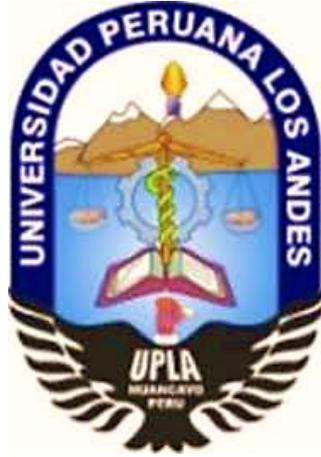


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANQUILOGLOSIA
EN PACIENTE NIÑA DE 02 AÑOS CON PARÁLISIS
CEREBRAL: REPORTE DE CASO

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Garcia Apaclla Jhordan Jhosimar

Asesor: Mg. Lopez Gonzales Chirstian Willy

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica
y Patológica

HUANCAYO – PERÚ

2021

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a mis padres que
hicieron posible para acabar mi
profesión con su ayuda moral y
económica.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y mis padres por haberme
ayudado en este camino profesional

RESUMEN

Es una anomalía que afecta al frenillo es anormalmente corto recubierto por una membrana. La etiopatogenia es desconocida, algunos autores atribuyen a que se debe a un tema hereditario y otros lo relacionan a otras patologías. Los efectos de la Anquiloglosia repercuten en la alimentación, el habla, la movilidad de la lengua para producir los sonidos linguales y la correcta pronunciación de las palabras. El Diagnóstico suele ser clínico y por lo general en los primeros años de vida. El presente caso describe el tratamiento quirúrgico de Anquiloglosia en una niña de 2 años de edad y diagnosticada con Parálisis Cerebral. El procedimiento se llevó a cabo bajo la autorización de la madre quién refería como motivo de consulta que su menor hija presentaba dificultad para hablar, aparte de querer mejorar su calidad de vida; así mismo se procedió al desarrollo de la historia clínica y demás exámenes auxiliares, parte de ello se requería la interconsulta con el médico pediatra para conocer el riesgo quirúrgico de la paciente. El Diagnóstico definitivo fue Anquilosis de Frenillo lingual, con pronóstico favorable. El tratamiento realizado para este caso fue la Frenotomía, la cirugía se llevó a cabo bajo sedación consciente con Midazolam por vía oral. El resultado y la evolución posterior a la cirugía fue favorable.

Palabras clave: Anquiloglosia-Frenotomía-Parálisis cerebral.

SUMMARY

It is an anomaly that affects the frenulum is abnormally short covered by a membrane. The etiopathogenesis is unknown, some authors attribute it to a hereditary issue and others relate it to other pathologies. The effects of Ankyloglossia affect eating, speech, the mobility of the tongue to produce lingual sounds and the correct pronunciation of words. Diagnosis is usually clinical and generally in the first years of life. The present case describes the surgical treatment of Ankyloglossia in a 2-year-old girl diagnosed with Cerebral Palsy. The procedure was carried out under the authorization of the mother who referred as a reason for consultation that her youngest daughter had difficulty speaking, apart from wanting to improve her quality of life; Likewise, the clinical history and other auxiliary tests were developed, part of which required consultation with the pediatrician to know the surgical risk of the patient. The definitive diagnosis was lingual frenulum ankylosis, with a favorable prognosis. The treatment carried out for this case was the Frenotomy, the surgery was carried out under conscious sedation with Midazolam orally. The result and evolution after surgery was favorable

Keywords: Ankyloglossia-Frenotomy-Cerebral palsy.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	I
HOJA DE RESPETO	II
CARÀTULA INTERNA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRAC	VII
INDICE DE CONTENIDOS	VIII
	Pag.
II. INTRODUCCIÓN	11
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1.1. DIAGNOSTICO DE SALUD GENERAL	
2.2. MARCO TEÓRICO	13
Frenillo lingual	13
Anquiloglosia	13
Manejo terapéutico	13
Parálisis cerebral	14
Antecedentes-Bibliografía	
III. CONTENIDO	23
3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	23
3.3.1. Historia Clínica	28
3.3.2. Examen Clínico general	
3.3.3. Evaluación Integral	
3.3.4. Diagnóstico y pronóstico	30
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	31

4.1. Formulación de Plan de Tratamiento Integral	31
4.2. Plan de Control y Mantenimiento	43
V.DISCUSIÓN	45
VI. CONCLUSIONES	47
VII. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
ANEXOS	51

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Diagnóstico de salud general

Las membranas compuestas de tejido fibroso y muscular que son los frenillos, que ayudan a mantener fija la mucosa de los carillos, labios y lengua a la encía, periostio y a la mucosa alveolar. Cuando la inserción de este frenillo suele ser anómala produce patologías como Anquiloglosia. (2) La severidad del caso causa deglución atípica, así como el estrechamiento del maxilar superior ocasionando en circunstancias problemas de sentido transversal . (3) Debido a esto, la Anquiloglosia está asociada a disfunciones en la lactancia materna y en la articulación del paladar, problemas ortodónticos y sociales que afectan al paciente. (4) Del 4 al 10% de los neonatos nacen con problemas de anquiloglosia, del 2.5 a 1% son varones siendo un problema hereditario, a la actualidad los tratamientos quirúrgicos convencionales y nuevos como la frenectomía siendo la más completa escisión del frenillo. (5)(6)

La odontología de pacientes especiales plantea retos para el profesional que acepta la responsabilidad de brindar atención a niños con este problema, sin embargo, no significa que sea tan diferente a la practicada en niños normales. (9)

Por lo tanto, tomando en cuenta todas estas consideraciones, es de importancia resaltar que la atención odontológica en pacientes con Parálisis cerebral u otro tipo de condición especial, es una realidad creciente y pasarlo por alto significa un riesgo para la salud de la persona.

El frenillo lingual corto es una de las patologías que se pueden diagnosticar clínicamente dentro de nuestro campo, siendo de suma importancia el diagnóstico y tratamiento temprano.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Frenillo lingual:

2.2.1. Definición:

El frenillo lingual es una membrana mucosa que tiene inserción en la cara ventral de la lengua y une dicho órgano con el reborde alveolar. Esta estructura es importante para la movilidad de la lengua. Además, recubre la vena profunda de la lengua y la glándula lingual anterior que se encuentra cerca del ápice. Histológicamente, el frenillo lingual está compuesto por un tejido conjuntivo rico en fibras colágenas y elásticas, con algunas fibras musculares, vasos sanguíneos y células engrasadas, y recubierto por un epitelio pavimentoso estratificado. (11)

2.2.2. Histología:

- Está cubierto por epitelio plano estratificado no queratinizado, es un epitelio grueso, que está compuesto por diversas capas celulares.

- La submucosa presenta tejido conectivo laxo y elástico, tejido abundante en el organismo, cuyo origen proviene de la mesénquima, contiene un bajo porcentaje de fibras, algunos fibroblastos, macrófagos y sustancias fundamental de la matriz extracelular. No hay presencia de hueso subyacente.

(12)

2.2.3.1. Tipos:

Frenillo Fibroso: Está compuesto por membrana mucosa. (figura 17.26).

Frenillo Muscular: Pueden estar involucrados distintos músculos en el frenillo lingual:

-Músculo geniogloso. El geniogloso es un músculo extrínseco potente de la lengua. Este par de músculos se originan en los tubérculos geni superiores y sus fibras superiores y anteriores irradian hacia la punta de la lengua, y el resto de sus fibras pasan hacia atrás al dorso de la lengua, y hacia abajo, al borde superior del hueso hioides. Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y es llevada hacia adelante. Las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioides elevándolo y llevándolo hacia adelante. Debido a que este músculo es muy importante para los movimientos adecuados de la lengua, no debe sacrificarse toda su fijación en los procedimientos quirúrgicos; no obstante sí que podemos seccionar la porción superior sin causar limitación alguna en la movilidad de la lengua (figura 17.27).

-Músculo genihioideo. El músculo genihioideo se origina en el tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides; funciona cuando este hueso está fijo; entonces actúa como un depresor de la mandíbula.

Frenillo Mixto o Fibromuscular:

Es la unión firme con el piso de la boca unido por un cordón fibroso (Figura 17.28.29). Relacionado con el conducto de Wharton, carúncula

2.3. Anquiloglosia:

2.3.1. Definición y Prevalencia:

Se trata de una anomalía congénita en la que el frenillo lingual es anormalmente corto, lo que reduce la movilidad de la punta de la lengua (fig.1). Se ha descrito que su prevalencia es de hasta el 11%, dependiendo de la definición y de si se busca activamente la anomalía. Es más frecuente en los varones. El diagnóstico puede ser difícil, en particular en los lactantes. El frenillo corto limita el intento pasivo de elevar la lengua. Los progenitores o el cuidador pueden haber observado una muesca lingual o una forma acorazonada de la lengua cuando el lactante trata de protuirla. En un niño mayor colaborador, existe una restricción evidente de la protrusión y la elevación. Se han realizado varios intentos de cuantificar o clasificar el grado de anquiloglosia, pero en los lactantes esto conlleva dificultades evidentes. (14)

2.3.2. Signos Clínicos:

El frenillo lingual origina básicamente dos problemas: el primero, la fijación de la lengua al suelo de la boca (anquiloglosia) y el segundo, el diastema interincisivo inferior.

2.3.3. Diagnóstico:

El diagnóstico de anquiloglosia es clínico. Algunos autores la han determinado anatómicamente cuando se observa la inserción del frenillo lingual cercana a la punta de la lengua, ocasionando que se observe en forma de la letra V o de “corazón” cuando ésta protruye (Figura 1). Desde el punto de vista funcional, se ha descrito como la imposibilidad de protruir la lengua y sobrepasar el reborde alveolar, con disminución de la movilidad lingual, dificultando la capacidad para alimentarse, ocasionando dolor a la madre durante la lactancia.

Debido a que no existe un consenso sobre las limitaciones funcionales que pueda presentar esta alteración, se desarrolló la herramienta de evaluación Hazelbaker

para la función del frenillo lingual (HATLFF), que representa un instrumento cuantitativo que evalúa el impacto negativo de la anquiloglosia sobre la lactancia. Este instrumento mide cinco aspectos anatómicos y siete funcionales (Cuadro I); Ballard et al. han sugerido que el diagnóstico de anquiloglosia significativa puede determinarse mediante un puntaje total de ocho o menos, y que en tal caso, la frenotomía estaría indicada. Sin embargo, no existe evidencia suficiente que sustente esta aseveración. (17)

2.3.4. Clasificación de la Anquiloglosia:

El frenillo lingual puede causar una restricción del movimiento de la lengua que puede ser difícil de evaluar clínicamente. Para valorar este punto podemos utilizar el método descrito por Williams y Waldron:

A: Distancia entre el punto de inserción mandibular del frenillo 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.

$$R = \frac{C}{A+B+C}$$

R entre 0,14-0,22=Movilidad lingual reducida

R entre 0,22-0,39=Movilidad lingual reducida

R entre 0,39-0,51=Movilidad lingual reducida

El diagnóstico que se brinda es de la anquiloglosia cuando contacta con el paladar duro impidiendo la protrusión de la punta de la lengua (figura 17.30).

Categorías de la anquiloglosia (18):

Kotlow estudia valores de la lengua libre.

Lengua normal: más de 16 mm

Clase I (Leve): mayor de 16 mm

Clase II (Moderada): Es de 12 a 16 mm

Clase III (severa): de 3 a 7 mm

Clase IV (completa): menos de 3 mm

2.3.5. EFECTOS:

Los síntomas del frenillo lingual corto se relacionan con la menor movilidad de la punta lingual. Existe una gran controversia respecto al grado de impacto que este cuadro tiene en funciones como la alimentación y el habla. La movilidad de la punta de la lengua es necesaria para producir los sonidos linguales (p, ej.,t,d,n) y las sibilantes (p, ej.,s,z). Los niños con anquiloglosia suelen desarrollar mecanismos compensadores para superar la menor movilidad que les permiten producir estos sonidos. El efecto global del frenillo lingual corto es incierto, y los logopedas parecen divididos sobre si existe o no un impacto significativo en el habla o sobre si la cirugía de esta anomalía mejora la articulación. En los últimos años, se ha conocido mejor el efecto sobre la lactancia materna y muchas publicaciones han descrito mejores resultados después de la resección del frenillo lingual corto, debido probablemente a que el lactante puede desarrollar a continuación un mejor agarre de la mama durante la lactancia. El frenillo lingual corto también puede influir en la lactancia con biberón. Otros síntomas son mecánicos y sociales, como la incapacidad del niño de limpiarse los dientes con la lengua, un diastema entre los incisivos inferiores, que puede causar problemas estéticos, la incapacidad de protruir la lengua, las dificultades para tocar instrumentos de viento y la incapacidad de dar besos con lengua. (19)

2.2.4. TRATAMIENTO

2.2.4.1. Tratamiento conservador

Se trata en una edad temprana siendo conservador con la terapia miofuncional a través de diversos ejercicios como colocar la lengua hacia el paladar, exponer la lengua, apretar objetos con la lengua.

2.2.4.2. Tratamiento quirúrgico

Frenotomía:

La Frenotomía viene a ser la intervención quirúrgica que corrige el frenillo lingual con la liberación de los incisivos de 3 a 5 mm. (Figuras 2 y 3) (20)



Figura 2. Frenectomía lingual



Figura 3. Después de la cirugía

TIEMPOS OPERATORIOS:

El padre sostiene la cabeza en posición de decúbito supino inmovilizando los brazos. La lengua se levanta suavemente con una gasa esterilizada estabilizando el frenillo. Esto se puede lograr mediante la colocación de 2 dedos enguantados del lado izquierdo del médico con la mano colocada debajo de la lengua a cada lado de la línea media, retraer la lengua hacia arriba hacia el paladar y exponiendo el frenillo (Figuras 2A y 2B).

Luego, el frenillo se divide con pequeñas tijeras estériles en su porción más delgada (Figura 2C). La incisión comienza en el borde libre del frenillo y procede posteriormente, adyacente a la lengua. Esto es necesario para evitar lesiones en los más inferiores.

Debe haber una pérdida mínima de sangre (es decir, no más de una o dos gotas, recogidas en una gasa estéril³; Figura 2E). Si es necesario, el sangrado se puede controlar fácilmente en un breve período de presión aplicada con gasa. La incisión no se sutura (Figura 2E).

El llanto generalmente se limita al tiempo que el infante está inmovilizado.

La alimentación se puede reanudar inmediatamente y es sin aparente incomodidad infantil. Sin seguimiento específico. El acetaminofén se puede utilizar para controlar el dolor, pero generalmente no es necesario. Se debe advertir a los padres sobre la formación de un coágulo de fibrina blanco posoperatorio. Se puede ver que se forma en el sitio de la incisión durante la primera par de días. Los padres deben estar seguros de que es parte del proceso de curación y no ser percibido erróneamente como infección. No se necesita terapia con antibióticos. Hacer un seguimiento en 1 a 2 semanas debería mostrar que la incisión está completamente sanado. (21)

El procedimiento de frenotomía en un bebé de 1 semana que había presentado dificultades para amamantar

COMPLICACIONES:

Siempre que el cirujano tenga la formación y experiencia adecuada, la frenotomía se puede realizar con seguridad en los recién nacidos (y lactantes) sin la necesidad de anestesia local ni general. En los niños mayores, se requiere anestesia general. Se han descrito varios casos de complicaciones graves como, hemorragia profusa e incluso infección causante por personal sin información. En algunos niños, el frenillo puede ser muy grueso y puede estar indicado realizar una frenuloplastia (horizontal a vertical o Z-plastia). (22)

Frenectomía:

Es un tratamiento que elimina la anquiloglosia este problema afecta la succión siendo en el momento de la lactancia la gran restricción de los movimientos linguales eliminando la anquiloglosia de tipo completa y severa, y las de tipo moderada y ligera son más fáciles de su tratamiento.

Técnica recomendada:

- Anestesia local o general
- Tiempos operatorios: se eleva la lengua, se sutura al momento de traccionar para evitar la hemorragia
- Incisión y disección: incisión transversal (figura 17.34)
- Sutura: con el efecto romboide a nivel longitudinal (figura 17.036)

2.2.5. Post Operatorio

Se presenta una tumefacción del suelo de la boca se controla con la anestesia, produciendo una cierta equimosis, formación de un hematoma.

Pronóstico:

El éxito del tratamiento quirúrgico va de la mano con la fisioterapia pronunciando palabras como ratón, rana, jarra, carrito, etc. el tratamiento del logopeda, además el paciente debe realizar inmediatamente tras la cirugía una serie de ejercicios determinados por el logopeda para promover hábitos orales correctos de respiración nasal, sellado de labios que estimulen la posición normal de la lengua y el tono de la misma, promoviendo un desarrollo armónico del macizo facial y estableciéndose un circuito interrelacionado entre estructura-función. Generalmente las complicaciones tras la cirugía son raras, aunque se puede presentar: lengua anudada, inflamación lingual, sangrado, infección, daño de las glándulas submandibulares, retracción de frenillo por fibrosis con la consecuente mayor limitación de la movilidad de la lengua, hematoma en piso de boca y su compromiso por su diseminación de vías aéreas superiores en situación extrema.

2.2.6. Pacientes con problemas médicos:

Una de las principales funciones del odontólogo pediatra consiste en coordinar el tratamiento de los niños con problemas médicos. La terminología ha cambiado recientemente, y en EE.UU a estos pacientes se les conoce como

“niños con necesidades especiales”. No obstante, el nombre de “niños con problemas médicos” sigue siendo útil, ya que le recuerda al clínico que estos niños suelen sufrir alteraciones médicas que pueden influir en el tratamiento odontológico o presentan manifestaciones orales u odontológicas específicas. No es obligación del especialista tratar a todos los niños con problemas médicos. De hecho, nosotros creemos que los odontólogos generales deben participar activamente en la asistencia de esos niños (fig 8.1). La prevención de la patología dental tiene una importancia capital en los niños que padecen problemas médicos, ya que algunos problemas odontológicos simples pueden comprometer seriamente el tratamiento médico de un niño. (25)

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.2. Objetivo general

Demostrar los resultados del tratamiento quirúrgico de Anquiloglosia en paciente niña de dos años con Parálisis Cerebral.

3.2.5. Objetivos específicos

- Definir los conceptos referentes a la Anquiloglosia, signos clínicos y diagnóstico.
- Enunciar las características de la clasificación de los frenillos linguales.
- Desarrollar las causas y efectos de la anquiloglosia en general.
- Conceptuar las consideraciones a tener en cuenta en el tratamiento quirúrgico de Anquiloglosia en pacientes con condiciones especiales.
- Describir el tratamiento quirúrgico y post operatorio de Anquiloglosia en una paciente niña de dos años con Parálisis Cerebral.

4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia Clínica:

Datos de Filiación:

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Mi hija no puede hablar y quiero mejorar su calidad de vida”-Refiere la madre.
 - ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** La madre sospechó problema de su hija al año y 8 meses, cuando no podía hablar, la llevo a examinar al centro de estimulación temprana que asiste su hija, donde le diagnostican frenillo lingual corto, informándole que tenía que ser intervenida quirúrgicamente, Actualmente es asintomático.
 - ▶ **MEDICACIÓN RECIBIDA:** No refiere
 - ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** Madre tiene Gastritis y sufre de Amigdalitis, Padre sufre de gastritis, Tío tiene Diabetes y se encuentra en Tratamiento.
 - ▶ **D. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):** Paciente respirador bucal.
 - ▶ **PATOLÓGICOS:** Parálisis cerebral infantil de tipo Espástica, Amelogénesis Imperfecta.
 - ▶ **ANTECEDENTES FARMACÉUTICOS:** Nisophar, Simeticona, Metamizol, Ibuprofeno, Paracetamol, Repriman.
 - ▶ **QUIRÚRGICOS:** No refiere.
 - ▶ **TERAPÉUTICOS RECIENTES:** Ibuprofeno hace dos meses para la fiebre.
- SUEÑO:** 12 horas
- SED:** Normal
- APETITO:** Disminuido
- ▶ **AMPLIACIÓN:** Paciente presenta fiebres continuas y Amigdalitis.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

FUNCIONES VITALES:

- ▶ **Presión arterial:** 80/40 mm Hg.
- ▶ **Pulso:** 90 Pulsaciones por minuto
- ▶ **Temperatura:** 36.5 °C
- ▶ **Frecuencia respiratoria:** 20 repeticiones por minuto



EXAMEN ESTOMATOLÓGICO ELEMENTAL:

ATM: A la apertura y cierre no presenta ruidos articulares ni sintomatología a la palpación.

GANGLIOS: Ganglios no palpables.

LABIOS: Hipotónicos, Rojos, Hidratados, SAE.

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, línea alba presente, salida de conducto de stemon permeable sin alteración.

PALADAR BLANDO: Sin alteración evidente.

LENGUA: cónica, mediana, saburral, movilidad reducida por frenillo corto.



ZONA PROBLEMA





EXAMENES AUXILIARES:

- **Estudio Imagenológico:** No se realizó
- **Estudio de Modelos y Diseño de Incisión:** Incisión de tipo transversal a través de la mucosa, aproximadamente al centro del frenillo lingual.
- **ANÁLISIS DE LABORATORIO:** Nivel de Hemoglobina disminuida relacionado a la presencia de Anemia en la Paciente.
- **INTERCONSULTAS:** Con el médico pediatra para conocer el riesgo quirúrgico de la paciente.

Diagnóstico Definitivo: Anquilosis de Frenillo Lingual

ANQUILOSIS DE FRENILLO LINGUAL



ANÁLISIS DE LABORATORIO

Laboratorio Clin GRADWOHL		Jr. Puno 750 Telf. 219413 - Huancayo http://www.laboratorioclinicogradwohl.com	
my		Ind.Dr.	
		V.R.	V.R.
			6 - 9
			2 - 4
Mi /ml			
gr%			
%			
Fórmula:	35		
	0	0 - 5	
	4	1 - 2	
	0	0 - 2	
	1	4 - 8	
		23 - 35	
		LORIO GRADWOHL Dr. Richard ... MA-100-CLINICA	
		Em	

5. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL:

5.1. Formulación del Plan de Tratamiento Integral

> Preparación del instrumental y materiales quirúrgicos



> Periodo pre – operatorio

- Sedación consiente con Midazolam al 7.5 mg/kg por vía oral.

> Tiempos Quirúrgicos

1. Asepsia facial con Yodopovidona en solución al 10 %, y Yodopovidona en solución espuma al 7.5 %.

2. Asepsia Bucal con Digluconato de Clorhexidina+Ac, Acetil Peridino al 0.12 %.



3. Anestesia local infiltrativa con Lidocaína al 2 %.



4. Incisión de tipo Transversal aproximadamente al centro del frenillo lingual

Periodo post – operatorio

- Medicación Post quirúrgica con Paracetamol.
- Controles Post quirúrgico.

5.2. Plan de control y mantenimiento

> Controles Post quirúrgico.

- La paciente debe estar supervisada por la madre quien es la encargada de su cuidado, quien además será supervisada de manera continúa las primeras 48 horas posteriores a la cirugía.
- La paciente deberá consumir alimentos calientes y alimentos blandos.
- Las primeras 48 horas después de la cirugía deberá guardar reposo.

> Evolución

- A las 72 horas de la intervención, la paciente puede sacar y realizar todos los movimientos propios de la lengua lo que anteriormente tenía limitaciones para hacerlo, incluso una mejoría al momento de tomar líquidos; además de no presentar sintomatología ni sangrado en la zona intervenida.



1. DISCUSIÓN

La Anquiloglosia es un trastorno congénito de etiología aún no precisa, algunos autores consideran que la causa de esta anomalía es desconocida tal como lo menciona Cuervo (1) en su estudio, otros autores como Pastor lo relacionan a una

condición hereditaria y Cuestas (5) en su estudio donde nos señala una asociación a otros síndromes genéticos. De manera que según estos datos hacen que este aspecto sea causal de mayor investigación.

Si nos referimos a los efectos de la Anquiloglosia, en nuestro estudio se muestra que la paciente presenta dificultad para su alimentación y lenguaje, dicho esto, coincidimos con otros reportes de casos, donde Bazán (2), Pérez (27), Robles (17) nos describen en sus estudios el impacto en la alimentación neonatal. Otra dificultad muy frecuente y que mayor preocupación genera fueron los trastornos de lenguaje como nos lo menciona Gómez (25) en su publicación. Por consecuencia, estas limitaciones entre otras más, son causa para que los padres del menor visiten al especialista.

Es así que como lo menciona Salgado (4), la anquiloglosia es una patología congénita, pero no existen parámetros para su diagnóstico y tratamiento. El tipo de tratamiento que se decida realizar difiere del diagnóstico, edad y otros aspectos que son tomados en cuenta en la historia clínica del paciente.

Los resultados del tratamiento quirúrgico en la mayoría de casos son positivos, sin embargo en la mayoría de los estudios revisados se indica al paciente la continuación del tratamiento con terapias de lenguaje, como fue en el caso del tratamiento de frenectomía lingual, en el estudio de Cuestas (5), parte de las funciones de la lengua se restablecieron con el tratamiento fonoaudiológico, en caso del tratamiento por frenectomía lingual Robles (17) concluye que es una técnica efectiva que resuelve las dificultades de alimentos.

2. CONCLUSIONES

- La etiología de la Anquiloglosia aún no es concreto, por otro lado, la mayoría de las evidencias científicas y nuestro estudio, coinciden con los efectos que involucra esta patología, tales como el lenguaje, la alimentación, maloclusiones, problemas periodontales y estéticos que afectan las relaciones sociales de la persona.

-La Anquiloglosia puede ser diagnosticado desde los primeros meses o años de vida del ser humano, según los antecedentes de otros estudios esto implica una ventaja para el paciente, tal como se realizó en nuestro caso con nuestra paciente de dos años de edad.

- El tratamiento sigue siendo un punto de discusión ya que esto implica la historia clínica del paciente, criterio y experiencia del profesional al momento de hacer el diagnóstico. Dentro de los tratamientos están los conservadores y quirúrgicos, este último debe ser completado con terapias de lenguaje. Para nuestro paciente se pudo llegar a un diagnóstico y tratamiento preciso, el cual tuvo un post operatorio favorable.

3. RECOMENDACIONES

- Hacer hincapié en la importancia de realizar una buena Historia Clínica, con el fin de llegar a un correcto Diagnóstico y Tratamiento temprano.
- Es importante crear un cambio en la atención odontológica de pacientes especiales y por ello la realización de estudios epidemiológicos que permitan determinar la magnitud y distribución del problema.
- Proveer en nuestra consulta diaria un Tratamiento de forma integral a los pacientes pediátricos, así como referir al paciente a un especialista, a fin de detectar este tipo de patologías.
- Es prioritario fomentar el trabajo de forma multidisciplinaria entre pediatras, odontopediatras, cirujanos y demás personal sanitario, así como sensibilizar a la población para dar solución a las dificultades que plantea la Anquiloglosia.
- Recomendamos el desarrollo de más estudios relacionados, con el propósito de generar mayores alcances sobre esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuervo J. Anquiloglosia (frenillo lingual corto): sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. *Revista Hosp Niños BAires*. 2008; 50(228): 125-128.
2. Bazán A, Balderas C, Olivares A, Molina E, Montejano J, Imbert J. Frenectomía con láser-Caso clínico. *Publicación semestral, Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2019; 8(15): 294-299.
3. Chávez D, Peña P, Sánchez C, Navarrete X. Frenectomía lingual en un paciente pediátrico Reporte de Caso. *Odonto Investigación*. 2020; 6(2): 60-69.
4. Salgado T, Obando J, Salgado P, Kiko W. Tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia recidivante: A propósito de un caso. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2017; 1(4): 777-790.
5. Cuestas G, Demarchi V, Martínez M, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(6):567-570.
6. Lamas D, Fernandes C, Rodrigues M, Franco A, Goncalves A, De Souza C. Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia Reporte de un caso. *Revista Odontopediatria*. 2016; 6(1): 44-52.
7. Sáez Ursula; Castejón Isabel; Molina Antonia; Roncero Manuel. Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2008; 2(5): 206-209.
8. Kleinsteuber K, Avaria M, Varela X. Parálisis Cerebral. *Revista Pediatría Electrónica*. 2014; 11(2): 54-70.
9. Morales M. Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil. *Acta Odontológica*

- Venezolana. 2008; 46(1). Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/art-10>
10. Moreno M, Ortega L. El Papel del Odontopediatra en la Anquiloglosia. Gacetadental. 2014. Recuperado de http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2014/04/257_CIENCIA_OdontopediatriaAnquiloglosia.pdf
 11. Rolando G, Chipana C. Intervención con láser en frenillo lingual con inserción anterior y fibrosa. Reporte de caso. Odontol Pediatr. 2020; 19(1):72-77.
 12. 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 presentada para optar el título de Cirujano Dentista. Guatemala; 2016.
 13. Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. Barcelona-España: Oceano; 2003; 17: 566-568.
 14. Clark R. Otorrinolaringología Pediátrica. Barcelona-España: El Sevier; 2020;5: 246.
 15. Cuervo J. Anquiloglosia (Frenillo lingual corto): Sugerencias para el Diagnóstico y el manejo clínico. Rev hosp Niños BAires. 2008; 50(228): 125-129.
 16. Cuestas G, Demarchi V, Martínez M, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. Arch Argent Pediatr. 2014;112(6):567-570.
 17. Robles M, Guerrero C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. Perinatología y Reproducción Humana. 2014; 28(3): 154-158.
 18. Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. Barcelona-España: Oceano; 2003; 17: 569-570.
 19. Clark R. Otorrinolaringología Pediátrica. Barcelona-España: El Sevier; 2020;5: 246.
 20. Robles M, Guerrero C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la

- alimentación neonatal. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2014; 28(3): 154-158.
21. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. *Pediatric Dentistry*. 2005; 27: 40-46.
22. Clark R. *Otorrinolaringología Pediátrica*. Barcelona-España: El Sevier; 2020;5: 246.
23. Gay C, Berini L. *Cirugía Bucal*. Barcelona-España: Oceano; 2003; 17: 572-579.
24. Calderón C. Causas, Consecuencias y Tratamiento Quirúrgico de la Anquiloglosia en Pacientes Adultos de ambos sexos. Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontólogo. Guayaquil; 2018.
25. Gómez N, Romero R, Teutle B, Vaillard E, Huitzil E. Trastornos del habla asociados a frenillo lingual corto. *Odonto Pediatría Actual*. 3(10); 2014: 32-35.
26. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontología Pediátrica*. Madrid-España: Harcourt Brace; 1998; 8: 259-260.
27. Pérez N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Estomatol*. 2002; 39(3): páginas.
28. López H, Hernández Y, Martínez B, Rosales M, Torre G. Estrategias terapéuticas de calidad en Odontopediatría: parálisis cerebral. *Acta Pediatr Mex*. 2019; 40(1):32-43.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES" ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	H.C. N° 62955006
AUTORIZACION DE TRATAMIENTO		
Yo, <u>Fiorela Miriam Cerrón Arteaga</u> , declaro que soy responsable de (l) (la) <u>Emy Julieth Flores Cerrón</u> de <u>3</u> años de edad, y a quien he traído voluntariamente para que sea atendido (a) en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA)		
Así mismo, declaro que he sido completamente informado sobre su diagnóstico y sobre su plan de tratamiento.		
Por lo tanto, acepto el plan de tratamiento propuesto en la H.C.P. N° _____ y autorizo a la Escuela Académico Profesional de Odontología de la UPLA para que lo ejecute a través de sus docentes y estudiantes. Consiento también, que se administre al paciente los medicamentos y materiales dentales que el tratamiento implica.		
Huancayo <u>26</u> de <u>Junio</u> de <u>2015</u> - Nombre <u>Fiorela Miriam Cerrón Arteaga</u>		
Firma <u>[Firma]</u> DNI N° <u>47526679</u>		
DOCUMENTO DE COMPROMISO		
Yo, <u>Fiorela Miriam Cerrón Arteaga</u> , declaro estar enterado de las condiciones de atención de la Clínica Estomatológica de la UPLA.		
Por lo tanto, me comprometo a acatar las normas de atención acordada del tratamiento estomatológico de (l) (la) menor <u>Emy Julieth Flores Cerrón</u>		
Huancayo <u>26</u> de <u>Junio</u> de <u>2015</u> - Nombre _____		
Firma <u>[Firma]</u> DNI N° <u>47526679</u>		