad en la lactancia) (9). Estableciendo tres problemáticas que presentan el paciente con Anquiloglosia: Dificultad para la lactancia materna, problemas de articulación del lenguaje y problemas mecánicos. En cuanto al lenguaje establecería que no impide la vocalización ni el retraso en el inicio del habla. Los frenillos desde la punta de la lengua que impiden que la lengua llegue a la encía superior son los que más probabilidad de significación clínica tienen: rotacismo (dislalia en el fonema de la

“r”), dificultad para realizar sonidos sibilantes y linguales “t”, “d”, “z”, “s”, “th”, “n”, “l” (9). Mientras que en problemas mecánicos se hace referencia a: Discomfort local y la dificultad tocar instrumentos de viento y acciones de la vida cotidiana como dar un beso e incluso lamer un helado.

Además, concluyendo que la frecuencia de diagnóstico de anquiloglosia y la remisión para tratamiento quirúrgico casi se ha duplicado desde principios del año 2000. Realmente se desconoce la magnitud en que la anquiloglosia produce síntomas clínicamente significativos. Existen datos que indican que la mayoría de los neonatos con anquiloglosia pueden amamantar sin dificultad, aunque en su presencia los problemas de lactancia son más probables y pueden ser causantes de destete precoz. Demostrando que si existe relación con la anquiloglosia y el desarrollo social que pueda tener un niño que la padezca.

En el trabajo de grado realizado por Ojeda et al. (2018) nombrado: “Posición de lengua mediante la técnica Payne y su asociación con discrepancias dentales anteriores en escolares con dentición mixta de la institución nuestra señora del divino amor con edades entre 8 y 12 años”. El objetivo fue relacionarla posición de la lengua con las discrepancias dentales anteriores en escolares con dentición mixta. En este estudio observacional analítico de corte transversal se evaluaron 91 escolares en edades comprendidas entre 8 a 12 años matriculados en el Colegio Integrado Nuestra Señora del Divino Amor de la ciudad de Bucaramanga (Santander), a los que se les realizó un examen dental, un examen lingual aplicando la técnica Payne, y el test de Glatzel.

Se concluyó que las asociaciones entre la posición de lengua con la distancia inter canina superior, la relación canina clase II, al igual con la sobre mordida vertical donde la protrusión completa de lengua se puede hallar en escolares con mordida abierta anterior, también se pudo observar una asociación entre el contacto lingual con dientes inferiores y/o labio inferior con un mayor aumento en el perímetro de arco inferior (10). Estos resultados muestran la posible influencia que ejerce la lengua. Lo que demuestra que la lengua cuando presenta alguna patología que afecta su funcionamiento de forma automática se van creando consecuencias a nivel dental, en este caso se ha demostrado de la postura de la lengua inferior afecta arco dental y el crecimiento cráneo facial, contribuyendo a original maloclusión clase III. Donde sujetos con menor postura de la lengua debido a la anquiloglosia tienen una tendencia hacia la oclusión esquelética de clase III. Informaron que, en comparación con otras maloclusiones, la raíz de la lengua se encontró más

inferior y anterior mientras que la punta de la lengua era más anterior en la clase III de mal oclusión (10).

La evidencia que aporta a la presente investigación es que la anquiloglosia trae consigo consecuencias bucodentales a nivel oclusal; donde además puede ser un incremento para que el infante desarrolle una maloclusión clase III recordando que esta es caracterizada por una posición mesial de la arcada dentaria mandibular respecto a la maxilar.

Es así como Eisler, et al. (2017) En su artículo titulado “La influencia de la anquiloglosia en crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático”. Cuyo objetivo era evaluar críticamente los artículos existentes en las literaturas brasileñas y extranjeras sobre la influencia del frenillo lingual acortado en el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, así como en lograr el equilibrio forma-función. Donde además se seleccionaron 14 artículos de ensayos clínicos para lectura completa. Se demostró que los individuos con anquiloglosia presentaban unas 5,5 veces más restricciones de movilidad lingual y atipia muscular durante la masticación que aquellos con su frenillo lingual insertado generalmente (11).

Sin embargo, la relevancia de la anquiloglosia puede estar asociada con problemas de desarrollo oclusal y cráneo facial, ya que la postura caída de la lengua se relacionó con la instalación de maloclusión clase III. Aun así, desde un punto de vista más complejo, la corrección de la posición de reposo de la lengua mejora el posicionamiento del hueso hioides, disminuyendo las fuerzas musculares sobre la mandíbula, en el sentido de rotarla hacia atrás y hacia abajo y, por otro lado, el posicionamiento de la lengüeta en el suelo bucal baja el hueso hioides, estirando la musculatura adherida a la mandíbula, lo que favorece su rotación en el sentido de las agujas del reloj, resultando, por ejemplo, en una mordida abierta anterior.

Lo anterior demuestra el consenso de la literatura sobre el efecto negativo de los desequilibrios funcionales causados por la anquiloglosia sobre el correcto crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático.

Por otro lado, Orte, et al. (2017) en el artículo: “La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento”. Es así como el objetivo era conocer la evidencia científica disponible sobre las posibles alteraciones en la lactancia materna que pueden ser provocadas por la anquiloglosia, así como su diagnóstico y posible tratamiento. Estableciendo aspectos negativos de la anquiloglosia debido al deficiente movimiento de la lengua, la anquiloglosia puede producir

también alteraciones en la cavidad oral: Los bebés respiran más por la boca que por la nariz, al tener un paladar más elevado, lo que les predispone a presentar bronquitis y neumonías. Mayor índice de otitis por un mal drenaje de las trompas de Eustaquio. Maloclusión dental por la deformidad del paladar como la mordida cruzada o abierta, consecuencias en el lenguaje, como los trastornos en la articulación fonética de algunas consonantes (/rr/, /t/, /d/). Problemas mecánicos, que pueden dificultar, por ejemplo, la auto limpieza interior de la lengua, lamerse los labios o tocar un instrumento de viento) (12).

En concordancia con esta investigación todas estas consecuencias forman parte de las alteraciones bucodentales que puede desarrollar un infante con anquiloglosia y no solamente afectaciones a nivel odontológico sino también a nivel sistémico como pueden ser bronquitis o neumonía e incluso infecciones como la otitis.

### **Bases teóricas Desarrollo de la lengua**

El desarrollo de la lengua se describe como un proceso relativamente rápido, que comienza entre la cuarta y quinta semana de vida intrauterina. Este proceso tiene un efecto notable en la cavidad oral; por lo tanto, es sumamente importante para el desarrollo del sistema estomatognático que la lengua se desarrolle correctamente. Aguiar et al. (2018). En el artículo:

“Desarrollo de la lengua en mortinatos autopsiados a diferentes edades gestacionales”. Menciona la importancia del colágeno en la lengua y vasos sanguíneos que se manifiestan en su evolución. El colágeno se expresa en la lengua en las primeras etapas de desarrollo y es detectable en la mesénquima derivada de las células de la cresta neural craneal (CNCC), adyacente al epitelio de la lengua y en los tendones de los músculos extrínsecos, que conectan la lengua con la mandíbula.

Las células endoteliales juegan un papel clave en el control de la coagulación, la trombosis, el tono vascular, la permeabilidad, la inflamación, la reparación de tejidos y la angiogénesis. Los exámenes de ultrasonido han indicado una correlación altamente significativa entre la circunferencia de la lengua fetal y la autopsia pediátrica es un importante estudio de las diferencias estructurales y funcionales de los órganos según el momento del desarrollo fetal. En la autopsia, la estimación de la edad gestacional es importante para identificar si el desarrollo fetal estaba ocurriendo normalmente, para determinar el tiempo de la muerte en relación con el nacimiento, y así el diagnóstico de las enfermedades propias de esa etapa de desarrollo, y detectar aquellos niños clasificados como de riesgo en el período neonatal (13).

La lengua es un órgano de gran relevancia que puede brindar información a nivel de autopsia y sobre todo a nivel sistémico, sus afecciones son consideraciones relevantes para algún diagnóstico. Este estudio corrobora la literatura, en la que se analizaron 23 lenguas de mortinatos autopsiados, demostrando que, a partir de la séptima semana, los vasos (cuyas paredes comienzan a desarrollarse) aumentan progresivamente. En la región posterior de la lengua, los vasos sanguíneos son pequeños y forman una red capilar muy densa. La vascularización anterior de la lengua es mayor, los vasos tienen calibres más pequeños, brindando las condiciones para un rápido aporte de energía y nutrientes a los miocitos. Esta red capilar de la lengua ha sido descrita en la literatura como un elemento importante contra futuras enfermedades. Incluso la evaluación precisa del crecimiento en el período neonatal es importante para observar si el feto estuvo sujeto a condiciones intrauterinas anormales que provocaron un retraso en la aceleración del crecimiento.

### **Afecciones Odontológicas**

Los daños ocasionados en la cavidad oral a causa de la anquiloglosia pueden ser diversos sin embargo como afecciones odontológicas todavía no existen una relación cierta si la anquiloglosia puede ser precursora para afecciones como lo son la caries dental y enfermedades periodontales. Aunque si pueden estar relacionados. De esta manera en un artículo de la Asociación Dental Australiana titulado: “Declaración de consenso sobre anquiloglosia y frenillos orales” (2020). Aseguran que los frenillos linguales o labiales cortos y apretados causan un aumento riesgo de caries de la primera infancia (ECC)” (14). Sin embargo, este artículo informa que no hay una alta evidencia de calidad para apoyar una correlación entre anquiloglosia o labio superior y un mayor riesgo de caries de la primera infancia. Ya que no se encontraron estudios que puedan especificar la relación precisa entre la caries dental y un infante con anquiloglosia.

Este mismo artículo también informa sobre la relación que pueda existir entre la anquiloglosia y enfermedades gingivales donde aseguran que: “La noción de que la recesión gingival lingual puede deberse a un alto apego frenético es un tema de controversia en la literatura. Se requiere más investigación para determinar si existe una relación clara” (14). Lo que se puede comprender es que, si bien es cierto que no hay una relación concisa de la anquiloglosia con las afecciones odontológicas como la caries y las enfermedades periodontales, si existe una relación cierta de las

maloclusiones donde se debe considerar que la misma si puede ser motivo de que un paciente desarrolle enfermedades como la caries y periodontales.

### **Factores Etiológicos: Modificables y No Modificables**

Es importante conocer el origen de la anquiloglosia donde etiológicamente se habla de un factor genético importante para su padecimiento. Es así como Walsh et al. (2019) en el artículo nombrado: “Anquiloglosia y otras ataduras orales” aseguran que “Múltiples estudios demuestran consistentemente proporciones hombre-mujer. Estos hallazgos sugerirían una herencia autosómica dominante o ligada al cromosoma X. Esta comprensión se complica por las distinciones entre casos esporádicos y familiares de anquiloglosia. Se cree que la mayoría de los casos de anquiloglosia son esporádicos y tienen una mayor predilección por los hombres que los casos familiares” (15, p.797).

Donde además hacen referencias a otras etiológicas como las causas ambientales o teratógenas de anquiloglosia. “Se observa heterogeneidad adicional con diferentes tipos de grados de anquiloglosia. El predominio masculino disminuyó del 68% para los tipos 1 y 2 de Coryllos, al 59% para el tipo 3 y al 46% para la anquiloglosia tipo 4. Haham et al. Observaron tendencias similares” (15, p.797). Lo que quiere decir que existen posibilidades ambientales o teratógenas que han hecho disminuir su padecimiento por sexo y familia, lo que automáticamente abre cavidad a otros factores modificables para su formación.

Se debe considerar que la anquiloglosia es una anomalía congénita determinada por un frenillo lingual anormalmente corto, que origina dificultades en grados variables de la movilidad lingual. Es así como Salgado (2017) en la investigación sobre el “Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso”. Se expone en esta investigación que “La Anquiloglosia es definida como una limitación de las posibilidades de protrusión y elevación de la punta de la lengua debido a un frenillo lingual corto o al musculo geniogloso corto o ambos; debido a esto, la anquiloglosia está asociada a disfunciones en la lactancia materna y en la articulación de palabras, problemas ortodónticos y sociales que afectan al paciente. Puede aparecer como una anomalía aislada, aunque a veces puede estar acompañada por otras anomalías congénitas como paladar hendido. Tiene una naturaleza hereditaria y ocurre más comúnmente en niños varones, y ha sido relacionado al cromosoma sexual X” (16, p.780). Por lo que se debe considerar factores genéticos al momento de realizar el examen clínico para su diagnóstico.

No existe un parámetro que indique cuando es necesario realizar una intervención, pero es concluyente saber que es necesaria la cirugía antes que el infante desarrolle una alteración en el habla y problemas de alimentación. De esta manera Herrer (2021). En la investigación titulada “Diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia en atención primaria”, establece que “Considerando que dentro de las intervenciones encontramos dos opciones el tratamiento conservador y/o el quirúrgico. En los últimos años se está potenciando en EE. UU. El tratamiento conservador por parte de fisioterapia con terapia craneosacral y manipulación manual para relajar los músculos de la boca y de la espalda con el fin de mejorar la succión” (17, p.325). Y de esta manera manteniéndose el frenillo lingual corto, pero facilitando la elasticidad y elongación de este. Sin embargo, no hay suficientes estudios que cuantifiquen la eficacia del tratamiento conservador. En España los estudios se centran en el tratamiento quirúrgico como primera opción de intervención para la resolución de la anquiloglosia

### **Criterios clínicos para el diagnóstico**

En la actualidad existen diversos aspectos clínicos que se deben considerar para diagnosticar la anquiloglosia, dichos aspectos varían significativamente en la literatura. Tomando en consideración que es necesario la presencia de un signo frenillo corto y un síntoma como lo son; dificultad fonatoria, problemas ortodónticos entre otros. La evaluación en recién nacidos generalmente comprende la observación visual de la existencia o no del frenillo corto, realizando un examen intraoral completo (12).

La inspección de la lengua, palpación y su función deben formar parte de la primera visita odontológica. El odontopediatra debe examinar el aspecto de la lengua, la existencia o no de lateralización, la elevación, la extensión y expansión de la parte anterior de la lengua cuando el bebé llora o trata de extender la lengua. Las clasificaciones del frenillo lingual se utilizan para evaluar y caracterizar la estructura en condiciones normales y alteradas.

Entre las clasificaciones más aceptadas se encuentra la herramienta de evaluación HazelBaker (Ver Cuadro 1). Que fue diseñada para evaluar el amamantamiento en los recién nacidos con anquiloglosia y su severidad.

**Cuadro 1.-** Evaluación Hazelbaker.

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual	
Aspectos Anatómicos	Aspectos Funcionales
Apariencia de la lengua cuando se eleva: • 2: Redonda o cuadrada • 1: Ligeramente hendida en la punta • 0: Forma de corazón o de V	Lateralización: • 2: Completa • 1: Cuerpo lingual sin movimiento de la punta • 0: Nulo
Elasticidad del frenillo: • 2: Muy elástico • 1: Moderadamente elástico • 0: Muy poco o nada elástico	Elevación de la lengua: • 2: La punta hasta la mitad de la boca • 1: Sólo los bordes hasta la mitad de la boca • 0: La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca sólo con el cierre de la boca
Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua: • 2: >1 cm • 1: 1 cm • 0: <1 cm	Extensión de la lengua: • 2: La punta sobre el labio inferior • 1: La punta lingual sobre el borde de la encía • 0: Ninguno de los anteriores, o bordes o «jorobas» en mitad de la lengua
Unión del frenillo lingual con la lengua: • 2: Posterior a la punta • 1: En la punta • 0: Muesca en la punta	Expansión de la parte anterior de la lengua: • 2: Completa • 1: Moderada o parcial • 0: Poco o nada
Unión del frenillo lingual con el borde alveolar inferior: • 2: Lejos del borde. Unido al suelo de la boca • 1: Unido justo por debajo del borde alveolar inferior • 0: Unido al borde alveolar	Ventosas (capacidad de hacer el vacío): • 2: Bordes enteros, concavidad firme • 1: Sólo los bordes laterales. Concavidad moderada • 0: No hay concavidad, o ésta es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de cinco ítems de aspecto y siete ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto $\leq 8$ y/o función $\geq 11$ .	Peristalsis: • 2: Completa (de delante hacia atrás) • 1: Parcial (originándose desde detrás de la punta) • 0: No hay movimiento o es en sentido inverso
	Chasquido: • 2: No hay • 1: Periódico, de vez en cuando
	• 0: Frecuente o con cada succión

**Fuente:** González y Giménez. 2017. Hospital Clínico de Zaragoza. Zaragoza- España. (12)





La escala LATCH (Ver cuadro 2) evalúa la eficacia de la lactancia materna e incluye en su evaluación a la madre y a su hijo.

**Cuadro 2.- Escala LATCH**

Puntuación	0	1	2	Total
Agarre	Adormilado. No dispuesto a mamar.  No mantiene el agarre que haya alcanzado.	Intentos repetidos de mantener agarre y succión.  Mantiene el pezón en la boca.	Agarra o araña las mamas, la lengua esta abajo.  Succión rítmica	
Deglución audible	No	Un poco con estímulo	Espontaneo e intermitente □ 24 h.  Espontaneo y frecuente □24h.	
Tipo de pezones	Invertidos	Planos	Extrovertidos después del estímulo.	
Bienestar de pecho y pezones	Ingurgitados, agrietados, sangrantes o con ampollas o heridas y dolor intenso.	Plétora, enrojecimiento o pequeñas grietas o heridas.	Blando, sin dolor.	
Posición	Necesita ayuda en todo para sostener al RN al pecho.	Ayuda mínima sujetar elevada la cabeza, poner almohada.  Le enseñan de un lado y la madre lo hace con el otro a continuación.  El personal enseña y la madre toma la iniciativa	No necesita ayuda de terceros.  La madre lo sujeta y lo pone al pecho.	

Una de las clasificaciones anatómicas del frenillo lingual es la de Coryllos (Ver Cuadro 3), que clasifica el frenillo lingual dependiendo de la cercanía de éste del ápice lingual, basándose en 4 tipos (12).

**Cuadro 3.-** Clasificación según Coryllos

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Frenillo fino y elástico; la lengua anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.	Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4mm de punta hasta el surco alveolar.	Frenillo grueso y fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de boca.	El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de boca.
			

**Fuente:** Guinot, Carranza, Veloso, Parri y Virolés. 2021. Revista de Odontopediatria latinoamericana. (19)

### Técnicas quirúrgicas

Existen diferentes métodos para la remoción de un frenillo lingual; frenotomía, frenectomía y la frenuloplastia; las cuales según Bojorque (2020): Hace referencia a las más implementadas de las cuales “Dentro de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de un frenillo lingual corto se encuentran tres procedimientos. La frenotomía es una simple incisión del frenillo que involucra la reubicación del frenillo lingual. La frenuloplastia libera la lengua y su ubicación anatómica por remodelación del frenillo. Y la frenectomía, que se define como la escisión completa, es decir, la extirpación de todo el frenillo” (20 p.6).

### **Eficacia postquirúrgica y extensión en el tiempo**

Zaghi (2019) asegura que las posibles consecuencias de la anquiloglosia son: respiración bucal, ronquidos, bruxismo y tensión miofascial. De esta manera La terapia miofuncional orofacial (también conocida como miología orofacial) se ha utilizado durante muchos años para reformar los hábitos orales disfuncionales (como la succión prolongada del pulgar, la interposición lingual, morderse las uñas y dejar la boca abierta en reposo) entre otros objetivos” (21).

Recientemente, se ha demostrado que la terapia miofuncional es una opción de 3 tratamientos potencialmente efectiva para los trastornos respiratorios del sueño. Sin embargo, “una restricción en la movilidad de la lengua puede interferir con los objetivos de la terapia miofuncional y limitar su eficacia. Los pacientes con anquiloglosia pueden experimentar dificultades para sacar, lateralizar y, lo más importante, elevar la punta o el cuerpo de la lengua. Estas alteraciones funcionales en la movilidad de la lengua pueden impedir el contacto lengua paladar necesario para crear el efecto "ventosa" que mantiene la lengua en su sitio y evita que caiga en la faringe en estado de reposo” (21 p.490).

A los pacientes incluidos en esta serie se les pidió que realizaran al menos un mes de tratamiento miofuncional antes de la operación y se les aconsejó un seguimiento de al menos dos meses de dicho tratamiento tras la cirugía. “Los objetivos de la terapia preoperatoria son crear conciencia acerca de la postura oral y las funciones de la lengua, fortalecer y tonificar los músculos de la lengua y el complejo oro facial, y rehabilitar los patrones de compensación que pueden afectar a la recuperación postoperatoria (por ejemplo, la elevación del suelo de la boca, la activación de los músculos del cuello y la incapacidad para realizar movimientos aislados con la lengua sin mover la mandíbula)” (21, p.491).

En cuanto al proceso de la rehabilitación de la lengua puede ser más largo ya que “el musculo geniogloso nunca se había estirado y es recomendable rehabilitar toda la musculatura sublingual incluso con ayuda del logopeda. La sección incompleta, solo del componente anterior, es frecuente y junto a una rehabilitación insuficiente son las causas de la mayoría de los casos de no mejoría clínica y/o recidiva” (21, p.494). Recordando además que el tratamiento primario de la anquiloglosia en el periodo de lactante podría ser preventivo ante los problemas en el tiempo relacionados a nivel bucodental.

## **Definición de términos**

### **Lactancia Materna**

Es el alimento de elección durante los primeros 6 meses, continuando hasta el año de vida o hasta que la madre y el niño deseen, ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés” (21).

### **Anomalía**

Las anomalías congénitas se pueden definir como anomalías estructurales o funcionales (por ejemplo, trastornos metabólicos) que se producen durante la vida intrauterina y pueden ser identificados antes de nacer, al nacer o más tarde en la vida” (22).

### **Lengua**

Es un órgano complejo involucrado en tareas vitales de nuestro organismo como la gustación, la masticación, la deglución y el habla.” (23).

### **Fonemas**

Es la abstracción de un sonido del habla. Se distinguen esencialmente de los demás sonidos del habla porque, a pesar de no tener una carga de significado propio, tiene la capacidad de distinguir parejas de palabras en un contexto determinado; por ejemplo, en el caso de la siguiente pareja no es igual decir /pésó/ que /béso/, el elemento que varía en la pareja son los fonemas /p/ /b/. (Guitar, J. 1996)(24).

### **Fonética Articulatoria**

Es la ciencia lingüística que estudia la sustancia del significante. Su objeto de estudio es los sonidos del lenguaje, entidades concretas, físicas y materiales del acto de la palabra. Cada acto de palabra es una acción concreta y única, por la que una persona dice algo a otra utilizando los signos de la lengua.” (25).

## **Bases legales**

Las bases legales son el soporte legal donde es desarrollada una investigación ya sea en el ámbito nacional o internacional. En el caso del presente trabajo, está fundamentado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (26), la Ley sobre Derecho de Autor (27) y El Código Deontología Odontológico (28).

### **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999)**

Como soporte para esta investigación se presentan los artículos 57 (Derechos Civiles), 78 (De los Derechos Sociales y de las Familias) y el 98 (Derechos culturales y Sociales). Los cuales indican que:

Artículo 57. Toda persona tiene derecho a expresar libremente sus pensamientos, sus ideas u opiniones de viva voz, por escrito o mediante cualquier otra forma de expresión, y de hacer uso para ello de cualquier medio de comunicación y difusión, sin que pueda establecerse censura. Quien haga uso de este derecho asume plena responsabilidad por todo lo expresado. No se permite el anonimato, ni la propaganda de guerra, ni los mensajes discriminatorios, ni los que promuevan la intolerancia religiosa. Se prohíbe la censura a los funcionarios públicos o funcionarias públicas para dar cuenta de los asuntos bajo sus responsabilidades. El contenido de este artículo, es referencia para la libertad de expresión comprendida entre sus lineamientos, por lo cual la creación de un artículo científico es una expresión del derecho civil al cual se tiene pleno goce y disfrute.

Artículo 78. Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa, y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

En caso de realizar iatrogenia en algún paciente odontopediátricos El Estado intercederá por el niño ya que se encuentra bajo protección.

Artículo 98. La creación cultural es libre. Esta libertad comprende el derecho a la inversión, producción y divulgación de la obra creativa, científica, tecnológica y humanística, incluyendo la protección legal de los derechos del autor o de la autora sobre sus obras. El Estado reconocerá y protegerá la propiedad intelectual sobre las obras científicas, literarias y artísticas, invenciones, innovaciones, denominaciones, patentes, marcas y lemas de acuerdo con las condiciones y excepciones que establezcan la ley y los tratados internacionales suscritos y ratificados por la República en esta materia.

### **Ley sobre Derecho de Autor, (1993)**

Artículo 1. Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.

Artículo 2. Se consideran comprendidas entre las obras del ingenio a que se refiere el artículo anterior, especialmente las siguientes: los libros, folletos y otros escritos literarios, artísticos y científicos, incluidos los programas de computación, así como su documentación técnica y manuales de uso; las conferencias, alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático-musicales, las obras coreográficas y pantomímicas cuyo movimiento escénico se haya fijado por escrito o en otra forma; las composiciones musicales con o sin palabras; las obras cinematográficas y demás obras audiovisuales expresadas por cualquier procedimiento; las obras de dibujo, pintura, arquitectura, grabado o litografía; las obras de arte aplicado, que no sean meros modelos y dibujos industriales; las ilustraciones y cartas geográficas; los planos, obras plásticas y croquis relativos a la geografía, a la topografía, a la arquitectura o a las ciencias; y, en fin, toda producción literaria, científica o artística susceptible de ser divulgada o publicada por cualquier medio o procedimiento.

Artículo 6. Se considera creada la obra, independientemente de su divulgación o publicación, por el solo hecho de la realización del pensamiento del autor, aunque la obra sea inconclusa. La obra se estima divulgada cuando se ha hecho accesible al público por cualquier medio o procedimiento. Se entiende por obra publicada la que ha sido reproducida en forma material y puesta a disposición del público en un número de ejemplares suficientes para que se tome conocimiento de ella.

Artículo 18. Corresponde exclusivamente al autor la facultad de resolver sobre la divulgación total o parcial de la obra y, en su caso, acerca del modo de hacer dicha divulgación, de manera que

nadie puede dar a conocer sin el consentimiento de su autor el contenido esencial o la descripción de la obra, antes de que aquél lo haya hecho o la misma se haya divulgado.

Artículo 20. El autor tiene, incluso frente al adquirente del objeto material de la obra, el derecho de prohibir toda modificación de la misma que pueda poner en peligro su decoro o reputación.

### **Código Deontología Odontológico, (1992)**

Artículo 17. El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

Artículo 18. El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

Artículo 22. Al Profesional de la Odontología que se ha dedicado al estudio y práctica de alguna disciplina de la profesión, se le conocerá como Especialista y podrá anunciarse como tal, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento respectivo y lo pautado en la Ley de Ejercicio de la Odontología.

Artículo 23. El Especialista a quien se le refiera un paciente, asume de hecho la dirección del tratamiento en lo que respecta a su especialidad, pero actuará siempre de acuerdo con el odontólogo tratante y suspenderá su atención tan pronto como cesen las causas que ameritaron sus servicios.

Artículo 100. La investigación en niños se limitará preferiblemente a las enfermedades propias de la infancia y de aquellas condiciones a las cuales los niños son particularmente susceptibles. Se considera imprescindible el consentimiento de los padres o representantes legales, dado por escrito, luego de pormenorizada explicación de los objetivos de la investigación y de los riesgos o molestias.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo documental, recordando que estas investigaciones consisten en el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos (29).

#### **Nivel de profundidad de la investigación**

La presente investigación es de tipo descriptiva, la cual “busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (30).

#### **Diseño de la investigación**

El plan y estructura de esta investigación estuvo basado según el diseño de investigación de revisiones críticas del estado del conocimiento, el cual es la “Integración, organización y evaluación de la información teórica y empírica existente sobre un problema, focalizando ya sea en el progreso de la investigación a futuro y posibles vías para su solución, en el análisis de la consistencia interna y externa de las teorías y conceptualizaciones para señalar sus fallas o demostrar la superioridad de unas sobre otras, o en ambos aspectos”(31).

#### **Métodos de búsqueda y/o técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **Método de búsqueda de información**

Para la recolecta de información se implementó una investigación electrónica, utilizando herramientas virtuales como Google y su extensión a Google Académico; indagando con PubMed en conjunto de Lilacs, haciendo un seguimiento de localización y consiguiente adquisición de los artículos originales publicados, descargando revistas periódicas especializadas y artículos debidamente aprobados utilizando palabras claves para tener información más concisa como:

“Anquiloglosia” “Niños con anquiloglosia” “Fonética en anquiloglosia” “Alimentación en anquiloglosia”

### **Criterios de inclusión y exclusión**

De los resultados que arrojó la búsqueda de artículos científicos, se tomó en consideración los criterios y aspectos de inclusión y exclusión para la selección. Para la inclusión se consideraron los siguientes:

- Artículos de investigación originales completos o de revisión publicados en revistas especializadas, arbitradas e indexadas en las bases de datos más conocidas especializadas en el área de salud, como pubmed, medline, entre otras.
- Artículos en idiomas como: español, inglés y portugués.
- Artículos que estén en relación con el tema a desarrollar, excluyendo a todos aquellos que pasen los 5 años de publicación.

Los criterios de exclusión se tienen:

- Artículos que no tenga sus autores.
- Artículos sin conclusión.
- Artículos no disponibles.
- Artículos que no se articulen con el tema a desarrollar.

### **Instrumentos de Recolección de Datos o Información**

Se inició la revisión exhaustiva del tema, posterior a esto todo el contenido recolectado fue plasmado en una ficha bibliográfica por cada artículo seleccionado y de esta manera se pudo depositar la información y así habilitar el manejo referente de toda la búsqueda, por esto se consideraron las conclusiones que presentó cada artículo que se tomó como inclusión y se relacionó con cada objetivo propuesto en esta investigación.

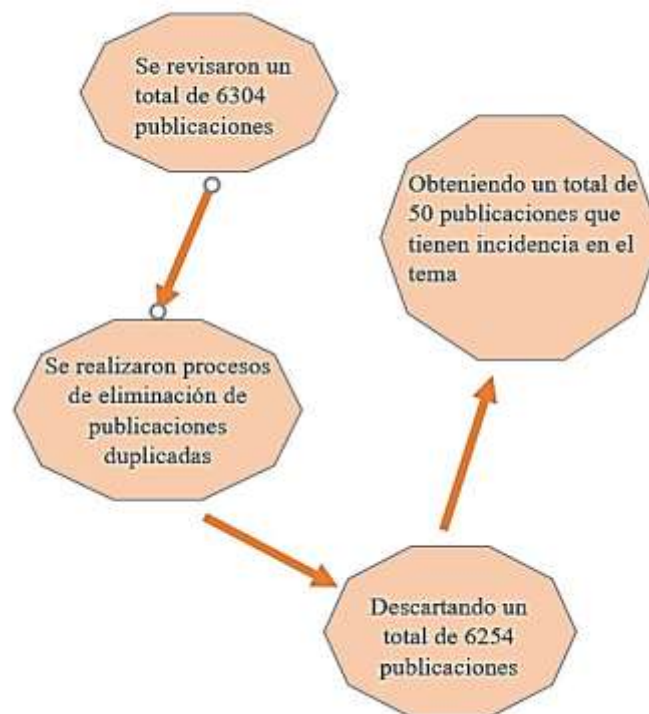
### **Técnicas de Análisis de Resultados**

Para la técnica de análisis de resultados, se realizó un análisis de contenido dirigido a dar respuesta a los objetivos de la investigación de afectaciones bucodentales que presenta y desarrolla un niño con anquiloglosia y lograr discutir futuros tratamientos convencionales como los más innovadores, cuyas conclusiones fueron analizadas e interpretadas en una discusión.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

En el capítulo que a continuación se describe, se presenta información detallada producto de una búsqueda bibliográfica obteniendo un total de seis mil trescientos cuatro (6304) publicaciones, se aplicó como criterio de reducción, la eliminación de artículo duplicados, así, como los que no guarden relación directa con la investigación en curso, donde seis mil doscientos cincuenta y cuatro (6254) publicaciones fueron eliminadas, aplicando criterios de inclusión quedaron un total de cincuenta (50) publicaciones que evidenciaban los siguientes aspectos de anquiloglosia (ver gráfico 1)



**Gráfico 1.-** Flujograma sobre el procedimiento realizado para la selección de las publicaciones asociadas al tema.

**Fuente:** Kadi y Martínez. 2022. Universidad José Antonio Páez. San Diego \_ Carabobo.

Una vez realizado el flujograma, se procedió a vaciar la información bibliográfica en las fichas que se pueden evidenciar en los (Anexos), se realizó la presentación de cada uno de los datos agrupados según las variables descritas en la investigación, para dar cumplimiento de los objetivos. En primer lugar, se desarrollaron las ideas concretas de esta investigación, permitiendo contextualizar el tema objeto de investigación, afecciones bucodentales en pacientes odontopediátricos que padecen anquiloglosia, además se describieron las características morfológicas y anatómicas de acuerdo a las últimas actualizaciones científicas.

En segundo lugar fue necesario establecer el tipo de investigación documental descriptiva, realizando un análisis de los artículos seleccionados, presentando la información de los autores, años de publicación variando este en un periodo de 2017 hasta 2021, la metodología usada en estas publicaciones varían desde tipo descriptivo, correlacional, documental, retrospectivo, cuantitativos, investigación no experimental, de tipo observacional, transversal y bibliográfico documental, tipo de técnica evaluada (convencional, alternativa o mixta), nombre de la técnica de adaptación, conducta inicial, conducta final de pacientes y las conclusiones respectivas de publicaciones tomadas como referencias.

Así lograr la examinación bibliográfica de las afecciones bucodentales en niños con frenillo lingual corto, obteniendo como resultado la etiología de anquiloglosia en base a las referencias bibliográficas, siendo una anomalía que se caracteriza por presentar un frenillo lingual corto y delgado unido a la mitad de la lengua, con apego entre el vértice y el centro de la lengua, lo cual origina la restricción intensa de los movimientos de la lengua ya sea que ésta sea simple, parcial o total, donde la zona ventral de la lengua se encuentra totalmente fusionada con el piso de boca, siendo esta la condición más difícil de tratar. El frenillo lingual produce mayores efectos que los frenillos bucales en las estructuras morfológicas cráneo facial de pacientes menores de edad. Además, esta revisión bibliográfica permitió precisar la prevalencia de pacientes con Anquiloglosia.

De acuerdo a lo establecido en las fichas bibliográficas se obtuvo como resultados: que la anquiloglosia es una alteración, en su mayoría, congénita, en la que el frenillo lingual es corto, que hace que la lengua pareciera estar atada, y esto que impide, a quien la padece, tener una buena movilidad de la lengua y poder emitir muy bien las palabras. Además, se tomó en cuenta la variable sexo, pudiendo observar que en infantes de sexo masculino el porcentaje es mayor y en cuanto a la

maloclusión prevalente es la clase III. Se puede decir además que los antecedentes familiares se consideran una causa directa e influyente en la presencia de anquiloglosia.

En cuanto a la clasificación de la anquiloglosia y las herramientas de diagnóstico, el presente trabajo toma en consideración a los autores Hazelbaker, escala LATCH, Coryllos y Kotlow con sus criterios clínicos para el diagnóstico de la misma.

Es necesario realizar un buen examen clínico, para determinar si la anquiloglosia interfiere con la fonética del paciente, a partir de este examen puede determinarse si la anquiloglosia puede resolverse con terapia del habla o es necesario realizar una frenectomía u otro tipo de tratamiento. El frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, posteriormente, otros trastornos, como ya se dijo anteriormente con la articulación, desarrollo psico- social y problemas mecánicos.

La anquiloglosia no afectará la habilidad del niño para aprender a hablar y no provocará un retraso en el habla, pero puede provocar problemas con la articulación, o la forma en que se pronuncian las palabras. Los problemas mecánicos que se notan con más frecuencia cuando hay anquiloglosia son dificultad para lamerse los labios, mantener los dientes limpios, lamer un cono de helado o tocar un instrumento de viento. Algunos niños tendrán problemas con cortes debajo de la lengua cuando el frenillo lingual se atore entre los dientes incisivos centrales inferiores.

La anquiloglosia debe ser considerada en niños con dificultades en el amamantamiento y en el habla. Obviamente no hay un consenso en el diagnóstico y manejo de esta alteración, pero es necesario realizar un diagnóstico multidisciplinario temprano y la aplicación del tratamiento correspondiente, bien sea conservativo o quirúrgico recordando que un logopeda especializado en motricidad orofacial es quien está formado para valorar objetivamente si un frenillo lingual es apto o no para una intervención quirúrgica y para su posterior tratamiento. En la mayoría de los casos se realiza un tratamiento combinado: el quirúrgico y el logopédico (consiste en realizar unas sesiones antes y después de la cirugía).

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

La anquiloglosia es considerada una anomalía congénita caracterizada por un frenillo corto y grueso, esta puede ser parcial, donde el frenillo es anormalmente corto y grueso o total, donde la parte inferior de la lengua se encuentra completamente fusionada con el piso de boca.

Las clasificaciones anatómicas de la anquiloglosia son descritas por Coryllos, el cual permite diferenciar los distintos tipos de frenillo corto según su lugar de inserción y Kotlow, el cual se basa en medir la longitud de la lengua libre.

Existen dos opciones de tratamientos, el conservador realizado con fisioterapia con terapia craneosacral y manipulación manual, y el quirúrgico, frenectomía y frenotomía.

La diferencia entre frenotomía y frenectomía es que en la primera solo se remueve parcialmente el frenillo para recolocararlo mientras que en la segunda se remueve completamente el frenillo incluido su adherencia al hueso.

La anquiloglosia puede provocar problemas con la fonética y problemas mecánicos como mantener la higiene bucal, dificultad para lamerse los labios o tocar un instrumento de viento.

Existe una relación entre frenillo lingual corto y el aumento de caries y enfermedades gingivales, sin embargo, no existe suficiente evidencia que confirme esta relación en los estudios previamente analizados.

La anquiloglosia en neonatos ocasiona restricción de los movimientos linguales que impiden separar el paladar durante la succión, por lo que el bebé busca compensar esta dificultad por medio de movimientos mandibulares que pueden causar lesiones o dolor en el pezón de la madre, lo cual conlleva al abandono precoz de la lactancia materna.

### **RECOMENDACIONES**

Se debe enfatizar la importancia de realizar un diagnóstico, con un equipo multidisciplinario conformado por el odontopediatra, otorrinolaringólogo, pediatra, cirujano bucal y logopeda, precoz, desde el nacimiento del individuo, que debe necesariamente tomar en cuenta y evaluar la movilidad lingual, ya que su limitación, puede producir desde la imposibilidad de realizar un correcto amamantamiento hasta la pérdida abrupta de peso del neonato, además de permitir la instalación de hábitos disfuncionales que conlleven la formación de una maloclusión.

Las opciones de tratamientos para la anquiloglosia van a depender del tipo de variación anatómica que presente y lo que considere el especialista indicado para cada paciente.

Es de gran relevancia que el infante inicie las terapias de logopedia una vez removido el frenillo, ya que de lo contrario el paciente puede presentar las mismas adversidades expuestas padeciendo de anquiloglosia.

Los hábitos de higiene se deben intensificar para evitar el padecimiento de caries dental y enfermedades gingivales recordando su incidencia por frenillo lingual corto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jain P, Rathee M. Embryology, Tongue. Treasure Island (FL): StatPearls Publishers; 2021. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547697/#:~:text=The%20tongue%20begins%20to%20develop,arch%2C%20known%20as%20tuberculum%20impar>
2. Ibarra CL. Trabajo de graduación previo a la obtención del título odontológico [tesis doctoral]. Guayaquil (MX): Guayaquil Univ.; 2012. Disponible en: [Carolina Ibarra.pdf \(ug.edu.ec\)](#)
3. Hill R. Implications of Ankyloglossia on breastfeeding. Wolters Kluwer Health, Inc. 2019; 44(2):73-79. Disponible en: [Implications of Ankyloglossia on Breastfeeding: MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing \(lww.com\)](#)
4. Messner A, Walsh J, Rosenfeld R, Schwartz S, Ishman S, Baldassari C, Brietzke S, Darrow D, Goldstein N, Levi J, Meyer A, Parikh S, Simons J, Wohl D, Lambie E, Satterfield L. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2020; 162(5):1-15. Disponible en: [Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children - Anna H. Messner, Jonathan Walsh, Richard M. Rosenfeld, Seth R. Schwartz, Stacey L. Ishman, Cristina Baldassari, Scott E. Brietzke, David H. Darrow, Nira Goldstein, Jessica Levi, Anna K. Meyer, Sanjay Parikh, Jeffrey P. Simons, Daniel L. Wohl, Erin Lambie, Lisa Satterfield, 2020 \(sagepub.com\)](#)
5. González M. Caracterización anatómica del Frenillo lingual en recién nacidos y su relación con la lactancia materna [tesis doctoral]. Valencia (VEN): Carabobo Univ.; 2016. Disponible en <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4198/mgonzalez.pdf>
6. Garrocho-Rangel A, Herrera-Badillo D, Pérez-Alfaro I, Fierro-Serna V, Pozos-Guillen A. Treatment of ankyloglossia with dental laser in pediatric patients: Scoping review and a case report. Eur J Paediatr Dent. 2019; 20(2): 155-163. Disponible en: [EJPD 2019 20 2 15.pdf](#)
7. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. Pediatr. Dent. 2005; 27(1): 6-40. Disponible en [Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management - PubMed \(nih.gov\)](#)
8. Slagter K, Raghoobar G, Hamming I, Meijer J, Vissink A. Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. Clin Oral Investig. 2021; 25: 3431-3439. Disponible en <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00784-020-03665-y.pdf>

9. Bonilla I, Montoro D. Manejo de anquiloglosia modulo maternidad. 2018; 1-10. Disponible en <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-ANQUILOGLOSIA.-SP-HGUA-2018.pdf>
10. Ojeda W, Londoño B. posición de lengua mediante la técnica de Payne y su asociación con discrepancias dentales anteriores en escolares con dentición mixta de la institución nuestra señora del divino amor con edades entre 8 y 12 años. [tesis doctoral]. Bucaramanga (CO-SAN): Santo Tomás Univ.; 2018. Disponible en [https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/16045/2018walterojedabillylondo%  
c3%bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/16045/2018walterojedabillylondo%c3%bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Eisler L, Simoni R, Feijó CL, Faltin K. A influência da anquiloglosia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. Rev. Paul Pediatr. 2017; 35(2): 216-221. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rpp/a/pNR3h4QGRbMk3KXSxhff6Zn/?format=pdf&lang=pt>
12. Orte EM, Alba L, Serrano B. Anquiloglosia y dificultades que presenta en el amamantamiento. Matronas Prof. 2017; 18(3): 50-57. Disponible en [https://www.federacion-matronas.org/wp-  
content/uploads/2018/01/revbibliograficaanquiologlosia.pdf](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliograficaanquiologlosia.pdf)
13. Aguiar L, Juliano G, Silveira L, Oliveira M, Torcuato B, Juliano G, Araujo M, Pereira S, Teixeira V, Ferraz M. Desarrollo de la lengua en Mortinatos autopsiado a diferentes edades gestacionales. J Pediatr. 2018; 94:616-623. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717303820>
14. Silva M, Mekertichian K, Mottram R, Wattis L, Simmons M, Walsh L, Sawyer P, Irving E, Chinotti M, Stormon N, Sherring D, Gale H, Fendall J, Oliver K, Necus E, Sinn J. Ankyloglossia and Oral Frena Consensus Statement. ADA. 2020; 1-26. Disponible en <https://www.ada.org.au/Ankyloglossia-Statement-Doc.aspx>
15. Walsh J, Mckenna M. Anquiloglosia y otras ataduras orales. Otorrinolaringol Clin N Am. 2019; 52(5):795-811. Disponible en [http://www.sleepclinic.be/wp-  
content/uploads/Ankyloglossia-and-Other-Oral-Ties.pdf](http://www.sleepclinic.be/wp-content/uploads/Ankyloglossia-and-Other-Oral-Ties.pdf)
16. Salgado TC, Obando JC, Salgado PR, Salgado WK. Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso. RECIMUNDO. 2017; 1(4): 1. Disponible en [Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso | RECIMUNDO](#)

17. Herrer L, Gascón MA, Asín J, Espartosa M, Martín M, Hamman N, Báguena A. Diagnóstico y tratamiento de la anquilosia en atención primaria. Rev Electronica de Portales Médicos. 2021; 16(11): 611. Disponible en <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/diagnostico-y-tratamiento-de-la-anquilosia-enatencion-primaria/>
18. Martínez A, Galbe J, Esparza MJ, Grupo PrevInfad. Cuando amamantar duele. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2017;(26):111-9. Disponible en <https://pap.es/articulo.php?lang=es&id=12509&term1=>
19. Guinot F, Carranza N, Veloso A, Parri S, Virolés M. Prevalencia de anquilosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2021; 11(1): 1-10. Disponible en <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/216/230>
20. 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): 1-16. Disponible en <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10121>
21. Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, Govardhan C, Moeller J, Sinkus V, Thorsen R, Downing V, Camacho M, Yoon A, Han W, Hockel B, Guillemonault C, Liu S. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases. Laryngoscope Investig. Otolaryngol. 2019; 4(2): 489-496. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/liv.2.297>
22. Parri FJ. Anquilosia en el lactante. Aspectos quirúrgicos. Cir Pediatr. 2021; 34(2): 59-62. Disponible en [https://secipe.org/coldata/upload/revista/2021\\_34-2ESP\\_59.pdf](https://secipe.org/coldata/upload/revista/2021_34-2ESP_59.pdf)
23. Ferrer A. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatr Integral. 2015; 19(4): 243-250. Disponible en [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250\\_Laia%20de%20Antonio.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf)
24. Cajina JC, Aguilar R, Gonzalez G, Ortiz E. Malformaciones congénitas. 2015; 2-6. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54204/boletinmalformaciones\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54204/boletinmalformaciones_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
25. Molina AP, Mondaca P, Kong V, Espinoza I, Pennacchiotti G. Frecuencia de patologías y condiciones de lengua observadas en población pediátrica. Int. J. Odontostomat. 2021; 15(3): 670-673. Disponible en <https://scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n3/0718-381X-ijodontos15-03-670.pdf>

26. Guerrero R. La articulación de los fonemas. Representación gráfica de los sonidos. Aplicación didáctica actualizada a través de una sesión de aprendizaje. [tesis doctoral]. Lima (PE): Enrique Guzmán y Valle Univ.; 2017. Disponible en <https://eduteka.icesi.edu.co/gp/upload/conceptos.pdf>
27. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. Gaceta oficial de la República de Venezuela. No. 36860 (30 dic. 1999). Disponible en [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_venezuela.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf)
28. Ley sobre el Derecho de Autor. 1993. Caracas. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 4.638 (14 ag. 1993). Disponible en [LEY SOBRE EL DERECHO DE AUTOR \(sapi.gob.ve\)](http://www.sapi.gob.ve/LEY%20SOBRE%20EL%20DERECHO%20DE%20AUTOR)
29. Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela. (1992) “Código de Deontología Odontológica.” San Felipe: 13-15 de agosto de 1992. (Autor).
30. Barrios M. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. 3era reimpr. Catia (CCS): FEDUPEL; 2006. Disponible en [Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales \(webnode.com\)](http://www.webnode.com/Manual-de-Trabajos-de-Grado-de-Especializacion-y-Maestria-y-Tesis-Doctorales)
31. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. 1era ed. Naucalpan de Juárez (MX): MCGRAW- HILL INTERAMERICANA DE MEXICO; 1991. Disponible en [Metodologia-de-la-Investigacion Sampieri \(uv.mx\)](http://www.uv.mx/Metodologia-de-la-Investigacion-Sampieri.pdf)
32. Gómez J, Valenzuela J. Efectos de la función de frenillos bucales sobre las estructuras morfológicas craneofaciales en pacientes menores de edad del Hospital Militar Central, Lima 2018. Repositorio institucional Universidad Nacional de Hermilio Valdizan. Perú, 2019. Disponible en <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/4928>
33. Arriaga T. Caracterización e incidencias de las diferentes formas de frenillo labial superior. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2021. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55964>
34. Abad N. Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos en niños de 6 a 12 años en una institución educativa estatal, Huancayo 2019 [tesis doctoral]. Huancayo (PE): Continental Univ.; 2019. Disponible en <https://doi.org/10.46634/riics.71>
35. Llanos A, Contreras K, Aguilar S. evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. RIICS. 2021; 3(1):87-97. Disponible en

[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7129/2/IV\\_FCS\\_503\\_TE\\_Abad\\_Villaizan\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7129/2/IV_FCS_503_TE_Abad_Villaizan_2019.pdf)

36. Aguilar S, Crespo N, Mejía N, Ramírez L, Tamara V. Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia. *Revistas Unipamplona*. 2018; 4(2). Disponible en [https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/CDH/article/view/3971](https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3971)  
PENDIENTE NUMEROS DE PAGINA
37. Rajain T, Tsomu K, Saini N, Namdev R. Lingual Frenuloplasty for Ankyloglossia in Children: A Case Series. *Contemp Clin Dent*. 2021 ;12(4):447-450. Disponible en doi: 10.4103/ccd.ccd\_660\_20.
38. Tamayo Y, Pérez M, Grave M, Peña M, Herrera G. La Anquiloglosia en los niños menores de tres meses. *ccm* 2018; 22(3): 435-445. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812018000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812018000300008&lng=es)
39. Manzur M. Prevalencia de enfermedades bucales según edad y género en pacientes del 2010 al 2017 de la IPRESS I-4 San Juan, Iquitos – 2018. Repositorio institucional Universidad Científica del Perú. Perú, 2019. Disponible en <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/674>
40. Sierraalta Q, García R, Hernández A, Navas P. Protocolo de Atención Odontológica Integral para niños hasta los 5 años de edad. *Rev Odopediatr Latinoam*. 2021;11(2):272-292. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102227>
41. Maldonado N. Alteraciones del habla por presencia de frenillo lingual. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2019. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44286>
42. Saavedra V. Alteraciones bucales del recién nacido. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2020. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49802>
43. Sánchez C, Terreros M. Disfunción lingual y su impacto en el desarrollo del complejo dentomaxilofacial. Revisión sistemática. *Rev. Cient. Especialidades Odontológicas UG*. 2021; 4(2):49-57. Disponible en <https://www.revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/1239>

44. Jara C. Prevalencia del frenillo lingual corto en niños de 3 a 10 años de edad. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2019. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44211>
45. Andrade A. Escisión quirúrgica de frenillo lingual corto con técnica romboidal. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2019. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44112>
46. Mendoza M, Ynfantes K. Relación entre frenillo lingual y trastornos fonéticos en niños de 3 a 6 años. Repositorio institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, 2019. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7687>
47. Solórzano E. Características del frenillo lingual y de la producción del habla en niños de 6 y 7 años de dos I.E. Públicas de Huaycán, 2018. Repositorio institucional Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, 2019. Disponible en <https://www.proquest.com/openview/5da676c5bf504d621d81f90faa56f3b3/1?pqorigsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
48. Macías S y Pastrano S. Condición del frenillo lingual y su relación con el habla en escolares de 6 – 12 años de edad de la Unidad Educativa San Luis Gonzaga. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2019. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19740>
49. Martínez C. Cultura física terapéutica para la atención a escolares con frenillo lingual corto sustentada en la terapia miofuncional. Rev. Cient. Arrancada 2022;22(41):28-42. Disponible en <https://revistarrancada.cujae.edu.cu/index.php/arrancada/article/view/435>
50. Di Pascua M. Cirugía plástica gingival. Tendencias en Medicina; 2018; XXVII (52): 143148. Disponible en [http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes52/art\\_20.pdf](http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes52/art_20.pdf)
51. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Anquiloglosia y frenotomía lingual: tendencias nacionales en el diagnóstico y manejo de pacientes hospitalizados en los Estados Unidos, 1997-2012. Otorrinolaringología–Cirugía de Cabeza y Cuello. 2017;156(4):735-740. Disponible en doi:10.1177/0194599817690135
52. Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore A, Joseph K. Cambios en la incidencia y tratamiento quirúrgico de anquiloglosia en Canadá. Pediatrics & Child Health. 2017; 22 (7): 382–386. Disponible en <https://doi.org/10.1093/pch/pxx112>
53. Garzón J. Manejo terapéutico de los trastornos funcionales asociados al frenillo lingual corto. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2020. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49646>

54. Fournier C. Frenectomía: abordaje transdisciplinario. Rev. Cient. Odontológica. Perú, 2017; 5(2): 720-732. Disponible en <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0502-2017-720732>
55. Andagua J. Características de los pacientes pediátricos sometidos a procedimientos quirúrgicos orales bajo anestesia general en el periodo 2015- 2017 en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Repositorio institucional Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2018. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12672/9686>
56. Inostroza F., Caviedes C., González M., Palomares M. Intervención logopédica posoperatoria del frenillo lingual en niños, adolescentes y adultos. Revisión integradora de literatura. Revista de Investigación en Logopedia 2022;12(1):1-11. Disponible en <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.74035>
57. Durand D. Cirugía oral pediátrica. Repositorio institucional Universidad Inca Garcilaso De La Vega. Perú, 2017. Disponible en <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1571>
58. Espinoza E. Ulectomia y Frenectomía en una paciente de 9 años de edad. Repositorio institucional Universidad Peruana Los Andes. Perú, 2019. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1498>
59. Zárate E. Tratamiento de Anquiloglosia con frenectomía en un paciente de 9 años de edad: Reporte de un caso. Repositorio institucional Universidad Peruana Los Andes. Perú, 2021. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2844>
60. Belmehdi A, Harti K, Wady W. Ankyloglossia as an oral functional problem and its surgical management. Dent Med Probl. 2018;55(2):213-216. Disponible en doi:10.17219/dmp/85708.
61. Khan S, Sharma S, Sharma VK. Ankyloglossia: Surgical management and functional rehabilitation of tongue. Indian J Dent Res. 2017;28(5):585-587. Disponible en doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_739\_16.
62. Jaikaria A, Pahuja S, Thakur S, Negi P. Treatment of partial ankyloglossia using Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF): A case report with 6-month follow-up. Natl J Maxillofac Surg. 2021;12(2):280-283. Disponible en doi: 10.4103/njms.NJMS\_69\_19.

63. Varadan M, Chopra A, Sanghavi A, Sivaraman K, Gupta K. Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019;120(6):549-553. Disponible en doi: 10.1016/j.jormas.2019.06.003.
64. 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 20172019. Repositorio institucional Universidad Norbert Wiener. Perú, 2020. Disponible en <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4289>
65. sVelásquez E. Prevalencia de Anquiloglosia Verdadera según la Clasificación de Ruffoli en Niños de 3 a 12 Años que Acudieron a los Servicios de Odontología. Hospital San Antonio De Los Sauces Y Caja Nacional De Salud Monteagudo – Chuquisaca De Noviembre Del 2016 A Abril Del 2017.[tesis doctoral]. Sucre (BOL): UASB; 2018. Disponible en <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/790/2/2018-018TSA13.pdf>
66. Cano N, Coppini G. Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria. 2019:1-69. Disponible en <http://pediabrasandalucia.org/Pdfs/lm4.pdf>

## ANEXOS

N°	Autores	Año	Tipo de investigación	Muestra/ estudios	Resultados	Conclusiones
1	Ibarra CL.  Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia o lengua atada en niños.	2012	Bibliográfico documental	Esta investigación es de tipo descriptiva bibliográfica por lo tanto no tiene universo, ni muestra.	Esta investigación es de tipo descriptiva bibliográfica por lo tanto no tiene resultados.	La anquiloglosia es una anomalía de desarrollo que se caracteriza por presentar un frenillo lingual corto, lo cual origina la restricción intensa de los movimientos de la lengua ya sea que ésta sea simple, parcial o total.
2	González M.  Caracterización anatómica del Frenillo lingual en recién nacidos y su relación con la lactancia materna.	2016	De tipo descriptivo y correlacional	A una muestra de 100 recién nacidos se les aplicó el protocolo de evaluación del frenillo lingual de Martinelli.	71 recién nacidos: el frenillo lingual de 51 recién nacidos era delgado y 20 tenían frenillo lingual. 40 recién nacidos tuvieron el frenillo lingual unido a la mitad de la lengua, 27 tenía el apego entre el vértice y el centro de la lengua, y 4 hasta el ápice. En cuanto a la unión piso de la boca, el frenillo lingual de 42 recién nacidos se adjunta a la cresta alveolar y 29 bebés tenía la unión entre las carúnculas sublinguales.	Dentro de las características anatómicas evaluadas en este estudio resaltan que 58 pacientes presentaron postura de labios cerrados. Más de la mitad de los pacientes 60 en total presentaron tendencia de la posición de la lengua durante en llanto en la línea media. 87 pacientes presentaron una forma redondeada al elevarse durante el llanto. En cuanto a la visualización de frenillo en 44 pacientes se pudo visualizar mientras que en 51 no se visualizó, el resto de 5 pacientes fue visto con maniobra. El espesor del frenillo se

						observó delgado en 36 pacientes y en 13 de ellos de tipo grueso. En cuanto a la fijación del frenillo en la cara sublingual 34 ocurrió en el tercio medio, 10 en tercio medio y ápice y en 5 pacientes en ápice.
3	Orte EM, Alba L, Serrano B.  Anquiloglosia y dificultades que presenta en el amamantamiento.	2017	Bibliografía documental	En este trabajo se implementó una muestra de 210 referencias bibliográficas las cuales fueron analizadas y seleccionadas posteriormente.	Se examinaron 210 referencias bibliográficas, aunque tras su análisis, lectura y evaluación, sólo se seleccionaron definitivamente 37 artículos relacionados con nuestro objetivo de estudio: 16 revisiones, 10 estudios observacionales, 4 ensayos clínicos, 7 informes de casos y 1 guía de lactancia materna.	Se han encontrado resultados dispares. La HATLFF parece ser la herramienta más empleada, según 6 de los 39 estudios seleccionados, aunque los autores difieren en su manera de utilizarla. Recientemente se ha validado la herramienta BTAT, que parece facilitar el diagnóstico. Consideramos que sería conveniente validarla en español y emprender una mayor investigación en este ámbito. Respecto a la clasificación anatómica, hay un criterio unificado, tal como establecen Coryllos y Kotlov
4	Gómez J, Valenzuela J.  Efectos de la función de frenillos bucales sobre las	2019	No experimental, descriptivo, retrospectivo, transversal.	129 pacientes	Los resultados: Indican intensidad de correlación lineal positiva y un p valor 0.000 (<0.05).	En conclusión, el frenillo lingual produce mayores efectos que los frenillos bucales en las estructuras morfológicas craneofaciales de pacientes menores de

	estructuras morfológicas craneofaciales en pacientes menores de edad del Hospital Militar Central, Lima 2018.		correlacion al y comparativo.			edad en el Hospital Militar Central, Lima 2018.
5	Arriaga T. Caracterización e incidencias de las diferentes formas de frenillo labial superior.	2021	Cualitativa de estudio documental, descriptivo, retrospectivo	-	Teniendo como resultados que existen distintas clasificaciones según su morfología. Monti, los divide en 3 tipos: un frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos; y un frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el fondo vestibular; y un frenillo triangular, de base inferior.	Concluyendo que el estomatólogo puede apreciar la presencia de frenillos orales, y poder evitar ciertas anomalías o tipos de patologías, que son básicamente problemas ortodónticos, ortopédicos o incluso problemas protésicos, alteraciones fonéticas.
6	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 periodo 2017-2019.	2020	Estudio Observacional, de diseño Descriptivo de tipo Longitudinal retrospectivo.	1408 recién nacidos	La prevalencia del frenillo lingual corto en nuestra población durante 2017-2019 fue 20.6 % de infantes. Asimismo, encontramos que el 8.2% (2017), 7.8% (2018) y 4.6% (2019). La incidencia del frenillo lingual cortó en niños y niñas es de 3.86% en los años 2017-2019. Una tasa de incidencia de 2,16 por mil nacimientos en 2018 y de 1,70 por mil nacimientos en el 2019. La presencia del frenillo lingual corto se presentó	La prevalencia del frenillo lingual corto es baja y ha ido disminuyendo en cada año, pero aún se debe realizar una evaluación en los primeros meses de vida de la cavidad bucal.

					en mayor prevalencia en el sexo masculino, infantes cuyo período gestacional fue a término. En los períodos 2017-2019 se encontró que el 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado frenectomía.	
7	Abad N.  Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos en niños de 6 a 12 años en una institución educativa estatal, Huancayo 2019.	2019	Investigación no experimental de tipo observacional y transversal.	118 estudiantes	Clasificación de Coryllos, tipo I caracterizado por un frenillo fino y elástico, la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón, seguido del tipo II, que es caracterizado por un frenillo fino y elástico, la lengua está anclada desde 2 – 4mm. de la punta hasta cerca del surco alveolar , en el tipo III se caracteriza por poseer un frenillo grueso, fibroso y no elástico, la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca y el tipo IV: caracterizado por un frenillo no se ve, se palpa con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca. La investigación mostró que la edad en la que se encontró más casos de anquiloglosia fue la de 9 años, además de estimar que el sexo masculino	Se estimó la prevalencia de Anquiloglosia según la clasificación de Coryllos encontrándose un 59,3% caracterizado por un frenillo fino, elástico y con un anclaje de 2 a 4 mm respecto a la lengua, en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Estatal, Huancayo 2019. Según los resultados se estimó que la edad media donde fue frecuente la anquiloglosia correspondió a los 9 años.

					fue el más afectado en un 53 %, y que el tipo 2 según la clasificación de Coryllos fue el más frecuente en un 26,3%.	
8	Llanos A, Contreras K, Aguilar S.  Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática.	2021	Revisión sistemática	-	El frenillo se presenta como una membrana mucosa situada bajo la lengua. En el caso de que se encuentre alterado, puede llegar a generar un trastorno del crecimiento y desarrollo, caracterizado por la fijación anormal de la lengua. Esto reduce o impide su movilidad y puede originar efectos adversos anatómicos y/o funcionales en la cavidad bucal. Debido a esto, es importante encontrar herramientas que permitan prevenir disfunciones tanto en el presente como en un futuro. Los criterios clínicos utilizados para diagnosticar la anquiloglosia varían mucho en la literatura. Varios autores utilizan criterios basados en las características físicas de la anatomía bucal del paciente, pero si se valoran solo los criterios anatómicos y de su función, se encontrará que no todos los frenillos están presentando una alteración.	Necesariamente, el protocolo más usado no es el más eficaz para dar un diagnóstico sobre alguna alteración en el frenillo lingual. Por esa razón, en los estudios se encontró una aplicabilidad alta bajo el método Assessment Tool for Lingual Frenulum Function de Hazelbaker, siendo el mismo que recibe más críticas en los artículos. Según la evidencia, el test de la lengüita es el método más eficaz para evaluar el frenillo lingual en neonatos, porque maneja todos los componentes necesarios para dar un diagnóstico, como lo son los aspectos de historia clínica, anatomía, funcionalidad y lactancia materna.

9	Aguilar S, Crespo N, Mejía N, Ramírez L, Tamara V.  Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia.	2018	Estudio observacional analítico de corte transversal	-	De las entrevistas aplicadas a profesionales de la salud, emergen veintidós códigos In vivo y quince códigos de constructo social, de esta manera se analizan los datos agrupándolos en tres categorías ruta de atención, metodologías diagnósticas y criterios diagnósticos. La ruta de atención a seguir en casos de anquiloglosia consiste en una evaluación clínica inicial, así el manejo diagnóstico-terapéutico del frenillo lingual debe ser multidisciplinario con el fin de establecer los criterios a tener en cuenta para el proceso de diagnóstico y tratamiento; los cuales se relacionan íntimamente con la limitación que provoca la anquilosis en el individuo	La metodología utilizada en la Fundación Virgilio Barco para el diagnóstico de alteraciones en el frenillo lingual del lactante se basa en el examen físico de la apariencia estructural y funcionamiento de la estructura a través de la herramienta de Hazelbaker. Los criterios diagnósticos que se tienen en cuenta al momento de tratar un individuo con anquiloglosia por parte de los profesionales de la salud encuestados, van guiados principalmente hacia la atención a menores entre 2-5 años y es de vital importancia que sea un protocolo específico unificado por todos los especialistas.
10	Rajain T, Tsomu K, Saini N, Namdev R.  Lingual Frenuloplasty for Ankyloglossia in Children: A Case Series.	2021	Bibliográfico documental	3 casos	La lengua es una estructura oral importante que afecta el habla, la posición de los dientes, el tejido periodontal, la nutrición, la deglución, la lactancia y ciertas actividades sociales. La lengua atada o anquiloglosia es una anomalía del desarrollo de la lengua, caracterizada por un frenillo lingual	El diagnóstico debe incluir la evaluación funcional de la movilidad de la lengua, además de la apariencia física del frenillo. Se debe evaluar la movilidad de la lengua y la apariencia asociada a la inserción, así como la inserción y la brevedad del frenillo lingual. El manejo de la anquiloglosia debe

					anormalmente corto y grueso que da como resultado un movimiento limitado de la lengua.	ser considerado a cualquier edad considerando la evaluación riesgo-beneficio y por la mayor vascularización y movilidad de la lengua.
--	--	--	--	--	--	---

Anexo 1.

1	Messner A, Walsh J, Rosenfeld R, Schwartz S, Ishman S, Baldassari C, Brietzke S, Darrow D, Goldstein N, Levi J, Meyer A, Parikh S, Simons J, Wohl D, Lambie E, Satterfield L.  Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children.	2020	Investigación mixta	Niños de 0 a 18 años, incluidos los lactantes	Después de 3 encuestas iterativas del método Delphi de 89 declaraciones en total, 41 cumplieron con los criterios predefinidos para el consenso, 17 estuvieron cerca del consenso y 28 no alcanzaron el consenso. Las declaraciones clínicas se agruparon en varias categorías con fines de presentación y discusión: anquiloglosia (general), corbata bucal, anquiloglosia y apnea del sueño, anquiloglosia y lactancia, indicaciones de frenotomía y consentimiento informado, procedimiento de frenotomía, anquiloglosia en niños mayores y maxilar labial. Frenillo	Este panel de expertos llegó a un consenso sobre varias declaraciones que aclaran el diagnóstico, manejo y tratamiento de la anquiloglosia en niños de 0 a 18 años de edad. La falta de consenso sobre otras afirmaciones probablemente refleja lagunas en el conocimiento y falta de evidencia con respecto al diagnóstico, manejo y tratamiento de la anquiloglosia. El consenso del panel de expertos puede proporcionar información útil para los otorrinolaringólogos que tratan a pacientes con anquiloglosia.
2	Garrocho A, Herrera D, Pérez I, Fierro V, Pozos A.	2019	Bibliográfico o documental	17 artículos	De acuerdo con este alcance revisión de la literatura, frenulectomía lingual manejada con cirugía láser proporciona un	Diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia son fundamentales para el adecuado desarrollo bucal

	Treatment of ankyloglossia with dental laser in pediatric patients: Scoping review and a case report.				tratamiento más eficaz y cómodo tanto para el paciente pediátrico y el dentista en comparación con convencional bisturí/cuchillas/técnicas de sutura. No obstante, estudios adicionales de alta calidad sobre la eficacia clínica de los dispositivos láser para la Se requiere frenulectomía en poblaciones pediátricas.	funcional de pacientes pediátricos. La cirugía láser para la frenulectomía lingual proporciona un tratamiento más eficaz y cómodo tanto para el niño y el dentista pediátrico en comparación con el bisturí/cuchilla tradicional métodos.
3	Bonilla I, Montoro D.  Manejo de anquiloglosia modulo maternidad.	2018	Bibliográfico o documental	-	La anquiloglosia (AG) consiste en una anomalía congénita que da lugar a un frenillo sublingual anormalmente corto, grueso o poco elástico, produciendo limitación del movimiento de la lengua. Su incidencia varía de un 4-10% de los recién nacidos, siendo 3 veces más frecuente en varones.	El diagnóstico de AG es principalmente clínico, fijándonos en la posición y tamaño del frenillo sublingual (aparición), así como en las alteraciones en cuanto a la movilidad de la lengua (función). A pesar de todo, no hay forma en el examen físico para predecir de forma inequívoca qué casos van a desarrollar trastornos del habla y alimentación posteriormente.
4	Ojeda W, Londoño B.  Posición de lengua mediante la técnica de Payne y su asociación con discrepancias dentales	2018	Estudio observacional analítico de corte transversal	91 escolares en edades comprendidas entre 8 a 12 años	El género más representativo fue el femenino, el promedio de edad estuvo en los 10 años, se encontró que el hábito de mayor presencia fue la onicofagia, la relación canina clase II (bilateral) fue mayor, se observó una alta tasa de deglución atípica,	Se encontró asociaciones entre la posición de la lengua con la distancia intercanina superior, la relación canina clase II, al igual con la sobremordida vertical donde la protrusión completa de lengua se puede hallar en escolares

	anteriores en escolares con dentición mixta de la institución nuestra señora del divino amor con edades entre 8 y 12 años.				encontrándose mayores contactos de la lengua en la cara palatinas de los dientes anteriores superiores.	con mordida abierta anterior, también se pudo observar una asociación entre el contacto lingual con dientes inferiores y/o labio inferior con un mayor aumento en el perímetro de arco inferior. Estos resultados muestran la posible influencia que ejerce la lengua durante la función para el desarrollo de ciertas características y maloclusiones dentales.
5	Eisler L, Simoni R, Feijó CL, Faltin K.  Influencia da anquiloglosia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático.	2017	Bibliográfico o documental	14 artículos	La revisión bibliográfica integrada apoyó la proposición de que algunas maloclusiones están estrechamente relacionadas con la presencia de anquiloglosia y, aunque muy pocos ensayos clínicos sobre este tema se han publicado hasta ahora, hay un consenso entre los autores sobre los efectos negativos del funcional desequilibrio sobre el crecimiento adecuado del sistema estomatognático y desarrollo. La mitad de los estudios encontrados afirman que la cirugía intervenciones para liberar el frenillo lingual son seguras y efectivo, en cuanto a la mejora en las puntuaciones de lactancia materna. Además, 4 de los 14	Existe un consenso entre los autores acerca de los efectos negativos de la alteración anatómica y funcional del frenillo lingual alteraciones en el crecimiento y desarrollo craneofacial. La opinión sobre la intervención quirúrgica temprana, sin embargo, no es unánime.

					estudios incluidos en esta integrada revisión, reportan una influencia negativa de la anquiloglosia sobre el sistema muscular orofacial.	
6	Parri FJ.  Anquiloglosia en el lactante. Aspectos quirúrgicos.	2021	Bibliográfico o documental	35 artículos	El uso de tecnología láser puede ser también eficaz incluso en el lactante y una apuesta de futuro, ya que se reduce el proceso inflamatorio reparador y, en consecuencia, la tendencia a la cicatrización retráctil	La anquiloglosia produce dificultades para la lactancia materna pero también se han reportado problemas del habla, dentición y oclusión, deglución, problemas posturales, respiración, ronquido y otros. El tratamiento primario de la anquiloglosia en el periodo de lactante podría ser preventivo de estos problemas futuros, aunque este tema puede ser motivo de otra puesta al día.
7	Molina A, Mondaca P, Kong V, Espinoza I, Pennacchiotti G.  Frecuencia de patologías y condiciones de lengua observadas en población pediátrica.	2021	Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal	179 pacientes	La patología o condición lingual más frecuente fue la lengua saburral (39 %), seguida por la lengua fisurada (15 %), la hipertrofia de papilas linguales (5 %) y la lengua geográfica (3 %). La ubicación más frecuente fue la base lingual con un 59 % del total de ubicaciones registradas. En base a la escasa evidencia que existe y a la alta frecuencia encontrada en esta investigación, se debe destacar la importancia del	A través de este estudio, se sientan bases para futuras investigaciones que ayuden a odontólogos a reconocer, diagnosticar y tratar estas condiciones cuando sea necesario.

					conocimiento de las patologías y condiciones linguales en niños.	
8	Tamayo Y, Pérez M, Grave M, Peña M, Herrera G.  La anquiloglosia en los niños menores de tres meses.	2018	Estudio transversal	1095 niños examinados	La morbilidad por anquiloglosia alcanzó el 4,20%, sin diferencias significativas entre ambos sexos (femenino 4,21% y masculino 4,19%) y entre las áreas de salud. La anquiloglosia representó el 77,97% de todas las afecciones detectadas, seguida por dientes neonatales (10,17%), fisuras palatinas (5,08%), manchas melánicas (3,39%), hemangiomas (1,69%) y fibromas (1,69%).	La anquiloglosia fue la afección más frecuente en niños menores de 3 meses de nacidos, de forma similar entre los sexos y las áreas de salud.
9	Manzur M.  Prevalencia de enfermedades bucales según edad y género en pacientes del 2010 al 2017 de la IPRESS I-4 San Juan, Iquitos-2018.	2019	Tipo cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal.	49619 historias clínicas	En relación a las enfermedades bucales y grupo etario, en niños el 46,2% fue caries dental y el 24,4% fue necrosis pulpar. En adolescente el 56,6% fue caries dental, el 10,2% fue necrosis pulpar, el 8,1% fue gingivitis. En jóvenes el 61,6% fue caries dental, el 12,4% fue necrosis pulpar, el 10,8% fue gingivitis. En adultos el 48,3% fue caries dental, el 23,1% fue necrosis pulpar, el 10,8% fue gingivitis.	En relación a las enfermedades bucales y el grupo etario se encontró relación estadística significativa ( $p=0,000 <0,05$ ). En relación a las enfermedades bucales y género se encontró relación estadística significativa ( $p=0,000 <0,05$ )
10	Sierraalta Q, García R, Hernández A, Navas P.  Protocolo de	2021	Investigación proyectiva, no experimental con diseño	-	El protocolo se estructuró en 4 fases: I Fase Inicial (atención a la gestante, madre y niño), II Fase Diagnóstica (atención	Existe suficiente evidencia científica disponible para aseverar que la atención odontológica de

	atención odontológica integral para niños hasta los 5 años de edad.		transversal		del niño), III Fase Preventiva, IV Fase Curativa del niño.	niños menores de 5 años es fundamental para garantizar una población adulta futura con adecuada salud bucal. La puesta en práctica del protocolo propuesto contribuirá a controlar los procesos de enfermedades bucales como la CPI-Severa, maloclusión, periodontitis y sus factores de riesgo comunes con las enfermedades no trasmisibles.
11	Maldonado N.  Alteraciones del habla por presencia de frenillo lingual.	2019	Estudio descriptivo de tipo cuantitativo	-	Los resultados demostraron que, de la muestra de 150 estudiantes, el 83% tienen un conocimiento adecuado y el 17% restante no lo tienen.	En general, es importante que el odontólogo en conjunto con un logopeda, terapeuta lingual y fonético haga un diagnóstico correcto que permita realizar un tratamiento integral para rehabilitar la cavidad bucal del paciente.
12	Saavedra V.  Alteraciones bucales del recién nacido.	2020	Revisión documental, no experimental, descriptiva, retrospectiva y transversal	-	Resultó que de estudios realizados dieron como resultados las alteraciones más frecuentes a los nódulos de Bohn con un 24.08%, perlas de Epstein con 17.20%, un 13.76% dientes natales y neonatales, anquiloglosia 10.32% y por último quistes de la lámina dental 6.88%	Concluye que existen alteraciones en la cavidad oral del recién nacido, que la mayoría son de tipo transitoria como los nódulos de Bohn siendo esta la alteración más frecuente en este estudio.
13	Sánchez C,	202	Bibliográfico	32 artículos	La lengua cumple	La lengua apoya

	<p>Terreros M.</p> <p>Disfunción lingual y su impacto en el desarrollo del complejo dentomaxilofacial.</p> <p>Revisión sistemática.</p>	1	o documental		<p>funciones fisiológicas de deglución, masticación, degustación, fonación y formación del bolo alimenticio. El diagnóstico a través del examen clínico y electromiográfico, permite observar sus movimientos inapropiados y relación con hábitos bucales, maloclusiones, mordidas abiertas dentoalveolares y dislalias. La disfunción lingual está asociada a hábitos deformantes. Los pacientes dolicofaciales, de estructura neuromuscular débil, son más propensos a deformaciones dentomaxilofaciales relacionadas a la disfunción. Deben ser tratadas desde temprana edad, con terapia miofuncional de ortodoncia, terapia del lenguaje y posible frenectomía.</p>	<p>funciones fisiológicas de masticación, deglución y fonación; el diagnóstico clínico – funcional y electromiográfico, permiten una buena apreciación de disfunciones relacionadas, los cuales deben ser tratados a temprana edad.</p>
14	<p>Jara C.</p> <p>Prevalencia del frenillo lingual corto en niños de 3 a 10 años de edad.</p>	2019	Tipo cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal.	-	<p>Los resultados indicaron que a pesar de que la prevalencia existente es realmente baja los pacientes que presentaron esta anomalía no se les indicó el tratamiento adecuado para solucionar la problemática.</p>	<p>Se llegó a la conclusión que el sexo con mayor prevalencia fue el masculino con un 71% a diferencia del sexo femenino, lo cual afirmo la hipótesis propuesta y sin embargo se indicó que un 71.42% de los pacientes con frenillo</p>

						lingual corto gozaban de una buena higiene oral para la cual se tomó como base el Índice de Higiene Oral Simplificada. A pesar de que en múltiples bibliografías varios autores indican que la presencia del frenillo lingual corto desencadena otro número de anomalías entre ellas una deglución atípica, la investigación indica que su presencia puede afectar la calidad de vida de quien lo padece al impedir movimientos típicos de un niño como movimientos de la lengua al lamer un helado, al silbar o tocar instrumentos de viento dada la limitada movilidad de la lengua pero no fue causante de una deglución atípica según lo plasmado en las historias clínicas analizadas.
15	Andrade A.  Escisión quirúrgica de frenillo lingual corto con técnica romboidal.	2019	Bibliográfico o documental	-	Los resultados que se presentan en la investigación dieron a conocer que el tratamiento realizado con la técnica quirúrgica romboidal ayudo a mejorar las funciones del sistema estomatognatico del paciente causadas por la	En conclusión, de los resultados obtenidos podemos establecer la eficacia de la técnica quirúrgica romboidal al remover el frenillo lingual corto donde se restableció las funciones normales del sistema

					presencia de frenillo lingual corto.	estomatognático alteradas por la patología presente y al no encontrarse recidiva después de tres meses se demuestra la eficacia de esta técnica.
16	Mendoza M, Ynfantes K.  Relación entre frenillo lingual y trastornos fonéticos en niños de 3 a 6 años.	2019	Estudio observacional, de corte transversal analítico - prospectivo	136 niños	La muestra estuvo conformada por 92 niños de los cuales 37(40.21%) presentaron frenillo lingual alterado y 22(23.91%) tuvieron frenillo lingual normal; siendo 22(23.91%) clasificados como frenillo lingual corto, 6(6.52%) frenillo lingual anteriorizado y 9(9.78%) frenillo lingual corto y anteriorizado. De la población con frenillo alterado 44.11% presentaron trastornos fonéticos. Los fonemas más alterados fueron /r/ vibrante múltiple y /r/ vibrante simple, el fonema /d/ es el menos alterado. Las alteraciones en el habla más encontradas en la población fueron las omisiones y la de menor fue adición.	En la población estudiada se encontró 40.21% con frenillo lingual alterado siendo más frecuente el frenillo lingual corto; en cuanto a la producción del habla fue el fonema /r/ vibrante múltiple el más alterado.
17	Solórzano E.  Características del frenillo lingual y de la producción del habla en niños de 6 a 7 años de dos	2019	No experimental, transeccional o transversal descriptivo, de diseño descriptivo	-	Al analizar de manera sistemática los resultados, se obtiene que 18% de los niños presentan frenillo lingual alterado, y el 54% evidencia alteraciones del habla, siendo las alteraciones	Se concluye que el frenillo lingual alterado es una alteración musculoesquelética en la que se evidencian alteraciones del habla, mas no es el

	I.E. Públicas de Huaycán 2018.		simple.		de origen fonético del habla las que presentaron mayor frecuencia (30%). Las alteraciones del habla de mayor incidencia fueron las sustituciones (88.9%) y el sonido más afectado fue la vibrante múltiple /rr/ (34%). La vibración en el ápice de la lengua fue el movimiento menos realizado (20%), la abertura de boca reducida (51.9%), lengua en el piso de la boca (42.6%) y la velocidad aumentada (25.9%)	factor que determina la presencia de dichas alteraciones.
17	Macías S y Pastrano S.  Condición del frenillo lingual y su relación con el habla en escolares de 6-12 años de edad en la Unidad Educativa San Luis Gonzaga.	2019	Estudio observacional, de corte transversal analítico - prospectivo	233 niños	Se aplicó el protocolo de evaluación del frenillo de la lengua el cual consta de tres partes: anamnesis, pruebas generales donde se evaluó la condición del frenillo lingual y las pruebas funcionales donde se evaluó movimientos linguales y ejecución del habla este proceso fue certificado por la terapeuta del lenguaje. Resultados: se determinó que el género masculino tiene mayor alteración del frenillo lingual con el habla con 32.2% frente al 24.5% del sexo femenino. La interferencia de la condición del frenillo lingual en el habla 21,0% en los escolares de 6 a 12 años, es decir,	El frenillo lingual alterado tiene mayor prevaencia en hombres, El frenillo lingual alterado tiene relación con la alteración del habla, el frenillo lingual corto presentó mayor alteración del habla en omisión, el anteriorizado en sustitución y el corto anteriorizado en omisión.

					tiene frenillo lingual alterado que interfiere en el habla.	
--	--	--	--	--	---	--

Anexo 2.

1	Silva M, Mekertichian K, Mottram R, Wattis L, Simmons M, Walsh L, Sawyer P, Irving E, Chinotti M, Stormon N, Sherring D, Gale H, Fendall J, Oliver K, Necus E, Sinn J.  Ankyloglossia and Oral Frenum Consensus Statement.	2020	Bibliográfico documental	-	La anquiloglosia puede hacer que algunas personas experimenten limitaciones funcionales, como dificultad para amamantar. Más se necesita investigación con respecto a otros resultados de salud adversos informados, como problemas con el habla, maloclusión, lingual falta la recesión gingival y la apnea obstructiva del sueño como evidencia de una relación causal consistente. Sin evidencia existe para soportar los frenos bucales o labiales que causan problemas con la alimentación o el habla.	La declaración destaca la importancia de la atención multidisciplinaria y la comunicación entre los profesionales de la salud tratantes. Se requiere investigación adicional para aclarar muchas cuestiones relacionadas con la anquiloglosia, en particular los efectos del tratamiento quirúrgico en mejorar las limitaciones funcionales y los efectos a largo plazo de la intervención quirúrgica en los recién nacidos.
2	Walsh J, Mckenna M.  Anquiloglosia y otras ataduras orales.	2019	Bibliográfico documental	-	La anquiloglosia, o lengua atada, se ha convertido en un tema de gran interés y cierta controversia en los últimos 20 a 30 años, a medida que han aumentado las tasas de iniciación de la lactancia. La atadura de la lengua puede resultar en varios grados de dificultad con la lactancia, la higiene oral, habla y dentición.	Los procedimientos para tratar la anquiloglosia y otras ataduras orales se aceptan comúnmente como seguros; sin embargo, se han informado complicaciones graves como sangrado intenso, infección y empeoramiento de la glosoptosis. Hay poca evidencia hasta

					El diagnóstico debe incluir una evaluación funcional de la movilidad de la lengua, además del aspecto físico del frenillo.	la fecha que apoye la intervención quirúrgica para maxilar, mandibular, u otros lazos orales
3	Salgado TC, Obando JC, Salgado PR, Salgado WK.  Tratamiento quirúrgico de la anquilosia recidivante : a propósito de un caso.	2017	Estudio de caso	1 paciente	El paciente con frenillo lingual recidivante con problemas en la articulación de palabras, antecedente quirúrgico de frenotomía en sus primeros años de vida para la corrección de la anquilosia, esta intervención no tuvo el resultado esperado, ya que se mejoró la lactancia materna, pero el paciente en la actualidad presenta una anquilosia grado 3 con movilidad moderada de la lengua y dificultad para la articulación de las palabras. El paciente fue tratado basándonos en el protocolo rehabilitador-quirúrgico del servicio de cirugía maxilofacial y el servicio de terapia de lenguaje del Hospital de Nens de Barcelona; Para la intervención quirúrgica ejecutamos una frenectomía lingual con un asola pinza hemostática	El paciente obtuvo un excelente resultado optimizando la movilidad lingual, y por consiguiente mejoro la articulación de las palabras. Concluimos que la técnica quirúrgica de frenectomía acompañada de una rehabilitación de ejercicios miofuncionales antes y después de la cirugía, obtuvo resultados aceptables
4	Herrer L, Gascón MA, Asín J, Espartosa M, Martín	2021	Bibliografía documental	-	Dentro de las intervenciones encontramos dos opciones el tratamiento conservador y/o el quirúrgico. En los	El procedimiento de seccionar el frenillo puede ser realizado con láser o con tijera consiguiendo resultados similares

	<p>M, Hamman N, Báguena A.</p> <p>Diagnostic o y tratamiento de la anquiloglo sia en atención primaria.</p>				<p>últimos años se está potenciando en EE. UU. el tratamiento conservador por parte de fisioterapia con terapia craneosacral y manipulación manual para relajar los músculos de la boca y de la espalda con el fin de mejorar la succión. Manteniéndose el frenillo lingual corto, pero facilitando la elasticidad y elongación de este. Sin embargo, no hay suficientes estudios que cuantifiquen la eficacia del tratamiento conservador. En España los estudios se centran en el tratamiento quirúrgico como primera opción de intervención para la resolución de la anquiloglosia.</p>	<p>según los estudios. En EE. UU. prefieren el láser como opción mayoritaria, realizando la frenotomía los odontólogos. No obstante, en la atención primaria, por no disponer de todos los recursos materiales, se realiza con tijera roma. El resto de la intervención es idéntica independientemente del instrumento de elección. Se inicia con la administración tópica de anestesia local como la lidocaína impregnada en una gasa o bastoncillo y dejando actuar unos minutos.</p>
5	<p>Bojorque C, Estrella J, Pineda D.</p> <p>Tratamient o quirúrgico temprano de frenillo lingual revisión de la literatura: a propósito de dos casos.</p>	2020	Estudio de caso	2 pacientes	<p>La anquiloglosia es una anomalía congénita, más ligada al sexo masculino y con una prevalencia del 4 al 10% en recién nacidos vivos. Esto se presenta como un frenillo lingual corto o muy anterior; provocando dificultad, limitación e imposibilidad para que la lengua cumpla su función dentro del sistema estomatognático. El tratamiento para esta condición es la frenectomía, este</p>	<p>El propósito de este trabajo fue presentar un protocolo para el cuidado de la frenectomía temprana con anestesia tópica y/o tratamiento local para el tratamiento de la anquiloglosia en niños menores de 5 años ya que el diagnóstico precoz de la anquiloglosia puede resultar en una solución rápida, eficaz, con minimización de sus efectos sobre el niño</p>

					procedimiento generalmente se realiza bajo anestesia general en niños de temprana edad, por lo tanto	y en algunos casos con un postoperatorio más corto y más fácil. Por cierto
6	Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, Govardhan C, Moeller J, Sinkus V, Thorsen R, Downing V, Camacho M, Yoon A, Han W, Hockel B, Guillemonault C, Liu S.  Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases.	2019	Estudio observacional analítico de corte transversal	420 pacientes	En total, se completaron 348 encuestas (tasa de respuesta del 83 %) que mostraron una tasa de satisfacción del 91 % y una tasa de mejora de la calidad de vida del 87 % a través de la mejora de la respiración bucal (78,4 %), los ronquidos (72,9 %), los apretones (91,0 %), y/o tensión miofascial (77,5%). Ocurrieron complicaciones menores en <5% de los casos, incluidas quejas de dolor o sangrado prolongado, entumecimiento temporal de la punta de la lengua, problemas de las glándulas salivales, infección o inflamación menor de la herida y necesidad de revisión para extirpar el tejido cicatricial. No hubo complicaciones mayores.	La frenuloplastia lingual con terapia miofuncional es segura y potencialmente eficaz para el tratamiento de la respiración bucal, los ronquidos, los apretones y la tensión miofascial en pacientes candidatos adecuadamente seleccionados. Se ameritan más estudios con medidas objetivas.
7	Martínez C.  Cultura física terapéutica para la atención a escolares	2022	Bibliográfico documental	9 artículos	Entre los antecedentes detectados en la búsqueda bibliográfica, fueron detectados referentes que abordan lo relacionado al trastorno, así como diversas técnicas para su tratamiento, sin	Concluye que la pertinencia e implementación de la terapia miofuncional permite una acometida integral del frenillo lingual corto teniendo como factor causal y de

	con frenillo lingual corto sustentada en la terapia miofuncional.				embargo, no incluyen la terapia miofuncional en su forma de trabajo. Resulta también novedosa la mirada a los saberes que ofrece la Cultura Física Terapéutica en el tratamiento a esta patología. Fueron empleados diversos métodos y técnicas como el análisis-síntesis, inductivo-deductiva y el análisis documental. Como resultado de la pesquisa destaca la elaboración de un tratamiento estructurado en fases, cuya importancia radica en reeducar la función de las estructuras implicadas, corrigiendo hábitos orales que desencadenan alteraciones en la respiración, masticación, en la deglución y el habla.	riesgo el empuje lingual, así como el detrimento del lenguaje y los de patrones respiratorios
8	Di Pascua M.  Cirugía plástica gingival	2018	Bibliográfico documental	-	En la actualidad, las especialidades odontológicas como la periodoncia y la cirugía oral, se encargan de los tratamientos quirúrgicos de defectos en la encía y la mucosa oral para corregir y armonizar estética y funcionalmente la boca y la sonrisa de los pacientes. Las técnicas utilizadas en cobertura radicular	Estos dos aspectos, así como un buen diagnóstico de la etiología, posibilidades quirúrgicas y pronóstico son esenciales para obtener un buen resultado funcional y estético, satisfaciendo la demanda del paciente a largo plazo.

					<p>tienen como objetivo no solo cubrir la superficie radicular, sino también modificar el biotipo periodontal de la zona generando un aumento en grosor y altura de los tejidos blandos.</p> <p>Gran parte de estas técnicas están condicionadas por la habilidad del operador y de los cuidados postoperatorios por parte del paciente.</p>	
9	<p>Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D.</p> <p>Anquiloglosia y frenotomía lingual: tendencias nacionales en el diagnóstico y manejo de pacientes hospitalizados en los Estados Unidos, 1997-2012.</p>	2017	<p>Estudio Observacional, de diseño Descriptivo</p>	<p>Datos disponibles de 1997 a 2012 utilizando la base de datos de pacientes hospitalizados de niños</p>	<p>El diagnóstico de anquiloglosia aumentó cada año de publicación (cada tres años), con 3934, 5430, 7785, 11 397, 19 459 y 32 837 niños, respectivamente, de 1997 a 2012, con el mayor aumento en los últimos 6 años. Del mismo modo, la frenotomía aumentó con 1279, 1633, 2538, 3988, 6900 y 12 406 procedimientos. En comparación con la población total dada de alta, los niños con anquiloglosia o frenotomía eran con mayor frecuencia hombres (63,6 % anquiloglosia, 65,3 % frenotomía frente a 51,2 %), con seguro privado (60,1 %, 62,1 % frente a 43,6 %), de un código postal de ingresos medios más altos (78,1 %, 78,2 % frente a 68,6 %) y en la región del</p>	<p>Estos datos piloto muestran aumentos en los diagnósticos de anquiloglosia y el uso de frenotomía. Hay una preponderancia de niños varones, con seguro privado o residentes del Medio Oeste que son diagnosticados y tratados por anquiloglosia. Esta amplia variación puede reflejar patrones de prácticas locales o implicar un sesgo cultural y socioeconómico.</p>

					Medio Oeste (29,3 %, 32,3 % frente a 21,7 %).	
10	Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore A, Joseph K.  Cambios en la incidencia y tratamiento quirúrgico de anquiloglosia en Canadá.	2017	Estudio Observacional, de diseño Descriptivo	Datos disponibles de abril de 2002 y marzo de 2015	Las tasas de anquiloglosia aumentaron de 6,86 en 2002 a 22,6 por 1000 nacidos vivos en 2014 (P de tendencia < 0,001), mientras que las tasas de frenotomía aumentaron de 3,76 en 2002 a 14,7 por 1000 nacidos vivos en 2014 (P de tendencia < 0,001). Las tasas de frenotomía entre los lactantes con anquiloglosia aumentaron del 54,7 % en 2002 al 63,9 % en 2014 (RR: 1,18, IC del 95 %: 1,13–1,24). En comparación con la Columbia Británica, las tasas de anquiloglosia fueron tres veces más altas en Saskatchewan (RR: 3,40, IC del 95 %: 3,16–3,67), Alberta (RR: 3,50, IC del 95 %: 3,29–3,72) y Yukón (RR: 3,62, IC del 95 %: 2,67–4,92), mientras que las tasas de frenotomía fueron de tres a cuatro veces más altas en el Yukón (RR: 3,41, IC del 95 %: 2,28–5,10), Alberta (RR: 4,01, IC del 95 %: 3,71–4,33) y Saskatchewan (RR: 4,12, IC 95 %: 3,76–4,52).	El deseo de aumentar las tasas de iniciación de la lactancia materna y la ausencia de criterios estandarizados para el diagnóstico de anquiloglosia han resultado en tasas descontroladas de frenotomía para recién nacidos en algunas partes de Canadá.
11	Garzón J.  Manejo	2020	Bibliográfico documental	-	Como resultado dentro de los manejos terapéuticos	Se pudo concluir que esta problemática tiene numerosas

	terapéutico de los trastornos funcionales asociados al frenillo lingual corto.				encontramos la terapéutica preventiva o llamada terapia miofuncional y la cual va de la mano con la terapéutica quirúrgica que engloba a la frenectomía lingual, la frenotomía simple y la técnica quirúrgica con láser.	complicaciones en las funciones como la succión, deglución, fonación y aparte problemas mecánicos, problemas en el crecimiento mandibular, problemas ortodonticos-ortopedicos y maloclusiones por ello es muy importante la intervención de las terapéuticas tanto la preventiva como la quirúrgica.
12	Fournier C.  Frenectomía: abordaje transdisciplinario	2017	Bibliográfico documental	28 artículos	El procedimiento pre y posquirúrgico permite evidenciar la importancia del trabajo multidisciplinario en la aplicación de una frenotomía o frenectomía según sea el caso. La evaluación fonaudiológica es un elemento de ayuda para que los odontopediatras puedan asegurar un mejor tratamiento pre y posquirúrgico del frenillo lingual. Por tanto, la transdisciplinariedad surge del trabajo en conjunto y constante coordinación de los procesos.	Realizar estudios longitudinales sobre los procedimientos quirúrgicos de frenectomía para evidenciar el impacto en las vidas de los individuos con frenillo lingual alterado y sobre cómo mejora las funciones del sistema estomatognático que se mostraban afectadas, luego del tratamiento odontológico-fonaudiológico
13	Andagua J.  Características de los pacientes	2018	Estudio es de tipo descriptivo, transversal	338 historias clínicas	Los diagnósticos sistémicos más frecuentes pertenecen a los pacientes con condiciones	Concluye que la atención odontológica bajo anestesia general es una opción válida y

	pediátricos sometidos a procedimientos orales bajo anestesia general en el periodo 2015-2017 en el Instituto Nacional de Salud del Niño.		y retrospectivo.		neurológicas (25,1%), también pacientes con condiciones sindrómicas (10,4%). Respecto a los diagnósticos más frecuentes son caries dental (92%), seguido de infecciones odontogénicas (51,2%), remanentes radiculares (43,2%) y pulpitis reversible (42%); los procedimientos quirúrgicos orales realizados que más se realizaron fueron operatoria dental (91,7%), exodoncia (77,5%), pulpotomía (59,8%), evidenciando la magnitud de la morbilidad en estos pacientes. El riesgo quirúrgico ASA I presentó 64,8%.	beneficiosa de bajo riesgo para los niños con condición sistémica o niños sin colaboración al tratamiento con gran morbilidad bucal.
14	Inostroza F., Caviedes C., González M., Palomares M.  Intervención logopédica posoperatoria del frenillo lingual en niños, adolescentes y adultos.	2022	Bibliográfico documental	10 artículos	Fue elaborada una revisión integradora de literatura que destaca la importancia del abordaje multidisciplinario de las alteraciones del frenillo lingual. La intervención quirúrgica debe acompañarse de una evaluación logopédica exhaustiva de la anatomía y funcionalidad lingual previo y posterior a la cirugía, junto a una adecuada rehabilitación de la motricidad orofacial y un plan de intervención de habla	Se concluye la importancia del tratamiento logopédico en el abordaje multidisciplinario del frenillo lingual, abordando aspectos de movilidad lingual, habla, masticación, deglución y otras funciones orofaciales alteradas luego del procedimiento quirúrgico.

	Revisión integradora de literatura.				individualizados para cada niño, adolescente o adulto sometido a cirugía. Sin embargo, es importante continuar con el estudio de la eficacia de la terapia logopédica o fonoaudiológica posoperatoria mediante ensayos clínicos.	
15	Durand D.  Cirugía oral pediátrica.	2017	Bibliográfico documental	-	Para realizar cirugía oral pediátrica, en la actualidad requiere básicamente conocimientos de algunos aspectos importantes, como es la anatomía, crecimiento y desarrollo, fisiología y psicología del niño en sus diferentes fases; así mismo se debe considerar las diversas alternativas de apoyo como es la sedación y anestesia general.	El manejo de conducta es fundamental en todos los procedimientos, ya sea para reforzar una conducta aceptable, mantenerla o recuperar en algunos casos. Una de las particularidades en la cirugía pediátrica es también el crecimiento y desarrollo del niño, tener conocimiento pleno del mismo a fin de no causar iatrogenias irreversibles.
16	Espinoza E.  Ulectomía y frenectomía en una paciente de 9 años de edad.	2019	Estudio caso	1 paciente	Al erupcionar el órgano dentario pierde fuerza eruptiva, al ser obstaculizado por una barrera de tejido mucoso que se encuentra sobre la superficie oclusal e incisal y que aparentemente, dicho órgano no es capaz de romperlo o perforarlo. Esta patología es ocasionada por la fricción superficial de los alimentos con la	Los frenillos de la línea media pueden representar problemas en la salud bucal del paciente cuando están demasiado cerca del margen gingival desde problemas para el control de la placa dentobacteriana o representar un problema por un tirón muscular. La inserción baja del

					<p>mucosa desdentada. Esto también sucede cuando el diente temporal se ha perdido de forma prematura. Los frenillos orales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambas, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito. Sirven para la fijación de algunas zonas anatómicas en la boca. Podemos encontrar distintos frenillos en la cavidad oral los que se encuentran en la línea media (frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual) y los laterales situados a la altura de los premolares superiores e inferiores representan en verdad bridas cicatrízales.</p>	<p>frenillo labial superior representa un problema dental, estético y fonético. Es asintomático y detectado mediante la exploración y test de isquemia de Graber. Por lo cual la frenilectomía representa una alternativa viable para solucionar todos aquellos problemas que representa la posición del frenillo.</p>
17	<p>Zárate E.  Tratamiento de Anquiloglosia con frenectomía en un paciente de 9 años de edad: Reporte de un caso.</p>	2021	Estudio caso	1 paciente	<p>El objetivo de este estudio es el de conocer los tratamientos de la anquiloglosia con frenectomía en niños. Para esto se presenta un caso clínico de un niño de 9 años, que es referido del área de odontopediatría a la consulta odontológica por tener problemas de fonación.</p>	<p>A los exámenes correspondientes se diagnostica anquiloglosia parcial y cuyo tratamiento será la frenectomía con incisión simple, como conclusión se da que la frenectomía es el procedimiento quirúrgico más simple para poder tratar la anquiloglosia, teniendo en cuenta que todo problema de anquiloglosia no es</p>

						severo también es moderado, para estos casos existe tratamientos conservadores.
18	Belmehdi A, Harti K, Wady W.  Ankyloglossias as an oral functional problem and its surgical management.	2018	Estudio caso	2 pacientes	El objetivo de este artículo es reportar 2 casos de anquiloglosia en pacientes jóvenes que fueron remitidos al Departamento de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Mohamed V de Rabat, Marruecos. Según la clasificación de Kotlow, ambos pacientes fueron diagnosticados de Clase II y tratados con frenectomía quirúrgica, seguida de logopedia para una rehabilitación inmediata. Se observó una marcada mejoría en el movimiento de la lengua en una visita de seguimiento en los casos tratados.	La lengua atada o anquiloglosia es una anomalía del desarrollo de la lengua caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto y grueso que da como resultado un movimiento limitado de la lengua. La anquiloglosia puede afectar la alimentación, el habla y la higiene bucal, además de tener efectos mecánicos y sociales. El diagnóstico de la atadura de la lengua se basa en un examen clínico. Se debe evaluar la movilidad de la lengua y la apariencia asociada a la inserción, así como la inserción y la brevedad del frenillo lingual. El manejo de la anquiloglosia debe ser considerado a cualquier edad considerando la evaluación riesgo-beneficio y por la mayor vascularización y movilidad de la lengua; la frenectomía lingual debe realizarse con

						eventos traumáticos para evitar complicaciones postoperatorias.
19	Khan S, Sharma S, Sharma VK.  Ankyloglossia: Surgical management and functional rehabilitation of tongue.	2017	Estudio caso	1 paciente	Este artículo reporta el manejo quirúrgico de un paciente de 20 años con anquiloglosia asociada con restricción del movimiento de la lengua y dificultad en el habla. El tratamiento involucrado es la extirpación quirúrgica del frenillo lingual seguido de ejercicios de entrenamiento de la lengua y terapia del habla para rehabilitar funcionalmente la lengua. Seis meses después de la operación, el paciente mostró una curación sin incidentes y estaba satisfecho con el procedimiento.	El ejercicio de entrenamiento debe iniciarse inmediatamente después de la cirugía. Se recomendaron los siguientes ejercicios: (1) estirar la lengua hacia la nariz, luego hacia la barbilla y repetir, (2) abrir la boca ampliamente y tocar los grandes dientes frontales con la lengua con la boca aún abierta, y (3) cierre la boca y meta la lengua en la mejilla izquierda y derecha para formar un bulto: durante ráfagas de 3 a 5 minutos, una o dos veces al día durante 3 o 4 semanas después de la operación. Los ejercicios postoperatorios posteriores a la cirugía de atadura de la lengua están destinados a desarrollar nuevos movimientos musculares que estaban restringidos antes de la cirugía y fomentar los movimientos de la lengua relacionados con la limpieza de la cavidad bucal.

20	Jaikaria A, Pahuja S, Thakur S, Negi P.  Treatment of partial ankyloglossia using Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF) : A case report with 6-month follow-up.	2021	Estudio caso	1 paciente	Este artículo informa sobre el manejo quirúrgico de un paciente de 11 años con anquiloglosia asociada con movimiento restringido de la lengua y dificultad para hablar. Seis meses después de la operación, el paciente mostró una curación sin incidentes y estaba satisfecho con el procedimiento.	Después de la anestesia, la lengua se retrajo superiormente y se estabilizó con suturas de seda colocadas en la punta de la lengua. Luego se hizo una incisión vertical estrecha a través de la mucosa a lo largo del frenillo, desde debajo de la punta de la lengua hasta justo en frente de los orificios de los conductos submaxilares. Se llevó a cabo una disección roma hasta el suelo de la boca a ambos lados del frenillo, lo que facilitó su extracción de las inserciones linguales y alveolares. La herida quirúrgica se suturó con catgut 4/0. El uso de la herramienta de evaluación de Hazelbaker para la función del frenillo lingual permite una puntuación elaborada y extensa de la anomalía.
21	Varadan M, Chopra A, Sanghavi A, Sivaraman K, Gupta K.  Etiology	2019	Bibliográfico documental	-	La anquiloglosia en los bebés también está relacionada con la dificultad para amamantar, arcadas, asfixia o vómitos, retraso en el desarrollo o deterioro del habla y problemas de comportamiento. Una	La anquiloglosia, también conocida como lengua atada, es una malformación anatómica embriológica de la lengua, caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto y grueso. La lengua

	and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy : A critical review.				frenectomía lingual es un procedimiento quirúrgico oral común que se realiza para corregir un frenillo lingual anquilosado al cortar la inserción anormal del frenillo en la superficie ventral de la lengua. Sin embargo, la frenectomía lingual se asocia con pocas complicaciones que deben abordarse para lograr un buen pronóstico general. Aunque hay mucha investigación disponible sobre las diversas técnicas y la justificación para corregir la anquiloglosia, ningún artículo ha destacado aún las complicaciones quirúrgicas asociadas con la frenectomía lingual. Por lo tanto, el presente documento por primera vez revisa y destaca las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias comunes después de la frenectomía lingual.	atada restringe los movimientos fisiológicos de la lengua y da como resultado diversas anomalías funcionales, conductuales y del habla junto con el desarrollo de ceceo frontal y lateral.
22	Velásquez E.  Prevalencia de anquiloglosia verdadera según la clasificación	2018	El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal.	No se calculó la muestra porque se trabajó con el total de población, la cual fue un total de 270 niños durante 6 meses.	Los resultados demuestran que la Frenectomía de la anquiloglosia mejoró la lactancia materna auto-eficacia. A pesar de que el manejo de la anquiloglosia ha sido muy debatido a nivel	De todos los niños con anquiloglosia verdadera solo el 15 % está indicado el tratamiento quirúrgico con el Método Directo, y solo en el 10 % por el Método Indirecto. Se realizó una

	<p>n de Ruffoli en niños de 3 a 12 años que acudieron a los servicios de odontología. hospital san antonio de los sauces y caja nacional de salud Monteagudo - Chuquisaca de noviembre del 2016 a abril del 2017.</p>				<p>mundial y que, según la gravedad, está indicada la frenectomía sin embargo actualmente existe una escasez de información objetiva en Bolivia respecto a la prevalencia, diagnóstico, así como la necesidad y momento de tratamiento quirúrgico oportuno.</p>	<p>investigación en sesenta y seis bebés en 12 meses luego de ser realizada la frenectomía, luego se llevó a cabo en 35 bebés y la lactancia mejoró en un 83%. Los padres reportaron altos niveles de satisfacción con el procedimiento frenectomía y no ha habido complicaciones. Por lo que concluyeron que la Frenectomía es un procedimiento seguro y fácil.</p>
23	<p>Cano N, Coppini G.</p> <p>Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria. Anquilosis y lactancia materna.</p>	2019	<p>Bibliográfico documental</p>	-	<p>En muchos bebés/mamás la mejoría es de 24 horas. En otros se puede tardar 2-3 semanas. Es aconsejable valoración multidisciplinar: Fisioterapeuta Logopeda Consultora de lactancia</p>	<p>El tratamiento definitivo será la cirugía con rehabilitación posterior antes de los 3 meses y el tratamiento alternativo es la corrección del agarre, terapia manual, fisioterapia /rehabilitación de lengua y pezoneras.</p>

Anexo 3.