



---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
“ZARAGOZA”

“FRENECTOMÍA LINGUAL.  
PRESENTACIÓN DE 10 CASOS CLÍNICOS”.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANA DENTISTA.

PRESENTA:

MARISOL HERNÁNDEZ MUÑOZ

DIRECTOR:

C.D. ENRIQUE ARCOS RUIZ

ASESOR:

C.D. HUMBERTO REYES GUZMÁN

México D.F, Noviembre 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS

Porque me ha permitido vivir con salud alado de mis seres queridos, en uno de los momentos más importantes de mi vida.

### A MIS PADRES

Dedico esta tesis a mis padres y agradezco su apoyo, consejos y sobretodo el amor que me dan para realizar una de mis más grandes metas y aquí esta el resultado de sus esfuerzos y sacrificios... para ustedes con todo mi amor y cariño.

### A MIS HERMANOS

Que los quiero mucho y que siempre nos apoyamos en lo que podemos.

### A GUSTAVO

Porque juntos con el amor que nos tenemos y trabajando hemos conseguido y construido lo que deseamos y siempre me da ánimos para continuar en todo momento.

### A MIS FAMILIARES

Que creyeron en mí y en mi conocimiento.

### A LA SEÑORA MARTHA Y A TODA SU FAMILIA

Que siempre incondicionalmente me brindan su apoyo.

### AL DR. ENRIQUE ARCOS RUIZ

Por permitirme realizar mi tesis durante el servicio social, rodeada de cariño, amistad y apoyo por parte de él y de los compañeros de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

### AL DR. HUMBERTO REYES GUZMÁN

Por ser un excelente profesor y amigo que me ha guiado para la realización de mi tesis.

### A MIS SINODALES:

DRA. LORENA HIDALGO FRANCO

DR. JUAN DE DIOS ORTÍZ MEDINA

DR. JULIO DE LEON ARTEAGA

Por dedicar su tiempo para la revisión de esta tesis.

A LA TERAPISTA DEL LENGUAJE CLAUDIA LÓPEZ PRESA

Que durante mi servicio social me dedico tiempo y me compartió conocimientos acerca de su área.

A LOS PACIENTES QUE ME PERMITIERON CON EL SEGUIMIENTO DE SUS CASOS REALIZAR MI TESIS.

A TODOS MIS PROFESORES DE LOS DIFERENTES NIVELES DE EDUCACIÓN QUE ME HAN ENSEÑADO Y FORMADO.

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A TODOS LOS DOCTORES QUE ME HAN ENSEÑADO A QUERER LA ODONTOLOGÍA.

## ÍNDICE

Contenido	Páginas
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
Presentación y desarrollo de los Casos Clínicos.....	28
○ Caso Clínico número 1.....	27
○ Caso Clínico número 2.....	32
○ Caso Clínico número 3.....	37
○ Caso Clínico número 4.....	44
○ Caso Clínico número 5.....	51
○ Caso Clínico número 6.....	58
○ Caso Clínico número 7.....	64
○ Caso Clínico número 8.....	72
○ Caso Clínico número 9.....	79
○ Caso Clínico número 10.....	87
Discusión.....	94
Conclusiones.....	96
Referencias.....	97

## INTRODUCCIÓN

El recién nacido mantiene su sistema bucal bastante activo con la succión, la amamantación y la deglución, dichas funciones están íntimamente relacionadas con la lengua.

El mantenimiento de la posición de la lengua entre los cojines gingivales y los movimientos ondulares linguales en el proceso de deglución, mantiene solidaridad funcional con todos los huesos y músculos faciales, y de manera particular, con el frenillo lingual.

En el recién nacido, el frenillo lingual se posiciona desde el ápice de la lengua hasta la base del proceso alveolar mandibular. En la medida que existe desarrollo y crecimiento óseo, en el sentido del aumento de la dimensión vertical, como el alargamiento lingual y la erupción dentaria, el frenillo lingual migra para su posición central, de la cara anterior de la lengua, hasta ocupar su inserción definitiva con la erupción de los segundos molares deciduos, entre los dos y tres años de edad. Misma edad en la que el niño comienza a producir varias palabras completas que imita del adulto, para posteriormente enriquecer su propio vocabulario libremente. Entre los tres y cinco años va adquiriendo un notable desarrollo del vocabulario, que le permitirá ir elaborando lógicamente su discurso.

En el área de Terapia del Lenguaje del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", se valora a los niños de seis años, edad en la cual tienen que pronunciar la mayoría de las consonantes, para su próxima entrada a la primaria en donde aprenderán a leer. En estas valoraciones las Terapistas determinan si el niño tiene trastornos específicos del habla y del lenguaje.

De cada 20 valoraciones realizadas por las Terapistas del Lenguaje a niños que presentan trastornos específicos del habla y del lenguaje, aproximadamente el 25% requiere de Cirugía de Frenillo Lingual.

Para un mayor conocimiento del Cirujano Dentista en este trabajo se presentarán 10 casos clínicos de pacientes pediátricos a los que se les realizará Frenectomía Lingual con la técnica utilizada en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en el periodo de Agosto 2006-Julio 2007, con la finalidad que el paciente reciba un buen tratamiento odontológico, y en conjunto con sus terapias de lenguaje, le permita tener una mejor calidad de vida.

## MARCO TEÓRICO

### Definición y ubicación del frenillo lingual

El frenillo lingual se define como una estructura o parte de una estructura, que se caracteriza por ser un sólido cordón que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio anterior de este aparato y se vuelve hacia delante, insertándose en la línea media de la mucosa del piso de la boca. El extremo anterior del frenillo lingual toma asiento en la cara lingual de la mandíbula y en el borde de la arcada, esto significa que este extremo está colocado entre los incisivos centrales inferiores, <sup>1,2</sup>

### Relaciones anatómicas del frenillo lingual

Una relación anatómica en donde inicia el frenillo lingual es la cara inferior de la lengua, este es uno de los principales órganos del sentido del gusto, que participa en la masticación y deglución de la comida, entre otras funciones. Se localiza en el piso de la boca, detrás del arco mandibular. Su raíz conecta posteriormente con el hueso hioides gracias a los músculos geniogloso e hipogloso. También se une a la epiglottis por tres pliegues mucosos, el paladar blando por los arcos glosopalatinos y a la faringe por los músculos constrictores de la faringe y una membrana mucosa. El vértice anterior de la lengua se relaciona con la cara lingual de los incisivos inferiores. Dos tercios de la lengua están cubiertos por papilas. El tercio posterior es más liso y contiene numerosas glándulas mucosas o folículos linfoides. En el tercio anterior de la cara inferior de dicho órgano, se encuentra la glándula de Blandin o de Nuhn, una de las glándulas salivales menores, secundarias o accesorias. <sup>3</sup> El uso de la lengua como órgano de la dicción, es otra función inicialmente no anatómica.<sup>1</sup>



En el piso de la boca esta una importante relación anatómica del frenillo lingual, la glándula sublingual que se encuentra por debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo de la mandíbula, posee un conducto llamado de Bartolin que desemboca en la carúncula sublingual y tiene varios conductos menores o accesorios. Es la más pequeñas de las glándulas salivales mayores. Su cara interna se relaciona con el conducto de Wharton, el nervio lingual y la vena ranina. Esta glándula es mixta; está compuesta de acinos serosos y acinos mucosos.<sup>3,4</sup>

### **Capas histológicas que componen al frenillo lingual**

- Membrana mucosa delgada, con un epitelio no queratinizado, está adherida laxamente a las estructuras subyacentes, para permitir la libre movilidad de la lengua.
- Tejido conectivo laxo, está altamente vascularizado y es rico en fibras elásticas y tejido fibroso blando.
- Submucosa contiene tejido adiposo y glándulas <sup>4</sup> (mucosas, sublingual y glándulas accesorias y secundaria).

### **Tipos de frenillos.**

Dependiendo de las estructuras que forman el frenillo podemos distinguir:

- Frenillo fibroso.

Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.

- Frenillo muscular.<sup>5</sup>

### **Músculos que pueden estar involucrados con el frenillo lingual.**

- Músculo geniogloso. El geniogloso es un músculo extrínseco y el más voluminoso de la lengua. Este par de músculos se insertan en las apófisis

geni superiores y sus fibras superiores y anteriores irradian hacia la punta de la lengua, y el resto de sus fibras pasan hacia atrás al dorso de la lengua, y hacia abajo, al borde superior del hueso hioides. Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y es llevada hacia adelante. Las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioides elevándolo y llevándolo hacia adelante. Debido a que este músculo es muy importante para los movimientos adecuados de la lengua, no debe sacrificarse toda su fijación en los procedimientos quirúrgicos; no obstante sí que podemos seccionar la porción superior sin causar limitación alguna en la movilidad de la lengua.

- Músculo geniohioideo. Se inserta en la apófisis geni inferior de la mandíbula, sigue una dirección oblicua hacia abajo y atrás para insertarse en la cara anterior del cuerpo del hueso; entonces actúa como un depresor de la mandíbula. <sup>6</sup>
- 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. Es importante recordar que además de las estructuras musculares, ya comentadas, existen en esta zona importantes relaciones con el conducto de Wharton (que drena la saliva de la glándula submandibular) y su carúncula de salida, con el conducto de Bartolin o de Rivini (que drena la saliva de la glándula sublingual), el nervio lingual y los vasos sublinguales. <sup>5</sup>

### **Exploración de la cavidad bucal y el frenillo lingual.**

La exploración tiene que comenzar por los tejidos blandos, iniciando con los labios y continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares incluye en su inspección y palpación para comprobar la existencia de los cambios de coloración en su superficie, áreas inflamadas, ulceraciones, fístulas, mordeduras, etc.

Se continúa con el Istmo de las fauces, está situado entre el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores. Es el límite posterior de la cavidad bucal y la comunica con la faringe. Los pilares anteriores y posteriores delimitan la fosa amigdalina. El velo, la orofaringe y la fosa amigdalina deben ser examinadas en cuanto a: forma, tamaño, movilidad de la úvula, aspecto y tamaño de las amígdalas o si estas presentan síntomas de inflamación o hipertrofia que pueden repercutir en la posición de la lengua (baja y adelantada).<sup>7</sup>

La exploración del paladar duro y el paladar blando que incluye su inspección, palpación y valoración funcional del IX par craneal (glossofaríngeo); se observa su forma, integridad y ausencia de lesiones, tales como existencia de fisuras, ulceraciones, tumefacciones por infección herpética, etc.,. O bien a un factor traumático.<sup>8</sup>

La lengua se examina en reposo y en movimiento. La evaluación en reposo, mediante inspección directa y en extensión, se realiza sujetando la punta con una gasa para observar la cara dorsal, la base y los bordes. Se pide al paciente realice movimientos linguales hacia afuera, arriba y a los lados. Durante la inspección debe presentar una coloración normal, sonrosada y con ausencia de lesiones. En la cara dorsal de los dos tercios anteriores de la lengua se hallan cuatro tipos de papilas -filiformes (largas y delgadas, las más abundantes), fungiformes (tienen forma de hongo, se pueden reconocer por su aspecto de puntos rojos), foliadas (aparecen como surcos longitudinales a lo largo de los costados de la lengua) y caliciformes (o circunvaladas, son muy grandes y forman una hilera en forma de V en el borde de las porciones oral y faríngea de la lengua) y el foramen caecum o el agujero ciego -ubicado en el vértice de la V lingual que es un vestigio del conducto tiogloso. La amígdala lingual, constituida por cúmulos linfoides, se ubica en el borde lingual más posterior. En la cara ventral de la lengua se observan las venas raninas, el frenillo y, cerca de la punta, glándulas linguales anteriores.<sup>7,8</sup>

En el piso de boca se observa la mucosa que lo recubre, la cual debe ser fina y deslizante, también se observan las carúnculas sublinguales, eminencias redondeadas que se ubican en ambos lados del frenillo, corresponden al relieve de las glándulas sublinguales, observándose la densidad de la saliva que fluye en ellas. La palpación del piso de la boca es endo-bucal, exo-bucal y bimanual. Consistente en colocar el dedo índice de una mano dentro de la boca (endo-bucal) para que recorra y reconozca las distintas estructuras, y la mano contraria (exo-bucal) haciendo plano submandibular. Debe palparse la cara interna de la mandíbula, la línea oblicua interna, el torus mandibular, la apófisis geni, las glándulas y los ganglios sumaxilares.<sup>7</sup>

Las encías por su inmediata relación con los dientes son frecuente asiento de inflamaciones vestibulares, origen en ocasiones, de trayectos fistulosos por patología pulpar o periodontal; también en ellas pueden localizarse las lesiones inflamatorias, herpéticas, aftosas o de otra naturaleza; pueden sufrir aumentos de volumen (hipertrofia), localizados o generalizados, de origen infeccioso o medicamentoso, así como recesiones por patología intrarradicular, inserción de frenillos, etc.<sup>8</sup>

La exploración de frenillos pondrá de manifiesto su relación con los dientes y la encía adherida especialmente en la región anterior y en ocasiones asociados con la presencia de defectos mucogingivales (incisivos inferiores) o diastemas traumáticos. La exploración debe centrarse fundamentalmente en los labiales superior e inferior y en el lingual. Al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño normal, corto, hipertrófico, así como su inserción apical, gingival o profunda, mediante la tracción suave y observando la isquemia en el periodonto; también se ha de verificar la movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua.<sup>8</sup>

Muchas veces el frenillo lingual del neonato es muy corto y se inserta cerca de la punta de la lengua y limita la movilidad de la lengua, lo cual perjudica el

amamantamiento normal del niño lo que le provoca un peso pobre.<sup>9</sup> En la mayoría de los casos esto se corrige espontáneamente en los primeros años de la vida (2-5) por el crecimiento en altura de la cresta alveolar y el desarrollo de la lengua.<sup>10</sup>

Cuando se sospecha alguna alteración en la función del habla y del lenguaje debemos buscar signos y síntomas de alteración en estas funciones básicas, lo mismo que de las estructuras productoras del lenguaje: mecanismo respiratorio, laringe, lengua, dientes, paladares blando y duro, labios, faringe y cavidades nasales.<sup>11</sup>

Lenguaje: pronunciación de sonidos vocales articulados que forman palabras para expresar las propias ideas o pensamientos.<sup>1,12</sup>

Habla: La expresión oral comunicativa abarca diversas funciones básicas:

- Respiración: Provisión de aire para la producción de sonido.
- Fonación: Aspecto laríngeo de la producción de sonidos.
- Resonancia: Modificación selectiva del sonido producido en la laringe por las características anatómicas y fisiológicas de los mecanismos del lenguaje, y en conjunto las cavidades nasales y los senos contribuyen a la resonancia.<sup>13</sup>
- Articulación: Se refiere a la posición y movimientos de los labios, dientes, lengua, mandíbula, paladar y otras estructuras asociadas durante el habla.<sup>14</sup> Producción de sonidos y modificación selectiva de la respiración localizada y no localizada en los segmentos articulatorios de los mecanismos del lenguaje. Es una función interrelacionada con la resonancia, cuando falla alguno de estos elementos no se pueden articular bien las palabras o fonemas.
- Pronunciación: Distribución de los sonidos del lenguaje en un orden prescrito de sílabas, con aplicación de tensión silábica adecuada.
- Comprensión y uso del lenguaje. Proceso de simbolización que abarca formulación y comprensión del lenguaje y otras formas simbolizas.<sup>11</sup>

Los usos o puntos de articulación de los fonemas varían según el sonido que les antecede o les sucede, de acuerdo con la posición que tienen en la palabra, conforme a las normas sociales propias de cada entidad lingüística y según las normas individuales del hablante reforzadas por el hábito.<sup>12</sup>

### **Conceptos de Anquiloglosia**

Anquiloglosia parcial o lengua atada: Es una alteración muy frecuente y por lo regular es causada por un frenillo lingual corto o de uno que está demasiado cerca de la punta de la lengua.<sup>15</sup>

Anquiloglosia completa: Es una anomalía oral congénita caracterizada por un frenillo lingual fusionado entre la lengua y el piso de boca.<sup>9</sup>

Según estudios de patología del habla, solo la anquiloglosia completa afecta la fonética en un grado relevante. Por tanto, no se debe realizar frenectomías linguales, sino hasta ser evaluados por un Terapeuta del lenguaje.<sup>16</sup>

### **Signos clínicos del frenillo lingual corto.**

- El diagnóstico de anquiloglosia (completa o parcial), se basa principalmente en la incapacidad del paciente para tocar el paladar con la lengua cuando tiene la boca abierta y de protruir la lengua 1 o 2cm mas allá de los incisivos inferiores.<sup>17</sup> Esta anquiloglosia a su vez provoca:
  - Dificultades en la succión. Esto ocurre rara vez pero un frenillo prominente dificulta la succión por parte del recién nacido y puede causar inflamaciones del pezón materno.<sup>9</sup> Es importante conocer y descartar otros factores etiológicos de la succión, como pueden ser insuficiente desarrollo muscular, diversas miotonías (contracción de uno o varios músculos) y compromisos de la vía aérea como la

atresia de coanas (anomalía congénita en la que una oclusión ósea o membranosa bloquea la vía de paso entre la nariz y la faringe).<sup>18</sup>

- Dificultad en la deglución. Se favorece la persistencia de una deglución atípica (posición de la lengua entre los incisivos) lo cual provocará la inclinación vestibular de los incisivos superiores e inferiores con la aparición de una mordida abierta anterior y un colapso en el crecimiento del maxilar superior.
  
- Alteraciones en la fonación, sobre todo de las consonantes linguo-dentales (Sonidos articulados con la punta de la lengua como órgano activo y el borde de los incisivos superiores como el órgano pasivo).<sup>19</sup> Es evidente que el paciente tiene los movimientos linguales disminuidos, no puede excursionar la lengua más que un breve techo y no logra tocar el paladar con ella, con la boca abierta. Es necesario que esté inmovilizada para que no pueda llegar a articular las consonantes de manera auditiva satisfactoria. Para establecer si la dificultad en mover la lengua imposibilita la emisión correcta de ciertos sonidos o fonemas, pues no siempre existe relación entre los dos, se debe consultar con un Terapeuta del Lenguaje. Pueden estar alterados los sonidos “t”, “d”, “n”, “l”, “s”, “r”, “r” “z”, etc.,<sup>20</sup> de acuerdo con el desarrollo de la pronunciación de cada letra en su edad correspondiente (Tabla 1). Entre los 5 y 7 años de edad el niño ya debe haber adquirido todos los sonidos pertenecientes a su lengua materna, y nada será acrecentado, lo que va a modificar es el conocimiento de nuevas palabras que enriquecen el vocabulario, lo que ocurrirá por el resto de su vida.<sup>16</sup> Una vez realizada la exéresis del frenillo, el paciente deberá acudir al Foniatra, Logopeda o Terapeuta del Lenguaje para solucionar los problemas de fonación y lenguaje.<sup>21</sup>

Tabla 1.

*DESARROLLO DE LA PRONUNCIACIÓN  
EDAD (AÑOS).*

<b>SONIDO</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>a</b>	❖					
<b>i</b>	❖					
<b>u</b>	❖					
<b>o</b>	❖					
<b>e</b>	❖					
<b>p</b>		❖				
<b>t</b>		❖	❖			
<b>k</b>		❖	❖			
<b>h</b>		❖				
<b>d</b>		❖	❖			
<b>g</b>		❖	❖			
<b>m</b>		❖				
<b>n</b>		❖				
<b>ñ</b>		❖	❖			
<b>f</b>			❖			
<b>v</b>				❖	❖	❖
<b>s</b>			❖	❖	❖	❖
<b>z</b>				❖	❖	❖
<b>ch</b>				❖	❖	❖
<b>j</b>				❖	❖	❖
<b>l</b>			❖	❖	❖	
<b>r</b>			❖	❖	❖	

Las barras corresponden en su punto de partida a la edad en la cual, aproximadamente, un 50% de los niños pronuncian el sonido correctamente; y el punto de llegada, a la edad en la cual el sonido ha sido adquirido por la mayoría de los niños.\*

---

\* Fuente: Margarita E. Nieto Herrera. Editorial Méndez Oteo. Anomalías del lenguaje y su correlación. México D.F., 1967; 74, 75.



- En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal o bífida y encorvada hacia dentro.
- Dificultad en la autoclisis. La anquiloglosia parcial limita la lengua en su función limpiadora en el vestíbulo bucal. Se cita el aumento de la incidencia de caries en los molares por este motivo.
- Ulceraciones linguales. Pueden producirse ulceraciones en la lengua o en el frenillo dado que aquella está pegada a los dientes anteriores, y se produce un roce o microtrauma continuo.
- Problemas ortodóncico-ortopédicos. El frenillo lingual en el niño tiene tendencia a corregirse espontáneamente. Sólo el 0.04% de los niños presentan anquiloglosia. Esto va en contra del tratamiento de rutina de anquiloglosia en el lactante. Cuando en un niño en crecimiento, el frenillo lingual está insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y alteraciones del lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto de la apófisis alveolar, la lengua adopta una posición plana en el suelo de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir. Este problema se manifiesta con una inclinación labial excesiva de estos dientes.  
Otra consecuencia de la posición aplanada del dorso de la lengua es que la bóveda palatina y el arco maxilar superior tienden a ser estrechos, es decir a colapsarse. El desarrollo deficiente de la arcada superior es debido a que al estar retenida la lengua en el suelo de la boca, los bordes alveolares del maxilar superior no son estimulados para expandirse lateralmente, de modo que frecuentemente se produce una oclusión cruzada posterior y una mordida abierta anterior.

Si la cirugía está indicada y la frenectomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, a veces la posición de los dientes y la forma del arco maxilar superior se corrigen solas, pero aunque no ocurra esto, la corrección quirúrgica y la reeducación de la lengua por lo menos evitan que el tratamiento ortodóncico fracase.

- Diastema interincisivo inferior. Este tipo de problema se presenta con poca frecuencia en el frenillo lingual, y en muchos casos se asocia a un frenillo labial inferior hipertrófico. El cordón fibroso se extiende entre los incisivos centrales inferiores hacia vestibular y provoca un diastema.
- Alteraciones en relación con la prótesis. La presencia de un frenillo lingual anormalmente corto o con una inserción alveolar alta en un individuo desdentado, puede comprometer la estabilidad de una prótesis removible inferior. El movimiento de la lengua puede desalojar con facilidad la prótesis si la inserción del frenillo en la cara lingual de la mandíbula está cerca de la cresta alveolar. Esto también puede suceder con un frenillo de longitud relativamente normal.  
Será preciso en estos casos efectuar una frenectomía y en los casos que se asocia a frenillo labial inferior incluso puede indicarse una vestibuloplastia.<sup>22</sup>
- Patología periodontal. Cuando el frenillo lingual se inserta en la papila interincisiva lingual produce tracción sobre ella con los movimientos de la lengua lo que se traducirá en la aparición de problemas periodontales en la zona lingual de los incisivos centrales inferiores.<sup>5</sup>

## **Tratamiento para el frenillo corto.**

### Tratamiento conservador.

Cuando estamos ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia parcial moderada y en una edad temprana aproximadamente de 6 años, puede recomendarse un tratamiento conservador mediante mecanoterapia (Fisioterapia miofuncional de la lengua), que lleva a cabo una Terapeuta de lenguaje, el cual trabaja con el niño, en una serie de ejercicios tales como son:

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

Se realizan los ejercicios y si en un determinado tiempo (6 meses aproximadamente), no hubo cambio alguno en sus terapias se recurre al tratamiento quirúrgico.

Estos 3 ejercicios se deben realizar 10 veces cada uno, 3 veces al día. Estos ejercicios son también recomendables después de hacer frenectomía lingual.<sup>5</sup>

### Tratamiento quirúrgico

#### *FRENECTOMÍA LINGUAL*

Antiguamente se efectuaban frenectomías en los Servicios de Pediatría destinados a niños lactantes ante la sospecha de una anquiloglosia completa o parcial que pudiese dificultar la succión del lactante. En la mayoría de los casos no se obtenía un resultado definitivo.

El frenillo lingual debe ser eliminado en las anquiloglosias completas debido a la gran restricción de los movimientos linguales. Los niños muchas veces se adaptan a una inserción corta pero también es recomendable la exéresis quirúrgica. Los niños con anquiloglosia parcial o moderada son los más difíciles de evaluar. La mayoría de estos niños no parecen tener alteraciones en la fonación, ni ninguna otra patología referida a la presencia del frenillo lingual.

Otras razones para decidir la exéresis del frenillo lingual son: alteraciones de la deglución, dificultad para comer y beber, dificultad para tocar instrumentos de viento, etc., y en los adultos, inestabilidad de la prótesis.<sup>5</sup>

### **Técnicas de Frenectomía Lingual.**

#### *Exéresis romboidal del frenillo lingual.*

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

- Anestesia

La frenectomía se puede hacer con anestesia local o general.

Cuando se hace anestesia locorregional se pueden efectuar dos técnicas:

- Anestesia troncular bilateral (bloqueo) del nervio lingual e infiltración de la zona operatoria (entre las carúnculas de los conductos de Wharton) con fines hemostáticos.
- Anestesia local infiltrativa o ambos lados del frenillo y en todo su recorrido. Esta técnica nos parece más adecuada y en caso de tener que efectuar la intervención quirúrgica en un niño o en un adulto podremos además hacer una sedación endovenosa o con oxido nitroso,

ya que la infiltración de anestesia local en la superficie ventral de la lengua y en el suelo de la boca es dolorosa y difunde rápidamente. También puede recomendarse la anestesia tópica en la cara ventral de la lengua previa a la infiltración de la sustancia anestésica. Con motivo de la rica vascularización de la región también se aconseja la infiltración local para mejorar la hemostasia aunque se haga anestesia general. La cirugía en el lactante exige realizar una anestesia general y los riesgos de esta técnica son elevados antes de los seis meses de edad; por ello el tratamiento quirúrgico se suele diferir, por lo menos, hasta los 3-5 años edad.

La anestesia juega un papel muy importante en el bloqueo de la zona en donde se va a realizar la cirugía, ya que estamos trabajando con pacientes pediátricos y el control del dolor en ellos, favorecerá su comportamiento y cooperación durante la consulta.<sup>23</sup>

- Preparación de la zona operatoria.

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

- Incisión y disección.

Se hace una incisión horizontal en el centro del frenillo, manteniendo la lengua hacia arriba para estirarlo<sup>24</sup>. Debe tenerse cuidado de hacer la incisión aproximadamente 1cm por arriba de las carúnculas de salida de los conductos de drenaje de las glándulas submaxilares, es decir más o menos

a mitad de camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas de los conductos de Wharton. Una vez pasada la mucosa, la disección se limita a la línea media. El músculo geniogloso puede seccionarse transversalmente con las tijeras o con bisturí, hasta que se obtenga el grado deseado de movilidad lingual. El sangrado en el fondo de la herida, en forma de diamante o romboidal, se controla fácilmente con ligaduras o coagulación. Al hacer la intervención debe dedicarse especial cuidado a no lesionar los conductos de Wharton.

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

- Sutura

Se cierra el defecto romboidal con puntos separados como una incisión lineal longitudinal. La mejora conseguida en la movilidad lingual se comprueba antes de suturar. Si se cierra bien la incisión en la superficie ventral de la lengua, no hace falta hacer un cierre tenso en el suelo de la boca. De esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio con menos tumefacción en el postoperatorio.

Se utiliza sutura atraumática de ácido poliglicólico de 3 ó 4/0 con aguja C14 ó C12. Se prefieren las suturas reabsorbibles porque en esta región es difícil y doloroso retirar los puntos.

*Exéresis romboidal del frenillo lingual con pinzas hemostáticas.*

Otra técnica para eliminar el frenillo lingual consiste en aplicar una pinza hemostática en la zona lingual y otra en la zona del frenillo más cercana a las carúnculas de los conductos de Wharton, y las puntas de ambas pinzas se

encuentran en la profundidad del frenillo. Con el bisturí se elimina y extirpa el tejido contenido entre estas pinzas. Finalmente se procede a la sutura. Se prefiere utilizar la sonda acanalada de Petit o de Nelaton, para retraer la lengua hacia atrás, y realizar la incisión transversal con bisturí.

En algunas ocasiones pueden existir adherencias o bridas cerca de la zona lingual de la mandíbula (apófisis geni) por delante de las carúnculas de salida de los conductos de Wharton. Esto no obligará a efectuar otra incisión en esta área para liberar la lengua convenientemente. El defecto que en ocasiones queda en el proceso alveolar se deja cicatrizar por segunda intención.

#### *Plastia V-Y en el frenillo lingual.*

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

Kruger, Worhington y Evans recomiendan la plastia V-Y para eliminar el frenillo lingual. En este caso la V tiene un ángulo abierto hacia la base de la lengua. Algunos autores como Daban también recomiendan el uso de la Z-plastia para estos casos.

#### *Exéresis del frenillo lingual con láser.*

En algunos otros países como en España también suelen recomendar la exéresis del frenillo lingual con láser por ser una alternativa segura, eficaz, rápida y porque el postoperatorio suele ser mas cómodo, sin dolor.<sup>25</sup>

## **Técnica de Frenectomía Lingual utilizada a pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.**

Los pacientes que requieren dicha cirugía, se les realiza con la técnica de Exéresis romboidal del Frenillo Lingual con pinza hemostática, se escogió esta técnica porque nos permite una mayor estabilidad del frenillo lingual, es menos traumática y por lo regular los puntos de sutura tienden a caerse solos. Algunos de estos pacientes tienen diversas patologías sistémicas que no les permite tener una cita dental como un niño completamente sano por lo cual,<sup>26</sup> de acuerdo con la buena disposición y cooperación del niño se le efectúa el tratamiento sin mayores problemas, si el paciente tiene problemas de conducta en la consulta odontológica, se utilizan ciertas técnicas para controlar y modificar esta conducta negativa del niño, tales como:

- Técnicas de comunicación:

Lenguaje Pediátrico: Al hablar con un niño, hay que tener mucho cuidado en escoger el lenguaje apropiado. Hay que ponerse al nivel del niño en palabras e ideas. Ha de ser un lenguaje que pueda entender. Nunca hay que mentir o engañar a los niños. Con niños pequeños está indicado añadir algo de fantasías a la conversación. Se debe de tener la precaución de no utilizar un lenguaje ofensivo que ellos puedan interpretar como un lenguaje para niños más pequeños. Hablar siempre a su nivel o a un nivel ligeramente superior. Hay que dar pocas instrucciones cada vez. El niño no puede responder a muchas instrucciones en corto espacio de tiempo, y además estas deben ser claras y razonables. Se deben hacer pequeñas adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades. La distracción es un elemento activo para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento no agradable.

“Decir, mostrar y hacer”: Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier



maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo; 2) mostrar al niño exactamente como se va a llevar a cabo la técnica, y 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado. La selección de las palabras es importante en la técnica de “decir, mostrar y hacer”. El éxito se obtendrá cuando el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender.

Control de voz: Con esta técnica, el odontólogo adopta una actitud autoritaria. Está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose de un berrinche. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones.<sup>8</sup>

- Técnicas de modificación de la conducta.

Refuerzo: Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es permitida tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continua sin premiarse tiende a desaparecer. Los niños reaccionan de manera favorable a los refuerzos positivos, ya que es un modo de demostrar que los logros se valoran. Estos reforzadores positivos pueden ser de “Tipo social” (elogios, expresiones faciales de agradecimiento, sonrisas) o bien en forma de “premio activo” (estampas, cromos, cepillos de dientes, etc.).

Desensibilización: La desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir ansiedad innecesaria. La técnica consiste en enseñar técnicas de relajación muscular para disminuir la ansiedad del niño y también el clínico debe establecer una escala de dificultad de los diversos procedimientos, debe realizarlos e introducirlos paulatinamente, primero los que puedan producir menos ansiedad para finalizar con los más difíciles.<sup>27</sup>

Imitación: Con esta técnica el niño puede aprender sobre la situación dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Algunos Odontopediatras emplean técnicas por imitación al diseñar sus consultas de una manera abierta para que los niños puedan verse unos a otros. Otro método que se ha mostrado efectivo es enseñar una película de un niño que recibe tratamiento.<sup>17</sup>

- Técnicas de enfoque físico.

Bloques de mordida y/o abre bocas. Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que otros presentan más problemas, ya que incluso se niegan a abrir la boca.

Mano sobre boca (MSB). La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello esta prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con algún tipo de discapacidad. En pleno ataque del “berrinche” el profesional coloca firmemente su mano sobre la boca del niño. La asistente controla las manos y las piernas para frenar la agitación de brazos y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en que este dispuesto o cooperar.<sup>8</sup>

- Control físico por parte del profesional:

Cuando vemos que aún con las técnicas ya mencionadas el niño no coopera y se resiste al tratamiento odontológico, la “lucha” esta y el odontólogo tiene que ganar.<sup>28</sup> En otras palabras, se utiliza la técnica de sujeción gentil (Fotografía 1), la cual se realiza en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que consiste en la inmovilización del paciente en el sillón dental por medio de sabanas que han sido adaptadas para tener un control de los movimientos del paciente

(tronco, brazos, manos, cintura, piernas y pies) y esta técnica se realiza entre tres personas, el operador y el asistente dental, se encargan de sujetar al paciente en el sillón dental y una tercera persona que puede ser algún familiar o acompañante, se encarga de sujetar la cabeza con los dedos entre cruzados sobre la frente del paciente. Esta técnica se realiza con la finalidad de proteger al niño de algún movimiento brusco que le pudiera causar una lesión o un mal control de agujas o instrumentos punzo cortantes por parte del Odontólogo, al realizar su tratamiento.

Fotografía 1



Realizando la técnica de sujeción gentil.

También es importante tener un conocimiento previo de la conducta de los pacientes pediátricos, es por eso que debemos saber las diferencias de carácter, de educación, de vida social y familiar, que pueden determinar la conducta de los diferentes tipos de niños, los cuales exigen tratamiento personalizado y cuidados especiales para ser orientados y adaptados a la consulta normal.<sup>29</sup>

Algunos tipos de comportamiento que generalmente perjudican la conducta del niño en la consulta odontológica:

1. Arrogante y orgulloso. Suele hacer como que no ve a sus compañeros. Casi siempre es violento y agresivo, no admite la menor crítica a su persona o a sus trabajos. Por lo general se trata de un niño inteligente, debe ser llevado en forma discreta a que advierta lo ridículo de sus actitudes. Se recomienda reeducar dándole responsabilidades y demostrándole que se le tiene confianza.
2. Exhibicionista. Procura hacerse ver, sea por los excesivos cuidados de su vestuario o bien por su trato personal, o haciendo gala de sus conocimientos. No debe prestársele mucha atención tratándolo rigurosamente igual que a los demás.
3. Saboteador. Se propone perjudicar por todos los medios, protestando contra las obligaciones y haciendo preguntas con o sin sentido durante toda la consulta. Se debe responder sucinta y secamente, a las preguntas dentro del tono de quien entiende las “intenciones” que éstas llevan.
4. Distraído. Es, a veces, una variante del tipo saboteador. Se diferencia de aquél en que su acción es indirecta. Se hace el distraído y distante y cuando se le interpela, acostumbra a responder: ¿Es a mí? Se debe interrogar continuamente al distraído hasta que resuelva abandonar esta actitud porque es preciso que haga un esfuerzo para distraerse menos.
5. Payaso. Se presta para todas las bromas, aceptándolas con aparente satisfacción. Procura a su vez, ridiculizar todas las cosas. Para hacer motivo constante de risas. Generalmente es un niño flojo. En algunos casos su comportamiento es excelente, pero autoconvencido de su gracia.
6. Olvidadizo. Siempre se olvida de los deberes u otros aspectos. En este caso, se debe ayudar a formar hábitos de antiolvido, como por ejemplo no dirigirse a la consulta sin verificar sí antes su higiene bucal está completa.

7. Explosivo. Es el que está acostumbrado a descontrolarse con acceso de ira e impertinencia. Cuando eso ocurre, no se debe intervenir dejando que el niño se manifieste a voluntad. Le será luego más fácil hacer que se sienta o que lo haga sentirse ridículo. Lo aconsejable es que continúe normalmente, como si nada hubiese ocurrido.
8. Interesado. Por lo general este tipo de niño se interesa con el único objeto de agradar y de sacar partido de su amistad. Se trata de un tipo monopolizador. No debe prestársele mucha atención ni hacerlo objeto de consideraciones especiales, por el contrario, debe cargarlo de mayores obligaciones, con suerte de que la amistad se enfríe.
9. Tímido y nervioso. Es retraído, sin embargo, suele descontrolarse fácilmente, quedando entonces avergonzado y con dificultades para expresarse, pudiendo, en esos casos, llegar hasta las lágrimas. Es muy sensible a las observaciones debido a lo cual se tiene que ser paciente con él y no insistir en las actitudes que hieran su susceptibilidad, tratándolo con delicadeza y atención, a fin de que se sienta seguro.
10. Vencido. Se considera incapaz de compartir y procura sustraerse a las dificultades no participando en las actividades normales de la consulta, en las que únicamente interviene cuando se le insiste para que lo haga. Este tipo de niño debe ser convenientemente estimulado. Para ello se le deben proporcionar tareas en las que triunfe y tenga oportunidad de lucimiento, a fin de que paso a paso, vaya tomando confianza en sí mismo.
11. Parlanchín. Habla siempre hasta por los codos, perturbando a todo mundo; a este niño se le debe mantener ocupado todo el tiempo posible y dirigiéndole continuamente preguntas, hasta que resuelva cambiar de comportamiento. Es también aconsejable que en conversaciones privadas, le haga sentir en qué medida su conducta perjudica a los demás.<sup>29</sup>

### **Posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico.**

La posible lesión de los conductos de Wharton o de las carúnculas sublinguales provocará constricción cicatricial y con ello, estasis salival. Si acontece esta complicación se impondrá acceder a la zona lesionada y hacer una Whartonostomía de derivación, lo que evitará tener que realizar una submaxilectomía.

### **Recomendaciones postoperatorias.**

En el postoperatorio se produce ligera tumefacción en el suelo de la boca, y dolor moderado que se puede controlar con analgésicos. Se recomienda que el paciente consuma una dieta líquida (evitar los zumos de frutas) porque los movimientos de la lengua causaran molestias durante varios días. Puede producirse una cierta equimosis por dejar pasar algo de sangre a partir de los músculos seccionados. La formación de un hematoma se previene con una buena hemostasia antes de colocar los puntos y no suturando la herida con demasiada firmeza ni herméticamente.

El paciente debe empezar tan pronto como sea posible, un programa de ejercicios que deberán efectuarse como mínimo durante dos meses. Esta movilización precoz de la lengua permitirá vencer la retracción cicatricial. Si la cirugía se indicó para corregir el problema de lenguaje, sería conveniente estar en contacto con el tratamiento del Terapeuta del Lenguaje.

## **Resultados que se deben obtener.**

Con la aplicación de la técnica quirúrgica escogida, y la realización de los ejercicios de fisioterapia miofuncional, debe obtenerse una movilidad lingual normal:

- La punta de la lengua debe ser capaz de protruir fuera de la boca sin formarse ninguna hendidura (lengua bífida).
- La punta de la lengua debe poder extenderse sobre los labios sin tensión.
- Cuando la lengua se retruye el tejido lingual no debe contactar con los dientes anteriores.
- La lengua no debe hacer excesiva fuerza sobre la cara lingual de los dientes anteroinferiores.
- El frenillo lingual debe permitir una deglución correcta.
- El frenillo lingual no debe crear un diastema entre los incisivos centrales inferiores.
- En los niños pequeños la punta de la lengua no debe tener abrasiones ni ulceraciones traumáticas.
- El frenillo del recién nacido no debe dificultar la lactancia materna (succión del pezón de su madre).
- Los niños no deben presentar dificultades en el habla asociadas con limitaciones del movimiento de la lengua.<sup>5</sup>

# **PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES HA REALIZADO FRENILECTOMÍA LINGUAL**

## **PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 1**

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre: Aguirre Ramirez Irving.

Sexo: Masculino.

Edad: 9 años 9meses.

Fecha de nacimiento: 17-Febrero-1997

Dirección: Presa # 2 Col. Malinche Del. Magdalena Contreras.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Karina Ramírez Campos (mamá)

Alergias: Ninguna

#### **MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:**

Porque es hiperactivo y tiene problemas de lenguaje y de aprendizaje en la escuela (padre).

#### **MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:**

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.



#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padre con Diabetes Mellitus tipo II.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Familia disfuncional.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

No refiere datos.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

Cursa Segundo Grado de Primaria lo envían por problemas de conducta y de lenguaje.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.

- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

#### DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Trastorno Hipercinético de la actividad y la atención F90.0. Retraso Fisiológico del desarrollo y lenguaje R62.0.

#### DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de frenillo lingual corto y limitante de movimiento.

#### PRONÓSTICO:

Favorable.

#### PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

#### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.

- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

### **SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

08 de Septiembre del 2006

- Se presenta el paciente con su papá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño explicándole los instrumentos y el equipo que se utilizará para que los vaya conociendo. El niño de primera instancia no coopera para la realización del tratamiento aún utilizando las técnicas de modificación de conducta, por lo cual se somete a sujeción gentil.
- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar, cerciorándose de no lastimar alguna otra zona adyacente con la pinza. Con la mano izquierda el operador levanta la lengua hacia arriba, deteniendo la pinza, y con la mano derecha con unas tijeras de cirugía corta el frenillo haciendo dos cortes, uno por arriba de la pinza y otro por debajo de la pinza hemostática. Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.
- Inmediatamente el asistente ya tiene preparada la sutura y la pasa al operador, quien procede a la colocación de los puntos de sutura, que se ponen aislados uniendo los dos lados del rombo que se forma después de las incisiones.

- Se le dan indicaciones al papá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas, los cuales son: que coma cosas blandas, no irritantes como picante o limón y que tome muchos líquidos.

17 de Septiembre del 2006.

- Faltó a su cita.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO No. 2

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Fabiola Itzel Hernández Valencia.

Sexo: Femenino.

Edad: 6 años

Fecha de nacimiento: 10 de Noviembre del 2000

Dirección: Lazaro Cardenaz Mz. 115 Lt. 33 Col. San Miguel Teotongo Del. Iztapalapa C.P. 09630

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Nombre del padre o tutor: Leticia Valencia Jaimes (mamá).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

La traigo porque no habla bien y no puede permanecer nunca quieta.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Tía paterna con depresión. Primo del padre esquizofrénico.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Familia formada por la madre, abuelos maternos, tías maternas, hermanas de 13 y 6 años sanas. El padre en EU. desde hace un año, llama por teléfono seguido. Buenas relaciones intrafamiliares, supervisión inadecuada de los padres.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Traumatismos Cráneo Encefálicos frecuentes sin secuelas aparentes.

#### COMENTARIOS AL DESARROLLO:

Retraso en el desarrollo motor y de lenguaje.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

Problemas de conducta en el Kinder.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental moderada, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.

- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

#### DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Trastorno por déficit de atención F90.0. Otros trastornos del lenguaje y del habla.  
Retraso en el desarrollo fisiológico R62.0

#### DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de Frenillo Lingual corto y limitante de movimiento.

#### PRONÓSTICO:

Favorable.

#### PLAN DE TRATAMIENTO:

Control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial y Frenectomía Lingual.

#### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- La paciente será atendida utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.

- Después se realizarán revisiones generales de boca, se le da educación para la salud tanto a padres como a la niña con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

### **SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

18 de Septiembre del 2006.

- Se realiza llenado de Historia Clínica.
- La niña se encuentra muy nerviosa por lo cual se utiliza la técnica de sujeción gentil, y se procede a anestesiar con puntos locales alrededor del frenillo lingual.
- Se tracciona el frenillo con una pinza hemostática y se realizan dos cortes, uno por encima de la pinza y otro por debajo con unas tijeras de cirugía. Se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.
- Se procede a suturar con puntos aislados uniendo los lados del rombo que se forma después de las incisiones.
- Se le dan indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con la niña en las próximas horas.

26 de Septiembre del 2006.

- Llega la paciente muy tranquila, sin necesidad de sujeción se revisa el postoperatorio y se retiran los puntos de sutura.

16 de Noviembre del 2006.

- Faltó a su cita.



08 de Junio del 2007.

- Se realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Observaciones: La niña era muy tímida y casi no hablaba y llevo a su cita dental muy cambiada con respecto a su lenguaje, la madre refiere que la niña asistió a sus terapias de lenguaje y están por darla de alta.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 3

### **HISTORIA CLÍNICA.**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Martínez Martínez Rogelio

Sexo: Masculino

Edad: 6 años 7 meses

Fecha de nacimiento: 01 de Abril del 2000

Dirección: Calle Oaxaca Col. San Francisco Apolocalco. Del. Iztapalapa. Mz. 35 Lt.  
4 C.P. 9637

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Martínez Serna Eulalia (madre).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

No habla bien. Es muy berrinchudo, agresivo y no come bien. (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Abuelo materno finado por Cáncer, prima hermana epiléptica, así como un primo hermano de la madre. Resto interrogado y negado.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Habita en casa rentada, construida de mampostería, con todos los servicios de urbanización. Cohabita con sus padres y hermana de 1 año. El padre ayudante de albañil con primaria completa, la madre es ama de casa con primaria completa, con aparentes buenas relaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Aparentemente sano.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

Problemas de lenguaje.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del frenillo lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Retardo del desarrollo Fisiológico R62.0

DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de Frenillo Lingual corto y limitante de movimiento.

PRONÓSTICO: Favorable.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

## SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

16 de Octubre del 2006.

- Se presenta el paciente con su papá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño. El niño de primera instancia no coopera para la realización del tratamiento aún utilizando las técnicas de conducta “dice tener mucho miedo”, por lo cual se somete a sujeción gentil.
- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar (Fotografía 2). Se procede al corte del frenillo con dos cortes uno por arriba de la pinza y otro por debajo de ella. Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.

Fotografía 2.



Tracción del frenillo lingual con la pinza hemostática.

- Se procede a suturar colocando puntos aislados uniendo los dos lados del rombo que se forma después de las incisiones (Fotografía 3).

Fotografía 3.



- Se le dan indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.
- Se le coloca una estrella y se le da un globo al niño felicitándolo por lo bien que se portó (Fotografías 4 y 5).

Fotografía 4.



Fotografía 5.



Se premia a Rogelio para estimular su cooperación en sus próximas citas dentales.

25 de Octubre del 2006.

- Rogelio viene muy tranquilo a su cita dental (Fotografía 6).

Fotografía 6.



Rogelio se presenta para revisar el postoperatorio.

- Al revisar el postoperatorio se cayeron solos los puntos de sutura y la herida va cicatrizando adecuadamente por lo que el niño refiere no tener molestias (Fotografía 7).

Fotografía 7.



Los puntos de sutura se cayeron solos y la herida de la incisión esta cicatrizando.

- Se le pide al paciente sacar la lengua lo más que pueda y es notable la mejoría que se obtuvo con la Frenectomía Lingual. (Fotografía 8). También se pide al paciente eleve su lengua hasta el paladar y que pronuncie algunas palabras, el niño mejoró notablemente pero ahora se le indica que continúe con sus terapias de lenguaje.

Fotografía 8



Se observa que Rogelio puede realizar los movimientos de la lengua que se le indican, sin tanto esfuerzo.



## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 4

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Ortiz Pacheco Brandon

Sexo: Masculino

Edad: 11 años 7 meses

Fecha de nacimiento: 18 de marzo de 1995

Dirección: Ignacio Allende # 7 Col. Jardines de Morelos. Ecatepec. Edo. de México.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Lidia Pacheco Villa (Madre)

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA EN EL HOSPITAL:

“Me mandan del Hospital Infantil porque dicen que ellos no pueden atenderlo, no se porque” (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padre: 53 años de edad, escolaridad carrera técnica, labora como jefe de taller de artes gráficas, antecedentes de Diabetes Mellitus y antecedentes de alcoholismo.

Madre: 26 años de edad, escolaridad carrera técnica, ama de casa, obesa, antecedentes de consumo de alcohol y drogas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

La Madre refiere una disfunción familiar reservada. La familia es nuclear se conforma por ambos padres e hijo.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Interrogados y Negados.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

2-4 años: Maternal problemas de conducta.

4-6 años: Preescolar problemas de conducta.

6 años: Ingresa a primaria repetidor de primer grado problemas de conducta y de lenguaje.

Segundo Grado bajo rendimiento escolar.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Olamzapina a 2.5mg por día. Tabletas de 200mg 1 por día.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios presenta obturaciones con amalgama en buen estado.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad de tipo mixto F90.0 Probable  
CI Limítrofe contra retraso mental leve F10.1 Soporte familiar inadecuado Z63.2

DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de Frenillo Lingual corto y limitante de movimiento.

PRONÓSTICO: Favorable.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

## **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial, ya que el niño ha sido sometido a saneamiento básico y tiene obturados sus molares permanentes de los cuatro cuadrantes.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

## **SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

07 de Noviembre del 2006.

- Se presenta el paciente con su mamá, se le realiza el llenado de Historia Clínica y se explora el frenillo lingual corto y limitante de movimiento (Fotografía 9).

Fotografía 9.



Exploración del Frenillo Lingual.

- El niño de primera instancia coopera muy bien para la realización del tratamiento, por lo cual no es necesario la técnica de sujeción gentil (Fotografía 10).

Fotografía 10.



Brandon coopera muy bien, lleva al cabo las indicaciones que se le dan.

- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual y se corta el frenillo con dos cortes en forma de rombo. Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.
- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografías 11, 12 y 13).

Fotografía 11.



Fotografía 12.



Fotografía 13.



Colocación de puntos de sutura aislados.

- Se le dan indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

16 de Noviembre del 2006.

- Se revisa el postoperatorio del niño, los puntos de sutura se cayeron solos y la herida va cicatrizando muy bien, el niño ya no tiene ninguna molestia.
- Se le pide al paciente saque la lengua lo más que pueda y es notable la mejoría que se obtuvo, con la Frenectomía Lingual (Fotografía 14). También se pide al paciente eleve su lengua hasta el paladar y pronuncia algunas palabras, el niño mejoró demasiado pero ahora se le indica al paciente que continúe con sus terapias de lenguaje.

Fotografía 14.



Brandon realiza satisfactoriamente los movimientos de la lengua que antes no podía hacer.

27 de Febrero del 2007.

- Faltó a su cita.

04 de Mayo del 2007.

- Se realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 5

### **HISTORIA CLÍNICA.**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Luis Fernando Méndez García

Sexo: Masculino

Edad: 6 años 7 meses

Fecha de nacimiento: 22 de Marzo del 2000

Dirección: Carretera Chalco Tlahuac # 60 Col. Culturas de México Chalco Edo. De México.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Elisa García Pineda (Madre).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

“Me mandó la Psicóloga, me dijo que necesitaba atención aquí, porque es muy enojón, violento e irritable, ya ni me obedece” (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

-Abuela paterna con Cáncer y Diabetes Mellitus.

-Madre con aparente trastorno depresivo, con intento de suicidio.



-Abuela materna: Con intento de suicidio.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Habita en casa prestada por abuelos maternos con todos los servicios de urbanización. Cohabita con ambos padres y dos hermanas menores.

Madre: Ama de casa.

Padre: con bachillerato, es chofer.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Aparentemente sano físicamente.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

Guardería: Ingresó a los 10 meses, lloraba, mostraba agresividad, mordía a otros niños, la madre lo sacó a los 18 meses.

Kinder: Inicio a los 3 años llorando por un espacio de 2 meses mal aprovechamiento, aislado, agresivo con los compañeros, hasta los 4 años logra integrarse parcialmente, se mostraba desafiante con la autoridad.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Valproato de Magnesio 200 mg,  $\frac{1}{2}$  tableta cada 12 horas con incremento gradual.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios presenta caries de segundo grado en 85 y 75.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, entre otras (Fotografía 15).

Fotografía 15.



Se le pide a Luis Fernando pronuncie algunas palabras.

- Que eleve su lengua hacia el paladar (Fotografía 16), con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

Fotografía 16.



También que eleve su lengua hacia el paladar para observar su frenillo lingual.

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

#### DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Trastorno de las emociones y del comportamiento sin especificación F 98.9, riesgo de daño neurológico y soporte familiar inadecuado Z 63.2

#### DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de Frenillo Lingual corto y limitante de movimiento.

Caries de segundo grado en 85 y 75.

PRONÓSTICO: Favorable.

#### PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

Saneamiento básico: en las caries de segundo grado del 85 y 75.

#### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

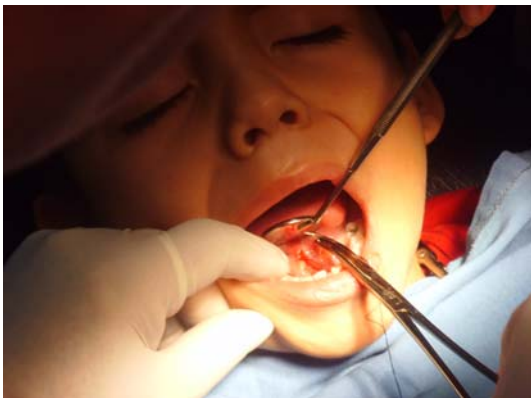
- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial
- Se realiza saneamiento básico en las caries de segundo grado en 85 y 75.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

## SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

14 de noviembre del 2006.

- Se presenta el paciente con su mamá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño, de primera instancia no coopera para la realización del tratamiento, ni con técnicas de modificación de conducta, por lo cual se somete a sujeción gentil.
- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar. Se procede a cortar el frenillo con tijeras de cirugía. Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.
- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografía 17 y 18).

Fotografía 17.



Fotografía 18.



Colocación de puntos de sutura aislados.

- Se le dan indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

12 Diciembre del 2006.

- El paciente llega a su cita y a la exploración se observa la cicatrización de la herida, los puntos de sutura se cayeron solos (Fotografías 19 y 20).

Fotografía 19.



Fotografía 20.



Revisión del Postoperatorio de Luis Fernando.

- Se le pide al paciente eleve su lengua hacia el paladar, y lo realiza muy bien, también que saque la lengua (Fotografía 21), y que pronuncie algunas palabras. Se le indica al paciente regrese a sus Terapias de Lenguaje.

Fotografía 21.



Luis Fernando puede sacar y mover su lengua con más facilidad.

- Se le realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.

06 de Febrero del 2007.

- Faltó a su cita.

08 de Mayo del 2007.

- Se le realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.

19 de Junio del 2007.

- Faltó a su cita.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 6

### **HISTORIA CLÍNICA.**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Flores Bazan Mario Arturo.

Sexo: Masculino

Edad: 7 años 8 meses

Fecha de nacimiento: 08 de Marzo de 1999

Dirección: Mirador #15, Col. Palmas, Del. Magdalena Contreras, D.F.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Cecilia Griselda Bazan Carvajal (Madre).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

“Es muy agresivo en el CAM, no entiende, no habla bien, se enoja y se molesta por todo, ya le pegó a la maestra” (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

- Madre 26 años, escolaridad carrera técnica, dedicada al hogar, aparentemente sana.

- Padre 29 años, escolaridad primaria, es chofer, anteriormente fue alcohólico hace 10 años.
- Niega familiares con enfermedades mentales.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Familia nuclear integrada, aparentemente funcional, el paciente es hijo único, convive con 2 primos.

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Inmunizaciones completas, niega alergias. Tiene infecciones de vías respiratorias frecuentes.

#### COMENTARIOS DEL DESARROLLO:

Menciona que presentó retraso de gateo temprano, así como alteraciones en la articulación del lenguaje.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Valproato de magnesio 200 mg/5ml ½ tableta al día.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento y en piezas dentarias no presenta caries.



Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente, pero se tiene que realizar una exploración forzada, porque Mario no quiere cooperar (Fotografía 22).

Fotografía 22.



Exploración del Frenillo Lingual de Mario.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Retraso mental leve que requiere atención F70.1

## DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de frenillo lingual corto y limitante de movimiento.

## PRONÓSTICO:

Favorable.

## PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

### **SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

17 Noviembre del 2006.

- Se presenta el paciente con su mamá, se realiza el llenado de Historia Clínica, exploración intraoral, no coopera para la realización del tratamiento aún utilizando las técnicas de modificación de conducta, por lo cual se somete a sujeción gentil.
- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar, con unas tijeras de cirugía

se corta el frenillo haciendo dos cortes, uno por arriba de las pinza y otro por debajo de la pinza hemostática (Fotografías 23 y 24). Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.

Fotografía 23.



Fotografía 24.



Corte del Frenillo Lingual.

- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografía 25).

Fotografía 25.



Colocación de puntos de sutura aislados.

- Se le da indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

01 de Febrero del 2007.

- Faltó a su cita.

01 de Junio del 2007.

- Se le realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 7

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Lule García Julio Cesar.

Sexo: Masculino

Edad: 8 años.

Fecha de nacimiento: 19-07-1995.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Claudia García Sánchez (Madre).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

“Se pone nervioso. Es muy agresivo. Me pega. Me pellizca, a su maestra también le pega” (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

- Una tía paterna padece de Epilepsia (Tiene 20 años).
- La madre fue operada de un tumor cerebral, tiene una válvula de derivación, se revisa cada año. Niega otros.
- Padre con alcoholismo ocasional.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Tiene todas las vacunas. Hace tres comidas al día, lo baña cada tercer día, lo cambia diario de ropa, habita en casa rentada de un piso, no tiene drenaje, tiene un perro en la casa, en ella habitan 5 personas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Presentó Ictericia Fisiológica a la semana de Recién Nacido por lo que lo llevan al hospital, lo tratan con fototerapia por una semana, niega transfusiones, cirugías, alergias.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Tioridanza 5ml Suspensión c/8 hrs. Acido Valproico 600mg día.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries y algunos tienen restauraciones de amalgama y coronas de acero/cromo, en buenas condiciones.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

#### DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

F06.8 TMC debido a lesión o disfunción cerebral, F71 Ictericia del Recién Nacido.

#### DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de frenillo lingual corto y limitante de movimiento.

#### PRONÓSTICO:

Favorable.

#### PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual.

#### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.

## SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

08 de Febrero del 2007.

- Se presenta el paciente con su mamá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño. El niño de primera instancia no coopera, tiene problemas motores y de coordinación, por lo cual se decide utilizar la técnica de sujeción gentil (Fotografías 26 y 27).

Fotografía 26.



Fotografía 27.



Realizando técnica de sujeción gentil para mayor seguridad de Julio Cesar.

- Una vez anestesiado (Fotografía 28) se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar, y se efectúan dos cortes, uno por arriba de la pinza y otro por debajo de la pinza hemostática (Fotografía 29). Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.



Fotografía 28.



Colocación de puntos locales de anestesia en la zona del Frenillo Lingual.

Fotografía 29.



Colocación de pinza hemostática sobre el frenillo lingual y corte de este.

- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografías 30, 31 y 32).

Fotografía 30.



Fotografía 31.



Fotografía 32.



Colocación de sutura con puntos aislados.

- Se le da indicaciones a la mamá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

22 de Febrero del 2007.

- El paciente llega a su cita y a la exploración se observa la cicatrización de la herida, los puntos de sutura se cayeron solos (Fotografía 33).

Fotografía 33.



Se revisa el postoperatorio de Julio Cesar.

- Se le pide al paciente eleve su lengua hacia el paladar, y lo realiza con mucho trabajo, ya que él no entiende bien las indicaciones que se le piden realizar, también que saque la lengua (Fotografía 34). Se le indica al paciente regrese a sus Terapias de Lenguaje.

Fotografía 34.



Julio Cesar realiza con dificultad los movimientos que se le indican.

- Julio Cesar presentaba placa dentobacteriana principalmente en el sector anterior inferior por lingual la cual fue retirada con una profilaxis superficial, y se le dió una próxima cita para continuar con su operatoria dental.

16 de Mayo del 2007.

- Se le realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial y se le toman dos radiografías periapicales infantiles del diente 75 y 85, en las cuales se observa que tardaran en erupcionar unos meses.

13 de Julio del 2007.

- Se le realiza control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO No. 8

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: González Rodríguez Marco Antonio.

Sexo: Masulino.

Edad: 6 años 4 meses.

Fecha de nacimiento: 25 de Enero del 2001

Dirección: Calle 5 # 33 Departamento F302 Col. Agrícola Pantitlan Del. Iztacalco  
C.P. 08100.

Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Soltero.

Nombre del padre o tutor: Maribel Rodríguez López (Madre).

Alergias: Ninguna.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

Lo traemos porque hace 2 días se pego en la cabeza, le tomaron una radiografía y no tubo nada, pero ha estado con gestos en la cara y habla mucho. El niño es muy inquieto e impulsivo y sufre accidentes frecuentes (Madre).

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

- Abuelo materno con epilepsia.

- Abuela materna con depresión.
- Dos hermanos con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).
- Madre con obesidad y trastorno depresivo.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Vive en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con un perro, dieta regular en cantidad y calidad. Familia Disfuncional.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Presentó TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico) hace dos meses, se encuentra bajo tratamiento.

#### COMENTARIOS AL DESARROLLO:

Ninguno.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

Problemas de conducta en la escuela.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

## EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental moderada, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente (Fotografía 35).

Fotografía 35



Se pide a Marco Antonio eleve su lengua hacia el paladar para observar su frenillo lingual.

## AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

## DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) F90, Probable trastorno mental debido a TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico).

## DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de Frenillo Lingual corto y limitante de movimiento.

## PRONÓSTICO:

Favorable.

## PLAN DE TRATAMIENTO:

Control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial y Frenectomía Lingual.

### **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Después se realizarán revisiones generales de la boca, se les dará educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.



## SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:

29 de Mayo del 2007.

- El niño es paciente subsecuente del Hospital, se presenta con su papá, se le explica el tratamiento que se le va a realizar (Fotografía 36).

Fotografía 36.



Marco Antonio al principio coopera muy bien.

- Se procede a la sujeción gentil del niño debido a su TDAH (Trastorno de Hiperactividad), con la finalidad de tener control sobre sus movimientos. Una vez sujetado se anestesia (Fotografía 37).

Fotografía 37.



Se anestesia a Marco Antonio con puntos locales alrededor del frenillo Lingual.

- Una vez anestesiado se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar, se realizan dos cortes, uno por arriba de la pinza y otro por debajo de la pinza hemostática. Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.
- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografías 38 y 39).

Fotografía 38.



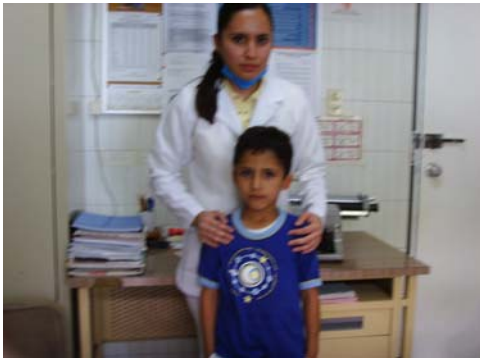
Fotografía 39.



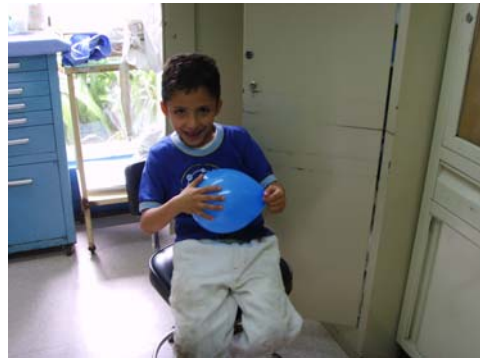
Suturando con puntos aislados, la zona del corte del frenillo lingual.

- Se le dan indicaciones al papá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas, los cuales son: que coma cosas blandas, no irritantes como picante o limón y que tome muchos líquidos.
- Se premia a Marco Antonio con un globo por su cooperación en el tratamiento (Fotografías 40 y 41).

Fotografía 40.



Fotografía 41.



Se premia a Marco Antonio por su cooperación en el tratamiento.

- Después del tratamiento se premia a Marco Antonio por su excelente cooperación, aunque al principio la anestesia le dolió un poco y se movía, pero se portó bien por lo que se le agradeció su cooperación con un globo, una estrella y un dibujo.

11 de Junio del 2007.

- El niño faltó a su cita.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 9

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Josué Israel Duran Salazar.

Sexo: Masculino.

Edad: 11 años 7 meses.

Fecha de nacimiento: 18 de agosto de 1995.

Dirección: Llovían Mz. 99 Lt. 18 Col. Lomas de Padierna. Del. Tlálpan México D.F.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Humberto Duran Salieron. (Padre).

Alergias: Ninguna

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

Iniciativa propia.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Primo paterno con Síndrome de Down.

Madre con aparente CaCu (Cáncer Cervicouterino) que ameritó histerectomía.

Dos hermanas finadas a los 3 y 2 años pero el padre no especifica causa.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Habita en casa rentada contados los servicios de urbanización. Cohabita con ambos padres y dos hermanos. Sin aparentes conflictos graves.

Padre: Tercero de primaria, obrero.

Madre: Tercero de primaria, ama de casa.

Hermanos: Dos varones de 18 y 14 años.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

No refiere datos.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

kinder: Lo refieren inhibido, distraído, poco participativo, sin problemas de conducta.

Primaria: El padre refiere que en segundo grado la maestra no lo quería, lo regañaba, ya no quería ir a la escuela y perdió ese año, lo inscriben nuevamente y vuelve a reprobar. El rendimiento no es bueno, pero no tiene problemas de conducta.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios no presenta caries.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, ferrocarril, plomo, plutón, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente (Fotografía 42).

Fotografía 42.



Se le pide a Josué eleve su lengua hacia el paladar para revisar su frenillo lingual.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Probable trastorno depresivo moderado F 33.1

DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de frenillo lingual corto y limitante de movimiento.

PRONÓSTICO:

Reservado a evolución.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual y control de placa dentobacterina.

**PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando la Frenectomía.

**SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

07 de Junio del 2007

- Se presenta el paciente con su papá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño. El niño de primera instancia coopera muy bien, y no es necesaria la técnica de sujeción gentil (Fotografía 4).

Fotografía 43.



Josué comprende las instrucciones que se le dan y coopera muy bien.

- Una vez anestesiado (Fotografía 44), se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar, se realizan dos cortes, uno por arriba de la pinza y otro por debajo de la pinza hemostática (Fotografía 45). Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.

Fotografía 44.



Se colocan puntos locales de anestesia alrededor del frenillo lingual.



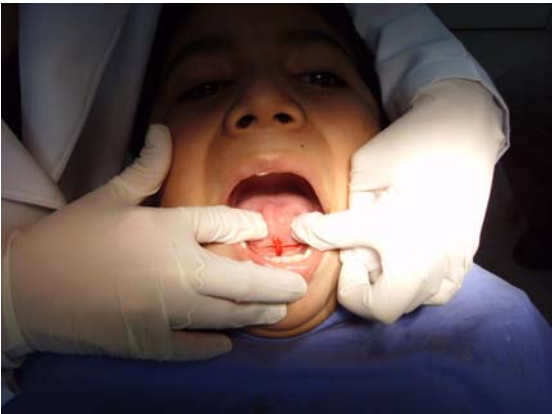
Fotografía 45.



Corte del frenillo lingual.

- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografías 46 y 47).

Fotografía 46.



Fotografía 47.



Colocación de puntos de sutura aislados sobre el corte que se realizó para liberar el frenillo lingual.

- Se le dan indicaciones al papá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

14 de Junio del 2007.

- El paciente llega a su cita y a la exploración se observa la cicatrización de la herida, los puntos de sutura se cayeron solos (Fotografías 48 y 49).

Fotografía 48.



Fotografía 49.



Revisión del postoperatorio.

- Se le pide al paciente eleve su lengua hacia el paladar, y que saque la lengua, lo realiza muy bien (Fotografía 50). Se le indica al paciente regrese a sus Terapias de Lenguaje.

Fotografía 50.



Se le pide a Josué saque su lengua para observar su mejoría después de la Frenectomía Lingual.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO No. 10

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Garita Jiménez Ibis.

Sexo: Masculino.

Edad: 5 años 1 mes.

Fecha de nacimiento: 25 de Junio del 2002

Dirección: San Benjamín Mz. 643 Lote 13.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Nombre del padre o tutor: Ibis Garita Pedrosa (Padre).

Alergias: Ninguna

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL HOSPITAL:

Presenta convulsiones, además tiembla por las noches, no habla bien y es muy aislado.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA AL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO:

Es referido por el área de Terapia del Lenguaje para valoración y tratamiento del Frenillo Lingual por presentar trastornos del habla y el lenguaje.

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Tía materna con epilepsia, presenta su primera crisis a los 13 años.

Se niegan otros.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Familia formada por los padres, Ibis y su hermana de dos años. Casa prestada por abuelos. Separaciones de los padres y violencia intrafamiliar.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Hospitalizado por infecciones faríngeas 2 veces.

#### DESARROLLO ESCOLAR:

- Ingres a la guardería a los ocho meses de edad.
- Después ingresa al maternal a los dos años de edad con llanto y dificultades de separación de los padres por un mes. No quería jugar con sus compañeros.
- Asiste al kinder a los cuatro años de edad, su comportamiento y socialización mejora pero su lenguaje tiene limitaciones.

#### MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Ninguno.

#### EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Presenta higiene dental buena, sin datos patológicos en tejidos blandos, a excepción del Frenillo Lingual que es corto y limitante de movimiento, en órganos dentarios presenta caries de segundo grado en el 55 y movilidad de segundo grado del 71 y 81, que están próximos a exfoliarse.

Con respecto al frenillo lingual:

- Se le pide al paciente pronunciar algunas palabras, como: Carlos, cigarro, tren, entre otras.
- Que eleve su lengua hacia el paladar, con el fin de observar si el frenillo lingual permite a la lengua desplazarse adecuadamente.

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

No requiere.

#### DIAGNÓSTICO SISTÉMICO:

Retraso Global del desarrollo R62, alto riesgo Neurológico.

#### DIAGNÓSTICO BUCAL:

Presencia de frenillo lingual corto y limitante de movimiento, caries de segundo grado en 55.

#### PRONÓSTICO:

Reservado a evolución.

#### PLAN DE TRATAMIENTO:

Frenectomía Lingual, amalgama en el 55 y control de placa dentobacterina con profilaxis superficial.

## **PASOS A SEGUIR PARA LLEVAR AL CABO EL TRATAMIENTO.**

- El paciente será atendido utilizando las técnicas de modificación de la conducta y de acuerdo con su actitud frente al tratamiento odontológico, se decidirá utilizar la técnica de sujeción gentil.
- Se le da educación para la salud tanto a padres como al niño con técnica de cepillado y control de placa dentobacteriana con profilaxis superficial.
- Se trata el frenillo lingual realizando Frenectomía.
- Se realiza cavidad clase I en el 55 y se obtura con amalgama.

## **SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

28 de Junio del 2007

- Se presenta el paciente con su papá, se le realiza el llenado de Historia Clínica, se explora la boca del niño. El niño de primera instancia coopera muy bien, no es necesario utilizar la técnica de sujeción gentil (Fotografía 51).

Fotografía 51.



Ibis coopera muy bien y atiende a las indicaciones que se le dan.

- Una vez anestesiado (Fotografía 52), se coloca una pinza hemostática en la zona del frenillo lingual que se va a retirar (Fotografía 53), se realizan dos cortes, uno por arriba de las pinza y otro por debajo de la pinza hemostática (Fotografía 54). Una vez liberado el frenillo se hace hemostasia con una gasa sobre la zona del corte.

Fotografía 52.



Se anestesia con puntos locales alrededor del frenillo lingual.

Fotografía 53.



Se hace tracción del frenillo lingual con una pinza hemostática.



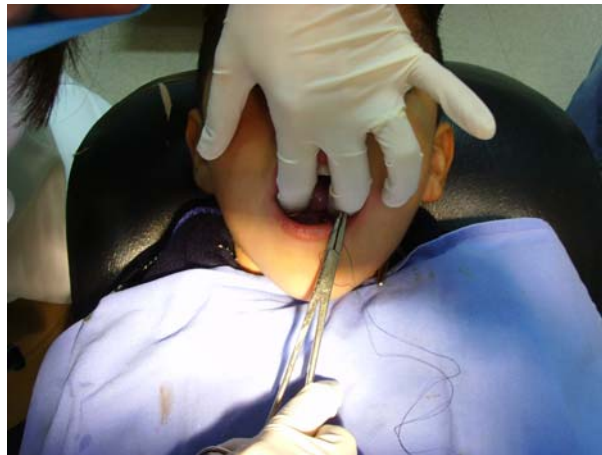
Fotografía 54.



Una vez traccionado el frenillo se realiza el corte.

- Se procede a suturar con puntos aislados (Fotografía 55).

Fotografía 55.



Se colocan puntos de sutura aislados sobre la zona donde se hizo el corte.

- Se le da indicaciones al papá de los cuidados que debe tener con el niño en las próximas horas.

05 de Julio del 2007.

- El paciente llega a su cita y a la exploración se observa la cicatrización de la herida, los puntos de sutura se cayeron solos (Fotografía 56).

Fotografía 56.



Revisión del postoperatorio.

- Se le pide al paciente eleve su lengua hacia el paladar, y lo hace muy bien, también se le pide que saque la lengua. Se le indica al paciente regrese a sus Terapias de Lenguaje.

24 de Julio del 2007.

- Se anestesia el diente 55, se prepara una cavidad clase I, la cual se obtura con amalgama.

**NOTA: Los códigos utilizados en los Diagnósticos Sistémicos de los pacientes como: Z62.2, F71, F06.8, etc. son utilizados por los Médicos Psiquiatras del Hospital de acuerdo a la Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.<sup>30</sup>**

## DISCUSIÓN

Gracias al trabajo multidisciplinario que se realiza en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se realizaron las Frenectomias Linguales a pacientes pediátricos de diversas edades, algunos con patologías sistémicas, que fueron remitidos por Terapistas de Lenguaje, que en su valoración identificaron principalmente problemas del habla, del lenguaje y de autoestima, entre otros y en la valoración estomatológica encontramos problemas en la lengua que se encuentra con limitaciones de movimiento, con algunos músculos atrofiados y problemas para la adecuada deglución, lo cual les impide una armonía para el buen funcionamiento del aparato estomatognático.

Después de haberse realizado los las cirugías de Frenillo Lingual y de revisar el postoperatorio que en su totalidad fueron exitosas, algunos niños continuaron asistiendo a sus terapias de lenguaje, para trabajar con la lengua que queda torpe, floja y no tiene control de sus movimientos. Lo manejan en un largo proceso que incluye diversos ejercicios de respiración tales como son:

- Ejercicios de soplo (haciendo burbujas de jabón, soplando una vela e inflando globos), ejercicios de succión (deteniendo un objeto en la boca y tratando de despegar hostias de el paladar, para recuperar el tono muscular).
- Ejercicios con la lengua (consisten en tocar con la punta de la lengua el paladar, los labios, y los carrillos).

También realizan masajes en lengua con el dedo índice cepillándola hacia abajo y después subir la lengua tocando el paladar y cepillar hacia arriba, dar masajes en círculos en la base de la lengua, en labios y carrillos.

Después de superar la respiración continúan trabajando con género, número, colores, cuentos, memoria, recortar/pegar, pronunciación de vocales, consonantes, fonemas, sílabas, estructuración y articulación de palabras, enunciados y por último establecer conversaciones.

Algunos niños antes de someterse a la Frenectomía Lingual se les atendía saneamiento básico, y algunos después de la cirugía continuaron asistiendo a sus citas dentales para concluir con su tratamiento.

## CONCLUSIONES

La Frenectomía Lingual es un tratamiento alternativo que se realiza con mucha frecuencia a pacientes infantiles con problemas del habla y del lenguaje en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, por lo cual concluimos que estando preparado el Estomatólogo para comentar la situación clínica de los pacientes con las Terapistas del Lenguaje juntos obtuvimos los siguientes beneficios:

- Mejor crecimiento del arco mandíbular.
- Ya no tienen problemas para la deglución, ya que la lengua puede ser elevada adecuadamente hacia el paladar para empujar el bolo alimenticio hacia la faringe y continué el proceso de digestión.
- Los pacientes amplían su vocabulario al poder pronunciar mejor las palabras y los fonemas, características que varían en cuanto a capacidades de comprensión de cada niño, no en todos fue tan rápido el cambio.
- Algunos de ellos como Fabiola y Rogelio tenían problemas de autoestima en la escuela con sus compañeros, ya que eran rechazados por el hecho de no poder pronunciar bien las palabras.

Es importante destacar que el Odontólogo de práctica general esta capacitado para realizar la cirugía de Frenillo Lingual con la técnica que desee utilizar, de todas maneras los resultados pueden ser los mismos y los beneficios que se obtienen después de ella serán muy satisfactorios y pueden darle una mejor calidad de vida a estos pacientes infantiles, que repercutirán en su crecimiento y desarrollo biopsicosocial. Después de la Frenectomía Lingual se debe remitir con un Terapeuta del Lenguaje, y si no es así el Odontólogo puede documentarse y capacitarse para indicarle al paciente algunos ejercicios que le ayuden a guiar la lengua para que realice sus funciones normales y por consiguiente que mejore el habla y el lenguaje.

## REFERENCIAS

1. Diccionario de Medicina Océano Mosby Ed. Océano. 800-01.
2. Guillermo A. Ries Centeno, Enrique A. Muller. Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica. Editorial Librería "El Ateneo", Buenos Aires, 1986: 401-07.
3. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Anatomía Humana. Editorial Porrúa, S. A. México D. F., 1983: Tomo III 69-87.
4. Maria Elsa Gómez de Feraris, Antonio Capos Muñoz. Histología y Embriología Bucodental. Editorial Panamericana, Madrid España, 2003; 113-15.
5. Cosme Gay Esconda, Leonardo Berini Aytés. Cirugía Bucal. Editorial Océano/ergon. Barcelona España, 2004: 567-74.
6. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Anatomía Humana. Editorial Porrúa, S. A. México D. F., 1983: Tomo I 335-338, Tomo II 424-27.
7. Máximo J. Giglio, Liliana N. Nicolosi. Semiología en la práctica de la Odontología. Editorial McGraw-Hill. Santiago Buenos Aires, 2001: 7-8.
8. Elena Barbería Leache, Juan Ramón Boj Quesada. Odontopediatría. Editorial Masson. Barcelona, 2001: 24-26.
9. Anna H. Messner, Lauren Lalakea, Janelle Aby, James Macmahon, Ellen Bair. Ankyloglossia. Incidence and Associated Feeding Difficulties. ARCH Otolaryngol head neck surg. 2000; 126 (1): 36-39. Dr. Cyril Mitchell
10. Walter L. R. Odontología para el bebé. Odontopediatría de nacimiento. Editorial Artes Médicas. Madrid España 1996; 58.
11. Dr. Cyril Mitchell Macbryde, Dr. Robert Stanley Blacklow. Signos y Síntomas Fisiopatología aplicada e interpretación Clínica. Quinta Edición Editorial Interamericana. México D. F., 1973: 116-31.
12. Juan Manuel Serón Muñoz. Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje. Editorial EOS; Madrid, 1992; 9,10, 33-35.
13. Cruz R. M. Detección de problemas de lenguaje oral en la consulta odontológica. (Tesis). México D.F. Abril 2005.

14. Dra. Norailys Pérez Navarro y Lic. Margarita López. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana Estomatológica. 2002; 39 (3): 1-10.
15. W. G. Shafer B. M. Levy Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana, México D. F., 1986: 25.
16. J. R. Pinkham. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana, México, D.F. 1996; 402.
17. Matteo Chiapasco. Cirugía Oral. Texto y Atlas en color. Editorial Masson. Barcelona España, 2004:319-22.
18. Cecilia S. L. Lail, Simon E. Fisher, Jane A. Hurst, Faraneg Vargha-Khadem y Anthony P. Monaco. A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. Nature. 2001; 413 (4): 519-23.
19. Guadalupe Acle Tomasini. Educación, Especial. Editorial UNAM. México D.F. 1999; 262-65.
20. Margarita E. Nieto Herrera. Editorial Méndez Oteo. Anomalías del lenguaje y su correlación. México D.F., 1967; 74, 75.
21. Clement Launay y S. Borel-Maisonny. Transtornos del Lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Editorial Masson. Barcelona, 1979; 193-194, 304-305.
22. Sukhchain Bagga, BDS/K Maligna Bhat, BSc, G. Subraya Bhat, thomas, BDS, MDS. Esthetic management of the upper labial frenum : A novel frenectomy technique. Quintessence International. 2006; 37 (10): 819-823.
23. Antonio Trujillo, Ruben Alberto Bayardo González y Sergio del Hoyo Rosales. Factores psicológicos de la rehabilitación en la odontopediatría. Odontología Actual. 2006; 13 (2): 18-21.
24. Dr. Sydney B. Finn. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana. México, D.F. 1976; 364-65.
25. M. Cenk Haytac and Onur Ozcelik. Evaluation of patient perceptions after Frenectomy Operations: A Comparison of Carbon Dioxide Laser and Scalpel Techniques. Journal of Clinical Periodontology. 2006; 77(11): 1815-19.

26. David E. Mandelbaum, Michael Stevens Ph-d, Eric Rosenberg, Max Wiznitzer, Mitchell Steinschneider, Pauline Filipek, Isabelle Rapin. Sensorimotor performance in school-age children with autism, developmental language disorder, or low IQ. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2006; 48(1): 33-39.
27. Grace J. Crag. *Desarrollo Psicológico*. Octava Edición. Editorial Pearson Educación. Edo. México, 2001; 161-63.
28. Ralph E. Mc Donal, David R. Avery. *Odontología para el niño y el adolescente*. Editorial Mundi. Buenos Aires Argentina, 1987; 25-37.
29. Mónica Mejía Díaz y Julio Cesar Bermudez Barajas. Clasificación de los niños para la atención Odontológica. *Odontología Actual*. 2006; 11(5):15-16.
30. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Editorial Médica Panamericana. Madrid España, 2001; 13, 19, 121, 161, 167, 182.