

**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA PARCIAL Y TOTAL Y SU TRATAMIENTO EN NIÑOS
DE 5 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DEL AÑO 2010 AL AÑO 2013**

Tesis presentada por

MAYRA EUNICE MORALES ROMERO

**Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al Título de**

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Julio 2016

PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA PARCIAL Y TOTAL Y SU TRATAMIENTO EN NIÑOS
DE 5 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DEL AÑO 2010 AL AÑO 2013

Tesis presentada por

MAYRA EUNICE MORALES ROMERO

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al Título de

CIRUJANA DENTISTA



Guatemala, Julio 2016

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Osvaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinta :	Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Figueroa Esposito
Vocal Segundo:	Dr. Jorge Orlando Ávila Morales
Vocal Tercero:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón.

ACTO QUE DEDICO

A Dios

Por la fidelidad que me mostro de principio a fin. Me permitió ingresar a esta Facultad, me brindo de su sabiduría para aprobar los cursos, brindo los recursos económicos necesarios, puso gracia en mí delante de mis catedráticos y pacientes, me cuidó durante 8 meses en Joyabaj. Fue mi apoyo, mi fortaleza, mi propósito, solamente él sabe cuánto sufrí y llore pero estoy segura hoy estoy alcanzando esta meta gracias a Él, pude ver su misericordia día con día, a Él sea la gloria, solamente a Él.

A Mis Padres

Arnoldo Morales y Elisa de Morales; por darme la oportunidad de estudiar esta linda carrera, por los sacrificios que día a día hicieron por mí, por su apoyo incondicional. Este título no es mío, es de ustedes, los honro con él. Los amo con todo mi corazón, gracias a Dios por sus vidas y porque les permite estar hoy aquí, disfrutando de este triunfo conmigo, sin ustedes esto no fuera posible.

A Mis hermanos

Marvin, Nelson, Rodney y Roger; porque gracias a ellos hoy soy lo que soy, por creer en mí y apoyarme en todo momento, nunca voy a poder agradecerles todo lo que han hecho por mí y siguen haciendo, se que no lo hacen por obligación, sino por amor. Dios les bendiga muchísimo. Los amo mucho.

A José Flores

Por ser mi apoyo, mi ayuda idónea, por sacarme de apuros muchas veces, por animarme a seguir adelante, por no dejar que me rindiera y motivarme a ser mejor cada día, gracias. Fuiste, eres y serás el amor de mi vida, te amo con todo mi corazón.

A mis cuñadas

Angélica, Ligia y Andrea; por ser para mí como una mamá, una

amiga, una hermana. Por siempre estar al tanto de mi y velar de mi bienestar, gracias por su apoyo en todo momento, las amo mucho.

A mis sobrinos

Katherin, Heisel, Diana, Jhosy, Xavi, Manuelito, Hugo, Santiago y a la pequeña Madison; por ser mi OHANA y nunca dejarme ni abandonarme, de alguna u otra forma me apoyaron y animaron, son muy importantes para mí, los amo mucho.

A los Flores Herrera

Chemita, Iliana, Michel, y Luis Pablo por ser mi segunda familia, gracias por su cariño, por su apoyo, por motivarme a dar siempre lo mejor de mí y no ser una persona mediocre, por animarme a soñar en grande y por creer en mí. Los amo mucho.

A los Tórtola-Alvarado

Por ser parte de mi familia, por brindarme su apoyo, por estar en los momentos importantes de mi vida, les aprecio bastante. Especialmente a Poly, por su amistad de toda la vida, por su ejemplo, te quiero mucho. A Doña Eva por su cariño tan especial, gracias por ser mi “madrina” la quiero mucho.

A mis amigos del grupo

Por estar a mi lado y porque semana a semana bendicen mi vida, es agradable contar con su amistad, gracias por estar al tanto de mí, los quiero mucho.

A mis amigos de JCC

Por su apoyo en todo momento, son personas muy importantes para mí, los quiero mucho.

A mis amigos de la U

Berta Castellanos, John Vernon, Max Carrilo, Esdras Chamay, Alejandro Carrilo, Mario Caná, Daniel de León, Claudia Morales, Jasmin López, Marielos Lima, y muchas personas más, que hicieron de esta etapa, una de las mejores etapas de mi vida, definitivamente todo fue más divertido y agradable con su

amistad, y aunque ya no nos veamos los llevo en mi corazón, los quiero mucho

A Joyabaj

Por brindarme muchas buenas experiencias, por su cultura, su gente, sus montañas hermosas y sobre todo, por sus niños, los llevo en mi corazón.

A la Facultad de Odontología

Por ser mi hogar, por formarme y hacer de mi una excelente profesional, sufrí y llore muchas veces en esta facultad pero hoy me está brindando una de mis mayores alegrías. Arriba ODONTO!

A mis Catedráticos

Dra. Chinchilla, Dr. Mendía, Dr. Ramos, Dr. Bruno, Dr. Rosales, Dr. Catalán, Dr. Hernández, Dr. Cheesman, Dr. Laparra, Dr. Guerra, Dr. Toralla, Dr. López y en especial al Dr. Guillermo Escobar, por sus valiosas enseñanzas a lo largo de mi carrera universitaria.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por ser gloriosa y tricentenaria, por abrirme las puertas y poder hoy concluir esta carrera, me siento orgullosa de ser sancarlista.

A Usted

Por su asistencia muy respetuosamente.

Y a todas las personas que a lo largo de mi vida y esta carrera me han brindado su amistad y cariño, no puedo nombrarlas hoy a todas, pero muchas gracias.

TESIS QUE DEDICO

A Dios

A Guatemala

A mis padres

A mi Familia

A la Facultad de Odontología

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado **“PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA PARCIAL Y TOTAL Y SU TRATAMIENTO EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DEL AÑO 2010 AL AÑO 2013”** conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Y ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

	Página
I. Sumario.....	1
II. Introducción.....	2
III. Antecedentes.....	3
IV. Planteamiento del problema.....	4
V. Justificación.....	5
VI. Marco teórico.....	6
Frenillo Lingual.....	6
Definición.....	6
Evolución con la edad del niño.....	6
Histología.....	6
Clasificación de frenillo lingual.....	7
Función.....	8
Anquiloglosia.....	8
Definición.....	8
Etiología.....	9
Clasificación.....	9
Características clínicas.....	10
Manejo terapéutico.....	11
Indicaciones del tratamiento.....	11
Objetivos terapéuticos.....	12
Tratamiento conservador.....	12
Tratamiento quirúrgico.....	12
VII. Objetivos.....	15
VII. Variables.....	16
IX. Metodología.....	17
X. Recursos.....	19
XI. Resultados.....	20
XII. Discusión.....	28

XIII. Conclusiones.....	29
XIV. Recomendaciones.....	31
XV. Referencia bibliográfica.....	32
XVI. Anexos.....	34
Carta de consentimiento.....	35
Ficha de recolección.....	36

I. SUMARIO

Con este estudio se investigó la prevalencia de anquiloglosia y su tratamiento en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013. El mismo fue un estudio de tipo descriptivo, con un diseño de la investigación observacional, en el que se evaluaron las fichas clínicas del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La población de estudio fueron los niños que acudieron a la Facultad de Odontología de la USAC comprendidos entre las edades de 5 a 10 años de edad durante los años 2010-2013. De esta población se evaluó una muestra de 1468 fichas, correspondiente al 47.6% de la población de niños atendida en dichos años. El trabajo de campo se realizó en el archivo del Departamento de Odontopediatría durante los días 22 y 23 de octubre del 2015, se tomó en cuenta el registro del paciente, la edad, el sexo, la presencia de anquiloglosia, tipo de anquiloglosia y el tratamiento recibido.

De las fichas evaluadas la anquiloglosia reportada fue de tipo parcial. Se observó anquiloglosia en 133 pacientes, lo que corresponde a una prevalencia de 9.1%. De estos, 61 pacientes (45.9%) eran de sexo femenino y 72 pacientes (54.1%) eran de sexo masculino. Solamente a 1 paciente se le realizó como tratamiento cirugía. La anquiloglosia se presentó con más frecuencia en niños de 7 años, encontrando 33 niños de esta edad y en menor frecuencia de anquiloglosia en niños de 10 años, encontrando 11 niños de esta edad.

Por lo tanto se concluyó que la prevalencia de anquiloglosia en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en los niños de 5 a 10 años de edad, durante el 2010 al 2013 es alta, comparada al estudio realizado años anteriores en la Facultad de Odontología en la que la prevalencia de anquiloglosia fue de 1.1%.

Se recomienda dar la importancia que se debe a la anquiloglosia, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento y el seguimiento que debe dársele.

II. INTRODUCCIÓN

Es frecuente observar cuando se evalúa a un paciente niño, algunas condiciones que son importantes tener en cuenta al iniciar un tratamiento, una de ellas es la anquiloglosia.

La presente es una investigación de tipo descriptivo, observacional, y con ella se buscó establecer la prevalencia de frenillo lingual anormalmente corto, entidad denominada como anquiloglosia, así como el tratamiento recibido en los pacientes atendidos durante el periodo comprendido del 2010 al 2013, en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, comprendidos entre los 5 a 10 años.

El frenillo lingual es una banda fibrosa que corresponde al tabique mediano de lengua, se extiende en toda la longitud, y en alguna oportunidad puede insertarse en la punta de la lengua. A menudo se presenta bastante corto pero esa aparente lengua atada desaparece entre el primer y segundo año de vida. Si esto no desaparece con el tiempo, puede establecerse como una anquiloglosia y pueden existir problemas de fonación, nutrición y autoestima de la persona que lo presenta. Existen múltiples tratamientos para dicha anomalía congénita, desde la terapia del habla hasta una intervención quirúrgica.

La anquiloglosia es un problema que generalmente es pasado por alto por el odontólogo en la evaluación clínica. Es sorprendente el gran número de casos en que el problema es apenas perceptible afectando levemente la emisión de algunos sonidos y estos son los casos que por lo general, no reciben atención.

Por lo tanto es aconsejable que el odontólogo esté familiarizado con todas las posibles alteraciones que ocurren en el primer periodo de vida y ser capaz de diagnosticar y tratar a los niños que presenten problemas como estos. Y además mantener una relación estrecha con otros especialistas y terapeutas del lenguaje, para poder solucionar dicha alteración.

III. ANTECEDENTES

En Guatemala a lo largo del tiempo y en diferentes lugares de la república, se han realizado varios estudios de tesis en los cuales se ha determinado la prevalencia de la anquiloglosia. Se citan a continuación algunos de estos estudios.

Año	Lugar	Prevalencia
1966	Patzún	0.9%
1969	Guatemala	5%
1974	Mataquescuintla	0.75%
1979	Sta. Rosa	5.40%
1981	Hosp. General	1.11%
1983	Sn. Antonio Suchitepequez	6.60%
1987	Sn. Juan Comalapa	8.26%

En 1981 se realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la que se investigo la prevalencia de anquiloglosia en fichas clínicas de pacientes que habían visitado la Facultad de Odontología durante 1975 a 1979, la muestra fue de 1462 y se encontraron 18 casos, dando como prevalencia 1.11 %.

En estudios más recientes, se encuentra el estudio realizado en la consulta externa del Hospital Roosevelt durante noviembre y diciembre del año 2002, en la que se evaluaron 350 niños de 6 a 12 años encontrando 13 casos de anquiloglosia, teniendo como prevalencia 3.71 %. Otro estudio que se puede mencionar es el que se realizó en los municipios de Zacualpa y Uspantán, Quiche, durante el 2006, en cada municipio se evaluaron 300 niños de 6 a 12 años, en Zacualpa se encontraron 61 casos de anquiloglosia dando como prevalencia 20.33 % y en Uspantán se reportan 131 casos, dando como prevalencia 43.66 %.

En Cuba en el año 2002, se realizó en las escuelas primarias del municipio de Melena del Sur un estudio donde se evaluaron a 829 niños entre 5 y 11 años, reportándose 29 casos de anquiloglosia, para un 3.49 % de prevalencia. ^(1,2,3,4)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al momento de evaluar la cavidad bucal es importante identificar no solo problemas dentales sino también patologías o alteraciones presentes, que pueden parecer normales pero pueden afectar a los pacientes, entre ellas encontramos la anquiloglosia, un problema que muchos odontólogos pasan por alto. La anquiloglosia o frenillo lingual corto es una anomalía congénita, se observa en los niños como un frenillo lingual anormalmente corto que ata la lengua al piso de la boca, de modo que no es posible proyectarla por delante de la cavidad oral ni ponerla en contacto con el paladar duro, por lo que se conoce también como lengua atada. La fonación y la deglución pueden dificultarse y además, puede traumatizarse el frenillo por el contacto con los incisivos inferiores y formar una úlcera.

Entre los 5 y 7 años de edad el niño ya debe haber adquirido todos los sonidos pertenecientes a su lengua materna, algunos sonidos para ser producidos requieren mayor habilidad motora que otros, y por lo tanto, son más difíciles de producir; 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/, /t/ y /dz/. En la etapa de la alfabetización, el niño debe ser capaz de percibir que ciertas palabras se diferencian por el sonido, además no solo los sonidos estarán perjudicados, sino también el propio aspecto gramatical y de significado de la lengua. Todo eso hará que el niño se sienta diferente de los otros que hablan correctamente, ello puede provocar que se desvalore y llegue a una total inseguridad en relación con la escuela y el propio medio.

Teniendo la Facultad de Odontología como fin trabajar a los pacientes de forma integral, muchas veces los tratamientos se enfocan solamente en solucionar los problemas dentales, dejando a un lado otro tipo de afecciones, siendo en este caso la anquiloglosia. Muy raras veces el estudiante incluye en el plan de tratamiento solución a la anquiloglosia y los profesionales encargados de supervisar el trabajo del estudiante no lo indican o sugieren, dando como resultado un tratamiento no integral al paciente niño que visita la facultad.

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

¿Cuál es la prevalencia de anquiloglosia y su tratamiento en niños de 5 a 10 años que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala entre los años 2010 y 2013? ¿Existe alguna diferencia en la prevalencia de anquiloglosia entre diferentes sexos?

V. JUSTIFICACIÓN:

La educación y desarrollo de la niñez guatemalteca se ve afectada por muchos factores, algunos factores son fisiológicos, como la anquiloglosia, al conocer la prevalencia de la anquiloglosia en los niños que han acudido a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala comprendidos entre los 5 y 10 años, en los años 2010 al 2013 y el tratamiento que estos han recibido, puede promoverse soluciones de una forma multiprofesional (cirujanos maxilofaciales, psicólogos, terapeutas del habla) que permitan el mejor desarrollo de los niños en su etapa de aprendizaje.

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala busca brindar tratamiento integral a los pacientes que acuden al Departamento de Odontopediatría, y muchas veces no se le da solución de ningún tipo a la anquiloglosia. Teniendo quirófanos y profesionales capacitados puede brindarse solución a dichos problemas, pero muchas veces no se realiza.

VI. MARCO TEÓRICO

1. FRENILLO LINGUAL

1.1. Definición

El frenillo lingual es un pliegue mucoso el cual no contiene fibras musculares situado longitudinalmente en la parte central de la superficie ventral de la lengua, extendiéndose desde la carúncula sublingual hacia el vértice de la lengua por un extremo e insertándose por el otro en la mucosa lingual de incisivos centrales inferiores donde con frecuencia se despliega en forma de abanico o delta. A cada lado del frenillo lingual se observan dos diminutos mamelones en cuyos vértices están los orificios de desembocadura de los conductos de wharton, excretores de las glándulas salivales submaxilares. ^(9,15)

1.2. Evolución con la edad del niño

El frenillo lingual en el recién nacido se extiende desde el ápice de la lengua hasta la base del proceso alveolar de la mandíbula. Al pasar el tiempo, en pocas semanas, ocurre un crecimiento gradual de la lengua; y el frenillo pasa a ocupar la porción central de la cara ventral de la lengua, la cual será su posición definitiva por el resto de la vida. ^(4,9)

Desde los seis meses a los cinco años de vida, el frenillo lingual se vuelve menos prominente como resultado del crecimiento en altura del reborde alveolar y la erupción de las piezas dentarias anteroinferiores. ⁽⁹⁾

1.3. Histología

El Frenillo lingual está constituido histológicamente por tres capas ^(9,13)

Cubierto por epitelio plano estratificado no queratinizado, llamado también epitelio escamoso no queratinizado, es un epitelio grueso ya que está compuesto por diversas capas celulares.

Tejido conectivo laxo conteniendo abundantes fibras colágenas, células adiposas, fibras musculares y vasos sanguíneos.

Tejido conectivo elástico: formado por fibras elásticas, gruesas en disposición paralela y organizadas en haces separadas por tejido laxo.

Submucosa que contiene glándulas mucosas, glándulas salivares menores, etc.

1.4. Clasificación de frenillo lingual

Teniendo en cuenta que tan cerca de la punta de la lengua está el frenillo, esta alteración se clasifica en:

1. Tipo 1: cuando el frenillo se alarga hasta la punta de la lengua, generalmente en el hueso alveolar.
2. Tipo 2: cuando el frenillo se encuentra 4mm atrás de la punta de la lengua.
3. Tipo 3: cuando el frenillo llega a la mitad de la lengua y a la mitad del piso de boca. Este frenillo generalmente es más grueso.
4. Tipo 4: cuando el frenillo está esencialmente pegado a la base de la lengua, es grueso, brillante y no elástico. ⁽¹³⁾

En el año 2003 Marchesan realizó un estudio, con el propósito de proponer una nueva clasificación sobre el frenillo lingual. Para esto, se tomó la medida de la distancia interincisal en máxima apertura y la distancia interincisal cuando la punta de la lengua se encontraba en el paladar. Cuando la diferencia entre estos valores era la mitad o más, se considera como frenillo normal, siendo esta medida 13 mm. ⁽⁹⁾

Así, Marchesan clasifica el frenillo lingual en cuatro tipos:

a) Frenillo lingual normal:

El frenillo lingual normal es aquel cuya inserción se encuentra en la mitad de la parte inferior de la lengua hacia el piso de la boca. La inserción en el piso de boca debe encontrarse en el propio piso o por debajo del reborde alveolar inferior. ⁽⁹⁾

b) 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. Cuando la lengua está elevada su forma es más cuadrada que redondeada y para alcanzar el paladar es necesario cerrar la mandíbula. El valor de la medida interincisal con la lengua hacia el paladar es menor a 13 mm. ⁽⁹⁾

c) 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. ⁽⁹⁾

d) Frenillo lingual corto con inserción anterior:

Presentan características del frenillo lingual corto con inserción anterior. ⁽⁹⁾

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo se puede distinguir ^(9,12,13,10)

- a) Frenillo fibroso: Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.
- b) Frenillo muscular: Pueden estar involucrados distintos músculos en el frenillo lingual como son el músculo geniogloso y el genihioideo.
- c) Frenillo mixto o fibromuscular: En los frenillos linguales se observa por un lado una unión tendinosa firme con el suelo de la boca y, por otro, un cordón fibroso unido al proceso alveolar.

1.5. Función

El frenillo lingual cumple las siguientes funciones ^(9,13)

- Conecta la cara ventral de la lengua con el piso de boca.
- Facilita los movimientos de la lengua permitiendo la articulación de las palabras.

Algunas veces se observa un frenillo lingual anormalmente corto, que dificulta los movimientos de la lengua e impide que ésta se proyecte hacia fuera de la boca o haga contacto con el paladar duro y con la superficie lingual de los dientes antero-superiores, denominándose “anquiloglosia”. ⁽⁹⁾

2. ANQUILOGLOSIA

2.1 Definición

2.1.1. Definición semántica

Etimológicamente el término anquiloglosia procede de *anquil o anquilo*, vocablo del idioma español, derivado del griego agkulus que significa asa o nudo; gramaticalmente funge como prefijo griego que significa adherencia o soldadura. Y de *glosia*, vocablo del griego glossa que significa lengua; gramaticalmente funge como afijo griego. ^(3,9)

De ahí sus sinónimos en el idioma español: Lengua Atada, Lengua anquilosada, lengua trabada y lengua adherente. ⁽³⁾

2.1.2. Definición semiológica

La anquiloglosia se define como la falta parcial o absoluta del movimiento de la lengua causada por un frenillo lingual muy corto que impide los movimientos adecuados de la lengua y causa disturbios motores en este órgano. Así como repercusiones en la cavidad bucal, lo cual afecta una serie de mecanismos o funciones importantes para el desarrollo del ser humano. ⁽⁹⁾

2.2. Etiología

La anquiloglosia está usualmente presente como anomalía única, pero puede estar asociada a síndromes o condiciones no sindrómicas que presentan anomalías específicas del frenillo lingual. Puede presentarse múltiple, hiperplásica y/o ausente, como en los síndromes de Ehlers-danlos, síndrome de Ellis-van Creveld, síndrome de Pierre-Robin, síndrome oro-facial-digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil, holoprosencefalia y hendidura palatina. ⁽¹⁾

2.3. Clasificación

Anquiloglosia:

Congénita

Inferior

Parcial

Total

Lateral

Superior o Palatoglosia

Adquirida

Traumática

Quirúrgica o Provocada. ⁽³⁾

2.3.1. Definición de las variantes de anquiloglosia.

a) Anquiloglosia Parcial

Fijación congénita de la lengua al segmento inferior de la boca, por un frenillo lingual que se extiende desde la mucosa lingual de incisivos centrales inferiores al vértice de la lengua, limitando la movilidad de ésta. Sin embargo, formas parciales de anquiloglosia son mucho más frecuentes y se deben a un frenillo lingual, hipertrófico, cuya inserción se extiende desde el vértice de la lengua hasta la encía lingual de incisivos centrales inferiores. ⁽⁹⁾

b) Anquiloglosia Total

Fusión total de la lengua al piso de la boca, es extremadamente infrecuente. ⁽⁹⁾

Anquiloglosia Lateral

Ha sido reportada en muy pocos casos. Sin embargo, al describir anquiloglosia parcial se cita a 2 autores que mencionan un caso que "...Tenia anquiloglosia más extensa, la porción marginal lateral de la lengua estaba fusionada con el piso de la boca" ^(3,15).

c) Anquiloglosia Superior, Palatoglosia o Anquilosis Glosopalatina:

Adhesión Congénita de la lengua al paladar duro, al reborde alveolar superior o, si está asociada paladar hendido, al borde inferior del septum nasal y constituye un problema complejo por su interferencia con la nutrición. ^(3,15)

d) Anquiloglosia Traumática:

Fijación de la lengua al piso de la boca debida a fibrosis subsecuente a traumas o a resección quirúrgica extensa en la región del frenillo lingual y áreas adyacentes a él. ^(3,15)

e) Anquiloglosia Intencional o Quirúrgica:

Fijación de la lengua al piso de boca, que con fines terapéuticos es provocada mediante procedimientos quirúrgicos. Conviene indicar que, en el caso de otra anomalía, como en el caso de Pierre Robín, la retrusión de la lengua produce alteración en vías respiratorias; la terapéutica que se sigue en estos casos consiste en producir una anquiloglosia terapéutica con fijación de la lengua al suelo de la boca, con el fin de evitar su retrusión. Esto permite la supervivencia del paciente sin plantear más problemas respiratorios. ^(3,15)

2.1. Características Clínicas

La mitad de los casos son asintomáticos, no se considera una autentica enfermedad pueden pasar inadvertidos por largo tiempo. Se puede observar limitación de movimientos linguales fundamentalmente los de protrusión y elevación. Los casos severos pueden causar problemas para hablar, comer y en el amamantamiento. ⁽¹⁵⁾

También impide una fonación normal, principalmente la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos. ⁽¹²⁾

2.1.1. 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 va 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. ⁽¹⁰⁾

2.1.2. 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. ⁽¹⁰⁾

2.1.3. 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. ⁽¹⁰⁾

3. MANEJO TERAPÉUTICO

3.1. Indicaciones para el tratamiento

- Las indicaciones más consensuadas serían:
- Trastornos del habla, en especial para la articulación de la palabra y sólo en aquellos niños que hayan sido evaluados por un profesional foniatra.
- Niños con limitaciones mecánicas evidentes (incapacidad para sacar la lengua y, tocarse el labio superior con la punta de la misma).
- Recién nacidos y lactantes con inconvenientes para alimentarse y succionar. ⁽¹⁰⁾

3.2. Objetivos terapéuticos

Dos son los principales objetivos del tratamiento del frenillo lingual corto:

- En primer lugar, corregir los trastornos de la articulación de las palabras para conseguir un desarrollo completamente normal del lenguaje y del habla, así como una integración plena del niño en su propio medio, evitando de esta manera el fracaso escolar.
- En segundo lugar, prevenir el retraso del crecimiento derivado de los problemas de lactancia ocasionados por la anquiloglosia en pacientes seleccionados. ⁽¹⁰⁾

3.3. Tratamiento conservador

Cuando se está ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada en edad temprana (antes de los 8 años) puede recomendarse un tratamiento conservador que consiste en ejercicios apropiados que permiten obtener un alargamiento del frenillo lingual. Se efectúan distintos ejercicios:

- Colocar la lengua hacia el paladar.
- Sacar la lengua hacia el exterior.
- Apretar algún objeto con la lengua.

Estos 3 ejercicios se deben realizar 10 veces cada uno, 3 veces al día. Estos ejercicios son también recomendables después de hacer la frenectomía lingual. ⁽⁹⁾

3.4. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento de elección del frenillo lingual corto es la frenectomía, consistente en la liberación de la banda de tejido fibroso que retrae y limita el movimiento de la lengua, realizando para ello una plastia local para el alargamiento del tejido. Si se observa el aspecto del frenillo bajo la lengua se puede ver que consta de dos partes diferenciadas: una próxima a la base de la lengua que es carnosa y ancha, y otra más exterior que es fina y casi transparente carente de vasos. ^(10,13)

La proporción entre estos dos segmentos determinará la técnica quirúrgica a emplear para liberar este frenillo:

- En los niños que ya no son lactantes, el segmento carnoso aumenta más que el fibroso y se hace necesario ampliar el trayecto de sección, requiriéndose anestesia local o sedación así como puntos de sutura o electrobisturí por el riesgo de sangrado.

La técnica utilizada en estos casos consiste en realizar una sección transversal del frenillo que previamente se ha delimitado con el uso de unas pinzas hemostáticas o una sonda acanalada, previa tracción mediante sutura de la punta de la lengua. Se realiza sección de la parte carnosa hasta el

músculo, y, comprobando la liberación de la lengua conseguida, se sutura la herida en dirección vertical, con cuidado de no lesionar los conductos de Wharton. La herida quirúrgica se sutura con puntos sueltos de material reabsorbible. En el acto quirúrgico se promueve el bloqueo de los nervios linguales de ambos lados por medio de anestesia local. ⁽¹⁰⁾

– 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. A continuación, comprimir con una gasa la herida quirúrgica para hacer hemostasia y dejar que cicatrice por segunda intención, sin dar puntos de sutura ya que no suele sangrar. En estos casos es recomendable realizar el tratamiento bajo anestesia general, sobre todo si son bebés, tomando todas las medidas oportunas. ⁽¹⁰⁾

3.4.1. Manejo preoperatorio

3.4.1.1. Anestesia

En los casos en los que la frenectomía se realice a bebés en periodo de lactancia se recomienda hacerlo bajo anestesia general, con todas las medidas de precaución que ello conlleva. Siempre que la edad del niño sea inferior a 6 años se recomienda realizar esta cirugía bajo anestesia general por la escasa colaboración del paciente. En niños mayores, se puede realizar bajo anestesia local mediante bloqueo de ambos nervios linguales. ⁽¹⁰⁾

3.4.1.2. Medicación preoperatoria

a).Analgésicos: para el control del dolor, tras el efecto de la anestesia. b).Antiinflamatorios no esteroideos: para reducir el dolor y la tumefacción.

c).Antibióticos: No está indicado el uso de antibióticos postoperatorios salvo una dosis profiláctica preoperatoria en pacientes con riesgos asociados. ⁽¹⁰⁾

3.4.1.3. Hospitalización

Si el procedimiento se ha realizado bajo anestesia local no se requiere hospitalización, realizándose el tratamiento en el mismo gabinete de la consulta y dándose de alta al cabo de una o dos horas tras su realización. En el caso de que el procedimiento se haya realizado bajo anestesia general se requerirá un tiempo mínimo de ingreso hospitalario, el suficiente hasta que se haya recuperado completamente y sin

ninguna complicación de los efectos de la anestesia. Se trata de un procedimiento de cirugía ambulatoria. ⁽¹⁰⁾

3.4.2. Cuidados postoperatorios

Se recomienda dieta líquida las primeras 24 horas, tras las cuales el niño puede comenzar a comer una dieta en forma de purés preferiblemente fríos durante dos o tres días. Es importante llevar a cabo una meticulosa higiene oral durante los primeros días del postoperatorio realizando enjuagues orales con agua y sal o con antisépticos bucales.

El bebé casi siempre puede empezar a mamar inmediatamente después de la operación sin ninguna restricción. ⁽¹⁰⁾

3.4.3. Resultados

3.7.1. Seguimiento

Debido al uso de sutura reabsorbible preferentemente, se aconseja vigilancia por parte de la familia y revisión a las 2-4 semanas de la realización del procedimiento.

3.7.2. Indicadores de resultado favorable

Los principales indicadores del buen resultado de la cirugía son:

- Contacto adecuado de la lengua con el paladar duro y con los labios superior e inferior, así como una perfecta movilidad de la misma en los planos del espacio sin ninguna deformación.
- Adecuada articulación de las palabras.

3.7.3. Indicadores de resultado desfavorable

Una inadecuada o incompleta sección del frenillo puede motivar la persistencia de los trastornos del habla y de la lactancia tras la cirugía. En la mayor parte de los casos, el apoyo del profesional de los problemas del habla consigue reeducar. ⁽¹⁰⁾

VII. OBJETIVOS

- Objetivo General:

Determinar la prevalencia de anquiloglosia parcial y total en los niños de 5 a 10 años que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante los años 2010 al 2013 y el tratamiento que recibieron.

- Objetivos Específicos:

1. Establecer la prevalencia de anquiloglosia según sexo y edad.
2. Determinar los tipos de tratamiento, conservador o quirúrgico, otorgado al paciente que padece dicho problema.
3. Establecer el tipo de anquiloglosia (parcial o total), que se presenta con mayor frecuencia.

VIII. VARIABLES

Cuadro de Operacionalización de Variables

Nombre de la Variable	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición
Prevalencia de anquilosia	Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan anquilosia en un momento o en un período determinado.	Cualitativa	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Sexo	Es el conjunto de características biológicas que caracterizan a las especies animales en machos y hembras.	Cualitativa	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Tipo de Anquilosia	Forma en que se clasifica la anquilosia.	Cualitativa	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Total • Parcial • Lateral
Tratamiento realizado	Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.	Cualitativa	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Conservador • Quirúrgico
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Discreta <ul style="list-style-type: none"> ▪ Años Cumplidos

IX. METODOLOGÍA:

-Diseño de la investigación:

El tipo de investigación fue descriptivo y el diseño de la investigación fue observacional.

-Unidad de análisis:

Se estableció como tal, fichas clínicas del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala.

-Población de estudio:

Fichas clínicas de niños que acudieron al Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala comprendidos entre las edades de 5 a 10 años de edad durante los años 2010-2013.

Anualmente la población se conformó de la siguiente manera:

Año 2010	674 pacientes
Año 2011	828 pacientes
Año 2012	835 pacientes
Año 2013	744 pacientes

-Muestra:

Del total de fichas clínicas que se encuentran en el archivo del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de los estudiantes que han terminado sus requisitos clínicos y a quienes se les ha extendido la solvencia de dicho departamento, hasta el día 22 de Octubre del 2015, se trabajó con una muestra correspondiente al 47.6% de las fichas clínicas en total, dado que fue el porcentaje promedio que se encontró de fichas completas y debidamente canceladas.

Por lo tanto la muestra por año, quedó integrada así:

Año 2010	318 pacientes
Año 2011	406 pacientes
Año 2012	429 pacientes
Año 2013	313 pacientes

Procedimiento

- Consentimiento:

1. Se solicitó autorización para tener acceso al área de archivo y a las fichas clínicas de los niños de 5 a 10 años desde el año 2010 hasta el año 2013, mediante una carta dirigida al encargado del Departamento de Odontopediatría, el día 19 de octubre del 2015.
2. El día 21 de octubre del 2015, se obtuvo la autorización para realizar la investigación en el archivo del Departamento de Odontopediatría.

- Investigación de campo:

Se acudió al archivo del Departamento de Odontopediatría, los días 22 y 23 de octubre del 2015 y se revisaron las fichas clínicas de los niños de 5 a 10 años que acudieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala desde el año 2010 hasta el año 2013.

Se llenó la ficha de recolección, con información brindada por las fichas clínicas. En la fases I y II se indican si el niño presenta o no anquiloglosia y que tipo presenta, y en el diario de tratamientos, indica si se realizó algún tratamiento para dar solución a la anquiloglosia.

- Análisis estadístico:

Los datos obtenidos se tabularon para ser presentados en tablas y gráficas, y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de los mismos para luego realizar la interpretación y discusión de los resultados, así como también formular las recomendaciones, limitaciones y conclusiones del trabajo realizado.

X. RECURSOS

- **Fichas clínicas:**

Fichas clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC, del año 2010 al 2013 del Departamento de Odontopediatría. Fueron la base de la investigación.

- **Recursos Económicos:**

Son de suma importancia, pues permitieron realizar gran parte de la investigación, como por ejemplo en la reproducción de fichas de recolección de datos para recabar la información cuando se llevo a cabo la investigación de campo. Además permitieron adquirir los materiales que fueron necesarios para la investigación.

- **Asesorías:**

Son de suma importancia para la elaboración de toda la investigación, pues permitieron resolver las dudas que fueron surgiendo a lo largo de todo la investigación.

- **Tiempo:**

La elaboración de dicha investigación requirió de dedicación y parte por parte de quienes realizaron dicha investigación. El dedicarle el tiempo adecuado garantizó que los resultados de dicha investigación fueran los óptimos.

- **Fuentes Bibliográficas:**

El consultar investigaciones previas permitió una mejor orientación y enfoque de la investigación.

- **Ficha de Recolección de datos:**

Instrumento que se utilizará a lo largo de la investigación de campos para recaudar todos los datos para realizar dicha investigación. Ésta contenía datos como edad, sexo del paciente, presencia de anquiloglosia, tipo de anquiloglosia y tratamiento realizado.

XI. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación “Prevalencia de anquiloglosia y su tratamiento en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013”, realizada, con previa autorización, en el archivo del Departamento de Odontopediatría el 22 y 23 de octubre del 2015.

La población de estudio fueron las fichas clínicas de los niños que acudieron a la Facultad de Odontología de la USAC comprendidos entre las edades de 5 a 10 años de edad durante los años 2010-2013. De esta población se evaluó una muestra de 1468 fichas, correspondiente al 47.6% de la población de niños atendida en dichos años. Se tomó en cuenta el registro del paciente, la edad, el sexo, la presencia de anquiloglosia, tipo de anquiloglosia y el tratamiento recibido.

De las fichas evaluadas la anquiloglosia reportada con mayor frecuencia fue de tipo parcial (100%). (Ver cuadro No. 2). Se observó anquiloglosia en 133 pacientes, lo que corresponde a una prevalencia de 9.1% (Ver cuadro No. 1). De estos, 61 pacientes (45.9%) eran de sexo femenino y 72 pacientes (54.1%) eran de sexo masculino (Ver cuadro No. 3). Solamente a 1 paciente se le realizó como tratamiento cirugía (Ver cuadro No.4).

La anquiloglosia se presentó con más frecuencia en niños de 7 años, encontrando 33 niños de esta edad y en menor frecuencia de anquiloglosia en niños de 10 años, encontrando 11 niños de esta edad (Ver cuadro No.5).

Cuadro No.1

Prevalencia de anquiloglosia en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013

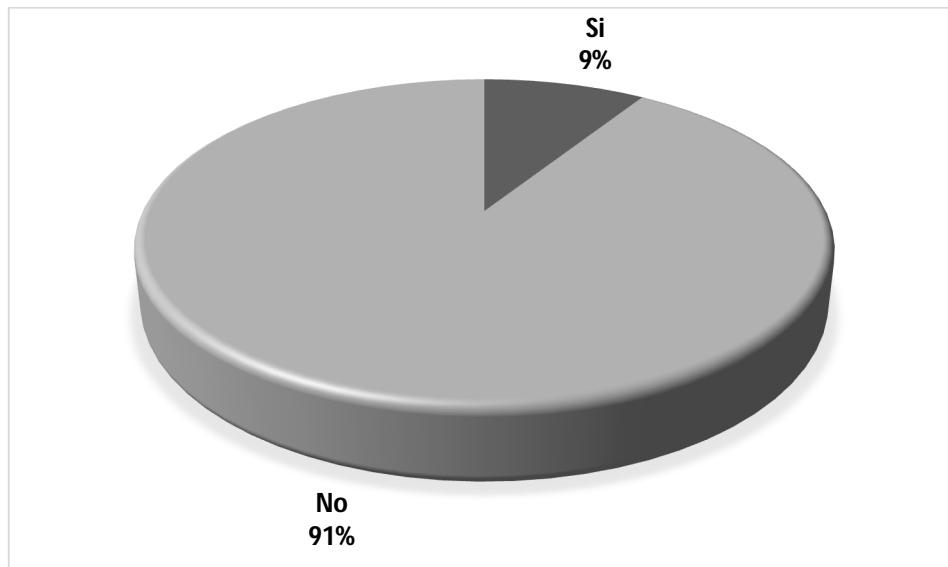
Presencia de Anquiloglosia	No. de personas	%
Si	133	9.1
No	1335	90.9
Total	1468	100

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se puede observar que de las 1468 fichas evaluadas, solamente 133 pacientes presentaron anquiloglosia, correspondientes a un 9.1%. Se considera que esta prevalencia es alta, en comparación a un estudio similar años atrás, en el que la anquiloglosia era de 1.1%.

Gráfica No.1

Prevalencia de anquiloglosia en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología USAC, 2010-2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: La gráfica anterior demuestra que del total de fichas clínicas evaluadas, el 9.1% de la muestra presentó anquiloglosia, siendo así, un porcentaje alto el que presenta esta alteración.

Cuadro No.2

Distribución según el tipo de anquiloglosia en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013

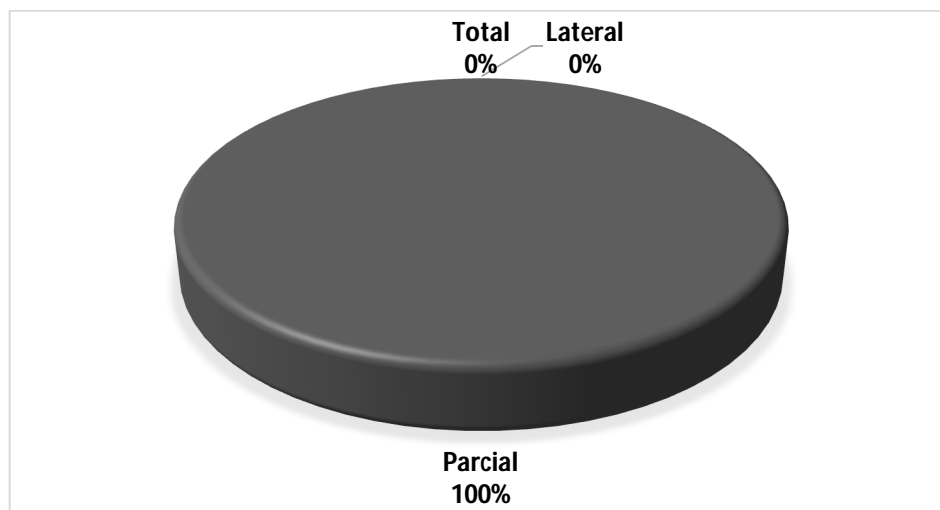
Tipo de Anquiloglosia	No. de personas	%
Anquiloglosia Parcial	133	100
Anquiloglosia Total	0	0
Anquiloglosia Lateral	0	0
Total	133	100

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: La tabla anterior indica que del total de 133 pacientes que presentaron anquiloglosia, el 100% presentó anquiloglosia de tipo parcial. No se reporta ningún caso con anquiloglosia total o lateral.

Gráfica 2

Distribución porcentual de anquiloglosia parcial, total y lateral en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología USAC, 2010-2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: La gráfica anterior muestra que no se reportó ningún tipo de anquiloglosia total o lateral, el total de la muestra presentó anquiloglosia de tipo parcial.

Cuadro No.3

Prevalencia de anquiloglosia según sexo en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013.

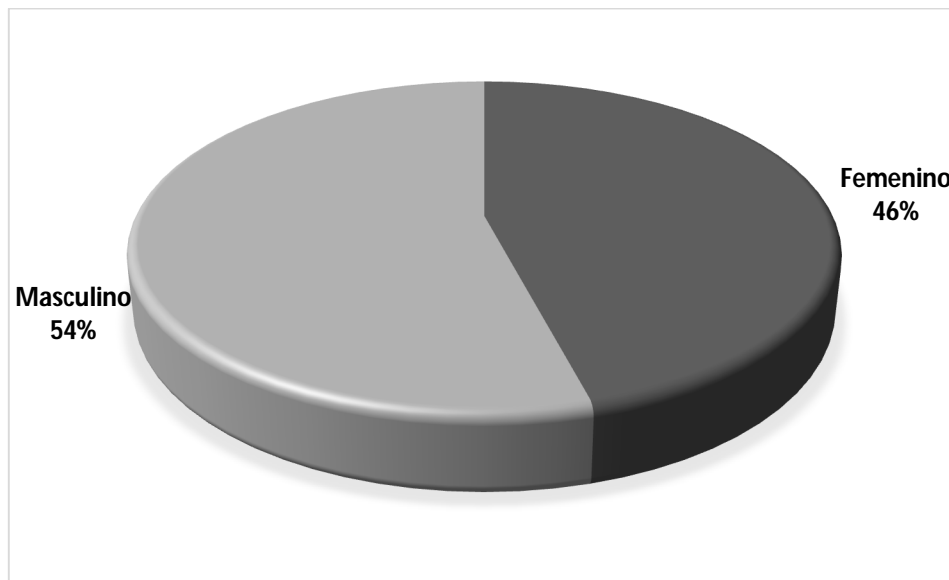
Sexo	No. de personas	%
Femenino	61	45.9
Masculino	72	54.1
Total	133	100

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: En esta tabla se puede observar que de los 133 pacientes que presentaron anquiloglosia, 61 pacientes eran de sexo femenino y 72 pacientes de sexo masculino, observando mayor prevalencia de anquiloglosia en pacientes de sexo masculino, correspondientes al 54.1%.

Gráfica No.3

Distribución porcentual de anquiloglosia según sexo en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología USAC, 2010-2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: Esta gráfica muestra que del 100% de los pacientes que presentaron anquiloglosia, el 46% eran de sexo femenino y el 54% restante, de sexo masculino. Existe mayor prevalencia de anquiloglosia en pacientes de sexo masculino.

Cuadro No.4

Prevalencia de tratamiento recibido en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013.

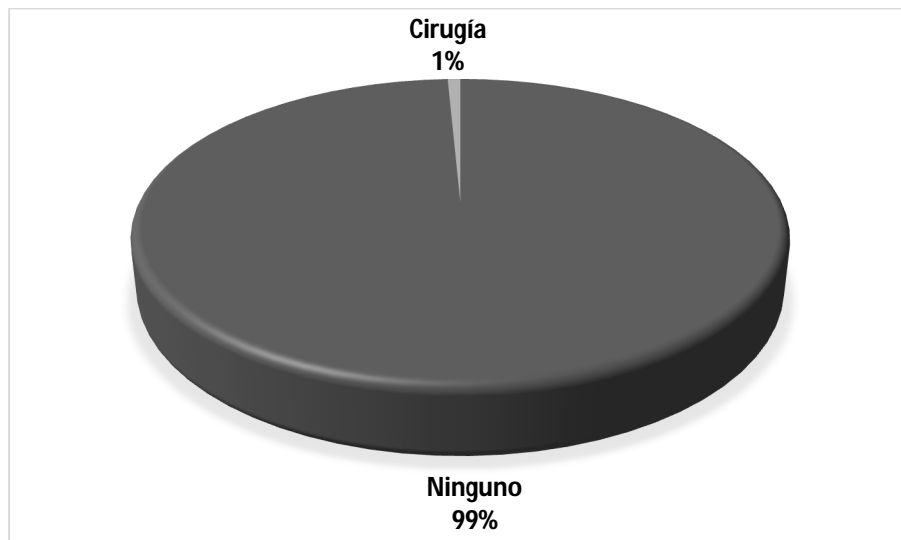
Tipo de tratamiento	No. de personas	%
Ninguno	132	99.25
Cirugía	1	0.75
Terapia	0	0
Otros	0	0
Total	133	100

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: En el cuadro anterior puede observarse que a 132 pacientes que presentaron anquiloglosia, no se les realizó ningún tipo de tratamiento, ya que solamente se le realizó una cirugía a un paciente, como tratamiento para solucionar la anquiloglosia.

Gráfica 4

Distribución porcentual de tratamiento recibido en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología USAC, 2010-2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: En la gráfica anterior se observa que del 100% que presentó anquiloglosia el 0.75% de los pacientes tuvo como tratamiento una cirugía, esto es equivalente a 1 paciente. Los 132 restantes no tuvieron ningún tratamiento.

Cuadro No.5

Prevalencia de anquiloglosia distribuido por edades en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013.

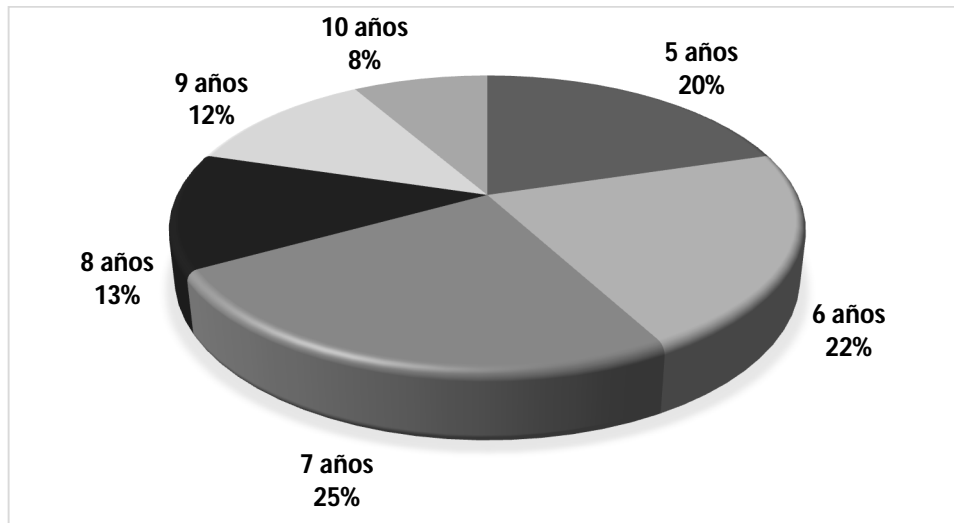
Edad	No. de personas	%
5 años	27	20.3
6 años	29	21.8
7 años	33	24.8
8 años	17	12.8
9 años	16	12
10 años	11	8.3
Total	133	100

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: Puede observarse en el cuadro anterior que en pacientes de 7 años se encontró 33 casos de anquiloglosia, en pacientes de 6 años 29 casos, en pacientes de 5 años 27 casos, en pacientes de 8 años 16 casos, en pacientes de 9 años 16 casos y en pacientes de 10 años 11 casos.

Gráfica 5

Distribución porcentual de anquiloglosia distribuido por edad en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología USAC, 2010-2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: En esta gráfica puede observarse que existe mayor porcentaje de anquiloglosia en pacientes de 7 años de edad y menor porcentaje de anquiloglosia en pacientes de 10 años de edad

Cuadro No.6

Distribución de prevalencia de anquiloglosia según sexo por año en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología durante los años 2010 al 2013

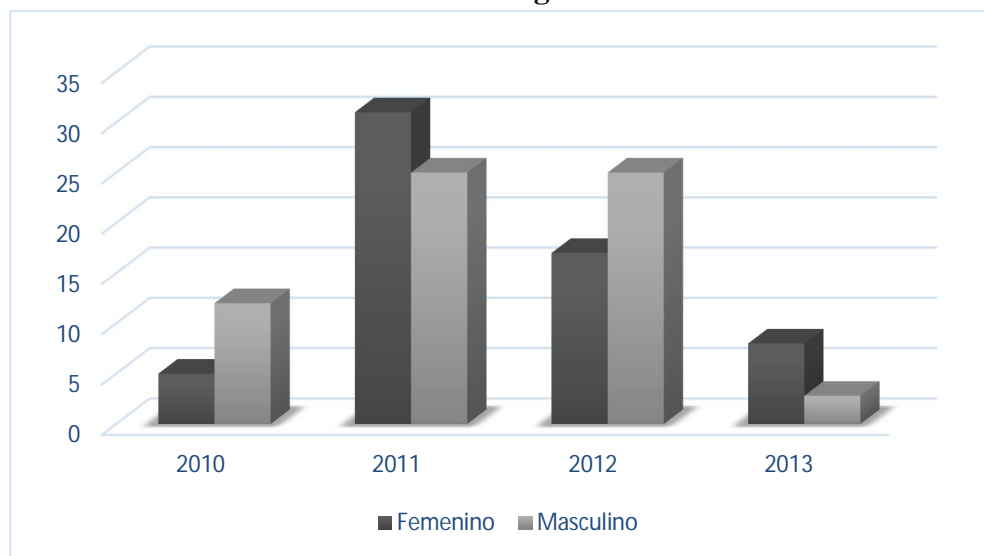
Año	Femenino	Masculino	Total
2010	5	12	17
2011	31	25	56
2012	17	25	42
2013	8	11	19
TOTAL	61	72	133

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: Este cuadro muestra que en el año en el que se reportaron mayor cantidad de casos con anquiloglosia fue en el 2011, durante ese año 31 pacientes fueron de sexo femenino y 25 de sexo masculino, luego el año que le sigue es en el 2012, en el que 17 fueron de sexo de sexo femenino y 25 de sexo masculino, así en el 2013 se reporta 8 pacientes de sexo femenino y 11 de sexo masculino y en el año 2010, 5 pacientes de sexo femenino y 12 de sexo masculino.

Gráfica No.6

Distribución de prevalencia de anquiloglosia según sexo por año en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología durante los años 2010 al 2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: Esta gráfica de barras nos muestra que durante el 2011 se reportaron más casos de anquiloglosia, siendo mayor en porcentaje en las niñas. Se encontró menor cantidad de casos en el 2010, en el que 5 pacientes eran de sexo femenino y 11 de sexo masculino.

Cuadro No.7

Distribución de prevalencia de anquiloglosia según edad por año en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología durante los años 2010 al 2013

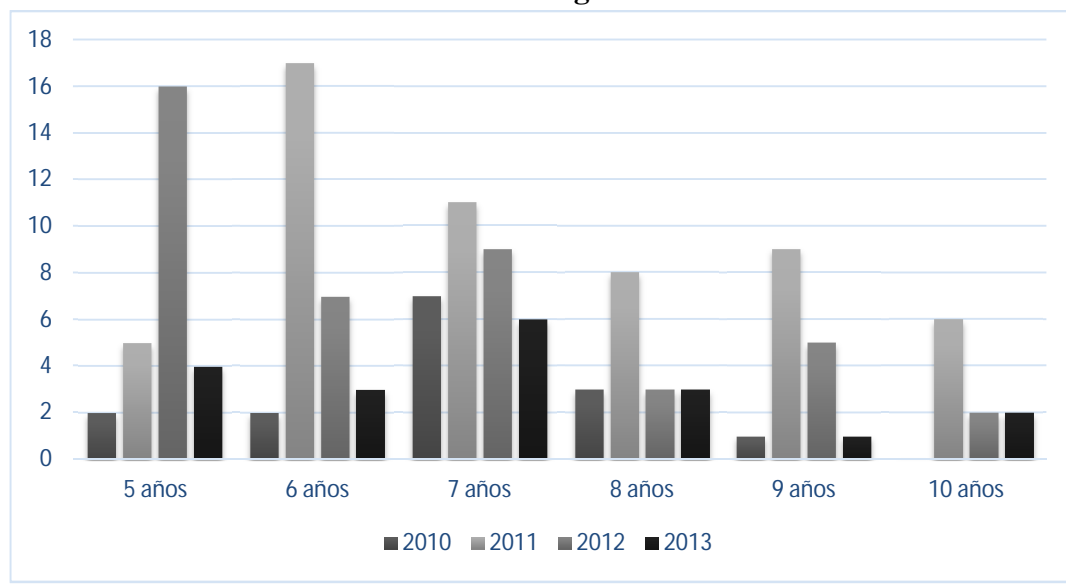
Edad	2010	2011	2012	2013	TOTAL
5 años	2	5	16	4	27
6 años	2	17	7	3	29
7 años	7	11	9	6	33
8 años	3	8	3	3	17
9 años	1	9	5	1	16
10 años	1	6	2	2	11
TOTAL	15	56	42	19	133

Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: La tabla anterior nos muestra que en el año 2010 se reportan mayor cantidad de casos de anquiloglosia a los 7 años, en el 2011 mayor cantidad de casos a los 6 años, en el 2012 mayor cantidad de casos a los 5 años y en el 2013 mayor cantidad de casos a los 7 años.

Gráfica No.7

Distribución de prevalencia de anquiloglosia según edad por año en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología durante los años 2010 al 2013



Fuente: Datos en archivo del Departamento de Odontopediatría en octubre 2015.

Interpretación: Este diagrama de barras indica que durante los 4 años evaluados, se reporta mayor cantidad de casos de anquiloglosia en las edades de 5, 6 y años, siendo la edad de 7 años con más casos encontrados y la edad de 10 años con menos casos de anquiloglosia reportados.

XII. DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la investigación se pudo determinar que la prevalencia de anquiloglosia es de 9.1% en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2010 al año 2013. Este número es mayor al reportado en el estudio realizado en la Facultad de Odontología durante 1975 a 1979, en el que la muestra fue de 1462 donde se encontraron 18 casos, dando como resultado 1.11%.

La distribución según el sexo de los examinados determinó mayor prevalencia de anquiloglosia en pacientes de sexo masculino aunque no es marcada con respecto a los de sexo femenino.

El tipo de anquiloglosia reportado es de tipo parcial, no encontrando ningún caso con otro tipo de anquiloglosia.

Solamente 1 paciente, de los 133 pacientes, recibió cirugía como tratamiento. Debido a que la información registrada en la ficha clínica es muy escueta, se desconoce si es resto de pacientes necesitaba o no cirugía.

En las edades de 5 y 7 años se encontraron mayor número de casos de anquiloglosia, correspondiente al 67%.

En el año 2011 es el año en el que se reporta mayor cantidad de pacientes con anquiloglosia, y el 2010 es el año que se reportan menos pacientes.

XIII. CONCLUSIONES

Con base a la investigación podemos concluir lo siguiente:

1. La anquiloglosia es una alteración, en su mayoría, congénita, en la que el frenillo lingual es corto, que hace que la lengua pareciera estar atada, y esto que impide, a quien la padece, tener una buena movilidad de la lengua y poder emitir muy bien las palabras.
2. Es necesario realizar un buen examen clínico, para determinar si la anquiloglosia interfiere con la fonética del paciente, a partir de este examen se puede determinarse si la anquiloglosia puede resolverse con terapia del habla o es necesario realizar una frenectomía u otro tipo de tratamiento.
3. No todos los casos en que los pacientes presenten anquiloglosia necesitan ser tratados con cirugía, muchas de ellas se resuelven con el crecimiento o con terapia del habla.
4. La prevalencia de anquiloglosia en los niños de 5 a 10 años que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante los años 2010 a 2013 es de 9.1%, esta prevalencia es más alta en comparación a la encontrada en un estudio similar realizado en la Facultad de Odontología en los años 1975 al 1979, en la que la prevalencia de anquiloglosia fue de 1.1%.
5. La anquiloglosia parcial es la única variante de anquiloglosia encontrada en el estudio realizado.
6. A 132 pacientes, que presentaron anquiloglosia, equivalentes al 99.25% no se les realizó ningún tipo de tratamiento, se desconoce si era necesario o no. Solamente a 1 paciente se le realizó cirugía.
7. La prevalencia de anquiloglosia es más alta en pacientes de sexo masculino que en pacientes de sexo femenino.
8. En las edades de 5, 6 y 7 años es más común encontrar anquiloglosia. La anquiloglosia puede desaparecer al crecer quien la padece, por esta razón es más común a temprana edad.

9. En el año 2011 es el año en el que se reportaron más casos de anquiloglosia, 56 casos.

10. El examen que se realiza en el Departamento de Odontopediatría, solamente diagnostica la presencia de anquiloglosia, no determina si el paciente tiene algún tipo de problema al pronunciar las palabras y si necesita o no algún tratamiento.

11. El Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no tiene como prioridad o fin poner solución a la anquiloglosia, según lo reportado, aunque tenga el equipo y profesionales para realizarlo.

XIV. RECOMENDACIONES

Con base a la investigación podemos recomendar lo siguiente:

1. Enfatizar en la importancia de realizar un buen examen clínico y una historia médica completa de los pacientes, con el fin de detectar y registrar cualquier alteración.
2. Realizar un examen más detallado al momento de evaluar el área del frenillo lingual, de manera que en caso de encontrar anquiloglosia se proceda a realizar una evaluación fonética para determinar la severidad del caso y la necesidad de tratamiento, así como el tipo de tratamiento necesita el paciente
3. En caso de que un paciente presente anquiloglosia, se sugiere incluir en el apartado de observaciones de la ficha clínica de la Facultad de Odontología lo siguiente:
 - Qué tipo de anquiloglosia presenta.
 - Si presenta o no algún problema al articular palabras.
 - Si es necesario o no realizar algún tratamiento.
 - Tratamiento recomendado (terapia, cirugía u otros).
 - Tratamiento realizado.
 - Evolución del paciente luego de haber recibido el tratamiento
4. Proporcionar un tratamiento de forma INTEGRAL a los pacientes pediátricos que visitan la Facultad de Odontología, de manera que se cubra no solamente aspectos dentales, sino también se considere referir al paciente con algún especialista en caso de ser necesario, por ejemplo un terapeuta del lenguaje.
5. Teniendo los recursos y la infraestructura necesaria, se sugiere que en la mayoría o totalidad de casos que lo requiera, realizar la cirugía correspondiente.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Avanto Alvarez, J. (2009). **Anquiloglosia: ¿Cuándo intervenir? Revisión y reporte de un caso.** Acta Odontológica Venezolana. 47(3):1-8.
2. Blanco G. **Anquiloglosia: revisión de la literatura y reporte de caso.** Rev Estomatol 2005; 13(2):50-8.
3. Calderón Marquez, M. O. (1987). **Prevalencia de anquiloglosia en la población escolar urbana de San Juan Comalapa y estudio de ocurrencia familiar de anquiloglosia parcial.** Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. pp. 8-16.
4. Corrêa, M. S., Abanto J., Corrêa F. N., Bonini G. A., Alves F. B. **Anquiloglosia y amamantamiento: revisión y reporte de caso.** Rev Estomatol Herediana. 2008; 18(2):123-127. (en línea). Consultado el 10 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/1844/1853>.
5. De la Cruz Torres, C. R. (1981). **Patología oral de mayor prevalencia en pacientes que ingresan a la Facultad de Odontología (revisión de 5 años).** Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad San Carlos de Guatemala: Facultad de Odontología. pp. 7-9.
6. Finn, S. B. (1976). **Odontología pediátrica.** Trad. Carmen Muñoz Seca. México: Interamericana. pp. 40
7. López Acevedo, C. (1975). **Manual de patología oral.** Guatemala: Universitaria. pp. 37. (Colección Aula Vol. 16)
8. Pérez Navarro, N. (2002). **Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: diagnóstico y tratamiento.** Rev Cubana Estomatol v.39 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2002 (en línea). Consultado el 30 de julio de 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300002



9. Quineche Andrade, C. (2010). **Anquiloglosia en el infante**. Tesis (Cirujano Dentista). Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de estomatología, 2010. (en línea). Consultado el 10 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/CYNTHIACHRISTINAQUINECHEANDRADE.pdf>
10. Ramírez, S., Gómez García, V. y Bonet, J. **Frenillo lingual**. 2014: España, Madrid: Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2(1) (en línea). Consultado el 1º de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap02.pdf>
11. Rosas Ortiz, G. (2009). **Anquiloglosia parcial (incompleta). Reporte de un caso y revisión de literatura**. Revista ADM. 45(2):42-47
12. Ruíz Álvarez, T. B. (2004). **Prevalencia de hallazgos clínicos patológicos intrabucales de tejidos blandos (lengua geográfica, hiperplasia epitelial focal y anquiloglosia parcial) en pacientes de 6 a 12 años, atendidos en la consulta externa del Hospital Roosevelt durante los meses de noviembre y diciembre del 2002**. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. pp.17-19.
13. Sánchez, A. E. (2012). **Alteraciones que pueden generar la presencia del frenillo lingual en pacientes infantiles**. Tesis (Odontólogo) Ecuador: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabi, Facultad de Odontología. (en línea). Consultado el 10 de marzo de 2015. Disponible en: <http://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/26000/651/1/T-ULEAM-34-0013.pdf>
14. **Stedman diccionario de ciencias médicas** (1993). 25 ed. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. pp.94
15. Velásquez Moreno, L. P. (2006). **Prevalencia de anquiloglosia en escolares de 6 a 12 años del nivel primario de las escuelas públicas de los municipios de Zacualpa y San Miguel Uspantán, el Quiché, 2006**. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. pp. 4-10.



ANEXOS



FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala



Guatemala 19 de Octubre del 2015

Dr. Henry Cheesman
Director Área Odontología del niño y adolescente
Presente

Le saludo esperando se encuentre muy bien realizando sus actividades cotidianas.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para tener acceso al archivo de las fichas clínicas del área de Odontología del niño y adolescente de los años del 2010 al 2013, para realizar un estudio de tipo descriptivo, observacional, que desea establecer la prevalencia de frenillo lingual anormalmente corto o anquiloglosia y el tratamiento recibido en los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, comprendidos entre los 5 a 10 años durante los años del 2010 al 2013.

Al momento de conocer la prevalencia de la anquiloglosia y el tratamiento que se le ha dado a esta anomalía, se podrán realizar las debidas conclusiones y así brindar un tratamiento INTEGRAL, si es que no se realiza, a los pacientes pediátricos que son atendidos en la Facultad de Odontología y presentan dicha anomalía.

Este estudio forma parte de la tesis realizada por mi persona, para poder adquirir el titulo de cirujano dentista.

Agradeciendo de antemano su atención y colaboración me despido.

Mayra E. Morales R.
200717906



FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala



Ficha de Recolección de datos

Boleta #

Año	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	anquiloglosia	Tipo	Tratamiento
Registro clínico	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Parcial <input type="text"/> Total <input type="text"/> Lateral <input type="text"/>	Ninguno <input type="text"/> Cirugía <input type="text"/> Terapia <input type="text"/> Otro <input type="text"/>



FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala



Ficha de Recolección de datos

Boleta #

Año	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	anquiloglosia	Tipo	Tratamiento
Registro clínico	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Parcial <input type="text"/> Total <input type="text"/> Lateral <input type="text"/>	Ninguno <input type="text"/> Cirugía <input type="text"/> Terapia <input type="text"/> Otro <input type="text"/>



FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala



Ficha de Recolección de datos

Boleta #

Año	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	anquiloglosia	Tipo	Tratamiento
Registro clínico	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Parcial <input type="text"/> Total <input type="text"/> Lateral <input type="text"/>	Ninguno <input type="text"/> Cirugía <input type="text"/> Terapia <input type="text"/> Otro <input type="text"/>



FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

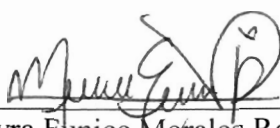


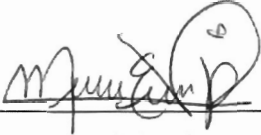
Ficha de Recolección de datos

Boleta #


Año	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	anquiloglosia	Tipo	Tratamiento
Registro clínico	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Parcial <input type="text"/> Total <input type="text"/>	Ninguno <input type="text"/> Cirugía <input type="text"/> Terapia <input type="text"/> Otro <input type="text"/>

El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

(f) 
Mayra Eunice Morales Romero

(f) 
Mayra Eunice Morales Romero
Sustentante


(f) 
Dra. Alma Lucrecia Chinchilla
Asesora

(f) 
Dr. Sergio García Piloña
Primer Revisor
Comisión de Tesis



(f) 
Dr. Jorge Avila
Segundo Revisor
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE:

Vo.Bo. 
Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario General
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos