

Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia

Route of attention, criteria and methodologies for attention of infants with anchiloglosis

Aguilar-Cañas, Sandra-Johanna ¹; Crespo-Pérez, Nora-Cristina ^{*2} Mejía-Martínez, Nini- Kathiana ^{*3}. Ramírez-Arias, Laura-Vanessa^{*4} Tamara-Moncada, Viviana Andrea^{*5}.

Como citar este artículo: Aguilar-Cañas, Sandra-Johanna; Crespo-Pérez, Nora-Cristina, Mejía-Martínez, Nini-Kathiana, Ramírez-Arias, Laura-Vanessa, Tamara-Moncada, Viviana Andrea . Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia. Revistas Signos Fónicos.2018: 4(2).29-41.

Correspondencia autor: sandra22_10@hotmail.com (Sandra Johanna Aguilar Cañas)

Recibido: Julio 23, 2018 **Aprobado:** Septiembre 2, 2018.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: esta investigación se basó principalmente en recopilar información referida por diferentes especialistas de salud de la población tomada como muestra acerca de la ruta de atención, las metodologías, criterios clínicos y epidemiológicos para la atención de pacientes lactantes con anquiloglosia. **MÉTODOS:** la investigación es de carácter cualitativo, y la recolección de información fue través de la entrevista estructurada y una serie de preguntas abiertas. Las entrevistas fueron grabadas en audio y su análisis se realizó mediante teoría fundamentada, así los datos fueron tratados y codificados con el software Atlas Ti v7. **RESULTADOS:** de las entrevistas aplicadas a profesionales de la salud, emergen veintidós códigos In vivo y quince códigos de constructo social, de esta manera se analizan los datos agrupándolos en tres categorías ruta de atención, metodologías diagnósticas y criterios diagnósticos. **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:** la ruta de atención a seguir en casos de anquiloglosia, consiste en una evaluación clínica inicial, así el manejo diagnóstico-terapéutico del frenillo lingual debe ser multidisciplinario con el fin de establecer los criterios a tener en cuenta para el proceso de diagnóstico y tratamiento; los cuales se relacionan íntimamente con la limitación que provoca la anquilosis en el individuo **CONCLUSIONES:** el diagnóstico realizado a través de un protocolo específico unificado para todos los especialistas es de vital importancia y no hay criterios diagnósticos establecidos, principalmente se basan en la observación realizada al paciente.

PALABRAS CLAVES: anquiloglosia, diagnóstico, frenillo lingual, lactante, metodologías.

1 *Fonoaudióloga, Esp. en Audiología, Mag. en Educación, sandra22_10@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-4248-3771, Fundación Virgilio Barco - Colombia.

2 *Fonoaudióloga, Mag. en Educación, noracfono@gmail.com, Orcid:0000-0002-8804-2568IPS UNIMEDICA-Colombia.

3 *Practicante, ninikm2@hotmail.com, Orcid:0000-0002-9123-8537, Fundación Virgilio Barco-Colombia.

4 *Practicante, lauravra99@gmail.com, Orcid:0000-0001-5836-5828, Fundación Virgilio Barco-Colombia.

5 *Practicante, vivianatamara26@gmail.com, Orcid:0000-0002-4841-9527, Fundación Virgilio Barco-Colombia.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: this research is mainly based on collecting information referred by different health specialists from the population taken as a sample for research on the care route, methodologies, clinical and epidemiological criteria for the care of breast cancer patients with ankyloglossia. **METHODS:** research is qualitative, information was collected through the structured interview and a series of open questions, interviews were recorded on audio and their analysis was carried out using well-founded theory, so the data was treated and codified with the Atlas Ti v7 software. **RESULTS:** From the interviews applied to health professionals, twenty-two In vivo codes and fifteen social construct codes emerge, in this way the data are analyzed by grouping them into three categories of care route, diagnostic methodologies and diagnostic criteria. **ANALYSIS AND DISCUSSION:** the route of attention to follow in cases of ankyloglossia, consists of an initial clinical evaluation so the diagnostic-therapeutic management of the lingual frenulum must be multidisciplinary in order to establish the criteria to be taken into account for the diagnostic process and treatment which are intimately related to the limitation that causes ankylosis in the individual **CONCLUSIONS:** the diagnosis made through a specific unified protocol for all specialists is of vital importance and there are no established diagnostic criteria, mainly based on the observation made to the patient.

KEYWORDS: ankyloglossia, diagnosis, infant, lingual frenulum, methodologies.

INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia es una condición de origen congénito que afecta la fijación de la lengua en el piso de la cavidad oral, es un remanente embriológico que restringe la movilidad normal que realiza la lengua (1), (2). Cuando un lactante presenta un frenillo lingual corto suceden dificultades en el proceso de alimentación, puesto que la limitación en la movilidad de la lengua impide que se realicen movimientos de protrusión lingual para la obtención de la leche materna (2), (3). Las funciones básicas como succión y deglución son coordinadas por la lengua y estas son de gran importancia para la alimentación del lactante (4).

La lengua realiza cuatro movimientos como lo son la extensión, la elevación, la lateralización los que permiten la formación del bolo alimenticio y en última instancia los movimientos peristálticos que se producen al realizar movimientos rítmicos ondulantes que llevan el alimento hacia la faringe, así entonces, una alteración en el sistema estomatognático impide la correcta realización de los procesos alimenticios, de los procesos articulatorios, entre otras alteraciones (4), (5), (6). De esta manera, para realizar la correcta evaluación se tiene en cuenta la clasificación de los frenillos cortos donde: el tipo 1, referente a la inserción del frenillo lingual en el ápice de la lengua. Caracterizado por mostrar la punta de la lengua en forma de corazón (3), (7). El tipo 2, referente a la inserción del frenillo unos milímetros más atrás que el tipo 1, se puede observar que la punta de la lengua desciende hacia abajo (3), (7). En el tipo 3 se observa que es un frenillo posterior, pero como una combinación de los tipos 2 y 4 (2), (6). El frenillo tipo 4 que se caracteriza por no apreciarse a simple vista, ya que se halla oculto bajo una capa de tejido mucoso, y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua (5), (7).

La importancia de la evaluación funcional de la lengua radica en el aspecto del frenillo lingual, de acuerdo a lo que mencionan varios autores. Ya que este puede parecer corto, pero todavía puede tener suficiente elasticidad para cumplir su función (8). Hay que mencionar además, que en primer lugar se deben tener en cuenta signos y síntomas, corroborados a través de la objetividad y manifestaciones físicas que observe el especialista. Inmediatamente a la primera exploración física y evaluación clínica surge el diagnóstico presuntivo (2), (9). De esta manera, un método diagnóstico utilizado en pacientes con anquiloglosia es el método BTAT (Bristol Tongue Assessment Tool) la cual es una herramienta para proporcionar una evaluación consistente de la apariencia y función de la lengua en los bebés con anquiloglosia (10), (6). Este método, se basa en la herramienta de evaluación de Hazelbaker para la función del amamantamiento en los recién nacidos con anquiloglosia (8).

De acuerdo a lo anterior, tener una ruta de atención establecida para atender estas necesidades permite generar una respectiva derivación al profesional ideal para la realización de procesos de evaluación

e intervención; por consiguiente, la ruta de atención se define como una herramienta encargada de describir la manera de hacer seguimiento al procedimiento (11). Por tanto, surge esta investigación, con el propósito de recopilar información referida por diferentes especialistas de salud de la Fundación Virgilio Barco acerca de la ruta de atención, las metodologías, criterios clínicos y epidemiológicos para la atención de pacientes lactantes con anquiloglosia. Pretendiendo dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cuál es la ruta establecida para la atención de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes?, ¿Cuáles son las metodologías para el diagnóstico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes? Y ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para la atención en pacientes con anquiloglosia?

MÉTODOS

El diseño investigativo de este estudio es cualitativo, descriptivo de corte transversal, en la cual se utilizan técnicas de recolección de datos tales como: la entrevista estructurada y una serie de preguntas abiertas, esta tiene como finalidad recopilar información referida por diferentes especialistas de salud de una fundación sin ánimo de lucro de la Ciudad de Cúcuta Norte de Santander, acerca de la ruta de atención cuando un lactante presenta alteraciones del frenillo lingual y cuáles son las metodologías, criterios diagnósticos para la atención de pacientes lactantes con anquiloglosia.

Se realizaron tres encuestas a profesionales del área de la salud:

La primera encuesta dirigida hacia la ruta de atención de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes teniendo en cuenta seis dimensiones: el programa de atención, la ruta de atención en la historia natural de la enfermedad, las profesiones responsables, procedimientos realizados, tiempos de espera desde sospecha y el alta y el reporte en salud pública, constituida a su vez de seis preguntas.

Una segunda encuesta dirigida hacia las metodologías para el diagnóstico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes, una visión de la odontología teniendo en cuenta dos dimensiones: los protocolos para el diagnóstico y la tipología de frenillo, constituida a su vez de dos preguntas.

Y una última encuesta dirigida hacia los criterios clínicos y epidemiológicos para el diagnóstico presuntivo y elección de tratamiento en pacientes lactantes con anquiloglosia teniendo en cuenta cuatro dimensiones: los criterios clínicos para el diagnóstico, criterios epidemiológicos para el diagnóstico, criterios clínicos para el tratamiento y criterios epidemiológicos para el tratamiento, con lo cual se formularon cuatro preguntas.

A partir de esto los profesionales debían dar respuesta a los siguientes interrogantes:

Entrevista 1:

- ¿Cómo se aborda en la institución los casos de anquiloglosia?
- ¿Cómo se desarrolla la ruta de atención para garantizar la atención de estos pacientes?
- ¿Los casos de anquiloglosia se registran en el Sivigila?
- ¿Cuáles son los procedimientos para el diagnóstico?
- ¿Cuáles con los procedimientos para el tratamiento?
- ¿Cuál es el tiempo promedio desde la sospecha de DX y el tratamiento final?

Entrevista 2:

- ¿Qué protocolos o test usa el odontólogo para el diagnóstico de las alteraciones de frenillo lingual?
- ¿Qué tipología de frenillo lingual es usada en el ejercicio clínico?

Entrevista 3

- ¿Cuáles son los signos clínicos para el diagnóstico de la anquiloglosia en lactantes?
- ¿Cuáles son los síntomas para el diagnóstico de la anquiloglosia en lactantes?
- ¿Cuáles son los criterios epidemiológicos usados para el diagnóstico?

-¿Cuáles son los tipos de intervención en la anquiloglosia?

-¿Cuáles son los criterios para definir el tipo de intervención?

Así mismo, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que determinaron la aplicabilidad de la investigación (Tabla1).

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesionales de la salud: odontólogos, fonoaudiólogos, médicos generales, pediatras y enfermeros.	Otros profesionales de la salud.
Personal de salud vinculado a la fundación Virgilio Barco.	Profesionales vinculados a otros centros de salud.
Profesional en salud que tenga intervenga en las alteraciones del frenillo lingual.	

Fuente: Autores.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, con autorización por parte del entrevistado, para posteriormente ser transcritas y analizadas. El análisis se realizó mediante teoría fundamentada siguiendo la línea en las siguientes fases (12):

a) Codificación abierta: Con el cual, se identifican conceptos, para agruparlos por propiedades y dimensiones (12), (10).

b) Codificación axial: Es la relación de las categorías con sub-categorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (12), (10).

c) Codificación selectiva

Finalmente, los datos fueron tratados y codificados con el software Atlas Ti 7 versión: 7.5.18 educativa licencia individual 1993-2018 (13). Donde se analizaron los datos y se interpretaron los hallazgos de manera significativa para la investigación (13), (14).

RESULTADOS

Una vez sometidos al análisis los datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Codificación Abierta: De las 3 entrevistas en total se entrevistaron 11 profesionales de la salud de la fundación Virgilio Barco, de estas emergen 22 códigos In vivo y 15 códigos de constructo social (Ver Tabla 2).

TABLA 2. Códigos in vivo- Constructo Social.

N°	Código	Tipo
1.	2-3 años	Constructo Social
2.	2-5 años	Constructo Social
3.	3-5 años	In Vivo
4.	Alteraciones en la deglución	Constructo Social
5.	Alteraciones en la succión	Constructo Social
6.	Anquiloglosia leve	In Vivo
7.	Anquiloglosia severa	In Vivo

8.	Apariencia del frenillo	In Vivo
9.	Articulación	In Vivo
10.	Consulta por crecimiento y desarrollo	In Vivo
11.	Deglución	In Vivo
12.	Disminución en la movilidad de la lengua	In Vivo
13.	Dolor en el pezón de la madre	In Vivo
14.	Exploración Física	In Vivo
15.	Exploración funcional Odontostomatología	In Vivo
16.	Fonoaudiología	Constructo Social
17.	Frenectomía	In Vivo
18.	Frenotomía	Constructo Social
19.	Grado de anquilosis	Constructo Social
20.	Inserción del frenillo	Constructo Social
21.	Limitación	In Vivo
22.	Mala higiene oral	Constructo Social
23.	Maloclusiones	Constructo Social
24.	Manejo Clínico	In Vivo
<hr/>		
25.	Manejo quirúrgico	In vivo
26.	Masticación	In Vivo
27.	Medicina general	In Vivo
28.	Movilidad lingual	Constructo Social
29.	Odontología	Constructo Social
30.	Odontopediatría	In Vivo
31.	Pediatría	In Vivo
32.	Perjudica el habla	In Vivo
33.	Posición del frenillo	Constructo Social
34.	Problemas sociales	In Vivo
35.	Remisión a especialista	In Vivo
36.	Terapia miofuncional	Constructo Social
37.	Trastorno de la articulación	Constructo Social

Fuente: Autores.

Codificación axial y selectiva: en la organización de los datos emergen tres categorías que representan el manejo clínico por parte de los profesionales entrevistados sobre las alteraciones del frenillo lingual en lactantes. (Ver tabla 4, 5, 6).

Categoría 1 La ruta de atención se establece teniendo en cuenta 6 atributos. El primero de ellos es

la consulta por crecimiento y desarrollo, la cual es el eje principal de la atención integral en el infante, esta incluye aspectos como promoción de la salud, procesos de alimentación, inmunización, salud bucal, estimulación y prevención de enfermedades (15). Esta es realizada por el médico general o el odontólogo. Otro aspecto a tener en cuenta es la evaluación anatómica que consta de la exploración física del piso de la lengua donde se palpa e inspecciona el frenillo lingual, además de una evaluación funcional que permite determinar si la lengua realiza procesos de elevación, extensión y lateralización.

Los especialistas de las áreas interdisciplinarias como lo es el odontólogo, el odontopediatra, el pediatra y el fonoaudiólogo quienes a través de diversas pruebas son los que determinaran el proceso adecuado a seguir, luego de haber realizado un proceso de evaluación previo. Son los especialistas los que determinan si es necesario el manejo quirúrgico a través de la frenectomía o frenotomía la cual es una cirugía que se realiza cuando el frenillo lingual genera dificultades en la alimentación, en menores de 6 meses o cuando se detecta poca funcionalidad del frenillo que pueda generar dificultades articulatorias. Esta cirugía se realiza con anestesia general seccionando el frenillo sublingual (16). De no requerir intervención quirúrgica el tratamiento será terapéutico orientado hacia la terapia miofuncional, en la que se trabaja una serie de procedimientos y técnicas con el fin de conseguir un correcto equilibrio muscular oro facial, para estos casos específicamente la musculatura lingual.

TABLA 4. Categoría emergente de Ruta de atención.

Fenómeno	Categoría	Propiedades	Dimensiones
Manejo clínico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes	Ruta de atención	Consulta por crecimiento y desarrollo	Medicina General
		Evaluación anatómica	Odontología
		Evaluación funcional	Exploración Física
		Especialistas	Exploración funcional
			Odontoestomatología
			Odontología
			Odontopediatra
			Pediatría
	Fonoaudiología		
	Quirúrgico	Frenectomía	
		Frenotomía	
	Terapéutico	Terapia Miofuncional	

Fuente: Autores.

Categoría 2 Metodologías para el diagnóstico: Para el diagnóstico del frenillo lingual corto, se tienen en cuenta dos propiedades: la estructura y función; la primera de se basa en la apariencia del frenillo lingual, es decir, su el aspecto físico y forma de la lengua. Otra de las dimensiones a tener en cuenta en relación a la estructura es la afección en la movilidad lingual a consecuencia de un frenillo corto debido a que tales movimientos son de gran importancia para la succión durante el amamantamiento según lo demuestran estudios de ultrasonografía (17).

Así mismo, otro aspecto a observar estructuralmente es la espesura del frenillo y su fijación. Espesor indica si es delgado o grueso y la fijación se observa con respecto a la lengua y al piso de la boca. Estudios recientes afirman que el espesor y la fijación del frenillo en la lengua y en el piso de la boca no se modifican durante los seis primeros meses de vida. Estudios histológicos demuestran que el frenillo lingual no se rompe, ni se alarga, porque su estructura histológica no permite que eso ocurra (18).

La masticación es una función esencial que da la estimulación de la musculatura oro facial implicada en las funciones neurovegetativas, y por lo tanto será responsable del desarrollo de los huesos maxilares, la estabilidad de la oclusión, el equilibrio muscular y funcional que serán necesarios para la deglución normal y la producción del habla, este proceso depende de la indemnidad de las estructuras anatómicas del lactante, principalmente las de la cavidad oral (19). Así entonces, la masticación y articulación del habla, son dos dimensiones ligadas, y esta última pende de una correcta posición y movimiento de los órganos articulatorios por lo tanto al existir un desequilibrio en la fisiología de tales órganos traerá

como consecuencias afecciones a nivel articulario, cabe resaltar que la mayoría de las fallas en la articulación han sido encontradas en personas con movilidad lingual limitada cuando se compararon aquellas con movilidad normal (20).

Por último, los resultados indican que el movimiento anormal de la lengua, es decir, su fisiología durante la succión se ha señalado como una de las causas del dolor persistente en el pezón, las lesiones y la dificultad en sostener el asa durante la lactancia, esto conduce a diagnosticar un frenillo lingual corto(17).

TABLA 5. Categoría emergente de Metodologías para el diagnóstico.

Fenómeno	Categoría	Propiedades	Dimensiones
Manejo clínico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes	Metodologías para el diagnóstico	Estructura	Apariencia del frenillo Movilidad lingual Inserción del frenillo Espesor del frenillo
		Función	Masticación Articulación Mala higiene oral Dolor en el pezón de la madre

Fuente: Autores.

Categoría 3 Criterios diagnósticos: Se perciben teniendo en cuenta 3 aspectos, primero si son clínicos de acuerdo a las alteraciones en los procesos y funciones estomatognáticas de succión y deglución por disminución de la movilidad lingual ocasionando a su vez alteraciones en las arcadas dentarias; en segundo lugar si son epidemiológicos teniendo en cuenta el rango de edad en las que se realice el diagnóstico, la posición del frenillo y los problemas articularios que inducen a problemas sociales y de acuerdo al tipo de frenillo que ocasiona limitación entre leve a severa.

La succión y la deglución están implicadas en el desarrollo motor oral desde temprana edad. Estos representan el inicio de la alimentación y resulta evidente que la alteración de alguna de las estructuras que componen al Sistema Estomatognático (SE) podría impedir el correcto funcionamiento de estos mecanismos (4) sistema somatoestésico, sistema cinestésico entre otros, cuando se consideran las necesidades de rehabilitación estomatognática con el enfoque de rehabilitación neuroclusal. Palabras claves: Estomatognático. Esquema corporal. Somatoestesia. Cinestesia. Rehabilitación estomatognática neuroclusal. Cintura escapular. Odontología holística. La infortunada circunstancia que para poder entender al ser humano como un todo integral e integrado se presentan muchas dificultades, ha llevado a las ciencias humanas a una "vivisección" del "hombre", cada vez más intensa y profunda, con el resultado de que las llamadas "ciencias del comportamiento humano" (psicología, dianética, trabajo social, antropología, etc..

Se entiende como alteración en la succión, aquella dificultad al momento del amamantamiento lo cual no solamente perjudica al lactante en procesos de alimentación y deglución sino también a la madre debido a que produce dolor en el pezón y dificultades en el agarre de éste al pecho de manera espontánea. Además se entiende, como alteración en la deglución todas aquellas dificultades al momento de deglutir el bolo debido a que la fuerza que ejercen las estructuras implicadas en este proceso, esta disminuida.

Cada uno de los procesos de succión y deglución implican los órganos Fono articuladores (labios, lengua, dientes, paladar, encías, úvula), lo cual indica que si hay alguna alteración en estos procesos se puede deber a alguna alteración, ya sea en la movilidad lingual o posición de las arcadas dentarias. Es decir, la disminución para realzar principalmente movimientos de extensión, protrusión, retracción y lateralización de la lengua, generando a su vez malas posiciones de la lengua en los dientes generando así las mal oclusiones dentales.

Finalmente, se debe tener en cuenta la edad en la que se identifica el frenillo lingual, ya que cuando se identifica en lactantes el diagnóstico y la intervención se da de manera más eficaz y rápida, aunque cuando se detecta en niños entre 2-5 años surgen alteraciones y dificultades en la producción de los

fonemas generando alteraciones durante las relaciones sociales. Además se tiene en cuenta la posición del frenillo y así determinar el grado de alteración de la anquilosis.

TABLA 6. Categoría emergente de Criterios diagnósticos.

Fenómeno	Categoría	Propiedades	Dimensiones
Manejo clínico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes	Criterios diagnósticos	Alteraciones	Alteraciones en la succión
			Alteraciones en la deglución
			Disminución en la movilidad de la lengua
			Mal oclusiones
		Edad	Posición del frenillo
			Selle labial incompleto
			Trastorno de articulación
			2 años
			3 años
			4 años
	5 años		
	Limitación	Problemas sociales	
		Anquiloglosia Leve	
		Anquiloglosia Severa	

Fuente: Autores.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la codificación realizada a través del programa Atlas Ti a las diferentes entrevistas y a una correlación teórica, se exalta la importancia de la detección temprana de las alteraciones del sistema estomatognático en lactantes, cuya característica clínica es referida por la madre quien manifiesta las dificultades en el proceso de succión, alimentación, deglución, desarrollo del lenguaje, entre otras.

Se establece la ruta de atención a seguir en casos de anquiloglosia, consiste en una evaluación clínica inicial específicamente del odontopediatra, quien establece los procedimientos pre-quirúrgicos para atender el frenillo lingual alterado. Esta valoración inicia con el examen clínico el cual consta de 3 pasos primero, se realiza una observación de las estructuras intraorales, posteriormente se realiza una entrevista con la madre quien es la que manifiesta las dificultades que evidencia en el lactante, y por último se realiza el uso de un protocolo de evaluación cuantificable.

La valoración se continúa por parte del fonoaudiólogo o terapeuta de lenguaje especializado, quien forma parte del equipo interdisciplinar, el cual detectará las limitaciones en las funciones del Sistema estomatognático. Los recursos utilizados incluyen el uso de protocolos donde se ejemplifican las diferentes relaciones de alteraciones en el frenillo lingual para bebés, y en otros casos, se utiliza el paquímetro como herramienta de medición antropométrica para validar si existe un frenillo lingual alterado tanto en niños como en adultos (22). Esta evaluación funcional permitirá determinar si son necesarios los procesos de intervención quirúrgica o terapéutica de acuerdo con los resultados que se obtienen de las diversas mediciones y pruebas.

En los casos de tratamientos conservadores, se debe considerar que a pesar de presentar un frenillo lingual corto o anteriorizado, este debe ser funcional y realizar un seguimiento odontopediátrico con ayuda del fonoaudiólogo quien asume el reto de calibrar la funcionalidad de la lengua(22). En el procedimiento pre quirúrgico, se sugiere una evaluación previa para el descarte de la alteración en la

movilidad y la funcionalidad de su lengua (22). Al presentar alteraciones significativas afecta definitivamente las funciones de alimentación y deglución y se sugiere cirugía. Posterior al procedimiento, se le realiza una evaluación post quirúrgica, de observarse las mismas dificultades, se acompaña el caso al menos cuatro sesiones para orientar sobre las funciones afectadas (22).

En contraste con los resultados obtenidos, se observa que en la fundación no hay claridad en la ruta de atención a seguir, ya que cada profesional entrevistado difiere en los pasos necesarios para realizar la evaluación, el diagnóstico y respectivo tratamiento de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes. Así mismo, se realiza un diagnóstico clínico de las alteraciones del frenillo lingual; algunos autores han determinado las alteraciones cuando se evidencia e identifica la inserción del frenillo lingual cercana a la punta de la lengua, ocasionando que se observe en forma de letra V cuando ésta protruye (23).

De esta manera, la metodología para el diagnóstico de dichas alteraciones se basa en observar la estructura y funcionamiento del frenillo lingual, sin embargo, los criterios clínicos que permiten proporcionar el diagnóstico de la anquiloglosia varían mucho en la literatura, y por ende se podrían considerar de acuerdo a las características físicas de la anatomía bucal del paciente (20). El criterio más empleado para el diagnóstico, es la visualización anormal del frenillo siendo este corto y grueso, haciendo que la lengua adopte una forma de corazón durante la protrusión (20)(24).

La herramienta más utilizada para realizar el diagnóstico de las alteraciones del frenillo lingual en lactantes es la herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbaker (Tabla 7), esta tiene en cuenta la apariencia y la función lingual. En ella se distinguen dos apartados: el primero consiste en evaluar cinco ítems en relación a la apariencia de la lengua y el segundo evalúa siete ítems de función de la lengua. Su principal inconveniente es la escasa relación inter-observador y la falta de variación. La literatura indica que tal herramienta es cuestionada debido a su complejidad, su excesiva extensión y escasa objetividad (25).

TABLA 7. Herramienta de Hazelbaker para valoración de la función del frenillo lingual.

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
		0	Frecuente o con cada succión

Fuente: Baeza C, Genna CW, Murphy J, Hazelbaker AK, Kaplan M, Martinelli R, et al (31).

A partir de los resultados encontrados posterior a aplicación de las entrevistas, se identificó que el doble de las madres de lactantes con anquiloglosia manifiestan dolor mamario e irritación en los pezones durante la lactancia (23). De acuerdo a la función, los resultados arrojan que la alteración en dicha estructura incide en la articulación del habla, ya que la habilidad de pronunciación representa un proceso de maduración. Entre un 25 y un 44% de los bebés con anquiloglosia presentan alguna dificultad en la lactancia como consecuencia de falta de movilidad de la lengua (2).

Los lactantes con anquiloglosia presentan también alteraciones al llorar, ya que, tienen limitaciones en el movimiento lingual mostrando dificultades en la elevación y extensión de la lengua. Cuando hay esta limitación, la lengua puede adaptarse elevando las zonas laterales o quedando totalmente en el suelo de la boca. Estos hallazgos son demostrados a partir de datos recopilados, posterior a evaluación del efecto de la anquiloglosia en la alimentación de 147 bebés. Observando en estos lactantes que el doble de las madres con bebés diagnosticados con anquiloglosia manifestaba dolor mamario e irritación de los pezones durante el primer mes de lactancia (2).

El manejo pre terapéutico y terapéutico del frenillo lingual debe ser interdisciplinario. Hoy en día, los profesionales como cirujanos maxilofaciales, ortodoncistas, fonoaudiólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos pediátricos, algunos pediatras y dentistas pueden evaluar y tratar el frenillo lingual, el cual no solo restringe sino que afecta la musculatura y estructuras relacionadas con la motilidad lingual y la lactancia. Durante la consulta y atención primaria, el médico general es el que hace un primer encuentro con pacientes con anquiloglosia, remitiendo al paciente después de una evaluación previa a un especialista, principalmente al cirujano maxilofacial para llevar a cabo la frenectomía. En casos de defectos de dicción, se encaminará al paciente al foniatra o fonoaudiólogo quien colaborará antes y después de la frenectomía para mejorar el problema fonatorio (2), (24).

El frenillo lingual interviene fundamentalmente en procesos básicos del infante como son la deglución, amamantamiento, autólisis de la cavidad bucal y en etapas más avanzadas en el proceso de fonación. Su prevalencia es desconocida, pero según un estudio realizado en Estados Unidos, se encuentra que la anquiloglosia varía de 0,02 a 4,8% según la población estudiada, con mayor incidencia en varones (4) (6). Así entonces, el principal criterio epidemiológico para diagnosticar e iniciar procesos de intervención en lactantes con anquiloglosia son los problemas para la succión y posteriormente la deglución, debido a alteraciones en la movilidad lingual originando dolencias de la madre durante el amamantamiento, lo cual a su vez produce dificultades en el proceso de alimentación a través de la lactancia materna. Sin embargo los criterios clínicos diagnósticos varían significativamente en la literatura, ya que algunos autores toman como referencia criterios basados en las características físicas en el paciente, aunque el criterio más común es cuando el frenillo se presenta corto y grueso, visualizando el frenillo con forma de corazón durante movimientos de protrusión y elevación (2).

Por otro lado, cada uno de los criterios a tener en cuenta para el proceso de diagnóstico y tratamiento se relacionan íntimamente con la limitación que provoca la anquilosis en el individuo, de acuerdo a esto y a la literatura, se encuentran varias clasificaciones realizadas a los grados de anquilosis, en primer lugar se puede clasificar de acuerdo a la severidad en que se presente es decir leve (el frenillo no detiene las funciones de succión, deglución, masticación o fonación), frenillo moderado (dificultad en la alimentación) y frenillo severo (dificultad para la deglución y la succión, mal oclusiones y dificultades en el lenguaje).

En segundo lugar, puede ser clasificada de acuerdo a la distancia entre la inserción del frenillo hasta el ápice de la lengua y finalmente, clasificación de acuerdo a la distancia encontrando la clase I como anquiloglosia leve 12-16 mm, Clase II anquiloglosia moderada 8 – 11 mm, Clase III anquiloglosia severa 3-7 mm y Clase IV anquiloglosia completa menor de 3 mm (26), (27). De esta manera los profesionales de la salud de la Fundación coinciden con estos autores al momento de clasificar el tipo de frenillo de acuerdo a la limitación que produce ya sea leve, moderado o severo.

En pacientes con edades comprendidas entre 2-5 años con casos de anquiloglosia es cuando se evidencian trastornos en la articulación, ya que según diversos estudios sobre la producción del habla utilizando evaluaciones objetivas y clínicas como el análisis acústico del habla y la electromiografía de superficie, en individuos con y sin alteración de frenillo, se comprueba que la alteración de frenillo lingual dificulta la producción correcta de los sonidos producidos con la parte anterior de la lengua principalmente los fonemas laterales aproximadamente (25), (33). Aunque hay falta de evidencia científica

que pruebe que hay una verdadera relación entre los trastornos del habla y la anquiloglosia, se piensa que esta alteración si está involucrada en los trastornos de habla de algunos individuos, todo depende en si está interfiriendo la articulación de las palabras, ya que hay individuos que pueden producir todos los fonemas sin dificultades indicando que no necesita de intervención quirúrgica (28), (24).

CONCLUSIONES

1. Tener una ruta de atención establecida permite realizar la respectiva derivación al profesional indicado para que se realicen correctamente los procesos de evaluación e intervención idóneos para cada caso en particular.
2. La evaluación funcional de la estructura lingual realizado por el equipo interdisciplinar permite determinar si es necesario el proceso de intervención quirúrgica o terapéutica.
3. El procedimiento clínico a seguir es principalmente, la evaluación de la estructura y funcionalidad de la lengua, realizar una entrevista a profundidad con la madre y en última instancia por medio de un protocolo de evaluación cuantificable determinar qué tipo de procedimiento es necesario en el lactante.
4. Realizar una evaluación y diagnóstico temprano permite disminuir sustancialmente las dificultades en la alimentación y succión del lactante, así mismo minimizar los signos y síntomas presentados en la madre debido a la dificultad en la movilidad de la lengua y posicionamiento al momento de amamantar. Además, contribuirá en un futuro a disminuir las alteraciones al momento de comunicarse debido a la dificultad para pronunciar los fonemas.
5. El diagnóstico realizado a través de un protocolo específico unificado para todos los especialistas, es de vital importancia debido a que proporciona seguridad y firmeza para realizar un diagnóstico temprano y adecuar un proceso de intervención acorde a las necesidades.
6. La metodología utilizada en la Fundación Virgilio Barco para el diagnóstico de alteraciones en el frenillo lingual del lactante se basa en el examen físico de la apariencia estructural y funcionamiento de la estructura a través de la herramienta de Hazelbaker.
7. Los criterios diagnósticos que se tienen en cuenta al momento de tratar un individuo con anquiloglosia por parte de los profesionales de la salud encuestados, van guiados principalmente hacia la atención a menores entre 2-5 años, y los criterios clínicos que tienen en cuenta en lactantes se guía hacia las alteraciones en el proceso de succión y deglución. Es decir, la población encuestada no tiene criterios clínicos ni epidemiológicos establecidos para la atención de un lactante con anquiloglosia.
8. Las alteraciones evidenciadas en infantes de 2-5 años se involucran directamente con las manifestaciones clínicas u alteraciones evidenciadas en el desarrollo del individuo, los trastornos articulatorios y problemas a nivel social que se puedan originar, todo esto teniendo en cuenta el grado de limitación al que se esté expuesto ya sea entre leve, moderado o severo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robles MS, Guerrero C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2014; 28 (3); 154-158.
2. Pastor T, Rodríguez P, Ferrés E, Ferrés E. Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenotomía. *Rev Logop Foniatría y Audiol.* 2017;37(1):4-13.
3. González D, Costa M, Riaño I, González MT, Rodríguez MC, Lobete C. Prevalence of ankyloglossia in newborns in Asturias (Spain). *An Pediatría.* 2014; 81(2):115-9. Doi: 10.1016/j.anpedi.2013.10.030
4. Renault F. Trastornos de la succión-deglución del recién nacido y el lactante. *EMC - Pediatría.* 2012;47(1):1-7. Doi.org/10.1016/S1245-1789(12)61048-8.
5. Pérez N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. *Revista cubana de estomatología.* Vol. 39, Revista Cubana de Estomatología. 2002; 39(3):282-301.

6. Vallés A, Vila J, García Ó, Casanovas M. Fiabilidad y validez del cuestionario observacional de las conductas de alimentación en neonatos prematuros (COCANP). *Rev Logop Foniatría y Audiol.* 2018; 38(4):155–61. Doi.org/10.1016/j.rlfa.2018.07.005
7. Alba Lactancia Materna. Soporte a la lactancia materna. [actualizado 2018 enero; el acceso en el año 2018 03 de febrero]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/>
8. Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41(1):27–35. Doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72996-1
9. Pingarrón L, Gomez E, Pérez MM, Recreo PB, García MB. ¿Cuál es su diagnóstico? *Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac.* 2010; 32(4):185–6. Doi.org/10.1016/S1130-0558(10)70043-5
10. Rao HS, Shadley JR. An initial value method for an axisymmetric contact problem. *Int J Eng Sci.* 1970;8(3):219–29. Doi.org/10.1016/0020-7225(70)90032-7
11. Nevárez A, Medina JA, Nevárez MM, Vargas J, Consdtance D, Guzmán DA, De la Torre G, Donohué A. Attention to Rhotacism Language Problem by Oral Surgery and Vibrostimulatory Therapy: A Case Report. *Int J Odontostomatol.* 2013; 7(1):25–8. Doi.org/10.4067/S0718-381X2013000100004
12. De la Espriella R, Gómez C. Teoría fundamentada. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018; 49 (2):127-133. Doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002
13. Dominguez F. ATLAS.ti: The Qualitative Data Analysis & Research Software. [actualizado 2018 enero; el acceso en el año 2018 03 de Junio]. Disponible en: <https://atlasti.com/>
14. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* 2015; 1(3):161–8. Doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002
15. Quinto N, Pino L J, Hoyos GD. Ruta de atención en estimulación adecuada para niños de 0 a 6 años con discapacidad visual para un centro hospitalario de la ciudad de Medellín [Tesis]. Universidad de Antioquia (Medellín); 2016.
16. Munhoz MA, Coutinho C, Sousa M, Salge A. Evaluación del crecimiento y desarrollo infantil en la consulta de enfermería. *Av. Enferm.* 2018; 36 (1): 9-21. Doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150.
17. Almeida KR, Perreira T, Kubo H, Castro TE, Ortolani CLF. Lingual frenotomy in a newborn, from diagnosis to surgery: a case report. *Rev CEFAC.* 2018; 20(2):258–62. Doi.org/10.1590/1982-0216201820212917
18. Martinelli RL, Marchesan IQ, Berretin G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Rev CEFAC.* 2014; 16(4):1202–7. Doi.org/10.1590/1982-021620149913
19. Ministerio de Salud. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Bogotá: Imprenta Nac Colomb; 2014.
20. Nahás MS, Abanto J, Nahás F, Azevedo De Vasconcelos G, Bucholdz F. Anquiloglosia. Revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Hered.* 2008; 18(2):123–7. Doi.org/10.20453/reh.v18i2.1844.
21. Barreto JF. Colombia Médica Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica.* 1999; 30 (4): 173-180.
22. Fournier C. Frenectomía: abordaje transdisciplinario. *Rev Científica Odontológica.* 2017; 5(2):720–32. Doi.org/10.21142/2523-2754-0502-2017-720-732.
23. Robles MS, Guerreroa C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la Alimentación Neonatal. *Inst Nac Perinatol.* 2013; 28(3):154–8.
24. Jorge Infante Díaz. La Geografía económica en España durante la primera mitad del siglo xx: una asignatura al margen de la universidad - Lactancia Materna. *Treballs la SCG.* 2019; 87:93–122.
25. Adeba C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA).* 2014; 2 (2): 21–37.
26. Baeza C, Genna CW, Murphy J, Hazelbaker AK, Kaplan M, Martinelli R, Marchensa I, Smillie C. Assess-

Aguilar SJ, Crespo NC, Mejía NK, Ramírez LV, Tamara VA. Revista Científica Signos Fónicos, 2018,4(2): 29-41.

ment and classification of tongue-tie. Clin Lact. 2017; 8(3): 93-98.Doi.org/10.1891/2158-0782.8.3.93

27. Marcione ESS, Coelho FG, Souza CB, França ECL. Classificação anatômica do frênulo lingual de bebês. Rev CEFAC. 2016; 18(5):1042-9. Doi.org/10.1590/1982-0216201618522915

28. Cuestas G, Demarchi V, Martínez Corvalán MP, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(6):567-70.