



FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA.

Autores:

Br. Rodríguez, Yoslena C.I: V- 27.654.354

Br. Rodríguez, María C.I: V- 26.964.876

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



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



FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA
Trabajo de Grado presentado como requisito para optar por el título de
ODONTÓLOGO

Autores:

Br. Rodríguez, Yoslena

C.I: V- 27.654.354

Br. Rodríguez, María

C.I: V- 26.964.876

Tutora de Contenido:

Od. Ramos, Diana

San Diego, Diciembre de 2021



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



FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N.º

Nombres y apellidos

27.654.354

Yoslena Viviana, Rodríguez Valdez

26.964.876

María Valleria, Rodríguez Romero

Tutor Propuesto: Diana Ramos

Cedula de Identidad: 12.473.636

COORDINACIÓN DE 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 Yoslena .V Rodríguez V., titular de la cédula de identidad Nº 27.654.354, y María V. Rodríguez. R., titular de la cédula de identidad Nº 26.964.876, para optar al grado académico de odontólogo, cuyo título es “FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA”, y declaro que acepto la tutoría del mencionado 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 catorce días del mes de Diciembre del año dos mil veintiuno.

Diana Ramos

12.473.636



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



ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe esta Acta, DIANA RAMOS titular de la cedula de identidad N° 12.473.636, tutor de contenido, deja constancia que el Trabajo de Trabajo de Grado titulado: “FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA”. Realizado por los ciudadanos Yoslina Rodríguez titular de la cedula de identidad N° 27.654.354; y María V Rodríguez titular de la cedula de identidad N° 26.964.876; ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su presentación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Diana ramos

14/12/2021

Nombre Tutor Académico

Firma

Fecha

25

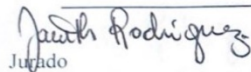


REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado: "FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA Realizado por los ciudadanos Yoslena Rodríguez titular de la cedula de identidad N° 27.654.354; y Maria V Rodríguez titular de la cedula de identidad N° 26.964.876. Cursantes de la carrera de ODONTOLGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída su exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.



Jurado

Nombre: Janeth Rodríguez

C.I: 8.844.992

Correo: janethrj8@yahoo.com

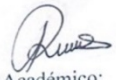


Jurado

Nombre: Bianca López

C.I:16.861.465

Correo: bi3085@gmail.com



Tutor Académico:

Nombre: Diana Ramos

C.I: 12.473.636





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, Diana Ramos, portador(a) de la cédula de identidad N° 12.473.636 en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por el(la) los ciudadano(a) Yoslena Rodríguez y Ma Valleria Rodríguez, portador(es) de la cédula de identidad N° 27.654.354 y 26.964.876 titulado 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 14 días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno.

Diana Ramos

12.473.636

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas.

A mi papa, a mi mama, por ser los motores de mi vida, por apoyarme en todos mis sueños, por confiar en mí y darme todo ese amor que me motiva.

A mi Rita Elena, que desde pequeña me ha acompañado y llevado de la mano en todos mis momentos.

A mi Julieta, que ha sido un ejemplo de fuerza y perseverancia en mi vida.

A toda mi familia que me ha brindado el apoyo y cariño en esta meta.

Esto es por y para ustedes,

Yoslina Rodríguez

DEDICATORIA

A Dios primeramente por sobre todas las cosas.

A mis padres, por darme la posibilidad de crecer como persona, y alcanzar el sueño que anhelaba, que sin duda es por y para ustedes.

A mis abuelos, por siempre brindarme ese amor y cariño que tanto necesite para seguir adelante.

A mis hermanas, Victoria y Verónica, por darme el apoyo para el camino y brindarme ejemplos a seguir, como ustedes.

A mi novio, por ser mi apoyo en cada paso que doy.

A mi familia en general, por estar presente en todo momento.

María Valleria Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A mi universidad José Antonio Páez por brindarme el conocimiento, y guiarme para lograr este sueño.

A nuestra tutora, Diana Ramos por ser nuestra guía en este camino.

A mi papa Luis Rodríguez, por siempre apoyarme, sin importar los sacrificios que debía hacer para que yo cumpliera mi sueño, y además dejarme ser el sol de su vida.

A mi mama Yosella Valdez, por enseñarme siempre lo que es ser fuerte y decidida, que no debo dejar de luchar por mis sueños y mostrarme con el ejemplo que se pueden lograr cosas gigantes.

A mi compañera de tesis Valleria Rodríguez, que comenzamos juntas desde el curso y es un honor terminar esta meta juntas. Este es solo un pedazo de nuestra historia.

A mi amiga Daniela Moneo, que me saco mil risas e hizo este camino el mejor.

A mi amiga Ysabel Correa, por ser la primera amiga desde el primer día, y estar siempre desde entonces.

A mis mejores amigas Fabiana Pinheiro y Oriana Sanabria, que a pesar de no estudiar esta carrera siempre me han apoyado y confiado en mis habilidades.

A mi amiga Greymar Aguilar, por empezar siendo mi compañera de residencia para convertirse en una de mis mejores amigas, y hacer que las noches alejada de casa fueran mejores.

A mi novio Richard Segovia, por apoyarme en este camino y calmarme en mis momentos de estrés.

A mi hermano José Manuel, porque a pesar de no ser expresivo sé que está feliz por mi sueño.

A mis pacientes por confiar en mí, sin ellos nada de esto fuera posible.

Yoslena Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A mi universidad José Antonio Páez por brindarme el conocimiento, y guiarme para lograr este sueño.

A nuestra tutora, Diana Ramos por ser nuestra guía en este camino.

A mi mamá, Janet Romero, por ser mi ejemplo a seguir, siempre acompañarme en el camino, guiarme, estar para mí en todo momento, y alegrarte por mis logros que son tuyos, por enseñarme a luchar por mis sueños y crecer como persona.

A mi papá, Johnny Rodríguez, por ser mi ejemplo a seguir, estar siempre para apoyarnos sin importar que, a mis hermanas y a mí, por permitirme cumplir un sueño, por los sacrificios realizados, por guiarme en el camino, este logro también es tuyo pa.

A mi abuelo, Cesar Romero, por ser mi ejemplo a seguir, ser mi apoyo en todo momento, estar para mí siempre que lo necesité, por ayudarme a cumplir este sueño, por querer este sueño tanto como yo, gracias abuelito, por ti.

A mis abuelas Cecilia Mendoza e Iva Figueira, por estar presente en cada momento, llenarme de cariño siempre que lo necesite y alegrarse por mis logros.

A mis hermanas, Victoria y Verónica, por ser mis ejemplos a seguir, por darme la mejor familia del mundo, por acompañarme en el camino y todo el cariño a nuestra manera.

A mi novio, Pedro Quero, por ser mi apoyo número 1, por estar para mí en todas, por alegrarte por mis logros, por confiar en mí más que yo, por tener paciencia en el proceso, por ser parte fundamental de este camino.

A mi compañera de tesis, Yoslena Rodríguez, además mi hermana que me regaló la universidad, por estar para mí en todo momento, apoyarme en cada paso, hacer la carrera más amena, por acompañarme siempre, por brindarme una amistad duradera. Gracias por permitirme culminar esta etapa de mi vida contigo. Viene lo mejor para nosotras.

A mi amiga Daniela Moneo, por ser mi hermana valenciana y estar para mí cuando

lo necesite, por apoyarme y abrirme las puertas de su hogar.

A mi amiga, María Fabiola Javier, por permitirme compartir contigo momentos especiales y estar para mí.

A mi amiga Ysabel Correa, por compartir conmigo momentos inolvidables y estar para mí en todo momento.

A mis mejores amigas y hermanas, Valentina Herrera, Verónica Tolosa, Andrea Dorante, María Natalia Giménez, por estar para mí a pesar de la distancia, por compartir mis logros y apoyarme en todo momento.

A mis pacientes por confiar en mí, sin ellos nada de esto fuera posible.

Maria Valleria Rodriguez

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	x
ÍNDICE GENERAL.....	xiii
LISTA DE TABLAS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMMARY.....	16
INTRODUCCION.....	17
MATERIALES Y METODOS.....	18
Métodos de Busca y Recolección de la Información.....	18
DESARROLLO.....	19
La Anquiloglosia. Una condición hereditaria.....	19
Características Clínicas.....	19
Problemas Asociados.....	20
Clasificación.....	23
Tratamiento.....	25
Prevalencia.....	25
CONCLUSIÓN.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27
ANEXOS.....	30

LISTA DE TABLAS

TABLAS

Tabla de Hallazgos	30
Tabla estadística de edades y sexo.....	32



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



FRENILLO LINGUAL CORTO O ANQUILOGLOSIA

Autores: Rodríguez, Yoslena C.I: V- 27.654.354

Rodríguez, María C.I: V- 26.964.876

Línea de Investigación: Revisión Bibliográfica

Fecha: Diciembre, 2021

RESUMEN

En la odontología podemos encontrar distintas patologías en todas las especialidades; la cavidad bucal posee muchas estructuras anatómicas que ayudan a la fonación, masticación, deglución; entre ellas se encuentra el frenillo bucal que está localizado tanto como en el maxilar superior como en el inferior, en este trabajo nos enfocaremos en el frenillo bucal inferior que puede presentar como patología la anquiloglosia, la cual es una anomalía en donde el frenillo es muy corto y no permite la correcta movilidad de la lengua; y como esta afecta a la población latinoamericana, Objetivo: Analizar la anquiloglosia como patología oral. Materiales y métodos: Se realizó una selección de 8 artículos científicos, en donde se evaluaron los países donde esta presenta la anquiloglosia, edad, sexo, tipo de anquiloglosia y complicaciones. Resultados: En un total de 5.463 participantes, en donde 366 presentaron la patología, demostró que el País que se ve más afectado por la anquiloglosia es Perú con un 12,9%; asimismo se demostró que la edad más afectada es de 0 a 3 años con el 54,3% . En otros resultados que también fueron registrados se demostró que el sexo más afectado es el masculino con el 57,2%. Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación, se demostró que la anquiloglosia es una patología que afecta a los pacientes y por lo tanto los profesionales de la salud deben estar mejor informados y preparados para abordar dicha patología. A demás que los resultados obtenidos fueron similares a los de otros autores en investigaciones pasadas.

Descriptor: Anquiloglosia, Prevalencia, Latinoamérica



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL



SHORT LINGUAL FRENULUM OR TONGUE TIE

Authors: Rodríguez, Yoslena C.I: V- 27.654.354

Rodríguez, María C.I: V- 26.964.876

Tutor: Od. Ramos, Diana

Date: December, 2021

SUMMARY

In dentistry we can find different pathologies in all specialties; the oral cavity possesses many anatomical structures that aid phonation, chewing, swallowing; among them is the buccal frenulum that is located both in the upper and lower jaws, in this work we will focus on the lower buccal frenulum that can present as a pathology tongue tie, which is an anomaly where the frenulum is very short and does not allow the correct mobility of the tongue; and how it affects the Latin American population, Objective: To analyze tongue tie as an oral pathology. Materials and methods: A selection of 8 scientific articles was made, where the countries where it presents the tongue tie, age, sex, type of tongue tie and complications were evaluated. Results: In a total of 5,463 participants, where 366 presented the pathology, it was shown that the country that is most affected by tongue tie is Peru with 12.9%; it was also shown that the most affected age is from 0 to 3 years with 54.3%. In other results that were also recorded, it was shown that the most affected sex is male with 57.2%. Conclusion: According to the results obtained from the research, it was shown that tongue tie is a pathology that affects patients and therefore health professionals must be better informed and prepared to address this pathology. In addition, the results obtained were similar to those of other authors in past research.

Descriptors: Tongue Tie, Prevalence, Latin America

INTRODUCCION

Entre las patologías búscas que afectan a los recién nacidos se encuentra la anquiloglosia, la cual, es un trastorno presente en el nacimiento que restringe el rango de movimiento de la lengua, en tal sentido, en mucho de los casos este puede afectar actividades cotidianas del infante, ya que se ve afectado uno de los órganos más importantes dentro de las estructuras de la cavidad bucal, como lo es la lengua, siendo este el responsable del sentido del gusto, en muchos casos determina la posición de los dientes, así como, la fonética y desarrollo del habla en el infante, además participa en la respiración y succión de líquidos, es por esto, que esta patología genera un mal desempeño en el amamantamiento del niño, lo que conllevará un mal desarrollo a nivel general. (1)

Ahora bien, la lengua es un órgano muscular importante para la articulación del lenguaje, que debe gozar de gran movilidad para poder realizar sus diversas funciones (1), aun así esta puede presentar anomalías de desarrollo como lo es la anquiloglosia en la cual se evidencia un frenillo lingual corto, que puede provocar limitaciones motoras de la lengua. (2)

Es importante destacar que, la lista de problemas que trae consigo la anquiloglosia es extensa, sin embargo, los más citados en la literatura succión y deglución, instaurándose un patrón de deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos), lo que posteriormente traerá consigo una aparición de mordida abierta anterior y problemas en el desarrollo del maxilar superior. Además, como fue mencionando anteriormente, se ve afectada la fonética del niño, dejando limitaciones y por lo pronto llevara a un trastorno de tipo psicológico por el mal desenvolvimiento en la sociedad (3)

La anquiloglosia puede afectar al paciente tanto física como psicológicamente, ya que este trae consigo limitaciones de alimentación, fonación e incluso el rango de movimiento de la lengua, donde muchas veces el paciente no puede alimentarse o

comunicarse correctamente, generando así inseguridades en los paciente a medida que avanzan las edades

La prevalencia y distribución exacta de la anquiloglosia es desconocida. Es por esto, que dicho estudio realiza una revisión de las publicaciones de diversos países Latinoamericanos, entre ellos Guatemala, Perú, Bolivia, Ecuador y Cuba, haciendo una puesta al día sobre el tema, a través de una investigación documental. Esta investigación tiene como objetivo analizar la anquiloglosia como patología oral.

MATERIALES Y METODOS

Métodos de Busca y Recolección de la Información

Para llevar a cabo la recopilación de información se realizó una revisión sistemática de la literatura que consistió en una serie de etapas. Primeramente, se inició la revisión literaria con una etapa preparatoria y de recolección de información, en la cual se efectuó una búsqueda de información a través de Google Académico, Pub Med y Libros correspondientes al tema, el cual nos arrojó 672 resultados mediante el uso de los bloques de búsqueda correspondientes a los indicadores de la investigación. A partir de lo anteriormente expuesto, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para la selección de una serie de artículos para su revisión.

Una vez seleccionados los artículos para su revisión, se procedió a una segunda etapa, donde se realizó una inspección minuciosa de los resúmenes y los datos estadísticos correspondientes a la prevalencia de la anquiloglosia en algunos países de sudamerica, una vez finalizada esta revisión, se seleccionó la muestra correspondiente a 8 artículos científicos en español, de revistas arbitradas para su posterior fichaje.

DESARROLLO

La Anquiloglosia. Una condición hereditaria

La presencia de frenillos bucales patológicos a menudo se pasan por alto en el examen bucal sistemático debido a que rara vez son un problema.

Por otra parte, los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito. Existen tres tipos: labial superior, labial inferior y lingual. Estos pueden tener una estructura fibrosa, fibromuscular o muscular.

Los niños al momento de su nacimiento, crecimiento y desarrollo pueden presentar diversas patologías en la cavidad bucal que pueden afectar al mismo, entre las cuales se encuentra la anquiloglosia, que se define como "una condición a menudo hereditaria, en la que un remanente embriológico de tejido fija la superficie ventral de la lengua al piso de la boca en forma variable, lo cual resulta en un frenillo anormalmente corto o grueso" (4), la cual puede producir consecuencias de lenguaje, problemas mecánicos, maloclusión dental, mayor índice de otitis, bronquitis y neumonías. La palabra "anquiloglosia" etimológicamente está compuesta por raíces griegas "ankyle" cuyo significado es atadura, lazo, cinturón, y por "glossa" que significa lengua, esto se traduce a la atadura de la lengua. (5)

La IATP (International Affiliation of Tongue-Tie Professionals) define a la palabra anquiloglosia como: remanente de tejido en la línea media entre la superficie inferior de la lengua y el piso de la boca. Cuando interfiere con la función normal de la lengua, se denomina "atadura de la lengua sintomática" o "anquiloglosia sintomática" (6).

Características Clínicas

Aunque en algunos casos la anquiloglosia es asintomática, existen diversos casos en los que esta patología presenta problemas.

Existen tres signos principales de la anquiloglosia: La punta de la lengua no puede llevarse más allá de las encías o de los dientes; al levantar la lengua, esta forma una suerte de “V” y, cuando se protruye se forma un repliegue en el centro que le da una apariencia doble o acorazonada, recibiendo por esto también el nombre de “lengua bífida”. (7)

En un recién nacido o en un bebé puede presentar los siguientes síntomas:

- Actuar de manera irritable o melindrosa, incluso después de comer.
- Dificultad para iniciar o mantener la succión en el pezón. El bebé puede resultar cansado en 1 o 2 minutos o quedarse dormido antes de alimentarse lo suficiente.
- Poco aumento de peso o pérdida del mismo.
- Problemas para prenderse al pezón. En lugar de esto el bebé puede simplemente masticar el pezón. (8)

Problemas Asociados

La existencia de anquiloglosia puede provocar distintos problemas:

Dificultades en la succión, la opinión más aceptada es que rara vez tiene trascendencia pero algunos autores defienden que un frenillo prominente dificulta la succión por parte del recién nacido y puede causar inflamaciones del pezón materno. Es importante conocer y descartar otros factores etiológicos de las alteraciones de la succión, como pueden ser un insuficiente desarrollo muscular, diversas miotonías y compromisos de la vía aérea como la atresia de coanas o la retrognatia mandibular, entre otros. (9)

En las últimas décadas el amamantar al recién nacido ha crecido en su nivel y por lo mismo ha surgido el interés hacia la Anquiloglosia, como causa en la dificultad del recién nacido en su proceso normal de lactancia. Se ha comprobado sí que la anquiloglosia no causa problemas en la alimentación del bebe con biberón o en

manejos de comida solida cuando esta introducida, sin embargo adelantar al bebe con estas dos formas de alimentación no es la solución a la lactancia del recién nacido.

(10) La prevalencia de este defecto en recién nacidos es del 4-10%, siendo más común en varones que en niñas; la mayoría de las veces es un hallazgo aislado en un niño sano. El efecto de la Anquiloglosia sobre la alimentación a pecho es motivo de controversia de hace más de 50 años, el 25-60% de los casos se asocia a la lesión y dolor de pezón de la madre, succión pobre, disminución de la salida de la leche materna, falta de engullimiento, rechazo de la alimentación a pecho y falta de aumento de peso. El dolor que enfrentan las madres que amamantan a lactantes con frenillo lingual corto es mucho más alto que en aquellas madres que alimentan a niños normales, y eso lleva a un problema en la interrupción de la lactancia materna.

(10)

La prevalencia de dolor de pezón es del 60% al 80% en todas las madres que durante el periodo postparto inicial. Los lactantes con problemas de anquiloglosia no pueden extender la lengua más allá del reborde alveolar gingival inferior para estimular el vacío de los conductos lactíferos y lograr el cierre efectivo de la boca contra el seno materno, y deben usar la mandíbula para mantener el pecho en la boca. Esto los lleva a tener muy poco estímulo peristáltico, adhesión inefectiva y lesión de los pezones. Teniendo en cuanta este tipo de lesiones que causa la anquiloglosia en los recién nacidos la frenectomía sería de gran utilidad, ya que es un tratamiento seguro y eficaz, sin embargo hay trabajos en donde no encuentran cabida para la cirugía durante la etapa neonatal. El 90% de los pediatras piensan que la anquiloglosia no es un problema en la lactancia materna y por lo tanto no indican la cirugía; en tanto el 99% de los especialistas en lactancia cree que el frenillo corto causa problemas con la lactancia y consideran la frenectomía neonatal muy útil.

Dificultades en la deglución, se favorece la persistencia de una deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos), lo cual provocará la inclinación vestibular

de los incisivos superiores e inferiores con la aparición de una mordida abierta anterior y un colapso en el crecimiento del maxilar superior. (9)

Alteraciones en la fonación, sobre todo de las consonantes linguodento-labiales. Muchos autores creen que la restricción de los movimientos de la lengua rara vez es causa de un impedimento en el lenguaje. No obstante es evidente que el paciente tiene los movimientos linguales disminuidos, no puede excursionar la lengua más que un breve trecho y no logra tocar el paladar con ella, con la boca abierta. Una vez realizada la exéresis del frenillo, el paciente deberá acudir al logopeda para solucionar los problemas de fonación y lenguaje. (9)

Dificultad para la autoclisis, la anquiloglosia limita la lengua en su función limpiadora en el vestíbulo bucal. Se cita el aumento de la incidencia de caries en los molares por este motivo. (9)

Ulceraciones linguales, pueden producirse ulceraciones en la lengua o en el frenillo dado que aquella está pegada a los dientes anteriores, y se produce un roce o micro trauma continuo. (11) Problemas ortodóncico-ortopédicos, el frenillo lingual en el niño tiene tendencia a corregirse espontáneamente. Cuando en un niño en crecimiento, el frenillo lingual está insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y alteraciones del lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición plana en el suelo de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir. Este problema se manifiesta con una inclinación labial excesiva de estos dientes. Otra consecuencia de la posición aplanada del dorso de la lengua es que la bóveda palatina y el arco maxilar superior tienden a ser estrechos, es decir a colapsarse. El desarrollo deficiente de la arcada superior es debido a que al estar retenida la lengua en el suelo de la boca, los bordes alveolares del maxilar superior no son estimulados para expandirse lateralmente, de

modo que frecuentemente se produce una oclusión cruzada posterior y una mordida abierta anterior. (9)

Diastema interincisivo inferior, este tipo de problema se presenta con poca frecuencia en el frenillo lingual, y en muchos casos se asocia a un frenillo labial inferior hipertrófico. El cordón fibroso se extiende entre los incisivos centrales inferiores hacia vestibular y provoca un diastema. (9)

Alteraciones en relación con la prótesis, la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto o con una inserción alveolar alta en un individuo desdentado, puede comprometer la estabilidad de una prótesis removible inferior. El movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad la prótesis si la inserción del frenillo en la cara lingual de la mandíbula está cerca de la cresta alveolar. (8) Será preciso en estos casos efectuar una frenectomía y en los casos que se asocia a frenillo labial inferior incluso puede indicarse una vestibuloplastía. (9)

Patología periodontal, cuando el frenillo lingual se inserta en la papila interincisiva lingual produce tracción sobre ella con los movimientos de la lengua lo que se traducirá en la aparición de problemas periodontales en la zona lingual de los incisivos centrales inferiores. (9)

Clasificación

El frenillo lingual puede causar restricción en los movimientos de la lengua que puede ser difícil de evaluar clínicamente. Para valorar este punto podemos utilizar el método descrito por Williams y Waldrom (9)

A: Distancia entre el punto de inserción mandibular y la glándula sublingual.

B: Distancia entre la glándula sublingual y la inserción lingual del frenillo.

C: Distancia entre la inserción lingual del frenillo y la punta de la lengua.

$R = C A + B + C$

R entre 0,14 – 0,2 = Movilidad lingual reducida

R entre 0,22 - 0,39 = Movilidad aceptable

R entre 0,39 - 0,51 = Movilidad importante

Puede darse un diagnóstico de anquiloglosia cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruirse la punta de la lengua más de 1-2 cm por fuera de los incisivos inferiores. Autores como Kotlow, han estudiado los valores de la “lengua libre” que es la longitud de lengua desde la inserción del frenillo lingual en la cara ventral de la lengua hasta la punta de la lengua. Sus resultados permiten establecer las siguientes categorías de anquiloglosia: (8)

- Lengua libre normal: Mayor de 16 mm CLÍNICAMENTE ACEPTABLE.

- Clase I: De 12 a 16 mm ANQUILOGLOSIA LEVE.

- Clase II: De 8 a 11 mm ANQUILOGLOSIA MODERADA.

- Clase III: De 3 a 7 mm ANQUILOGLOSIA SEVERA.

- Clase IV: Menor de 3 mm ANQUILOGLOSIA COMPLETA.

Algunos autores hacen una clasificación de la anquiloglosia refiriéndose a la severidad la señalan como total y parcial:

Anquiloglosia parcial, fijación congénita de la lengua al segmento inferior de la boca, por un frenillo lingual que se extiende desde la mucosa lingual de los incisivos centrales inferiores al vértice de la lengua, limitando la movilidad de ésta. Sin embargo, formas parciales de anquiloglosia son mucho más frecuentes y se deben a un frenillo lingual hipertrófico, cuya inserción se extiende desde el vértice de la lengua hasta la encía lingual de los incisivos centrales inferiores. Anquiloglosia total, fusión total de la lengua al piso de la boca, es extremadamente infrecuente.

Tratamiento

Esta patología puede ser abordada de por dos tipos de tratamiento; el tratamiento conservador que abarca la mecanoterapia en la cual se realizan distintos movimientos con la lengua varias veces al día para mejorar su rango de movilidad; y el tratamiento quirúrgico que abarca la frenectomía la cual es un procedimiento quirúrgico orientado a corregir aquellos frenillos que estuvieran causando alteraciones a nivel ortodóntico, protésico o periodontal desde el punto de vista odontológico, y que permite seccionarlo en su unión con la base de la lengua. Existen diversas técnicas quirúrgicas que se aplican como la romboidal o en diamante, Zplastia y la plastia en v-y llamada frenectomía de reposición apical del frenillo (12).

Prevalencia

Se evidencia de acuerdo a las publicaciones revisadas que el País que se ve más afectado por la anquiloglosia es Perú con un 12,9%; asimismo se demostró que la edad más afectada es de 0-3 años con el 54,3% . En otros resultados que también fueron registrados se demostró que el sexo más afectado es el masculino con el 57,2%. En otras investigaciones similares se concuerda que el sexo masculino es el más afectado pero sin diferencias muy marcadas con el sexo femenino. (13)

A su vez se observó que la clasificación predominante en la investigación fue la clasificación tipo 1, demostrando así que la mayoría de los pacientes que pueden presentar esta patología no se ven tan afectados y puede ser tratada con tratamientos conservadores.

La anquiloglosia es una patología que se puede detectar desde los primeros meses de vida, debido a que esta puede afectar la succión al momento de amamantar, sin embargo el paciente puede adaptarse y superar la patología, o puede verse afectado años más tarde con problemas fonéticos y de movilidad. (14)

CONCLUSIÓN

En conclusión, la anquiloglosia afecta a la población Latinoamericana y que por lo mismo los profesionales de la salud debemos estar mejor informados de esta, desde cómo se diagnostica, cual es la clasificación, cual es el tratamiento ya sea conservador o no conservador, como la anquiloglosia afecta al paciente al paciente, entre otras cosas; para una mejor atención y tratamiento odontológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanchez A. Alteraciones que pueden generar la presencia del frenillo lingual en pacientes infantiles. [Tesis para optar el grado de Odontólogo]. Manabí: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Ecuador; 2011 - 2012.
2. Damiani P. Prevalencia de anquiloglosia en pacientes de la clínica del niño y adolescente III, IV, V [Tesis para optar el grado de Odontólogo]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2012.
3. Carreño K. Anquiloglosia o lengua atada: diagnostico, manejo clínico, complicaciones y tratamiento. [Tesis para optar el grado de Odontólogo]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.
4. Tamayo Yunaydis, Pérez Maria, Peralta Mariela, Peña Margarita, Herrera Gretel. La Anquiloglosia en los niños menores de tres meses. CCM. [Internet] 2018 [Septiembre 2020] 22(3) Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2887/1293>
5. Jara C. Prevalencia del frenillo lingual corto en niños de 3 a 10 años de edad. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2019.
6. Tongue-Tie. International Affiliation of tongue - Tie Professionals [Internet] 2018 [Octubre 2020] Disponible en: <https://tonguetieprofessionals.org/about/>
7. Fournier Catherine. Frenectomía: Abordaje Transdisciplinario. Rev Clent Odontol [Internet] 2017 [Octubre 2020] 5 (2) 720-732 Disponible en: <http://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/375/425>
8. Podestá Mario Elias ASC. Odontología para Bebés. 1st ed. Gomez RL, editor. España: Ripano; 2013.
9. Sumana J. MedLine Plus, Anquiloglosia. [Internet].; 2015 [Citado 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001640.htm>.

10. Cosme Gay Escoda LBA. Tratado de cirugía bucal Lombardi A, editor.: Ergon; 2004
11. Podestá Mario Elias ASC. Odontología para Bebes. 1st ed. Gomez RL, editor. España: Ripano; 2013.
12. Fournier Catherine. Frenectomía: Abordaje Transdisciplinario. Rev Clent Odontol [Internet] 2017 [Octubre 2020] 5 (2) 720-732 Disponible en: <http://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/375/425>
13. Intriago E. Prevalencia de anquiloglosia en pacientes pediátricos. [Tesis para optar el grado de Odontólogo].2020
14. Belen M. Influencia de la anquiloglosia en la producción de fonemas del habla[Tesis para optar el grado de Odontólogo].2020
15. Velásquez 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 para optar el grado de Cirujano Dentista] 2018.
16. Saavedra I. Prevalencia de patologías de tejidos blandos en niños de 5 a 12 años de la escuela tujsupaya de la ciudad de sucre 2015. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2015.
17. Cuenca C. Prevalencia de frenillo lingual corto en niños de 0 a 2 años en el centro infantil del buen vivir Distrito centro sur zona 8 de la ciudad de Guayaquil. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2016.
18. Morales M. Prevalencia de anquiloglosia parcial y total y su tratamiento en niños de 5 a 10 años atendidos en la facultad de odontología de la universidad de san carlos de guatemala del año 2010 al año 2013. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2016.
19. Soto M.Prevalencia de patologías bucales en bebés atendidos en el programa de seguimiento del niño de alto riesgo del inmp durante el período enero

2016 – diciembre 2017. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2019.

20. Cerna K. Prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta odontopediátrica en el instituto nacional materno perinatal de lima en el período 2017-2019[Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]; 2020.

ANEXOS

Tabla de Hallazgos

Autor	País	Tiempo	N casos	Edad	Sexo	Clasificación	Efectos Secundarios	Prevalencia
Emilio Velasquez Ortiz (15)	Sucre-Bolivia	Noviembre 2016 a Abril 2017	270	3-12 (20)	M (9) F (11)	Tipo 1	Fonación 9 45% Movimiento 18 90%	7,40%
Ingrid Saavadera (16)	Sucre Bolivia	2015	198	5-12 (7)	M (3) F (4)	Tipo 1		3,5%
Carol Cuenca (17)	Guayaquil, Ecuador	Mayo 2016	100	0-2 años (8)	M (7) F (1)	Tipo 1 (3 37%) Tipo 3 (5 63%)		8%

Carolina Jara (5)	Guayaquil, Ecuador	Agosto 2019	297	3-10 años (7)	M (5) F (2)	Tipo 1	1 (14,25%)	2.35%
Tamayo Yunadys (4)	Cuba	Septiembre 2018	1267	0-2 meses (46)	F (27) M (19)	Tipo1		3,63%
Mayra Morales (18)	Guatemala	2016	1468	5- 10 Años (133)	F (61) M (72)	Tipo 1 (133 100%)		9.1%
Milagros Soto (19)	Lima, Perú	2019	455	0-3 años (59)	F (18) M(41)	Tipo 1		12,9%
Keyssy cerna (20)	Lima Perú	2020	1408	0-1 año (86)	F (34) M (52)	Tipo 1		6,1%

Rodríguez, y Rodríguez (2021)

Tabla n 2

Distribución de las edades y sexo de los trabajos o artículos sobre la prevalencia de la anquiloglosia en Latinoamérica en el periodo de 2015-2021

Edad	Numero	%	Femenino	%	Masculino	%
0-3 años	199	54,3%	80	50,6%	119	57,2%
3-12 años	167	45,6%	78	49,3%	89	42,7%
TOTAL	366	100%	158	100%	208	100%

Rodríguez, y Rodríguez (2021)

