



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

TESIS

“PREVALENCIA DEL FRENILLO LINGUAL CORTO EN RECIÉN NACIDOS EN SU  
PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN EL INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO  
PERINATAL DE LIMA EN EL PERÍODO 2017-2019”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

**AUTOR:** CERNA CORCUERA, KEYSSY GEOVANNI.

**ASESOR** Mg.CD. ARAUZO SINCHER, CARLOS JAVIER

**LIMA – PERÚ**  
**2020**



## **DEDICATORIO**

En primer lugar, a Dios por guiar mi camino hasta el final de la meta, a mis padres que fueron el bastón, apoyo y empuje para no rendirme en el camino, mis hermanos por el apoyo incondicional hasta el final de mi objetivo.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Dra. Salcedo Rioja Mercedes Rita y Mg. CD. Arauzo Sinchez Carlos Javier, por sus constantes enseñanzas, asesoramientos en el proceso del desarrollo de la presente investigación. Asimismo a la Dra. Chávez Gonzales Angélica, por su apoyo incondicional, por sus valiosos aportes en la ejecución de esta investigación.

**ASESOR DE TESIS**

**Mg. CD. CARLOS JAVIER ARAUZO SINCHÉZ**

## **JURADOS**

Presidente: Mg.CD. Esp. Enna Lucia Garavito Chang

Secretario : Mg.CD.Esp. Miriam Muñoz Reyes

Vocal: Mg.CD.Esp. Luis Loayza Rodríguez

## ÍNDICE

RESÚMEN.....	11
SUMARY.....	12
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	14
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Justificación .....	15
1.4. Objetivos .....	16
1.4.1. Objetivos Generales .....	17
1.4.2. Objetivos Específicos.....	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Base Teórica.....	26
2.3 Terminología Básica.....	47
2.4. Variables.....	48
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO</b>	
3.1. Tipo y nivel de Investigación.....	51
3.2. Población y muestra.....	51
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos.....	54
3.5. Aspectos éticos.....	54
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados .....	57
4.2. Discusión.....	69

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones.....	75

## **CAPÍTULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS**

6.1 Referencias.....	76
6.2 Anexos.....	82
• Anexo N° 1 (Solicitud a la Directora de la E.A.P. de Odontología de la UPNW para la recolección de datos) .....	82
• Anexo N°2 (Carta de presentación al Director General del Instituto Nacional Materno Perinatal) .....	83
• Anexo N°3(Ficha de Historia Clínica y “Test de la Lengüita” del Servicio de Odontoestomatología del Instituto Nacional Materno Perinatal) .....	84
• Anexo N°4 (Ficha de Consentimiento Informado del Servicio de Odontoestomatología del Instituto Nacional Materno Perinatal.....	88
• Anexo N°5 Aprobación del Comité de Evaluación Metodológico de la Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal) .....	89
• Anexo N°6 (Informe del Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal) .....	90
• Anexo N°7 (Carta de Aprobación y autorización para la ejecución del proyecto de investigación) .....	91
• Anexo N° 8 (Imágenes fotográficas durante la recolección de datos de estudio) .....	92
• Anexo N° 9 (Matriz de Consistencia) .....	94



## INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA 1. Infantes según número de consultas por año en el Consultorio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	57
TABLA 2. Características demográficas de los Infantes en el Consultorio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	58
TABLA 3. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en el consultorio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	59
TABALA 4. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto según sexo en la consulta Odontopediátrica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	61
TABALA 5. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto según edad gestacional en la consulta Odontopediátrica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.....	62
TABLA 6. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto según peso al nacer en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.....	63

TABLA 7. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto según orden de nacimiento en la consulta Odontopediátrica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	64
TABLA 8. Edad de los infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en la consulta o Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	65
TABLA 9. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto que recibieron Frenectomía, en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017 2019.....	66
TABLA 10. Infantes según diagnóstico en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019. ....	68
TABLA 11: Infantes según procedimiento realizado en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	69
GRÁFICO 1. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.....	60
GRÁFICO 2. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto que fueron tratados con frenectomía en la consulta Odontopediátrica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.....	69

## RESÚMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo 2017-2019. **Materiales y Métodos:** Estudio Observacional, de diseño Descriptivo de tipo Longitudinal retrospectivo. La población de este estudio fue constituida por todos los recién nacidos que pasaron consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materna Perinatal en el período 2017-2019, la muestra lo conformaron 1408 recién nacidos con sus respectivos registros de consulta Odontopediátrica. El registro de la base de datos y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 21.0. **Resultados:** La prevalencia del frenillo lingual corto en nuestra población durante 2017-2019 fue 20.6 % de infantes. Asimismo, encontramos que el 8.2% (2017), 7.8% (2018) y 4.6% (2019). La incidencia del frenillo lingual cortó en niños y niñas es de 3.86% en los años 2017-2019. Una tasa de incidencia de 2,16 por mil nacimientos en 2018 y de 1,70 por mil nacimientos en el 2019. La presencia del frenillo lingual corto se presentó en mayor prevalencia en el sexo masculino, infantes cuyo período gestacional fue a término. En los períodos 2017-2019 se encontró que el 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado frenectomía. **Conclusiones:** La prevalencia del frenillo lingual corto es baja y ha ido disminuyendo en cada año, pero aún se debe realizar una evaluación en los primeros meses de vida de la cavidad bucal. **PALABRAS CLAVES:** Frenillo lingual, recién nacido, edad gestacional, test de lengüita, frenectomía.

## SUMARY

**Objective:** To determine the prevalence of the short lingual frenulum in newborns in their first pediatric dentistry consultation at the Maternal Perinatal Institute of Lima in the period 2017 -2019. **Materials and Methods:** observational study with a descriptive, retrospective longitudinal type design. The population of this study was made up of all newborns who underwent pediatric dentistry consultation at the National Maternal Perinatal Institute in the period 2017-2019, the sample was made up of 1408 newborns with their respective records of pediatric dentistry consultations. The registration of the database and statistical analysis of the information was carried out through the statistical program SPSS version 21.0. **Results:** The prevalence of the short lingual frenulum in our population during 2017-2019 was 20.6%. We also find that 8.2% (2017), 7.8% (2018) and 4.6% (2019). The incidence of severed lingual frenulum in boys and girls is 3.86% in the years 2017-2019. An incidence rate of 2.16 per thousand births in 2018 and 1.70 per thousand births in 2019. The presence of the short lingual frenulum was more prevalent in males and in infants whose gestational period was at term. In the 2017-2019 periods, it was found that 50% of infants with a short lingual frenulum have undergone frenectomy. **Conclusions:** The prevalence of short lingual frenulum is low and has been decreasing each year, but an evaluation in the first months of life of the oral cavity. **KEY WORDS:** Lingual frenulum, newborn, gestational age, tongue teas, frenectomy.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## **1.1. Planteamiento del problema**

El frenillo lingual corto en bebés altera y limita los movimientos fisiológicos de la lengua dificultando la alimentación durante el período de su lactancia materna. Esta alteración puede causar complicaciones en la ganancia de peso del infante durante sus primeros meses de vida. Un estudio realizado por Martelli y col (2013) mostraron una prevalencia de 22.54% de alteraciones en el frenillo lingual en bebés en Brasil. (1)

La lactancia materna exclusiva aporta vitaminas, aminoácidos esenciales, anticuerpos y es la más recomendable en los primeros meses de vida. Así lo reconocen tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como diferentes investigaciones, informes de sociedades científicas, apoyándose en la evidencia actual, recomiendan que la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y la progresión progresiva de alimentos complementarios es hasta los 2 años, son base fundamental en el desarrollo del infante tanto físico como intelectual. (2)(3)

Sin embargo, los motivos más importantes para el abandono del amamantamiento son el dolor materno, la escasez de leche que puede estar relacionado con la presencia del frenillo lingual corto. (4)(5)

La presencia del frenillo lingual corto provoca una alteración en la cavidad bucal el cual dificulta la alimentación en los primeros meses de vida del recién nacido, esto puede provocar pérdida de peso del recién nacido y conllevar a un estado nutricional inadecuado. Por tal motivo, es considerable determinar un diagnóstico oportuno y preventivo por el profesional Odontólogo, brindar un tratamiento eficaz a las dificultades presentadas por el frenillo lingual corto. (5)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019?

## **1.3. Justificación**

Esta investigación aportará información sobre la prevalencia de esta anomalía a la comunidad científica y local del Instituto Nacional Materno Perinatal. Además de aportar información sobre los casos según el sexo del bebé, edad gestacional, peso del recién nacido, edad cronológica en la que fueron diagnosticados, datos que nos permitirán tener un mejor análisis de la situación. No solo contribuirá con mayor información de esta alteración, también podrá ayudar a obtener mayor información al hospital sobre la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacido.

Un diagnóstico y tratamiento oportuno ante un frenillo lingual en recién nacidos ayudará a poder prevenir disfunciones en la lengua que llevará a comprometer una deficiente alimentación durante la lactancia materna. Este estudio brindará información que servirá como base para el diagnóstico y tratamiento temprano ante un frenillo lingual alterado en una población vulnerable como son los infantes. Asimismo, los resultados de este estudio podrán contribuir como base para diseñar medidas de prevención frente a esta anomalía.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

Determinar la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017 -2019.

### **1.4.2 Específicos**

1. Identificar los recién nacidos con frenillo lingual corto según sexo que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
2. Identificar la edad gestacional de los recién nacidos con frenillo lingual corto que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
3. Identificar el peso de los recién nacidos con frenillo lingual corto que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
4. Identificar el orden de nacimiento que ocupan los recién nacidos con frenillo lingual corto que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.



5. Identificar la edad de los recién nacidos que fueron diagnosticados con frenillo lingual corto que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
  
6. Identificar el número de los recién nacidos con frenillo lingual corto que recibieron tratamiento de Frenectomía que pasaron consulta Odontopediátrica en el período 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes

**Yunaydis Tamayo y col (2018)** Cuba. Describe en su tesis titulada “Presencia de Anquiloglosia en un período de tres años. El estudio es de tipo transversal, en infantes menores de tres meses de edad pertenecientes a la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farran de Holguín. La muestra se constituyó por 1095 infantes examinados durante las consultas de genética pertenecientes al área de la clínica en el período 2014-2016. En este estudio se distribuyeron los pacientes según las variables: sexo, áreas de salud, años de estudio y se comparó la morbilidad de la Anquiloglosia con otras patologías observadas en la población. En los resultados encontrados obtuvieron que la morbilidad de Anquiloglosia alcanzo el 4,2%, sin diferencias significativas entre ambos sexos: femenino 4,21% y masculino 4,19% y entre las áreas de salud la Anquiloglosia represento el 77,97% de todas las afecciones detectadas, seguida por Dientes Neonatales 10,17%; Fisuras Palatinas 5,08%; Manchas Melaninas 3,39%; Hemangiomas 1,69% y Fibromas 1,69%. Se concluyó que la Anquiloglosia fue la afección más frecuente en los infantes menores de 3 meses de nacidos, asimismo entre los sexos y las áreas de salud. (6)

**Rosario Benites (2018)** Trujillo-Perú. Este estudio tiene como objetivo “Determinar la presencia de Anquiloglosia en niños y luego identificar su prevalencia según sexo y grado de estudio en niños en edad de 6 a 10”. La metodología utilizada en esta investigación de tipo Descriptivo de corte Transversal, de diseño no experimental. La población se constituyó por 180 niños de la institución, el instrumento utilizado fue “Herramienta de Evaluación de la unión del Frenillo Lingual de Hazelbaker”. Los resultados obtenidos determinaron que existe una prevalencia de Anquiloglosia siendo

de 10,55%(corresponde a 19 niños).Asimismo se obtuvo que la prevalencia de Anquiloglosia según sexo fue de 7,22%(correspondiendo 13 de sexo masculino) y (3,33%correspondiendo a sexo femenino ) del total y según el grado de estudio , el 1er grado 15,79%(6 niños), 2do grado 17,95%(6 niños), 3er grado 8,11%(3 niños)4to grado 5,89%(2 niños),5to grado 3,13%(1 niño) .Se puede concluir que la prevalencia de la Anquiloglosia en niños en edad de 6 a 10 años de la institución educativa “Túpac Amaru II de Florencia de Mora , Julio-Octubre 2017 según sexo se encontró mayor prevalencia en el sexo Masculino con 7,22% y con mayor prevalencia es el grado 1 y grado 2.(7)

**Eva Orte y col (2017)** Zaragoza-España. El presente estudio tiene como objetivo conocer la evidencia científica disponible sobre las posibles alteraciones en la lactancia materna que pueden ser provocadas por la Anquiloglosia, así como su diagnóstico y posible tratamiento. Se realizó la búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, LILACS, Cuiden, Enfismo, IME, Scielo, Joanna Riggs Instituto de los estudios publicados en el período comprendido en los años 2008 y 2017. En los resultados encontrados fueron que los lactantes con Anquiloglosia se observan tomas más larga al pecho materno, dolor en pezones y una disminución de producción de leche materna, entre otras situaciones. La herramienta de Hazeibaker es el criterio de diagnóstico más utilizado. También se han considerado distintas formas de tratamientos, aunque parece que el más extendido y valorado es la frenectomía. En conclusión, entre la Anquiloglosia y las posibles complicaciones con la lactancia materna existe una asociación; y en lo referente al diagnóstico y tratamiento, es aún controvertido según los distintos estudios consultados. (8)

**Vidaña Fernández (2016)** Puno-Perú. En su investigación tiene como objetivo general “Determinar la prevalencia de la Anquiloglosia en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito-Puno”. Esta investigación es de tipo Descriptivo, Transversal su población estuvo constituida por 110 niños de ambos sexos en edades de 6 a 12 años, para el examen clínico se utilizó una sonda acanalada de Petit, utilizaron fichas en las cuales se registró el nivel de Anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Haslbaker. El análisis estadístico se realizó con tablas de frecuencia absoluta y porcentual de doble entrada, la prueba de Chi-cuadrado para aprobar la hipótesis del estudio. Los resultados obtenidos es una prevalencia de la Anquiloglosia es de 10.91% en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito–Puno en el 2016, el tipo de Anquiloglosia más frecuente fue del tipo III(53.64%)con presencia del frenillo grueso , fibroso o elástico, la lengua se encuentra pegada desde la mitad hasta el suelo de la boca y en segundo lugar se ubicó el tipo IV(30%)frenillo no se visualiza , se palpa con un contextura fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el piso de boca. La apariencia de movilidad lingual según la clasificación de Hazelbaker presentó el tipo perfecto 70% con puntuación de 14 independiente de su apariencia, en segundo lugar, el tipo aceptable con 19.09% con puntuación de 11 y puntaje de apariencia de 10, el tipo alterado fue de 10.91% con puntaje menor a 11 y se recomienda evaluar frenectomía. El tipo y la apariencia de Anquiloglosia según edad, para la clasificación de Coryllos no se observó alguna variación importante de la Anquiloglosia, según la clasificación de Hazelbaker tampoco se observó alguna variación. El tipo y la apariencia de Anquiloglosia según el género, para la clasificación de Coryllos se observó un mayor porcentaje de niños con tipo 4 en el género femenino y mayor porcentaje del tipo 2 para el masculino. En conclusión ambas clasificaciones

nos indican que existe una prevalencia baja de Anquiloglosia en los niños y en menor porcentaje existe alteración en la fisiología lingual, observando que el género masculino es el más afectado por esta patología (9)

**Mercedes Gonzales (2016)** Valencia-Venezuela. El presente estudio tiene como objetivo “Evaluar la relación existente entre la lactancia materna y las características anatómicas del frenillo lingual en recién nacidos en el Programa de Odontopediatría Hospitalaria de la Universidad de Carabobo”. La metodología de esta investigación fue descriptivo de tipo correccional, la población de este estudio fue de 300 bebés de ambos sexos, nacidos en el hospital Dr. José María Carabaño Tosta. Ubicado en la ciudad de Maracay estado de Aragua, los recién nacidos que estaban recibiendo lactancia materna exclusiva en criterio de exclusión se obtuvo una muestra de 100 recién nacidos. Se utilizó como instrumento el protocolo de evaluación para frenillo lingual alterado con puntuaciones para bebés de Martinelli y cols; que evalúa anatomía y función durante el amamantamiento con puntuaciones para bebés hasta los 6 meses de vida y puede ser aplicado por partes. Como resultado se comprueba la hipótesis que la dificultad en la lactancia materna está asociada a la clase de alteraciones del frenillo lingual que presentan los recién nacidos; la mayor incidencia de los problemas en la lactancia materna lo obtuvo la clasificación de Anquiloglosia con un 5%, seguida el 1% de frenillo submucoso, 1% de frenillo corto con fijación interiorizada, 1% de frenillo con fijación interiorizada, 1% de frenillo corto, 1% de frenillo normal. Se concluye que este estudio quiere dar a conocer la relación existente entre la lactancia materna y las características anatómicas del frenillo lingual en recién nacidos con antecedentes familiares de 8 de los 100 pacientes. (10)

**Tuni Cindy (2016)** Puno-Perú. Este estudio tuvo como objetivo “Determinar la prevalencia de la Anquiloglosia en niños de 6 a 12 años de las Instituciones Educativas Primarias 70024 Laykakota y 70002 Taquile-Puno”. La metodología de este estudio fue Descriptivo, Transversal; su población se constituyó por 179 niños y 96 niñas de ambas instituciones educativas mencionadas. El instrumento que utilizaron fue una regla milimetrada, para poder medir la “lengua libre” de Kotlow, se registró de acuerdo a las variables sexo y al grado de severidad de la lengua libre en una ficha clínica. En el proceso de la obtención de los resultados usaron estadística descriptiva, tablas de frecuencia absoluta y porcentual de doble entrada, la prueba de Chi-cuadrado para determinar la diferencia en prevalencia de grado de Anquiloglosia. Los resultados obtenidos fueron: que la Anquiloglosia de la I.E.P. Taquile presentó 27.08% mayor prevalencia que la I.E. P Laykakota con 22.35%. Así mismo también se concluye que mayor prevalencia se encontró en el masculino con (52.5%) que el femenino con (47.5%); la I.E.P. Taquile obtuvo igual prevalencia en ambos sexos (50%); el grado de Anquiloglosia más frecuente es la Clase I (95%). En la I.E.P Laykakota en ambos sexos el 3.85% de Clase III se impuso en el sexo masculino. Se concluye que en la zona rural presentó mayor prevalencia que en la zona urbana; asimismo no existe variación de prevalencia por algún sexo; se concluye también que el grado de Anquiloglosia con mayor prevalencia es la Clase I. (11)

**Cuenca Carol (2016)** Guayaquil-Ecuador. El objetivo del presente estudio fue “Determinar cuál es la prevalencia de frenillo lingual en niños de 0 a 2 años en el centro infantil del buen vivir Distrito centro sur zona 8 de la ciudad de Guayaquil” para la realización de esta investigación se cuenta con una población de 100 niños, en la

evaluación clínica se observó que 8 niños presentaron Anquiloglosia, de los cuales, 7 fueron masculinos y 1 caso femenino, en cuanto a la edad 6 niños de 2 años de edad ya cumplidos, un niño de 1 año 11 meses y 1 niño de 1 año 9 meses, de los cuales 3 pacientes diagnosticados con Anquiloglosia de tipo 1 y 5 pacientes con Anquiloglosia de tipo 3, como resultado de la entrevista con los padres y representantes se evidenció que los niños tuvieron problemas durante la lactancia en los primeros meses de vida. Se concluyó que la prevalencia de la Anquiloglosia es baja, fue del 8%, determinándose que no se está realizando una correcta inspección de la cavidad oral por parte del personal médico ya que ninguno de los niños que fueron diagnosticados con Anquiloglosia y los padres no tenían conocimiento del padecimiento de sus niños. Por lo que considero importante se debería como está sucediendo en otros países como Brasil y actualmente Perú, establecer políticas de salud donde se establezca que dentro del equipo de salud que atiende al bebé debería también ser incluido un Odontopediatra. (12)

**Claudia Fretelly y Gonzales Cecilia (2015)** Lima-Perú. Su objetivo general es “Identificar las características de la lactancia materna en bebés de 1 a 6 meses con frenillo lingual alterado del Hospital Rosalía de Lavalle de Morales Macedo”. En esta investigación la metodología empleada en el presente trabajo es de tipo Descriptivo. La población estudiada estuvo constituida por 50 lactantes de 1 a 6 meses. Los resultados obtenidos de acuerdo a la puntuación del protocolo elaborado por Roberta Martinelli fueron: que 5 infantes presentaron frenillo alterado, teniendo una lactancia caracterizada por movimientos linguales inadecuados, con protrusión lingual limitada, incoordinación de movimientos, demora para iniciar la succión, pocas succiones con



pausas largas, muerden y sueltan el pezón, emiten chasquidos, lo cual repercute en un desequilibrio entre la eficiencia alimenticia y las funciones de succión, deglución y respiración entre otros y 45 lactantes presentaron frenillos sin alteraciones. Se concluye que el 10 % de bebés de 1 a 6 meses con frenillo lingual alterado presentaron alteraciones durante la alimentación y en otras funciones como: succión, deglución durante la lactancia materna. También se concluye que existe una predisposición genética en algunos miembros de la familia, el frenillo lingual alterado dificulta la lactancia materna en los recién nacidos y el amamantamiento agradable de la madre. Así mismo se puede concluir que el diagnóstico temprano del frenillo lingual alterado puede prevenir dificultades en la succión, deglución durante la lactancia y funciones posteriores como: deglución, masticación, respiración y habla. (13)

**Roberta Martinelli e Irene Quiroz (2014)** En su trabajo de investigación titulado “Evaluar las características anatómicas del frenillo lingual en los bebés al principio, sexto y duodécimo mes de vida y comparar los resultados a los estados que se encuentran en la literatura”. Este estudio estuvo compuesto por 71 bebés de ambos sexos, sanos, haciendo observaciones sistemáticas, las grabaciones fueron analizadas por dos especialistas; se analizaron aspectos anatómicos como: grosor del frenillo, el apego a la lengua y fijación a piso de boca. Los datos recogidos se compararon con la literatura. Obteniendo los siguientes resultados de los 71 recién nacidos, el frenillo lingual de 51 recién nacidos era delgado y 20 tenían frenillo lingual grueso, 40 recién nacidos tuvieron el frenillo unido a la mitad de la lengua, 27 tenía el apego entre el vértice y el centro de la lengua y 4 hasta e ápice. En cuanto a la unión al piso de la boca, el frenillo lingual de 42 recién nacidos se adjunta a la cresta alveolar y 29 bebés tenía la unión entre las carúnculas sublinguales. Las características del

frenillo lingual observadas en los primeros, sexto y duodécimo mes de vida sigue siendo la misma. En conclusión y al contrario de lo que ha sido señalado en la literatura, en relación con el espesor lingual del frenillo, el apego de la lengua al piso de la boca no se observaron cambios en los 71 lactantes durante el primer año de vida, manteniéndose en el tiempo la misma inserción observada en el primer mes de vida. (14).

**Gonzalo Jiménez (2014) España.** Este estudio tiene como objetivo “Determinar la prevalencia de la Anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. Este estudio es de tipo, Observacional, Prospectivo en este estudio participaron 6 hospitales”, asturianos para el diagnóstico de Anquiloglosia se utilizaron los criterios de Coryllos y Hazelbaker. Su población estuvo constituida por 667 recién nacidos. Los resultados obtenidos fueron una prevalencia de Anquiloglosia de 12,11%. El 62% de la población estudiada eran varones, “uno de cada 4 niños con Anquiloglosia tenía antecedentes familiares de frenillo lingual corto”. En los resultados obtenidos según la clasificación de Coryllos fue el tipo II, más frecuente con (54%). Se concluye que la prevalencia de Anquiloglosia en Asturias fue 2 o 3 veces superior a la esperada. (15)

## **2.2. Base Teórica**

### **2.2.1. Morfología de la Cavidad Bucal del Recién Nacido**

Los recién nacidos presentan estructuras anatómicas bucales propias de los primeros meses de vida. En el labio superior presenta en su porción media el llamado callo de succión, que puede aumentar de tamaño durante el amamantamiento materno. El frenillo labial se encuentra ubicado en la zona media e interna del labio superior; este

frenillo labial une al labio superior del maxilar superior con la papila incisiva el cual constituye el frenillo labial persistente que favorece durante el momento del amamantamiento. Los rodetes gingivales se ubican en el maxilar superior e inferior en los cuales se pueden observar 20 almohadillas gingivales, que serán los 20 futuros dientes deciduos, también se observa la región canina la más sobresaliente. En la porción de la bóveda palatina se visualiza la papila palatina y las arrugas palatinas; en la parte media se observa el rafe palatino medio que representan la unión de los huesos palatinos.

Según “Moyers “la forma de la apófisis alveolar es redondeada en el maxilar y forma de “U” la mandíbula; que contactan entre sí en la parte posterior”. En la zona anterior se presenta un espacio entre el maxilar superior e inferior el cual sirve para que el bebé logre un sellado de la cavidad bucal, así poder adaptarse a la forma del pecho de la madre para lograr una succión eficaz durante la lactancia. En la línea media interna del labio inferior uniendo la porción interna del labio hacia el tercio gingival, se ubica lateralmente las bridas que son menos desarrollados que del arco superior. En la parte ventral de la lengua se encuentra el piso o zona sublingual y el frenillo lingual. (16)

### **A). Lengua**

La lengua es un órgano que se encuentra revestido por un epitelio plano estratificado que puede estar queratinizado o no presenta papilas linguales (mecánicas y gustativas). Existen tres tipos de papilas: Caliciformes, Fungiformes y Filiformes en las papilas gustativas las sustancias dulces estimulan la función de succión. La lengua se encuentra unida con la epiglotis laríngea, la elevación de la epiglotis orienta la apertura hacia la nasofaringe, el cual permite al recién nacido poder respirar normal mientras pasa los fluidos (leche materna) a la faringe estas funciones tienen gran importancia

dado que el recién nacido solo puede respirar por la nariz. La lengua del recién nacido es corta y ancha. (17)

### **B). Rodetes Gingivales**

Los rodetes gingivales se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival, por vestibular esta adherido al frenillo labial y a las bridas laterales y en la parte palatina está el paladar con la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas por delante en la porción media y posterior del rafe palatino medio, más atrás se encuentra la transición del paladar duro y blando siendo más rojizo.

### **C) Labio Superior**

Son pliegues que forman el inicio de la boca, está constituido histológicamente por epidermis, dermis e hipodermis, en su parte interna por una mucosa de epitelio plano estratificado no queratinizado, sus funciones principales de los labios durante el amamantamiento es sellar la areola del pezón en el momento del amamantamiento, son fundamentales para hablar.

### **D) Labio Inferior**

En el labio inferior se encuentra la línea media el cual se aloja el frenillo lingual uniendo la porción interna del labio al tercio gingival y en las zonas laterales las bridas que son protuberantes como el labio superior.

### **E) Paladar Duro**

El paladar duro está constituido por un epitelio plano estratificado queratinizado en la parte anterior, en el paladar duro se encuentra la papila incisiva, las arrugas palatinas; en la parte posterior y media del paladar se ubica el rafe medio que une los huesos palatinos.

## **E) Superficie Vestibular**

En la superficie vestibular se observa las almohadillas gingivales que son prominencias en el cual se ubicarán los dientes deciduos en desarrollo, los cuales erupcionarán posteriormente en el recién nacido.

### **2.2.2 Alteraciones Orales Congénitas en el Desarrollo del Recién Nacido**

Las alteraciones congénitas bucales del recién nacido en los primeros meses de vida se pueden identificar y prevenir durante las evaluaciones primarias del infante y poder evitar algún problema durante su desarrollo entre ellas tenemos:

#### **A) Perlas de Epstein**

Son lesiones quísticas de color blanquecino, solitarias o múltiples, con superficies lisas, tienen un diámetro entre (0.5 a 3 mm), localizadas a lo largo del rafe medio palatino.” La fusión del paladar del embrión se completa al final del cuarto mes, es en esta fase donde el epitelio puede ser atrapado entre la línea de fusión, que produce estas inclusiones epiteliales”. (Ventiades. J, Gay C)

#### **B) Quiste de la Lámina Dental**

Son lesiones quísticas, de color blanquecinas, pueden ser individuales o múltiples con diámetro de (1 a 3 mm). Se localizan sobre los rebordes dentales de ambos maxilares. Con mayor frecuencia en la región posterior de los arcos.

#### **C) Nódulo de Bohn**

Son lesiones quísticas de color blanco amarillento presentan un tamaño de 1 a 3 mm y se localizan en la parte vestibular, palatina o lingual de los rodets gingivales, con mayor frecuencia aparece en el arco superior. Estos nódulos provienen de restos de tejido glandular mucoso, en la mayoría desaparecen espontáneamente.

#### **D) Diente Natal y Neonatal**

El diente natal es aquel que aparece durante los primeros 30 días después del alumbramiento. Sus características clínicas, son más pequeños que los dientes deciduos y de forma cónica, en la gran mayoría son móviles. Se observa alteraciones en el esmalte, como hipoplasia del esmalte, tiene características como bordes irregulares y agudos; su color que presenta “es de marrón-amarillento u opaco-blanquecino”.

#### **E) Anquiloglosia**

Es una alteración donde el frenillo lingual está ubicado en la parte inferior de la lengua, es corto o podría estar insertado muy próximo a la punta de la lengua, dificultando la protrusión. Esta alteración limita sus funciones de la lengua como: succión, deglución y en el habla. Dificultando la realización de los movimientos de la lengua. El tratamiento puede ser una cirugía quirúrgica denominada Frenectomía, consiste en realizar una incisión de 3 a 5 mm en el frenillo, empleando anestesia local. (18)

#### **2.2.3 Frenillo lingual**

Se define como un doblez vertical de la mucosa, cordón o banda que se inicia en la cara inferior de la lengua y se inserta en la línea media de la mucosa del piso de boca, se sitúa en la parte lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada dentaria. También Martinelli lo define como un “pequeño pliegue de la membrana mucosa que lo conecta con el piso de boca que activa o interfiere con el libre movimiento de la lengua” (10). El frenillo lingual se extiende desde la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar 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. (19)

### 2.2.3.1. Histología del frenillo lingual

El frenillo lingual está constituido histológicamente por tres capas:

- **Epitelio Escamoso Estratificado no Queratinizado:** La mucosa bucal se caracteriza por ser un epitelio grueso posee diversas capas celulares, su capa celular más profunda se encuentra en contacto con la lámina basal, las células ubicadas en esta región son de forma cubica. Las ubicadas en la región media se caracteriza por ser polimorfas y las células más cercanas a la superficie libre se caracterizan por ser aplanadas, los epitelios de ese tipo son secretores, es decir húmedos son revestidores de las mucosas, como la boca, la faringe, el esófago y las cuerdas vocales.
- **Tejido Conectivo:** Contiene abundantes fibras colágenas, elásticas, células adiposas, fibras musculares y vasos sanguíneos.
- **Submucosa:** Contiene glándulas mucosas y glándulas salivares menores. (16)

### 2.2.4 Tipos de Frenillo Lingual

Esta clasificación es dependiendo a la estructura anatómica que forman el frenillo:

**A. Frenillo Fibroso:** Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

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

- **Músculo Geniogloso:** Este es un músculo extrínseco potente de la lengua, sus fibras superiores y anteriores van hacia la punta de

la lengua; el resto de las fibras van hacia la parte dorsal de la lengua y hacia el lado superior del hueso hioides. Cuando la punta de la lengua desciende; las fibras superiores se contraen y es llevado hacia adelante.

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

#### **D) 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. (16)

##### **2.2.4.1 Clasificación Anatómica del Frenillo Lingual por Coryllos.**

**A. Frenillo Tipo I:** Según Coryllos; se observa a simple vista alargándose hacia la punta de la lengua reduciendo su motricidad.

**B. Frenillo Tipo II:** Según Coryllos; la distancia es de 2 o 4 mm de distancia de la punta de la lengua alternando la elevación y extensión y la motricidad es menos restringido que en el frenillo tipo I.

**C. Frenillo Tipo III:** Según Coryllos; se caracteriza por que se alarga hasta la mitad inferior lingual; a la mitad del piso de la boca; está constituido por un componente submucoso; generalmente no altera la extensión lingual.

**D. Frenillo Tipo IV:** Según Coryllos no se observa a simple vista, se encuentra bajo una capa submucosa y pegado a la base de la lengua, de contextura gruesa, restringe casi a la totalidad de la motricidad lingual con movimientos generalmente asimétricos. (4) (19) (20)



#### **2.2.4.2 Clasificación de los Frenillos Linguales según su Inserción, Posición y Tamaño por Marchesan (2010)**

- A. Frenillo Normal:** La inserción se ubica en la mitad de la cara ventral de la lengua y en el piso de boca.
- B. Frenillo Interiorizado:** La inserción en la cara sublingual, está ubicada entre la punta de la lengua y la porción media. Limitando los movimientos de la lengua en extensión y elevación, pero esta alteración no restringe la fonética.
- C. Frenillo Corto:** Se encuentra fijado en la porción media de la cara ventral de la lengua con una longitud menor a la del frenillo normal, limita los movimientos linguales en la elevación, el cual interfiere durante la succión y limita la apertura bucal.
- D. Frenillo Lingual Corto y Anteriorizado:** La fijación es el ápice de la lengua y región media del piso de boca; presenta mucosa disminuida y en el vértice de la lengua adopta forma de corazón. Esta alteración dificulta los movimientos de protrusión y elevación de la lengua, perjudicando la masticación, pronunciación de los fonemas linguoalveolares. (18) (19)

#### **2.2.5. Lengua y Frenillo Lingual Alterado**

Según Ballard (2002); en la publicación realizada sobre la Anquiloglosia, refiere que el frenillo lingual alterado es un trastorno congénito con un porcentaje de 2.8% al 10.7% en infantes en todo el mundo, el frenillo lingual tiene principales características como; corto, dificultad durante la succión durante la lactancia, flexibilidad y longitud de la lengua libre. (19)

Durante el llanto, el bebé levanta la lengua, la punta pierde la forma redondeada y adopta la forma de corazón debido a que el frenillo tira de ella, mayormente son delgados, mientras que otros son de fibras gruesas. Por estos factores es importante realizar una evaluación diagnóstica del frenillo de la lengua desde el primer mes de vida del recién nacido utilizando un instrumento de evaluación sencillo y confiable que permita la identificación de esta alteración anatómica del frenillo de la lengua.

#### **2.2.5.1 Característica Anatómicas del Frenillo Lingual Alterado**

En el trabajo de investigación de Gonzales (2015) una de las características anatómicas de gran importancia para el reconocimiento de una alteración del frenillo lingual se refiere a la postura habitual de los labios de los recién nacidos evaluados donde el 58% de los casos se encontraron cerrados , en 19% entreabiertos y 23% se encontró los labios abiertos , la posición de la lengua durante el llanto como parte de las características anatómicas del frenillo lingual se observó en el 60% , la tendencia de la posición en la línea media el 22% fue elevada y el 15% presentaba la línea media con elevaciones laterales. Otra característica observada fue la forma de la lengua cuando se eleva durante el llanto es de vital importancia para el diagnóstico de una posible alteración, 100 pacientes presentaron forma redonda; con un 87%, mientras que el 8% alcanzó una ligera forma redonda en la fisura del ápice lingual y la forma de corazón fue el 5% de pacientes. Otra característica es la visualización del frenillo en los 100 bebés evaluados en el 51% no se visualizó, en el 44% se pudo visualizar, 2% la visualización fue con maniobra y el 29% restante no se pudo visualizar el frenillo de la lengua. Otra de las características importantes es el espesor del frenillo de los 100 bebés evaluados el 73,5% el frenillo fue delgado contra un 26,5% de tipo grueso.

El frenillo lingual dentro de sus características anatómicas presenta diferentes tipos de inserción; la fijación del frenillo en la cara sublingual de la lengua en los recién nacidos alcanzo un porcentaje de 69,4% ; el 20,4% se ubicó en el tercio medio y ápice y 5% en el ápice de la lengua y por ultima característica observaron la fijación del frenillo de la lengua al piso de la boca donde el 81,6% se visualizó a partir de las carúnculas sublinguales y un 18,4% se evidencio a partir de las crestas alveolar inferior.(10)

### **2.2.5.2 Complicaciones asociados al frenillo lingual alterado**

Según Redondo J y col (2015) Las complicaciones que puede propiciar un frenillo lingual alterado o “Anquiloglosia”:

- Dificultad para la lactancia materna
- Los problemas con la articulación del lenguaje y alteraciones periodontales
- Muchos estudios describen problemas en el enganche asociados a la Anquiloglosia los síntomas pueden afectar tanto a la madre (sangrado, grietas, mastitis) como al niño (cabeceo, chupeteo, cliqueo, irritabilidad derivada de la insatisfacción) y se explican por la imposibilidad que tiene el bebé para realizar los movimientos linguales que permiten un adecuado estímulo de succión que favorezca la eyección de leche. (22) (30)

### **2.2.6 Alteraciones cuando no se trata a temprana edad**

La siguiente tabla fue creada a partir de las referencias bibliográficas (30) (31) (33) (35).

<b>ALTERACIONES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
<b>Dificultad en la Succión</b>	El frenillo lingual alterado provoca limitaciones en los movimientos de la lengua durante la succión en el amamantamiento durante la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones de los movimientos de la lengua.</li> <li>• Inflamación del pezón materno.</li> <li>• Insuficiente desarrollo muscular.</li> <li>• Compromiso de la vía aérea, como la atresia de coanas.</li> <li>• Retrognatismo mandibular.</li> </ul>
<b>Dificultad en la deglución</b>	<p>Persistencia de deglución el cual implica posición de la lengua entre los incisivos, lo que provoca inclinación de los incisivos superiores e inferiores se presenta dos tipos:</p> <p><b>Deglución normal</b> <b>Deglución atípica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinación vestibular de los incisivos superiores e inferiores.</li> <li>• Mordida abierta anterior.</li> <li>• Colapso en el crecimiento del maxilar superior.</li> </ul>
<b>Alteraciones en la fonación</b>	La restricción de los movimientos de la lengua, puede alterar la fonación sobre todo en las consonantes linguo-alveolares; a su vez pueden estar los movimientos linguales disminuidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción de los movimientos linguales.</li> <li>• La lengua no logra tocar el paladar.</li> <li>• Imposibilidad a la articulación de cierto sonidos o fonemas como:” f”,” v” por el “fh”, consonantes</li> </ul>

		como: "t", "d", "n", "l", "s", "r", "z" etc.
<b>Úlceras Linguales</b>	Se produce úlceras en la lengua, frenillo, dado que se encuentra fijado en la zona antero inferior de los dientes y se produce un roce o micro trauma continuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras situadas en la lengua o el frenillo.</li> <li>• La lengua se encuentra fijada en los dientes anteriores y al roce de la lengua con los dientes anteriores.</li> </ul>
<b>Autólisis</b>	El frenillo lingual corto limita que la lengua cumpla su función limpiadora del vestíbulo lingual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caries en los molares.</li> <li>• Empaquetamiento de la comida de los vestíbulos y piso de boca.</li> </ul>
<b>Diastema interincisivos inferior</b>	El frenillo se extiende entre los incisivos inferiores hacia el vestíbulo y provocan diastemas. Empuje protrusión lingual; acción de empujar la lengua hacia adelante, se clasifica en: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Simple</li> <li>➤ Compleja</li> <li>➤ Complicada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mordida abierta anterior.</li> <li>• Mordida abierta anterior amplia.</li> <li>• Contacto oclusal en las últimas molares de cada cuadrante (20)</li> </ul>

### 2.2.7 Tratamientos ante el frenillo lingual alterado

El tratamiento del frenillo lingual corto, puede ser conservador o quirúrgico.

<b>Tratamiento Conservador</b>	<b>Características</b>
<p>El tratamiento conservador se trata en realizar una serie de ejercicios apropiados que permitan obtener el alongamiento del frenillo lingual. Este se puede se realizar cuando hay presencia de frenillo que produzca una Anquiloglosia moderada a edad temprana en niños antes de los 8 años, con fisioterapia mio funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios motores para estimular el lenguaje verbal.</li> <li>• Ayuda a mejorar la región muscular.</li> <li>• Ejercicios para los labios.</li> <li>• Ejercicios para las mejillas</li> <li>• Ejercicios para agilizar el lenguaje.</li> </ul>

**A). Tratamiento Quirúrgico:** La frenectomía lingual para poder realizarla, principalmente se debe identificar el problema y establecer un correcto diagnóstico y plan de tratamiento; indicando la cirugía. (33) (35)

- Este cuadro fue creado con las referencias bibliográficas (33) (35)

<b>Tratamiento quirúrgico</b>	<b>Concepto</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>
	<p>Es un procedimiento quirúrgico en el</p>	<p>Se realiza con anestesia local</p>	<p>Movimientos libres de la lengua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de atravesar vena sublingual</li> </ul>

<p><b>Frenectomía</b></p>	<p>cual consiste en eliminar, el frenillo que une la lengua o el labio inferior a la encía, afectando a la posición de la lengua. Corrigiendo el frenillo lingual para solucionar un problema de frenillo alterado o Anquiloglosia.</p>	<p>infiltrativa, bloqueo lingual bilateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un punto de tracción en la punta de la lengua.</li> <li>• Se efectúa una incisión romboidal en el frenillo lingual.</li> <li>• Se elimina totalmente para proceder el cierre útil.</li> <li>• Tener cuidado con los orificios de la salida de los conductos de warton y las venas sublinguales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperatorio sin complicaciones.</li> <li>• Edema moderado en la lengua y piso de boca</li> <li>• Mayor adaptación del paciente.</li> </ul>	<p>hemorragia rebelde, equimosis, hinchazón.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aloja paquete vascular.</li> <li>• Movimientos de lengua restringido de 7 a 10 días.</li> <li>• Al comienzo dificultad en el habla.</li> </ul>
---------------------------	---	--	--	--

Tratamiento quirúrgico con laser	Procedimiento	Ventajas	Desventajas
<p>La frenectomía se puede realizar con láser de alta potencia o láser quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Co2</li> <li>• Er: YAG</li> <li>• Er: YSGG</li> <li>• Nd: YAG</li> </ul>	<p>Se realiza con anestesia local, tópica o infiltrativa. Procede la frenectomía realizada la vaporización horizontalmente o verticalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor tiempo operatorio.</li> <li>• Mayor presión en el corte.</li> <li>• Menor contacto con el tejido.</li> <li>• Ausencia de sangrado.</li> <li>• Postoperatoria o inmediato con ausencia de edema y dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento económicamente más elevado que los convencionales.</li> </ul>

**B) Reposición Apical del frenillo:** Se realiza una incisión en forma de “v” a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados de los frenillos, con la reposición apical.

**C) Z-Plastia:** Es la técnica de elección por la cirugía del frenillo labial superior ya que consigue eliminarlo, dejando la cicatriz mucosa en otra dirección ala del frenillo inicial y además conseguimos alargar el labio superior. (18) (19)



#### 4. Evaluación clínica del frenillo lingual en recién nacido

El diagnóstico clínico de Anquiloglosia es principalmente clínico, fijándonos en la posición y tamaño del frenillo sublingual (apariciencia), así como en las alteraciones en cuanto a la movilidad de la lengua (función). A pesar de todo, no hay forma en el examen físico para predecir de forma inequívoca de los casos que van a desarrollar trastornos del habla y alimentación posteriormente, para valorar el grado de significación de la Anquiloglosia en recién nacidos con dificultades en la lactancia, existe una herramienta validada: la escala Hazelbaker el cual consta de 2 medidas de la lengua: apariciencia (compuesta por 5 ítems a valorar) y funcionalidad (7 ítems). Su puntuación es de 0-2 en cada uno de los ítems.

Se considera Anquiloglosia Significativa (AGS): puntuación de función  $\leq 11$  o una puntuación de apariciencia  $\leq 8$ , junto con un manejo fallido de la lactancia.

La AGS serán candidatas a intervenciones quirúrgicas. Ante puntuaciones dispersa en ambas medidas, prevalecerá la puntuación de la función frente a la de la apariciencia en la valoración. La frenectomía sería la técnica quirúrgica de elección, con escasos efectos secundarios y con mejoría inmediata del dolor del pezón materno a la hora de amamantar. Otro tipo de técnica quirúrgica será valorada en los casos pertinentes (z-plastias). (19) (20)

Tamayo y cols (2018) también considera que el diagnóstico de la Anquiloglosia es clínico y algunos autores la identifican cuando se observa la inserción del frenillo lingual cercana a la punta de la lengua. Sus signos con clínicos incluyen incapacidad de la lengua de tocar el paladar duro, reborde alveolar o borde incisal de los dientes superiores en posición de apertura bucal máxima,

imposibilidad de efectuar movimientos transversalmente de una comisura a la otra de la boca sin deformarse la lengua, al adoptar forma de la letra v o de “corazón” con presencia de una zona isquémica en la punta de la lengua al protruir (empujar hacia delante) dificultara la alimentación y provocara dolor a la madre durante la lactancia.(2)

### **2.2.8 Diagnóstico temprano**

Los profesionales de la cavidad oral son los primeros profesionales que consultan los padres de familia, cuando el niño presenta problemas del habla y articulación del lenguaje. Es importante tener conocimiento de la secuencia normal durante el desarrollo de las partes anatómicas de la cavidad oral que contribuyen a la función del habla y del lenguaje, conocer las principales alteraciones, trastornos asociados que no permiten un adecuado lenguaje.

Clínicamente lo profesionales debemos observar las características propias del frenillo sano: inserción, grosor, extensión y longitud. La restricción en el movimiento normal, anormal de la lengua causada por un frenillo lingual hipertrófico o “alterado”. Se diagnostica cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruir más de 1-2 mm por fuera de los incisivos inferiores. Otra técnica para identificar si un frenillo lingual es corto es realizar la siguiente maniobra.

- Se coloca un espejo intraoral entre las caras oclusales de molares superior e inferior y se le pide al niño que intente estirar la lengua hacia el paladar, hacia la punta de la nariz.

- Dependiendo del alcance de la lengua hacia las zonas indicadas establecemos un tratamiento conservador o quirúrgico como una frenectomía.
- La alteración del frenillo lingual se presenta con una intensidad variable de desarrollo anatómico y no siempre afecta problemas funcionales de la lengua.
- Si el frenillo altera la función del habla o la alimentación de un niño, el Logopeda y el Odontopediatra deben colaborar estrechamente para determinar si requiere “tratamiento quirúrgico”. (21) (22)
- “La técnica para la visualización del frenillo lingual está ligada al tipo de clasificación a utilizar. En algunas ocasiones el llanto o bostezo del bebé permite visualizar el frenillo lingual, sin embargo, este no debería ser considerado una ayuda en alguna técnica a utilizar debido a lo engorroso de la situación y lo limitado del movimiento”. (8) (22)

El tratamiento temprano ante un frenillo lingual alterado en los recién nacidos ayudara a poder prevenir y poder realizar las funciones que desarrolla la cavidad oral en sus primeros meses de vida como es la succión en la lactancia materna. Así mismo también podrá evitarse las alteraciones que posteriormente o a futuro pueda desarrollar como son: el habla, masticación, deglución, respiración, problemas del crecimiento maxilares transversalmente, etc. También poder evitar que el niño se exponga a una cirugía quirúrgica en cual se puede usar sedación local, sedación general, a su vez en el ámbito económico evitar costos posteriores a los familiares (29).

### 2.2.9 Tipos de Instrumentos o Protocolos Clínicos del Frenillo Lingual

Los instrumentos que determina el diagnóstico del frenillo lingual corto, Anquiloglosia, en la literatura se encuentra dos, las más mencionadas en la literatura:

- **ATLFF (siglas en inglés):** Herramienta que evalúa la función del frenillo Lingual de Hazelbaker está diseñada para utilizarse en todo infante menor de tres meses. Se basa en analizar la función de la lengua (Lateralización, extensión, etc.) y la apariencia del frenillo (tamaño, elasticidad, posición, etc.) Siendo la más referenciada en la literatura científica actual.
- **Test de la lengüita:** Es realizado mediante la aplicación del Protocolo de evaluación del frenillo lingual presenta puntuaciones para bebés de 0 a 6 meses de edad. Este protocolo está dividido en historia clínica, evaluación anátomo-funcional y evaluación de la succión nutritiva y no nutritiva hasta el 6 mes de vida.

Para la realización del test:

- Posicionamiento del bebé
- Elevación de la lengua del bebé
- Para realizar el triaje neonatal

El triaje neonatal es realizado en las primeras 48 horas después del nacimiento. Esta evaluación inicial permite diagnosticar los casos más severos e indicar la frenectomía lingual en la maternidad. Si la suma total de las puntuaciones de la elevación anátomo-funcional parte II del protocolo fuera igual o mayor que 7, se puede considerar una alteración que interfiere en los movimientos de la lengua y orientar a

la familia sobre la necesidad de cirugía. La única parte del protocolo que puede ser aplicada y sus puntuaciones consideradas de forma aislada, es la evaluación anátomo-funcional. Generalmente cuando la puntuación total de la evaluación anátomo-funcional fuera entre 5 y 6) o no fuera posible visualizar el frenillo lingual, el bebé es derivado para el re-test con 30 días de vida y a los padres deben ser orientados sobre posibles dificultades en la lactancia materna, para que no ocurra el destete precoz en este período. Cuando la suma de la puntuación general de las pruebas Parte I, Parte II y Parte III es igual o mayor a 13 se considera el frenillo alterado. Se puede considerar la interferencia del frenillo en los movimientos de la lengua y derivar a cirugía. (6) (26) (28)

### **2.3 Terminología Básica**

**Frenillo lingual corto:** EL frenillo se encuentra en la porción ventral media de la lengua, unido al piso de la boca; dificultando la alimentación del bebé al pecho materno; el infante presenta cansancio, porque la lengua no puede colocarse en la posición correcta, limitando la funcionalidad de la lengua lo cual causa problemas durante la lactancia.

**Edad gestacional:** Es el periodo de tiempo comprometido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir que tan avanzado esta la gestación.

**Recién Nacido:** Es la edad de un bebé que comprende desde 28 días o menos desde su nacimiento, ya sea el alumbramiento por parto natural o por cesaría, representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que

pueden ocasionar consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido.

**Edad:** Tiempo en que una persona ha vivido desde que nació.

**Peso:** El concepto, por otra parte, puede servir para denominar a la masa (la cantidad de materia que está presente en el cuerpo).

**Gestación:** También conocido como embarazo, cuando un animal vivíparo del sexo femenino lleva y sustenta a una cría embrionaria o fetal dentro de su vientre hasta el momento del nacimiento o alumbramiento.

**Test de la lengüita:** Este protocolo está dividido en historia clínica, evaluación anátomo-funcional y también se puede evaluar la succión no nutritiva y nutritiva. El protocolo tiene puntuaciones independientes y puede ser aplicado por partes, hasta el 6º mes de vida.

**Frenectomía:** La frenectomía es la extirpación completa que se da del frenillo bajo anestesia local.

**Orden de nacimiento:** Se define como el rango de edad que tiene una persona en relación a sus hermanos o la posición numérica que ocupa según el orden de nacimiento.

## 2.4. Variables e indicadores

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Frenillo lingual corto	Cualitativa	Examen clínico	Mediante el examen clínico anátomo funcional utilizando el instrumento “test de la lengüita”	Nominal	Si > 7  No <7
Peso	Cuantitativa	El peso del recién nacido.	Mediante una balanza de báscula, calibrada por personal del hospital materno infantil.	Kg /lb	Normal (>2500) Bajo peso (<2500 Muy bajo peso (<1500  Bajo peso extremo (<1000)
Edad gestacional	Cuantitativa	Antecedentes Perinatales.	Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento del bebé.	Prematuro  Pretérmino	semanas (32-34)  (35-36)

				A Término	(37 – 41)
Variable Sexo	Cualitativa	Conjunto de cosas o seres que tienen la misma naturaleza	Documento de identidad nacional	Nominal	Masculino Femeninos
Edad	Cuantitativa		Periodo comprendido desde el nacimiento hasta el deceso.	Nominal	0 – 6 meses 7 -12 meses 13 meses a más.
Orden de nacimiento	Cuantitativo	Lugar que ocupa de nacimientos.	Tarjeta Perinatal Materno	Razón	Primero Segundo tercero Cuarto Quinto
Tratamiento de frenectomía	Cualitativo	Tratamiento quirúrgico que consiste en la extirpación del frenillo lingual alterado de la lengua.	Historia clínica	Nominal	Si No



## **CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO**

### **3.1. Tipo de investigación**

Este es un estudio observacional, descriptivo y longitudinal retrospectivo. (34)

**Observacional:** Se recopiló la información mediante la observación, sin tener la necesidad de ejercer ninguna intervención del investigador en las variables de estudio.

**Descriptivo:** Se describió los valores obtenidos de las variables estudiadas.

**Retrospectivo:** Porque la recolección de los datos que se presenta en este estudio se ordenó encontrando presente desde antes del inicio del estudio.

**Longitudinal:** Porque las variables de estudio fueron medidas en varias ocasiones.

### **3.2. Población y muestra**

La población de este estudio fue constituida por todos los recién nacidos que pasaron consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materna Perinatal en el período 2017-2019. El tipo de muestreo fue por conveniencia y lo conformaron 1408 recién nacidos con sus respectivos registros de consultas Odontopediátricas en el período comprendido entre los años 2017-2019 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **3.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión**

##### **Inclusión:**

- Historias clínicas de los recién nacidos que acudieron a su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el período 2017-2019; que presenten todos los datos que ayuden a esclarecer el objetivo general, objetivos específicos del trabajo de investigación.
- Historias clínicas de recién nacidos que hayan usado el “Test de la Lengüita” y presenten el diagnóstico de frenillo lingual corto o Anquiloglosia.

- Historias clínicas que se han elaborado en el período 2017 al 2019.

**Exclusión:**

- Historias clínicas perdidas de los recién nacidos que presentan diagnóstico de frenillo lingual corto y hayan utilizado el “Test de la Lengüita”; ausencia de datos importantes que ayuden esclarecer las variables de estudio.
- Historias clínicas que se hallan extraviado y que pertenezcan al período 2017 al 2019.
- Historias clínicas que no se encuentre con el diagnóstico de Anquiloglosia o frenillo lingual corto.
- Historias clínicas de recién nacidos que fueron evaluados con otro instrumento de evaluación de frenillo lingual corto.

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizó como técnica la observación definida como el registro de información para su posterior análisis, para poder obtener el mayor número de datos. Como instrumento utilizaron el protocolo de evaluación del frenillo lingual corto “TEST DE LA LENGÜITA” con puntuación para bebés de (Martinelli 2013). Está dividido en historia clínica, evaluación anatómo-funcional y evaluación de la succión nutritiva y no nutritiva. Este protocolo tiene puntuaciones independientes y puede ser aplicado por partes hasta los 6 meses de edad.

Para la realización del test:

- Posicionamiento del bebé: se solicita que la madre o responsable y apoye la nuca del bebé en el espacio entre el brazo, el antebrazo, se le solicita que sostenga las manos del bebé.
- Elevación de la lengua del bebé: Para elevar la lengua del bebé, se utiliza una maniobra específica donde son introducidos los dedos índices por debajo de la lengua con guante, por los márgenes laterales, para que se pueda hacer la elevación. Es preciso tener mucho cuidado para no abrir exageradamente la boca del bebé y, eventualmente, perjudicar la articulación temporo-mandibular.
- Para la realización del triaje neonatal: Para el triaje neonatal (realizado en las primeras 48 horas después del nacimiento) Esta evaluación inicial permite diagnosticar los casos más severos e indicar la frenectomía lingual (corte en la lengua) ya en la maternidad. Si la suma total de las puntuaciones de la evaluación anátomo-funcional parte II del protocolo fuera igual o mayor que 7, se considera que la alteración del frenillo interfiere con los movimientos de la lengua y orientar a la familia sobre la necesidad de la cirugía. La única parte del protocolo que puede ser aplicada y sus puntuaciones consideradas de forma aislada, es la evaluación anátomo-funcional.
- En los casos donde hay duda, (generalmente cuando la puntuación total de la evaluación anátomo-funcional fuera entre 5 y 6), o no fuera posible visualizar el frenillo lingual, el bebé es derivado para el re-test con 30 días de vida y los padres deben ser orientados sobre posibles dificultades en la lactancia materna, para que no ocurra el destete precoz en este periodo. Cuando la suma de la

puntuación general de las pruebas Parte I, Parte II y Parte III es igual o mayor a 13 se considera que el frenillo de la lengua como alterado. Se puede considerar la interferencia del frenillo lingual en los movimientos de la lengua y derivar a cirugía.

Dicho protocolo contiene un consentimiento informado debidamente firmado por la madre del recién nacido con cedula de identidad y número telefónico, firma del Odontólogo examinador y firma de un testigo.

Una vez aprobado el proyecto de investigación, en el área de aprobación de protocolo de investigación de la Instituto Nacional Materno Perinatal, (Anexo N° 6) se efectuó lo siguiente:

- Se procedió la revisión de las historias clínicas que se consignen en el Área de Odontopediatría en el período del 2017 al 2019, para seleccionar las historias clínicas que se reporta al recién nacido con diagnóstico de frenillo lingual corto o Anquiloglosia.
- Se revisó las historias clínicas que presentan el formato del test de la lengüita para determinar el diagnóstico de frenillo lingual corto o Anquiloglosia.
- Los datos del estudio se registraron manualmente en una ficha de Registro de Datos en el programa Excel.
- Revisión y corrección de datos.
- Elaboración de base de datos

**Limitaciones:**

- La principal limitación que se presentó en este trabajo de investigación fue no tener la seguridad de la información registrada de las historias clínicas ya

que fueron registrados por los profesionales que evaluaron en su momento a los recién nacidos.

### **3.4. Procesamiento y Análisis de Estadísticos**

Se utilizó el programa de redacción Microsoft Word 2016 para la redacción del proyecto y solicitudes, formatos entre otros documentos. La redacción de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizará el programa Microsoft Excel 2016. El Análisis descriptivo del estudio se realizó usando el programa estadístico SPSS versión 21.0. (Statistical Package for the Social Sciences).

### **3.5. Aspectos éticos**

En este estudio no se difundirá los reportes encontrados, ni nombres de los individuos que constituyeron la población de estudio. Los datos registrados se analizaron tal cual se encontraron en las historias clínicas; este proyecto de investigación respeta las normas establecidas por el comité de ética del área de investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. (Anexo N°5)

Asimismo, nos comprometemos que los datos obtenidos serán exclusivamente con fines educativos manteniendo la confidencialidad de los Datos Personales según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Mediante sus consentimientos firmados por los tutores o padres de familia de la población estudiada.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES**

#### 4.1. Resultados

El estudio se realizó con los registros de consultas en el servicio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante los años 2017, 2018 y 2019. El número de consultas en el año 2017 fue de 182, pero 11% (9) consultó dos o tres veces, por lo tanto, el número de pacientes fue 171. (Tabla 1)

Tabla 1. Infantes según número de consultas por año en el consultorio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.

Número de consultas	2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%
1	162	89,0	476	95,2	387	52,5
2	7	7,7	21	4,2	183	24,8
3	2	3,3	3	0,6	85	11,5
4	--	--	--	--	37	5,0
5	--	--	--	--	23	3,1
6	--	--	--	--	12	1,6
7	--	--	--	--	6	0,8
8	--	--	--	--	1	0,1
9	--	--	--	--	1	0,1
13	--	--	--	--	1	0,1
14	--	--	--	--	1	0,1
Total	171	100,0	500	100,0	737	100,0

En 2018, el número de consultas fue de 527, con 4.6% (24) que consultaron dos o tres veces, por lo que el número de infantes fue de 500. Finalmente, en 2019, el número total de consultas fue de 1429, y se observa que 52.5% (387) tuvieron una consulta y el resto tuvo entre 2 (24.8%) y 14 (0.1%) consultas, haciendo un número total de 737 infantes (Tabla 1.)



Características demográficas	2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	78	45,6	257	51,4	381	51,7
Femenino	93	54,4	243	48,6	356	48,3
<b>Grupo de edad</b>						
0 - 6 meses	81	47,4	252	50,4	298	41,9
7 - 12 meses	42	24,6	103	20,6	157	22,1
13 - 24 meses	35	20,5	88	17,6	152	21,3
25 - 36 meses	8	4,7	34	6,8	62	8,7
37 - 48 meses	2	1,2	13	2,6	25	3,5
49 a mas meses	3	1,8	10	2,0	18	2,5
<b>Peso al nacer</b>						
Normal (>2500)	42	24,6	143	28,6	230	31,3
Bajo peso (<2500)	28	16,4	154	30,8	259	35,2
Muy bajo peso (<1500)	88	51,5	163	32,6	174	23,7
Bajo peso extremo (<1000)	11	6,4	33	6,6	61	8,3
Microneonatos(<750)	1	0,6	7	1,4	10	1,4
<b>Edad gestacional</b>						
A término/maduro (37 - 41)	63	36,8	133	26,6	169	23,0
Pretermino/Prematuro leve (35-36)	51	29,8	62	12,4	243	33,1
Prematuro moderado(32-34)	12	7,0	180	36,0	90	12,3
Prematuro extremo(<32)	45	26,3	125	25,0	232	31,6
<b>Orden de nacimiento</b>						
Primero	10	5,8	26	5,2	23	3,1
Segundo	2	1,2	6	1,2	7	0,9
Tercero	1	0,6	6	1,2	3	0,4
Cuarto	1	0,6	2	0,4	--	--
Quinto			--	--	--	--
no registran	157	91,8	460	92,00	704	95,5

El año 2017, se observa una proporción ligeramente mayor de niñas (53,8%), en los años 2018 (51.4%) y 2019 (51.4%), la proporción de niños es ligeramente mayor.

TABLA 2. Características demográficas de los Infantes en el Consultorio de Odontopediatría del Instituto Nacional Materno Perinatal en el período 2017-2019.

En el año 2017 y 2018 las edades de los infantes varían entre menos de un mes y 68 meses con una media de 10,9; 11,8, en el 2019, las edades varían de menos de un mes a 73 meses, con una media de 13,7; 12,9. Además, en la tabla 1 se observa que poco más del 70% de los infantes, llegó a la consulta Odontopediátrica antes de los 13 meses.

En el 2017, la proporción de niños con peso al nacer normal fue solo del 24.6%, en el 2018, de 28,6% y en el 2019 de 31,3%. Del mismo modo, la proporción de nacimientos a término en 2017 (36,8%), 2018 (92,0%) y 2019 (23,0%) es relativamente bajo. La mayoría de los infantes son prematuros y más específicamente la cantidad de prematuros extremos fue de 26,3%, 25,0% y 31,6% en el 2017, 2018 y 2019, respectivamente (TABLA N°: 1).

En el caso del orden de nacimiento, la proporción de no respuesta es muy elevada, aunque en aquellos casos en los que se tuvo respuesta, se observa que en los tres periodos la mayoría de los niños corresponden al primer nacimiento (TABLA N°: 1).

TABLA N° 3. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en la primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

Año	Anquiloglosia				Total infantes	Incidencia poblacional x1000 Nacimientos
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%		
<b>2017 (n=182)</b>	14	<b>8,2</b>	157	91,8	171	
<b>2018 (n=527)</b>	39	<b>7,8</b>	461	92,2	500	<b>2,16</b>
<b>2019 (n=1429)</b>	34	<b>4,6</b>	703	95,4	737	<b>1,70</b>

En la Tabla: 3 y Gráfico N°: 1 Se observa la proporción de infantes con frenillo lingual corto es de 8,2% en el 2017, 7,8% en el 2018 y de 4,6% en el 2019.

Dado que se disponía de la cantidad de nacimientos en los años 2018 y 2019, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se calculó la proporción de niños y niñas con frenillo lingual, obteniéndose, una tasa de incidencia de 2,16 por mil nacimientos en 2018 y de 1,70 por mil nacimientos en el 2019 (TABLA N°: 3)

Gráfico 1. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en la primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019

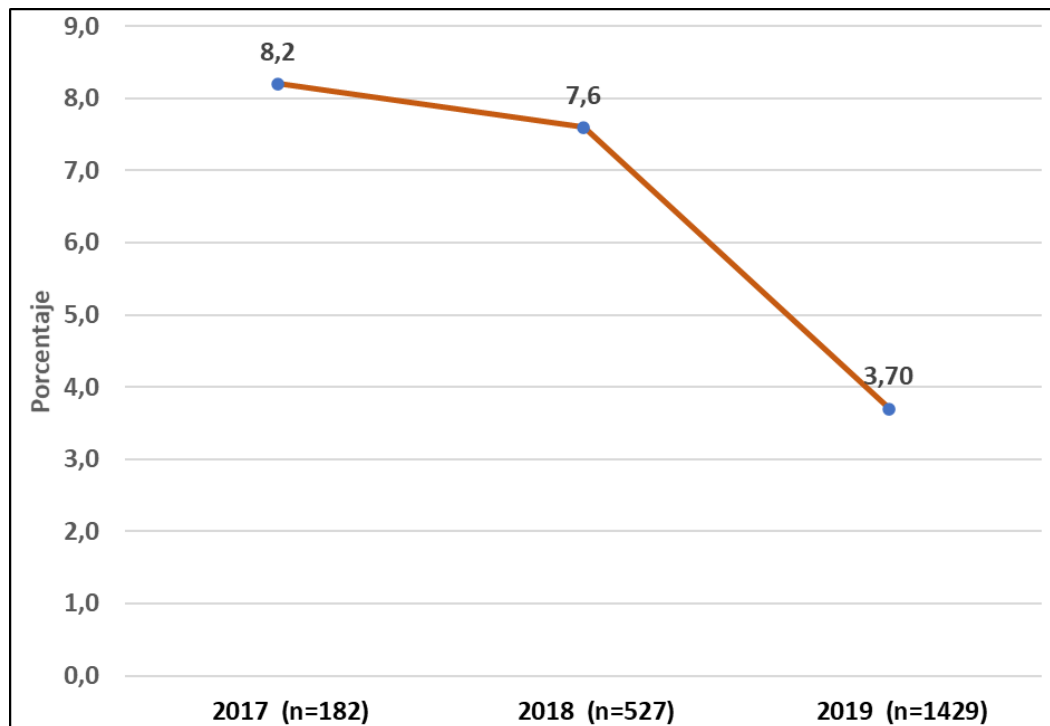


TABLA N°4. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual según sexo en la primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.

Año	Sexo	Anquiloglosia				Total de infantes
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
<b>2017</b> <b>(n=171)</b>	Masculino	5	6,5	72	93,5	77
	Femenino	8	8,6	85	91,4	93
<b>2018</b> <b>(n=500)</b>	Masculino	25	9,7	233	90,3	258
	Femenino	14	5,4	228	88,4	242
<b>2019</b> <b>(n=734)</b>	Masculino	22	5,8	357	94,2	379
	Femenino	12	3,4	346	96,6	358

En el año 2017, la prevalencia de frenillo lingual corto fue ligeramente mayor en el sexo femenino (8,6%), mientras que en los años 2018 y 2019 se observa que

la prevalencia es mayor en el sexo masculino, 9.7% en el 2018 y de 5.8% en 2019 (Tabla 4).

TABLA N° 5. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto según edad gestacional en la primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

Año	Edad gestacional	Anquiloglosia				Total de infantes
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
<b>2017</b> (n=171)	Prematuro extremo	2	3,2	61	96,8	63
	Prematuro moderado	3	5,9	48	94,1	51
	Pretermino/Prematuro leve	1	8,3	11	91,7	12
	A término/maduro	8	17,8	37	82,2	45
<b>2018</b> (n=500)	Prematuro extremo	5	4,0	120	96,0	125
	Prematuro moderado	13	7,2	167	92,8	180
	Pretermino/Prematuro leve	8	13	54	87,1	62
	A término/maduro	13	9,8	119	90,2	132
<b>2019</b> (n=734)	Prematuro extremo	5	3,0	164	97,0	169
	Prematuro moderado	10	4,1	233	94,7	246
	Pretermino/Prematuro leve	3	3,3	87	96,7	90
	A término/maduro	16	6,9	216	93,1	232

En relación con la edad gestacional de los infantes, en la tabla 5, se observa que, en los tres periodos la prevalencia de frenillo lingual corto es mayor en los infantes cuyo periodo gestacional fue a término, así, se tiene que las prevalencias fueron 17.8%, 9.8% y 6.9% en 2017, 2018 y 2019, respectivo.

TABLA N° 6. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual según peso al nacer en la primera consulta de Odontopediatria en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

Año	Peso al nacer	Anquiloglosia				Total de infantes
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
<b>2017</b> <b>(n=171)</b>	Normal	8	19,0	34	81,0	42
	Bajo peso	2	6,5	29	93,5	31
	Muy bajo peso	4	4,6	83	95,4	87
	Bajo peso extremo	--	--	11	100,0	11
<b>2018</b> <b>n=500)</b>	Normal	16	11,2	127	88,8	143
	Bajo peso	15	9,7	139	90,3	154
	Muy bajo peso	8	4,9	155	95,1	163
	Bajo peso extremo	--	--	33	100,0	33
	Microneonatos	--	--	7	100,0	7
<b>2019</b> <b>(n=734)</b>	Normal	18	7,8	212	92,2	230
	Bajo peso	9	3,5	250	96,5	259
	Muy bajo peso	5	2,9	169	97,1	174
	Bajo peso extremo	2	3,3	58	96,7	60
	Microneonatos	--	--	11	100,0	11

En el año 2017, la prevalencia de frenillo lingual corto fue de 19.0% entre los infantes que nacieron con peso normal, esta prevalencia es mayor entre los infantes nacidos con bajo peso, o muy bajo peso. En el año 2018, la prevalencia de frenillo lingual corto fue 11.2%, en infantes con peso normal y el siguiente lugar están los que nacieron con bajo peso donde se observa una prevalencia de 9.7%. Finalmente, en el año 2019, la prevalencia de frenillo lingual corto fue mayor entre los infantes con peso normal (7.8%). (Tabla 6)

TABLA N° 7. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual según su orden de nacimiento en la primera consulta de Odontopediatría en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

Año	Orden de nacimiento	Anquiloglosia				Total de infantes
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
<b>2017</b> (n=171)	Primero	10	100,0	--	--	10
	Segundo	2	100,0	--	--	2
	Tercero	1	100,0	--	--	1
	Quinto	1	100,0	--	--	1
	No registra	--	--	157	100,0	157
<b>2018</b> (n=500)	Primero	25	96,2	1	3,8	26
	Segundo	6	100,0	--	--	6
	Tercero	6	100,0	--	--	6
	Cuarto	2	100,0	--	--	2
	No registra	0	0,0	459	100	459
<b>2019</b> (n=734)	Primero	24	100,0	--	--	24
	Segundo	4	100,0	--	--	4
	Tercero	3	100,0	--	--	3
	No registra	0	0,0	703,0	100,0	703

El número de gestación que ocupa el recién nacido, solamente se registró para los niños y niñas con frenillo lingual corto y en los tres períodos se observa que la mayor frecuencia que son infantes primogénitos (Tabla 7).

TABLA N<sup>o</sup> 8. Edad de los infantes con diagnóstico de frenillo lingual en la primera consulta de Odontopediatría en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017-2019.

Año	Edad en la consulta	Anquiloglosia				Total de infantes
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
<b>2017</b> (n=171)	0 a 6 meses	7	8,8	73	91,3	80
	7 a 12 meses	3	7,0	40	93,0	43
	13 a más	4	8,3	44	91,7	48
<b>2018</b> (n=500)	0 a 6 meses	27	10,7	225	89,3	252
	7 a 12 meses	10	9,7	93	90,3	103
	13 a más	2	1,4	142	98,6	144
<b>2019</b> (n=734)	0 a 6 meses	25	7,9	292	92,1	317
	7 a 12 meses	7	4,5	150	95,5	157
	13 a más	2	0,8	255	99,2	257

En el 2017 la frecuencia de frenillo lingual corto fue de 8.8% en infantes de 0 a 6 meses, el en año 2018 se observa una frecuencia de Anquiloglosia de 10.7%. Finalmente, en 2019 se observa una frecuencia de frenillo lingual corto de 7.9% en niños de 0 a 6 meses. En relación con la edad en que se realizó la consulta odontopediátrica, en la tabla 8 se observa, que, los infantes con frenillo lingual corto, la consulta odontopediátrica se realizó antes de los 7 meses. (Tabla 7)

TABLA 9. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto que recibieron frenectomía en la primera consulta de Odontopediatría en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

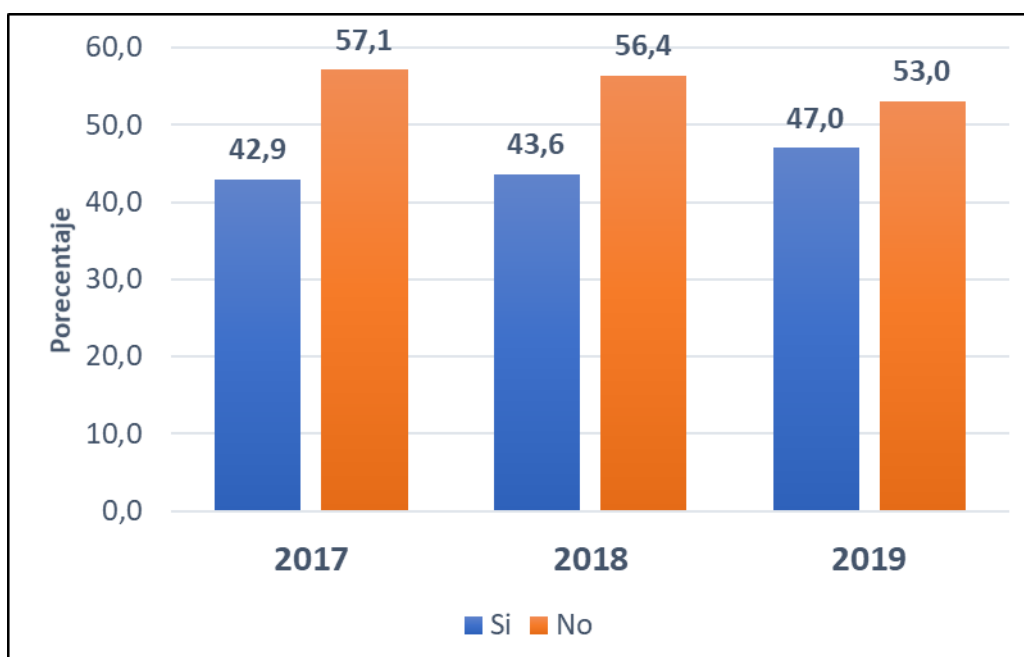
En los tres periodos se observa que menos del 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado una frenectomía, Así, se observa que, en el año



2017, 42.9% de los infantes diagnosticados con frenillo lingual corto han recibido una Frenectomía, en 2018, recibieron una frenectomía el 43,6%, Finalmente, en 2019, recibieron una frenectomía el 47%.

Año	Frenectomía				Total
	Si		No		
	n	%	n	%	
2017	6	42,9	8	57,1	14
2018	17	43,6	22	56,4	39
2019	16,0	47,0	18,0	53,0	34

Gráficos 2. Infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto que recibieron frenectomía, en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el período 2017- 2019.



Con relación a los diagnósticos realizados en la consulta Odontopediátrica se observa que, aproximadamente el 50% de las consultas son para atención de niño sano. En 2017, se observa que 8.2% de las consultas estaban relacionadas con alteraciones de la erupción dentaria y 8.2% tenían relación con las lesiones no cariosas de la estructura dentaria, los demás se presentan en menor proporción (Tabla 10). En 2018, se observa que 14.4% de las consultas están referidos a alteraciones de forma y tamaño de los dientes, 7.8% se refieren alteraciones de tejidos blandos. (Tabla 10)

Tabla 10. Infantes según diagnóstico en la consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el período 2017- 2019.

Diagnóstico	Consultas					
	2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%
Consulta de atención de lactante sano	92	50,5	299	56,7	693	48,5
Alteraciones de los tejidos blandos	14	7,7	41	7,8	52	3,6
Lesiones no cariosas de la estructura dentaria	15	8,2	2	0,4	--	--
Alteraciones de erupción dentaria	17	9,3	22	4,2	195	13,6
Lesiones cariosas	5	2,7	23	4,4	95	6,6
Alteraciones en la oclusión	4	2,2	--	--	--	--
Alteraciones de forma y tamaño de losl dientes	10	5,5	76	14,4	203	14,2
Lesiones de lengua y mucosa oral	6	3,3	8	1,5	9	0,6
Fisura de paladar y labio	12	6,6	34	6,5	70	4,9
Lesiones de encia gingival	4	2,2	14	2,7	--	--
Fractura de estructura dentaria	3	1,6	7	1,3	12	0,8
Bruxismo	--	--	1	0,2	--	--
Alteraciones de encia gingival	--	--	--	--	27	1,9
Enfermedad periodontal	--	--	--	--	3	0,2
Alteraciones de los maxilares	--	--	--	--	70	4,9

En 2019, se tiene que 14.2% de las consultas están relacionadas alteraciones de forma y tamaño de los dientes, 13.6% se refieren a alteraciones de erupción dentaria (Tabla 10). Según el procedimiento realizado, se observa que en más del 80% no se realizó un procedimiento (consulta de control). En 2017, en 3.3% de las consultas se realizó una frenectomía, este procedimiento se realizó en 3.4% consultas y en 2019 se realizó este procedimiento en 1.7% de las consultas (Tabla 11).

Tabla 11. Infantes según procedimiento realizado en la consulta Odontopediátrica. Instituto Nacional Materno Perinatal 2017- 2019.

Procedimiento realizado	Consultas					
	2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%
Consulta de control	169	92,9	482	91,6	1142	80,0
Fluor, Barniz	7	3,8	17	3,2	160	11,2
Frenectomia	6	3,3	18	3,4	24	1,7
Plano inclinado	--	--	1	0,2	1	0,1
Exodoncia	--	--	3	0,6	3	0,2
FDP	--	--	3	0,6	29	2,0
Resina/sellantes	--	--	1	0,2	31	2,2
Ajuste oclusal	--	--	1	0,2	1	0,1
CX atresia intes.	--	--	--	--	1	0,1
EFP/FB	--	--	--	--	7	0,5
RX	--	--	--	--	8	0,6
No indica	--	--	1	0,2	22	1,5

## 4.2 DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados podemos establecer que los recién nacidos evaluados en la primera consulta odontopediátrica con diagnóstico de frenillo lingual corto en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante en el período 2017-2019 fue de 20.6 %. Asimismo, encontramos que el 8.2% (2017), 7.8% (2018) y 4.6% (2019).

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Tamayo (2018) (6) quien describe en su tesis “la presencia de la Anquiloglosia en un periodo de tres años, el estudio fue realizado en niños menores de tres meses de edad atendidos en la clínica Estomatológica Manuel Angulo Ferra de Holguín Cuba. La muestra se constituyó por 1095 niños examinados en las consultas genéticas”. El resultado muestra que la Anquiloglosia representa el 77,97%de todas las afecciones detectadas.

En cuanto a la prevalencia de los recién nacidos con frenillo lingual corto según la variable sexo se obtuvo que la proporción de niños es el 7.1% en el año 2017 , ligeramente menor que las niñas con el 9.6% mientras que en los años 2018 obtuvimos una prevalencia mayor en el sexo masculino con el 9.6% asimismo en el año 2019 una prevalencia de 4.1% en el sexo masculino .Concluyendo que la prevalencia es mayormente es el sexo masculino en nuestra investigación , esta prevalencia difiere de la encontrada con otras investigaciones como de las autora Tamayo (2018)(6)que obtuvo una prevalencia en el sexo femenino con el 4.2%.

En relación con la edad gestacional de los infantes en el 2017 se obtuvo mayor frecuencia de frenillo lingual corto en los nacimientos prematuros moderados con el (5.6%) y en el pre terminó o prematuro leve con (6.7%).En el 2018 mayor frecuencia se dio en los prematuros leves con el 12.3% y en el segundo lugar los nacimientos a

término con el 9.8%. En el año 2019 la frecuencia de frenillo lingual corto esta alrededor del 3% para todas las edades gestacionales como prematuro extremo, prematuro moderado, pre terminó o prematuro leve y con excepción a los nacimientos a término con una proporción de 4.8% se concluye que esta alteración de frenillo lingual corto puede estar presente en todas las edades gestacionales durante su nacimiento. En la bibliografía revisada no se encontró relación específica con la edad gestacional del nacimiento, sólo en la investigación de Eliana Boyle et al (26) refiere que la mayor contribución a la carga de enfermedad a los 3 y 5 años provino de los niños nacidos pretérmino tardío/moderado o a término temprano. Las fracciones de población que sufrieron al menos 3 internamientos hospitalarias entre los 9 meses y los 5 años fueron 5,7% de los nacidos en las semanas 32-36 y 7,2% de los nacidos en las semanas 37-38, comparado con el 3,8% del grupo de niños nacidos muy prematuramente (<32 semanas). Similarmente, el 2,7%, el 5,4% y el 5,4% de las enfermedades de larga data o limitantes a los 5 años fueron atribuidos al nacimiento pretérmino moderado, pretérmino tardío y, al nacimiento a término temprano, respectivamente”.

En relación con el peso de los recién nacidos con frenillo lingual corto se obtuvo que el año 2017 el 20% de nacimientos con peso normal (mayor de 2500gr), en el año 2018 el 11% de niños con frenillo lingual nacieron con un peso normal y el 9.4% con frenillo lingual presenta bajo peso .En el año 2019 el 5,4% de los recién nacidos con frenillo lingual nacieron con peso normal .Los recién nacidos con bajo peso la presencia de bajo peso dificulta la ganancia de peso , la alimentación durante la lactancia exclusiva , esto puede ser perjudicial para su condición de nacimiento. Este estudio concuerda con Fretelly y Gonzales (2015) (13) en el cual concluye que los bebés de 1 a 6 meses presentan frenillos alterado con un porcentaje de 10% el cual

provoca una ineficaz alimentación durante la lactancia materna exclusiva, provocando la pérdida de peso durante la presencia de frenillo lingual alterado. Con respecto a la variable orden de nacimiento de los recién nacidos con frenillo lingual corto se puede decir que en el año 2017 ,2018 y 2019 más del 60% de los niños y niñas son primogénitas de cada familia. En la bibliografía revisada no se encontró relación específica solo Chiroque (2019) (34) refiere “que no existe asociación entre el conocimiento en salud bucal de las madres con las patologías orales de los recién nacidos.

En relación con la edad que se realizó la consulta Odontopediátrica en el 2017 el 53.3% de los niños y niñas con frenillo lingual corto fueron llevados a consulta cuando tenían entre 0 a 6 meses. En los años 2018 y 2019 más del 70%de niños y niñas fueron llevados antes de los 7 meses, en nuestros hallazgos encontrados podemos asociar con Abanto Jenny2008 (24) donde refiere que la frenectomía es un procedimiento simple que puede ser realizado en el consultorio al inicio de la consulta. En niños mayores de 4 meses, la anestesia es usualmente requerida por causa de la resistencia y sensibilidad del infante. Sin embargo, antes de esta edad el procedimiento puede ser realizado sin anestesia con una mínima incomodidad para el bebé. Asimismo, el autor Redondo J. et col (2016) (22) refiere que el tratamiento definitivo de la Anquiloglosia pasa por la intervención quirúrgica. Sin embargo, aún no existe acuerdo entre los especialistas para decidir cuándo es el momento óptimo para llevar a cabo la frenectomía”. Al realizar la intervención durante el periodo de lactancia tiene la ventaja de no requerir anestesia. Sin embargo, “varios autores hacen alusión a una posible elongación de la lengua a medida que aumenta su uso y, por tanto, prefieren posponer la cirugía hasta los 4 años de edad. En relación con el estudio de la autora Fretelly y

Gonzales (1015) (13) describe que 10% de recién nacidos con frenillo lingual corto presentan alteraciones en la alimentación, y las funciones como succión, deglución y respiración.

Con respecto a los recién nacidos con frenillo lingual corto que recibieron tratamiento de frenectomía que pasaron por consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2017 solo el 40%(6) de los niños y niñas recibieron tratamiento de frenectomía, los años 2018 y 2019 se realizó frenectomía al 40% y 45.3%respectivamente el estudio concuerda con el estudio de la autora Orte (2017) (8) menciona que el tratamiento de frenectomía es el más valorado ante la Anquiloglosia en su estudio evidencia científica disponible sobre las posibles alteraciones en la lactancia materna que pueden ser provocadas por la Anquiloglosia, así como su diagnóstico y posible tratamiento; se puede inferir que el diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico por parte del profesional especialista como un Odontopediatra, Cirujano Dentista puede impedir futuras consecuencia en la función de la lengua .Estos resultados guardan relación con la autora Cuenca (2016) (12)describe en su estudio de prevalencia del frenillo lingual en niños de 0 a 2 años en una población de 100 niños concluye que la prevalencia de la Anquiloglosia es baja fue de 8% determinando que no se está realizando una correcta inspección de la cavidad oral por parte del personal médico ya que ninguno de los niños que fueron diagnósticos con Anquiloglosia fueron tratados y los padres no tenían conocimiento de lo que padecían sus niños.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



## 5.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en el periodo 2017-2019 fue un total de 20.6 %de infantes; con una prevalencia encontrado de 8.2% (2017), 7.8% (2018) y 4.6% (2019).
- La incidencia del frenillo lingual cortó en niños y niñas es de 2,16 por mil nacimientos en el 2018 y de 1.70 por mil nacimientos en el 2019.
- Se presentó con mayor prevalencia el frenillo lingual corto en infantes con sexo masculino en los años 2018, 2019 y con un porcentaje inferior de prevalencia en el sexo femenino en el 2017.
- Se concluye que en los tres periodos la prevalencia de frenillo lingual corto es mayor en los infantes cuyo periodo gestacional fue a término.
- La presencia del frenillo lingual corto se presentó mayormente en infantes con mayor porcentaje de prevalencia con un peso normal ( $\geq 2500$  gr) en los tres periodos estudiados 2017- 2019 y el segundo lugar en menor porcentaje fueron los infantes con peso bajo ( $\leq 2500$  gr).
- La presencia del frenillo lingual corto se presenta con mayor prevalencia de infantes primogénitos.
- Los infantes que pasaron consulta Odontopediátrica y fueron diagnosticados con frenillo lingual corto fueron de edades entre 0 a 7 meses.
- En los tres periodos 2017, 2018, 2019 estudiados se obtuvo el 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado frenectomía.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar el examen clínico estomatológico en recién nacidos como parte de un triaje o de un control de niño sano en salud bucal por parte de los profesionales como Cirujanos Dentistas, Odontopediatras.
- Se recomienda realizar investigaciones sobre el grado de conocimiento ante alteraciones del frenillo lingual corto “Anquiloglosia” en padres de familia con hijos primogénitos.
- Se sugiere realizar investigaciones con mayor población, en casos y controles para poder identificar las alteraciones futuras en caso de no realizarse la frenectomía en los primeros meses de vida.
- Se recomienda realizar un estudio sobre pacientes prematuros con diagnóstico de frenillo lingual corto.
- Se recomienda realizar estudio sobre a qué edad es más favorable realizar la cirugía de frenectomía

## REFERENCIAS

1. Martinelli R, Marchesan I, Gusmao R, Berretin F. Test de la Lengüita para Lactar, hablar, vivir mejor .Pulso editorial .Brasil, 2014.Disponible en: <http://cmolinternacional.com/wp-ESPA%C3%91OL.pdf>
2. OMS | Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante [Internet]. [Cited 2019 Dec 19]. Available from: [https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommmendation/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommmendation/es/)
3. Salvador, C. Guerrero. Impacto de la Anquiloglosia y Frenectomía Lingual en la alimentación Neonatal 2013. Perinatología Reproducción Humana.2013;28(3):154-158.
4. Podestá M. (2012) Odontología para bebés: fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Lima: Ripano.
5. P. Di Nasso, G Carces. Estudio Descriptivo sobre Nivel de Conocimientos Odontológicos de Padres de Niños con Discapacidad y el estado de Salud Bucal de los Niños;2012; Clínica del Paciente Discapacitado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.Vol.24;1:1-9
6. Tamayo Y, Peres MC, Grave M, Peña M, Herrera G. La Anquiloglosia en los niños menores de tres meses. Correo Científico Médico .2018;(3)
7. Benites R. Prevalencia de Anquiloglosia en niños en edad de 6 a 10 años de la Institución Educativa “Túpac Amaru II De Florencia de Mora” Julio-Octubre 2017. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica.

- 8.** Orte E. Alba L. Serrano B. La Anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.*2017; 18(3): e50-e57.
- 9.** Fernández C. Prevalencia de la Anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito-Puno, 2016. [Tesis]. Universidad Nacional del Antiplano. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Odontología.
- 10.** Gonzales M. Caracterización Anatómica del Frenillo Lingual en recién nacidos y su relación con la lactancia materna. [Tesis]. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología; 2016.
- 11.** Tuny C. Anquiloglosia en niños de 6 a 12 años de las instituciones Educativas primarias 70024 Laykakota y 70002 Taquile puno 2016. [Tesis]. Universidad Nacional del Antiplano. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Odontología.
- 12.** Cuenca Prevalencia de frenillo lingual corto en niños de 0 a 2 años en el centro infantil del buen vivir Distrito centro Sur Zona 8 de la Ciudad de Guayaquil. [Tesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología 2016.
- 13.** Fretelly C. Gonzales Características de lactancia materna en bebés de 1 a 6 meses con frenillo lingual alterado del Hospital Rosalía de Lavalle de Morales Macedo. [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015
- 14.** Martinelli R. Quirós L. Giedre F. Estudio Longitudinal de las características anatómicas del frenillo lingual y comparación de la literatura. *Rev. Cefac.Brasil.*2014:16211

- 15.** Jiménez G. Costa R. Gonzales M. Rodríguez P y Lobete P. Prevalencia de Anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.2013.
- 16.** Angulo M. Teja E. Gutiérrez D. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr.Mexico.2013; 34:196-204.
- 17.** Espinoza C. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 6 meses del Centro de Salud Medalla Milagrosa-San Juan de Lurigancho. Lima- Perú. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Universidad del Perú. Decana de América .Facultad de Odontología 2019.
- 18.** Gay C. BeriniL. Tratado de Cirugía bucal. Ergon 1ra ED. Madrid.2004.
- 19.** Gregorio C, Motta Cirugía en Odontopediatría. En: Guedes Pinto AC. Odontopediatría. 7ª ED. Sao Paulo. 2003.
- 20.** Morales Investigación de la prevalencia de Anquiloglosia parcial y total y su tratamiento en niños de 5 a 10 años atendidos en la facultad de odontología de la Guatemala del año 2010 al año 2013.[tesis].San Carlos: Universidad de San Carlos de Guatemala;2016.Disponible en : <http://www.repositorio.usac.edu.gt/5437/1/T2658.pdf>
- 21.** Fournier C. Tsuda M. Registro electromiográfico de la deglución en niños de 6 a 8 años con frenillo lingual normal y alterado. [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014.Disponible en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5770>
- 22.** Redondo J. Carrillo M. Delgado D. Alba C. Marti E. Gómez A. (2016). Anquiloglosia neonatal ¿Existe un exceso de indicación intervencionista?. Acta Pediatr Esp.2016;

74(2):45-49. Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/images/pdf/Volumen-74---Numero-2---Febrero-2016.pdf#page=7>.

**23.** Chale L. (2012) Frenillo lingual corto y sus complicaciones en el medio bucal. [Tesina]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología 2012.

**24.** Abanto et al. Anquiloglosia: ¿Cuándo intervenir? Revisión y reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana. 2009; 47, (3)

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art-18/>

**25.** Inmaculada D. Protocolo de Manejo de la Anquiloglosia. Servicio de Pediatría. Departamento de salud Alicante. Hospital General. 2017.

**26.** Podestá M. (2012) Odontología para bebés: fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Lima: Ripano.

**27.** Boyle E. et al. Efectos de la edad gestacional sobre la salud infantil. <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=75162>

**28.** Del Toro RM, Fernández AS, González RG, et al. Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. Rev. Cuba Enf. 2016; 32(1).

<https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=75162>

**29.** M. Menéndez Granda et al. Herramientas de Evaluación de la Anquiloglosia según Anatomía y Funcionalidad de la Lengua. Revista Médica. 2020; ISSN 2603-8358

<https://revistamedica.com/herramientas-evaluacion-anquiloglosia-anatomia-funcionalidad-lengua/>

**30.** P. Di Nasso. G Carces. Estudio Descriptivo sobre Nivel de Conocimientos Odontológicos de Padres de Niños con Discapacidad y el estado de Salud Bucal de los Niños;2012;Clínica del Paciente Discapacitado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.Vol.24;1:1-9

[https://fci.uib.es/digitalAssets/177/177928\\_5.pdf](https://fci.uib.es/digitalAssets/177/177928_5.pdf)

**31.** N. Gómez et al. Trastornos del Habla Asociados. Odonto Pediatría.2014:3(10)

[https://www.researchgate.net/publication/335028231\\_Trastornos\\_del\\_habla\\_asociados\\_a\\_frenillo\\_lingual\\_corto](https://www.researchgate.net/publication/335028231_Trastornos_del_habla_asociados_a_frenillo_lingual_corto)

**32.** Salvador, C. Guerrero. Impacto de la Anquiloglosia y Frenectomía Lingual en la alimentación Neonatal 2013. Perinatología Reproducción Humana.2013:28(3):154-58

<http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n3/v28n3a6.pdf>

**33.** C .Calderón. Causas, Consecuencias y Tratamiento Quirúrgico de Anquiloglosia en Pacientes Adultos de Ambos Sexos. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.2018.

**34.** S. Chiroque. Asociación entre el conocimiento en salud bucal de las madres con las patologías orales en los recién nacidos de la Micro Red Pucacaca. [Tesis]. Tarapoto -Perú. Universidad Cesar Vallejo.

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/29396/1/2501CALDERONcindy.pdf>

**35.** Romero C. Frenectomía: Abordaje transdisciplinario. Revista Científica Odontológica.2017: 721-732.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.21142%2F2513-2754-0502-2017-720-732>

**36.** D. Lamas Gravina, Fernández da Costa, M, Rodríguez Moreira, M., & Franco Miranda; Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia 2016 - Reporte de un caso. Obtenido de Revista de Odontopediatría Latinoamericana- Asociación Latinoamericana de Odontopediatría: 2016:6(1)

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/1/-6/>

**37.** Sociedad Peruana de Bioestadística e Investigación en Salud. Disponible en:

<http://bioestadistico.com>

**38.** Cuestas G., Demarchi V., Martínez M., Razetti J., Boccio., C. Tratamiento Quirúrgico del Frenillo Lingual Corto en niños. Archa. Argent. Pediatr. 2014:11(6)

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n6a22.pdf>



## ANEXOS

### ANEXO N°:1 SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Lima, 09 de Octubre del 2019

**Solicito: Carta de Presentación para  
Recolectar datos (tesis de pregrado)**

Dra.Esp.

Brenda Vergara Pinto  
DIRECTORA  
E.A.P de Odontología  
Universidad Norbert Wiener

Presente.-


De mi mayor consideración:

Yo, Keyssy Geovanni Cerna Corcuera Bachiller de la Escuela Académica Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2013100107, solicito una Carta de Presentación dirigido a DIRECTOR GENERAL , ENRIQUE GUEVARRA RIOS , DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL para acceder a la respectiva institución y recolectar datos de mi proyecto de tesis para obtener el título de Cirujano Dentista "EVALUACIÓN DEL FRENILLO LINGUAL CORTO UTILIZANDO EL "TEST DE LA LENGUITA" EN RECIEN NACIDOS DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL PERINATAL DE LIMA 2019-2020" cuyo objetivo general es IDENTIFICAR EL FRÉNILLO LINGUAL CORTO EN RECIÉN NACIDOS UTILIZANDO EL "TEST DE LA LENGÜITA" EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2019-2020.

El asesor de la respectiva investigación es la Mg, CD, Esp. Salcedo Rioja, Mercedes

Adjunto: Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua con Puntuación para Bebés.

Atentamente,

  
Keyssy Geovanni Cerna Corcuera  
Bachiller de la E.A.P. de Odontología  
Universidad Norbert Wiener



Página 63 de 78

## ANEXO N° 2 CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad  
Norbert Wiener

Lima, 15 de octubre del 2019

CARTA N° 737-10-029-2019-DFCS-UPNW

Sr:  
*ENRIQUE GUEVARA RÍOS*  
Director General del Instituto Nacional Materno Perinatal  
Jr. Santa Rosa N° 941 - Cercado de Lima

Presente. -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la señorita **KEYSSY GEOVANNI CERNA CORCUERA** con DNI N° 46757238 código a2013100107, Bachiller de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener **EAP de ODONTOLOGIA**, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de investigación titulado "EVALUACIÓN DEL FRENILLO LINGUAL CORTO UTILIZANDO EL "TEST DE LA LENGÜITA" EN RECIÉN NACIDOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2019-2020". Por lo que le agradeceríamos su gentil atención al presente.


Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



*Enrique León Soria*  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

**ANEXO N° 3 FICHA DE HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA**



### FICHA ODONTO – ESTOMATOLÓGICA ODONTOPEDIATRICA

EBP   
  FISURADO   
  PROGRAMA.....   
  SINDROMICO.....

FECHA.../.../.....   
 EDAD.....   
 PN.....   
 HISTORIA CLINICA.....

**1. FILIACION**

Apellidos y nombres del paciente:.....

Fecha de nacimiento...../...../.....   
 Sexo .....   
 Procedencia: (DISTRITO) .....(.....)

Teléfono .....   
 Orden que ocupa en número de hijo.....

Informante.....   
 Relación con el paciente.....

Grado de Instrucción de la madre PRIMARIA C I   
 SECUNDARIA C I   
 SUPERIOR C I

Grado de Instrucción del padre PRIMARIA C I   
 SECUNDARIA C I   
 SUPERIOR C I

Estado civil   
 soltero    
 conviviente    
 casado    
 viudo    
 divorciado

**2. MOTIVO DE CONSULTA INICIAL:**

a.- Orientación    
 b.- Dolor    
 c.- Otros  .....

.....

PEDIATRIA    
 LACTANCIA    
 INTERMEDIOS

Recibe terapia de REHABILITACIÓN  Sí  No tiempo .....

**3. EVALUACION GENERAL**

Edad gestacional.....semanas   
 motivo EG menor a 36 semanas .....

Intercurrencias durante la gestación DIABETES    
 SIND. HTA    
 ITU    
 GASTROSQUISIS

Anomalías congénitas  Sí  No especifique.....

Tiempo de hospitalización .....Permaneció en UCI  Sí  No tiempo .....

intubación  Sí  No tiempo ..... Sonda oro gástrica  Sí  No tiempo .....

Alergias  Sí  No especifique .....

Enfermedades de la infancia.....

Lactancia materna inicio.....   
 Exclusiva    
 mixta    
 artificial

Derrame durante la lactancia ausente    
 presente

RECIBIO CONSEJERIA DE LACTANCIA  Sí  No CUANTAS VECES.....

En la actualidad tipo de alimentación LACTANCIA    
 ABLACTANCIA    
 ALIMENTACION FAMILIAR

**4. EVALUACION BUCAL**

competencia labial   
 ausente    
 presente

labios:   
 superior A.N    
 Hipotónico    
 Hipertónico

          Inferior A.N    
 Hipotónico    
 Hipertónico

renillo Labial Superior:   
 Fijación Alta    
 Fijación Media    
 Fijación Baja

Consistencia: Mucoso    
 Fibroso

### ANEXO N° 3

Frenillo lingual: Fijación tercio medio  Fijación tercio medio y ápice  Fijación en el ápice

PALADAR OJIVAL   PALADAR FISURADO

EVALUACIÓN DE LA MOTRICIDAD OROFACIAL/ TEST DE LA LENGUITA valor .....

Encía: paciente edéntulo (no aplicable)  Papilar / Marginal /  
Adherida:.....

ERUPCIÓN DENTARIA DECIDUA Mes de Erupción Del Primer Diente.....  
Diente.....

**ODONTOGRAMA**  
DEFECTO DE DESARROLLO DEL ESMALTE HIPOPLASIA H  
OPACIDAD DIFUSA F OPACIDAD DEMARCADA M

.....

.....					.....					.....					.....														
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

.....

ANOMALÍAS DENTARIAS:   .....

HIGIENE ORAL BUENA  REGULAR  DEFICIENTE  AUSENTE

5. DIAGNOSTICO

.....

.....

# ANEXO N°3

## TEST DE LA LENGUITA

HISTORIA CLINICA.....

NOMBRE Y APELLIDOS: ..... EDAD: .....

GÉNERO: M ( ) F ( ) FN: / /

SEM GESTACIONAL ..... TELÉFONOS: .....

Antecedentes familiares (Investigar si existen casos en la familia con alteración del frenillo de la lengua)  
 ( ) No (0) / ( ) Si (1) ¿Quién y qué dificultad presenta?.....

Problemas de salud: ( ) No ( ) Si ¿Cuáles?.....

**LACTANCIA MATERNA:**

¿Cuál es el tiempo entre tomas? ( ) 2h o más (0) ( ) 1h o menos (2)

¿Presenta cansancio al lactar? ( ) No (0) ( ) Si (1)


¿Lacta un poco y se duerme? ( ) No (0) ( ) Si (1)

¿Va soltando el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (1)


¿Muerde el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (2)

**1. Postura habitual de los labios**  
 ( ) Labios cerrados (0) ( ) Labios entreabiertos (1) ( ) Labios abiertos (1)


**2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto**




( ) Lengua en la línea media (0)



( ) Lengua elevada (0)




( ) Lengua en la línea media  
con Elevación de los laterales (2)




Lengua baja (2)


**3. Forma de la punta de la lengua cuando se eleva durante el llanto**



( ) Redondeada (0)

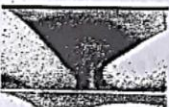


( ) Ligera fisura en ápice (2)




( ) Forma de corazón (3)

**4.1 Espesor del frenillo**



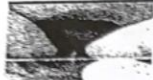
( ) Delgado (0)



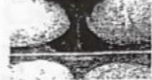
( ) Grueso (2)

## ANEXO Nº3

### 4.2 Fijación del frenillo en la cara sublingual (ventral) de la lengua



En el tercio medio (0)



Entre el tercio medio y el ápice (2)



En el ápice (3)

### 4.3 Fijación del frenillo en el piso de la boca



Visible a partir de las carúnculas sublinguales (0)



Visible a partir de la cresta alveolar inferior (1)

### 1. Succión no nutritiva (succión del dedo meñique con guante)

#### 1.1. Movimiento de la lengua

adecuado: protrusión lingual, movimientos coordinados y succión eficiente (0)

inadecuado: protrusión lingual limitada, incoordinación de movimientos y demora para iniciar la succión (1)

### 2. Succión nutritiva durante el amamantamiento (próxima a la hora de lactar, observar al bebé lactando durante 5 minutos)

#### 2.1. Ritmo de succión (observar grupos de succión y pausas)

varias succiones seguidas con pausas cortas (0)

pocas succiones con pausas largas (1)

#### 2.2. Coordinación entre succión/deglución/respiración

adecuada (0) (acuerdo entre la eficiencia alimenticia y las funciones de succión, deglución y respiración, sin señales de estrés)

inadecuada (1) (tos, náuseas, disnea, regurgitación, hipo, ruidos durante la deglución)

#### 2.3. "Muerde" el pezón

No (0)

Si (1)

#### 2.4. Chasquidos durante la succión

No (0)

Si (1)

### OBSERVACIONES

.....  
.....  
.....

# ANEXO N° 4

## DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIAITRÍA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS AL BEBE DE ALTO RIESGO EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA (Ley general de Salud, N°26842)

Paciente:.....Servicio:.....

Incubadora/cuna:.....

Yo Don/Doña:.....de.....años de edad, identificado con  
DNI N° ....., en mi calidad de padre/madre/abuelo/abuela del recién nacido  
/lactante.....y en pleno uso de mis facultades mentales, en cumplimiento de la  
ley N° 26842 Ley general de salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en  
forma respetuosa y con claridad, por el Dr.: ..... el  
procedimiento y/o tratamiento especializado que mi menor hijo (a) requiere los cuales se  
detallan a

continuación:.....

Luego de haber escuchado las explicaciones que me ha brindado el odontólogo con respecto a mi  
hijo(a)/nieto(a), me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarar todas las dudas y  
preguntas que le he planteado, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación  
por parte de él, ni por ningún otro personal de salud y luego de haber leído detenidamente el  
documento de autorización que se me alcanzado. Doy mi consentimiento en forma libre y  
voluntaria para la realización del PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO ESPECIALIZADO:  
..... Que va a realizar el  
Dr.....a mi niño(a).

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo  
revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha(o) con la información recibida y que comprendo el  
alcance del tratamiento.

En tal sentido firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales.

Lima.....de.....del.....



FIRMA DEL PARIENTE

Huella digital

FIRMA Y SELLO DEL ODCNTOLOGO INFORMANTE

## ANEXO N°5

### CARTA DE EVALUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada  
Instituto Nacional Materno Perinatal



F-08

**COMITÉ DE EVALUACIÓN METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

**INFORME N° 074-2019-CEMI/INMP**

N° DE EXPEDIENTE 19-23569-1 FECHA 05/12/2019

1. Título del Protocolo "Evaluación del frenillo lingual corto utilizando el "Test de la Lengüita" en recién nacidos del Instituto Materno Infantil Perinatal de Lima 2019 - 2020".

2. Autor (es) KEYSSY GEOVANNI CERNA CORCUERA

**Resumen de Evaluación.** Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	✓	
Descripción del Problema.	✓	
Formulación del Problema.	✓	
Justificación.	✓	
Antecedentes de la investigación.	✓	
Bases teóricas.	✓	
Definiciones conceptuales.	✓	
Objetivos.	✓	
Hipótesis.	✓	
Tipo de Estudio.	✓	
Diseño Muestral	✓	
Definición y Operacionalización de variables.	✓	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	✓	
Plan de Recolección de datos.	✓	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	✓	
Presupuesto.	✓	
Cronograma de Actividades.	✓	
Referencias bibliográficas	✓	
Anexos	✓	

APROBACION: SI ( ✓ ) NO ( )

**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada  


---

**PRESIDENTE**  
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de la Investigación  
 Presidente del comité  
 Metodológico

**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada  


---

**SECRETARIO**  
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de la Investigación  
 Evaluador  
 Metodológico



## ANEXO N°6

# CARTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA



Instituto Nacional Materno Perinatal

F-09

Comité de Ética

*Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267  
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.*

### INFORME N° 093-2019-CIEI/INMP

Exp. N° 19-23569-1

Título del Proyecto	"Evaluación del frenillo lingual corto utilizando el "Test de la Lengüita" en recién nacidos del Instituto Materno Infantil Perinatal de Lima en el periodo 2017 - 2019".
Investigador Principal	<b>KEYSSY GEOVANNI CERNA CORCUERA</b> Universidad Norbert Wiener
Financiamiento	Propio
Tipo de Estudio	Observacional, descriptivo, retrospectivo
Apreciación	Determinar la frecuencia del frenillo lingual corto en recién nacidos utilizando parámetros anatómicos del "tes de la lengüita" en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el periodo 2017 - 2019.
Calificación	Aprobado. Tendrá vigencia hasta el 08 de diciembre del 2020. Los trámites para la renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 09 de diciembre del 2019

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
Oficina Ejecutiva de Atención a la Investigación y Docencia Especializada

**PRESIDENTE**  
Comité de Ética de Investigación

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
Oficina Ejecutiva de Atención a la Investigación y Docencia Especializada

**SECRETARIO**  
Comité de Ética de Investigación

# ANEXO N°7 (CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL REGISTRO DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN)



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional Materno Perinatal

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"

H.T. 19-23569-1

Lima, 18 de diciembre del 2019

**CARTA N°268-2019-DG-N° 116-OEAIDE/INMP**

**Alumna:**  
**KEYSSY GEOVANNI CERNA CORCUERA**  
**Investigadora Principal**  
**Universidad Norbert Wiener**  
**Presente.-**

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación  
Observacional, descriptivo, retrospectivo

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "EVALUACIÓN DEL FRENILLO LINGUAL CORTO UTILIZANDO EL "TEST DE LA LENGÜITA" EN RECIÉN NACIDOS DEL INSTITUTO NACIONAL INFANTIL PERINATAL DE LIMA EN EL PERIODO 2017 - 2019", cuyo tipo de estudio es Observacional, descriptivo y retrospectivo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 08 de DICIEMBRE del 2020.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad del investigador principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional Materno Perinatal

*M.C. Enrique Guerrero Ríos*  
C.M.P. N° 19758 - R.N.E. N° 8748  
DIRECTOR DE INSTITUTO



**C. CARRANZA**

J. Jauregui  
c.c.  
• DEOG  
• DEN

• DEEMSC  
• OEAIDE

• UFI  
• Archivo

Jr. Santa Rosa N°941  
Cercado de Lima, Lima 1, Perú  
(511) 328 0998  
www.inmp.gob.pe

EL PERÚ PRIMERO

**ANEXO Nº 8 (IMÁGENES FOTOGRAFÍAS DURANTE LA RECOLECCIÓN DE LAS  
VARIABLES DE ESTUDIO)**



Dra. Pili Enit Berrios Fernández  
coordinadora del servicio de  
Odontopediatría







**MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA INFORME FINAL DE TESIS**

**TÍTULO: “PREVALENCIA DEL FRENILLO LINGUAL CORTO EN RECIEN NACIDOS EN SU PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA EN EL INSTITUTO MATERNOPERINATAL DE LIMA EN EL PERIODO 2017-2019”**

<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
¿Cuál es la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Materno Perinatal de Lima en el periodo 2017-2019?	<p>Determinar la prevalencia del frenillo lingual corto en recién nacidos en su primera consulta Odontopediátrica en el Instituto Materno Perinatal de Lima en el periodo 2017 -2019.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p> <p><b>1.</b> Identificar los recién nacidos con frenillo lingual corto según sexo que pasaron consulta Odontopediátrica en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p><b>2.</b> Identificar la edad gestacional de los recién nacidos con frenillo corto que pasaron consulta</p>	No Presenta	<p>Este es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal.</p> <p><b>Observacional:</b> Se recopiló la información mediante la observación, sin tener la necesidad de ejercer ninguna intervención del investigador en las variables de estudio.</p> <p><b>Descriptivo:</b> Se describió los valores obtenidos de las variables estudiadas.</p> <p><b>Retrospectivo:</b> Porque la recolección de los datos que se presenta en este estudio se encontró presente desde antes del inicio del estudio.</p>	<p>1. la prevalencia de infantes con frenillo lingual corto es de 20.6% y en cada periodo fue de 8,2% en el 2017, 7,8% en el 2018 y de 4,6% en el 2019. <b>(TABLA 3)</b></p> <p>2. En 2017, la prevalencia de frenillo lingual corto fue ligeramente mayor en el sexo femenino (8,6%), mientras que en los años 2018 y 2019 se observa que la prevalencia es mayor en el sexo masculino, esto es, 9.7% en 2018 y de 5.8% en 2019 <b>(TABLA 4).</b></p> <p>3. En relación con la edad gestacional de los infantes, se observa que, en los tres periodos la prevalencia de frenillo lingual corto es mayor en los infantes cuyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevalencia de infantes con diagnóstico de frenillo lingual corto en el periodo 2017-2019 fue un total de 20.6 %de infantes; con una prevalencia encontrado de 8.2% (2017), 7.8% (2018) y 4.6% (2019).</li> <li>• La incidencia del frenillo lingual cortó en niños y niñas es de 2,16 por mil nacimientos en el 2018 y de 1.70 por mil nacimientos en el 2019.</li> <li>• Se presentó con mayor prevalencia el frenillo</li> </ul>

	<p>Odontopediatría en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>3. Identificar el peso de los recién nacidos con frenillo lingual corto que pasaron consulta en Odontopediatría en el de en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>4. Identificar el orden de nacimiento que ocupan los recién nacidos con frenillo lingual corto que pasaron consulta de Odontopediatría en el en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>5. Identificar la edad de los recién nacidos que fueron diagnosticados con frenillo lingual corto que pasaron consulta Odontopediátrica en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>6. Identificar el número de los recién nacidos con</p>		<p><b>Longitudinal:</b> Porque las variables de estudio fueron medidas en varias ocasiones.</p> <p><b>V. DE ESTUDIO:</b> Frenillo lingual corto (Anquiloglosia)</p> <p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b> -Peso -Edad gestacional -Edad -Sexo -Orden de Nacimiento -Tratamiento de Frenectomía</p> <p><b>POBLACION Y MUESTRA</b></p> <p>La población fue constituida por todos los recién nacidos que pasaron consulta Odontopediátrica en el Instituto Nacional Materna Perinatal en el periodo 2017-2019. El tipo de muestreo fue por conveniencia y lo conformaron 1408 recién nacidos con sus respectivos registros de consultas</p>	<p>periodo gestacional fue a término, así, se tiene que las prevalencias fueron 17.8%, 9.8% y 6.9% en 2017, 2018 y 2019, respectivo en la <b>(TABLA 5)</b>.</p> <p>4. En el año 2017, la prevalencia de frenillo lingual corto fue de 19.0% entre los infantes que nacieron con peso normal, esta prevalencia es mayor entre los infantes nacidos con bajo peso, o muy bajo peso. En el año 2018, la prevalencia de frenillo lingual corto fue 11.2%, en infantes con peso normal y el siguiente lugar están los que nacieron con bajo peso donde se observa una prevalencia de 9.7%. Finalmente, en el año 2019, la prevalencia de frenillo lingual corto fue mayor entre los infantes con peso normal (7.8%). <b>(TABLA 6)</b></p> <p>5. El número de gestación que ocupa el recién nacido, solamente se registró para los niños y niñas con frenillo lingual corto y en los tres</p>	<p>lingual corto en infantes con sexo masculino en los años 2018 y 2019 y con un porcentaje inferior de prevalencia en el sexo femenino en el 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concluye que en los tres periodos la prevalencia de frenillo lingual corto es mayor en los infantes cuyo periodo gestacional fue a término.</li> <li>• La presencia del frenillo lingual corto se presenta en infantes con peso normal (&gt;2500 gr) en los tres periodos estudiados 2017-2019 y el segundo lugar en menor porcentaje fueron los infantes con peso bajo (≤2500 gr)</li> <li>• La presencia del frenillo lingual corto se presenta con mayor</li> </ul>
--	---	--	--	---	--

	<p>frenillo lingual corto que recibieron tratamiento de frenectomía que pasaron consulta Odontopediátrica en el periodo 2017-2019 en el Instituto Nacional Materno Perinatal</p>		<p>Odontopediátrica en el periodo comprendido entre los años 2017-2019</p>	<p>periodos se observa que la mayor frecuencia que son infantes primogénitos <b>(TABLA 7)</b>.</p> <p>6. En el 2017, la frecuencia de frenillo lingual corto fue de 8.8% en infantes de 0 a 6 meses, el en año 2018 se observa una frecuencia de Anquiloglosia de 10.7%. Finalmente, en 2019 se observa una frecuencia de frenillo lingual corto de 7.9% en niños de 0 a 6 meses. <b>(TABLA 8)</b>.</p> <p>7. En los tres periodos se observa que menos del 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado una frenectomía, Así, se observa que, en el año 2017, 42.9% de los infantes diagnosticados con frenillo lingual corto han recibido una frenectomía, en 2018, recibieron una frenectomía el 43,6%, Finalmente, en 2019, recibieron una frenectomía el 47%<b>(TABLA 9)</b></p>	<p>prevalencia de infantes primogénitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los infantes que pasaron consulta Odontopediátrica y fueron diagnosticados con frenillo lingual corto fueron de edades entre 0 a 7 meses.</li> <li>• En los tres periodos 2017, 2018, 2019 estudiados se obtuvo el 50% de los infantes con frenillo lingual corto se han realizado frenectomía.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--



--	--	--	--	--	--