



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU RELACIÓN CON
PROBLEMAS DE FONACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE GÉNERO
MASCULINO Y FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO
MAYO – JULIO DEL 2014**

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA:

LIZETH KATHERINE SANTORUN NEIRA

DIRECTOR:

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.

*Loja-Ecuador
2014*

CERTIFICACIÓN

Dr. Mg.Sc.

Richard Orlando Jiménez


Docente del Área de la Salud Humana

Certifico:

Que la presente tesis titulada: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU RELACION CON PROBLEMAS DE FONACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO DEL 2014**, elaborado por la Srta. **Lizeth Katherine Santorun Neira**, ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, Octubre 2014

Atentamente:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Richard Jiménez', is written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and somewhat abstract.

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Lizeth Katherine Santorun Neira**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Lizeth Katherine Santorun Neira

Firma:



Cédula: 1105164345

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Lizeth Katherine Santorun Neira, declaro ser autor de la tesis titulada “**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE FONACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO DEL 2014**”; como requisito para optar al grado de Odontólogo; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.



Autor: Lizeth Katherine Santorun Neira

Cédula: 1105164345

Dirección: Sauces Norte. Rafael Sanzio y el Greco

Correo Electrónico: lizethsn@hotmail.com

Teléfono: 2540481 **Celular:** 0999809838

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Leonor Peñarreta, Dra. Tannya Valarezo, Dra. Daysi Saraguro

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico principalmente a Dios, por la ayuda que me brinda día a día, ya que es quien me permite lograr cada sueño tanto a nivel personal y profesional.

A mis amados padres, porque gracias a su amor y apoyo me han ayudado de forma incondicional con mi carrera, ya que permanecieron siempre pendientes de mi formación como profesional.

A toda mi familia y amigas quienes siempre fueron una motivación a continuar adelante y por su ayuda en cada momento difícil, fueron mis fuerzas para no desmayar y continuar de pie.

LIZETH KATHERINE SANTORUN NEIRA

AGRADECIMIENTO

Al culminar la presente investigación, queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas quienes nos ofrecieron su apoyo para el desarrollo y culminación del presente trabajo.

Un agradecimiento muy especial a mi familia, y amigos que han sido siempre una parte fundamental en mi vida, ya que sin su ayuda y apoyo no hubiera podido hacer realidad mi sueño profesional.

A mi director, Dr. Richard Jiménez, Mg. Sc., por su apoyo y disposición, para orientarme a lo largo de su desarrollo, por compartir ideas y sabios consejos.

A la Universidad Nacional de Loja y de manera especial a la Carrera de Odontología ya que a lo largo de estos años se constituyó en mi segundo hogar y esfera de formación.

LIZETH KATHERINE SANTORUN NEIRA

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE FONACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO DEL 2014

2. RESUMEN

La anquiloglosia, es un trastorno que se caracteriza por presentar un frenillo lingual anormalmente corto, que limita los movimientos normales de la lengua, cuya prevalencia va desde el 4.2% al 10.7%, razón por la cual si no es tratado a tiempo, dificulta la articulación de palabras, causando problemas de fonación.

Motivo por el cual, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de anquiloglosia y su relación con problemas de fonación de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la Modalidad de Estudios Presencial en el Periodo mayo- julio del 2014, examinándose a 894 estudiantes, recolectando la información a través de la Historia Clínica Odontológica, la misma que sirvió para construir una base de datos. Los resultados obtenidos fueron: el 5% si presentaron anquiloglosia y el 95% restantes no presentaron dicha patología, el 54,35% corresponde al género masculino, y 45.65% corresponde al género femenino, sólo el 30.34% presenta problemas fonéticos que se relaciona directamente con la anquiloglosia, mientras que el 69.56% no presenta problemas fonéticos. Por lo cual indica que la población estudiada presenta una mínima tasa de prevalencia de anquiloglosia relacionada con problemas fonéticos.

Palabras claves: anquiloglosia, problemas de fonación.

ABSTRACT

Tongue tie is a disorder characterized by an abnormally short lingual frenulum, causing limits the normal movements of the tongue, with a prevalence ranging from 4.2% to 10.7 % , reason if it is not treated early, difficult articulation of words , causing problems of phonation.

A descriptive cross-sectional study such program, which aims to determine the prevalence of ankyloglossia and its relation to problems of phonation of the students of the University National of Loja mode Witnessed Study Period May-July 2014, examined 894 students, gathering information through the Dental Clinic History, the same that was used to build a database. The results were: 5% if they had tongue tie and the remaining 95 % had no such pathology, 54.35 % were male and 45.65 % are female gender, only 30.34 % have phonetic problems directly related with tongue tie, while 69.56 % have no phonetic problems. By indicating that the study population has a low prevalence of ankyloglossia related to phonetic problems.

Keywords: tongue tie, phonation problems.

3. INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia es la cortedad anormal del frenillo lingual, una afección en la cual el fondo de la lengua va pegado al piso de la boca por una banda de tejido llamada frenillo lingual. Esta conexión restringe el movimiento libre de la punta de la lengua.

Se desconoce la causa exacta de la anquiloglosia. Los genes pueden estar involucrados, debido a que esta afección se detecta con mayor frecuencia en ciertas familias. (Hall DM, 2009)

Algunos de los frenillos cortos son mucosas delgadas, en tanto que otros son adherencias gruesas fibrosas. Las pruebas clínicas para la movilidad de la lengua incluyen que el paciente toque con la lengua el paladar abriendo la boca lo más posible. Con frecuencia la lengua no se elevará, y su punta es halada hacia la dentición inferior. La decisión para la cirugía deberá hacerse en interconsulta con un especialista del lenguaje. (TK, 2010)

Cuando se observa en los niños 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, la fonación y la deglución pueden dificultarse y además, puede traumatizarse el frenillo por el contacto con los incisivos inferiores y formar una úlcera. (FINN, 2010)

*El presente estudio fue de carácter **descriptivo y transversal**, en donde se emplearon una historia clínica odontológica para poder tener la información acerca de las principales patologías bucales.*

Es por ello que se establece el presente tema de investigación “PREVALENCIA DE LA ANQUILOGLOSIA Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE FONACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO – JULIO DEL 2014”, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud bucodental como parte de la salud integral y el bienestar de los mismos.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron establecer la presencia de anquiloglosia por género en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, e identificar problemas de fonación y su relación con la anquiloglosia en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

Los resultados obtenidos fueron: el 5% si presentaron anquiloglosia y el 95% restantes no presentaron dicha patología, el 54.35% corresponde al género masculino, y el 45.65% corresponde al género femenino, sólo el 30.34% presenta problemas fonéticos que se relaciona directamente con la anquiloglosia, mientras que el 69.56% no presenta problemas fonéticos.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. ANQUILOGLOSIA

1.1. Concepto

La anquiloglosia o lengua fija, es una anomalía del desarrollo caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto y situado en la parte anterior que origina una restricción intensa de los movimientos de la lengua y deterioro del habla.

El frenillo lingual anormal une a veces la punta de la lengua a la encía lingual anterior, sometiendo a tensión el tejido gingival y produciendo enfermedad gingival y periodontal localizada en la región de la inserción del frenillo. La anquiloglosia se trata con éxito mediante reinscripción quirúrgica del frenillo lingual. (Robert E. Marx, 2012)

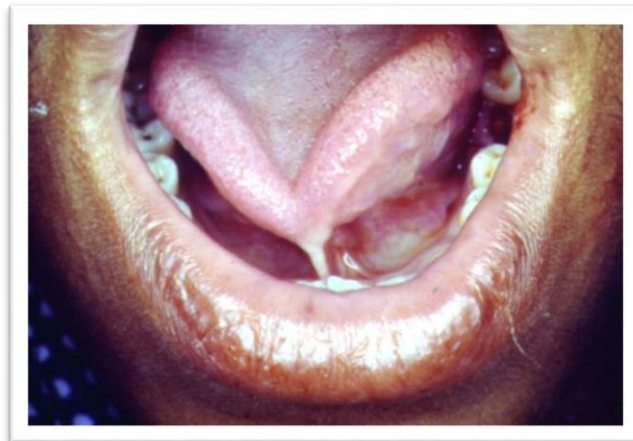


FIGURA 1.- Anquiloglosia que se extiende desde la cara ventral de la lengua hasta la encía lingual de la parte anterior de la mandíbula. Tomado de Robert E. Marx, D. S. (2012). Oral and Maxillofacial Pathology 2 edition. En D. S. Robert E. Marx, *A Rationale for Diagnosis and Treatment* (págs. 55, 56). Madrid: Quintessence Publishing Company.

1.2.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 casos Síndrome de Pierre-Robin, Síndrome oro-facial-digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil, y hendidura palatina.

Los problemas dentarios pueden ser vistos asociados a la anquiloglosia, ya que esta alteración es causada por una deformación de los incisivos inferiores y puede perjudicar la deglución y dentición. (Correa, 2009)

1.3.Histología

El frenillo lingual es un pequeño pliegue de tegumento (piel) o la membrana mucosa que limita los movimientos de un órgano o parte.

La longitud del frenillo lingual (corto) y la posición de inserción (anterior) pueden dar lugar a trastornos del habla y pueden afectar a la alimentación postnatal.

El FL está constituido histológicamente por tres capas:

- Epiteio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- Tejido conjuntivo conteniendo: abundantes fibras colágenas y elásticas, células adiposas, fibras musculares y vasos sanguíneos.
- Submucosa que contiene: glándulas mucosas, glándulas salivares menores, etc.

(ANDRADE, 2010)

1.4.Prevalencia

La anquiloglosia (frenillo corto) es el término clínico general para el frenillo lingual corto (menos de 2 cm), que limita el rango de movimiento de la lengua, la prevalencia oscila entre el 4,2% y el 10,7%. Esto se asocia con trastornos del desarrollo del habla y ha sido sugerido como también asociado con trastornos de la alimentación.

Además, algunas de las variaciones pueden reflejar diferencias relacionadas a la edad, ya que en algunos de los casos la anquiloglosia puede resolverse espontáneamente con la edad.

El sexo masculino ha sido reportado como el más prevalente, es normalmente encontrada en la población del recién nacido. (HILL, 2014)

1.5.Clasificación de la anquiloglosia

La anquiloglosia refiriéndose a la severidad se clasifica como: total y parcial.

a) Anquiloglosia Parcial o incompleta:

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.

b) Anquiloglosia Total: Fusión total de la lengua al piso de la boca, es extremadamente infrecuente. (ANDRADE, 2010)

En el 2011, Ruffoli y col proponen una clasificación de la anquiloglosia refiriéndose a su severidad:

Grado de anquiloglosia	Técnica A	Técnica B
Normal	2 cm	2.3 cm
Tipo de anquiloglosia		
Leve	1.6 – 1.9 cm	1.7 – 2.2 cm
Moderada	0.8 – 1.5 cm	0.4 – 1-6 cm
Severa	0.7 cm	0.3 cm

Tomada de: Ruffoli, Giambelluca M. Ankyloglossia a morphofunctional investigation in children oral dis, 2011.

Ruffoli y col examinaron un grupo de 200 niños entre las edades de 6 a 12 y tomaron medidas anatómicas sobre la longitud del FL en máxima apertura y con la punta de la lengua en el paladar, esto lo realizó mediante dos técnicas.

- **Técnica A:** Longitud del frenillo lingual, registrando la distancia de la inserción del FL entre el piso de boca y la punta de la lengua.

- **Técnica B:** Se realizó una evaluación indirecta midiendo la longitud del frenillo lingual, midiendo la distancia entre los incisivos superior e inferior.

De los 200 niños, 23 fueron considerados normales con valores entre 2.04cm y 2.33cm respectivamente para la técnica A y técnica B, por lo cual se **establecieron tres niveles de anquiloglosia: leve, moderada y severa.** (Ruffoli R, 2011)

1.6. Tipos de anquiloglosia

1.6.1. Tipo 1

Frenillo que se une al extremo de la lengua, generalmente cerca del borde gingival.

1.6.2. Tipo 2

Frenillo con inserción 2-4 posterior al borde libre de la lengua y en el borde gingival o próximo a él. Cuando el frenillo se encuentra 4 mm atrás de la punta de la lengua.

1.6.3. Tipo 3

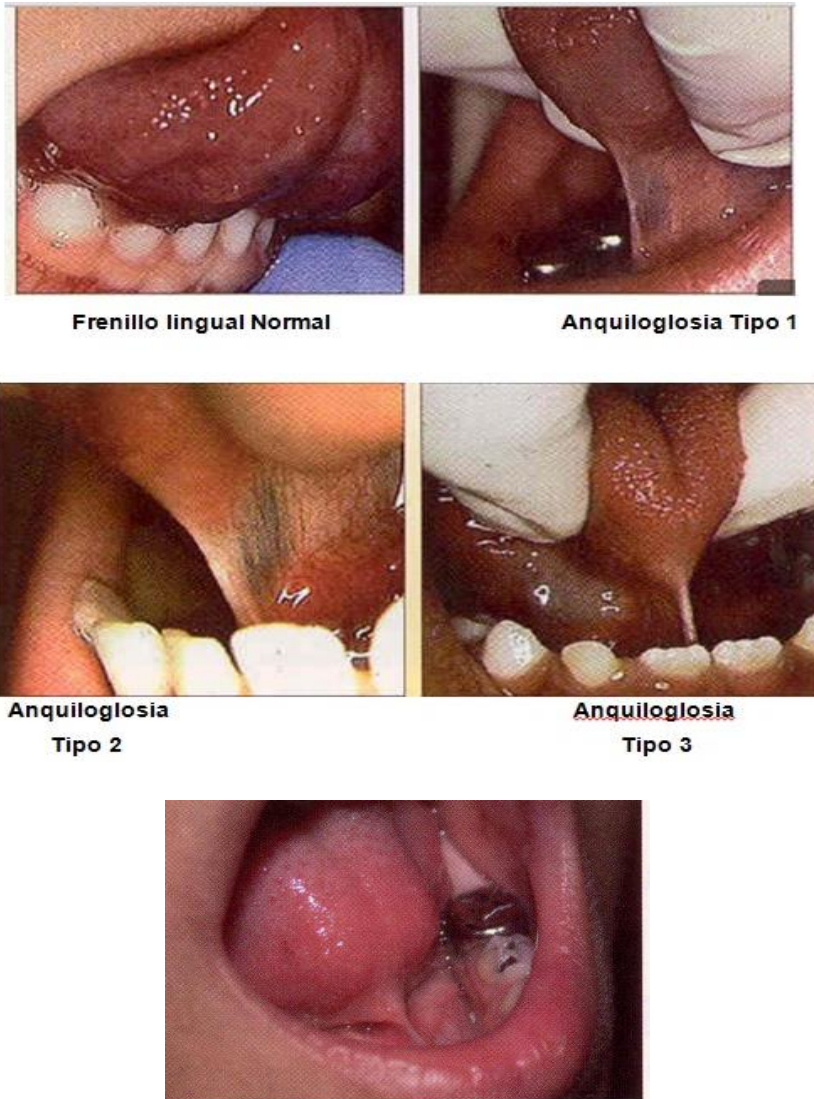
Frenillo que va de la parte medial de la cara inferior a la lengua a la zona media del suelo de la boca y que es usualmente más grueso y menos elástico. Es decir cuando el frenillo llega a la mitad de la lengua y a la mitad del piso de la boca.

1.6.4. Tipo 4

Frenillo unido a la base de la lengua, grueso, brillante y muy poco elástico.

Los frenillos tipos 1 y 2, considerados frenillos clásicos, son los más frecuentes y limitan la movilidad lingual de forma evidente. Representan el 75% de los frenillos linguales cortos.

Los tipos 3 y 4 son menos frecuentes, y dado que son más difíciles de detectar, los bebés con este tipo de frenillo lingual tienen mayor tendencia a no ser tratados. Los bebés con frenillo lingual corto tipo 4 tienen mayores dificultades de succión y deglución, por lo que suelen ser más sintomáticos. (Parra, 2012)



Frenillo lingual Normal

Anquiloglosia Tipo 1

**Anquiloglosia
Tipo 2**

**Anquiloglosia
Tipo 3**

Anquiloglosia tipo 4

FIGURA 2.- Tipos de Anquiloglosia

Tomado de: Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary.

Quintessence Int 2011; 30:259-262

1.7. Consecuencias

La relevancia clínica de la anquiloglosia es un asunto que origina controversia, particularmente por las consecuencias que pueden ocurrir por causa de ésta. Entre los problemas decurrentes

podemos mencionar los más citados en la literatura como problemas de succión y deglución, dificultades en el habla, problemas mecánicos y de crecimiento mandibular.

1.8.Evaluación Clínica del infante

Un examen a fondo intraoral se debe realizar en el infante. La inspección de la lengua, su función y el frenillo lingual debe ser parte de la primera visita de rutina. Los padres deben ser informados sobre la presencia y severidad de anquiloglosia y ser conscientes del potencial de alimentación, del habla y de los problemas dentales.

El examen del recién nacido puede mostrar una membrana unida entre de la punta y la parte media de la lengua que se extiende al piso anterior de la boca, por debajo o sobre el reborde alveolar. El odontólogo debe examinar el aspecto de la lengua cuando ésta se levanta, cuando el bebé llora o trata de extender la lengua.



FIGURA 3.- Recién nacido con anquiloglosia

Tomado de Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. *Pediatr Dent.* 2010;;40-46.

Durante el examen de la lengua del infante, se debe palpar el FL y se debe determinar su elasticidad. La inserción del frenillo lingual normalmente debería ser de aproximadamente 1 cm posterior a la punta de la lengua. (Kupietzky A, 2010)

1.9.Evaluación Clínica del niño en edad preescolar

Aunque hay una falta de evidencia científica que prueba una verdadera relación entre los trastornos del habla y anquiloglosia, no parece ser un consenso de que la anquiloglosia puede ser la causa de determinados trastornos del habla en algunos individuos.

La anquiloglosia no impide o retrasa la aparición del lenguaje, pero pueden interferir con la articulación de las palabras.

Si se restringe la elevación de la punta de la lengua, la articulación de 1 o más de los sonidos de la lengua como la "t", "d", "L", "R" y "s", no será exacta. El niño que pueden producir estos sonidos con precisión probablemente no es candidato para la intervención quirúrgica. (Williams WN, 2013)

1.10. Exámenes para valorar la anquiloglosia

Hazelbaker desarrolló una herramienta de evaluación para cuantificar la función y la apariencia de la lengua en infantes con anquiloglosia llamada "Herramienta de Evaluación de la Función del Frenillo Lingual", siendo ésta la única herramienta disponible y diseñada para evaluar la función de amamantamiento en los recién nacidos con anquiloglosia y la severidad del problema. Esta herramienta cuantitativa, marca tres puntuaciones: perfecta, aceptable y función deficiente.

La apariencia de la lengua cuando se levanta está determinada por el borde anterior de la lengua, como cuando el niño llora o intenta levantarla o extenderla. La elasticidad del frenillo es determinada por la palpación del frenillo mientras se levanta la lengua. Su longitud está determinada señalando su tamaño aproximado en centímetros cuando la lengua esta levantada.

La inserción del frenillo lingual a la lengua es determinada señalando su origen en la cara inferior de la lengua, esto debería ser aproximadamente 1cm posterior a la punta de la lengua. La inserción del frenillo lingual al reborde alveolar inferior se determina señalando la ubicación de la inserción anterior del frenillo. Se debería insertar próximo o en el músculo geniogloso en el piso de boca.

La lateralización de la lengua se mide provocando el reflejo transversal de lengua, señalando la encía del reborde alveolar inferior y cepillando el borde lateral de la lengua con el dedo examinador.

El ascenso de la lengua se señala cuando el dedo se remueve de la boca del bebé, si el bebé llora entonces la punta de la lengua debe levantarse a la mitad de la boca sin cerrar la mandíbula. La extensión de la lengua es medida provocando el reflejo de extrusión de la lengua cepillando el labio inferior hacia abajo, hacia el mentón.

La proyección anterior de la lengua se determina provocando un reflejo de búsqueda, por cosquilleo del labio superior e inferior y buscando un adelgazamiento anterior de la lengua.

La captación es medida en el grado en el que la lengua abraza el dedo del bebé como cuando el bebé mama de él.

Peristalsis es un retroceso, como el movimiento de la lengua durante la succión que debería originar que la punta de la lengua y se siente en la parte posterior del dedo examinador. La reversión se escucha como un sonido de chasquido cuando la lengua pierde su dominio sobre el dedo o pecho cuando el infante trata de generar presión negativa.

FUNCIÓN	APARIENCIA
Lateralización 2=completa 1=cuerpo de la lengua, pero no la lengua 0=ninguno	Apariencia de lengua cuando se levanta 2= redonda o cuadrada 1=leve fisura en la punta 0=forma de corazón
Ascenso de la lengua 2=la punta a mitad de la boca 1=solo el filo a mitad de la boca 0=punta se mantiene en el reborde alveolar	Elasticidad del frenillo 2=muy elástico (excelente) 1=moderadamente elástico 0=poco o nada de elasticidad
Extensión de la lengua 2=punta sobre el labio inferior 1=punta sobre la encía inferior 0=ninguno de los anteriores	Longitud del frenillo lingual cuando la lengua se levanta 2= 2 cm 1= 1 cm 0= < 1cm
Extensión anterior de lengua 2= completa 1= moderada o parcial 0= poca o ninguna	Inserción del frenillo lingual a lengua 2=posterior a la punta de la lengua 1=en la punta de la lengua 0=muecas en la punta
Catación 2= Entera 1= Sólo bordes laterales 0= pobre o mala	Inserción del frenillo lingual al reborde alveolar inferior 2=unión al piso de boca o al reborde inferior 1= unido en el reborde inferior 0= unido al reborde
Peristalsis 2= Anterior completa y posterior 1= parcial 0= ninguna	
Reversión 2= ninguno 1=periódicamente 0=frecuente con cada succión	Puntuación 14=puntuación perfecta 11=aceptable si la apariencia es 10 <11= función impar, frenotomía debe ser considerada Frenotomía es necesaria si el puntaje de función es <11 y el puntaje de apariencia es <8

Tomado de: Almeida M, Silveira F., Anquiloglosia uma abordagem, multidisciplinar (2010).

Hazelbaker ha modificado el sistema de puntuación, siendo los resultados: Perfecto, cuando la puntuación es 14. Teniendo en cuenta la apariencia: es aceptable, cuando la puntuación es 11, si el puntaje de apariencia es 10. Función alterada, cuando el puntaje es menor a 11. (Kupietzky A, 2010)

1.11. Diagnóstico

Los criterios clínicos utilizados para diagnosticar la anquiloglosia varían mucho en la literatura. La valoración clínica es indispensable para el diagnóstico. Se recomienda analizar muchos factores, iniciando por observación. Si en el recién nacido se presentan problemas ocasionados durante la lactancia materna y posteriormente problemas de lenguaje, maloclusiones y alteraciones en la motilidad muscular en otros órganos bucales, se utilizan algunos exámenes y pruebas de conductibilidad neurológica que permitirán determinar el tipo de anquiloglosia.

El criterio más frecuentemente empleado es cuando el frenillo se presenta anormalmente corto y grueso, haciendo que con la lengua adopte una forma de corazón durante la protrusión. También incluye signos de compromiso funcional tales como: impedimento para protruir la lengua encima del margen gingival, dificultad para tocar la papila incisiva y dientes antero-superiores.



FIGURA 4.- Frenillo lingual durante la protrusión de la lengua adopta la forma de corazón. Tomado de: Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie). A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. (2011)

Se ha desarrollado directrices estructurales para ayudar a determinar si el frenillo lingual requiere revisión. Un rango normal de movilidad de la lengua está indicado con los siguientes criterios:

- La punta de la lengua debe ser capaz de sobresalir fuera de la boca sin fisura.
- La punta de la lengua debe ser capaz de limpiar los labios superior e inferior con facilidad y sin esfuerzo.
- Cuando la lengua se retruye, no debe blanquear el tejido lingual de los dientes anteriores.
- La lengua no debe crear fuerzas excesivas sobre los dientes antero-inferiores.
- El frenillo lingual debe permitir una deglución normal.
- El frenillo lingual crea un diastema entre los incisivos centrales inferiores
- La parte inferior de la lengua presenta abrasión



FIGURA 5.- Incapacidad de proyectar la lengua hacia adelante

Tomado de : Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int 2011; 30:259-262)

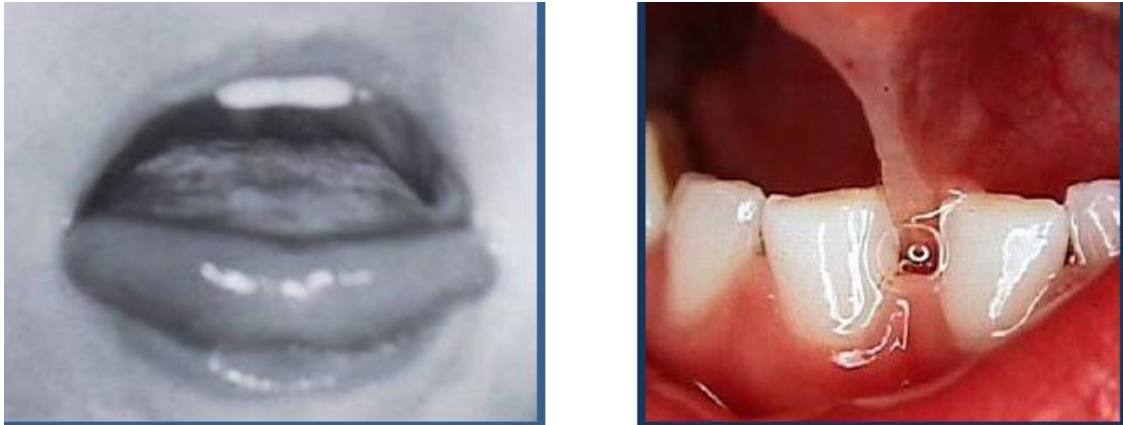


FIGURA 6.- Inhabilidad para deglutir correctamente. Diastema creado por anquiloglosia

Tomado de : Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int 2011;30:259-262)

La importancia de la evaluación funcional de la lengua fue muy enfatizada porque se ha observado que el FL (frenillo lingual), puede parecer corto, pero todavía puede tener suficiente elasticidad para cumplir su función. (Kotlow, 2011)

1.12. Alteraciones producidas por la anquiloglosia

1.12.1. Succión

La anquiloglosia ocurre en aproximadamente en 0.02 al 4.8% de los recién nacidos y está asociada un 25 – 60%, a la incidencia de dificultades durante el amamantamiento tanto para la madre como para el infante.

Los recién nacidos y niños lactantes utilizan la succión para asegurar la adecuada ingestión de los alimentos líquidos, sea la leche materna o los proporcionados por el biberón.

Los estímulos que proporciona el amamantamiento son fundamentales para el desarrollo general del ser humano y, en particular, sostienen que son determinantes para el crecimiento del sistema estomatognático porque:

- Incentivan el crecimiento vertical del cráneo

- El bebé desarrolla la respiración nasal mientras succiona el pecho

- Excita el componente neuromuscular de cabeza, cara y cuello, que desarrolla el tono muscular necesario para estimular la primera dentición

- Estimula el crecimiento de la ATM.

- Favorece el crecimiento postero- anterior de la rama de la mandíbula

- Interviene en la remodelación del arco mandibular

La anquiloglosia puede causar daños en el pezón materno, por el extremo esfuerzo de succión, rechazo a la lactancia, deshidratación neonatal, pobre suplemento de leche para el bebé lo que genera poca ganancia de peso precoz pudiendo impedir el normal desarrollo del mecanismo de la deglución adulta.

1.12.2. Deglución

La deglución se define como el acto por el cual el contenido bucal es llevado de la boca hacia el estómago. Su mecanismo ha sido muy estudiado, describiéndose cuatro fases:

- a) **Fase oral preparatoria.**- Requiere la movilidad de la lengua, el cuerpo de la lengua se eleva al paladar.
- b) **Fase oral propulsiva.**- En ésta fase la lengua desciende.
- c) **Fase faríngea.**- La lengua actúa como un pistón impulsando hacia atrás
- d) **Fase esofaríngea.**- No involucra la lengua. El mecanismo de deglución en los bebés es diferente que en los adultos.

La deglución del recién nacido es inseparable de la succión. La cavidad bucal actúa como una cavidad al vacío. Es un sistema cerrado sobre sí mismo o sobre un elemento exterior donde la lengua desempeña el papel de un verdadero pistón.

La deglución del infante se realiza con la mandíbula abierta y la lengua entre los rebordes. Después, alrededor de los 2 años y medio, y con el desarrollo de los dientes, la deglución se realiza con la boca cerrada y la lengua detrás de los incisivos, considerándose un problema en el niño con anquiloglosia (Medelsohn, 2012)

1.12.3. Problemas en el lenguaje

El problema del lenguaje relacionado a la anquiloglosia es frecuentemente subestimado. Algunas veces puede causar fallas en la articulación de las palabras, y afectar la expresión de

consonantes alveolo-linguales y dento-linguales como: **t, d, l, n y r**, ya que la pronunciación de éstas necesita de la oposición de la lengua contra el alveolo o paladar.

La mayoría de las fallas de articulación de las palabras han sido encontradas en personas con movilidad lingual limitada cuando la comparamos con aquellas personas con movilidad normal. Por otro lado, existen evidencias de que una buena habla es aún posible en la presencia de una anquiloglosia significativa pudiendo ser superada con una terapia fonoaudiológica. (JL, 2009)

1.12.4. Problemas mecánicos

Se encuentran en un 14% de los niños que presentan anquiloglosia. La falta de movilidad de la lengua causa inhabilidad para efectuar la autolimpieza bucal interna, dificulta el acto de tocar los labios con la lengua e impide muchas veces tocar instrumentos de viento pudiendo originar problemas en el ámbito social. (Berg, 2012)

1.12.5. Crecimiento mandibular

La anquiloglosia leve no causa ningún efecto en el crecimiento de la mandíbula excepto, leves anomalías dentales de los incisivos o recesión mucogingival. La anquiloglosia más severa puede causar mordida abierta y en otros casos prognatismo. (Defabianis, 2011)

1.13. Tratamiento

Se han propuesto varios métodos para el tratamiento de la anquiloglosia. El manejo se enfoca desde un tratamiento muy temprano sin anestesia y en el otro extremo que la anquiloglosia nunca debe ser tratada.

Las opciones de tratamiento como la observación, terapia de lenguaje, frenotomía sin anestesia y frenectomía son sugeridas en la literatura. No hay consenso respecto si es o no conveniente practicar la resección de frenillo en épocas tempranas.

Para Almeida y cols, debe existir un abordaje multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento, de este modo, el pronóstico sea favorable. (Almeida M, 2010)

El diagnóstico se basa en la anamnesis y en un examen clínico minucioso, tanto del odontólogo como de otros profesionales, si fuera necesario. Puede optarse por un tratamiento conservador, que consiste en ejercicios para obtener el alargamiento de la estructura normal, o un tratamiento quirúrgico, que puede o no necesitar acompañarse de tratamiento fonoaudiológico preoperatorio y postoperatorio. (Elias M, 2013)

Los que proponen intervenir durante los primeros meses justifican su indicación en las facilidades técnicas y en la poca vascularidad del frenillo neonatal. En un estudio publicado en **Pediatrics Child Health en el año 2011**, se concluye que las indicaciones para la resección son: (Commite, 2011)

- **Trastornos de 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 mecánica evidentes**, como la 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.

El método aceptado e indicado para el tratamiento es la frenectomía. Las indicaciones válidas para realizar la frenectomía están basadas en las consecuencias descritas anteriormente.

No fue descrita en la literatura la edad apropiada para realizar frenectomía, sin embargo, los reportes coinciden generalmente con el periodo de amamantamiento del recién nacido o al inicio de la edad escolar. La frenectomía deberá indicarse solamente cuando es necesaria.

Este procedimiento se realiza a pacientes con un frenillo lingual delgado y vascular, donde puede existir abundante sangrado.

La frenectomía debe realizarse en presencia de anquiloglosia completa (clase IV) debido a la gran restricción de los movimientos linguales. La mayoría de frenillos con anquiloglosia severa (clase III) también se benefician de la frenectomía.

Los niños muchas veces se adaptan a una inserción corta (clase III) pero también es recomendable la exéresis quirúrgica.

Los niños con anquiloglosia moderada (clase II) y leve (clase I) son los más difíciles de evaluar. La mayoría de estos niños no presentan alteraciones en la fonación, ni ninguna otra patología referida a la presencia del FL. En infantes con más de cuatro meses de edad, la literatura indica que la anestesia local es usualmente requerida por causa de la resistencia y sensibilidad del infante. La principal razón en la literatura para la liberación del frenillo lingual es la presencia de dificultades para el amamantamiento.

Sin embargo, Brinkmann y col (2010) en una encuesta realizada a cirujanos, ninguno refirió que la dificultad para el amamantamiento sea una indicación para la intervención quirúrgica. Cirujanos australianos refieren que la segunda indicación más común para la liberación del FL son los problemas del lenguaje o la dificultad para la articulación de las palabras.

Cirujanos australianos refieren que la segunda indicación más común para la liberación del FL son los problemas del lenguaje o la dificultad para la articulación de las palabras. (Brinkmann S, 2010)

1.13.1. Tratamiento conservador

Cuando estamos ante un FL (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.

1.13.2. Tratamiento quirúrgico

1.13.2.1. Frenectomía

A) ANESTESIA

La frenectomía se puede hacer con anestesia local o general. Cuando se realiza anestesia regional se pueden efectuar dos técnicas:

- Anestesia troncular bilateral del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria con fines hemostáticos.
- Anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo y en todo su recorrido.

También se recomienda la anestesia tópica en la cara ventral de la lengua previa a la infiltración de 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.

B) PREPARACIÓN DE LA ZONA OPERATORIA

Se eleva la lengua con un punto de sutura de tracción en la punta de la lengua. 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. Tractionando de este punto levantaremos el FL (frenillo lingual) y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit se procede a la incisión.

Se eleva la lengua con un punto de sutura de tracción en la punta de la lengua. 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 FL (Frenillo lingual) y junto con la pinza de disección o con la ayuda de una sonda acanalada de Petit se procede a la incisión

C) INCISIÓN Y DISECCIÓN

Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja del n° 15 o del n° 11 o con tijeras de disección aproximadamente en el centro del frenillo lingual.

Debe tenerse cuidado de hacer la incisión aproximadamente 1 cm 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.

Una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media.



FIGURA 6.- Sección parcial de los músculos genioglosos en caso de existir anquiloglosia
Tomado de: Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie). A diagnostic and treatment quandary.
Quintessence Int. (2011)

El músculo 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.



FIGURA 7.- ANTES Y DESPUÉS DE LA FRENECTOMÍA. Tomado de: Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie). A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. (2011)

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 simétricos, lo que permitirá una sutura correcta. (LOPEZ, 2012)

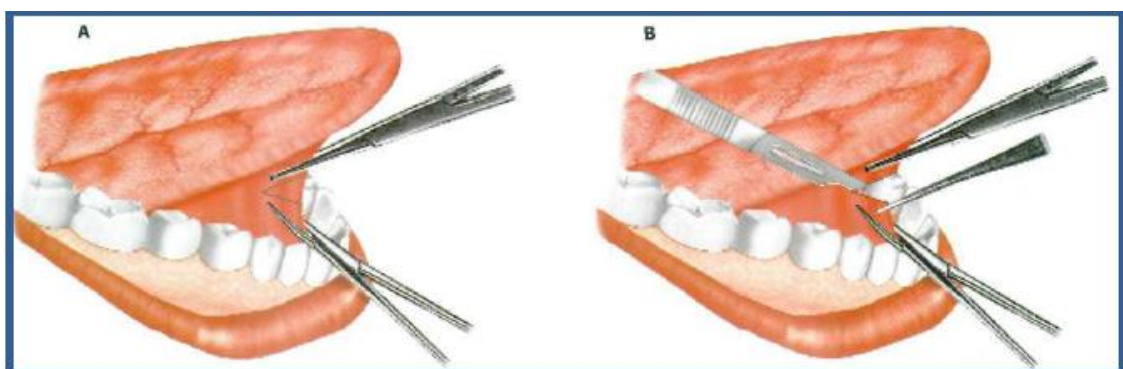


FIGURA 8.- Exéresis, intervención quirúrgica del frenillo romboidal
Tomado de: López Antonio, Cirugía oral y maxilofacial, (2012).

D) 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 en el suelo de la boca.



FIGURA 9.- proceso de sutura del frenillo lingual

Tomada de Boj. J, Catalá M. García Ballesta C. Mendoza A. Odontopediatría, 1era edición, MASSON

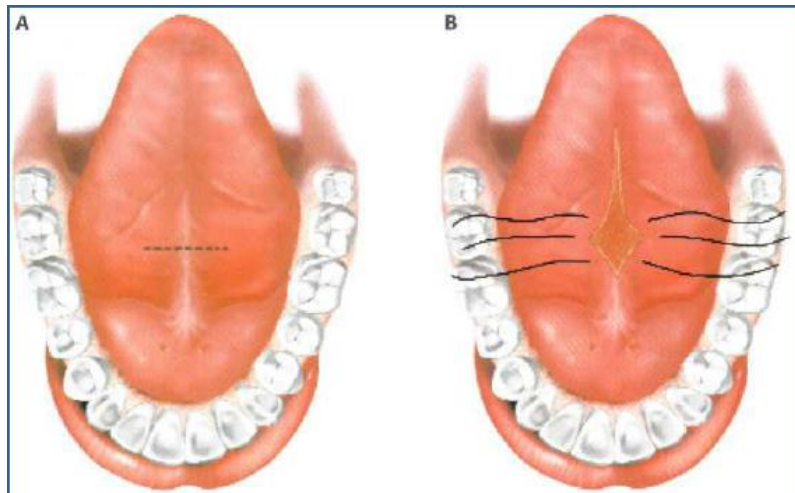


FIGURA 10.- Exéresis del frenillo lingual (A) Trazado de la incisión (B) sutura de la herida operatoria

Tomado de López A. Cirugía oral y maxilofacial. España, Panamericana. 2012

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 postoperatorio.

Se prefieren las suturas reabsorbibles porque en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos. (LOPEZ, 2012)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de nuestro estudio investigativo, se contó con la autorización previa de las Autoridades de la UNL, Coordinadores de Áreas y cada una de las carreras.

Tomando en cuenta la base de datos de la Historia Clínica Odontológica, la cual se aplicó a los estudiantes de la UNL de la modalidad de estudios presencial, se escogió las variables correspondientes, siendo esta investigación de tipo **descriptivo – transversal**.

El universo constó de 8228 estudiantes, de los cuales **894 constituyeron la muestra** correspondiente a 442 hombres y 452 mujeres.

Los estudiantes incluidos en nuestro estudio fueron aquellos que presentan anquiloglosia, matriculados legalmente en la UNL, comprendidos en edades de 18-30 años, que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito, caso contrario a lo establecido fueron excluidos.

Para el desarrollo de nuestro trabajo investigativo, se utilizó la historia clínica odontológica, la misma que recopiló datos informativos sobre la presencia de anquiloglosia y su relación con problemas de fonación, considerando los siguientes criterios:

- Anquiloglosia según (Robert E. Marx, 2012)

ANQUILOGLOSIA	CONCEPTO	OBS. CLÍNICA
SI	Llamada también lengua fija, que ata la lengua al piso de la boca, con una restricción intensa de los movimientos.	Frenillo lingual corto, que impide elevar la lengua hacia el paladar, proyectarla hacia los labios, incluso crea fuerzas excesivas sobre los dientes antero-inferiores. La lengua se observa con una forma de corazón cuando realiza algún movimiento.
NO	Frenillo lingual normal, no ata la lengua al piso de la boca, por lo cual puede moverse con normalidad.	Lengua puede ser elevada hacia el paladar, realizar lateralidades, proyectar hacia los labios, sin adquirir ninguna forma en particular.

- Problemas de fonación según. (JL, 2009)

PROBLEMAS DE FONACIÓN	CONCEPTO	OBS. CLÍNICA
SI	Deficiente articulación de palabras, y expresión de consonantes alveolo-linguales y dento-linguales.	No pueden pronunciar las siguientes letras, tales como: t, d, l, n y r , ya que necesitan de la oposición de la lengua contra el paladar.
NO	Correcta articulación de palabras, y expresión de consonantes alveolo-linguales y dento-linguales	Correcta pronunciación de: t, d, l, n y r.

Obtenida diariamente esta información, fue remitida a los digitadores que introdujeron los datos en el programa de EPIINFO, con una plantilla previamente diseñada. Sin embargo, se procedió a contar y verificar historia por historia, en vista de que en el programa EPIINFO no se encontraban todos los datos específicos acerca de nuestro estudio.

Una vez que se recolectó la información necesaria, se procedió finalmente al análisis de los resultados, empleando la fórmula para calcular la tasa de prevalencia: $C/N*100$, como también usando programas de Excel y Word 2010.

Los **materiales odontológicos fueron**: espejos bucales, algodnero, porta-desechos, bandeja porta instrumental, y **los fotográficos** fueron: sets de espejos intraorales, abre bocas y una cámara fotográfica profesional.

Como **recursos de oficina** se usó una computadora, una impresora, hojas de papel bond, fotocopias de la Historia Clínica y Consentimiento informado.

6. RESULTADOS

Tasa de prevalencia = $C/N*100$

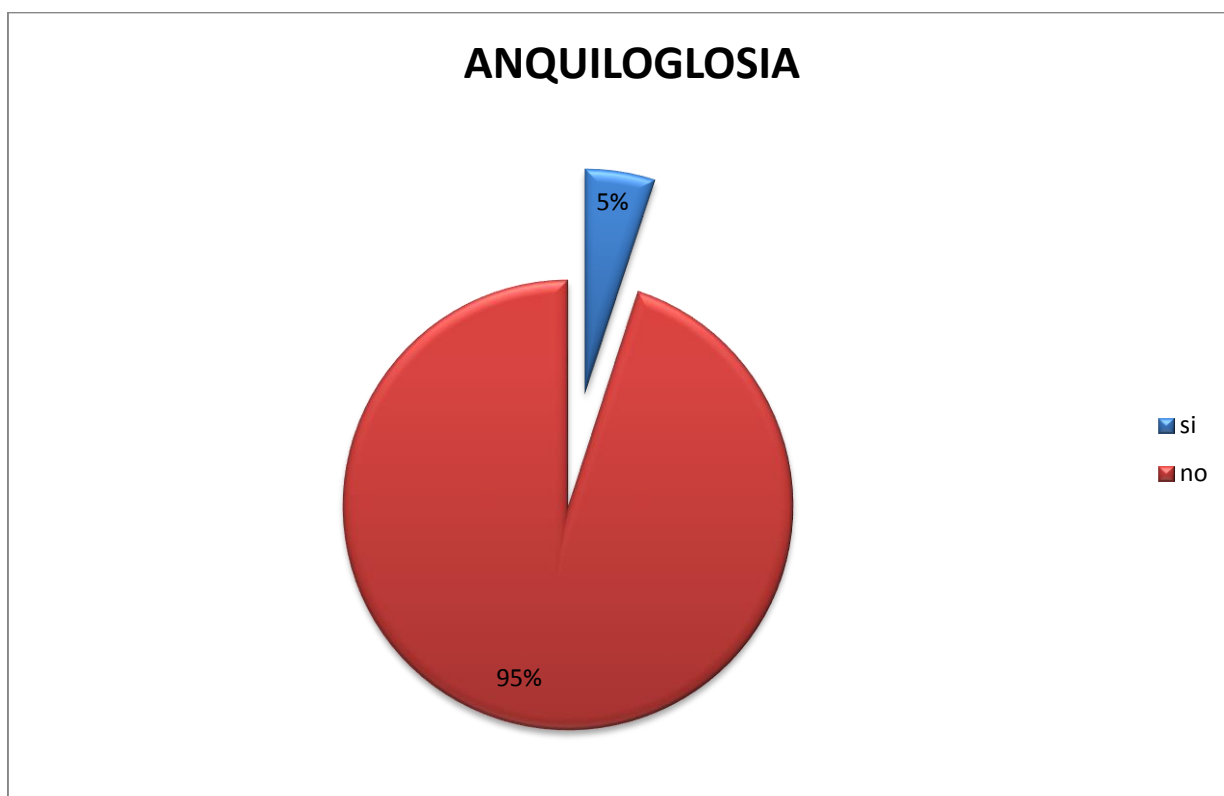
C= Número de casos prevalentes identificados durante el periodo

N= Es el tamaño de la población

Tasa de prevalencia = $\frac{46}{894} = 5\%$

Es decir que la prevalencia de anquiloglosia es del %5 durante el período mayo-julio del 2014

REPRESENTACIÓN GRAFICA #1



FUENTE: Historia Clínica Odontológica

AUTORA: Lizeth Katherine Santorun Neira

INTERPRETACIÓN:

Del grupo investigado, el 5% si presentaron anquiloglosia y el 95% no presentaron.

REPRESENTACIÓN GRAFICA #2



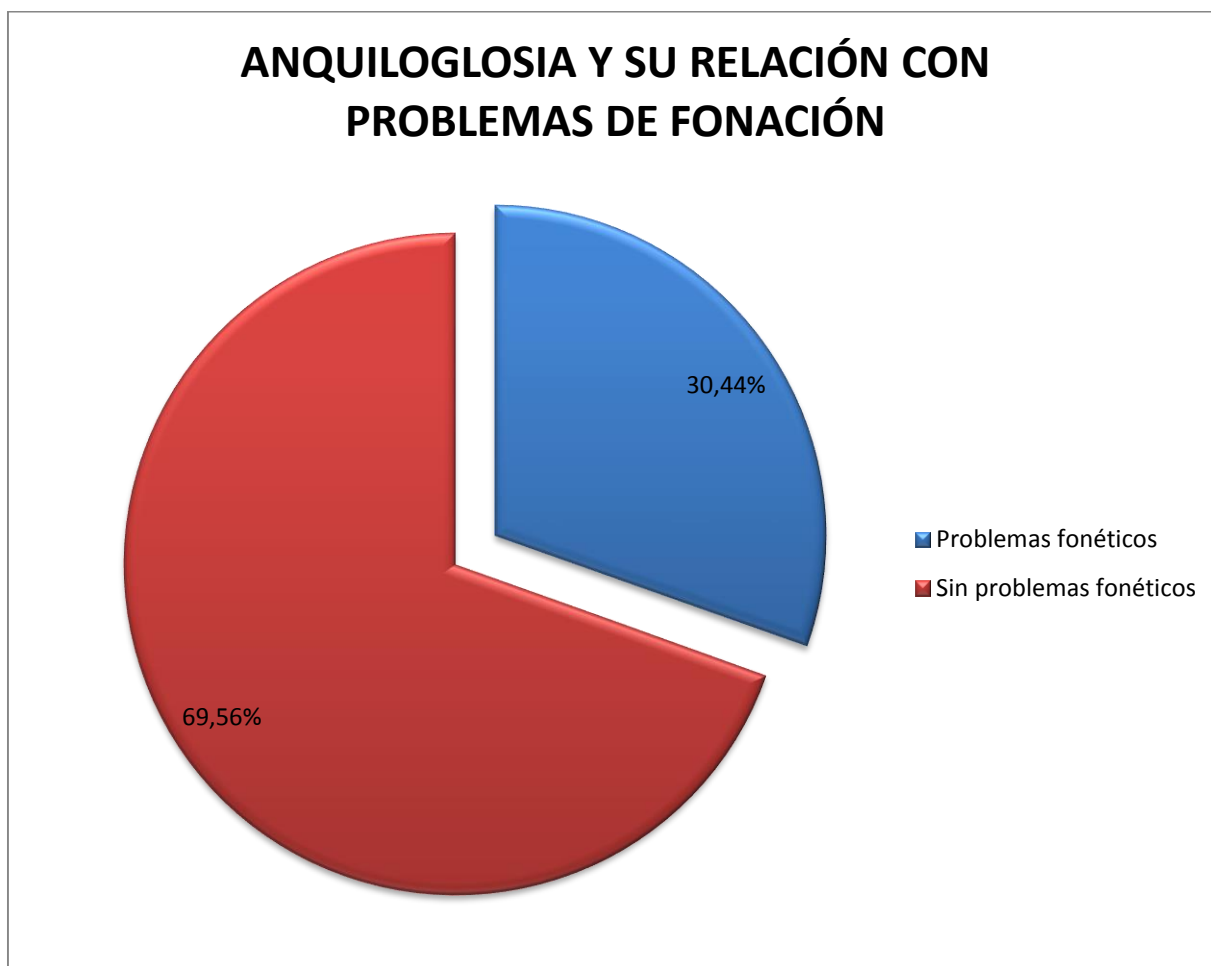
FUENTE: Historia Clínica Odontológica

AUTORA: Lizeth Katherine Santorun Neira

INTERPRETACIÓN:

En el género femenino se presentó el 54.35% de anquiloglosia, y en el género masculino el 45.65%.

REPRESENTACIÓN GRAFICA#3



FUENTE: Historia Clínica Odontológica

AUTORA: Lizeth Katherine Santorun Neira

INTERPRETACIÓN:

El 30,44% presenta problemas fonéticos que se relaciona directamente con la anquiloglosia, y el 69,56% no presenta problemas fonéticos.

7. DISCUSIÓN

La investigación realizada en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, constituye un aspecto particular sobre el tema de investigación en este tipo de sujetos, fundamentalmente en los que tiene que ver con la edad (18 a 30 años), ya que los trabajos sobre esta patología según la literatura encontrada solo se lo ha realizado en la población infantil.

En nuestro trabajo investigativo obtuvimos los siguientes resultados: el 5% de los estudiantes, si presentaron anquiloglosia, y el 95% restantes no presentaron dicha patología; el 54,35% corresponde al género masculino, y el 45.65% corresponde al género femenino; el 30.34% presenta problemas fonéticos que se relaciona directamente con la anquiloglosia, mientras que el 69.56% no lo presentaron.

En el Departamento El Quiché-Guatemala (2010), se investigó la prevalencia de anquiloglosia por género y la frecuencia de sus variantes en escolares de 6 a 12 años, examinando a 300 escolares, de los cuales, el género masculino, resultó ser el más afectado por anquiloglosia, con un 62.60% (GUTIERREZ CENTENO, 2010); cuyos datos ratifican el predominio sobre el género masculino.

En la Universidad José Antonio Páez de Venezuela (2012), examinando a 50 niños y adolescentes, se encontró que el 36.33% de los pacientes que presentaron anquiloglosia, padecían de dificultades fonéticas (RUIZ, 2012), que al compararlo resulta similar a nuestra investigación.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación indican que la prevalencia de Anquiloglosia y su relación con problemas de fonación, son similares a otras investigaciones, corroborando lo que menciona la literatura acerca de dicha patología oral.

8. CONCLUSIONES

- De los estudiantes investigados en la Universidad Nacional de Loja, se presentaron 46 casos de anquiloglosia, lo que corresponde a un 5% de prevalencia.
- En el género femenino se presentaron 21 casos de anquiloglosia, con un 45.65%, mientras que en el género masculino se presentaron 25 casos, con un 54.35%
- De los estudiantes con anquiloglosia, se encontraron 14 casos que presentan problemas fonéticos, lo cual corresponde a un 30.44%, mientras que 32 casos, no presentaron problemas fonéticos, que corresponde a un 69.56%, lo cual indica que la anquiloglosia no siempre se encuentra acompañada de problemas fonéticos.

9. RECOMENDACIONES

- Dar charlas educativas sobre anquiloglosia al sector estudiantil, para concienciarlos de que esta patología puede ser tratada y de esta forma evitar la presentación de problemas fonéticos.

- El tratamiento de anquiloglosia debería ser confirmado por un terapeuta del lenguaje, quién después de establecer un programa de ejercicios cuenta con los elementos para solicitar la evaluación y apoyo de un especialista para valorar el tratamiento a seguirse.

- La presencia de anquiloglosia limita el proceso inicial de la digestión (etapa oral), predispone a estomatitis, dificulta la articulación adecuada de las palabras, por lo que recomendamos en el caso de que se diagnostique esta patología, realizar su tratamiento quirúrgico temprano.

10. BIBLIOGRAFIA

1. **ALMEIDA M, S. F.** (2010). Anquiloglosia-uma abordagem Multidisciplinar. En A. M, *Anquiloglosia* (págs. 1-3). Brasil: AMOLCA.
2. **ALVAREZ, A.** (2009). Ankyloglossia: when intervene? A review and case report. *Acta Odontologica Venezonala*, 3.
3. **ANAYA, M. M.** (2011). Prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. *Revista Nacional de Odontologia*, 13.
4. **ANDRADE, C.** (2010). ANQUILOGLOSIA EN EL INFANTE. En C. ANDRADE, *ANQUILOGLOSIA EN EL INFANTE* (pág. 16). LIMA- PERU.
5. **BERG, K.** (2012). *Tongue-tie (ankyloglossia) and breastfeefong: a review*. California: CIPF.
6. **BRINKMANN S, R. S.** (2010). A survey of aediatic surgeons in Australia. En B. S, *Management of tongue-tie in children:* (págs. 600-605). Australia: Paediatr Child Health.
7. **COMMITE, C. P.** (2011). Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child health*, 269-70.
8. **CORREA, M.** (2009). Anquiloglosia: ¿cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso. *Acta odontologica venezolana*, 1.
9. **DEFABIANIS, P.** (2011). Funct Orthod. En P. Defabianis, *Ankyloglossia and its influence on maxillary and mandibular development (A seven year follow-up case report)*. (págs. 25-33). Tampa: Panamericana.
10. **CMOLINA, J. A.** (2012). Perfil epidemiológico de caries dental. *Universitas vol 1*.
11. **ELIAS M, N. M.** (2013). El problema de la anquiloglosia: diagnóstico clínico y solución quirúrgica. *Gac Odontol*, 13-17.

12. **FINN, S.** (2010). Odontología Pediátrica. En S. FINN, *Odontología pediátrica* (págs. 458-600). México: Interamericana.
13. **GONZÁLEZ JIMÉNEZ, D.** (2013). Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *ELSEVIER*, 1-4.
14. **GUTIERREZ CENTENO, L. Y.** (2010). *Prevalencia de anquiloglosia en escolares de 6 a 12 años del nivel primario de las escuelas públicas de los.* Guatemala.
15. **HALL DM, R. M.** (2009). Arch Dis Child. *Tongue tie*, 90:1211-1215.
16. **HILL, M.** (2014). Tongue Development. *UNSW Embryology*, 1,2.
17. **HERNÁNDEZ, M. E.** (2009). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *salud pública de Mexico/ vol 50*.
18. **JL, B.** (2009). Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*, 63.
19. **KOTLOW, L.** (2011). Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int*, 30.
20. **KUPIETZKY A, B. E.** (2010). Ankyloglossia in the infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. En K. A, *Pediatr Dent* (págs. 40-46).
21. **LOPEZ, A.** (2012). Cirugía oral y maxilofacial. En A. Lopez, *intervención de anquiloglosia* (pág. 584). España: Panamericana.
22. **MEDELSON, M.** (2012). New concepts in dysphagia management. *J Otolaryngol*, 22:5-24.
23. **MONTENEGRO, G.** (2011). *Un nuevo enfoque en salud Oral*. Bogotá - Colombia: salud pública y epidemiología oral.
24. **PARRA, M.-G.** (2012). Diagnóstico anatómico de anquiloglosia (Coryllos). *Consulta médica de lactancia*.
25. **PEREZ NAVARRO, N.** (2009). Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Estomatología*, 3.

26. **RICKE, L. (2012).** prevalence and effect on breast-feeding. En B. NJ, *Newborn tongue-tie* (págs. 1-7). Florida: Board Fam Prac.
27. **ROBERT E. MARX, D. S. (2012).** Oral and Maxillofacial Pathology 2 edition. En D. S. Robert E. Marx, *A Rationale for Diagnosis and Treatment* (págs. 55, 56). Madrid: Quintessence Publishing Company.
28. **Ruffoli R, G. M. (2011).** a morphofunctional investigation in children. En R. R, *Ankyloglossia* (pág. 170). NY: Oral Dis.
29. **RUIZ, L. (2012).** Prevalencia de anquiloglosia parcial y su relación con problemas fonéticos. *Acta Odontológica Venezolana*, 4.
30. **SÁNCHEZ, L. A. (2013).** *ALTERACIONES QUE PUEDEN GENERAR LA PRESENCIA DE FRENILLO LINGUAL*. MANTA: oceano.
31. **SÁNCHEZ, M. V. (2009).** *Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la Provincia de Salamanca*. Salamanca: tesis doctoral.
32. **SOTOMAYOR, L. (2011).** *Patología bucal : casos clinicos*. México: Panamericana.
33. **TK, B. (2010).** Odontología pediátrica. En L. LS, *Odontología pediátrica* (págs. 88-99). México: El Manual Moderno.
34. **WILLIAMS WN, W. C. (2013).** Assessment of lingual function when anquiloglosia (Tongue-tie) is suspected. *Dent Assoc*, 1-5.

11. ANEXOS



Figura 1 . Instalaciones de la Universidad Nacional de Loja
Fuente: Universidad Nacional de Loja



Figura 2 . Instalaciones de la Carrera de Veterinaria
Fuente: Universidad Nacional de Loja



Figura 3. Instalaciones del Área Jurídica, Social y Administrativa.

Fuente: Universidad Nacional de Loja



Figura 4. Instalaciones del Área de la Salud Humana

Fuente: Universidad Nacional de Loja



Figura 5. Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja
Fuente: Universidad Nacional de Loja

CASOS DE ANQUILOGLOSIA

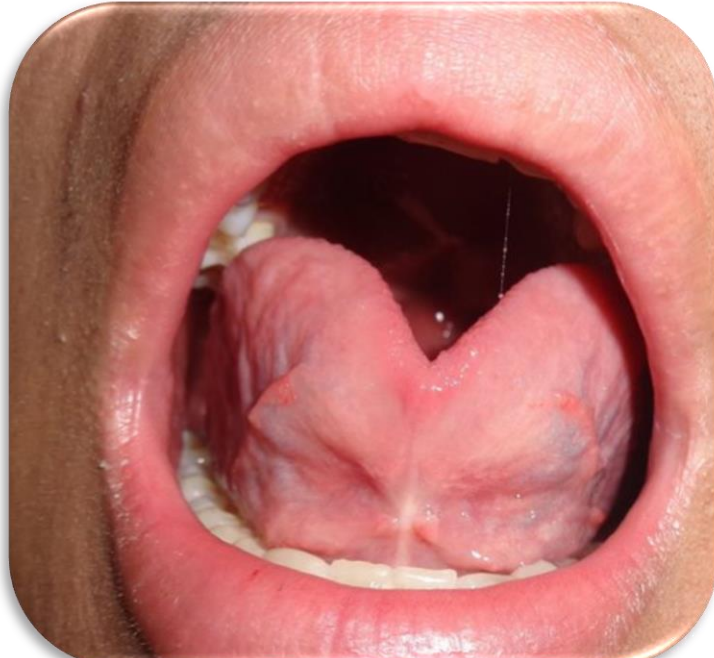


Figura 7.- ANQUILOGLOSIA (Forma de corazón)
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 8.- ANQUILOGLOSIA (frenillo corto)
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

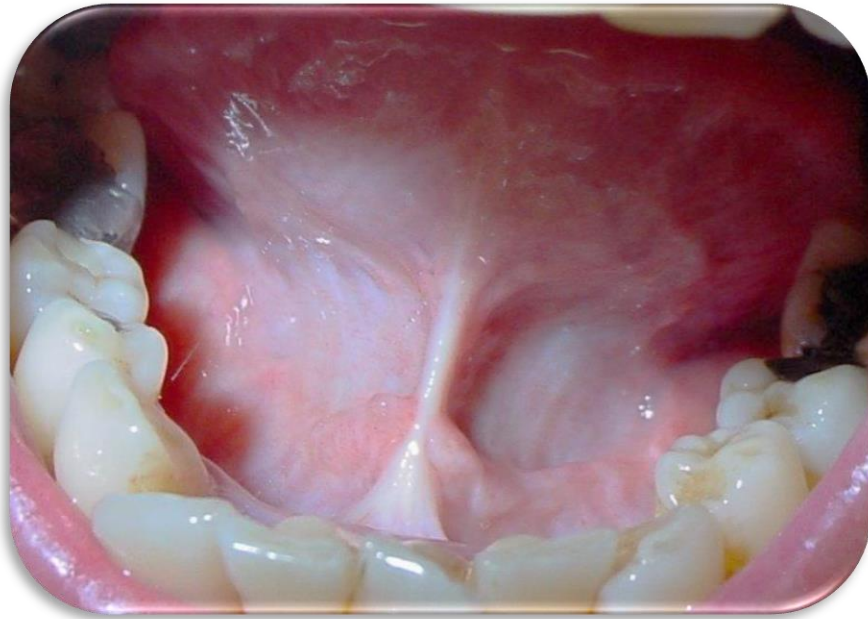


Figura 9.- ANQUILOGLOSIA

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 10.- ANQUILOGLOSIA

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 11.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 12.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 13.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 14.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 15.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 16.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 17.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

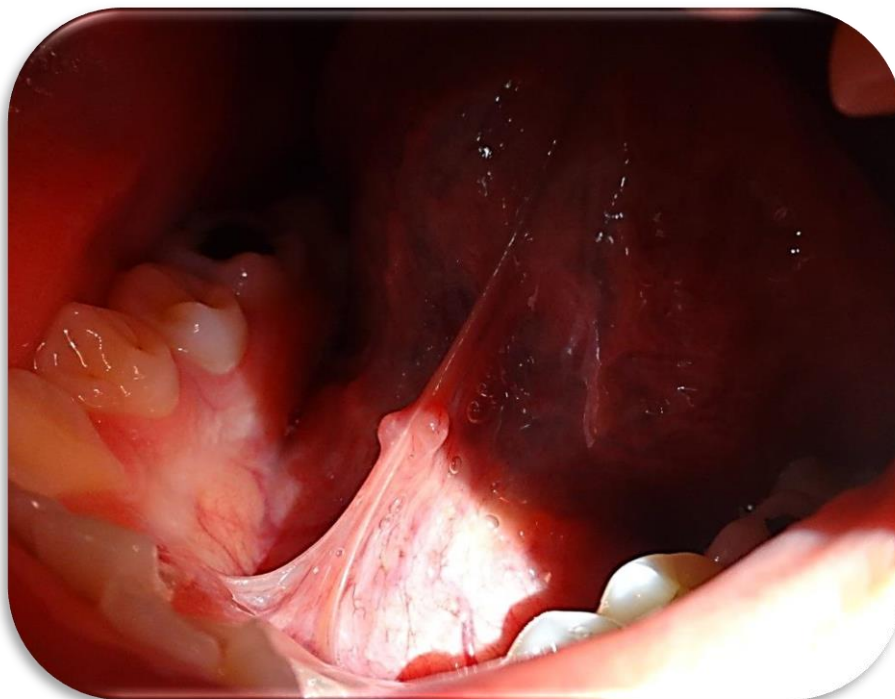


Figura 18.- ANQUILOGLOSIA
Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja



Figura 19.- ANQUILOGLOSIA

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA



MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

Nº HC

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO:F

M

CI.

ESTADO CIVIL:

SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN

LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

ED

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDE

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TEL

TRABAJA: SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ULTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD ENFERMEDAD?

SI

NO

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL

EMBARAZO:

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS Par NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: na vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente
nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Óptimo Cepilla 1 vez Utiliza hilo dental SI NO
 Regular Cepilla 2 veces Utiliza enjuague bucal SI NO
 Malo Cepilla 3 veces
 Otros

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo visitas al Odontologo 1 vez al año
 regular visitas al Odontologo 2 veces al año
 malo visitas al Odontologo 3 veces al año

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMIN
 FRONTAL POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL
 MAXILAR POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL
 MANDIBULAR POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACTOS
 NORMAL SI

ATM:

Función de ATM RUIDO (click/crépito) DESVIACIÓN FLEXIÓN NORMAL

Dolor en la ATM SI NO UNILATERAL BILATERAL

Limitación en apertura
 Desviación mandibular a la apertura SI NO RECTA CIERDA
 Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

LABIOS:

Pigmentaciones SI NO
 Labio fisurado SI NO
 Queilitis angular SI NO

Color cianótico: SI NO

Otros Cuáles

Tonicidad labial
Hipertónico SI NO
Hipotónico SI NO
Normal

FORMA DE ROSTRO

Cuadrado
Triangular
Ovalado

BIOTIPO FACIAL:

Braquicéfalo
Normocéfalo
Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA
DERECHA SI NO
IZQUIERDA SI NO
LINEA MEDIA FACIAL a da

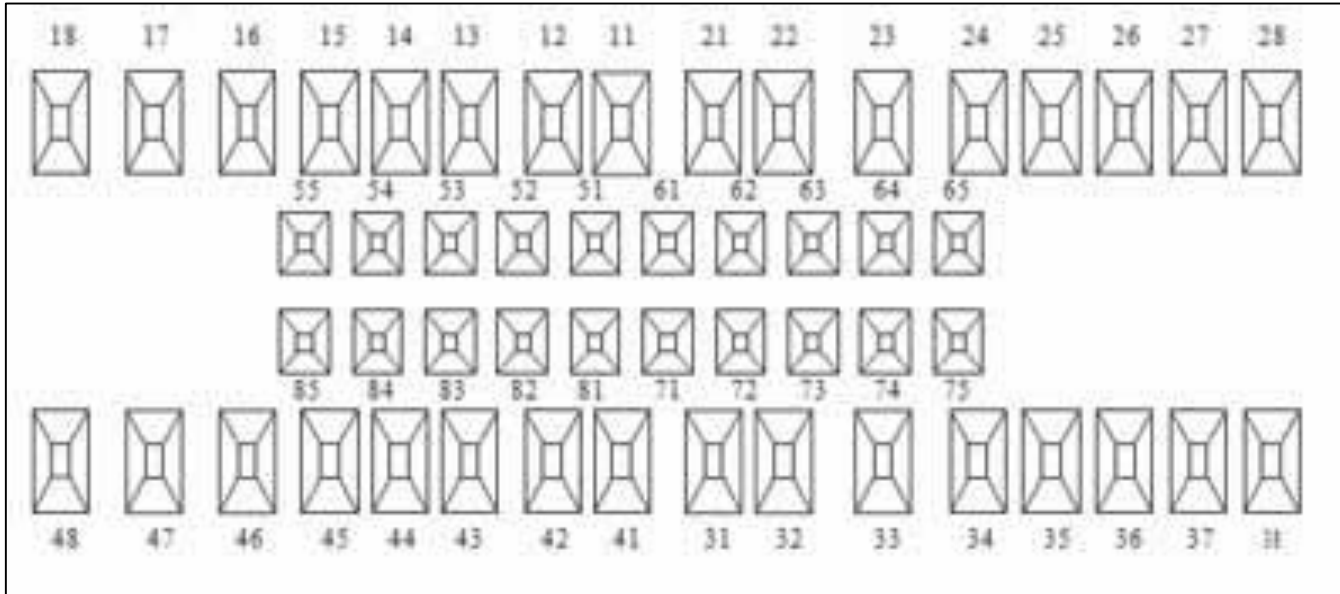
HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS SI NO
INTERPOSICION LINGUAL
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES SI NO
ONICOFAGIA
BRUXISMO SI NO
RESPIRADOR BUCAL
SUCCION DIGITAL

CUAL
CUAL

Localizaci

ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1	CUADRANTE 2
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

CUADRANTE 3

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CUADRANTE 4

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CLASE DE KENNEDY

CLASE I		<input type="text"/>			MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE II	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE III	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE IV	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA		<input type="text"/>			Tipo	<input type="text"/>
P.REMOVIBLE		<input type="text"/>			MATERIAL	<input type="text"/>
P. TOTAL	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="text"/>

LESIONES NO CARIOSAS

Erosión		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Clase I	<input type="text"/>	clase II	<input type="text"/>	clase III					
Abrasión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>				
Atrición	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>										
Abfracción	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>										
Fluorosis dental	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Cuestionable	<input type="text"/>	Muy	<input type="text"/>	Le	<input type="text"/>	Moderad	<input type="text"/>	Seve	<input type="text"/>

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>
Agnesia	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos

Caries

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I Derecha Izquierda

Clase II Derecha Izquierda

Clase III Derecha Izquierda

No aplicable Derecha Izquierda

RELACIÓN CANINA:

Clase I SI Derecha Izquierda

Clase II SI Derecha Izquierda

Clase III SI Derecha Izquierda

No aplicable Derecha Izquierda

OVERJET MEDIDA POSITIVO NEGATIVO

OVERBITE MEDIDA POSITIVO NEGATIVO

MALOCCLUSIONES

Mordida abierta Anterior SI NO

Mordida Abierta Posterior UNILATERAL BILATERAL

Mordida profunda SI NO

Mordida cruzada anterior UNILATERAL BILATERAL

Mordida cruzada posterior UNILATERAL BILATERAL

Mordida bis a bis SI NO

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior SI NO Leve Moderado Severo

Posterior SI NO Leve Moderado Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular
Ovalados
Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS a DISTALIZADAS
LINGUALIZADAS Pieza VESTIBULARIZADAS Pieza
EXTRUIDAS Pieza INTRUIDAS Pieza

MAXILAR:

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino
Comunicación bucosinusal
Atresia maxilar
Micrognatismo maxilar
Macrognatismo Maxilar SI NO
Petequias SI NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas es menores siones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada

Cuadrado
Triangular
Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas SI NO Localizacion
Lesiones Rojas Localizacion
Lesiones Ulcerosas Localizacion

EPULIS TRAUMATICOS Localizado ilos Local p Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula Localizacion
Hipertrofia de frenillo lingual
Torus lingual

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secresión Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluidez Salival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH SALIVAL

ÁCIDO(ROJO)
BÁSICO(AZUL)
NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL

NORMAL SI NO
INSERCIÓN BAJA SI NO

APÉNDICE DE FRENILLO

Produce diastemas a nivel incisivo
NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

FRENILLO LINGUAL

NORMAL SI NO
ANQUILOGLOSIA SI NO
PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS SI NO
NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

LENGUA:

FISURADA SI NO
GEOGRÁFICA
MACROGLOSIA
PATOLOGÍA PULPAR:

1. Inspección

Cambio de color Si No Piezas
Caries penetrante Si No Piezas
Exposición pulpar Si No Piezas
Líneas de fisura Si No Piezas
Fístula
Microfiltración
Fractura Si No Piezas
Tejidos Dentales

Coronaria	<input type="checkbox"/>
Radicular	<input type="checkbox"/>
Corono-radicular	<input type="checkbox"/>
Tejidos de Soporte	
Contusión	<input type="checkbox"/>
Subluxación	<input type="checkbox"/>
Luxación	<input type="checkbox"/>
Intrusión	<input type="checkbox"/>
Avulsión	<input type="checkbox"/>

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	<input type="checkbox"/>	§ Sordo	<input type="checkbox"/>
§ Localizado	<input type="checkbox"/>	§ Expansivo	<input type="checkbox"/>
§ Corto	<input type="checkbox"/>	§ Pulsátil	<input type="checkbox"/>
§ Intermitente	<input type="checkbox"/>	§ Irradiado	<input type="checkbox"/>
§ Espontáneo	<input type="checkbox"/>	§ Ocasional	<input type="checkbox"/>
§ Difuso	<input type="checkbox"/>	§ Constante	<input type="checkbox"/>
§ Prolongado	<input type="checkbox"/>	§ Agudo	<input type="checkbox"/>
§ Continuo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apical	Sintomático		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tumefacción firme			<input type="checkbox"/>		
Tumefacción Blanda			<input type="checkbox"/>		
Asintomático			<input type="checkbox"/>		

4. Percusión

Horizontal	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>
Vertical	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>

5. Pruebas térmicas

frio Positivo Negativo Cede despues del estimulo
calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I
Grado II Pieza
Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
MP-L MeP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar No
Modificada

Conductos radicales Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
 Ausente
Ligamento periodontal Normal
 Denso
 Roto

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR
PULPITIS IRREVERSIBLE
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
PULPITIS REVERSIBLE
ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO
ABCESO DENTO ALVEOLAR CON FISTULA
ABCESO DENTO ALVEOLAR SIN FISTULA
DESPULPADO / RETRATAMIENTO
OTRO:

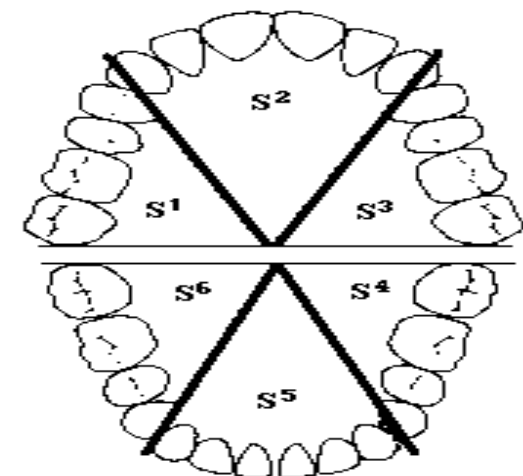
PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos
1 Sangrado gingival
2 Presencia de cálculo y/o obturaciones de
3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm



S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		
Código 0: Mantener las medidas de prevención.		
Código 1: Instrucción de higiene bucal		
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes		
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular		
DIAGNOSTICO		
OBSERVACIONES		

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0		G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1		G1	Zona enrojeda de encia que rodea diente
G2		G2	Gingivitis alrededor del diente
G3		G3	Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE			
Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO			
Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO		SI	NO

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL		
-----------------------------	--	--

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaria recibir tratamiento odontologico

Si

No

Que tipo

Que tipo de atencion prefiere

Publica

Privada

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la U

Si

No

Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL

Si

No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico

Si

No

RESPONSABLE.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CLINICA INTEGRAL**

Loja,..... del 20.....

Historia Clínica N°.....

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Yo....., con cédula de identidad #..... en pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

1. Estoy consciente de la necesidad de realizarme el tratamiento odontológico de:
.....
2. He sido correctamente informado(a) que el tratamiento completo será realizado por un alumno de la Carrera de Odontología de la UNL que se encuentra en proceso de aprendizaje, bajo supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la historia clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja ni el alumno se harán responsables de cualquier complicación de salud que se presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente que durante el tratamiento pueden ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicaciones proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mi tratamiento puede complicarse o comprometerse.
6. He sido comunicado que cualquier cambio en mi salud o en el tratamiento odontológico que se me está realizando debo informar lo antes posible a la Clínica Odontológica de la UNL.
7. Acepto y autorizo a él (la) estudiante:..... para la ejecución de dicho tratamiento.

Firma Paciente

Firma Estudiante

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Anquiloglosia	Es una anomalía congénita oral, lo que puede disminuir la movilidad de la punta de la lengua y es causada por un inusualmente corto, frenillo lingual de espesor, una membrana que conecta la parte inferior de la lengua al piso de la boca.	Limitación en movimientos de protrusión o elevación de la lengua.	<ul style="list-style-type: none"> • Parcial • Completa
Problemas fonéticos	Es un trastorno en la articulación de los fonemas. Se trata de una incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas.	Pronunciación deficiente de sonidos: T, d, n, l, z, r	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Parcial
Género	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Por observación en base a las características físicas generales de cada sexo.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

PROBLEMA INVESTIGATIVO:

Es importante evaluar minuciosamente la cavidad bucal como 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 estudiantes que presentan esta entidad frecuentemente son considerados como estudiantes con problemas de aprendizaje lo cual puede causar trastornos psicológicos.

La determinación de la frecuencia de anquiloglosia en la población estudiantil, así como su distribución por edad y sexo y las posibles limitaciones a la fonación podrá orientar el tratamiento de una forma multiprofesional incluyendo terapeutas del habla, psicólogos, además de un cirujano maxilofacial.

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

¿Cuál es la prevalencia de anquiloglosia y su relación con problemas de fonación en los estudiantes de género masculino y femenino de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo – junio del 2014?

Responde al vacío de conocimiento expresado en que no contamos con ningún estudio integral y confiable de dicha patología.

JUSTIFICACIÓN

La anquiloglosia es un padecimiento de alta prevalencia, en la población afectando a ambos sexos. A partir de las alteraciones que puede generar la presencia del frenillo lingual en los estudiantes esto puede ocasionar problemas en la fonación, impidiendo el movimiento correcto de la lengua para pronunciar algunas letras que la lengua pueda elevarse (como la /l/ o la /r/) y de fonemas.

El presente estudio se lo realiza con el propósito de conocer la presencia de anquiloglosia y su relación con los problemas de fonación, de los estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo Mayo Julio del 2014, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud bucodental como parte de la salud integral y el bienestar de los mismos.

Este estudio se convertirá en un aporte valioso para las generaciones estudiantiles venideras de la Carrera de Odontología, ya que contarán con resultados del estado de salud-enfermedad bucodental en un grupo poblacional y etéreo poco considerado para este tipo de investigaciones, como lo es estudiantes universitarios de 18 a 30 años de edad, además de acuerdo a los resultados de este, permitirá a las autoridades universitarias pertinentes considerar el tipo de plan estratégico para mejorar o mantener según sea el caso las condiciones de salud bucodental e integral de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual permitirá conocer si los y las estudiantes de la modalidad presencial presentan anquiloglosia, y si esta patología produce problemas en la fonación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia de anquiloglosia y su relación con problemas de fonación en los estudiantes de género masculino y femenino de la universidad nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo – julio del 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer la presencia de anquiloglosia por género en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja
- Identificar problemas de fonación y su relación con la anquiloglosia en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

ÍNDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TEMA.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISION DE LA LITERATURA.....	6
MATERIALES Y METODOS.....	31
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	43
ÍNDICE.....	74