



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Trabajo De Grado

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES CAUSADAS POR
ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS ENTRE 5 A 9 AÑOS EN CLÍNICA DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL II UJAP**

Autor(es)
Br. Yesica Abbas
C.I.: 23.490.846

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**



Trabajo De Grado

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES CAUSADAS POR
ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS ENTRE 5 A 9 AÑOS EN CLÍNICA DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL II UJAP**

Trabajo de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor(a): Br. Yesica Abbas

C.I.: V- 23.490.846

Tutor(a): Od. Livia Segovia

C.I.: V- 9.445.831

San Diego, febrero de 2023



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

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), losciudadano(a) **Yesica Carolina Abbas Cordero**, titular de la cédula de identidad N° **23.490.846**, para optar al gradoacadémico de **Odontólogo**, cuyo título es “**Prevalencia De Maloclusiones Causadas Por Anquiloglosia En Niños Entre 5 A 9 Años En Clínica De Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II UJAP**”, adscrito a la línea de investigación: **Odontología Clínica y Correctiva**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto 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 27 días del mes de junio del año dos mil 22.

(Firma autógrafa) Nombres y apellidos

Livia Segovia

N° de la Cédula de Identidad

V- 9.445.831



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 **Livia Segovia**, portador de la cédula de identidad N° **V- 9.445.831**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la)(los) ciudadanos(as) **Yesica Carolina Abbas Cordero**, portadora de la cédula de identidad N° **V-23.490.846**, titulado **Prevalencia de Maloclusiones Causadas Por Anquiloglosia En Niños Entre 5 A 9 Años En Clínica De Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II UJAP**, 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 02 días del mes de febrero del año dos mil 23.

(Firma autógrafa del tutor)

Livia Segovia

CI.: **V- 9.445.831**



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: Prevalencia de Maloclusiones Causadas Por Anquiloglosia En Niños Entre 5 A 9 Años En Clínica De Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II UJAP realizado por la Br. Yesica Carolina Abbas Cordero, portadora de la Cédula de Identidad N° V-23.490.846. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

En San Diego, a los 23 días del mes de febrero del año dos mil 23

Jurado

Tutor Académico:
Nombre: Od. Livia Segovia
C.I.: V- 9.445.831



Jurado:
Nombre: Jaulth Rodríguez
C.I.: 8844992

Jurado:
Nombre: Diana Ramos
C.I. 12423636

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pag
CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR	iii
CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO	iv
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO	v
LISTA DE TABLAS	ix
Tabla 1 Características epidemiológicas de pacientes con maloclusiones	ix
Tabla 2 Características de la maloclusión.....	ix
Tabla 3 Características de la maloclusión causada por anquiloglosia	ix
Gráfico 1 Distribución epidemiológica según el sexo de pacientes con maloclusiones	x
Gráfico 2 Distribución sobre las características de maloclusión	x
Gráfico 3 Distribución del tipo de maloclusión	x
RESUMEN INFORMATIVO.....	xi
INFORMATIVE SUMMARY.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento Del Problema	3
1.2. Formulación Del Problema	6
1.3. Objetivos de la Investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7
1.5. Limitaciones y Alcances	8
CAPITULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes de la Investigación	10
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1 Desarrollo de la lengua	13
2.3. Factores Etiológicos:	14

2.3.1 Modificables y No Modificables	14
2.3.2. Criterios clínicos para el diagnóstico	16
2.3.3. Técnicas quirúrgicas	17
2.3.4. Eficacia postquirúrgica y extensión en el tiempo	17
2.4. Definición de términos	18
2.5. Bases legales	19
2.5.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999)	20
2.5.2. Código Deontología Odontológico, (1992)	20
CAPÍTULO III	21
MARCO METODOLÓGICO	21
3.1. Tipo de Investigación	21
3.2. Nivel de Profundidad de la Investigación	21
3.3. Diseño de la Investigación	22
3.4. Población y Muestra	22
3.4.1 Población	22
3.4.2 Muestra	23
3.4.3. Criterios de inclusión	23
3.4.4. Criterios de exclusión	23
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	23
3.5.1. Técnicas para la Recolección de Datos	23
3.5.2. Instrumentos de Recolección de Datos	24
3.5.3. Técnicas de Análisis de Resultados	24
CAPÍTULO IV	25
RESULTADOS	25
4.1. Características epidemiológicas de pacientes con maloclusiones	25
4.2. Características de la maloclusión en pacientes en estudio	27
4.3. Tipos de Maloclusion en pacientes con anquiloglosia	28
Discusión de resultado	30
CAPÍTULO V	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
Conclusiones:	32
Recomendaciones:	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ANEXO A.....	39
Instrumento de Recolección de Datos	39
ANEXO B.....	40
Cuadro de Operacionalización de Variables	40
ANEXO C.....	42
Carta de Autorización de Historias Clínicas	42

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO

Tablas	pp.
Tabla 1 Características epidemiológicas de pacientes con maloclusiones	26
Tabla 2 Características de la maloclusión.....	27
Tabla 3 Características de la maloclusión causada por anquiloglosia.....	29

LISTA DE GRAFICOS
CONTENIDO

Gráficos	pp.
Gráfico 1 Distribución epidemiológica según el sexo de pacientes con maloclusiones...26	
Gráfico 2 Distribución sobre las características de maloclusión.....28	
Gráfico 3 Distribución del tipo de maloclusión.....29	



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



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES CAUSADAS POR ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS
ENTRE 5 A 9 AÑOS EN CLÍNICA DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL II
UJAP**

Autor(a):

Yesica C. Abbas. C.I.: 23.490.846

Tutora: Od. Livia Segovia C.I.: V- 9.445.831

Fecha: septiembre 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 la prevalencia de maloclusiones causadas por anquiloglosia en niños de 5 a 9 años de edad en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la UJAP. Se desarrolló una investigación de tipo descriptiva, bajo una investigación de campo, de información obtenida en Historias Clínicas archivadas en la UJAP y complementada con una investigación electrónica, la línea de investigación fue odontología clínica correctiva, se describieron las características anatómicas y morfológicas de la anquiloglosia, además de las maloclusiones que esta conlleva como consecuencia de una anquiloglosia no tratada, así como también consecuencias del desarrollo fisiológico del amamantamiento y del habla. 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, maloclusiones, tratamientos.



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



**PREVALENCE OF MALOCCLUSIONS CAUSED BY ANKYLGLOSIA IN CHILDREN
BETWEEN 5 AND 9 YEARS OLD IN ORTODHONTICS AND DENTOFACIAL
ORTHOPEDECS II CLINIC UJAP**

Autor(a):

Yesica C. Abbas. C.I.: 23.490.846

Tutora: Od. Livia Segovia C.I.: V- 9.445.831

Fecha: septiembre de 2022

INFORMATIVE SUMMARY

This research was intended to serve as a basic guide from the causes and diagnosis to the treatment plan for ankylosia in childhood patients, therefore, the general objective was to evaluate the prevalence of malocclusions caused by ankyloglosia in children between 5 and 9 years old in orthodontics and dentofacial orthopedics II clinic UJAP. A descriptive research was developed, under a field investigation, of information obtained in Clinical Records filed in the UJAP and complemented by an electronic research, the line of research was corrective clinical dentistry, the anatomical and morphological characteristics of ankyloglosia were described, in addition to the malocclusions that it entails as a result of an untreated ankyloglosia, as well as It is concluded that ankyloglosia 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 ankyloglosia.

Descriptors: ankyloglosia, malocclusions, 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 además de jugar un papel fundamental en la oclusión. 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 como la maloclusión y el éxito quirúrgico de la anquiloglosia.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. 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). 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 (Jain, 2021) (1).

Los músculos de la lengua 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. 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 (Ibarra, 2012) (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 con lleva 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.

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 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 y de campo 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 (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 odontopediatría 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.” (González 2016) (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.

1.2. Formulación Del Problema

Para indagar sobre el problema planteado, la siguiente investigación pretende a través de una investigación de campo en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR2, responder la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Prevalencia de maloclusiones causadas por anquiloglosia en niños de 5 a 9 años de edad en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Evaluar la prevalencia de maloclusiones causadas por anquiloglosia en niños de 5 a 9 años de edad en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características morfológicas y anatómicas de la anquiloglosia en pacientes odontopediátricos en edades comprendidas entre 5 y 9 años de edad.
- Identificar las maloclusiones causadas en niños con frenillo lingual corto
- Analizar los Tratamientos para la anquiloglosia en pacientes odontopediátricos.

1.4. Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación busca dar a conocer cuáles son las maloclusiones causadas por 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” (Garrocho 2019) (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” (Garrocho 2019) (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.

La lengua, órgano totalmente muscular situado en el piso de la boca, tiene la habilidad de afectar la posición de los dientes y estructuras circundantes. Aunque está unida principalmente a la mandíbula y al hueso hioides, su actividad está fuertemente ligada, con las funciones fonoarticulatoria, masticatoria, deglutoria y gustación, además de actuar sobre el paladar duro y blando. Como se mencionó previamente, la función normal de los órganos y tejidos blandos guiarán a los tejidos duros hacia un normal crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, cuando alguno de dichos órganos sufre una alteración, su función también se verá alterada, lo cual, impedirá que se produzca ese crecimiento y desarrollo normal. Cuando la lengua, debido a un frenillo corto,

fibroso y adherido al piso de la boca no puede ubicarse convenientemente, estamos frente a la presencia de una lengua atada o anquiloglosia.

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.

La importancia del presente trabajo a nivel investigativo de campo, 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.

1.5. Limitaciones y Alcances

Este trabajo de investigación espera ser una herramienta de trabajo de campo, 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 maloclusiones 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, la cual tomará datos de Historia clínicas de pacientes en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez en el tercer trimestre del año 2022.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

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

En una 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. 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 post operatorias y que mejora significativamente la autoeficacia en la lactancia materna, dolor en los pezones y problemas de reflujo gastroesofágico.

En el trabajo de grado realizado por Ojedaet (2018) titulado: “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 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 (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.

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.

Por otro lado, Vaz & Bai (2015) evaluaron la ocurrencia y severidad del frenillo lingual y su asociación con el tipo de maloclusiones en dos poblaciones y también correlacionar los diversos rasgos de maloclusión con los grados de frenillo lingual, llegando a la conclusión de que a medida que aumentaba el grado de frenillo lingual, disminuye su asociación con maloclusiones de clases I y II, mientras que los grados más bajos de frenillo se asocian con un mayor apiñamiento de los

incisivos inferiores, y los frenillos más cortos están más asociados con la mordida abierta anterior y el espaciamiento de los dientes anteriores inferiores (11).

Ketty (1974) respecto a las características de la boca del recién nacido expresó, que un diagnóstico definitivo de anquiloglosia debería realizarse después del desarrollo de la dentición primaria, ya que cualquier freno o condición restrictiva de la libre movilidad de la punta de la lengua y la privación de su contacto con la parte anterior del paladar, puede interferir con el normal desarrollo de una deglución adulta y perpetuar una deglución infantil, resultando en una deforme mordida abierta (12).

Después de analizar los criterios de los distintos autores, creemos, que según el grado de anquiloglosia, la lengua, adoptará una posición en el piso de la boca que puede causar una maloclusión, pudiendo interponerse entre los elementos dentarios anteriores, lo cual provocaría una mordida abierta anterior. También podría realizar un empuje contra las caras linguales de los incisivos inferiores, lo cual inclinaría hacia vestibular a dichos elementos, creando una interferencia oclusal, que en un patrón de crecimiento normal sólo podría producir una mordida cruzada anterior o falsa Clase III. Aunque sabemos que si persiste en el tiempo se transformará en una leve Clase III ósea.

Los investigadores que se refirieron a estas alteraciones en los maxilares, ya sea a la maloclusiones de Clase II primera división, Clase III, y/o mordida abierta anterior, no consideraron entre tales alteraciones que son causadas por anquiloglosia. Por ello es que surge el deseo de realizar la presente investigación, ya que hemos observado que casi todas las maloclusiones están siendo provocadas por posición baja de lengua está presente, debido a la falta de estímulo de la lengua en contra de las prolongaciones palatinas del hueso maxilar.

De esta manera, si la función lingual anormal es el principal factor etiológico de la maloclusión y precozmente se lo detecta, la solución será tratar la función alterada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 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 (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 12 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.

2.3. Factores Etiológicos:

2.3.1 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 (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 (2019). 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 Herrero (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 cráneo sacral 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

2.3.2. 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.

2.3.3. 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” (16, p.6).

2.3.4. 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” (17).

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” (17, 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)” (17, 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” (17, 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.

2.4. 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” (17).

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 (18).

Lengua

Es un órgano complejo involucrado en tareas vitales de nuestro organismo como la gustación, la masticación, la deglución y el habla. (19).

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) (20).

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.” (20).

2.5. 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 (23), la Ley sobre Derecho de Autor (24) y El Código Deontología Odontológico (25).

2.5.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999)

Como soporte para esta investigación se presentan los artículos 57 (Derechos Civiles) el cual indica que toda persona tiene derecho a expresar libremente sus pensamientos u opiniones, 78 (De los Derechos Sociales y de las Familias) el cual indica los derechos y la protección que brinda la constitución a los niños, niñas y adolescentes, en caso de realizar iatrogenia en algún paciente odontopediátrico El Estado intercederá por el niño ya que se encuentra bajo protección, y el 98 (Derechos culturales y Sociales) el cual indica la protección legal de los derechos de los autores.

2.5.2. Código Deontología Odontológico, (1992)

Artículo 17 y 18 donde el Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente.

Artículo 22 y 23 los cuales indican 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, el Especialista a quien se le refiera un paciente, asume de hecho la dirección del tratamiento en lo que respecta a su especialidad.

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

Es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizó el estudio, esta tarea consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que estudiamos, al respecto Carlos Sabino nos dice: “En cuanto a los elementos que es necesario operacionalizar pueden dividirse en dos grandes campos que requieren un tratamiento diferenciado por su propia naturaleza: el universo y las variables” (p. 118).

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se encuentra dentro de la modalidad de investigación de campo. Según Zorrilla (1993), la investigación de campo o investigación directa es la que se efectuó en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio.

3.2. Nivel de Profundidad de la Investigación

En relación con lo anterior, las características que reúne el presente trabajo de grado lo ubican dentro del tipo descriptivo. Según Arias (2012) define este nivel de investigación como: “Los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables y aun cuando no se formulen hipótesis, tales variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.”.

Se considera la investigación de nivel descriptivo, ya que la investigación se realizó llegando a un nivel de detalle sobre la prevalencia de maloclusiones causadas por anquiloglosia en niños entre 5 a 9 años de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II UJAP.

3.3. Diseño de la Investigación

Esta investigación se basó en una investigación de campo, Arias (2006), define la investigación de campo como aquella que consiste en la recolección de todos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variables alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. Claro está, en una investigación de campo también se emplea datos secundarios, sobre todo los provenientes de fuentes bibliográficas, a partir de los cuales se elabora el marco teórico. No obstante, son los datos primarios obtenidos a través del diseño de campo, lo esenciales para el logro de los objetivos y la solución del problema planteado. En esta investigación el diseño es transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un solo momento.

3.4. Población y Muestra

3.4.1 Población

La población considerada en la presente investigación es finita, constituida por 100 historias clínicas de pacientes entre 5 y 9 años tratados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez, tomadas de forma aleatoria.

3.4.2 Muestra

Para esta investigación las muestras fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, se tomó como base 100 historias clínicas de pacientes entre 5 y 9 años tratados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez, sin limitantes en su selección.

3.4.3. Criterios de inclusión

En cuanto a las 100 historias clínicas se tomará en cuenta

- Edad entre 5 y 9 años
- Sexo femenino y masculino.
- Haber sido tratados en la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez.

3.4.4. Criterios de exclusión

En cuanto a las 100 historias clínicas se tomará en cuenta

- Que padezcan de otras enfermedades que puedan afectar la oclusión.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1. Técnicas para la Recolección de Datos

Arias (2006), refiere que las técnicas de recolección de datos “son las distintas formas o maneras de obtener la información mediante la observación directa, la encuesta oral o escrita, el cuestionario, la entrevista, el análisis documental y el análisis de contenido entre otros”.

Análisis de Datos: esta técnica comprende según Solomon (2002) “presentar los datos que recopiló, los métodos estadísticos utilizados para analizar los datos y los resultados del análisis estadístico”, Estos se complementan con tablas y figuras que resumen de forma organizada y sencilla la información, para facilitar su comprensión. Estos datos se tomaron de las Historias Clínicas de niños entre 5 y 9 años atendido en Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez.

3.5.2. Instrumentos de Recolección de Datos

Estos son los medios materiales que se emplearon para recoger y almacenar la información y que se utilizaron por los investigadores para el desarrollo de la investigación, el instrumento que se utilizó fue una planilla especial, en la cual se expuso la información extraída de las Historias Clínicas de niños entre 5 y 9 años atendido en Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez, esta información está comprendida entre: tipo de oclusión, hábitos, y edades en que los infantes pronunciaron sus primeras palabras.

3.5.3. 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 maloclusiones dentarias 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 y plasmada en tablas estadísticas descriptivas en la cual utilizaremos el programa de Excel para exponer los resultados de dicha investigación, este contenido será utilizado para sacar un porcentaje de la prevalencia de maloclusiones en Niños entre 5 y 9 años por Anquiloglosia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, en el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos para asociar las maloclusiones con la anquiloglosia en pacientes de 5 a 9 años registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3, por lo que obtuvo lo siguiente:

4.1. Características epidemiológicas de pacientes con maloclusiones

Inicialmente luego de ser aplicado el instrumento para la recolección de datos a través de la observación y revisión de las historias clínicas, se procedió a describir las características epidemiológicas de pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3, resultando:

Variable: maloclusión

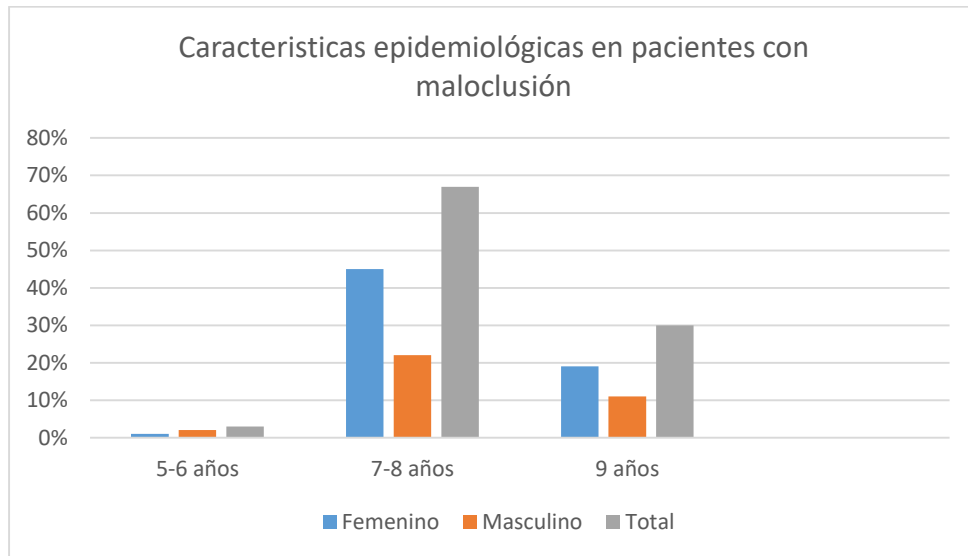
Dimensiones: características epidemiológicas

Indicadores: Edad y sexo

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes con maloclusiones

Edad	5-6 años		7-8 años		9 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	1	1%	45	45%	19	19%	65	65%
Masculino	2	2%	22	22%	11	11%	35	35%
Total	3	3%	67	67%	30	30%	100	100%

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.



Grafica 1. Distribución epidemiológica según el sexo de pacientes con maloclusiones. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

Como puede observarse en la tabla 1 y grafica 1, se muestra los resultados obtenidos de 100 historias clínicas de manera aleatoria simple, de pacientes con maloclusión; se obtuvo que el sexo con mayor predominio fue el femenino con 65%, respecto a la edad fue distribuida por grupos etarios, siendo el grupo de 7 a 8 años la edad predominante con 67%.

4.2. Características de la maloclusión en pacientes en estudio

Ya descrito las características epidemiológicas de los pacientes con maloclusión que asistieron a Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3; se procedió a identificar las características de la maloclusión que manifestaron, entre las cuales se obtuvieron succión digital, anquiloglosia, problemas fonéticos; resultando:

Variable: maloclusión

Dimensiones: características epidemiológicas

Indicadores: Succión digital, mordida abierta, problemas fonéticos

Tabla 2. Características de la maloclusión

Edad	5 a 6 años				7 a 8 años				9 años				Total	
	F		M		F		M		F		M			
Características	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Succión Digital	1	1%	1	1%	13	13%	1	1%	5	5%	2	2%	23	23%
Mordida abierta	-	-	-	-	8	8%	1	1%	4	4%	4	4%	17	17%
Problemas Fonéticos	-	-	1	1%	24	24%	20	20%	10	10%	5	5%	60	60%
Total	1	1%	2	2%	45	45%	22	22%	19	19%	11	11%	100	100%

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

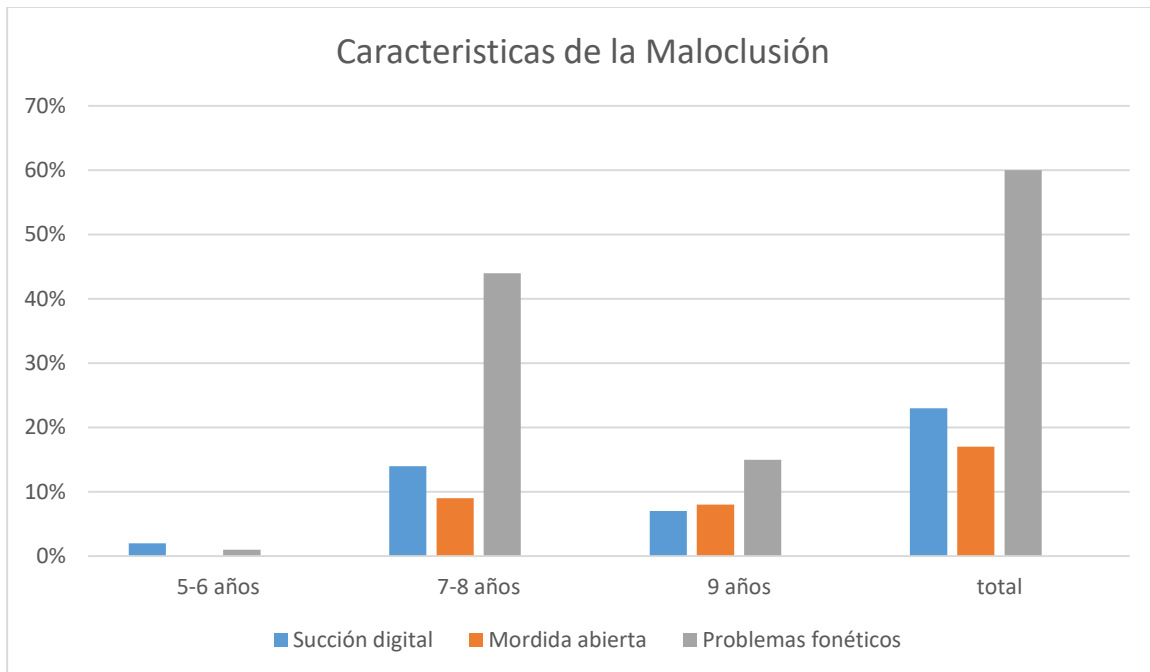


Grafico 2. Distribución sobre las características de maloclusión. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

El resultado de la muestra en estudio con características de la maloclusión fueron 23% succión digita, 17% mordida abierta, 60% problemas fonéticos. Resultado los problemas fonéticos la característica más predominante en el sexo femenino entre la edad de 7 a 8 años.

4.3. Tipos de Maloclusion en pacientes con anquiloglosia

Por último, se determinaron los tipos de maloclusión en los pacientes con anquiloglosia de 5 a 9 años registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3, resultados mostrados a continuación:

Variable: Anquiloglosia

Dimensiones: tipos

Indicadores: Tipos de maloclusiones

Tabla 3. Características de la maloclusión causada por anquiloglosia.

Anquiloglosia														
Edad	5 a 6 años				7 a 8 años				9 años				Total	
Sexo	F		M		F		M		F		M			
Características	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clase I	-	-	1	1%	2	2%	3	3%	1	1%	3	3%	10	10%
Clase II	1	1%	1	1%	10	10%	5	5%	7	7%	2	2%	26	26%
Clase III	-	-	-	-	33	33%	14	14%	11	11%	6	6%	64	64%
Total	1	1%	2	2%	45	45%	22	22%	19	19%	11	11%	100	100

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

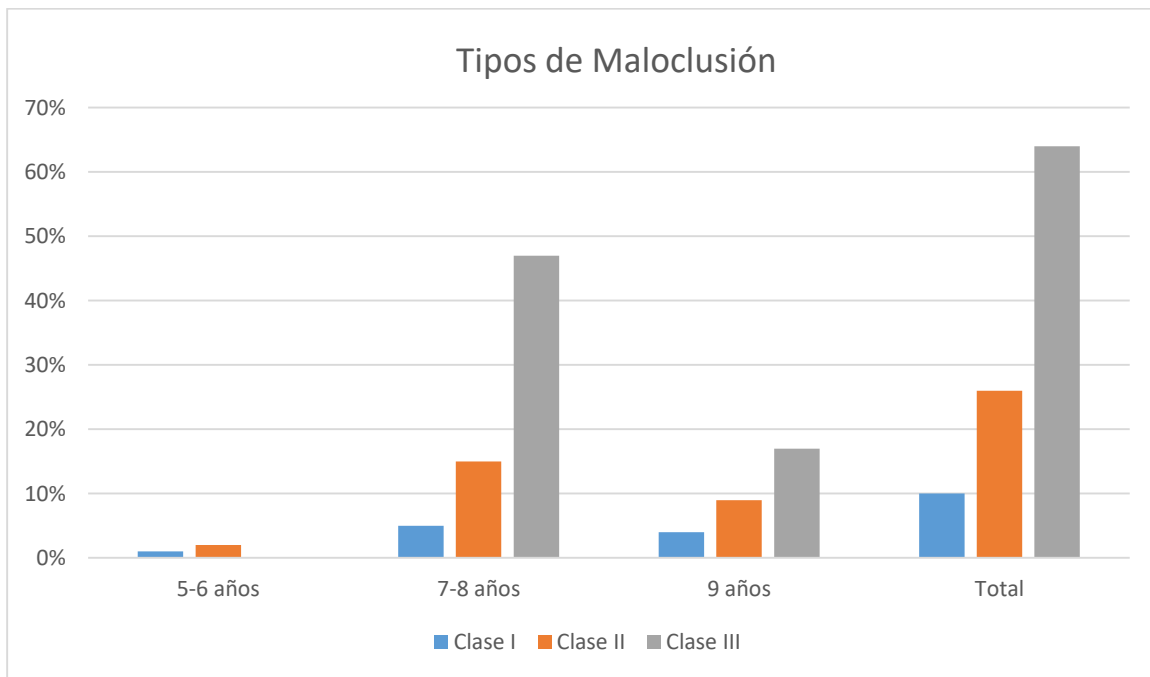


Gráfico 2. Distribución del tipo de maloclusión. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes con Maloclusión registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3.

De acuerdo con los resultados se observa en la tabla 3, que el tipo de maloclusión ligada con la anquiloglosia que manifestaron los pacientes, fueron 10% Clase I, 26% Clase II, 64% Clase III. Resultando la maloclusión Clase III la característica más predominante en el sexo femenino entre la edad de 7 a 8 años.

Discusión de resultado

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos afirmar que los pacientes entre 5 a 9 años con anquiloglosia registrados en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR3 manifestaron características de maloclusión. Siendo el sexo femenino, en el rango de edad de 7 a 8 años, el de mayor predisposición en presentar maloclusión clase III, problemas fonéticos y anquiloglosia.

Así mismo, contrastando con otras investigaciones sobre las maloclusiones causadas por anquiloglosia, el sexo femenino tiene mayor prevalencia de Maloclusion causada por anquiloglosia que el masculino, coincidiendo con esta investigación, en el resultado conseguido con mayor prevalencia de maloclusión clase III en niñas entre 7 a 8 años, seguido de una Maloclusion clase II. (2)

Por último, es necesario realizar un buen examen clínico, para determinar el grado de anquiloglosia, en los grados más avanzados de anquiloglosia (grado III y IV), es necesario realizar la frenotomía a tiempo, y según la edad del paciente se debe corregir el problema de maloclusión generado, ya sea por medio de ortopedia u ortodoncia según el caso lo amerite. En los casos que

se generan problemas de lenguaje, se recomienda buscar un especialista en terapia de lenguaje, inmediatamente después de realizada la frenotomía.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

La anquiloglosia 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. La maloclusión de clase III es la afección bucodental predominante en pacientes con anquiloglosia.

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.

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

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, a la formación de una maloclusión.

Las opciones de tratamientos para la anquiloglosia van 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jain P. Embryology, Tongue. StatPearls Publishers; Treasure Island (FL): Agosto 2022. 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. MCN Am J Matern Child Nurs. 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, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2020; 162(5):1-15. Disponible en: [Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children - PubMed \(nih.gov\)](#)
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 [Microsoft Word - Tesis Mercedes gonzalez completa.docx \(uc.edu.ve\)](#)
6. Rangel A, Herrera D, Pérez I, Fierro V, Pozos 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. Patricia María Damiani. “Influencia De La Anquiloglosia En El Desarrollo Transversal De Los Maxilares”. Universidad Nacional de Cordoba, Facultad de Odontologia. 2008.
8. 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>
9. 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%blo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Eisler L, Simoni R, Feijó CL, Faltin K. A influência da anquiloglosia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. Rev. Paul Pediatr. 2017. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rpp/a/pNR3h4QGRbMk3KXSxhff6Zn/?format=pdf&lang=pt>
11. Ketty N, Sciuillo P. Ankyloglossia with Psychological implications Journal Dentistry for Children. 1974.
12. 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>
13. Salgado TC, Obando JC, Salgado PR, Salgado WK. Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso. RECIMUNDO. 2017.

Disponible en [Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso | RECIMUNDO](#)

14. 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. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diagnostico-y-tratamiento-de-la-anquiloglosia-en-atencion-primaria/>

15. 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. Disponible en <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10121>

16. Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, Govardhan C, Moeller J, et al. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases. Laryngoscope Investig. Otolaryngol. 2019. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lio2.297>

17. Parri FJ. Anquiloglosia en el lactante. Aspectos quirúrgicos. Cir Pediatr. 2021. Disponible en https://secipe.org/coldata/upload/revista/2021_34-2ESP_59.pdf

18. Ferrer A. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatr Integral. 2015. Disponible en https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf

19. Cajina JC, Aguilar R, Gonzalvez G, Ortiz E. Malformaciones congénitas. Junio 2015. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54204/boletinmalformaciones_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 20.** 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. Disponible en <https://scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n3/0718-381X-ijodontos-15-03-670.pdf>
- 21.** Guerreros 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>
- 22.** 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
- 23.** 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)
- 24.** Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela. (1992) “Código de Deontología Odontológica.” San Felipe: 13-15 de agosto de 1992. (Autor).
- 25.** 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)
- 26.** Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 3ra. Ed. Distrito Federal (México): Mc Graw-Hill Interamericana; 2003.

27. 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. Disponible en <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/4928>

ANEXO A

Instrumento de Recolección de Datos

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Pacientes	5	6	7	8	9	MAS CULI NO	FEM ENI NO	CL AS E I	CL AS E II	CL AS E III	SUC CIO N DIG ITA L	ANQUIL OGLOSI A	PROB LEM AS FONÉ TICO S	TRATA MIENT O QUIRU RGICO	TRATA MIENT O NO QUIRU RGICO
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															

ANEXO B

Cuadro de Operacionalización de Variables

<p>Objetivo General: Evaluar la prevalencia de maloclusiones causadas por anquiloglosia en niños de 5 a 9 años de edad en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en 2022CR2.</p>					
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Ítems
Maloclusión	Alineación anormal de los dientes y a la forma como encajan las piezas superiores e inferiores.	Cualitativo	-Pérdida de armonía dental. -Ausencia Clínica de Oclusión clase I. -Alteración de la función masticatoria.	Planilla Especial	Del 8 al 10
Anquiloglosia	Afección que restringe la amplitud de movimiento de la lengua.	Cualitativo	-Disminución de la movilidad de la lengua. -Afección de la Fonética.	Planilla Especial	Del 11 al 13

Frenectomía	Se trata de una intervención mínimamente invasiva que sirve para corregir anomalías en los frenillos labiales y lingual.	Cualitativo	-Extirpación de Frenillo Lingual.	Planilla Especial	Del 14 al 15
-------------	--	-------------	-----------------------------------	-------------------	--------------

ANEXO C

Carta de Autorización de Historias Clínicas


Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Coordinadora Facultad de Odontología
Od. Blasmir Giménez

Ante todo, reciba un cordial saludo. En su carácter de Coordinadora de Escuela de la Facultad de Odontología, sirva la presente para solicitarle autorización para la revisión de las historias clínicas de los alumnos de 8vo semestre que asistan a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II del periodo 2022CR3. Por motivo, recaudar información pertinente a nuestro trabajo de grado titulado **PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES CAUSADAS POR ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS ENTRE 5 A 9 AÑOS EN LA CLINICA DE ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTOFACIAL II UJAP** y de esta manera poder acceder a las fuentes primarias de información relacionadas al mismo.

Haciendo cumplimiento responsable y privado de la información allí asentada y garantizando que la misma solo será empleada para soporte científico de nuestro trabajo, el bachiller Yesica C. Abbas C. C.I.: 23.490.846 junto a mi tutora la Od. Livia Segovia C.I. 9.445.831 realizamos dicha petición.

Seguros de su buena disposición y ante todo claros en la responsabilidad del caso, nos despedimos.

Tutor: 
Od. Livia Segovia
C.I.: 9.445.831

Bachiller: *Yesica Abbas*
Yesica Abbas
C.I.: 23.490.846