

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

U.M.S.N.H

Facultad de odontología



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
"EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS"



"MORBILIDAD DE ANQUILOGLOSIA EN PACIENTES DE 0 A 14 AÑOS DE EDAD EN HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS, EN EL SERVICIO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL"

PRESENTA:

Cristina Arredondo Pérez

Para obtener título de:

Cirujano Dentista

Directora de tesis:

MC. Silvia Etelvina Paniagua Díaz

Miembro De La Comisión De La Investigación Científica Facultad De Odontología

Asesor

CD, CMF Francisco Javier GómezPamatz

Cirujano Maxilofacial Adscrito Al Hospital Infantil De Morelia "Eva Sámano De López Mateos"

Colaboradores:

Dra. Julia Libertad Paniagua Soto

Profesora de la facultad de odontología

MORELIA MICHOACAN JULIO DEL 2015

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

U.M.S.N.H

Facultad de odontología



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
"EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS"



"MORBILIDAD DE ANQUILOGLOSIA EN PACIENTES DE 0 A 14 AÑOS DE EDAD EN HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS, EN EL SERVICIO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL"

PRESENTA:

Cristina Arredondo Pérez

Para obtener título de:

Cirujano Dentista

Directora de tesis:

MG. Silvia Etelvina Paniagua Díaz

Miembro De La Comisión De La Investigación Científica Facultad De Odontología

Asesor

CD, CMF Francisco Javier GómezPamatz

Cirujano Maxilofacial Adscrito Al Hospital Infantil De Morelia "Eva Samano De López Mateos"

Colaboradores:

Dra. Julia Libertad Paniagua Soto

Profesora de la facultad de odontología

MORELIA MICHOACAN JULIO DEL 2015

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis maestros.

A todos aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario.

Doctor Francisco Javier Gómez Pamatz por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a la Dra. Silvia Paniagua por su apoyo ofrecido en este trabajo y apoyarme en todo momento; a la Doctora Julia Paniagua por su tiempo compartido.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Leopoldo Arredondo Guillen y Angélica Pérez Rendón mis padres.

Índice

1. Objetivos	1
2. Justificación.....	2
3.- Resumen.....	3
4.- Introducción.....	4
5.-Antecedentes.....	5
6.-Material y métodos.....	34
7.- Resultados y discusión.....	37
8.- Conclusiones.....	45
9.-Recomendaciones.....	46
10.-Bibliografía.....	47
11.- Anexos.....	49

1.- Objetivo general

Analizar la experiencia del hospital infantil de Morelia Eva Sámano de López Mateos en la atención de niños con anquiloglosia durante el periodo de agosto del 2014 a mayo del 2015.

Objetivos específicos

- Estimar la incidencia de anquiloglosia por edad y sexo.
- Clasificar el tipo de anquiloglosia según Kottow en los niños estudiados.
- Identificar los pacientes con anquiloglosia y anquiloqueilia que acuden al servicio de cirugía maxilofacial en el hospital infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos".

2.- Justificación

Partiendo de la base de que el lenguaje es el medio por excelencia de comunicación y transición reconocimiento, se puede deducir que los problemas en este campo van a afectar de manera importante el desarrollo individual del niño.

Asimismo el estudio de esta estructura permite el desarrollo de nuevas formas de abordaje y a través de esto, se describen formas diferentes de prevenir situaciones desagradables, siempre tomando en cuenta la edad del paciente y el motivo de la corrección para darle la mejor solución al problema. Antiguamente se diagnosticaba y remediaba la anquiloglosia nada más al nacer el niño y durante siglos las comadronas se encargaban de cortar los frenillos, pero con el tiempo este método fue totalmente eliminado.

Surge así el análisis de todas las anomalías originada por la mala inserción del frenillo lingual, la necesidad de diagnosticar y corregirlas a tiempo.

Esta investigación contribuye con la divulgación de la información referida a la anquiloglosia y establecer la técnica más eficaz para la mejor corrección de la anomalía que produce trastornos del habla en el niño y adolescente.

Por ende este estudio deja bases teóricas para la determinación de la prevalencia de la anquiloglosia en niños, ayudando a establecer su frecuencia como su distribución por edad, sexo así como la frecuencia con la que presentan estos pacientes anquiloqueilia.

3.- RESUMEN

La anquiloglosia es una anomalía congénita en la cual la membrana debajo de la lengua es muy corta o puede estar insertada muy próxima a la punta de la lengua, dificultando su protrusión.

OBJETIVO Estimar la incidencia de anquiloglosia por edad y género. Clasificar el tipo de anquiloglosia en base a la clasificación de Kotlow en los niños estudiados en el servicio de cirugía maxilofacial. Identificar los pacientes con combinación de anquiloglosia y anquiloqueilia que acuden al servicio de cirugía maxilofacial en el hospital infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos".

MATERIAL Y MÉTODOS se seleccionó a todos los pacientes de 0 a 14 años que acudieron al servicio de cirugía maxilofacial, previamente referidos por el pediatra, Odontopediatría o a la escuela el CAPET y las variables de estudio se registraron en un formato de con base los registros de la bitácora del servicio de Odontopediatría.

RESULTADOS se estudiaron 511 recibieron la atención por parte del servicio de cirugía maxilofacial, de estos pacientes se identificaron 71 niños con diagnóstico de anquiloglosia lo que corresponde al 13.89 %. La incidencia de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial por género corresponde al sexo masculino con el 68% y para el sexo femenino 32%. Según la clasificación de Kotlow la anquiloglosia se clasifica en cuatro clases de las cuales la incidencia de clase I fue del 30%, la clase II correspondiendo al 34%, clase III de 34%, y la clase IV con un 2%. La incidencia por edad de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial fue para menores de 1 año con 12%, 1 año con el 18%, 2 años con un 7%, 3 años con un 13%, 4 años con un 10%, 5 años con un 6%, 6 años con un 15%, 7 años con un 4%, 8 años con un 1%, 9 años con un 1%, 10 años con un 6%, 11 años con un 3%, 12 años con un 1%, 13 años con un 3%, 14 años con 0%. De los 71 pacientes con anquiloglosia se presentaron 12 casos con el diagnóstico de anquiloqueilia que corresponde al 17%.

CONCLUSIONES la incidencia de anquiloglosia es alta (14%), con predominio del sexo masculino con un 68%, la edad más frecuente fue al año de edad, correspondiendo clasificación de Kotlow fue la clase II y III representados con un total de 19 casos cada uno mientras que la clase I con 17 y la clase IV con 15 casos. Se observó que la prevalencia de la anquiloglosia se encuentra asociada con la presencia de la mala inserción del frenillo labial superior o inferior o ambos se presentaron en un 17%.

PALABRAS CLAVES: anquiloglosia, frenillo lingual, anquiloqueilia, frenuloplastia

4.-INTRODUCCION

La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente común del frenillo lingual, en el cual, la membrana debajo de la lengua es muy corta o puede estar muy próxima a la punta de la lengua, dificultando su protrusión.

Asimismo, el frenillo con inserción corta, altera la fisiología mecánica de la lengua, pudiendo provocar alteraciones funcionales y anatómicas en sus otras estructuras de la cavidad bucal. El paciente con anquiloglosia puede tener consecuencias negativas en el lenguaje, en la función de auto limpieza ejercida por la lengua, dificultades de amamantamiento en recién nacido, en el desarrollo normal de la mandíbula en los casos más severos, entre otros problemas.

A pesar de que el manejo de la anquiloglosia ha sido muy debatido, hay actualmente una escasez de informaciones objetivas respecto a su prevalencia, diagnóstico así como la necesidad y momento de tratamiento quirúrgico oportuno.

La anquiloglosia es de etiología desconocida pero puede tener una relación con antecedentes heredofamiliares. Existen informes de que la anquiloglosia afecta varias generaciones de una familia, lo cual puede sugerir que presenta una base genética. A veces se presenta con ciertos síndromes como labio hendido, síndrome de Fraser y síndrome oro facial digital entre otros.

Según Cosme Gay Escoda dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

- 1) Frenillo fibroso compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.
- 2) frenillo muscular puede estar involucrados los distintos músculos en el frenillo lingual:
- 3) frenillo mixto o fibromuscular estos frenillos linguales se observan por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

5.- Antecedentes

¿QUE ES UN FRENILLO BUCAL?

Son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertos por mucosa oral.

Los frenillos pueden presentarse:

Mediales:

- frenillo labial superior
- frenillo labial inferior
- frenillo lingual

Laterales:

A la altura de los premolares superiores e inferiores son realmente bridas cicatrizales.¹

Son estructuras de interés quirúrgico, porque los problemas relacionados con estos pueden requerir de su eliminación: la remoción de un frenillo puede entrar en un plan de tratamiento de ortodoncia, protésico o periodontal, o estar indicada para la corrección de un problema funcional.^{1,2}

LENGUA

La lengua, describe el Dr. Martínez,¹ comienza a formarse al mismo tiempo que el paladar a las 4 semanas en la cara endodérmica del primer arco braquial, aparecen dos protuberancias o mamelones linguales laterales y una prominencia medial o tubérculo impar nacido del borde inferior de este arco. Las protuberancias linguales laterales se fusionan entre si y a su vez con la prominencia medial formando los 2/3 anteriores del cuerpo de la lengua, o lengua móvil. Esta fusión en algunos casos deja como vestigio en la mucosa lingual una marca romboide a

nivel medial, por tanto la lengua por delante de la v lingual tiene una función masticatoria y proviene de un tubérculo laterales situados en la extremidad ventral a cada lado de la mandíbula resultando que la lengua móvil tiene un origen ectodérmico y endodérmico.

Los dos tercios anteriores de la lengua están separados del tercio posterior por la v lingual o surco terminal. La porción posterior fija, tiene su origen en tejido formado de la fusión medial del 2°,3° y parte del 4° arco faríngeo y es endoblástica.

El esbozo de la glándula tiroides se desarrolla en la parte caudal del tubérculo impar mediante una invaginación endodérmica que va emigrando hacia abajo por delante de la cavidad intestinal. El punto de origen, donde se produce esta invaginación en la base de la lengua es el denominado agujero ciego. La musculatura lingual tiene su origen en los somitas occipitales, y es inervada por el hipogloso. A lo largo de su desarrollo el tamaño de la lengua guarda proporción con el perímetro craneal. La lengua dobla su longitud y su anchura desde el nacimiento hasta la adolescencia³.

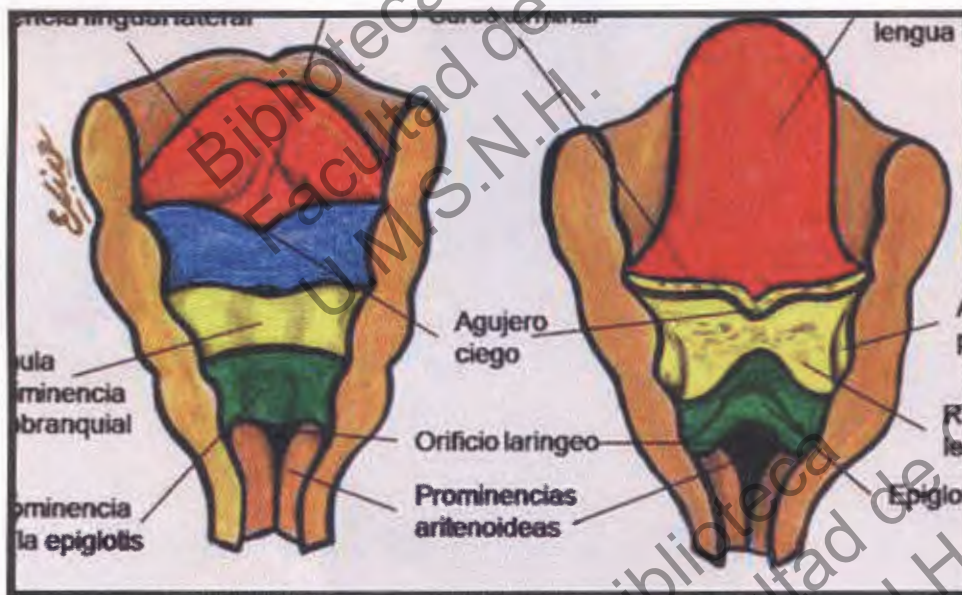


Ilustración estructuras embrionarias de la lengua Dr. Martínez

ANATOMIA DE LA LENGUA

Es un órgano impar, mediano y simétrico; una formación muscular móvil, revestida de mucosa; desempeña una acción esencial en la masticación, la deglución, la succión y la fonación. Así mismo es el órgano receptor de las sensaciones gustativas (sentido del gusto).

La lengua tiene dos partes una parte anterior móvil y una parte posterior fija (raíz de la lengua).

Parte móvil:

La parte móvil de la lengua limitada posteriormente por el surco terminal en la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores. El surco terminal se ubica a los lados del foramen ciego de la lengua, paralelamente y por detrás de las papilas circunvaladas.

La lengua tiene la forma de un cono con una cara superior aplastada transversalmente, convexa en sentido antero posterior, es el dorso de la lengua. Presenta un canal excavado en dirección antero posterior, el surco medio de la lengua. El dorso de la lengua esta tapizado por una mucosa gruesa, con papilas dispuestas a ambos lados de la línea media como las barbas de una pluma. Esta mucosa es rosada y húmeda en estado normal.

Surcos congénitos la lengua del niño es lisa pero se puede observar con surcos o plegada, especialmente los surcos laterales.

Surcos fisiológicos sobre el surco medio se implantan surcos transversales estos se acentúan con la edad y son acompañados por un engrosamiento de la mucosa y atrofia papilar y glandular.

Una cara inferior menos extensa que la superior es invisible levantando el vértice de la lengua. Esta cara se apoya sobre el piso de la boca. Esta unida a este por el frenillo lingual, pliegue mucoso mediano semilunar en cuya base se abren las carúnculas, orificios de los conductos de las glándulas salivales submandibulares, la mucosa de la cara inferior es delgada transparente.

Raíz de la lengua

Relativamente fija, ancha y gruesa, puede ser descubierta parcialmente por tracción del vértice de la lengua o visualizarse mediante un espejo laringoscopio. Presenta una dirección vertical, constituye la pared anterior de la orofarínge. Su superficie está limitada por delante por el surco terminal.

El foramen ciego está situado en la parte mediana del surco terminal. Corresponde a la cicatriz deprimida del conducto tiroglosó del embrión.

Por detrás del surco terminal la superficie es irregular, la mucosa esta levantada por folículos linguales que forman la amígdala lingual.

La raíz de la lengua se relaciona por detrás con la epiglotis a la que se conecta por los pliegues glosopigloticos medio y laterales, que a su vez limita a las valleculesepigloticas.

La amígdala lingual es una formación linfoidea más desarrollada en el niño, atrofiada en el adulto. Su superficie presenta los folículos linguales, que son protuberancias cupuliformes de la mucosa, con criptas centrales, producidas por el tejido linfoide subyacente.

La raíz de la lengua está unida

Al paladar blando por los arcos palatoglosos.

A la epiglotis por los pliegues glosopigloticos medio y laterales.

La tracción de la lengua atrae hacia adelante a la epiglotis y abre el vestíbulo laríngeo⁴.

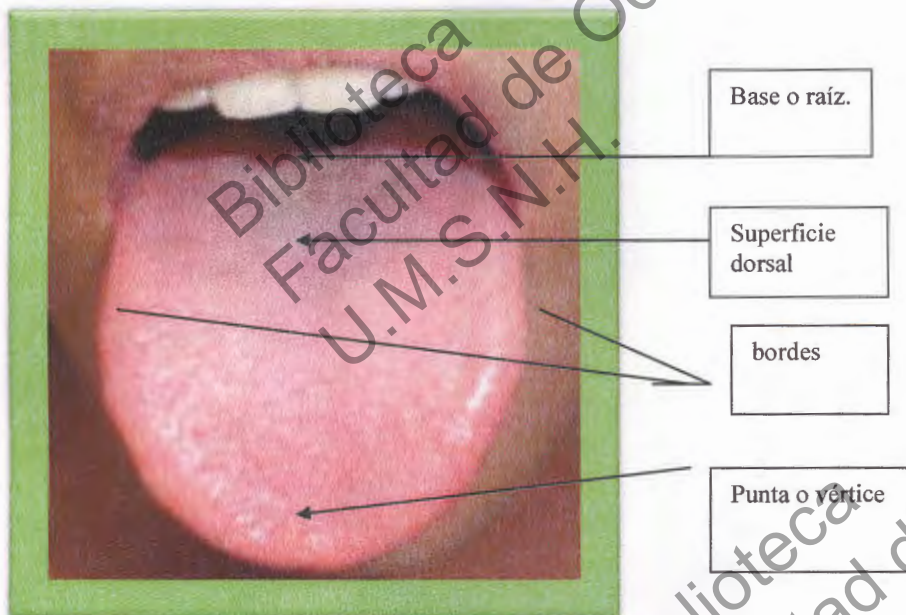


Ilustración estructuras anatómicas de la lengua Dr. Martínez

Papilas de la lengua

Según su forma, se dividen en cinco grupos :

Papilas caliciformes o circunvaladas: son las más voluminosas y las más importantes. Se componen de tres partes un mamelón central o papila propiamente dicha; un rodete circular, que rodea a manera de cáliz; y un surco, igualmente situado entre la papila y su rodete.

Papilas fungiformes: semejantes a una seta, se componen de una cabeza, sostenida por un pedículo mide 1.2 mm de altura por 0.8 mm de grosor.

Papilas foliadas: son pliegues verticales, situados en el borde de la lengua, cerca de la base. Son rudimentarias en el hombre.

Papilas hemisféricas: son más pequeñas que las anteriores y análogas a las papilas dérmicas de la piel.⁵



Ilustración papilas gustativas Dr. Martínez¹

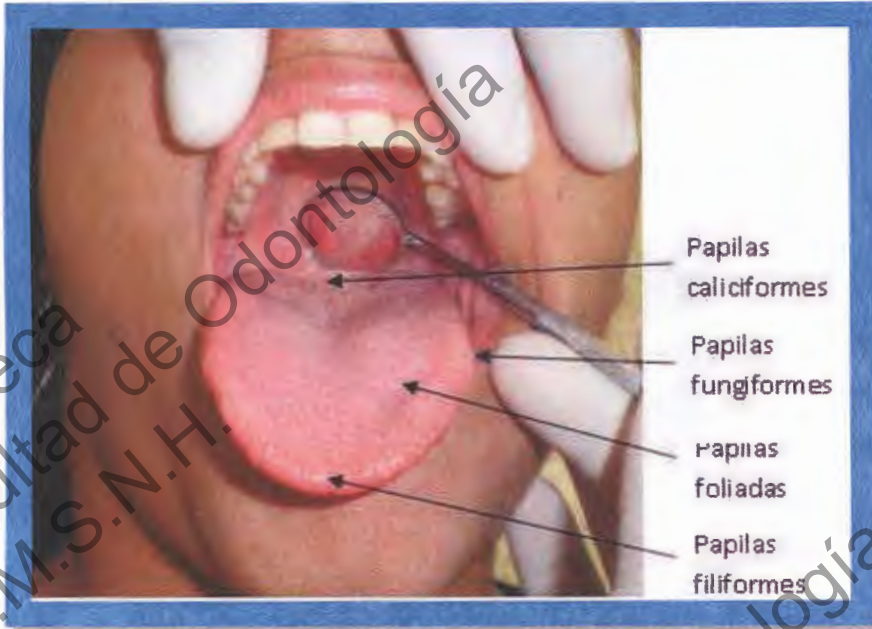


Ilustración distribución de las papilas gustativas Dr. Martínez¹

Zonas gustativas de la lengua

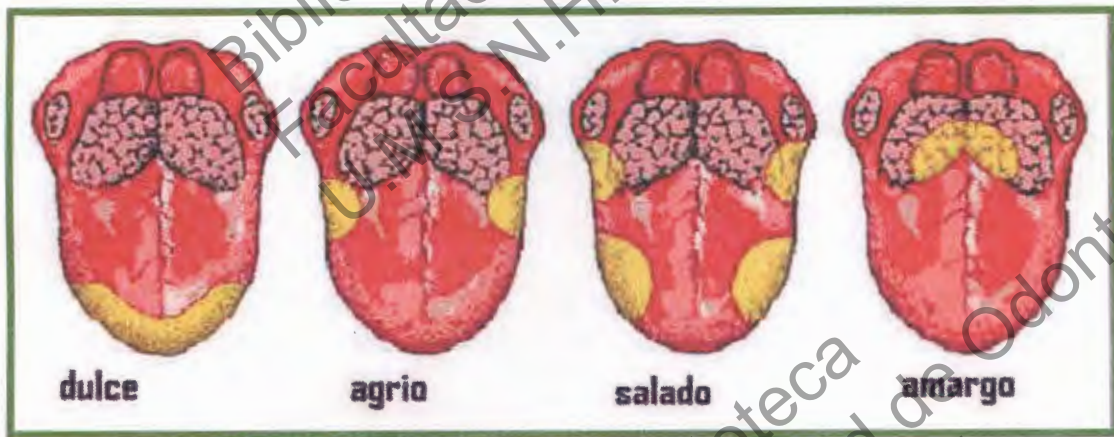


Ilustración zonas gustativas de la lengua Dr. Martínez¹

Glándulas salivales propiamente de la lengua

SUBLINGUAL

- Más pequeña
- Situada en el suelo de la boca.
- Peso 3 gramos.
- Forma de almendra.
- Produce 5% de saliva.

LINGUALES

- Punta de la lengua.
- Amígdalas.
- Dorso de la lengua ⁶

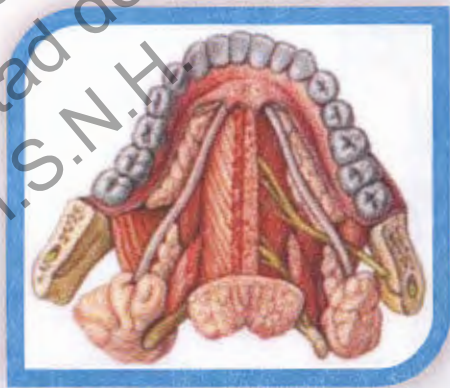


Ilustración glándulas linguales Dr. Martínez'

Músculos de la lengua

Todas las fibras musculares de la lengua son esqueléticas. Los músculos de la lengua son 8 pares y uno impar' dando como resultado 17 músculos en total distribuidos de la siguiente manera:

Los músculos de la lengua se dividen en extrínsecos e intrínsecos y un impar.

Extrínsecos:

Genioglosos, estiloglosos, hioglosos, palatoglosos, faringoglosos, amigdaloglosos.

Intrínsecos: lingual inferior, transverso y el músculo impar el longitudinal superior.

Moore describe a la lengua es en esencia una masa de músculos casi toda cubierta por una membrana mucosa.

Suele describirse la acción de los músculos de la lengua como:

- 1) una sola acción para un músculo específico
- 2) un movimiento particular es la consecuencia de la acción de un solo músculo, esto simplifica las acciones de la lengua y puede resultar engañoso.

Los músculos de la lengua no actúan por separado y algunos de ellos realizan múltiples acciones, las diferentes porciones de un único músculo puede actuar de forma independiente, y producir acciones diferente, a veces antagónicas. En general, sin embargo; los músculos extrínsecos alteran la posición de la lengua, mientras que los intrínsecos alteran su forma. En cada mitad de la lengua existen Cuatro músculos extrínsecos y cuatro músculos intrínsecos, que están separados por un tabique lingual fibroso y medio que se fusiona por detrás con la aponeurosis lingual^{7, 3, 8,4}

MUSCULO	FORMA Y POSICION	ORIGEN	INSERCIÓN	ACCION(ES) PRINCIPAL(ES)
MUSCULOS EXTRINSECOS DE LA LENGUA				
geniogloso	musculo con forma de abanico: Constituye la mayor parte del volumen de la lengua.	Porción superior de la espina mentoniana de la mandíbula a través de un tendón corto.	Totalidad del dorso de la lengua: sus fibras más inferiores y posterior se insertan en el cuerpo del hueso hioides.	Su actividad bilateral deprime la lengua, en especial su porción central, y crea un surco longitudinal; la porción posterior tracciona la lengua hacia adelante para protrirla, la porción más anterior retrae el vértice de la lengua protruida; la contracción unilateral desvía la lengua hacia el lado contralateral.
hiogloso	musculo delgado cuadrangular	cuerpo y asta mayor del hueso hioides	cara inferior de la porción lateral de la lengua	Deprime la lengua, en especial con la tracción sus caras laterales hacia abajo; ayuda a acortar (retraer) la lengua.

estilo glosó	musculo pequeño coto y triangular	borde anterior de la apófisis estiloides distal; ligamento estilioideo	posteriormente en las caras laterales de la lengua, interdigitandose con el hiogloso	retrae la lengua y eleva sus caras laterales; trabaja con el geniogloso para formar un surco central al deglutir.
palatogloso	musculo palatino estrecho con forma de creciente; forma la columna posterior del istmo de las fauces	aponeurosis palatina del paladar blando	entra en la lengua de forma transversal posterolateralmente, mezclándose con el musculo transverso intrínseco	capaz de elevar la porción posterior de la lengua o deprimir el paladar blando; más comúnmente actúa como constrictor del istmo de las fauces

MUSCULOS INTRINSECOS DE LA LENGUA

longitudinal superior	capa delgada situada profundamente a la membrana mucosa del dorso de la lengua	capa fibrosa submucosa y tabique fibroso medio	bordes de la lengua y membrana mucosa	desplaza la lengua en sentido longitudinal hacia arriba, eleva el vértice y sus caras laterales; acorta (retrae la lengua)
longitudinal inferior	banda estrecha cerca de la cara inferior	raíz de la lengua y cuerpo del hueso hioides	vértice de la lengua	desplaza la lengua en sentido longitudinal hacia abajo, deprime el vértice; acorta (retrae) la lengua
transverso	profundo al musculo longitudinal superior	tabique fibroso medio	tejido fibroso de los márgenes laterales de la lengua.	estrecha y elonga (protrae) la lengua
vertical	fibras que se cruzan con el musculo transverso	capa fibrosa submucosa del dorso de la lengua	cara inferior de los bordes de la lengua	aplana y ensancha la lengua

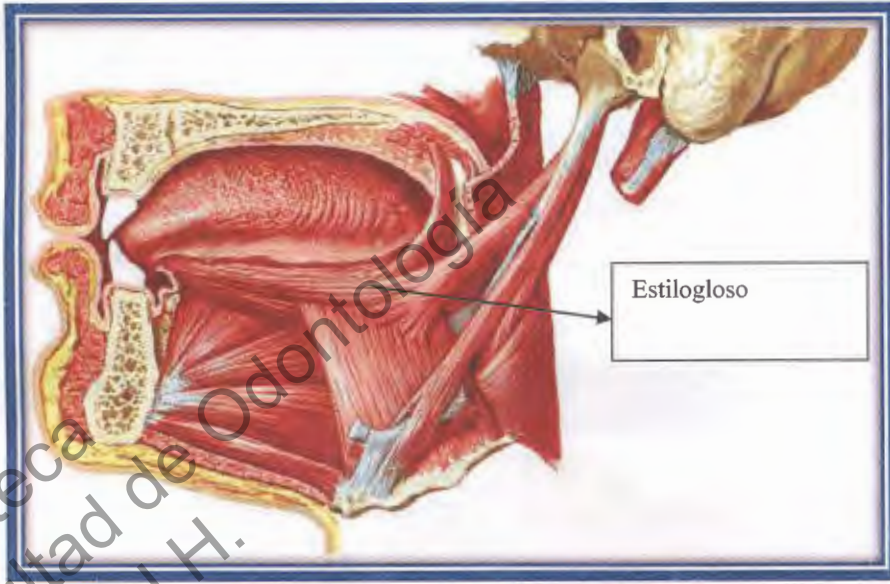


Ilustración musculo estilgoso Dr. Martínez¹

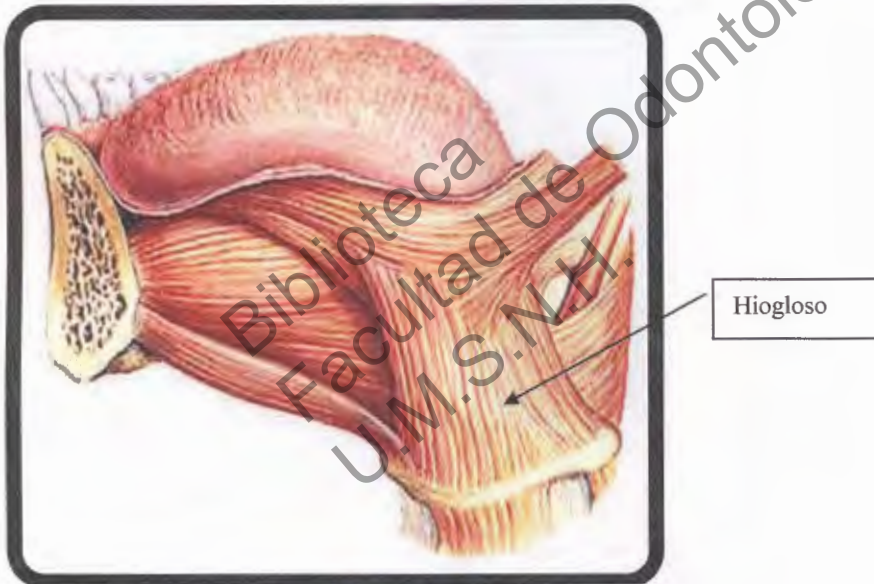
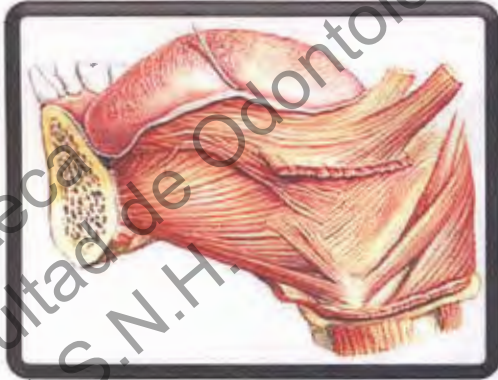


Ilustración musculo hiogloso Dr. Martínez¹



← Palatogloso

Ilustración musculo palatogloso Dr. Martínez¹

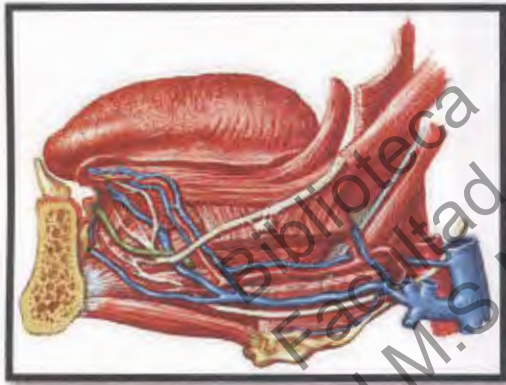


Ilustración musculo faringogloso Dr. Martínez¹

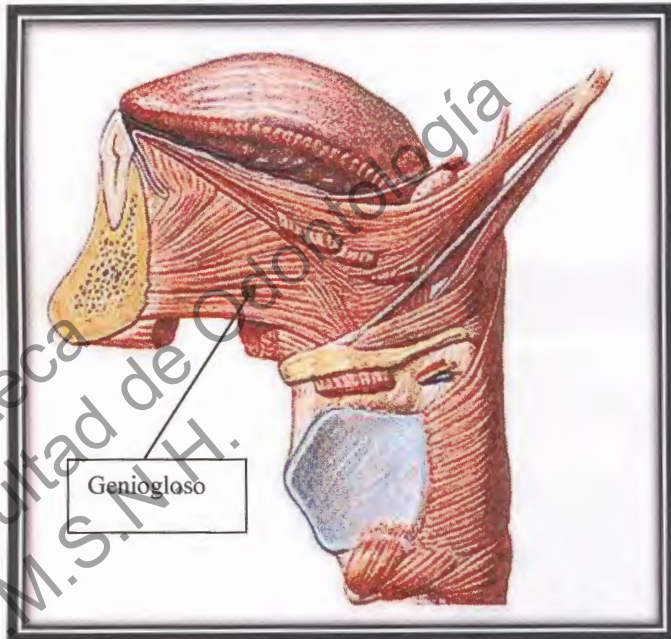


Ilustración musculo geniogloso Dr. Martínez¹

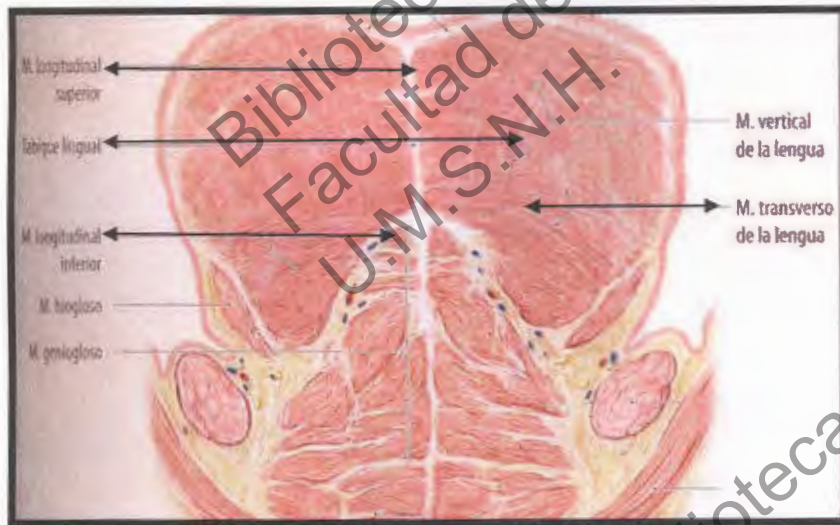


Ilustración musculo transverso de la lengua Dr. Martínez¹

Inervación e irrigación de la lengua

La lengua recibe el suministro arterial por la arteria lingual (de la arteria maxilar interna), que se divide en ramas terminales arteria profundas de la lengua y arteria sublingual. Paralela a esta suele discurrir la vena lingual. Efectúa su drenaje en la vena yugular interna. La inervación sensitiva de la mucosa lingual se realiza por nervio lingual una rama del nervio mandibular del trigémino en anastomosis con el nervio facial, la cuerda tímpano, que llevan fibras aferentes gustativas para los dos tercios anteriores de la lengua. La cuerda del tímpano contiene además fibras visceromotoras preganglionares parasimpáticas para el ganglio submandibular, en que las fibras parasimpáticas para las glándulas submandibular y sublingual efectúan el relevo de pre- a postganglionar. La inervación somatomotora del musculo palatogloso se realiza por el nervio glossofaríngeo IX y la inervación de la musculatura lingual restante, por el nervio hipogloso XI

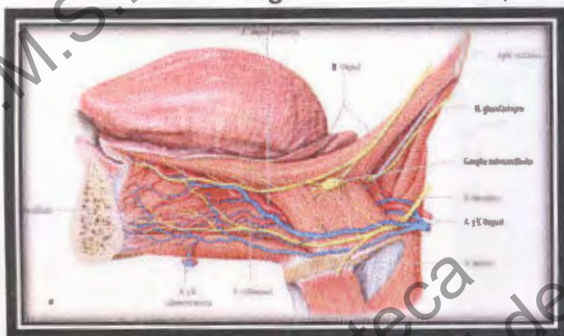


Ilustración inervación e irrigación de la lengua Dr. Martínez¹



Ilustración inervación de la lengua Dr. Martínez¹

DEFINICIONES DE ANQUILOGLOSIA

Anquiloglosia del griego Ankylos (freno) y del latín glossia (lengua) es una anomalía congénita en la que el frenillo sublingual se adhiere a la punta de la lengua, produciendo diversos grados de limitación de su función.

La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente común del frenillo lingual en la cual la membrana debajo de la lengua es muy corta o puede estar insertada muy próxima a la punta de la lengua, dificultando su protrusión¹⁰.

La IATP (International Affiliation of Tongue-Tie Professionals) lo define como: *“tejido embrionario residual situado en la línea media de la lengua, entre su cara inferior y el suelo de la boca que restringe el movimiento normal de la lengua”*¹¹

La definición de Donna Gedges es breve, clara e incluye el movimiento de la lengua como parte fundamental: *“el frenillo lingual es una membrana mucosa situada bajo la lengua. En ocasiones, este frenillo dificulta o impide el movimiento normal de la lengua por ser demasiado corto o poco elástico, hablamos entonces de frenillo lingual corto o anquiloglosia”*¹².

TIPOS DE FRENILLOS

Según Cosme Gay Escoda dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

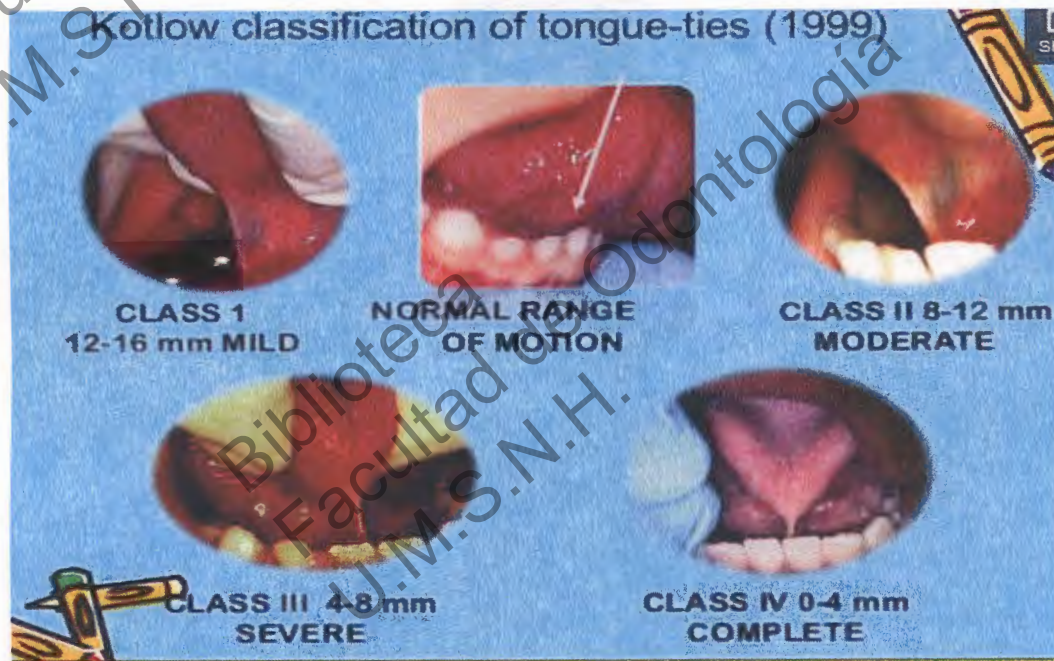
- 3) Frenillo fibroso compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.
- 4) frenillo muscular puede estar involucrados los distintos músculos en el frenillo lingual:
- 3) frenillo mixto o fibromuscular estos frenillos linguales se observan por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar¹³.

CLASIFICACION DE FRENILLO LINGUALES

Existen diferentes clasificaciones de la anquiloglosia:

Clasificación anatómica de Coryllos

- Tipo I: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.
- Tipo II: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar.
- Tipo III: Frenillo grueso, fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.
- Tipo IV: El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.¹⁴



Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie) a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999;30(4): 259-262.

Clasificación de Kotlow

Clínicamente aceptable, rango normal de lengua libre mayor de 16 mm.

Tipo I: anquiloglosia media: 12 a 16 mm.

Tipo II: anquiloglosia moderada: 8 a 11mm.

Tipo III: Anquiloglosia severa: de 3 a 7mm.

Tipo IV: Anquiloglosia completa menos de 3mm. Dicho frenillo lingual requiere pronta revisión, y debería ser tratado posteriormente en la niñez.¹⁵

Clasificación de Hazelbake¹⁶

<p>Aspecto de la lengua cuando se levanta: 2: Redonda o cuadrada 1: Es aparente una hendidura ligera en la punta 0: Configuración en corazón o en "V"</p> <p>Elasticidad del frenillo: 2: Muy elástico 1: Moderadamente elástico 0: Elasticidad escasa o nula</p> <p>Longitud del frenillo lingual cuando se levanta la lengua: 2: >1 cm 1: 1 cm 0: <1 cm</p> <p>Inserción del frenillo lingual en la lengua: 2: Posterior a la punta 1: En la punta 0: Presencia de una muesca en la punta</p> <p>Inserción del frenillo lingual por debajo de la cresta alveolar: 2: Inserción en el suelo de la boca o muy por debajo de la cresta alveolar 1: Inserción inmediatamente por debajo de la cresta alveolar 0: Inserción en la cresta alveolar</p>	<p>Función</p> <p>Lateralización: 2: Completa 1: El cuerpo de la lengua, pero no la punta 0: Completamente ausente</p> <p>Levantamiento de la lengua: 2: La punta hasta la mitad de la boca 1: Sólo los bordes hasta la mitad de la boca 0: La punta permanece en la cresta alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca únicamente tras el cierre mandibular</p> <p>Extensión de la lengua: 2: La punta sobre el labio inferior 1: La punta sobre la encía inferior 0: Ninguna de las anteriores, sólo protrusión anterior o media.</p> <p>Extensión de la parte anterior de la lengua: 2: Completa 1: Moderada o parcial 0: Escasa o nula</p> <p>Ahuecamiento: 2: Todo el borde ahuecamiento firme 1: Sólo los bordes laterales, ahuecamiento moderado 0: Ahuecamiento escaso o nulo</p> <p>Peristasis: 2: Completa desde la parte anterior a la posterior 1: Parcial, iniciada por detrás de la punta 0: Inexistente o movimiento inverso</p> <p>Chasquido posterior: 2: Inexistente 1: Periódico 0: Frecuente o en cada movimiento de succión</p>
---	---

Etiología

La anquiloglosia es de etiología desconocida pero puede tener una relación con antecedentes heredofamiliares. Existen informes de que la anquiloglosia afecta varias generaciones de una familia, lo cual puede sugerir que presenta una base genética. A veces se presenta con ciertos síndromes como labio hendido, síndrome de Fraser y síndrome oro facial digital entre otros.

Está usualmente presente como anomalía única, pero puede estar asociada a síndromes o condiciones nosindrómicas que presentan anomalías específicas del frenillo lingual.

Puede presentarse múltiple, hiperplasia y/o ausente, como en los síndromes de Ehlers-danlos, síndrome de Ellis-van Creveld, síndrome de Pierre-Robin, síndrome oro-facio digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil y hendidura palatina. Los problemas dentales también pueden ser vistos asociados a la anquiloglosia. Algunos autores reportaron que esta alteración es causada por una deformación de los incisivos inferiores y puede perjudicar la deglución y dentición^{17,12}

Consecuencias de la Anquiloglosia

Mecanismos del habla

El habla se define como el acto de pronunciación articulada de las palabras de un lenguaje. El mecanismo del habla se funda en diversos sistemas, estructuras y cavidades, para que se puedan producir sus modulaciones acústicas dinámicas características, es necesaria la coordinación de varios procesos básicos como la respiración, la fonación, la resonancia y la articulación.

El término articulación se refiere a la posición y movimientos de los labios, dientes, lengua, mandíbula, paladar y otras estructuras asociadas durante el habla.

La adquisición de la habilidad de pronunciación representa un proceso de maduración; las vocales son los primeros sonidos que se articulan. La mayoría de los niños articulan correctamente las vocales hacia los 3 o 3 ½ años. Los sonidos de las consonantes requieren más tiempo. En estudios transversales sobre niños normales se ha demostrado que la maduración de los sonidos de las consonantes no se produce hasta los 8 años en algunos casos. Por lo tanto, los errores en el habla de los niños de 8 años o más son muy significativos, mientras que los mismos errores en niños de 5 años no indican, por necesidad, un trastorno en la articulación, ya que a esta edad, no se espera que el niño tenga habilidad con todos los sonidos del habla.¹⁸

Alteraciones del lenguaje y del habla

La evolución normal del desarrollo consta de diversas etapas que se alcanzan de forma secuencial y a edades relativamente constantes. La adquisición de la habilidad de pronunciación representa un proceso de maduración; las vocales son los primeros sonidos que se articulan.

Los sonidos de las consonantes requieren más tiempo.

Algunos sonidos para ser producidos requieren mayor habilidad motora que otros, y por lo tanto, son más difíciles de producir; tal es el caso de la 'R', que en el habla es uno de los últimos sonidos en aparecer. Sonidos más fáciles de ser producidos como la 'P', la 'T' y la 'M' aparecen más temprano en el habla que otros.

El frenillo lingual corto, en algunos casos, dificulta la elevación normal de la punta de la lengua para la pronunciación de los sonidos t/, d/, n/, l/. No obstante, los niños se adaptan con facilidad a este problema y su pronunciación llega a ser aceptable. También se ve a producir un rotacismo en la rr/.

Se considera que la alteración es importante cuando:

— La punta de la lengua no puede sobresalir más allá de los dientes o del borde de las encías.

Cuando la punta de la lengua tenga una muesca al sacar la lengua al máximo de la boca.

Trastornos de la alimentación

La lengua juega un papel muy importante en la lactancia materna. Ayuda a atraer el pecho a la posición adecuada dentro de la boca y luego forma un surco a lo largo del pecho para mantener el tejido mamario en posición dentro de la boca sosteniendo la leche en su parte posterior hasta el momento de tragar.

Las dificultades que presenta el frenillo lingual corto para la lactancia dependerán del grado de flexibilidad, de la longitud de lengua que queda libre y de la flexibilidad del fondo de la boca. Esta teórica dificultad para la alimentación (lactancia) es compensada por el bebé de diversas formas, de modo que es infrecuente encontrar verdaderos problemas en el amamantamiento.

Otras manifestaciones clínicas

Puede traumatizarse el frenillo lingual por el contacto con los incisivos inferiores y formarse una úlcera o incluso llegar a desgarrarse por completo.¹⁹

Diagnóstico

El Odontopediatría puede ser el primer profesional al que consulten los padres de los niños con problemas del habla y de articulación del lenguaje. Por lo tanto, es aconsejable que conozca la secuencia normal del desarrollo del habla y del lenguaje en la infancia. Así como los principales trastornos asociados. Es importante previamente al examen, elaborar una historia clínica completa con una anamnesis bien detallada, enfocada para que el niño pronuncie ciertas palabras y letras especialmente la articulación de las letras: L, R, T, D, N, TH, SH, y la Z. Clínicamente, debemos observar las características propias del frenillo sano, como: inserción, grosor, extensión, longitud y consistencia.

La restricción en el movimiento normal de la lengua causada por un frenillo lingual corto se diagnostica cuando la lengua no puede contactar el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruirse más de 1-2 mm por fuera de los incisivos inferiores²⁰

TRATAMIENTO

Antiguamente se efectuaban frenectomías en los servicios de pediatría destinados a niños lactantes ante la sospecha de una anquiloglosia que pudiera dificultar la succión del lactante. En la mayoría de casos no se obtenía un resultado definitivo.

El frenillo lingual debe ser eliminado en la anquiloglosia completas clase IV debido a la gran restricción de los movimientos linguales. La mayoría de los frenillos clase III también benefician de la frenectomía. Los niños muchas veces se adaptan a una inserción corta pero también es recomendable la exéresis quirúrgica. Los niños con anquiloglosia moderada clase II y ligera clase I son las más difíciles de evaluar. La mayoría de estos niños no parecen tener alteraciones en la fonación, ni ninguna otra patología referida a la presencia el frenillo lingual.

Otras razones para decidir la exéresis del frenillo lingual son alteraciones de la deglución, dificultad para comer y beber, dificultad para tocar instrumentos de viento y en los adultos, inestabilidad de la prótesis y molestia o dificultades en ciertas actividades sociales.

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial superior es decir con escisión total z-plastia, o mediante plastia v-y.

La técnica recomendada en este caso es la frenectomía o exéresis completa (romboidal). La secuencia operatoria sea la siguiente:

-Anestesia

La frenectomía se puede hacer con anestesia local o general.

Cuando se hace anestesia loco-regional se pueden efectuar dos técnicas:

Anestesia troncular bilateral (bloqueo) del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria (entre las carúnculas de los conductos de Wharton) con fines hemostáticos.

Anestesia local infiltrativa a ambos lados frenillo y en todo su recorrido. Esta técnica nos parece más adecuada y en caso de tener que efectuar la intervención quirúrgica en un niño o en un adulto temeroso podremos además hacer una sedación endovenoso o con óxido nitroso, ya que la infiltración de anestesia local en la superficie ventral de la lengua y en el suelo de la boca es dolorosa y difunde rápidamente. También puede recomendarse la anestesia tópica en la cara ventral de la lengua previa a infiltrar la sustancia anestésica.

Con motivo de la rica vascularización de la región, también se aconseja la infiltración local para mejorar la hemostasia aunque se haga anestesia general.

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 o 5 años de edad.

- preparación de la zona operatoria

Se eleva la lengua gracias a un punto de sutura de tracción en la punta lingual. Este hilo colocado en el extremo distal del frenillo es recomendable anudarlo con el fin de prevenir hemorragias por lesión del paquete vascular que discurre por el frenillo traccionando de este punto levantaremos el frenillo y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit podemos proceder a la incisión.

-Incisión y disección

Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja del número 15 o del número 11 o con tijeras de disección aproximadamente en el centro del frenillo lingual. Debe tenerse cuidado de hacer la incisión aproximadamente 1cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, es decir más o menos a mitad de camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton.

Unas ves pasadas la mucosa, la disección se limita a la línea media.

El musculo geniogloso puede seccionarse transversalmente con las tijeras o con bisturí eléctrico, hasta que se obtenga el grado deseado de movilidad lingual. El sangrado en el fondo de la herida, en forma de diamante o romboidal, se controla fácilmente con ligaduras o coagulación. Al hacer la intervención debe dedicarse especial cuidado a no lesionar los conductos de Wharton.

En ocasiones es necesario hacer la exéresis de la mucosa sobrante, hasta dejar los dos bordes de la herida simétrica, lo que permitirá una sutura correcta. Realmente pues se ha efectuado la exéresis romboidal del frenillo.

-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. Si se cierra bien la incisión en la superficie ventral de la lengua, no hace falta hacer un cierre tenso del suelo de la boca. De esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio con menos tumefacción en el posoperatorio.

Se utiliza sutura con aguja atraumática T-26 o 26 cm medio círculo de ácido poliglicólico de 0 4 cero. Se prefieren las suturas reabsorbibles porque en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos.²¹

ANQUILOQUELIA



Ilustración anquiloqueilia labial superior Dr. Gómez Pamatz Ilustración anquiloqueilia Dr. Gómez Pamatz

Definición

El frenillo labial superior es un haz o banda fibrosa que partiendo de la cara interna del labio, se inserta en la línea de unión de ambos maxilares, sobre la encía adherida o aún extendiéndose a la papila retroincisiva. De acuerdo a los cambios que se operan en la infancia hasta la edad adulta el frenillo adopta variantes según la etapa de crecimiento y desarrollo. En el recién nacido el frenillo labial superior se inserta en el reborde alveolar, luego en la papila interincisal, hasta que en el adulto, esta inserción se encuentra más alta.

Estos cambios son atribuibles a:

- El aumento en la dimensión vertical del reborde.
- La erupción de los órganos dentarios anteriores permanentes que producen presiones que atrofian esa inserción baja.



Ilustración clasificación de Kotlow frenillo labial superior. Dr. Kotlow



Ilustración clasificación de Kotlow Dr. Kotlow

Anomalías que ocasiona

Histológicamente el frenillo está formado por una mucosa y tejido conjuntivo con gran cantidad de fibras elásticas. Actualmente se piensa que la presencia de éste componente fibroso elástico es responsable de que se instale un diastema.

El frenillo labial superior de inserción baja puede producir:

- a) Alteración en el alineamiento dentario. Es frecuente que lo acompañe la presencia de un diastema interincisivo, que según Jacob presentará diferente forma de acuerdo a la dirección de los ejes dentarios.
- b) Eversión del labio, observándose como "doble labio".
- c) Alteración en la fonación que se expresa como seseo.
- d) Interferencia con el cepillado.²¹

Radiográfico - El septum interincisivo normalmente presenta forma de V, la presencia del frenillo de inserción baja se traduce en un septum con forma de meseta o de W.

Diagnóstico diferencial - Se debe establecer un diagnóstico diferencial con otras alteraciones que se traducen en la presencia de un diastema interincisivo:

- Diastema interincisivo hereditario.
- Diastemas múltiples.
- Microdoncia: Agenesia de incisivos laterales o con forma conoide.
- Etapa fisiológica de erupción del sector dentario anterior, conocida como "etapa del patito feo"
- Presencia de supernumerarios (mesiodens) u odontoma.
- Hábito. La succión de labio en la zona interincisiva puede ser causa de persistencia del diastema^{21, 13}

Dentición temporal

Situación clínica	Tratamiento
No han erupcionado aun los incisivos permanentes	Abstención tratamiento.
Han erupcionado incisivos centrales, pero no los laterales (pueden o llevan retraso)	Cirugía
Centrales y laterales bien erupcionados	Conducta: expectante

Dentición permanente

Situación clínica	Tratamiento
Incisivos centrales erupcionados	Esperar a la salida de laterales+caninos Ortodoncia Cirugía+ortodoncia
Han erupcionado incisivos centrales, pero no los laterales (no pueden o llevan retraso)	Cirugía+ortodoncia
Centrales +laterales+caninos bien erupcionados	Cirugía + ortodoncia

Técnicas quirúrgicas

1) Cirugía mucosa

a) Frenectomía (exéresis de frenillo)

1) exéresis simple

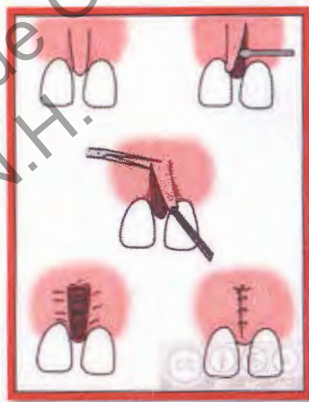


Ilustración exéresis simple Dr. Kotlow

2) exéresis romboidal

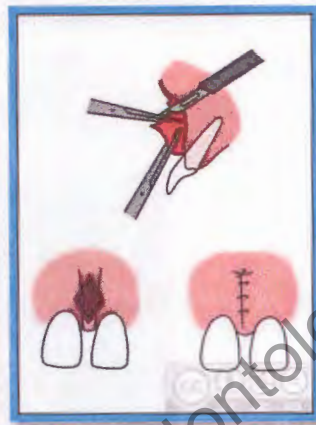


Ilustración exéresis romboidal Dr. Kotlow

3) exéresis en ovalo



Ilustración exéresis de ovalo Dr. Kotlow

exéresis triangular

5) laser de CO2



Ilustración exéresis triangular Dr. Kotlow Ilustración exéresis con láser Dr. Kotlow

b) Frenectomía (reposición apical del frenillo)



Ilustración plastia en V-Y Dr. Kotlow

1) técnica de Ríes Centeno



Ilustración Ríes centeno Dr. Kotlow

2) técnica de reposición apical



Ilustración reposición apical Dr. Kotlow

3) zetaplastia

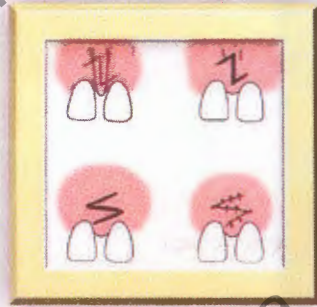


Ilustración Zetaplastia Dr. Kotlow

2) Cirugía fibrosa y ósea

Planteamiento del problema

Es importante evaluar minuciosamente la cavidad bucal con parte del aparato estomatognático con el objeto de identificar no solo problemas dentales, sino también patologías que puedan causar limitaciones a las personas una de ellas es la anquiloglosia, la cual se manifiesta como una fusión de la lengua al piso de la boca por medio de una banda fibrosa y gruesa que restringe los movimientos de la lengua e impide la fonación normal.

En consecuencia los niños que presentan esta entidad frecuentemente son considerados niños con problemas de aprendizaje lo cual puede causar trastornos psicológicos derivados de la consideración de niños especiales.

La determinación de la frecuencia de anquiloglosia en población escolar; así como su distribución por edad y sexo y las posibles limitaciones a la fonación podría orientar el tratamiento de una forma multidisciplinario incluyendo pediatras, terapeutas del habla, psicólogos y cirujano maxilofacial.

Derivado de lo anterior el presente estudio plantea como interrogante de investigación:

¿Cuál es la incidencia de anquiloglosia por edad, sexo tipo y cuántos de estos presentan a la vez anquiloqueilia en los pacientes de 0 a 14 que acuden al servicio de cirugía maxilofacial en el hospital infantil de Morelia” Eva Sámano de López Mateos”?

HIPOTESIS

La frecuencia de anquiloglosia es más frecuente en el sexo masculino en la edad de 3 años

Siendo la clase III deKotlow lamás frecuente y teniendo una frecuencia del 3% de presencia de anquiloqueilia.

6.-Material y métodos

Retrospectivo y ambiepectivo transversal cualitativo y cuantitativo

Universo del estudio: la población estudiada está conformada por todos los pacientes que acuden al hospital infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos" con anquiloglosia en el periodo de agosto 2014 a mayo del 2015.

Muestra: en este caso la muestra se seleccionó con todos los pacientes de 0 a14 que acuden al servicio de cirugía maxilofacial en el hospital "Eva Sámano de López Mateos".

Definición de las unidades de observación: directamente de los pacientes y de los registros de la bitácora del servicio de Odontopediatría.

Criterios de inclusión; pacientes de ambos sexos entre las edades de 0 a los 14 años diagnosticados con anquiloglosia y con consentimiento informado que llegan a consulta en el hospital infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos"

Criterios de exclusión: niños de más de 15 años sin anquiloglosia diagnosticada

Criterios de eliminación: información incompleta, no acudió a consulta.

Definición de variables y unidades de medida:

1) prevalencia de anquiloglosia: proporción que presenta función parcial o total de la lengua al piso de boca indicador; banda fibrosa o gruesa que restringe los movimientos de la lengua e impide la fonación normal.

2) Sexo diferencia física y de conducta que distingue a los organismos de los individuos las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Condición anatómico fisiológicas que distingue al hombre y la mujer.

Indicador: por observación en base a las características físicas generales de cada sexo diferenciándolas masculino y femenino.

3) Edad tiempo en que una persona ha vivido desde que nació indicador la edad registrada en el libro de la bitácora de pacientes del servicio de dental.

4) tipo de anquiloglosia

Clase I

Clase II

Clase III

Clase IV

Indicador limitación de movimientos de elevación protrusión y lateralidades de la lengua.

Selección de las fuentes, método, técnicas y procedimientos de recolección de la información: artículos revista libros páginas de internet.

Procedimientos a realizar para el procesamiento y tratamiento estadístico: graficas

Aspectos éticos: se precisa que se cumplirán los aspectos de anonimato, respeto, consentimiento informado y apego a todos los principios bioéticas vigentes, especificando el nivel de riesgo que tiene la investigación con base en el reglamento de investigación de la ley general de salud, informar sobre la carta de consentimiento y cumplimiento de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial así como sus actualización.

CRONOLOGIA DE ACTIVIDADES

Programa de trabajo:

	nov-dic	enero-febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio
autorización y diseño del trabajo	X						
ejecución			x				
informes de avances		x			x		
informe final						x	
presentación de resultados publicación							x

Recursos materiales: una computadora tóner, hojas tamaño carta blancas, copias, libros, revistas, artículos académicos, guantes, abatelenguas, una libreta de bitácora, impresiones, empastado, fotografías y una cámara fotográfica.

Presupuesto: \$5000

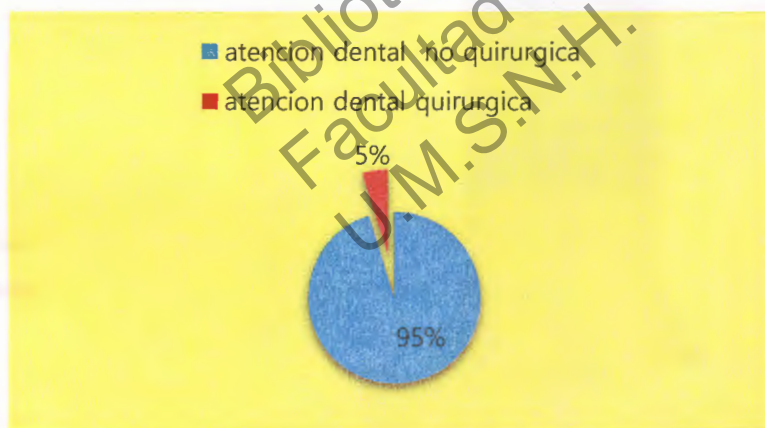
7.-Resultados

Se atendieron en el servicio de Odontopediatría 10850 pacientes durante el periodo de 1 agosto del 2014 al 30 de mayo del 2015., de los cuales 511 recibieron la atención por parte del servicio de cirugía maxilofacial, de estos pacientes se identificaron 71 niños con diagnóstico de anquilglosia lo que corresponde al 13.89 % como se observa en el cuadro y figura 1.

Cuadro 1 incidencia de pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial

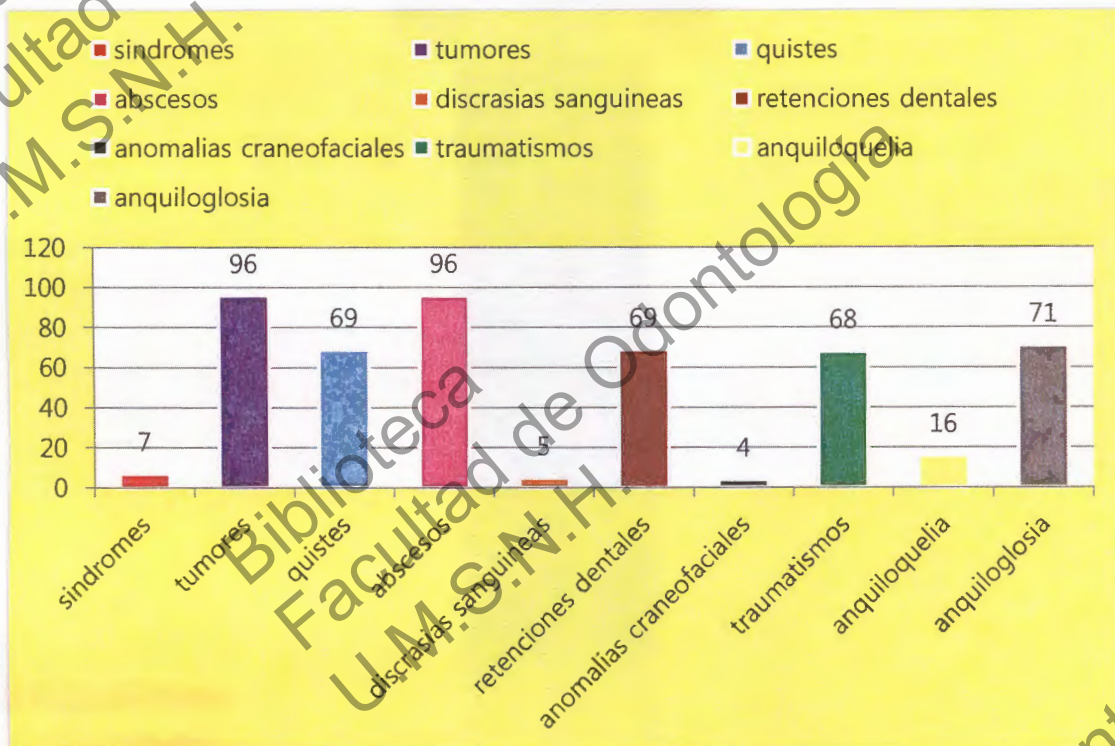
Descripción	No. niños	Porcentaje
Pacientes atendidos en los servicios dentales no quirúrgicos	10,339	95%
Pacientes del servicio de cirugía maxilofacial	511	5%
Total	10850	100%

Figura 1.- incidencia de pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial



Diagnósticos atendidos en cirugía maxilofacial del Hospital Infantil Eva Sámano De López Mateos como se muestra en la figura y cuadro 1.1

Figura 1. 1 Diagnósticos atendidos en cirugía maxilofacial del "Hospital Infantil Eva Sámano De López Mateos"

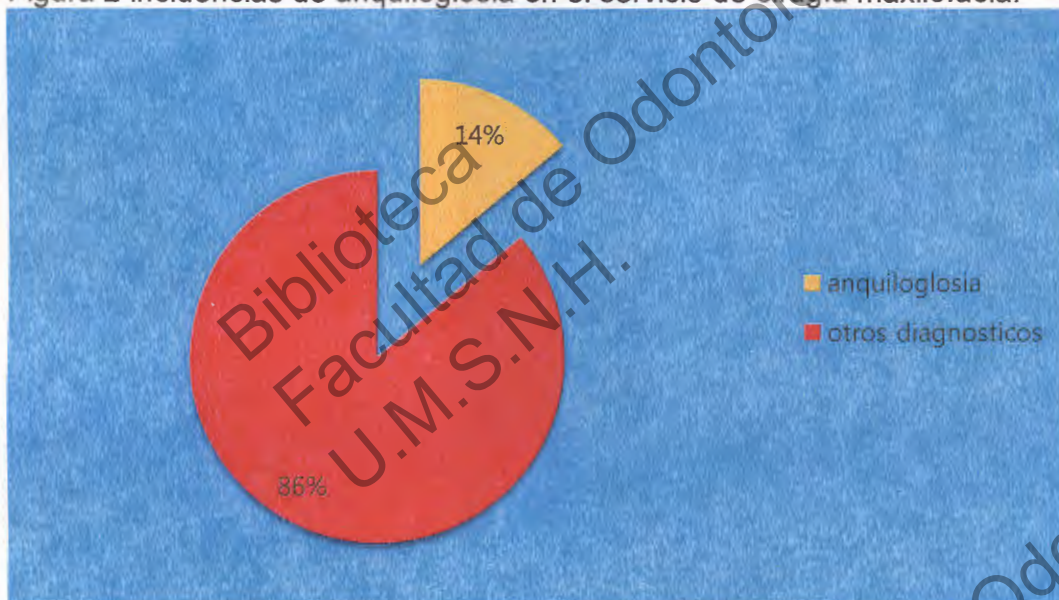


La incidencia de anquilosis en el servicio de cirugía maxilofacial fue de 71 pacientes lo que dentro del servicio corresponde al 13.89 % como se muestra en el cuadro y figura 2

Cuadro 2 incidencias de anquilosis en el servicio de cirugía maxilofacial

diagnostico	No. De casos	porcentaje
Anquilosis	71	13.89%
Otros diagnósticos	440	86.11%
total	511	100%

Figura 2 incidencias de anquilosis en el servicio de cirugía maxilofacial

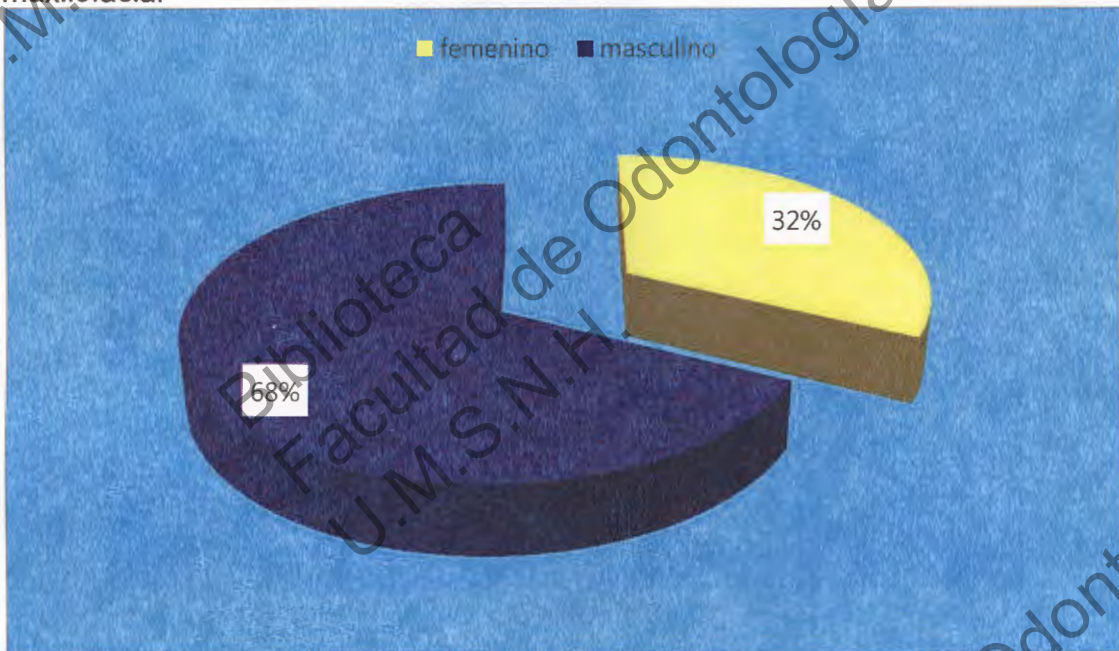


La incidencia de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial por género corresponde al sexo masculino con el 68% y para el sexo femenino 32% como se muestra en el cuadro y figura 3

Cuadro 3 incidencias de anquiloglosia por género en el servicio de cirugía maxilofacial

sexo	No. De casos	Porcentaje
Masculino	48	68%
Femenino	23	32%
total	71	100%

Figura 3 incidencias de anquiloglosia por género en el servicio de cirugía maxilofacial

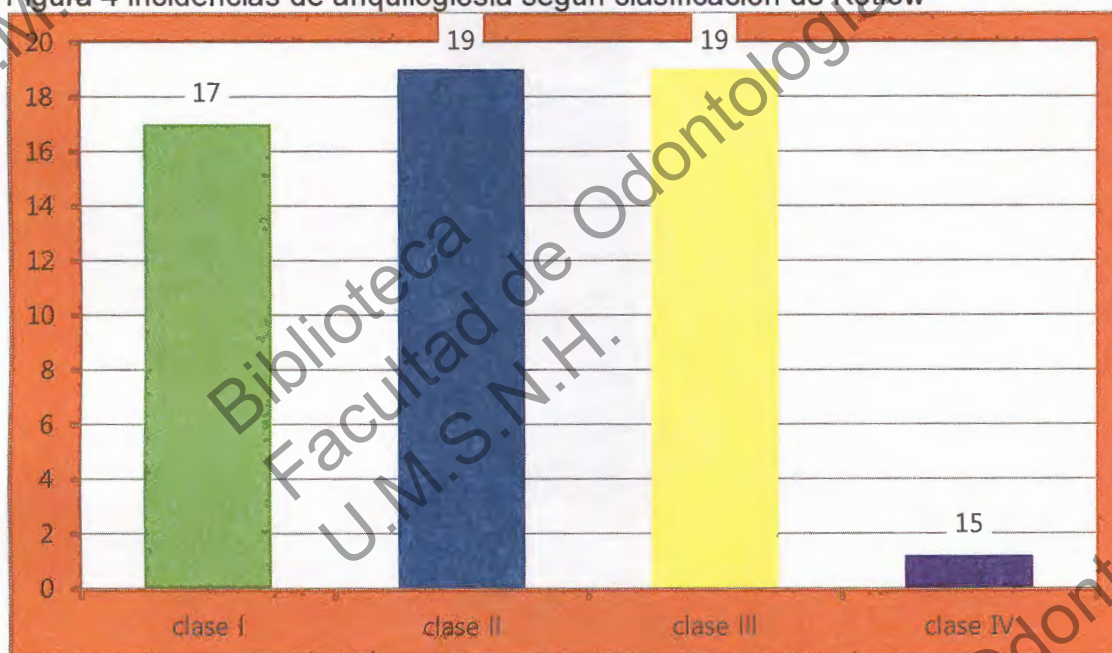


Según la clasificación de Kotlow la anquilosis se clasifica en cuatro clases de las cuales la incidencia de clase I fue del 30%, la clase II correspondiendo al 34%, clase III de 34%, y la clase IV con un 2%, como se muestra en el cuadro y grafica4.

Cuadro 4 incidencias de anquilosis según la clasificación de Kotlow

Clasificación de Kotlow	No. De casos	Porcentaje
Clase I	17	30%
Clase II	19	34%
Clase III	19	34%
Clase IV	15	2%
total	71	100%

Figura 4 incidencias de anquilosis según clasificación de Kotlow

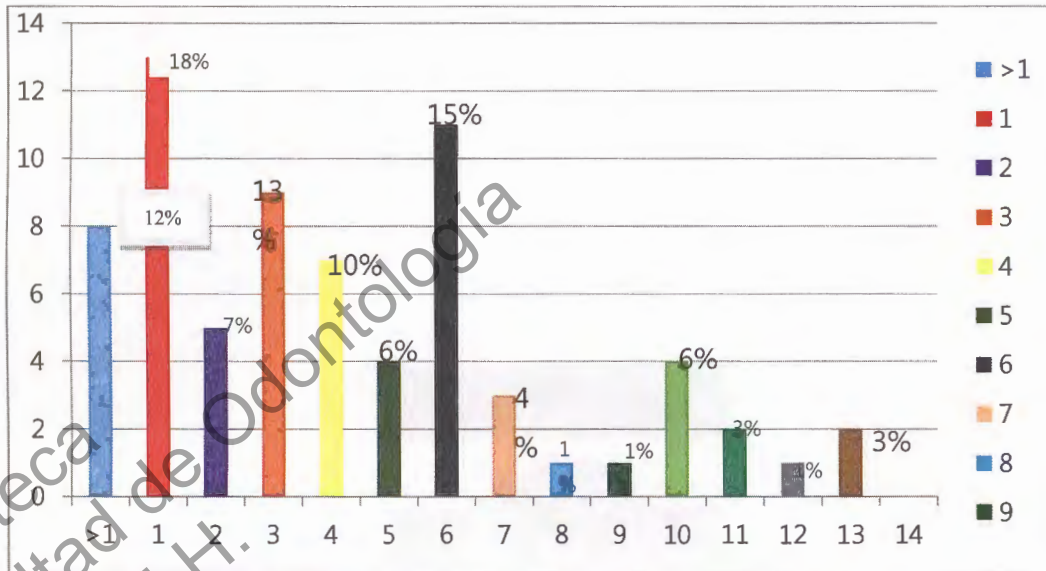


La incidencia por edad de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial fue para menores de 1 año con 12%, 1 año con el 18%, 2 años con un 7 %, 3 años con un 13%, 4 años con un 10%, 5 años con un 6%, 6 años con un 15%, 7 años con un 4%, 8 años con un 1%, 9 años con un 1%, 10 años con un 6%, 11 años con un 3%, 12 años con un 1%, 13 años con un 3%, 14 años con 0% como se muestra en el cuadro y grafica 5.

Cuadro 5 incidencias por edad de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial.

Edad	No. De casos	Porcentaje
>1 año	8	12%
1 año	13	18%
2 años	5	7%
3 años	9	13%
4 años	7	10%
5 años	4	6%
6 años	11	15%
7 años	3	4%
8 años	1	1%
9 años	1	1%
10 años	4	6%
11 años	2	3%
12 años	1	1%
13 años	2	3%
14 años	0	0%
total	511	100%

Figura 5 incidencias por edad de anquiloglosia en el servicio de cirugía maxilofacial.

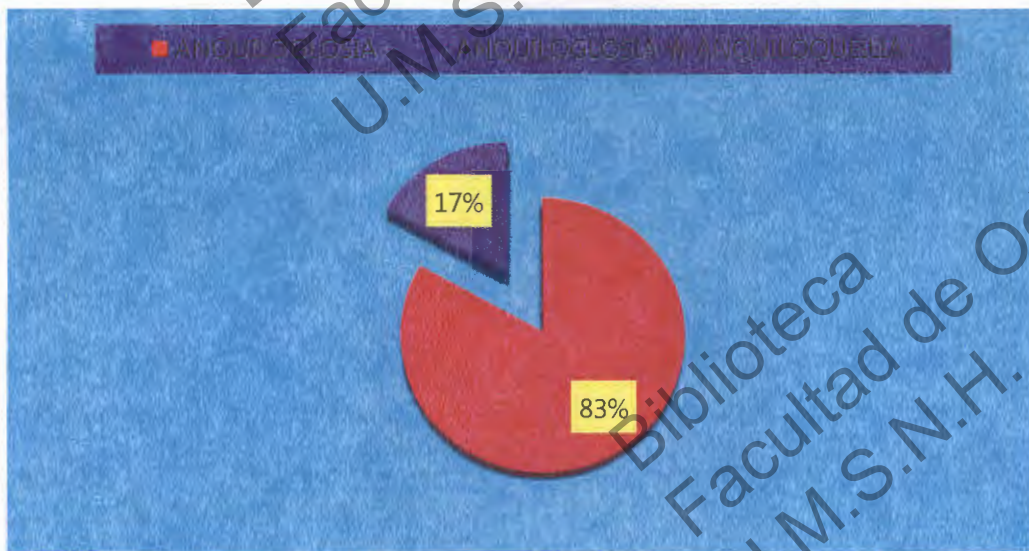


De los 71 pacientes con anquiloglosia se presentaron 12 casos con el diagnóstico de anquiloqueilia que corresponde al 17% según se muestra en el cuadro y figura 6.

Cuadro 6 incidencias de anquiloglosia con diagnóstico de anquiloqueilia en el servicio de cirugía maxilofacial.

	No. de casos	Porcentaje
Anquiloglosia	59	83%
Anquiloglosia/anquiloqueilia	12	17%
Total	71	100%

Figura.- 6 incidencias de anquiloglosia con diagnóstico de anquiloqueilia en el servicio de cirugía maxilofacial.



DISCUSION

De acuerdo a los resultados del Dr. Gutiérrez (2006) en su investigación de que el mayor porcentaje de prevalencia de anquiloglosia era del sexo masculino 63% y en este estudio también se encontró mayor prevalencia en el sexo masculino con un 68%.

Siendo la edad de un 1 año con mayor con un 18% pero sin embargo en la literatura solo se maneja en edades menores de los 5 años y en nuestros resultados encontramos un porcentaje de 15% en niños de 6 años por no ser diagnosticados a tiempo.

Diferimos en la frecuencia con clase de anquiloglosia la literatura mas frecuente a la clase II y IV mientras que en nuestro estudio es con el mismo porcentaje de 34% la clase II y la clase III.

La incidencia de pacientes con diagnostico de anquiloglosia junto con anquiloqueilia es representado con un 17% sin embargo no se encuentran trabajos previos que hayan medido esta incidencia.

8.-Conclusiones

- La frecuencia de anquiloglosia es de 14 % con predilección por el sexo masculino siendo la edad de mayor incidencia de un año.
- El tipo que predomina es la clase II y III con la tercera parte de los casos para cada clase.
- La afectación mixta anquiloglosia y anquiloqueilia se presentó en el 12 % de los casos.

9.-Recomendaciones

Difundir ampliamente al personal de salud (pediatras, odontólogos, enfermeras, Odontopediatría, maxilofaciales, madres y padres de familia etc.) para identificar oportunamente y proponer un tratamiento eficaz para futuras alteraciones que se pudieran ocasionar a causa de la anquilosia.

Tratar la anquilosia de manera precoz si sospechamos que la morfología de la lengua del bebé está interfiriendo en la lactancia materna, además, no solamente estaremos tratando las dificultades en la lactancia materna presentes en el momento de nuestra actuación, también estaremos previniendo otros problemas derivados de la anquilosia que pueden presentarse en un futuro, como son: dificultades en la deglución, alteraciones en la arcada dentaria o diglosia.

10.-REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. CUESTAS, Giselle Et Al. Tratamiento Quirúrgico Del Frenillo Lingual Corto En Niños. *Arch. Argent. Pediatr.* [Online]. 2014, Vol.112, N.6 [Citado 2015-09-06], Pp. 567-570 .Disponible En: http://www.scielo.org/ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000600023&lng=es&nrm=isoissn0325-0075.<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.567>.
- 2.-Biblioteca virtual.files.wordpress.com/2010/04/www.mouthhealthy.com
- 3.-Martinez, E. (22 de junio de 2013). scielo.sld.cu. Recuperado el 23 de julio de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000300003&script=sci_arttext
- 4.-Escoda, C. G. (2004). Frenillos Bucales. En C. G. Escoda, Tratado De Cirugia Bucal (Págs. 557-574). Madrid España: Ergon.
- 5.-Flores, D. E. (12 de febrero de 2011). lengua y sentido del gusto. universidad catolica de los angeles chimbote facultad de ciencias de la salud escuela de odontologia, curso de anatomia humana 2 los angeles, E.U.A.
- 6.-martines D.E. (7 MARZO 2007) GLANDULAS SALIVALES CHILE
- 7.- Anatomía humana editorial panamericana ,pagina 2245
- 8.- Moore, K. L. (2009). lengua. En k. L.Moore, Anatomia Humana con Orientacion Clinica (págs. 1001-1008). España: medica panamericana.
- 9.- Prometheus textos y atlas shuune. Sunselieschumane tomo 3 ed. Panamericana.
- 10.- Anquiloglosia revisión de literatura y reporte de un caso Guillermo Blanco revista odontológica volumen 13 numero 2 2005.
- 11.-Adeva Quiroz .anquiloglosia en recién nacido y lactancia Materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. Rqr enfermera comunitaria (revista de seape 2014 mayo, 2 (2):21-37.

12.-Anquiloglosia amamantamiento revisión y reporte de un caso María SalateNahs correa recibido 13 noviembre aceptado 15 diciembre 2008
<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/frenillo-lingual-corto-anquiloglosia/>

13.-Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el principiado de austrias Gonzales recibido 8 abril 2013 aceptado 14 de octubre 2013
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEsQFjAGahUKEwjVzt_px-PHahURfJKHbl_CHE&url=http%3A%2F%2Fwww.analesdepediatria.org%2Fes%2Fpdf%2FS1695403313004347%2FS300%2F&usg=AFQjCNHTMEXTL5G4ilHc8wOceSIYNID33g

14.-Damarai patricia María universidad nacional de Córdoba 2008

15.-Frenillo Lingual ¿Cuándo Es Un Problema? Esalaya.Avinclune Carolina Elizabeth Enero –Junio 2010 argentina Buenos Aires
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/op/v9n1/a04v9n1.pdf>

16.-Trabajo de grado anquiloglosia luisa alfaró carolina 2012

17.-Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad pronostico y tratamiento Dra. Norailis Pérez Navarro revista cubana 2002
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logia/anquiloglosia_.pdf

18.-Frenillo Lingual Sergio Ramírez Protocolos Clínicas De La Sociedad De Cirugía Oral Y Maxilofacial

19.-Anquiloglosia parcial incompleta reporte de un caso y revisión de la literatura revista ADM Gustavo Rosas Ortiz vol lxx no. 2 marzo –abril 2009
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od092g.pdf>

20.-Universidad De La República Facultad De Odontología Cátedra De Odontopediatría Prof.Dra. María Del Carmen López Jordi Proyecto De Enseñanza “Nueva Alternativa Metodológica Digital En La Enseñanza De La Odontopediatría” Facultad De Odontología Udelar - Llamado 2008 Aprobado En Resol. N° 14, Sesión Del Consejo 17.04.08

11.- Anexos

ANEXO 1

Anexos

Nombre	expediente	edad	sexo	anquilosia	tipo	dicción

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

ANEXO 2

Carta de consentimiento informado

 **SERVICIOS DE SALUD DE MICHOCACAN**
HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA "EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION 

QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LOS ARTICULOS 81, 82 Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA Y LA NOM-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLINICO

Morelia, Mich., a _____ del mes de _____ del año _____

Autorizo al Dr. (a) _____ para que realice a mi hijo _____

Estoy enterado de:
Los siguientes beneficios que obtendré: _____

Y los siguientes riesgos _____

Y autorizo la atención de las contingencias y urgencias que se deriven del acto médico que se realizará atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Firmo la presente carta de consentimiento bajo información de forma voluntaria y estando enterado ampliamente de los beneficios y riesgos del acto autorizado.

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma del familiar o tutor legalmente responsable

_____ Nombre y firma del testigo	_____ Nombre y firma del testigo
-------------------------------------	-------------------------------------

En particular:

El procedimiento: _____	Medico Tratante: _____	Fecha: _____	Nombre y Firma del Responsable: _____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Anexo 4ficha de internamiento



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
"Eva Sámano de López Mateos"



FORMATO DE INTERNAMIENTO

NOMBRE: _____ EDAD: _____
SERVICIO: _____ N° EXP. _____
FECHA: _____

PRESENTARSE EN ARCHIVO

DIAGNOSTICO: _____
CIRUGIA A REALIZAR: _____
FECHA Y HORA DE INTERNAMIENTO: _____
FECHA DE CIRUGIA: _____

INDICACIONES: _____

- 1.- FAVOR DE PASAR A TRABAJO SOCIAL
 - 2.- FAVOR DE DONAR 1 UNIDAD DE SANGRE.
- (TODO PACIENTE QUE SE SOMETA A UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR NORMA OFICIAL MEXICANA DEBE DONAR 1 UNIDAD DE SANGRE).

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”



DIRECTORA DE TESIS

DRA. SILVIA PANIAGUA
PRESIDENTA DE EL DEPARTAMENTO
DE TITULACIÓN DE LA U.M.S.N.H

ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ PAMATZ
CIRUJANO MAXILOFACIAL ADSCRITO AL
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”

COLOBARADORES

DRA. JULIA LIBERTAD PANIAGUA SOTO
PROFESORA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGOIA
U.M.S.N.H
