

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: TRATAMIENTO DE ANQUILOGLOSIA CON FRENECTOMÍA
EN UN PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD: REPORTE DE UN CASO.

Para optar el Título profesional de Cirujano Dentista

Autor(a): Zárate Mendoza Elmer Alejo

Asesor: MG. CALDERÓN FERNÁNDEZ Jorge Miguel

Área de Investigación.....Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación..... Investigación Clínica y Patológica

Huancayo – Perú

2020

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado primero a Dios, el omnisciente, omnipotente y omnipresente, por haber escudriñado mi senda, renovado mis fuerzas y mostrado su bondad.

También va dedicado a mis seres amados por su persistencia, esfuerzo y motivación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis seres amados por el apoyo moral que me han ofrecido en la realización de este trabajo.

Agradezco a mi asesor por guiarme por el camino correcto y poder finalizar este trabajo sin ningún inconveniente.

CONTENIDO

CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
CAPITULO I.....	8
1.1. DESCRIPCION PROBLEMÁTICA:	8
1.2. FORMULACION DE OBJETIVOS:.....	9
1.2.1. OBJETIVO GENRAL:	9
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:.....	9
CAPITULO II.....	10
MARCO TEORICO	10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:.....	10
2.2. BASES TEORICAS:.....	14
CAPITULO III	¡Error! Marcador no definido.
CONTENIDO.....	¡Error! Marcador no definido.
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	¡Error! Marcador no definido.
HISTORIA CLÍNICA	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	29

RESUMEN

- La anquiloglosia es una malformación congénita que se caracteriza por tener un frenillo lingual corto, lo que impide el libre movimiento de la lengua y no cumple con sus funciones habituales, es poco prevalente en las personas adultas, pero en niños y en recién nacidos su prevalencia es mayor y su tratamiento mejor planteado y la más simple es la frenectomía, esta pequeña cirugía va a liberar la "lengua atada" tras la incisión del frenillo, teniendo en cuenta las indicaciones que se han dado antes de realizar esta cirugía. El objetivo de este estudio es el de conocer los tratamientos de la anquiloglosia con frenectomía en niños. Para esto se presenta un caso clínico de un niño de 9 años, que es referido del área de odontopediatría a la consulta odontológica por tener problemas de fonación. A los exámenes correspondientes se diagnostica anquiloglosia parcial y cuyo tratamiento será la frenectomía con incisión simple, como conclusión se da que la frenectomía es el procedimiento quirúrgico más simple para poder tratar la anquiloglosia, teniendo en cuenta que todo problema de anquiloglosia no es severo también es moderado, para estos casos existe tratamientos conservadores.

Palabras clave: frenillo lingual, anquiloglosia, lengua atada, frenectomía.

INTRODUCCION

La lengua es uno de nuestros órganos que tiene muchas funciones en la cavidad oral, dentro de las cuales podemos incluir a la fonación, la deglución, la formación del bolo alimenticio entre otras, pero a veces estas funciones se ven interrumpidas por la presencia de variedades malformaciones o lesiones que se dan a nivel de este órgano.¹

El frenillo lingual es una estructura membranosa que une tanto al piso de boca con la lengua o con el proceso alveolar, lo que permite frenar a la lengua para no atragantarnos a la hora de ingerir nuestros alimentos y también le da un movimiento limitado cuando se realiza otras funciones como al hablar, pero en ciertos casos este frenillo sufre de una alteración congénita por consecuente se produce un trastorno funcional de la lengua, a esto lo denominamos anquiloglosia.^{2,3}

La anquiloglosia es una patología congénita común en la que se caracteriza por poseer un frenillo lingual muy corto o una inserción que llegue hasta la punta de la lengua lo que inmoviliza a este órgano y no pueda realizar correctamente la función fonética ni otras funciones que son muy importantes para la persona, además puede producir alteraciones en otras estructuras como diastemas entre incisivos y traer fracasos a los problemas ortodónticos por lo tanto el mejor tratamiento que se realiza en estos casos es la frenectomía o en mejores de los casos un tratamiento conservador.^{3,4}

La frenectomía es un procedimiento quirúrgico sencillo donde se va a cortar o efectuar una pequeña incisión al frenillo, el odontólogo lo puede realizar en el consultorio, pero esto va a depender del buen diagnóstico y la severidad del caso como por ejemplo cuando el frenillo impide al paciente hablar o crea otros trastornos que van a incomodar a la persona. Se puede optar por otro tratamiento cuando las consecuencias son mínimas y no perjudican tanto a la persona.⁵

El propósito de este trabajo es el de conocer los tratamientos de anquiloglosia con la frenectomía en niños.

CAPITULO I

1.1. DESCRIPCION PROBLEMÁTICA:

La anquiloglosia es una anomalía congénita común que impide que la lengua cumpla con sus funciones, con una prevalencia donde indica que el 0.03% de los recién nacidos poseen ésta patología y otros autores mencionan que está presente en 2.8% a 10.7% de los niños y más frecuente en los varones, pero en un estudio realizado en España mencionan que la frecuencia de recién nacidos es mucho mayor y la prevalencia en niños es de un 12%, pero si concuerdan es en la que los varones son los más afectados, esta variación puede deberse a falta de un sistema de clasificación.^{6,7}

Es por eso que en el Perú se realizó algunos estudios con respecto a la prevalencia de anquiloglosia en neonatos y niños, lo que se demostró que de 1000 recién nacidos, un 4.7% presentaba una anquiloglosia y en infantes cuyas edades oscilan entre los 6 a 10 años, un 10.5% presentaban esta malformación y los varones tenían un rango mayor al de las niñas.^{8,9}

Los niños mayores de 5 años deben pronunciar correctamente la mayoría de las palabras o fonemas que han aprendido, pero esto puede estar interrumpido por muchas causas dentro de las cuales encontramos a la anquiloglosia o también denominada como la lengua atada, lo que trae como consecuencia no poder pronunciar bien las palabras o letras del abecedario como la r, z, t y entre otras, además cuando el frenillo es corto puede producir diastemas entre los incisivos inferiores produciendo que estos nunca se cierren. Es por ello que el odontólogo u otro profesional de la salud que encuentra esta patología tienen que referir a un especialista para que lo examine y planifique un tratamiento conservador o una cirugía si lo amerita, porque cuando más joven sea el paciente no habrá daños colaterales y así mejorar la calidad de vida de la persona.¹⁰

1.2. FORMULACION DE OBJETIVOS:

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el tratamiento de la anquiloglosia con la frenectomía en niños.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación presentada nos proporcionara conocimiento sobre la anquiloglosia y el tratamiento que se debe de realizar, ya que esta patología puede causar muchas consecuencias que pueden afectar al individuo, como el de no poder pronunciar o articular bien una palabra y el de causar problemas de maloclusión. Es por eso que el tratamiento de la frenectomía se debe de considerar ante estos casos, además la presente investigación es de mucha importancia porque sumará los conocimientos básicos de anquiloglosia ya que para muchos de estudiantes preuniversitarios de odontología, egresados de la carrera e incluso para otros profesionales de ciencias de la salud; estos conocimientos son mínimos y hasta nulos, por lo tanto con estos conocimientos se pueda diagnosticar y tratar la malformación lo mas antes posible.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

➤ INTERNACIONALES:

Intriago E. en el 2020, en su investigación denominada Prevalencia de anquiloglosia en pacientes pediátricos, su objetivo fue el de identificar la prevalencia de la anquiloglosia en pacientes pediátricos atendidos en un hospital desde el año 2016 al año 2019. El método que se utilizó en la presente investigación fue analítico, porque se hizo seguimiento a las historias clínicas de todos los bebés que habían nacido entre esas edades. Como instrumento se creó una ficha que detalla información como género, edad del paciente y el tratamiento que se recomendó. Los resultados mostraron que la prevalencia fue del 2,32% además demostraron que los dos últimos años de la investigación tuvieron más nacidos que presentaban esta malformación que los dos años anteriores, también se llegaron a corroborar que los predominantes en este caso son los del sexo masculino con un valor de 59.37%. La conclusión es de que el sexo masculino tenía mayor prevalencia de la enfermedad, así mismo que el rango de edad en el que se encontraron el mayor número de casos de anquiloglosia fue de 0 a 5 años de edad con un 69% de prevalencia. Así con el año donde hubo mayor prevalencia de anquiloglosia fue en 2019 reportando así el 37% de los casos y el año que menor prevalencia hubo fue el 2017 con 4 casos.¹⁰

Aviña E. y col. en el 2014, en su trabajo titulado Prevalencia y consecuencias de anquiloglosia en niños de 6 a 12 años de edad que estudian en la escuela primaria 5 de mayo 1962 en la ciudad de Jalisco, este trabajo posee dos objetivos generales las

cuales son determinar la prevalencia de la anquiloglosia y determinar las consecuencias que este problema tiene en dichos niños. La metodología que se utilizo fue observacional la muestra conto con un total de 300 niños que estudiaban en dicho centro educativo para esto se hizo un examen clínico a todos los niños y los que presentaban esta patología se les hacia otros tipos de exámenes para ver las consecuencias que se había producido. Los resultados arrojaron que el 10.3% de los niños sometidos a la inspección clínica prevalecía la anquiloglosia en ellos, además de que el sexo femenino fue menor en prevalencia con respecto a los varones, ya que estos poseían un 64.52%. Concluyeron que los del sexo masculino tienen mayor frecuencia de anquiloglosia en comparación del sexo femenino, además se evidenciaron que estos niños ya sean varones o mujeres que tenían anquiloglosia también poseían mayor prevalencia de caries dental, sarro dental y problemas de fonación, en lo emocional estos eran callados, apartados y muy tímidos.¹¹

Costa M. y col. en el año 2014, en su trabajo que titularon como Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en Asturias (España) la cual tenia como objetivo aprender la actual prevalencia de anquiloglosia en Asturias. La metodología fue de tipo observacional y prospectivo, en el participaron 6 hospitales asturianos. Durante 3 meses se exploró a todos los recién nacidos para el diagnóstico de anquiloglosia se utilizaron los criterios de Delaware Coryllos y Hazelbaker. Los resultados mostraron que de 667 neonatos un 12.11% presentaba anquiloglosia, de estos el 62% eran bebés varones, también se dio a conocer que de 4 niños con esta patología uno poseía un antecedente familiar con igual malformidad además la anquiloglosia que predominó fue el de tipo II según la clasificación de Coryllos. Llegaron a la conclusión de que la anquiloglosia obtuvo una prevalencia mayor a lo esperado y recomendaron que es necesario unificar los diferentes diagnósticos para poder tratar

a tiempo esta patología y que el bebé no tenga problemas al succionar el pezón de la madre.⁷

➤ **NACIONALES:**

Abad N. en el año 2019, en su trabajo titulado Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos en niños de 6 a 12 años en una institución educativa estatal en la ciudad de Huancayo, cuyo objetivo es el de estimar la prevalencia de anquiloglosia en niños de una I.E. La metodología empleada fue de tipo básica, nivel descriptivo, y diseño no experimental, su población constó de 118 niños lo que coincidió con su muestra para evitar algunos errores, además se empleó una ficha de recolección de datos previo consentimiento y asentimiento informados. Los resultados mostraron que los más afectados por esta malformación son los varones con un porcentaje de 53%, también se demostró que los niños de 9 años tuvo mayor prevalencia, con respecto a la clasificación de Coryllos el tipo II es la más frecuente con un valor del 26,3%. Concluyó que el 59.3% tenía prevalencia de anquiloglosia y que el tipo II fue el que más se encontró tanto en varones como en mujeres.¹²

Benites R. en el año 2018, en su trabajo titulado como la Prevalencia de anquiloglosia en niños en edad de 6 a 10 años de la Institución Educativa en Florencia de Mora cuyo objetivo fue el de determinar la prevalencia de la anquiloglosia en **niños** e identificar su prevalencia según sexo y grado de estudio en dichos niños. La metodología fue descriptiva de corte transversal y diseño no experimental su población estuvo conformada por 180 niños de la institución y se utilizó el instrumento de Hazelbaker. Los resultados obtenidos determinan que existe una prevalencia de Anquiloglosia de 10,55%. Asimismo, se obtuvo que la prevalencia de Anquiloglosia según sexo fue de 7,22% en hombres y 3,33% mujeres del total y según el grado de estudio los del segundo grado obtuvieron el

mayor porcentaje con un 17,95%. Concluyó que solo 19 niños presentaban una anquiloglosia lo que da un porcentaje de 10,55% y los que predominaron según el sexo fueron los varones.⁹

Abad J. en el año 2017, en su publicación de la Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI en el distrito de San Bartolomé cuyo objetivo es Determinar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en dicha población. La metodología que se realizó en el estudio fue descriptivo, observacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 1000 bebés, se realizó un examen clínico mediante la ficha de recolección de datos para luego ser analizados en la estadística descriptiva. Los resultados fueron que el 68.5% presentaba alguna alteración bucal, el de mayor frecuencia las perlas de Epstein con un valor de 31,6%, seguido por los nódulos de Bohn con un 29,6% y la anquiloglosia con un valor mucho menor de 4,7%. Además, se observó dientes natales en 16 pacientes, dientes neonatales en 5 pacientes y otros tipos de patologías. Se concluyó que las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo tienen una alta frecuencia en este grupo etario, por lo que es importante que el odontólogo tenga un mayor nivel de conocimiento sobre esta temática, a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento afectivo.⁸

Coacalla V. en el año 2016, en su trabajo donde realizó la Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en Puno, donde el objetivo fue determinar la prevalencia de anquiloglosia en los niños de dicha ciudad. La metodología presentada fue descriptivo y transversal, este estudio se realizó en 110 niños de ambos géneros de 6 a 12 años de edad, pasaron por un examen clínico y se utilizó fichas en las cuales se registró el nivel

de anquiloglosia según Coryllos. Los resultados mostraron que la prevalencia de anquiloglosia es del 10.91%, asimismo, el tipo de anquiloglosia más frecuente según Coryllos fue el tipo III con un valor de 53.64%, con presencia de frenillo grueso, fibroso y no elástico, y con un 30% el tipo IV quedando en un segundo lugar; según Hazelbaker se presentó el tipo perfecto con un 70%, en segundo lugar el tipo aceptable con 19.09% y por último, el tipo alterado fue de 10.91% y se recomendaba la frenectomía en estos casos, con la variable sexo no se notó ninguna relación con respecto a las clasificaciones de los dos autores, para el sexo se evidencio que los varones tiene un mayor porcentaje en la clasificación IV de Coryllos. Concluyó que ambas clasificaciones nos indican que existe una prevalencia baja de anquiloglosia en los niños y que en menor porcentaje existe alteración en la fisiología lingual, observando que el género masculino es el más afectado por esta patología.¹³

2.2. BASES TEORICAS:

A. Frenillo bucal:

El frenillo o frenulum bucal se le denomina a todo pliegue pequeño de mucosa que sujeta, frena o limita el movimiento de un órgano, también consideradas como bandas de tejido conectivo que se ubican en la línea media y tiene un origen congénito, por la zona de ubicación se encuentran 5 tipos de frenillos que podemos encontrar en la región oral, como el frenillo labial superior, frenillo labial inferior, frenillos laterales tanto superior como inferior y el frenillo lingual.^{14,15}

B. Frenillo Lingual:

Es un tipo de frenillo que encontramos en la parte ventral de la lengua y esta insertada en el piso de boca¹⁴ o a veces también se llega a conectar con el proceso

alveolar, en otras palabras, une estas dos estructuras a través de un pliegue mucoso donde la función principal es limitar los movimientos de la lengua.

El frenillo lingual o frenulum linguae inicia su inserción en la parte inferior o ventral de la lengua apical y recorre la hasta el tercio medio y luego hacia adelante se inserta en la zona media del piso de boca, por su parte el extremo anterior va insertarse en la cara lingual mandibular entre los incisivos centrales inferiores. Pero a veces el frenillo es tan corto que llega a insertarse en la punta de la lengua inhabilitando su correcto funcionamiento.¹⁵

Existen 3 tipos de frenillos linguales que se clasifican según su estructura:

- 1. Frenillo fibroso:** Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.
- 2. Frenillo muscular:** Compuesta por fibras de músculos extrínsecos, está involucrado el musculo geniogloso, sus fibras van a ejercer fuerza a la punta de lengua, y el musculo genihioideo que actúa como un depresor de la mandíbula.
- 3. Frenillo mixto:** También denominado como fibromuscular en este caso se va evidenciar un tipo tendinoso y por otro lado un tipo fibroso que se van a unir en el piso de boca.¹⁵

Además de los músculos presentes en esta zona tenemos que tener en cuenta la salida de los conductos de las glándulas sublinguales y submandibulares, también de los paquetes vasculares y nerviosos que están íntimamente relacionados con el frenillo.¹⁵

El frenillo lingual suele constituirse como una patología, a veces va a ser tan corta que no va a permitir el libre movimiento de la lengua como debe de ser, a esta patología se le conoce como anquiloglosia.

C. Anquiloglosia:

- **Definición:**

La anquiloglosia o también denominada como lengua atada se puede definir como una condición congénita del desarrollo caracterizada por fijación de la lengua al piso de la boca; causando movilidad restringida de la lengua durante movimientos funcionales, la punta de la lengua en casos normales debe de tocar el paladar duro sin ningún problema, pero cuando el paciente presenta este problema no llega a hacerlo.¹⁶

Es la fusión entre la lengua y el piso de la boca. Un frenillo lingual corto, insertado muy cerca de la punta de la lengua, es un cuadro bastante común descrito como “lengua presa” pudiendo provocar, en el futuro, problemas de deglución, periodontales y del habla.⁸

- **Tipos:**

Varios autores lo clasifican según la severidad o guiándose de la longitud que posee la punta de la lengua con el frenillo insertado en el piso de boca, las principales clasificaciones son:

Según Kotlow, lo clasificó según la medición de la inserción del frenillo que está en la cara ventral de la lengua hasta su punta y lo categorizó en:¹⁵

- ▶ Lengua libre: la longitud es mayor a 16 mm.
- ▶ Clase I: Longitud que esta entre los valores de 12 a 16 mm la cual denomina como anquiloglosia leve.
- ▶ Clase II: El valor es de 8 a 11 mm denominada como anquiloglosia moderada.
- ▶ Clase III: de 3 a 7 mm o anquiloglosia severa.
- ▶ Clase IV: menor a 3 mm o anquiloglosia completa.

Según otros autores lo clasifican en dos:

- **Parcial:** También denominado como frenillo lingual corto o incompleta, es la más frecuente con respecto a la completa y usualmente se debe a que el frenillo es corto o se inserta muy cerca la punta de la lengua, lo que dificulta al paciente al hablar algunas palabras que tengan diptongos o algunas consonantes, pero su tratamiento va depender de la severidad del caso.¹⁷
- **Total:** Es un tipo de anquiloglosia extremadamente rara y se presenta como la fusión entre la lengua y el piso de boca literalmente.¹⁷

También Castro M. y compañía en el 2014 lo clasificó de la siguiente manera:¹⁰

- ✓ **Frenillo lingual normal:** La inserción se encuentra en la mitad de la parte inferior de la lengua limitando solo con el piso de boca.
- ✓ **Frenillo lingual corto:** Es aquel que no permite movimientos y extensión apropiados de la lengua, no permite la elevación adecuada de la lengua al paladar y para hacer esto necesita cerrar la boca.
- ✓ **Frenillo lingual con inserción anterior:** Es aquel cuya inserción se encuentra posterior a la parte media del piso de boca hacia la punta de la lengua.
- ✓ **Frenillo lingual corto con inserción anterior:** Presentan características del frenillo lingual corto con inserción anterior.

Según Coryllos lo clasifica guiándose del lugar de inserción y la palpación que hace al frenillo:¹⁸

- ◆ **Tipo I:** El frenillo es fino y elástico, y se adhiere a la punta de la lengua frente al reborde alveolar en el surco alveolar y tiene forma de corazón.
- ◆ **Tipo II:** Frenillo fino y elástico, se fija 2 a 4mm por detrás de la punta de la lengua y se fija cerca del surco alveolar o en ella.
- ◆ **Tipo III:** Se adhiere a la mitad de la lengua y al medio del piso de la boca, el frenillo no es elástico, pero si es grueso y fibroso.

- ◆ **Tipo IV:** este tipo de frenillo se adhiere a la base de la lengua, es brillante y a veces no se nota.

Y por último tenemos a la clasificación de Hazelbaker, él crea una en 1993 una herramienta de evaluación de la función del frenillo lingual y los resultados los divide en tres categorías:¹³

- ♣ Perfecto cuando la puntuación es 14.
- ♣ Aceptable cuando es igual a 11.
- ♣ Alterada cuando la puntuación es menor a 11.

- **Etiología:**

Su etiología es desconocida, pero puede estar asociada a factores hereditarios ya que algunos estudios mencionan que los que padecían de esta enfermedad tenían como antecedente un familiar con el mismo problema, asimismo se puede asociar con algunos síndromes o enfermedades como la hendidura palatina, el Síndrome de Pierre-Robin, Síndrome de Elvis-Van Creveld, o el de Ehlers-Dantos.¹³

Otros autores también mencionan que puede ser causado por una deformación de los incisivos inferiores pudiendo perjudicar la deglución y la dentición, en un estudio realizado por Castro M. y col. en el 2014 mencionan que las alteraciones del frenillo lingual pueden ser causadas por mutaciones en el gen T-box, heredado como un rasgo autosómico dominante con penetrancia incompleta.^{4, 10}

- **Prevalencia:**

La prevalencia tiene un porcentaje de 0.02 a 0.03% en adultos, en recién nacidos este valor va incrementar hasta en un 1,7% a 4,4% y es cuatro veces mayor en niños que en niñas, este incremento de morbilidad en neonatos se puede deber a que las madres están convencidas que su bebe no tiene ningún problema cuando

en realidad estos si presentan, que además por parte de los odontólogos no hacen una minuciosa inspección clínica oral.^{3,19}

Su tasa de prevalencia oscila entre 0,04 al 6,8%. La condición a veces puede desarrollarse como resultado de traumas y gracias a un estudio reciente de Harris EF et. Indican que la incidencia de la anquiloglosia puede aumentar por el consumo de cocaína de parte de la madre durante el embarazo.^{16,20}

- **Características clínicas:**

La mayoría de los casos presentados son asintomáticos y hasta pueden pasar inadvertidos por largo tiempo. Se puede observar limitación de movimientos linguales fundamentalmente los de protrusión y elevación. Los casos más graves pueden causar problemas para hablar, comer y en el amamantamiento.¹⁰

- Ocurre como una forma leve y severa.
- La forma leve tiene poca importancia clínica en comparación con la forma severa en la que la lengua se fusiona con el suelo de la boca.
- Puede contribuir al desarrollo de una mordida abierta anterior.
- En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal o bífida y encorvada hacia dentro.
- La alta adherencia mucogingival conduce a problemas periodontales
- Incapacidad para mantener la higiene bucal en área mandibular.
- Puede estar asociado con disnea debido a movimientos ascendentes y hacia adelante desplazamiento de la epiglotis y laringe.
- En los bebés, produce ceceo, respiración ruidosa, babeo y dificultad para comer.¹⁹

- **Consecuencias:**

Las principales consecuencias son muchas, y las que se mencionará en este trabajo son aquellas que afectan principalmente en las funciones de la persona y los efectos que produce en las estructuras que lo rodean. Estos son:

❖ **Succión:** En este caso las principales consecuencias que puede traer consigo esta malformación es que los bebés tienen problemas a la hora de ser amamantados ya que la lengua no va a cumplir con la función por tener limitado los movimientos linguales impidiendo la alimentación de manera correcta, dificultando su capacidad para mantenerse unido al seno y generando dolor mamario durante la lactancia., es por eso que la madre empieza a tener problemas en el pezón hasta generar una mastitis lo que va a producir un destete prematuro y el niño ganara poco peso además de que los nutrientes de la leche artificial no es lo mismo y esto a largo plazo tener consecuencias en el desarrollo de la deglución adulta.^{4,8}

❖ **Habla:** otra de las principales causas por cual se requiere a un tratamiento quirúrgico es cuando la persona no puede pronunciar algunas consonantes del abecedario como la r, t, l, z, d, n y entre otras. Esto puede deberse a que la lengua no llega a chocar con el paladar por lo tanto las palabras no llegan a articularse bien. En la mayoría de casos se sustituye el sonido “f” y “v” por el sonido “f, h” y una vez tratado el paciente con la cirugía tendrá que acudir al foniatra para solucionar estos problemas.^{4,15}

❖ **Deglución:** En este caso se va producir una deglución atípica, es decir, que la lengua se va apoyar en los incisivos inferiores a la hora de pasar los alimentos por ende producirá una vestibularización de los incisivos y creará una mordida abierta anterior y un colapso en el crecimiento mandibular.¹⁵

- ❖ **Problemas mecánicos:** La anquiloglosia también puede afectar la limpieza oral de la persona por impedir llegar a las zonas posteriores de los dientes por parte lingual ya que la lengua no llega a moverse, además afecta en la parte social de la persona porque impide muchas veces tocar un instrumento de viento, como también dificultad para lamerse los labios comer conos de helados y besar.^{4,16}
- ❖ **Ulceraciones linguales:** Esto llega a producirse porque la lengua esta tan pegada a los dientes que el paciente sin querer llega a tener microtraumas o roces continuos.¹⁵
- ❖ **Problemas ortodóntico-ortopédicos:** Cuando en un niño en crecimiento, el frenillo lingual está insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y alteraciones del lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición plana en el suelo de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir. Además que los tratamientos ortodónticos serán un total fracaso si estas no se solucionan antes de tiempo.¹⁵
- ❖ **Diastemas interincisivo inferior:** Este tipo de problema se presenta con poca frecuencia en el frenillo lingual; el cordón fibroso se extiende entre los incisivos centrales inferiores hacia vestibular y provoca un diastema¹⁵
- ❖ **Alteración con relación de prótesis:** El movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad la prótesis si la inserción del frenillo en la cara lingual de la mandíbula está cerca de la cresta alveolar. Para esto se recomienda la frenectomía para que la prótesis se sienta bien y no se tenga problemas.¹⁵

❖ **Patología periodontal:** Cuando los frenillos se insertan en la parte interincisal de los incisivos produce una tracción a la encía por lo que habrá recesiones gingivales y problemas periodontales a futuro.¹⁵

- **Histología:**

El frenillo con anquiloglosia tiene un número significativo de fibras del músculo esquelético estriado. Esto puede ser debido al enredo de las fibras de colágeno y elásticas de la mucosa con las fibras musculares del geniogloso. En el frenillo lingual con anquiloglosia se observa la presencia de una alta cantidad de colágeno de tipo I en fibras de zonas profundas, que puede justificar la restricción del movimiento de la lengua.¹³

- **Pronóstico:**

Por lo general esta malformación tiene un pronóstico favorable debido a que la mayoría de los casos de anquiloglosia resultan en poco o ningún problema clínico. El porcentaje de éxito del tratamiento quirúrgico es alto, siempre y cuando el paciente desarrolle a continuación un programa de ejercicios de articulación o terapia.^{5,20}

- **Tratamiento:**

El tratamiento de la anquiloglosia va a depender de la severidad del caso ya que se puede optar por un tratamiento conservador o quirúrgico como la frenectomía o la frenuloplastía.

Tratamiento conservador:

Cuando nos encontramos ante un problema de anquiloglosia leve o moderada en una edad temprana antes de los 8 años se puede realizar un tratamiento conservador de mecanoterapia y los ejercicios que se van a realizar son:¹⁵

- Colocar la lengua hacia el paladar.

- Sacarla lengua hacia afuera.
- Apretar el objeto con la lengua

Todo esto se debe realizar 10 veces de cada uno y 3 veces al día.

Tratamiento quirúrgico:

- **Frenectomía:**

La frenectomía es un procedimiento quirúrgico simple, donde se realiza un pequeño corte al frenillo lingual que ocasiona el problema.

Indicaciones para una frenectomía:

Antiguamente se efectuaban frenectomías ante la sospecha de una anquiloglosia que pudiese dificultar la succión del lactante. En la mayoría de casos no se obtenía un resultado definitivo. Pero ahora hay indicaciones para que se realice este procedimiento quirúrgico.^{15,21}

- Limitación intensa del movimiento que ocasiona problemas de alimentación o desmedro.
- Deseo de la madre de continuar la lactancia en presencia de problemas de prendimiento, lesiones del pezón o mastitis recurrente.
- Errores en la articulación de palabras con producción interdental de sonidos, en particular con /l/, /t/ y /n/.
- Inserción del frenillo en el margen gingival libre, lingual al incisivo inferior, con el resultado de defecto periodontal.
- Según Kotlow, se realiza en aquellos que poseen un frenillo lingual de clase IV o clase III, también se le puede realizar a los que presentan un frenillo de clase II y I pero son los más difíciles de evaluar.

- Antes de cualquier intervención, siempre es recomendable la valoración de problemas de alimentación y habla por un patólogo del lenguaje o un especialista en lactación.
- Problemas de deglución, dificultad para comer y beber.
- En pacientes que tengan una inestabilidad de prótesis o en pacientes que presentan problemas ortodónticos en donde el causal es el frenillo.
- Indicación de autoclisis irritación del frenillo lingual o ulceraciones producidos por esta patología.⁵

Técnicas quirúrgicas:

Resección simple: La incisión simple mediante un corte transversal con una tijera o un bisturí y su posterior sutura, pero suele ocasionar recidivas, por lo que se recomienda una incisión de todo el frenillo.²²

Técnica romboidal: También llamado en diamante se hace en dos etapas. Primero se cortan las inserciones del frenillo lingual y después se retira la porción intermedia del frenillo y las fibras transalveolares, esta es una buena técnica, pero tiene inconvenientes una de ellas es dejar grandes cicatrices.¹⁵

Z plastia: Esta técnica se utiliza cuando el paciente posee una lengua muy pegada al suelo de boca, consiste en el alargamiento del frenillo de la lengua para permitir su movilidad del órgano, pero para esta técnica se requiere de un especialista o de muchísimo cuidado porque se puede lesionar otras estructuras anatómicas vecinas, es más recomendable para frenillos labiales.²²

Plastia V-Y: También denominada como frenotomía o reposición lingual y está basada en la plastia V-Y; porque se hace una incisión en forma de V y se sutura en forma de Y.¹⁵

En los niños pequeños lactantes, el segmento avascular suele predominar y con su liberación se podrá aumentar la movilidad de la lengua. La técnica utilizada en estos casos consiste en inmovilizar la lengua a través de los dedos índice y medio, realizando un corte horizontal con tijeras de disección comenzando por el extremo del frenillo próximo a la punta y a la cara ventral de la lengua, haciendo hemostasia con una gaza, y no necesita de sutura ya que la herida se cerrará por segunda intención.¹⁰

Según Cosme Gay recomienda a la frenectomía, pero de tipo romboidal ya que con este se llega a hacer una exéresis de todo el frenillo lingual.

Secuencia quirúrgica de la técnica romboidal:

Anestesia: Se puede utilizar un anestesiado local o general, cuando se utiliza una anestesia local o regional se efectúan dos técnicas una es la anestesia troncular bilateral del nervio lingual o una infiltrativa local a ambos lados del frenillo y en todo su recorrido, la primera se utilizará con fines hemostásicos y la segunda en personas ya sean niños o adultos que no son colaborativos.¹⁵

La cirugía en el lactante exige realizar una anestesia general y los riesgos de esta técnica son elevados antes de los seis meses de edad; por ello el tratamiento quirúrgico se suele diferir, por lo menos hasta los 3-5 años de edad.¹⁵

Preparación de la zona operatoria: Se eleva la lengua con un punto de sutura de tracción en la punta lingual, traccionando de este punto levantaremos el frenillo y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit podremos proceder a la incisión.¹⁵

Incisión y disección: Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí nº 15, nº 11 o con tijeras de disección aproximadamente en el centro del frenillo lingual. Se realiza a 1 cm por arriba de las carúnculas, una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media. El músculo geniogloso puede seccionarse transversalmente con las tijeras o con bisturí eléctrico, hasta que se obtenga el grado deseado de movilidad lingual y controlar el sangrado con ligaduras o coagulación, también se recomienda hacer la exéresis del tejido sobrante para que la herida sea simétrica y no quede una gran cicatriz.¹⁵

Sutura: Se cierra el defecto romboidal con puntos separados como una incisión lineal longitudinal. La mejora conseguida en la movilidad lingual se comprueba antes de suturar respetando estructuras anatómicas como son los conductos y se recomienda utilizar los hilos reabsorbentes.

Indicaciones postoperatorias: dieta líquida por las primeras 24 horas, así como limitar movimientos de la lengua, llevar a cabo una limpieza oral muy meticulosa durante los primeros días con enjuagues bucales con agua y sal o con antisépticos y tratar de no tocar los hilos de sutura.¹⁰

CONCLUSIONES

1. La anquiloglosia es una malformación congénita oral de origen desconocido pero que puede estar asociado a factores hereditarios o a una variedad de síndromes, asimismo, tiene poca prevalente en los humanos ya que de 10 000 personas solo el 0.03 % llega a tenerlo o lo tiene.
2. La anquiloglosia en los recién nacidos posee una prevalencia mayor donde los valores de un 4% y que tiene una predilección por el sexo masculino tanto en recién nacidos como en niños, en este ultimo también los valores de prevalencia aumentan encontrándose estudios que llegan hasta el 10.91%.
3. Las consecuencias de esta malformidad llegan a ser muchas, entre las cuales se encuentra la mala articulación de palabras lo que podría provocar a futuro problemas emocionales como psicológicas, también se puede evidenciar problemas periodontales y oclusales.
4. Cuando el frenillo se inserta en los procesos alveolares este puede crear diastemas y recisiones gingivales.
5. La frenectomía es el procedimiento quirúrgico más simple para poder tratar la anquiloglosia, posee varias técnicas quirúrgicas que el odontólogo pueda escoger según el caso, hay indicaciones en la cual no se debe de realizar esta cirugía menor ya que todo problema de anquiloglosia no es severo a veces es moderado, para esos problemas existe los tratamientos conservadores.

RECOMENDACIONES

1. El odontólogo muchas veces se enfoca en los dientes y deja de lado a los demás tejidos, es por ello que se recomienda un examen clínico intraoral minucioso para así poder localizar la anquiloglosia y otras patologías.
2. Se recomienda a las madres estar pendientes de la salud oral de sus pequeños principalmente en los recién nacidos ya que se puede evitar a futuro muchas consecuencias que una patología puede causar.
3. Se recomienda acudir al profesional cuando los pequeños van presentando problemas en la fonación o articulación de palabras, para una evaluación, diagnóstico y plan de tratamiento. Cuanto más joven es el paciente, es más favorable el tratamiento.
4. La frenectomía es un procedimiento de cirugía menor y rápida de resolver problemas de anquiloglosia parcial; se recomienda al cirujano dentista, post cirugía, referir al paciente a un fonólogo o especialistas para corregir problemas de lenguaje.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Gómez M. y Campos A. Histología, Embriología e Ingeniería tisular bucodental 3° ed. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 162-163.
2. Benicio D., Firmino B., Henriquez J. y Lira R. Tratamiento de anquiloglosia parcial a través de frenectomía: relato de caso. Arch Health Invest 2019; 8 (9): 510-514.
3. Abanto J., Azevedo G., Nahás F. y Nahás M. Anquiloglosia: ¿Cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso. Acta Odontológica Venezolana 2009; 47 (3): 1-8.
4. Correa M, Abanto J, Correa F, Bonini G, Alves F. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. Rev. Estomatológica Herediana 2008; 18(2):123-127.
5. Gonzales B. Gonzáles F. Rosas G. Anquiloglosia parcial (incompleta). Rev. ADM 2009; 65 (2): 42-47.
6. Cano A. y col. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediátrica Mex. 2011; 32 (6): 355-356.
7. Costa M. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en Asturias (España). Un Pediatra 2014; 115 – 119.
8. Abad J. Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé”- 2016: Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima; 2017.
9. Benites R. Prevalencia de anquiloglosia en niños en edad de 6 a 10 años de la Institución Educativa “Túpac Amaru II” de Florencia de Mora, julio – octubre, 2017: Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. La Libertad; 2018.
10. Intriago E. Prevalencia de anquiloglosia en pacientes pediátricos: Trabajo de grado previo a la obtención del título de Odontólogo. Ecuador; 2020.
11. Martínez R. Rodríguez A. y Trujillo F. Prevalencia y consecuencias de anquiloglosia en niños de 6 a 12 años de edad que estudian en la escuela primaria 5 de mayo 1962.

- Tepatitlán de Morelos Jalisco. Febrero - junio 2014. En: Investigación temprana en Salud y Agrociencias. México: Centro Universitario de los Andes; 2015. p. 149-154.
12. Abad N. Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos en niños de 6 a 12 años en una institución educativa estatal, Huancayo 2019: Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Huancayo; 2019.
 13. Coacalla V. Prevalencia de anquiloglosia según la Clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito – Puno, 2016: Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Puno; 2016.
 14. Newman W. Dorland Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina 30 ed. Madrid-España: Editorial ELSEIVER; 2005.
 15. Gay C. Berini L. Tratado de cirugía bucal. Madrid- España: Editorial Ergon; 2004.
 16. Kumar S. Essentials of Oral Pathology 3 ed. India: Editorial Jaypee Brothers Medical Publishers; 2011.
 17. Hine M. Leni B. Shafer W. Shafer's Textbook of Oral Pathology 7° ed. India: ELSEIVER; 2012.
 18. Ongole R. Praveen B. Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology 2° ed. India: Editorial ELSEIVER; 2013.
 19. Chaudhary M. Chaudhary S. Essentials of Pediatric Oral Pathology. India: Editorial Jaypee Brothers Medical Publishers; 2011.
 20. Allen C. Damm D. Neville B. Rouquot J. Oral and Maxilofacial Pathology 3° ed. EE.UU. Editorial ELSEIVER; 2013.
 21. Cameron A. Duggal M. Toumba J. Odontología Pediátrica. México: Editorial El Manual Moderno; 2014.
 22. Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Odontopediatría. España: Editorial ELSEIVER; 2005.