



Facultad de Medicina  
Escuela de Fonoaudiología

**CRITERIOS UTILIZADOS POR ODONTÓLOGOS DE  
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA Y DEL  
ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE  
VALPARAÍSO EN LA CIUDAD DE VALPARAÍSO  
PARA LA DERIVACIÓN A FONOAUDIÓLOGO DE  
NIÑOS Y NIÑAS CON FRENILLO LINGUAL  
POSIBLEMENTE ALTERADO**

Seminario de Investigación para optar al grado de Licenciado en  
Fonoaudiología

Autor principal:  
Anita Quintana Riquelme

Co-autores:  
Carla Bombal Durán  
Constanza Fernández Hernández  
Karina Guzmán Calisto

Viña del Mar, Diciembre de 2017

## AGRADECIMIENTOS

Dedicado a nuestras familias, quiénes nos dieron la oportunidad de formarnos como profesionales, y que han sido un pilar fundamental tanto para nuestra vida personal como universitaria. Les agradecemos por acompañarnos en todo el proceso académico y por darnos la energía y motivación constante para poder sobrellevar esta etapa.

Agradecemos a nuestra profesora Anita Quintana R., por confiar en nosotras para la ejecución de esta investigación y guiarnos en el desarrollo de esta. De igual forma, expresamos nuestro afecto a la profesora Eva Sotelo T., por la dedicación que demostró en todo momento al apoyarnos en la redacción de nuestra investigación. Además, agradecemos a los profesores Jorge García V., Guillermo Lavín W., Pablo Rodríguez M. y Lirayén Delgado L., quiénes también fueron partícipes de este proceso, ya que las sugerencias planteadas permitieron enriquecer los contenidos de nuestro trabajo.

También, queremos agradecer enormemente la disposición y entusiasmo del directorio y profesionales de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, ya que sin su participación este estudio no podría haberse llevado a cabo de manera exitosa.

Finalmente, queremos agradecer a todos quiénes, de alguna u otra forma, fueron parte de este largo proceso.

*Carla Bombal Durán  
Constanza Fernández Hernández  
Karina Guzmán Calisto*

## RESUMEN

El frenillo lingual es una membrana submucosa que fija la lengua al piso de la boca. Su alteración puede afectar distintas funciones de la lengua, por lo que es importante una detección y derivación precoz por parte del odontólogo hacia el fonoaudiólogo. El presente estudio consiste en determinar cuáles son los criterios que utilizan los odontólogos para realizar dicha derivación. Los datos obtenidos fueron recopilados mediante la realización de una entrevista semiestructurada dirigida a los profesionales de dicho establecimiento, con el fin de conocer, además de los criterios, otros factores que puedan incidir en el entendimiento que poseen los odontólogos en relación al trabajo interdisciplinario entre dicha área y la fonoaudiología, en cómo esto puede influir en los criterios a observar y en la decisión de derivar a un niño o niña. Los resultados obtenidos muestran que los entrevistados utilizan principalmente criterios funcionales, para determinar la alteración del frenillo lingual. Además, se observa la falta de un lenguaje común para referirse a diversos ámbitos del frenillo, y cómo influyen las diversas experiencias profesionales para determinar el conocimiento en relación a este tema.

Palabras clave: Frenillo lingual, frenillo lingual corto, anquiloglosia, evaluación del frenillo lingual, frenillo lingual alterado, fonoaudiología, odontología.

# ÍNDICE

Introducción.....	6
I. Marco Teórico .....	8
1. Lengua.....	8
1.1 Anatomía de la lengua.....	8
1.1.1 Anatomía de superficie.....	9
1.2 Formación de la lengua.....	10
1.3 Músculos e inervación de la lengua .....	11
1.4 Funciones de la lengua.....	12
2. Frenillo lingual.....	14
2.1 Clasificación de frenillo lingual.....	15
2.2 Implicancias del frenillo lingual alterado.....	18
2.3 Evaluación de frenillo.....	20
2.3.1 Evaluación odontológica.....	21
2.3.2 Evaluación fonoaudiológica.....	22
2.4 Intervención.....	24
2.4.1 Intervención odontológica.....	24
2.4.2 Intervención fonoaudiológica.....	26
II. Metodología.....	29
1. Planteamiento del problema.....	29
1.1 Pregunta de Investigación.....	29
1.2 Objetivo del proyecto.....	29
1.3 Justificación.....	29
1.4 Viabilidad del estudio.....	30
1.5 Limitaciones del estudio.....	30
1.6 Deficiencia en el conocimiento del problema.....	30
2. Objetivos.....	31
2.1 Objetivo general.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
3. Tipo de Estudio.....	32

3.1 Enfoque.....	32
3.2 Alcance.....	32
3.3 Diseño.....	33
4. Descripción de la muestra.....	34
4.1 Muestra.....	34
4.1.1 Tipo de muestra.....	34
4.1.2 Tamaño de la muestra.....	34
4.1.3 Unidad(es) de información.....	35
4.1.4 Criterios de selección de la(s) muestra(s).....	35
4.1.4.1 Criterios de inclusión.....	35
4.1.4.2 Criterios de exclusión.....	35
5. Instrumento de recolección de datos.....	35
6. Herramientas.....	36
7. Trabajo de campo.....	36
8. Materiales.....	36
III. Resultados.....	38
IV. Discusiones.....	45
Conclusiones.....	51
Referencias.....	53
Anexos.....	57
Anexo N°1: Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual.....	58
Anexo N°2: Evaluación funciones prelingüísticas y órganos fonoarticulatorios (O.F.A) .....	60
Anexo N°3: Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua.....	62
Anexo N°4: Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua con puntuación para bebés.....	70
Anexo N°5: Carta de presentación a Clínica.....	76
Anexo N°6: Consentimiento informado .....	77
Anexo N°7: Modelo de entrevista semiestructurada .....	79
Anexo N°8: Bitácora de campo .....	80

## INTRODUCCIÓN

El fonoaudiólogo es un profesional que permanentemente se inserta en equipos interdisciplinarios para abordar diversas patologías, condiciones o trastornos del sistema estomatognático. Tal es el caso de la alteración del frenillo lingual en niños, el cual puede ser evaluado e intervenido por fonoaudiólogos y odontólogos, desde los conocimientos de su propia especialidad. Cabe señalar que existen diversos estudios internacionales sobre frenillo lingual (Marchesan 2002, 2005, 2011; Martinelli et al. 2014; Ramírez, et al. 2006), no obstante, a nivel nacional aún es necesario profundizar sobre los distintos criterios que se utilizan en la clínica odontológica para observar signos que determinen una alteración del frenillo lingual, los que son fundamentales para establecer la necesidad de realizar cirugía o solamente una intervención fonoaudiológica. Al respecto, este estudio pretende sentar las bases, en función de la mirada de odontólogos, para crear a futuro una pauta de evaluación del frenillo lingual en niños, cuyos planteamientos resulten de la integración de la valoración de ambas especialidades.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, la presente investigación tiene como objetivo general determinar los criterios utilizados por odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, para derivar a fonoaudiólogo a niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado. Para este efecto, el desarrollo del estudio estará guiado por un enfoque cualitativo para comprender las perspectivas y experiencias de los participantes en relación al tema. Además, el alcance del trabajo investigativo será de tipo exploratorio, ya que es un tema de investigación escasamente estudiado en Chile y cuya información es requerida en el área de la Fonoaudiología. Por último, el diseño será etnográfico, debido a que los participantes que integrarán la muestra serán odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, la que se enfoca solo en niños y se dedica, frecuentemente, a la intervención quirúrgica del frenillo lingual.

En relación a los contenidos a abordar, en primer lugar, se presentará el marco teórico para conceptualizar los términos relevantes para la presente investigación, abarcando aspectos generales de la lengua, del frenillo lingual, así como sus clasificaciones, la importancia de su

alteración, la evaluación de este y la intervención del frenillo lingual desde las miradas de la Odontología y Fonoaudiología. En segundo lugar, se abordarán los procedimientos metodológicos en relación al estudio, especificando los objetivos de este. Y, finalmente, se presentarán los resultados y las conclusiones, exponiendo los hallazgos de mayor relevancia obtenidos en el presente estudio.

# I. MARCO TEÓRICO

El frenillo lingual corresponde a una estructura de la lengua que puede verse alterada incidiendo en algunas de las funciones del sistema estomatognático. La presente investigación, por tanto, se enfocará en dichas complicaciones; para ello, se hará referencia a las principales teorías de investigaciones que se encuentran a la base de este estudio. En primer lugar, se describirá la anatomía y las funciones de la lengua y del frenillo lingual. En segundo lugar, se profundizará en las clasificaciones del frenillo lingual, en sus alteraciones e implicancias para las funciones comunicativas y deglutorias de las personas. Por último, se aludirá a su evaluación y tratamiento según odontólogos y fonoaudiólogos.

## 1. Lengua:

### 1.1 Anatomía lingual

La lengua es una estructura ubicada en la cavidad oral (Susanibar, Castillo, Douglas, Marchesan y Santos, 2016). Está compuesta por 17 músculos y forma parte del sistema estomatognático. Entre sus funciones, participa en la succión, en la deglución y en la articulación. Por lo tanto, adquiere una función primordial tanto para la alimentación en niños y adultos, como para la producción del habla (Gutiérrez, Domínguez, Escudero, García, Vicente, Manchini et al, 2012).

La lengua es una masa compacta muy móvil y deformable, de músculos entrelazados. Se encuentra unida a estructuras esqueléticas, pero no tiene esqueleto propio. Está cubierta de mucosa altamente sensible y encierra glándulas salivales, estructuras fibrosas, tejido conjuntivo laxo, vasos y nervios. Contiene la mayor parte de los botones gustativos de la boca e interviene en la masticación, la deglución, la fonación y la succión (Gutiérrez et al, 2012).

El tamaño de la lengua es uno de los factores que determinan las dimensiones del esqueleto facial de cada individuo. En los niños, la lengua llena la cavidad bucal debido a que

su tamaño es desproporcional a esta. No obstante, su aumento de volumen estimula el crecimiento de los maxilares durante la etapa de desarrollo. En posición postural, la cara dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar duro, mientras que la punta descansa en las fosas linguales o en los cuellos de los incisivos inferiores. Las alteraciones en la postura de la lengua suelen estar asociadas a maloclusiones y pueden provocar transformaciones de los maxilares (Gutiérrez et al, 2012).

### **1.1.1 Anatomía de superficie de la lengua**

Según Gutiérrez et al. (2012), la lengua se compone de dos porciones que se describen a continuación:

- a) Porción bucal: Está situada por delante del surco terminal. Se le describen dos caras, dorsal y ventral; y dos bordes, derecho e izquierdo.
  - Cara dorsal: La mucosa está adherida al tejido conjuntivo que envuelve a la musculatura lingual. Presenta, inmediatamente por delante del surco terminal, 7 a 12 papilas circulares dispuestas en forma de V, abiertas hacia delante. El resto de la cara dorsal es granuloso y abrasivo. Las papilas filiformes, provistas de terminaciones nerviosas sensibles a las cargas mecánicas, se extienden por toda la cara dorsal de la porción bucal. Las papilas fungiformes se encuentran esparcidas entre las filiformes.
  - Cara ventral: La mucosa de la cara ventral de la lengua es más fina que la cara dorsal. El frenillo lingual une la cara ventral con el surco sublingual y limita el movimiento hacia atrás y arriba de la punta de la lengua. A cada lado del frenillo hay un relieve de límites difusos producido por el músculo geniogloso y en el que se trasluce la vena lingual. La mucosa del relieve presenta un pliegue festoneado (pliegue fimbriado), más notable en el lactante que en el adulto.

- Bordes: En la parte posterior de los bordes de la lengua se localizan las papilas foliadas. Consisten en 4 a 11 crestas paralelas provistas de receptores gustativos.
- b) Porción faríngea: La porción faríngea de la parte libre está situada por detrás del surco terminal; topográficamente, se encuentra en la orofaringe. Es difícil de examinar sin un espejo, y cuando se la toca, se provocan náuseas. No presenta cara ventral ni bordes. Su mucosa, que mira hacia atrás, se continúa lateralmente con la mucosa de las fosas amigdalinas; y atrás, con la mucosa de la epiglotis. Está cubierta por pequeñas prominencias producidas por folículos linfoides submucosos. El conjunto de estos folículos recibe el nombre de amígdala lingual, que forma parte del sistema inmune, más precisamente del “anillo” linfoide, localizado en la frontera entre las cavidades bucal y nasal, y la faringe. La lengua está unida al paladar blando por los pilares anteriores (arcos palatoglosos). Estos se unen a la lengua en los bordes laterales de la misma, cerca de los extremos de la V lingual, en el límite entre las porciones bucal y faríngea de la parte libre. La porción faríngea está unida por detrás a la epiglotis por tres pliegues anteroposteriores: el pliegue glosopiglótico medio y los pliegues glosopiglóticos laterales. Los pliegues glosopiglóticos delimitan dos fositas mucosas denominadas valléculas epiglóticas.

## **1. 2 Formación de la lengua**

En cuanto a la embriología de la lengua, Villanueva y Palomino (2011) señalan que, a fines de la cuarta semana de gestación, aparece en el piso de la faringe primitiva, una serie de eminencias que constituyen los esbozos linguales. Luego, a nivel de primer arco, se forman tres eminencias: una media (el tubérculo impar) y dos laterales (las protuberancias linguales laterales). En el segundo, tercero y parte del cuarto arco, se desarrolla un abultamiento medio (la eminencia hipobranquial). El resto del cuarto arco formará la epiglotis.

Estos autores también sostienen que, a medida que avanza el desarrollo de la lengua, las protuberancias linguales laterales aumentan mucho de tamaño, se fusionan entre sí con el tubérculo impar y dan origen al cuerpo de la lengua. El tercio posterior o raíz de la lengua se forma a partir de la eminencia hipobranquial. El límite entre el cuerpo y la raíz de la lengua está

marcado por un surco en forma de “v”, en cuyo vértice se forma el conducto tirogloso, origen de la glándula tiroides.

La inervación sensitiva general de los diferentes sectores de la lengua se explica por el origen de sus componentes. Así, el cuerpo lingual es inervado por una rama del trigémino (V par); la inervación de la raíz lingual proviene de los nervios glossofaríngeo y neumogástrico (IX y X par). Los músculos de la lengua derivan de células originadas en los somitos occipitales, las que migran en forma temprana hacia la lengua y arrastran su inervación proveniente del nervio hipogloso mayor (Villanueva y Palomino, 2011).

Pueden ocurrir alteraciones durante el periodo embrionario que influyan en la formación de la lengua, por lo tanto, también del frenillo (Villanueva y Palomino, 2011). Martinelli y Marchesan (2014) realizaron estudios enfocados en las variaciones de estas; los resultados indicaron que ocurren cuando una pequeña porción del tejido embrionario, que debió haber sufrido apoptosis durante el desarrollo, permanece en la cara sublingual de la lengua, pudiendo o no restringir sus movimientos.

### **1.3 Músculos e inervación de la lengua**

Villanueva y Palomino (2011) afirman que la lengua posee 17 músculos (todos pares con excepción del transverso), los que son inervados por el nervio hipogloso:

- **Geniogloso:** Sus fibras inferiores dirigen hacia arriba y adelante el hueso hioides, en el cual se insertan, y, por lo tanto, movilizan también a la lengua. Sus fibras medias actúan directamente sobre la lengua, proyectándola hacia fuera de la cavidad oral. Las fibras superiores, por el contrario, dirigen la punta de la lengua hacia abajo y atrás.
- **Estilogloso:** Dirige la lengua hacia arriba y atrás. Además, tiende a posicionarla fuertemente contra el velo del paladar.
- **Hiogloso:** Músculo depresor de la lengua. Posee una acción contraria a los genioglosos,

volviendo la lengua hacia atrás cuando es llevada hacia delante por estos músculos.

- Palatogloso y faringogloso: Dirigen la lengua hacia arriba y atrás.
- Amigdalogloso: Cuando se contraen, dirigen hacia arriba la base de la lengua y la acercan al velo del paladar.
- Longitudinal (lingual) superior: Levanta la punta de la lengua al mismo tiempo que la dirige hacia atrás. Es un músculo elevador y retractor de la punta de la lengua.
- Longitudinal (lingual) inferior: Acorta la lengua es su diámetro anteroposterior, al mismo tiempo que atrae la punta de la misma hacia abajo y atrás. Es un músculo depresor y retractor de la punta de la lengua.
- Transverso: Sus fibras se contraen simultáneamente en el lado izquierdo y derecho, aproximando a la línea media los bordes de la lengua y disminuyendo, en consecuencia, su diámetro transversal. Indirectamente, proyecta la punta de la lengua hacia adelante.

En cuanto a la disposición de los nervios de la lengua, Herrera (1998) indica que el dorso lingual está inervado por el nervio lingual, rama del nervio mandibular (V par craneal); la raíz lingual, por el nervio glossofaríngeo (IX par); y las zonas vecinas de las fositas epiglóticas, por el nervio vago (X par). Esta distribución permite la discriminación de dolor, frío, calor, tacto y presión, pues la actividad sensorial gustativa sigue a otras vías. Los músculos linguales son inervados por el nervio hipogloso (XII par craneal) y, también, por el glossofaríngeo para el músculo estilogloso.

#### **1.4 Funciones de la lengua**

La lengua está considerada como el órgano del gusto, pero también desempeña un papel importante en otras funciones que serían la succión, deglución, masticación y articulación de sonidos (Herrera, 1998). En cuanto a la succión, Rendon y Serrano (2011) sostienen que

corresponde a un proceso mediante el cual se alimenta un recién nacido o lactante. Marchesan (2002) señala que la succión es un reflejo que comienza a desarrollarse desde la vida intrauterina, en un inicio, de forma refleja hasta el 4º mes de vida, y que luego se vuelve voluntario. Esta función estimula el desarrollo de varios grupos musculares, de la parte ósea de la región oral, y favorece el equilibrio entre sus estructuras. De esta manera, se ve favorecido el desarrollo de la mandíbula por los movimientos de succión que contribuyen para estimular el crecimiento de esta, lo que propicia una armonía facial y un buen desarrollo de los órganos fonarticuladores, responsables de la articulación de los sonidos del habla.

La deglución, en tanto, corresponde a una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que dirigen el bolo alimenticio o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago (Marchesan, 2002). En las primeras etapas de la vida, la deglución se denomina “de patrón infantil”, que madura al ofrecer al niño cambios en la consistencia de la alimentación, actuando como un estímulo para lograr el equilibrio de las estructuras estomatognáticas, como grupos musculares y huesos de la región orofacial. Al desarrollarse estas estructuras, se produce una maduración de la deglución.

Otra función que involucra la participación de la lengua es la masticación. Marchesan (2002) señala que esta es la acción de morder, triturar y masticar el alimento. La considera la función más importante del sistema estomatognático, ya que es esencial en la prevención de los trastornos miofuncionales; da continuidad a la estimulación de la musculatura orofacial iniciada con la succión. Además de los dientes, la lengua participa en la primera etapa de incisión, es decir, debe coordinar con las mejillas para posicionar el alimento en las superficies oclusales.

Por último, el habla, según Marchesan (2002), se ejecuta con órganos que pertenecen a otros aparatos del organismo (como el respiratorio y el digestivo), que juntos forman los órganos articuladores. Entre los órganos que participan en la articulación de los sonidos del habla se encuentran la laringe, el paladar (duro y blando), dientes, lengua, entre otros. Sin embargo, la boca cumple una función fundamental en la articulación de los sonidos, ya que ellos dependen de la posición y la movilidad de la lengua, la presencia y posición de los dientes, movilidad de labios y mejillas y la posición de la mandíbula.

## 2. Frenillo lingual

El frenillo lingual es un pequeño pliegue de membrana mucosa. Se localiza en la cara ventral, que conecta la lengua con el piso de la boca (Martinelli & Marchesan, 2014). Este se inserta en la cara inferior de la lengua, el cual une la parte media de esta zona con la encía lingual de los incisivos inferiores, a cuyos lados se sitúan las papilas sublinguales laterales (Herrera, 1998).

En cuanto a la histología, Martinelli, Marchesan, Gusmão, Rodrigues y Berretin-Felix (2014) analizaron todos los tipos de frenillo lingual, y concluyeron que estos presentan mucosa revestida por epitelio escamoso estratificado, además de queratina en capas superficiales de este. Agregan que existe una predominancia de fibras de colágeno tipo I en las zonas más profundas; y alrededor de vasos y fibras musculares, mayor abundancia de fibras de colágeno tipo III. Estos autores también señalan que dichas características histológicas varían cuando el frenillo lingual se encuentra alterado, como se observa en la Tabla 1:

Tabla 1. Características histológicas de 4 tipos de frenillo lingual

Tipo de frenillo	Fibras musculares	Fibras elásticas	Fibras de colágeno
Anquiloglosia	Presentes	Más compactas, agrupadas, cerca del revestimiento epitelial	Tipo I
Corto	Presentes	Más compactas, agrupadas, cerca del revestimiento epitelial	Tipo I
Corto con fijación anteriorizada	Ausentes	Escasas, no agrupadas, lejos del revestimiento epitelial	Tipo I
Anteriorizado	Ausentes	Escasas, no agrupadas, lejos del revestimiento epitelial	Tipo I

Fuente: Martinelli, R., Marchesan, I., Gusmão, R., Rodrigues, A., Berretin-Felix, G. (2014). *Histological Characteristics of Altered Human Lingual Frenulum*. *International Journal of Pediatrics and Child Health*. Vol 2, pp: 8.

No existe consenso en cuanto al origen de la alteración del frenillo lingual, sin embargo, se presentan diversas teorías. A saber, Martinelli y Marchesan (2014) postulan que, en cuanto a la probabilidad de alteración del frenillo lingual, este tendría un carácter hereditario significativo, ocurriendo con mayor frecuencia en el género masculino. Este puede estar relacionado al cromosoma X y ser el resultado de mutaciones del gen T-box, con herencia autosómica dominante y penetrancia incompleta, sin embargo, hay necesidad de mayores investigaciones en esta área. Estos autores señalan que no existen estudios epidemiológicos consistentes, debido a las diferentes definiciones y clasificaciones y la inexistencia de parámetros estandarizados de evaluación y diagnóstico de esta alteración, lo que justifica la variación de 2,8 a 12% en los índices de incidencia.

## **2.1 Clasificación del frenillo lingual**

Diversos autores han clasificado el frenillo lingual según distintos criterios, así como también se han referido a las implicancias del frenillo lingual alterado. Como menciona Escalaya y Perea (2010), la anquiloglosia corresponde a una alteración de origen congénita. De esta manera, la presencia de frenillo lingual corto es su principal característica.

Según las estructuras que pueden conformar el frenillo, Gay y Berini (2004) distinguen tres tipos:

- a) Frenillo fibroso: Compuesto de tejido conectivo y membrana mucosa.
- b) Frenillo muscular: Puede involucrar distintos músculos en el frenillo lingual.
  - Músculo geniogloso: Músculo extrínseco, par y potente de la lengua. Es un músculo muy importante para los movimientos adecuados de la lengua.
  - Músculo genihioideo: Actúa como un depresor de la mandíbula.
- c) Frenillo mixto o fibromuscular: 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.

Por su parte, Wallace (1960) se refirió a la alteración del frenillo lingual, como “anquiloglosia” (en Kotlow, 1999), término que utiliza cuando éste está anormalmente corto y limita los movimientos normales de la lengua. Lo clasifica en dos tipos:

- Anquiloglosia total.
- Anquiloglosia parcial.

Kotlow (1999) también se refiere a la clasificación de la anquiloglosia. Él se basa en el trabajo de Wallace, y los categoriza, según la medida de la lengua libre, en milímetros. La categorización utilizada por Kotlow (1999: 259) es:

- a) Clínicamente aceptable, rango normal de lengua libre, mayor a 16 mm.
- b) Clase I: Mediana anquiloglosia: 12: a 16 mm.
- c) Clase II: Moderada anquiloglosia: 8 a 11 mm.
- d) Clase III: Severa anquiloglosia: 3 a 7 mm.
- e) Clase IV: Completa anquiloglosia: menos de 3 mm.

En pediatría, la clasificación del frenillo lingual alude a las dificultades en la lactancia que este pudiera conllevar. Coryllos, Watson y Salloum (2004) proponen que las alteraciones del frenillo lingual, denominadas como anquiloglosia o frenillo apretado, son una condición que se caracteriza porque éste se une a la punta de la lengua, restringiendo la gama de movimientos. Ello puede causar dificultades en el desarrollo oral, la alimentación, el habla, la deglución y ocasionar otros problemas asociados. La clasificación que utilizan es la siguiente:

- Tipo 1: Es la unión del frenillo a la punta de la lengua, por lo general, en frente de la cresta alveolar en el surco labio inferior.
- Tipo 2: El frenillo es de 2 a 4 mm detrás de la punta de la lengua o justo detrás de la cresta alveolar.

- Tipo 3: Frenillo corto, apegado a la mitad de la lengua y a la mitad del piso de la boca y es, por lo general, más estrecho y menos elástico.
- Tipo 4: Está esencialmente contra la base de la lengua y es grueso, brillante y muy inelástico.

El tipo 1 y 2, considerados frenillos “clásicos”, son los más comunes, y, probablemente, cuentan con un 75% de incidencia. Los tipos 3 y 4 son menos comunes y, ya que son los más difíciles de visualizar, son los más propensos a no recibir tratamiento. El tipo 4 ofrece mayor probabilidad de originar dificultades en el manejo del bolo y la deglución, resultando en síntomas más significativos para la madre y el bebé.

Tal como propone Marchesan en su Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua (2010), se puede clasificar el frenillo lingual según su alteración anatómica en:

- Frenillo lingual corto, cuando su tamaño es menor al del promedio, pero su inserción está ubicada correctamente según la descripción anatómica, o sea, en la mitad de la cara inferior de la lengua hasta el piso de la boca. Impide, de esta manera, una succión adecuada de la lengua al paladar. Además, al elevar la lengua, se observa una forma más cuadrada que redonda y sólo se elevan los bordes. Asimismo, el sujeto debe cerrar la mandíbula cuando la lengua tenga que alcanzar el paladar.
- Frenillo lingual con fijación anteriorizada, cuando este se encuentra con tamaño normal, sin embargo, su fijación está en la mitad delantera de la cara inferior de la lengua, pudiendo estar inserto, incluso, cercano al ápice.
- Frenillo lingual corto con fijación anteriorizada, cuando existe una combinación de los dos anteriores.

Además, en dicho protocolo se puede observar la apreciación de otros criterios. Por una parte, se considera la forma de la lengua, la que puede variar en cuadrada o acorazonada, y, por otro lado, se observa la alteración de funciones asociadas a la lengua. A esto, Martinelli et al. en

su Procolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua con puntuación para bebés (2012), agrega la forma con ligera fisura en ápice y la punta redondeada.

## **2.2 Implicancias del frenillo lingual alterado**

La alteración del frenillo lingual ha sido denominada de variadas formas por los diferentes autores en la literatura; así, se puede identificar como frenillo lingual corto (Ramírez, Gómez & Bonet, 2006) o anquiloglosia (Corrêa, Abanto, Corrêa & Bonini, 2009; Nevárez, Medina, Nevárez, Vargas, Consdtance, Guzmán et al, 2013). Esta alteración puede generar diversas dificultades en la succión, deglución, habla, y problemas ortodóncicos ortopédicos (Escalaya et al., 2010). A continuación, se abordarán los aportes de diversos autores sobre las implicancias de la alteración del frenillo lingual.

A nivel nacional, un estudio realizado por Mercado (2012), expresa que un frenillo lingual alterado, repercute en los movimientos normales de la lengua, y por consecuencia, altera su funcionalidad desde la lactancia hasta la pronunciación de ciertos sonidos. Por otro lado, a nivel internacional la investigación propuesta por Corrêa et al. (2009) también señalan que una alteración de la lengua, como la anquiloglosia, puede alterar la fisiología mecánica de ésta, repercutiendo en algunos casos en su funcionalidad. Estos investigadores proponen que la anquiloglosia puede producir alteraciones anatómicas y también funcionales en otras estructuras de la boca, teniendo consecuencias negativas en el lenguaje, en la función de autolimpieza ejercida por la lengua, dificultades en el amamantamiento y problemas en el desarrollo normal de la mandíbula. A lo anterior, Martinelli y Marchesan (2014) agregan que existe una considerable diferencia en cuanto a las implicancias que conllevan las alteraciones del frenillo lingual en las funciones de succión, deglución, masticación y habla. Además, señalan que, en general, la literatura coincide en que, al encontrarse el frenillo lingual alterado, los movimientos linguales se ven restringidos.

En cuanto a las posibles implicancias de una alteración en el frenillo lingual, Ramírez et al. (2006) sostienen que cuando existe un frenillo lingual corto, este puede provocar alteraciones tanto en el lenguaje y habla como en la alimentación. En el caso de alteraciones de lenguaje y

habla, se puede ver dificultada la articulación de sonidos /t/, /d/, /l/ y /n/, ya que complica la elevación normal de la punta de la lengua en estos fonemas. Esto se considera importante en dos ocasiones, es decir, cuando:

- La punta de la lengua no puede sobresalir más allá del borde de las encías o de los dientes.
- Se observa una pequeña porción de la punta de la lengua al momento de intentar sacarla completamente de la boca.

Con respecto a la a las alteraciones de habla, Gay y Berini (2004) señalan que las alteraciones en fonación se dan, sobre todo, en consonantes linguodentolabiales, ya que es evidente la disminución de los movimientos linguales en estos pacientes. Por tanto, se ven alterados los sonidos /t/, /d/, /n/, /l/, /s/, /r/, /z/, entre otros. En estos casos, destacan la necesidad de una evaluación fonoaudiológica para determinar si estas dificultades se deben efectivamente a una alteración del frenillo. Adicionalmente, Nevárez et al (2013) postula que se pueden generar alteraciones, como: mordida abierta, prognatismo mandibular y problemas como el rotacismo, descrito como la dificultad de pronunciar el sonido /r/.

En el caso de las alteraciones de la alimentación, Ramírez et al. (2006) señalan que las dificultades en esta función van a depender del grado de flexibilidad, la longitud de la lengua que quede libre y de la flexibilidad del fondo de la boca. Estas implicancias, observadas en lactancia materna, se generan en algunos casos solamente, ya que, en general, la alimentación es compensada por el bebé. A lo anterior, Nevárez et al (2013) agrega que cuando se presenta anquiloglosia se promueve la mantención del modelo de una deglución infantil, obstaculizando la transición hacia una deglución adulta, ya que evita que la lengua entre en contacto con la región anterior.

Con relación a las alteraciones en la alimentación, Gay y Berini (2004) también se refieren a la succión y al amamantamiento. Postulan que rara vez existe alteración en la succión debido al frenillo lingual alterado, sin embargo, cuando esta alteración está presente, se podrían

observar inflamaciones en el pezón materno. Estos autores sugieren que es relevante descartar otros factores (como insuficiente desarrollo muscular o miotonía) para determinar si la alteración en la succión se debe a frenillo lingual alterado, o no.

En tanto, Cuervo (2008) también se enfoca en el amamantamiento, ya que es una función vital en lactantes, la que se puede ver alterada en niños con anquiloglosia restrictiva. Ellos utilizarían su mandíbula para generar el sello hermético al momento de amamantar, debido a que su lengua no supera el límite del reborde gingival inferior. En estos casos, estas madres sufrirían más dolor y lesiones en los pezones al amamantar que las madres de niños que no tienen alteración de frenillo lingual, entre 25% y 60% de los casos (Srinivasan, Dobrich, Mitnick & Feldman, 2006). La mayor dificultad que esto puede desencadenar es que la madre genere rechazo al proceso de amamantamiento y que opte por finalizar tempranamente el periodo de lactancia materna (Schwartz, D'arcy, Gillespie, Bobo, Longeway & Foxman, 2002).

Entre otras alteraciones que pueden provocar la anquiloglosia, Corrêa et al. (2009), identifican la función de la limpieza autoejercida por la lengua. Asimismo, Gay y Berini (2004) precisan esta función, utilizando el concepto de “autoclisis”, es decir, cuando la anquiloglosia limita a la lengua en su función limpiadora en el vestíbulo bucal. Esta actividad disminuiría la incidencia de caries, ya que la lengua barre los residuos alimenticios que pudieran quedar entre las piezas dentarias.

Otro tipo de manifestación clínica del frenillo lingual alterado es el traumatismo que se puede generar (Ramírez et al., 2006). Comparten esta propuesta Gay y Berini (2004), quienes refieren a ello como “microtrauma”. Este puede producirse tanto en la lengua como en el frenillo lingual, presentándose como ulceraciones, ya que la adherencia de la lengua a los dientes anteriores produce un roce, el que puede dañar la lengua o el frenillo.

### **2.3 Evaluación del frenillo lingual**

La evaluación del frenillo lingual se puede realizar desde diversas miradas profesionales. Para aplicar un diagnóstico eficaz del estado del frenillo lingual, Corrêa et al. (2009) señalan

que es importante realizar una evaluación completa y que, idealmente, incluya el punto de vista del fonoaudiólogo y del odontólogo para saber si se debe optar por un tratamiento quirúrgico o fonoterapia. La relevancia de la evaluación funcional del frenillo lingual tiene su base en que muchas veces se puede estar frente a un frenillo lingual que puede parecer corto, pero aun así puede tener la elasticidad necesaria para cumplir óptimamente su función. En relación a este tema, Mercado (2012) señala que no existe un consenso en la literatura para la evaluación del frenillo lingual y que los profesionales utilizan un método principalmente clínico, que permita observar la funcionalidad del frenillo lingual y la movilidad de la lengua. Sin embargo, esta modalidad depende mucho del criterio del evaluador y de su experiencia para considerar un frenillo lingual normal o alterado.

Por último, Marchesan (2011) postula que la evaluación del frenillo lingual puede aportar dos resultados: normal o alterado, dependiendo de los criterios utilizados. Generalmente, la evaluación se realiza a partir de pautas de observación de frenillo lingual y movilidad de la lengua: en evaluaciones a lactantes también se observa el proceso de succión. Cabe destacar que, para lograr una evaluación precisa, se deben considerar otros aspectos, como la movilidad, posición habitual de la lengua y articulación del habla.

### **2.3.1 Evaluación odontológica**

Gay y Berini (2004) recomiendan la utilización del método descrito por Williams y Waldron en el año 1985, para evaluar clínicamente la movilidad de lengua, la que puede estar restringida por la existencia de un frenillo lingual alterado. El método consiste en la obtención de 3 medidas, con las cuales, posteriormente y mediante una fórmula, se obtiene un valor que clasifica esta movilidad.

El método antes señalado consiste en evaluar distancias entre:

- A: Punto de inserción mandibular del frenillo y glándula sublingual.
- B: Glándula sublingual e inserción lingual del frenillo.
- C: Inserción lingual del frenillo y la punta de la lengua.

Posteriormente, se aplica la siguiente fórmula:

$$R: C/A+B+C$$

Los resultados permiten clasificar la movilidad de la lengua en:

- Movilidad lingual reducida, cuando R da un valor entre 0,14 y 0,22
- Movilidad lingual aceptable, cuando R da un valor entre 0,22 y 0,39
- Movilidad lingual importante, cuando R da un valor entre 0,39 y 0,51

Ahora bien, Adeva (2014) señala otro instrumento utilizado por odontólogos en otras áreas de la salud. Este instrumento es denominado “Herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbaker” (Anexo nº1), y sería una de las más utilizadas para el diagnóstico de la anquiloglosia. Ésta consta de dos apartados: la evaluación de la apariencia de la lengua (5 ítems); y la evaluación de la funcionalidad de la lengua (7 ítems). Esta evaluación, más la observación de otros signos y síntomas acompañantes (como dolor materno durante el amamantamiento), pueden orientar hacia la indicación de una frenetomía, cuando existe un puntaje de 8 o menos en el ítem de apariencia; y 11 o menos, en el ítem de función. Corrêa, Abanto, Corrêa y Bonini (2009) también proponen la utilización de la pauta de Hazelbaker en el ámbito odontológico, para evaluar cuándo intervenir al enfrentarse a un caso de anquiloglosia.

Amir, James y Donath (2006) destacan que la falta de consenso sobre la definición de anquiloglosia llevó a Alison Hazelbaker a la creación del instrumento de evaluación para la funcionalidad del frenillo lingual (HATLFF). Se refieren, así, a la motivación de Hazelbaker, quien declaró que al tener experiencias con anquiloglosias era frustrante no contar con una manera formal para evaluarlo en lactantes, que amamantan. Por dicha razón, desarrolló un enfoque de evaluación que facilita el alcance de los efectos que pueda tener la movilidad de la lengua con anquiloglosia.

### **2.3.2 Evaluación fonoaudiológica**

Desde el punto de vista fonoaudiológico, Bartuilli, Cabrera y Periñán (2007) señalan que se debe realizar una evaluación general de las estructuras orofaciales de los pacientes. Esta ha

de contemplar diversos órganos (mejillas, labios, dientes, lengua, nariz y orejas) y considerar la valoración anatómica, funcional, del tono muscular y sensibilidad de cada una de las estructuras orofaciales. Para ello, el fonoaudiólogo realiza una observación que registra en una pauta o protocolo de evaluación de órganos fonoarticulatorios (Anexo nº2).

Uno de los protocolos más actuales de evaluación del frenillo lingual es el “Protocolo de evaluación del frenillo lingual” (Marchesan, 2010). Este protocolo (Anexo nº3) contiene un apartado de anamnesis; y otro, de examen específico. La anamnesis aborda, principalmente, queja del paciente y aspectos de identificación general. El examen específico está dividido en dos partes: la primera permite conocer aspectos generales de la lengua y del frenillo lingual, mientras que la segunda parte pretende identificar la movilidad, posición lingual, producción del habla y compensaciones que podría realizar el paciente. El protocolo cuenta con una escala de puntuación para considerar los resultados: 0 para normalidad, 1 y 2 indican alteración en orden creciente (Susanibar, Marchesan, Parra & Dioses, 2014).

Martinelli y Marchesan (2014) también crearon un protocolo para la evaluación del frenillo lingual para bebés (Anexo nº4), ya que la importancia de los movimientos linguales en esta etapa es fundamental para las funciones de alimentación. El protocolo debe ser aplicado en bebés sanos, nacidos a término, y hasta de 6 meses de edad (Martinelli & Marchesan, 2014). El protocolo consta de dos partes: la primera está compuesta de la historia clínica, antecedentes familiares, datos de identificación y salud general del bebé. La segunda parte se enfoca en la evaluación anatomofuncional del frenillo lingual, la lengua y los labios. También abarca la evaluación de la succión nutritiva y no nutritiva para investigar los movimientos linguales dentro de la cavidad oral. Este protocolo también ofrece puntuaciones, considerando: 0 normalidad, 1-2-3 indican progresivamente alteración.

Martinelli y Marchesan (2014) sostienen que una evaluación del frenillo lingual e intervención (frenotomía) en edad temprana disminuyen las posibilidades de destete precoz. Además, potencia el desarrollo adecuado de funciones, como la masticación, deglución y habla. A esto se agrega que, cuando se evalúa el habla en sujetos mayores a los 6 años, el 70% de las personas coincide con una alteración en el frenillo.

### **3. Intervención**

En un estudio realizado por Brito, Marchesan, Bosco, Carrilho y Rehder (2007), con la participación de profesionales de las áreas de fonoaudiología, odontología y otorrinolaringología, se buscó comparar el tipo de clasificación y conducta adoptada por estos profesionales en cuanto al frenillo lingual y sus alteraciones. Cuando el frenillo fue clasificado con fijación anteriorizada, corto con fijación anteriorizada o corto, la mayoría de los fonoaudiólogos propone fonoterapia en una primera instancia, acompañado de la opinión de algún otorrinolaringólogo para encaminar una posible cirugía, sin embargo, en estos mismos casos los odontólogos y otorrinolaringólogos recomendaron cirugía en primera instancia. Este estudio muestra la divergencia en cuanto a la conducta de tratamiento para las alteraciones del frenillo lingual, evidenciando la necesidad de promover un trabajo interdisciplinario.

Una eficaz evaluación podrá orientar a los profesionales sobre la necesidad del paciente con alteración del frenillo. En caso de que éste se encuentre alterado, se debe evaluar cuál es la intervención indicada para corregir la alteración y brindar mayor movilidad a su lengua para que efectúe adecuadamente sus funciones. Al respecto, Kotlow (1999) propone una corrección quirúrgica para la intervención de la anquiloglosia, la que puede ser de tres tipos, según la severidad del problema: frenetomía, frenectomía y frenuloplastía, las cuáles se explicarán en el siguiente punto.

#### **3.1 Intervención odontológica**

La intervención por parte de los odontólogos consiste en abordar quirúrgicamente mediante la frenectomía. Esta técnica es descrita por Escalaya y Perea (2010) como una escisión del frenillo lingual con el fin de liberar la lengua y mejorar su movilidad. Sin embargo, existen variaciones de esta técnica, como la Z plastía o la V-Y plastía (Gay & Berini, 2004).

Escalaya y Perea (2010), proponen que en lactantes se indica el tratamiento quirúrgico solo si está comprometida la alimentación. En los lactantes menores de 4 meses, el frenillo carece de inervación sensitiva, por lo que el procedimiento puede ser aplicado sin necesidad de

anestesia local. En este caso, se debe realizar un pequeño corte de 2 a 3 mm en su porción más delgada y fina, y se debe alimentar al niño inmediatamente. Sin embargo, cuando el niño es mayor de 4 meses, se debe utilizar anestesia.

Por su parte, Gay y Berini (2004) postulan que la intervención del frenillo lingual depende de la clase de anquiloglosia (en Kotlow, 1999):

- Clase IV: eliminación completa del frenillo lingual, ya que existe una alta restricción en los movimientos linguales.
- Clase III: se beneficia de la intervención quirúrgica, pero dependerá del caso su intervención, pues a veces la inserción corta se adapta, aunque igualmente se recomienda la frenectomía.
- Clase II y I: Son las clases con mayor dificultad para evaluar debido a que los niños parecen no presentar alteraciones.

Gay y Berini (2004) también sugieren otras condiciones a considerar para optar a la exéresis del frenillo lingual, tales como: alteraciones en la deglución de sólidos y líquidos, uso de instrumentos de viento, entre otros. Como ya se señaló, se suele recomendar intervención del frenillo lingual a través de diferentes cirugías, tales como: escisión total, Z-plastia o V-Yplastia; sin embargo, la técnica más recomendada para estos casos es la frenectomía o también conocida como exéresis completa del frenillo lingual. En el caso de cirugías en lactantes, se debe realizar bajo anestesia general, considerando los riesgos de este tipo de anestesia, es por ello que la intervención suele postergarse para cuando el menor tenga entre 3 a 5 años de edad (Gay & Berini 2004).

Además de las recomendaciones anteriores, Gay y Berini (2004) señalan que, posterior a la cirugía, debe contemplarse un periodo para que se realicen ejercicios que permitan la movilización lingual. De esta manera, se puede prevenir la retracción cicatricial. Finalmente, con la intervención quirúrgica y el periodo de ejercicios miofuncionales, se debería lograr la

movilidad adecuada de la lengua. En otras palabras, el paciente debería realizar sin dificultad ni tensión los movimientos linguales como: protrusión, retrusión y extensión.

En tanto, Gámez (2008) se refiere a algunas de las técnicas quirúrgicas más utilizadas para la eliminación del frenillo lingual:

a) Frenectomía: Es una técnica a través de la cual se remueve el frenillo completo y puede realizarse mediante una cirugía simple (se realiza un corte con bisturí y la cicatriz queda en la misma dirección que el frenillo), o romboidal (se cortan las inserciones del frenillo y luego la porción intermedia).

b) V-Y plastía: Se realiza un corte en forma de V a ambos lados del frenillo y, al suturar la herida, queda con una forma de Y.

c) Z-plastía: Consigue eliminar el frenillo lingual dejando una cicatriz en sentido contrario; por ello, se sugiere este tipo de cirugía.

Otros métodos son los expuestos por Cuervo (2008):

a) Frenotomía: Es una sección simple del frenillo lingual.

b) Frenuloplastía: es una frenotomía que se complementa con algún tipo de plástia en la superficie cruenta que queda posterior a la frenotomía.

### **3.2 Intervención fonoaudiológica**

Gay y Berini (2004) proponen un tratamiento conservador ante casos de anquiloglosia moderada (clase II, según Kotlow, 1999). En cuanto a pacientes de edades tempranas, postulan que se realice un tratamiento mediante fisioterapia miofuncional, efectuada por un fonoaudiólogo. Esta debe ser aplicada por el profesional, quien deberá enfatizar en guiar la correcta posición de la lengua.

Podestá, Nuñez del Arco, Tello y Chávez (2001) destacan, en algunos casos, la participación de un fonoaudiólogo pre y post cirugía de frenillo, similar a la propuesta de Gay y Berini (2004), los que recomiendan la participación de un fonoaudiólogo una vez realizada la exéresis del frenillo lingual. Esto, con el fin de solucionar los problemas de fonación y lenguaje, provocados por la anquiloglosia. Asimismo, consideran necesario derivar a fonoaudiólogo antes de realizar la cirugía, en los casos en que la anquiloglosia repercute directamente en el lenguaje, puesto que, de lo contrario, sería ilógico el procedimiento.

Ahora bien, Bartuilli et al (2007) se refieren a la terapia miofuncional como una intervención para las alteraciones de la funcionalidad de los músculos, específicamente, relacionada con la musculatura para el funcionamiento del sistema orofacial. Esta terapia corresponde a una de las áreas de la especialidad del fonoaudiólogo, que consiste en prevenir, evaluar, educar, diagnosticar y rehabilitar las alteraciones que perjudiquen la armonía del sistema orofacial en pacientes de cualquier rango etario. El tipo de intervención puede ser activo o pasivo, dependiendo de la participación del paciente.

La terapia miofuncional se centra en la ejecución de diversas series de ejercicios (praxias, masajes, estimulación mecánica, entre otros) para lograr la armonía muscular orofacial. Los campos de esta terapia pueden ser disfunciones orofaciales, malformaciones craneofaciales genéticas, congénitas o adquiridas, disfagia, entre otras. En el ámbito de la odontología y ortodoncia, esta terapia podría aplicarse en alteraciones bucales de origen anatómico, como es el caso de la anquiloglosia. (Bartuilli et al., 2007).

Escalaya y Perea (2010) también se refieren a la intervención con un tratamiento conservador, ante anquiloglosias moderadas en edades tempranas. Para ellos, el tratamiento conservador consiste en la ya mencionada terapia miofuncional, es decir, ejercicios que ayuden a aumentar la movilidad lingual. Entre éstos, proponen realizar movimientos laterales de la lengua y girar la lengua con la boca cerrada.

Susanibar et al. (2016), por su parte, sostienen que los ejercicios miofuncionales orofaciales no son suficientes para el estiramiento del frenillo lingual. Señalan que con dichos

ejercicios la lengua aún sigue en una posición baja dentro de la cavidad oral y con menos movilidad por la presencia del frenillo lingual alterado, lo que implica una tonicidad disminuida del piso de la boca y la lengua. Cuando se realizan los ejercicios miofuncionales se mejora la tonicidad muscular alterada, generando una apreciación de un frenillo lingual más largo. Sin embargo, los puntos de fijación del frenillo lingual no han variado y aún generan movimientos linguales limitados.

Susanibar et al (2016), además proponen que la terapia de habla puede ser indicada como tratamiento previo a la intervención quirúrgica en casos donde se observa una pequeña alteración del frenillo lingual, como el frenillo lingual con fijación muy leve por encima del tercio medio. En otros casos, cuando la terapia de habla se realiza sin la existencia de algún proceso quirúrgico antes, ésta debe tener una duración de dos a cuatro meses. Cabe destacar que se debe explicar e informar al paciente y a sus padres, previo a la realización de la terapia de habla que, si la dificultad presentada no se soluciona con la intervención fonoaudiológica, se podrá indicar la cirugía del frenillo lingual. Ello permitirá liberar los movimientos linguales para generar una mejor funcionalidad en actividades tales como: masticación, deglución y habla, mejorando la posición de la lengua en la cavidad oral y favoreciendo un cierre labial hermético.

## **II. METODOLOGÍA**

### **1. Planteamiento del problema**

#### **1.1 Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son los criterios que utilizan los odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso de la región de Valparaíso para la derivación a fonoaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado?

#### **1.2 Objetivo de la investigación:**

El tema surge desde la práctica clínica, al observar que las derivaciones realizadas por odontólogos para la evaluación de frenillo lingual posiblemente alterado diferían en los criterios utilizados por cada profesional. Lo antes descrito repercute en el abordaje interdisciplinario a desarrollar con cada paciente, debido a que, al no existir un criterio único, se disminuye la efectividad y pertinencia de las intervenciones realizadas.

#### **1.3 Justificación:**

En muchas profesiones de la salud se tiende a derivar a otros profesionales del área cuando el problema a consultar debe ser abordado desde otras miradas profesionales, como es el caso de los odontólogos. Esto habla de la calidad ética que tienen los profesionales para abarcar las dificultades que tienen sus pacientes y así brindarles el tratamiento más óptimo e integral. En el caso de la derivación desde el odontólogo al fonoaudiólogo, de niños con frenillo lingual alterado es muy variable de un especialista a otro, pues el criterio de derivación dependerá de la experiencia y la observación clínica del odontólogo. Cabe destacar que no existe una gran cantidad de información sobre este tema, por lo que este proyecto podría ser el inicio para la creación

de protocolos que permitan mejorar los criterios de derivación de los pacientes con frenillo lingual alterado.

Es por ello que resulta muy interesante desde la mirada fonoaudiológica unificar el criterio de estos profesionales a través de la creación de pautas, protocolos, entre otros, que puedan mejorar la comunicación entre ambos profesionales. De este modo se puede mejorar la eficiencia de los procedimientos terapéuticos utilizados.

#### **1.4 Viabilidad del estudio:**

La investigación es viable, ya que se basa exclusivamente en la interacción con odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la ciudad de Valparaíso, por lo que solo se requiere de los permisos por parte de la directiva de la clínica para realizar la investigación y la participación de los odontólogos. Cabe destacar que no se requieren de otros factores como recursos financieros que impidan o detengan el progreso de la investigación. Además, el hecho de que existan redes de trabajo con los profesionales, y que se imparta la carrera de odontología en la misma universidad, nos facilitó el contacto con los profesionales que se requirieron para llevar a cabo la investigación.

#### **1.5 Limitaciones del estudio:**

Este estudio tiene las siguientes limitaciones: que la clínica no acceda a realizar la investigación en su dependencia, que los odontólogos no accedan a dar las entrevistas necesarias para realizar la investigación, y que no obtengamos una cantidad mínima de entrevistas para poder tener una visión general de los criterios utilizados.

#### **1.6 Deficiencia en el conocimiento del problema:**

A nivel nacional se encuentran diversos estudios relacionados al frenillo lingual alterado. Sin embargo, éstos abordan temas como las implicancias que tiene en el habla

y en la deglución. En lo que respecta a este estudio, no existe evidencia sobre la derivación oportuna a fonoaudiólogo de niños que tengan frenillo lingual posiblemente alterado, desde una mirada odontológica. En cuanto al nivel internacional, existen grandes referentes que en sus estudios han reflejado la importancia de una intervención interdisciplinaria, involucrando un trabajo en conjunto con fonoaudiólogo y odontólogo. A nivel latinoamericano, Brasil lleva el liderazgo en estudios de frenillo lingual y sus implicancias según su alteración. Gracias a esta información, es posible comenzar a realizar los estudios pertinentes para una investigación que aborde este tema en Chile.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general:**

Determinar los criterios utilizados por odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en la ciudad de Valparaíso para la derivación a fonoaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado, en el año 2017.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- 2.2.1 Identificar los criterios morfológicos utilizados por odontólogos, para determinar posible alteración de frenillo lingual.
- 2.2.2 Identificar los criterios anatómicos utilizados por odontólogos, para determinar posible alteración de frenillo lingual.
- 2.2.3 Identificar los criterios funcionales utilizados por odontólogos, para determinar posible alteración de frenillo lingual.

### **3. Tipo de estudio**

#### **3.1 Enfoque:**

Cualitativo.

El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. También es recomendable seleccionar el enfoque cualitativo cuando el tema del estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho investigación al respecto en algún grupo social específico. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

En este proyecto se utilizó este enfoque, debido a que los datos obtenidos no fueron medidos en unidades numéricas, además, tuvo como fin, obtener información de los odontólogos en base a sus perspectivas y experiencias en la intervención de frenillo lingual posiblemente alterado.

#### **3.2 Alcance:**

Exploratorio

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

Se escogió el alcance exploratorio, ya que se utiliza cuando se pretende examinar un tema poco estudiado y del cual se tienen muchas dudas. Es por lo anterior, que este tipo de

alcance es el adecuado para el estudio, ya que no se conocen los criterios que utilizan los odontólogos para la derivación a fonoaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado. Por otro lado, este alcance es adecuado, ya que no existen publicaciones nacionales e internacionales que abarquen esta información.

### **3.3 Diseño:**

#### Diseño fenomenológico

Se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia. Estos diseños son similares al resto de los que conforman el núcleo de la investigación cualitativa, y tal vez aquello que los distingue reside en que la o las experiencias del participantes o participantes son el centro de la indagación (Mertens, 2005; citado en Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Las premisas en las que se fundamenta son que, en el estudio, se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente; el diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados; en la recolección enfocada, se obtiene información de las personas que han experimentado el fenómeno que se estudia (Creswell, 1998; Álvarez-Gayou, 2003; Mertens, 2005; citados en Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para este estudio, los participantes seleccionados fueron los odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, desde quienes se buscará recolectar información requerida para realizar el estudio. En cuanto a los participantes, se solicitaron voluntarios que cumplieran con los criterios de inclusión para nuestra muestra. Finalmente, la recolección de datos se realizó en base a entrevistas semiestructuradas realizadas personalmente y de manera individual.

#### **4. Descripción de la(s) muestra(s):**

##### **4.1 Muestra:**

Odontólogos que trabajan en la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en Valparaíso en el año 2017.

##### **4.1.1 Tipo de muestra:**

Muestra no probabilística o dirigida.

La elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Muestra homogénea: al contrario de las muestras diversas, en éstas las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien, comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Se escogió este tipo de muestra, ya que los odontólogos debieron cumplir con los requisitos de inclusión y exclusión para poder constituir la muestra.

##### **4.1.2 Tamaño de la muestra:**

Se entrevistó a los odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en la ciudad de Valparaíso. La muestra finalizó cuando se generó una saturación de la información recolectada.

### **4.1.3 Unidad(es) de información:**

Odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en la Ciudad de Valparaíso en el año 2017.

### **4.1.4 Criterios de selección de la(s) muestra(s):**

#### **4.1.4.1 Criterios de inclusión**

- Que el profesional tuviera el título de cirujano dentista.
- Que el profesional trabajara en la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en la ciudad de Valparaíso.
- Que el profesional quisiera acceder a la entrevista.
- Que el profesional trabajara con público infantil (0-15 años).

#### **4.1.4.2 Criterios de exclusión**

- Que el profesional no trabajara con público infantil (0-15 años).
- Que el profesional no trabajara en la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso en la ciudad de Valparaíso.
- Que el profesional no quisiera acceder a la entrevista.
- Que el profesional no tuviera el título de cirujano dentista.

## **5. Instrumento de recolección de información:**

El investigador es quien —mediante diversos métodos o técnicas— recoge los datos (él es quien observa, entrevista, revisa documentos, conduce sesiones, etc.). No solo analiza, sino que es el medio de obtención de la información. Por otro lado, en la indagación cualitativa, los instrumentos no son estandarizados, en ella se trabaja con múltiples fuentes de datos, que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos, material audiovisual, etc. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En este caso, los investigadores fueron la Fonoaudióloga Anita Quintana R y el grupo de estudiantes tesisistas que conformaron este proyecto.

## **6. Herramientas:**

La herramienta que se utilizó fue una entrevista semi estructurada con una base de ocho preguntas abiertas a los odontólogos. Dicha entrevista fue respaldada mediante una grabación de voz con autorización de los participantes. Luego, se registró la información recopilada de las entrevistas en una bitácora de campo, la cual fue anexada en el presente documento.

## **7. Trabajo de campo:**

En primera instancia, se entregó la carta de solicitud a la directora de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente. Luego de la aprobación de esta, se realizó contacto con el director de campo clínico mediante correo electrónico, con el fin de programar una reunión, en la cual se presentó el tema a los distintos odontólogos, se explicaron los criterios requeridos para poder ser entrevistados, se solicitó voluntarios y se les hizo entrega de un consentimiento informado. Una vez que los profesionales autorizaron su participación en el estudio, se agendó una fecha para realizar las entrevistas confeccionadas, las que al momento de realizarlas fueron grabadas para mantener el registro de estas, se transcribieron las grabaciones, se agregaron a la bitácora de campo en Microsoft Word y finalmente se analizó el contenido de la información recolectada, lo que condujo a las categorías de análisis y síntesis de la información recolectada (en cuadros).

## **8. Materiales:**

- Grabadora de celular:

Se utilizarán los siguientes teléfonos celulares para grabar las entrevistas:

- Marca: Apple, Modelo: Iphone 5s
- Marca: Samsung, Modelo: Galaxy A5
- Computador

Se utilizarán los siguientes computadores para la transcripción de entrevistas y el análisis de la misma:

- Marca: Apple, Modelo: MacBook Pro
- Marca: Samsung, Modelo: RV411
- Marca: Hewleth Packard (HP), Modelo: Pavilion 15-ab106ns

### III. RESULTADOS

En el siguiente apartado, se presentarán los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a doce profesionales odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso. Como procedimiento de análisis cualitativo, se clasificaron los temas más relevantes, extraídos de las respuestas de estos especialistas. En consecuencia, la interpretación de los aportes de ellos permitió establecer como categorías de análisis: el morfológico, anatómico y funcional. El primero, morfológico, refiere a las características asociadas a la forma que tiene la lengua en relación a la presencia de frenillo lingual alterado. El anatómico considera factores relacionados a la longitud e inserción del frenillo. Por último, el funcional se enfoca en las respuestas asociadas a las implicancias que generarían la alteración del frenillo lingual en ciertas funciones en donde participa la lengua, como deglución, habla succión, articulación, y respiración, entre otras. Además, se analizaron otros aspectos, tales como: implicancias del frenillo lingual alterado, uso o conocimiento de pauta de evaluación o clasificación de frenillo lingual, conocimiento académico con respecto a frenillo lingual y rol del fonoaudiólogo y participación en el equipo multidisciplinario.

Tabla 1. Respuestas obtenidas de las entrevistas según las diversas temáticas

Tema	Síntesis	Cita
Criterios morfológicos	Los encuestados se refirieron a la utilización de criterios morfológicos para la detección y derivación del frenillo lingual, posiblemente alterado. Ellos coincidieron en la utilización del término “lengua con punta acorazonada” para referirse a la alteración relacionada con la forma de la lengua.	“(…) Entonces ver que se acorazona, ver que al niño le cuesta colocar la punta de la lengua en el paladar, son signos de que uno debiese mandarlo a un especialista…” (B: Odontólogo 1, 2017)  “(…) si la lengua hace como una forma de corazón y si puede elevar la lengua, esas cosas principalmente…” (B: Odontólogo 4, 2017)  “(…) y cuando saque la lengua la tenga en forma de corazón,y cuando no pueda poner la punta de la lengua en el paladar…” (B:

		Odontólogo 7, 2017)
Criterios anatómicos	Los encuestados refirieron utilizar criterios anatómicos para la detección y derivación de frenillo lingual posiblemente alterado. Para ello, señalaron observar principalmente si el frenillo es corto, si posee inserción adelantada, gruesa, ventral o corta, si es un frenillo isquémico o si existe retracción de la encía.	“(…) Cuando uno hace el examen clínico y les hace levantar la lengua, el frenillo se ve isquémico, o sea, se pone blanco.. ” (B: Odontólogo 6, 2017)  “(…) que tenga inserción muy corta…” (B: Odontólogo 7, 2017)  “(…) Si tiene una inserción más adelantada, si está más grueso, si está evidentemente corto y la posición que tiene la lengua también puede dar un indicio de si está alterado o no alterado.” (B: Odontólogo 9, 2017)
Criterios funcionales	Los encuestados refirieron utilizar criterios funcionales al momento de detectar y derivar a pacientes con frenillo lingual posiblemente alterado, entre los cuales destacan: succión, fonoarticulación, movilidad de la lengua, deglución, habla, adquisición y desarrollo de fonemas, elevación lingual, respiración y alteración de todas las funciones relacionadas con la lengua o el sistema estomatognático.	“(…) Observo si la lengua la puede movilizar, depende de cómo va hablando y le voy buscando conversaciones que me guíen a que pueda mostrar el movimiento lingual, el movimiento natural.” (B: Odontólogo 3, 2017)  “(…) No logran sacar como corresponde, no logran levantar y obviamente antes de la lengua, uno saluda al niño a dos metros y se da cuenta que hay alguna alteración de fonación.” (B: Odontólogo 12, 2017)
Otros criterios: a. Implicancias del frenillo lingual alterado	En relación a este ítem, los entrevistados coincidieron en que una alteración del frenillo lingual puede traer diversas implicancias en el sistema estomatognático, refiriendo que se alteran aquellas funciones relacionadas con la lengua, tales como implicancias en la deglución y, principalmente, la fonoarticulación. Mencionaron que esto, a su vez, podría afectar a la óptima comunicación de los	“(…) Para mí lo más importante es el bullying, porque un niño que va al jardín y una educadora no lo ha evaluado en ese aspecto, yo le pongo la voz de alerta a la mamá. Le pregunto cómo le va en el jardín, si tiene compañeros con quienes juega, si le han dicho algo las tías en relación al tipo de juego, si juega solo. Porque los niños a veces se sienten segregados por la forma en que se expresan, o que

	<p>niños y niñas. Uno de los puntos que más llama la atención, es que una de las consecuencias que refieren algunos odontólogos, no es en relación a las funciones estomatognáticas, sino más bien vinculadas al ámbito psicológico, clasificándolo como <i>Bullying</i>, lo que puede generarse a causa de las otras implicancias posibles. Se menciona también que esto puede generar una alteración en la calidad de vida de los niños y niñas con alteración del frenillo lingual.</p>	<p>ellos mismos se auto-marginen porque sienten que no hablan bien...” (B: Odontólogo 3, 2017)</p> <p>“(...) Un frenillo que no se corrige a tiempo, que no se trabaja a tiempo, va a terminar generando de alguna u otra forma una alteración completa del aparato estomatognático. No va a poder respirar bien, el tema de la fonarticulación igual se va a ver perjudicado, incluso en la deglución...” (B: Odontólogo 5, 2017)</p> <p>“(...) tiene efectos en la succión obviamente cuando son guaguas, tiene efectos en el habla en el fondo por la articulación de los fonemas...” (B: Odontólogo 8, 2017)</p> <p>“(...) Obviamente si tiene el frenillo corto, o alterado, quizás tiene algunas manifestaciones al momento del habla lo que puede perjudicar su vida social también, entonces en ese sentido también es importante poder detectarlo y poder solucionar el tema...” (B: Odontólogo 9, 2017)</p> <p>“(...) La biología es tan mágica que compensa todo, me refiero a que el niño sigue teniendo todas sus funciones y todas las cosas.” (B: Odontólogo 12, 2017)</p>
<p>Otros criterios: b. Uso/conocimiento de pauta de evaluación/clasificación de frenillo lingual</p>	<p>Los encuestados se refirieron a este tema pudiendo encontrar una considerable variedad de respuestas en cuanto al conocimiento de pautas. La respuesta más frecuente fue que no utilizaban pautas, ya que realizaban la evaluación mediante observación clínica, la que era más</p>	<p>“Conozco una pauta que me mostró una fonoaudióloga, pero no me acuerdo específicamente cuál es, ni como se llama.” (B: Odontólogo 11, 2017)</p> <p>“(...) Sí, sé que hay pautas. De hecho, la que mencionaron ustedes, la CEFAC, la ubicaba. Pero, la</p>

	<p>bien subjetiva. Seguido a esto, se encuentra el uso de protocolo de evaluación general de la Clínica. Algunos de ellos señalaron conocer pautas relacionadas con la labor fonoaudiológica, sin embargo, no recordaban los nombres y tampoco las utilizaban.</p>	<p>verdad es que nosotros no la utilizamos mucho; yo se que no está bien, que deberíamos ocupar algo que esté integrado...” (B: Odontólogo 5, 2017)</p> <p>“Se llama X (refiriéndose a fonoaudióloga de la clínica) (...)” (B: Odontólogo 12, 2017)</p>
<p>Otros criterios: c. Conocimiento académico con respecto a frenillo lingual</p>	<p>En cuanto a los contenidos de frenillo lingual son poco abordados en su formación universitaria, lo que tendría relación con el desconocimiento de protocolos de evaluación e incluso algunos aspectos terminológicos o clasificación de la alteración del frenillo. Además, destaca la importancia de una mejor formación en este aspecto y en la relación con la labor del fonoaudiólogo.</p>	<p>“En general en la carrera es poco lo que se ve, por lo menos acá en la Universidad de Valparaíso, no es tanto lo que uno ve tampoco de la parte fonoaudiológica y creo que sería súper importante ver más (...)” (B: Odontólogo 8, 2017)</p>
<p>Otros criterios: d. Rol del fonoaudiólogo y participación en el equipo interdisciplinario</p>	<p>En relación al rol del fonoaudiólogo en casos de frenillo lingual, los entrevistados refirieron conocer cuál era la labor y la importancia de la participación de este, llegando incluso a mencionar que es el fonoaudiólogo quién está realmente encargado de evaluar, diagnosticar la alteración y determinar el plan de intervención adecuado para cada paciente, el que puede consistir en un tratamiento conservador o quirúrgico. Además, mencionan su importancia de la participación dentro del equipo multidisciplinario. Cabe destacar que, en el equipo de trabajo en la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, participa de manera activa un fonoaudiólogo, junto a los odontólogos y a un</p>	<p>“(...) que evalúe bien si ese frenillo puede elongarse, si puede llegar a ser funcional o si hay que realizar una cirugía y después me imagino una pequeña rehabilitación para que ese frenillo también no tenga problemas en la cicatrización...” (B: Odontólogo 1, 2017)</p> <p>“(...) pero, al menos yo creo que en el tema del frenillo, el diagnóstico yo creo que tiene que participar si o si, y posteriormente, o sea, uno puede hacer el acto quirúrgico y ver esta otra cosa y trabajar en conjunto, pero también creo que el tratamiento, la terapia va por el lado de que se incorpore, que el paciente pueda venir y que siga también como una terapia más progresiva, entonces yo creo que... o sea, el odontólogo sin el fonoaudiólogo en esto por lo menos, no va, no resulta...” (B:</p>

ortodoncista, lo que podría determinar el grado de conocimiento que tienen los participantes en relación a la labor fonoaudiológica en diversos aspectos. Ellos destacan el hecho de poder contar con esta diversidad de profesionales, para aprender a reconocer señales de alerta y así realizar las derivaciones pertinentes, no tan solo en la clínica, sino que también en sus otros lugares de trabajo.

Odontólogo 4, 2017)

“(...) entonces si considero que el fonoaudiólogo es muy importante para el tema deglución y en el fondo para la posición de la lengua dentro de la cavidad bucal y para el tema habla, que tal vez, desde el punto de vista odontológico uno podría decir “no es tan relevante”, pero si uno considera al niño como un todo, hay que, o sea nuestra misión es derivarlo si detectamos cualquier tipo de esas cosas...” (B: Odontólogo 8, 2017)

“(...) me parece que la función del fonoaudiólogo, en mi opinión, es más como funcional en el sentido de la fonación, más que si el niño tuviese un frenillo corto identificado por nosotros, como que más que ejercicio... O sea si requiere, por ejemplo, cirugía, por mucho que le haga ejercicio a ese frenillo quizás no se va a solucionar el problema, pero forma parte más del diagnóstico y también obviamente parte de la solución, hasta cierto punto me imagino yo...” (B: Odontólogo 9, 2017)

“(...) yo creo que en el fondo parte como primero evaluando cuál es el nivel de alteración, con todo el examen que ustedes hacen funcional y bueno también, preguntar a la mamá etc, y ehh, después me imagino que también trata de hacer ejercicios que primero, antes de lo quirúrgico, intervengan para tratar desarrollar de mejor manera en el fondo el problema que tiene, y si ya eso no sirve, yo creo que se van más a lo quirúrgico...” (B: Odontólogo 10,

2017)

“(…) Bueno, hacer un diagnóstico preciso y adecuado para poder identificar si efectivamente el rol nuestro en término de los procesos quirúrgicos que tenemos que hacer para liberar esa lengua están asociados efectivamente a un tema mecánico o no…” (B: Odontólogo 12, 2017)

(…) no sabré demasiado de este tema pero me apoyo absolutamente en el área de ustedes como fonoaudiólogas, de identificar si realmente el problema es de delimitación física (...) Entonces, es cierto que nosotros hacemos frenectomía aquí pero en los últimos 10-12 años que llevamos con el trabajo de la fonoaudióloga acá, he hecho menos. (...) Hacer un diagnóstico preciso y adecuado para poder identificar si efectivamente el rol nuestro en término de los procesos quirúrgicos. (...) El trabajo pre es igual de importante que el post. Sinceramente nosotros somos - en mi visión- somos un prestador de servicio en el proceso completo que ustedes están haciendo, pero en rigor estricto el diagnóstico es de ustedes y la rehabilitación. (B: Odontólogo 12, 2017).

## **Síntesis**

Al analizar las respuestas obtenidas a partir de las entrevistas realizadas a los participantes, se logra extraer variada información relevante como resultado de este estudio. En primer lugar, relacionada con los criterios utilizados por los odontólogos para derivar a fonaudiólogo a niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado, es posible observar que, si bien los odontólogos manejan criterios anatómicos, morfológicos y/o funcionales para detectar alteración del frenillo y posteriormente derivar, no señalan categorías específicas sobre ellos, por lo que fue necesario clasificar sus términos dentro de nuestras categorías, las que surgen a partir del análisis de sus respuestas. En segundo lugar, se observa escaso conocimiento, en general, sobre la existencia de pautas o protocolos que permitan evaluar o clasificar la alteración del frenillo lingual, refiriendo que suelen evaluarlo de manera cualitativa. De hecho, algunos mencionan que su formación universitaria en cuanto a frenillo lingual es muy escasa. Finalmente, todos los entrevistados señalan conocer la función del fonaudiólogo en cuanto a frenillo lingual, y se destaca la importancia que atribuyen los entrevistados al rol fonaudiológico dentro del equipo multidisciplinario, otorgándole un rol protagónico tanto en el diagnóstico, como en la decisión del tratamiento a seguir cuando se detecta la alteración de este.

## **Categorías de información recolectada**

Las categorías obtenidas a través de las entrevistas fueron las siguientes:

- A. Criterios morfológicos.
- B. Criterios anatómicos.
- C. Criterios funcionales.
- D. Otros criterios
  - a. Implicancias del frenillo lingual alterado.
  - b. Uso/conocimiento de pauta de evaluación/clasificación de frenillo lingual.
  - c. Conocimientos académicos con respecto al frenillo lingual.
  - d. Rol del fonaudiólogo y participación en el equipo interdisciplinario.

## IV. DISCUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica, se llevó a cabo el presente estudio, cuyo objetivo fue determinar los criterios utilizados por odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso para derivar a fonaudiólogo a niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado. Mediante el análisis de dichos aportes se identificaron algunos factores que pueden determinar la diversa utilización de estos criterios por parte de los especialistas. En este capítulo se contrastará la información recopilada en la investigación con lo señalado por la literatura; asimismo, se destacará la importancia del rol fonaudiológico para la terapia de niños con frenillo lingual alterado.

A nivel nacional, los estudios en cuanto a frenillo lingual son escasos, y han sido abordados desde otra mirada, es decir, se han enfocado, fundamentalmente, en la articulación o alteración de los fonemas. Esta investigación valora el trabajo interdisciplinario debido a que no existe consenso para definir o clasificar los distintos criterios en la evaluación del frenillo, de acuerdo a la bibliografía, como lo menciona Mercado (2012). De esta manera, se consideró la postura de los especialistas del área odontológica, en miras de integrarla con la del área fonaudiológica.

Para cumplir con el objetivo propuesto, se aplicó una entrevista semiestructurada, de la que se obtuvieron siete categorías. Estas son: criterios morfológicos, criterios anatómicos, criterios funcionales, implicancias del frenillo lingual alterado, uso o conocimiento de pauta de evaluación/clasificación del frenillo lingual, conocimientos académicos con respecto al frenillo lingual y rol del fonaudiólogo y participación en el equipo interdisciplinario. A partir de ellas, fue posible establecer las que son utilizadas en la Clínica Odontológica para identificar la alteración del frenillo lingual, y así derivar al profesional fonaudiólogo.

Con respecto a la investigación, en cuanto a los criterios morfológicos que utilizaban los odontólogos, se observó que los especialistas relacionaban la alteración del frenillo lingual, exclusivamente a aquel con forma de punta acorazonada, aludiendo así a los criterios

relacionados con la forma. Cabe destacar que ningún participante mencionó otras de las formas de la punta de la lengua como alteración morfológica. Con respecto a esto, se apoya lo propuesto en la pauta de evaluación de frenillo lingual de Marchesan (2010), donde se alude a dos parámetros relacionados con la forma de la lengua: forma de corazón y forma rectangular o cuadrada. En tanto, Martinelli et al. (2012), señala la existencia de la forma lingual con punta redondeada, con ligera fisura en ápice o con forma de corazón. Por lo tanto, si bien los profesionales la alteración en cuando a la forma del frenillo, no aludían a la variedad de ellas, reconociendo solo la forma de punta acorazonada.

En cuanto a los criterios anatómicos, los participantes del estudio establecieron como alteraciones anatómicas aquel frenillo lingual considerado corto, grueso, con inserción adelantada o con inserción ventral. Además, incluyeron otros aspectos anatómicos tales como un frenillo lingual isquémico o relacionado a una retracción de la encía inferior. Con respecto a la bibliografía, coinciden con Marchesan (2010) en que la alteración se relaciona con la fijación que tiene el frenillo lingual, ya sea en el piso de la boca (visible a partir de las carúnculas sublinguales o visible a partir de la cresta alveolar inferior) o en la cara inferior de la lengua (en la parte media, entre la parte media y el ápice y en el ápice). Además, Martinelli (2012) agrega como ítem de evaluación el espesor del frenillo lingual, el que clasifica como delgado o grueso. Sin embargo, no se obtuvieron referencias bibliográficas que se refieran al frenillo isquémico o con la retracción de la encía inferior. Es así, que la mayoría de la información recolectada es respaldada por la bibliografía, obteniendo una variedad de respuestas con respecto a los criterios anatómicos utilizados.

En relación a los criterios funcionales, el análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas determinó que estos son los que generalmente utilizan los especialistas al momento de evaluar o derivar a un paciente con frenillo lingual posiblemente alterado. Destacando, principalmente, las alteraciones relacionadas a la articulación del habla y la succión. De este modo, diversos autores señalan la alteración de las distintas funciones de la lengua como un criterio para determinar una posible alteración del frenillo lingual. Tal es el caso de lo propuesto por Marchesan (2010), quien señala la movilidad de la lengua, la postura habitual de la lengua y el habla como criterios importantes para evaluar y determinar alteraciones. Por otro lado,

Martinelli et al. (2012), expresa que la evaluación de las funciones orofaciales en bebés debe incluir la evaluación de la succión nutritiva y no nutritiva para descartar una alteración del frenillo lingual. Ramírez et al. (2006); Escalaya, et al. (2010) y Neváres (2013), señalan que una dificultad en la deglución también puede tener relación con la alteración del frenillo lingual. De este modo, se observa que la literatura propone distintas alteraciones funcionales, y estas son las que principalmente son utilizadas como criterios de derivación por los odontólogos.

En cuanto a las implicancias, la mayoría de los odontólogos entrevistados señalan como consecuencias las dificultades en la fonación. Esto resulta relevante, ya que, desde el área odontológica, Gay y Berini (2004) señalan que pueden existir implicancias en relación a la fonación de algunos sonidos del habla debido la disminución de los movimientos linguales en los pacientes con alteración de frenillo lingual. Ahora bien, es importante mencionar que el término “fonación”, propiamente tal, desde la mirada fonoaudiológica hace referencia a la producción acústica de la voz, no obstante, los profesionales aluden a alteraciones en la articulación. Por otro lado, Martinelli y Marchesan (2014) describieron las implicancias que podría traer la alteración del frenillo lingual en funciones relacionadas con el sistema estomatognático, tales como la masticación, succión, deglución y habla. Dichas dificultades fueron expuestas en la mayoría de las respuestas durante la investigación. De esta manera, los profesionales utilizaban esto como un criterio para poder derivar a fonoaudiólogo en los casos de niños con frenillo lingual alterado.

Otro punto a destacar, son los casos de entrevistados que aludieron a la posible alteración en el desarrollo normal del paladar producto de un frenillo lingual alterado, ya que este promovía una posición baja de la lengua. Además, opinaron sobre otras de las implicancias referidas al frenillo lingual, por ejemplo, en la mandíbula. Al respecto, Corrêa et al. (2009), consideran que el frenillo lingual podría traer dificultades en el desarrollo normal de esta última. De esta manera, lo relatado por los profesionales concuerda con lo planteado en la literatura.

Además, se destaca una respuesta obtenida durante la investigación, la cual hace referencia a la capacidad de compensación que tienen algunas personas frente a diferentes alteraciones. En la entrevista, uno de los profesionales mencionó que existen casos en los que

no hay consecuencias negativas en el paciente, ya que muchas veces los lactantes logran succionar sin dificultad. En concordancia con esto, Ramírez et al. (2006) establece que los procesos alterados en lactancia materna se ven rara vez, ya que los bebés logran compensar las posibles alteraciones en cuanto a la succión. Es así que lo expresado por el entrevistado respalda el proceso de investigación bibliográfica.

Por otro lado, con respecto a las implicancias de frenillo lingual alterado, es importante mencionar la visión que tenían los profesionales en cuanto a la función del habla y su relación con la inserción social del niño. Desde este punto de vista, varios entrevistados se refirieron a las consecuencias relacionadas o a la calidad de las relaciones interpersonales que podrían verse disminuidas o afectadas en niños con alteración del frenillo lingual, haciendo referencia a que las dificultades en esta función era su principal motivo para considerar su evaluación e intervención si fuesen necesarias. Además, señalaban que, dentro de su formación, se les planteaba la idea de mirar al niño como un todo, y no solo en el ámbito dental, lo que habla de una mirada biopsicosocial. Sin embargo, no se encontraron referencias bibliográficas al respecto.

Con respecto al uso o conocimiento de pauta de evaluación o clasificación del frenillo lingual, se destaca que, si bien, existe una variedad de instrumentos para evaluar y categorizar el frenillo lingual a partir del área odontológica (Kotlow, 1999; Gay, 2004), los entrevistados no tenían conocimiento sobre dichas pautas o protocolos. A partir de esto, Kotlow (1999) propone realizar la medición de la lengua libre permitiendo, posteriormente, clasificarlo en distintas clases según su alteración. Sin embargo, los principales aspectos que referían evaluar los profesionales, se basaban en una apreciación cualitativa desde el punto de vista funcional, observando la succión o la articulación

Además de lo planteado sobre el conocimiento de instrumentos de evaluación, dos de los entrevistados refirieron conocer un protocolo desde el área fonoaudiológica para la evaluación del frenillo, sin embargo, su conocimiento es general y tampoco lo utilizaban. Con respecto a esto, Marchesan (2010), estableció un protocolo validado por CEFAC para evaluar y clasificar el frenillo lingual según la alteración de diversos aspectos observados. Posteriormente,

en el año 2012, Marchesan et al. formularon otro protocolo utilizado para evaluar frenillo lingual en bebés, específicamente. Si bien, los protocolos son elaborados para el área fonoaudiológica, estos entregan una orientación sobre aspectos relevantes que pueden ser observados desde otros especialistas para poder derivar al profesional indicado.

De manera indirecta, mediante la investigación, se pudo obtener alguna información acerca de los conocimientos académicos que tienen los entrevistados con respecto al frenillo lingual. Durante las entrevistas, los profesionales manifestaron haber recibido una escasa formación en cuanto al frenillo lingual y al trabajo interdisciplinario con el profesional fonoaudiólogo, lo que se considera relevante para comprender algunas de las respuestas obtenidas. Con relación a lo anterior, no es posible realizar un contraste con bases bibliográficas, ya que no hay estudios que muestren la cantidad de contenidos necesarios para abordar algunas patologías de manera integral. Sin embargo, se considera relevante tanto la formación universitaria como la experiencia de cada uno de los profesionales, ya que ambos factores podrían determinar la pesquisa oportuna de la alteración de frenillo lingual, al conocer los criterios de evaluación. Debido a todo lo anteriormente mencionado, es que resultó fundamental haber indagado integrando distintos factores, y no sólo de manera aislada.

Otro de los aspectos relevantes extraídos de las entrevistas está relacionado con el trabajo interdisciplinario entre el odontólogo y del fonoaudiólogo. En cuanto a esto, y considerando la evaluación o intervención del frenillo lingual, Brito et al (2007), expresaron en su estudio que existe una divergencia en cuanto a la conducta de tratamiento. De acuerdo a los odontólogos y fonoaudiólogos participantes del estudio realizado por estos autores, puede verse manifestada en las diferentes formas de clasificar y determinar las conductas a seguir frente a la exposición de los mismos casos. Por el contrario, a la bibliografía encontrada, los odontólogos de nuestra investigación señalaron que el rol fonoaudiológico es imprescindible dentro de la evaluación y del diagnóstico en frenillo lingual. Además, se observó un trabajo en equipo con constante comunicación entre los profesionales, ya que en ocasiones evalúan en conjunto y los odontólogos toman en consideración la apreciación del fonoaudiólogo al momento de determinar una posible cirugía del frenillo lingual.

Finalmente, en relación al trabajo interdisciplinario, los participantes refirieron una experiencia enriquecedora al trabajar en conjunto con fonoaudiólogo. Es así que con su práctica laboral pudieron conocer esta área, y sobre el rol de este profesional en cuanto a la evaluación de frenillo lingual. Esto no concuerda con lo evidenciado en la bibliografía, en la cual se describe discrepancia en los criterios empleados entre estas distintas áreas, así como desconocimiento del rol del fonoaudiólogo en este proceso diagnóstico. Así lo refieren Brito et al. (2007), quienes manifiestan que la labor de ambos profesionales con respecto a la determinación de la evaluación y tratamiento es individual y no integrada. Este desacuerdo entre nuestra investigación y la bibliografía se puede atribuir a que la Clínica en donde realizamos el presente estudio cuenta con el trabajo de una fonoaudióloga permanentemente. Esto permite generar redes de apoyo y discusiones clínicas entre los profesionales ante un caso en específico. Sin embargo, esta dinámica laboral no se logra observar en todos los centros de atención odontológica.

## CONCLUSIONES

La idea de investigar los criterios utilizados por odontólogos para derivar a niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado, surge a partir de la diversidad de opiniones que presentan estos profesionales al momento de tener que realizar la derivación a fonoaudiólogo. Esto, debido a que algunos odontólogos consideran aspectos más funcionales, como el estado del habla o de la deglución, y otros se centran en aspectos más morfológicos o anatómicos, como lo son la forma de la lengua o la inserción del frenillo durante la evaluación. Es por esto que nace el interés de realizar esta investigación, para poder conocer estos criterios a partir de la experiencia clínica que tuvieron los entrevistados en relación al frenillo lingual alterado.

Durante el proceso de recolección de la información para la investigación, el interés y disposición de los directivos y profesionales de la Clínica permitió lograr los objetivos propuestos. Además, fue posible conseguir una muestra considerable para generar un análisis representativo de la información obtenida. De esta manera, la realización del estudio fue con mayor fluidez, ya que los entrevistados accedieron sin dificultad a participar durante las entrevistas.

La presente investigación permitió cumplir con el objetivo de determinar los criterios utilizados por los odontólogos de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, para derivar a fonoaudiólogo en los casos de niños y niñas que tuvieron frenillo lingual posiblemente alterado. Al analizar las respuestas extraídas desde las entrevistas semiestructuradas, se pudieron establecer los criterios anatómicos, morfológicos y funcionales utilizados por dichos profesionales, respondiendo a la pregunta de investigación. En cuanto al criterio morfológico, se estableció la forma de la lengua de punta acorazonada; en el anatómico, la inserción, el espesor y la longitud del frenillo; y en relación al funcional, la alteración en la articulación, la succión y la deglución. Además, se logró conocer otros factores relevantes, tales como el uso de protocolos o las implicancias del frenillo lingual alterado, para establecer los criterios utilizados por parte de los odontólogos.

Ahora bien, se presentó una única limitación. Esta se produjo al momento de llevar a cabo la realización de las entrevistas, puesto que hubo problemas de coordinación con los profesionales, ya que algunos de ellos tenían horarios muy acotados en la Clínica Odontológica. Esto generó dificultad para establecer una fecha que permitiera continuar con la investigación, por lo que, debido a esto, no se pudo entrevistar a la totalidad de profesionales que trabaja en dicho lugar.

Debido a la realización de esta investigación, se pueden plantear algunas proyecciones. En primer lugar, se destaca la idea de realizar este estudio en otra muestra de odontólogos. Esto, ya que el trabajo del fonoaudiólogo dentro de la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, podría influir en el conocimiento que tiene el odontólogo con respecto a los criterios y en relación al rol del fonoaudiólogo, lo que indicaría que los resultados no sean lo suficientemente representativos. En segundo lugar, se considera importante la creación de una pauta de cotejo dirigida a odontólogos, que les permita observar indicadores de la alteración del frenillo lingual durante la evaluación de sus pacientes, con el fin de generar una derivación precisa y oportuna a fonoaudiólogo ante estos casos. Dicha pauta permitiría la participación de los profesionales en un equipo interdisciplinario al establecer los mismos indicadores entre ambas áreas.

Finalmente, es relevante mencionar que el profesional fonoaudiólogo podría desempeñar un rol de capacitador a diversos profesionales del área de la salud, tales como enfermeros, médicos pediatras, kinesiólogos, matronas y odontólogos, ya que generalmente logran tener un primer contacto con el público infantil. Esto permitiría generar un trabajo colaborativo en beneficio de la detección temprana de alteraciones en el frenillo lingual y una oportuna derivación al especialista indicado. Cabe destacar que al no detectar a tiempo estas alteraciones, ello podría incidir en el desarrollo de otras funciones como el habla y la deglución.

## REFERENCIAS

- Adeva, C. (2014). Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. *RqR Enfermería comunitaria*. Vol. 2, No. 2, pp. 21-37. Recuperado de: [http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4629/1/RqR\\_Primavera2014\\_Anquiloglosia.pdf](http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4629/1/RqR_Primavera2014_Anquiloglosia.pdf)
- Amir, L., James, J. & Donath, S. (2006). *Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464379/>
- Bartuilli, M., Cabrera, P., Perrián, M. (2007). Guía técnica de intervención logopédica: Terapia miofuncional. España: Síntesis. pp: 11,99-102.
- Brito, S., Marchesan, I., Bosco, C., Carrilho, A. & Rehder, M. (2007). *Frênulo lingual: Classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n3/v10n3a09.pdf>
- Corrêa, M., Abanto, J., Corrêa, F. & Bonini, G. (2009). Anquiloglosia: ¿cuándo intervenir?. *Acta odontológica venezolana*. Vol. 47. No. 3. Recuperado de: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art-18/>
- Coryllos, E., Watson, C. & Salloum, A. (2004). *Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding*. Recuperado de: <https://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/BBM-8-27%20Newsletter.pdf>
- Cuervo, J. (2008). Anquiloglosia (frenillo lingual corto): sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. *Hospital de niños Buenos Aires*. Vol. 50. No. 228. Recuperado de: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con204-125.pdf>

- Escalaya, C. & Perea, M (2010). Frenillo lingual: ¿Cuándo es un problema?. *Odontología pediátrica*. Vol. 9, No.9, pp: 71-77. Recuperado de: [http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia\\_pediatica/rev\\_2010\\_1.pdf](http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia_pediatica/rev_2010_1.pdf)
- Gámez, R. (2008). Frenectomía convencional frente a frenectomía láser. *Odontología Actual*. No. 60. Monterrey, México. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no60/5.pdf>
- Gay, C. & Berini, L. (2004). *Tratado de cirugía bucal (Tomo I)*, pp: 568-574.
- Gutiérrez, J., Domínguez, M., Escudero, P., García, J., Vicente, M., Manchini, T. & Acevedo, N. (2012). *Anatomía craneofacial*. Unidad de Publicaciones de la Facultad de Odontología. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. pp: 298-300.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ta edición) pp: 7, 79, 176, 501.
- Herrera, D (1998). *La lengua, sus implicaciones en salud bucal*. Cerdanyola, España.
- Kotlow L. (1999). Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence International*. Vol. 30. N°4, pp: 259-262. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/12679714\\_Ankyloglossia\\_tongue-tie\\_A\\_diagnostic\\_and\\_treatment\\_quandary](https://www.researchgate.net/publication/12679714_Ankyloglossia_tongue-tie_A_diagnostic_and_treatment_quandary)
- Marchesan, I (2002). *Fundamentos de fonoaudiología: Aspectos clínicos de la motricidad orofacial*. Editorial panamericana: España.
- Marchesan, I. (2005). *Lingual Frenulum: quantitative evaluation proposal*. The International Journal of Orofacial Myology. Vol. 31, pp: 39-48.
- Marchesan, I (2010). *Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua*. Revista CEFAC. Recuperado de: <https://alceptorrijos.files.wordpress.com/2011/04/protocolo-de-evaluacion-del-frenillo-de-la-lengua-traducido.pdf>

- Marchesan, I. (2011). *Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/50665561/PROTOCOLO-DE-EVALUACION-DEL-FRENILLO-DE-LA-LENGUA>
- Martinelli, R et al. (2012). *Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua con puntuación para bebés*. Recuperado de: [http://sp.cefac.br/prop/divulgacoes/protocolo\\_frenulo\\_bebes/espanol.pdf](http://sp.cefac.br/prop/divulgacoes/protocolo_frenulo_bebes/espanol.pdf)
- Martinelli, R., Marchesan, I., Gusmão, R., Rodrigues, A. & Berretin-Felix, G. (2014). Histological Characteristics of Altered Human Lingual Frenulum. *International Journal of Pediatrics and Child Health*, Vol 2. pp: 6-8. Recuperado de: [https://logopedicum.com/wp-content/uploads/2017/02/Martinelli\\_et\\_al.\\_Histological-Characteristics-of-Altered-Human-Lingual-Frenulum.pdf](https://logopedicum.com/wp-content/uploads/2017/02/Martinelli_et_al._Histological-Characteristics-of-Altered-Human-Lingual-Frenulum.pdf)
- Mercado, M. (2012). *Evaluación Clínica y Funcional del Frenillo Lingual en Escolares de 5 a 12 años*. Universidad Andres Bello, Chile.
- Nevárez, A., Medina, J., Nevárez, M., Vargas, J., Consdtance, D., Guzmán, D., De la Torre, D. & Donohué, A. (2013). Tratamiento para el problema del lenguaje de rotacismo mediante cirugía oral y terapia vibroestimuladora - Reporte de un caso. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2013000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000100004)
- Podestá. M., Núñez del Arco, M., Tello, P. & Chávez, B. (2001). Diagnóstico clínico de anquiloglosia, posibles complicaciones y propuesta de solución quirúrgica. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Gustavo\\_Tello/publication/242193162\\_El\\_problema\\_de\\_la\\_anquiloglosia\\_diagnostico\\_clinico\\_y\\_solucion\\_quirurgica/links/550215140cf2d60c0e629981/El-problema-de-la-anquiloglosia-diagnostico-clinico-y-solucion-quirurgica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gustavo_Tello/publication/242193162_El_problema_de_la_anquiloglosia_diagnostico_clinico_y_solucion_quirurgica/links/550215140cf2d60c0e629981/El-problema-de-la-anquiloglosia-diagnostico-clinico-y-solucion-quirurgica.pdf)
- Ramírez, S., Gómez, E. & Bonet, J. (2006). *Capítulo 2. Frenillo lingual*. Recuperado de: <http://www.secom.org//wp-content/uploads/2014/01/cap02.pdf>
- Rendón, M. & Serrano, G. (2011). Fisiología de la función nutricia en recién nacidos y lactantes. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000400011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000400011)

Schwartz, K., D'arcy, H. J., Gillespie, B., Bobo, J., Longeway, M., & Foxman, B. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *Journal of Family Practice*. Vol. 51 No. 5, pp: 439-445. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4a9d34a5-b2d6-4a5f-b36c-d7c1a3ebe45d%40sessionmgr4008>

Susanibar, F., Marchesan, I., Parra, D. & Dioses, A. (2014). *Tratado de evaluación de motricidad orofacial*. Madrid, España. Pp: 606-604.

Susanibar, F., Castillo, J., Douglas, C., Marchesan, I. & Santos, R. (2016). *Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencias*. (Volumen 2). España: Lenguaje, comunicación y logopedia. Capítulo 9, pp: 204-205.

Srinivasan, A., Dobrich, C., Mitnick, H. & Feldman, P. (2006). Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/6176765\\_Ankyloglossia\\_in\\_Breastfeeding\\_Infants\\_The\\_Effect\\_of\\_Frenotomy\\_on\\_Maternal\\_Nipple\\_Pain\\_and\\_Latch](https://www.researchgate.net/publication/6176765_Ankyloglossia_in_Breastfeeding_Infants_The_Effect_of_Frenotomy_on_Maternal_Nipple_Pain_and_Latch)

Villanueva, P. & Palomino, H. (2011) *Motricidad orofacial: Fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica*. Santiago, Chile. pp: 17-18.

# ANEXOS

## ANEXO N°1

### “Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual”

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

significativa si: <input type="text"/> <b>aspecto <math>\leq 8</math> y/o función <math>\leq 11</math></b>	2	No hay
	1	Periódico, de vez en cuando
	0	Frecuente o con cada succión

Traducido de la tabla del artículo de Ballard JL *et al* "Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad". Pediatrics 2002. Nov;110(5):e63. Accesible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e63.full>, donde se indica que está adaptado del original de Hazelbaker con su permiso (Hazelbaker AK. *The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice*. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993. Thesis)

## ANEXO N°2

### “Evaluación funciones prelingüísticas y órganos fonarticulatorios (O.F.A)”

#### EVALUACIÓN FUNCIONES PRELINGÜÍSTICAS Y ÓRGANOS FONARTICULATORIOS (O.F.A)

Nombre :

F.nac. :

Edad:

Fecha eval. :

Colegio :

Curso :

#### FUNCIONES PRELINGÜÍSTICAS

<b>Respiración</b>	Modo	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Mixto
	Tipo	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
<b>Soplo</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado
	Dirección	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuado
<b>Deglución</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Interposición labio inferior <input type="checkbox"/> Succión de mejillas
	<input type="checkbox"/> Atípica	

#### ÓRGANOS FONARTICULATORIOS

<b>Mejillas</b>	<input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Heridas internas		
<b>Nariz</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desviada <input type="checkbox"/> Alas redondeadas <input type="checkbox"/> Alas aplanadas		
<b>Maxilar inferior</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Micrognatia <input type="checkbox"/> Prognatismo		
<b>Labios</b>	Fisura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Evertido <input type="checkbox"/> Corto	
	<b>Funcionalidad</b> <input type="checkbox"/> Protrusión <input type="checkbox"/> Retrusión <input type="checkbox"/> Movimiento lateral <input type="checkbox"/> Vibración	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Sin movilidad <input type="checkbox"/> Disminuida	
	Frenillo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corto	
	Color	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Rojos	
	Cierre Labial	En reposo:	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
		Con esfuerzo:	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>Lengua</b>	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macroglosia <input type="checkbox"/> Microglosia	
	Frenillo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> C. funcional <input type="checkbox"/> Gueso <input type="checkbox"/> Anquilosante	

<b>Lengua</b>	<b>Funcionalidad</b> <input type="checkbox"/> Protrusión <input type="checkbox"/> Retrusión <input type="checkbox"/> Movimiento lateral <input type="checkbox"/> Elevación <input type="checkbox"/> Adosamiento <input type="checkbox"/> Chasquido	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Sin movilidad <input type="checkbox"/> Disminuida
<b>Paladar duro</b>	Forma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ojival <input type="checkbox"/> Otra
	Fisura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Operada
	Fístula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Paladar blando</b>	Fisura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Operada
	Movilidad en fonación	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Sin movilidad
<b>Úvula</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Larga <input type="checkbox"/> Bífida	
<b>Amígdalas Palatinas</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentadas <input type="checkbox"/> Disminuidas <input type="checkbox"/> Asimétricas
<b>Dentición</b>	Etapa	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Primera fase <input type="checkbox"/> Segunda fase <input type="checkbox"/> Permanente
<b>Arcada Superior</b>	Forma	<input type="checkbox"/> Semicircular <input type="checkbox"/> Elíptica
	<input type="checkbox"/> Mal posiciones <input type="checkbox"/> Giroversiones <input type="checkbox"/> Caries	
<b>Arcada Inferior</b>	<input type="checkbox"/> Mal posiciones <input type="checkbox"/> Giroversiones <input type="checkbox"/> Caries	
<b>Oclusión</b>	Mordida	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vis a vis <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Sobremordida <input type="checkbox"/> Cruzada <input type="checkbox"/> Invertida

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO N°3

### “Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua”

	<b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA</b> <b>CEFAC Pos-Graduación en Salud y Educación</b> <i>Irene Queiroz Marchesan</i> Traducción y adaptado al español por: Eliana Rivera (Colombia) y Franklin Susanibar (Perú)																										
Nombre: _____ Sexo F ( ) M ( )																											
Fecha Del examen: DD/MM/AAAA    Edad: ___ años y ___ meses    FN: DD/MM/AAAA																											
Informante: _____ Grado de parentesco: _____																											
Estudia: <input type="checkbox"/> sí    ¿En qué año o semestre está?: <input type="checkbox"/> no    Hasta que nivel estudió: _____ Trabaja: <input type="checkbox"/> sí    En que: _____ <input type="checkbox"/> no Ya trabajó: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí    En que: _____ Actividad física: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí    Cuál: _____																											
Dirección: _____ N°: _____ Complemento: _____ Distrito: _____ Ciudad/Dpto.: _____ SEGURO: _____ Teléfonos: Residencial: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo electrónico: _____ Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Hermanos: no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sí    cuántos: _____																											
¿Quién sugirió la evaluación fonoaudiológica? (Nombre, especialidad y teléfono): _____ ¿Cuál es el motivo de la derivación?: _____																											
<b>Queja principal (motivo de consulta):</b>																											
<b>Otros motivos relacionados a la consulta:</b> (0) no    (1) a veces    (2) sí																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> labios</td> <td><input type="checkbox"/> lengua</td> <td><input type="checkbox"/> succión</td> <td><input type="checkbox"/> masticación</td> <td><input type="checkbox"/> deglución</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> respiración</td> <td><input type="checkbox"/> habla</td> <td><input type="checkbox"/> frenillo lingual</td> <td><input type="checkbox"/> voz</td> <td><input type="checkbox"/> audición</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aprendizaje</td> <td><input type="checkbox"/> estética facial</td> <td><input type="checkbox"/> postura</td> <td><input type="checkbox"/> oclusión</td> <td><input type="checkbox"/> cefalea frecuente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ruido en la ATM</td> <td><input type="checkbox"/> dolor en ATM</td> <td><input type="checkbox"/> dolor en el cuello</td> <td><input type="checkbox"/> dolor en los hombros</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dificultad al abrir la boca</td> <td><input type="checkbox"/> dificultad al movilizar la mandíbula hacia los lados</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otras</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> labios	<input type="checkbox"/> lengua	<input type="checkbox"/> succión	<input type="checkbox"/> masticación	<input type="checkbox"/> deglución	<input type="checkbox"/> respiración	<input type="checkbox"/> habla	<input type="checkbox"/> frenillo lingual	<input type="checkbox"/> voz	<input type="checkbox"/> audición	<input type="checkbox"/> aprendizaje	<input type="checkbox"/> estética facial	<input type="checkbox"/> postura	<input type="checkbox"/> oclusión	<input type="checkbox"/> cefalea frecuente	<input type="checkbox"/> ruido en la ATM	<input type="checkbox"/> dolor en ATM	<input type="checkbox"/> dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> dolor en los hombros		<input type="checkbox"/> dificultad al abrir la boca	<input type="checkbox"/> dificultad al movilizar la mandíbula hacia los lados			<input type="checkbox"/> Otras
<input type="checkbox"/> labios	<input type="checkbox"/> lengua	<input type="checkbox"/> succión	<input type="checkbox"/> masticación	<input type="checkbox"/> deglución																							
<input type="checkbox"/> respiración	<input type="checkbox"/> habla	<input type="checkbox"/> frenillo lingual	<input type="checkbox"/> voz	<input type="checkbox"/> audición																							
<input type="checkbox"/> aprendizaje	<input type="checkbox"/> estética facial	<input type="checkbox"/> postura	<input type="checkbox"/> oclusión	<input type="checkbox"/> cefalea frecuente																							
<input type="checkbox"/> ruido en la ATM	<input type="checkbox"/> dolor en ATM	<input type="checkbox"/> dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> dolor en los hombros																								
<input type="checkbox"/> dificultad al abrir la boca	<input type="checkbox"/> dificultad al movilizar la mandíbula hacia los lados			<input type="checkbox"/> Otras																							
<b>Antecedentes Familiares – investigar si existen casos en la familia con alteración de frenillo de lengua</b>																											
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí    ¿Quién y cuál es el problema?																											
<b>Problemas de Salud</b>																											
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí    Cuáles:																											

**Problemas respiratorios**

**En caso de presentar alteración del habla, ¿esto causa alguna dificultad en relación social y/o profesional?**

no     si    Social     no     si    Como reacciona: \_\_\_\_\_  
 Profesional     no     si    Como reacciona: \_\_\_\_\_

**Presenta alteración de voz**

no     si    ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Realizó cirugía de frenillo de la lengua**

no     si    ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_    ¿Cuántas veces?: \_\_\_\_\_  
 Especialidad del profesional que operó: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de cirugía fue hecha? \_\_\_\_\_  
 Como califica el resultado:  bueno     regular     deficiente

**Amplie otras informaciones que considere importantes para el caso:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXAMEN CLÍNICO**

**PARTE I - PRUEBAS GENERALES**

**Medir utilizando el calibrador vernier. Mayor o igual a 50,1% (0) menor o igual a 50% (1) Resultado =**

Medir del borde del incisivo superior, hasta el borde del incisivo inferior derecho o izquierdo. Utiliza los mismos dientes para las dos medidas.	Valor encontrado en milímetros*
Apertura máxima de boca	
Apertura máxima de boca con el ápice de lengua tocando en la papila incisiva	
Relación entre estas medidas, en porcentaje	%

\*Realizar una regla de tres simple para obtener el resultado Ej. Si la apertura máxima da como resultado 50 milímetros y con el ápice da 45 mm calcula siendo la primera el 100%

**Alteraciones durante a elevación de la lengua (mejor resultado = 0 e peor = 2) Resultado =**

Abrir a boca totalmente, elevar a lengua dentro da boca sin tocar en el paladar y observar:	NO	SI
1. la punta de la lengua se muestra en forma rectangular o cuadrada	(0)	(1)
2. la punta de la lengua se muestra en forma de "corazón"	(0)	(1)

**Fijación del frenillo. Sumar A y B (mejor resultado = 0 y peor = 3) Resultado =**

<b>A – En el piso de la boca:</b>	
Visible solamente a partir de las carúnculas sublinguales (salida desde los ductos submandibulares)	(0)
Visible ya a partir de la cresta alveolar inferior	(1)
<b>Fijación en otro punto:</b>	
<b>B – En la cara inferior de la lengua (cara sublingual):</b>	
En la parte media	(0)
Entre la parte media y el ápice	(1)
En el ápice	(2)

**Clasificación clínica del frenillo (mejor resultado = 0 e peor = 2) Resultado =**

Normal (0)	Genera duda (1)	Alterado (2)
------------	-----------------	--------------

**En el caso que haya sido considerado alterado sería porque:**

La fijación del frenillo es anteriorizada	El frenillo es de tamaño corto	El frenillo es corto y anteriorizado
Anquilosis (fusión del frenillo al piso de la boca)	Otro:	No sé

**Suma total para las pruebas generales: mejor resultado = 0 peor = 8**

**Cuando la suma de las pruebas generales es igual o mayor que tres, se puede considerar el frenillo como alterado.**
























• Solicitar ante instigación visual la emisión de las siguientes palabras

SONIDO	PALABRA	I	M	F	PRONUNCIACIÓN
"m"	mesa, cama				
"n"	nariz, mano, botón				
"ñ"	piña				
"p"	pelota, mariposa				
"k"	casa, boca				
"f"	foca, elefante				
"l"	luna, pila, sol				
"t"	teléfono, pato				
"ch"	choza, cuchara				
"j"	jabón, ojo				
"y"	llave, payaso				
"b"	vela, bebé				
"g"	gato, tortuga				
"s"	zapato, vaso, lápiz				
"d"	dedo, helado				
"r"	araña, collar				
"rr"	ratón, perro				
GRUPOS CONSONÁNTICOS					
"bl"	blusa				
"pl"	plato				
"fl"	flor				
"cl"	chicle				
"br"	libro				
"cr"	cruz				
"gr"	tigre				
"gl"	globo				
"fr"	fresa				
"pr"	profesor				
"tr"	tren				
"dr"	dragón				

Figuras para la evaluación del habla



Figuras para la evaluación del habla

Figuras para la evaluación del habla



Ejemplos de diferentes tipos de frenillo	
Tipo	Descripción
<b>A – Normal</b>	Fijación en medio de la cara inferior de la lengua y, en el piso de la boca, generalmente el frenillo es visible a partir de las carúnculas sublinguales.
<b>B – Anteriorizado</b>	Cuando, en la cara inferior de la lengua, la fijación se encuentre por encima de la mitad.
<b>C – Corto</b>	La fijación en el medio de la cara inferior de la lengua es como la del frenillo normal, sin embargo, es de menor tamaño. Generalmente la fijación en el piso de la boca, es visible a partir de la cresta alveolar y casi siempre están visibles las tres puntas de la fijación del frenillo en esta cresta.
<b>D – Corto y anteriorizado</b>	Presenta una combinación de las características del frenillo corto y del anteriorizado.
<b>E – Anquiloglosia</b>	Lengua totalmente fijada al piso de la boca.



## ANEXO N°4

### “Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua con puntuación para bebés”

#### PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS

Martinelli y col., 2012

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

#### HISTORIA CLÍNICA

Nombre y apellidos:	_____	FN:	____/____/____		
Fecha de examen:	____/____/____	Género:	M ( ) F ( )		
Nombre de la madre:	_____				
Nombre del padre:	_____				
Dirección:	_____	N°:	_____		
Distrito:	_____	Ciudad/estado:	_____	Seguro Med.:	_____
Teléfonos:	( ) _____	( ) _____	( ) _____		
	Casa	Trabajo	Celular		
Correo electrónico:	_____				

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

**Problemas de salud:** ( ) No ( ) Si  
¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Lactancia materna:**

- ¿Cuál es el tiempo entre tomas? ( ) 3h (0) ( ) 2h (0) ( ) 1h o menos (2)
- ¿Presenta cansancio al lactar? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Lacta un poco y se duerme? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Va soltando el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Muerde el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (2)

Puntuación total de la historia clínica: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 8

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS**

**Martinelli y col., 2012**

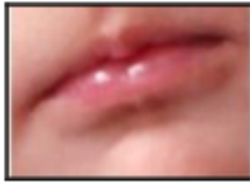
Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

**EXAMEN CLÍNICO**

**(se sugiere filmar para realizar un análisis posterior)**

**PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL**

**1. Postura habitual de labios**



( ) Labios cerrados (0)



( ) Labios entreabiertos (1)



( ) Labios abiertos (1)

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



( ) Lengua en la línea media (0)



( ) Lengua elevada (0)



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



( ) Lengua baja (2)

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



( ) Redondeada (0)



( ) Ligera fisura en ápice (2)



( ) Forma de corazón (3)

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS**

**Martinelli y col., 2012**

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

**4. Frenillo de la lengua**



Se puede visualizar



No se puede visualizar



Visualizado con maniobra\*

**EN CASO DE NO SER OBSERVADO, PROSEGUIR CON LA SEGUNDA PARTE (Evaluación de las funciones orofaciales)**

**4.1 Espesor del frenillo**



Delgado (0)



Grueso (2)

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



En el tercio medio (0)



Entre el tercio medio y el ápice (1)



En el ápice (3)

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



Visible a partir de las carúnculas sublinguales (0)



Visible a partir de la cresta alveolar inferior (1)

\* Maniobra de elevación y posteriorización de la lengua.

Si no se observa, acompañar el caso.

Puntuación total de la evaluación anatomofuncional: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 12

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS**

**Martinelli y col., 2012**

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

**PARTE II – EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES OROFACIALES**

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

**1.1. Movimiento de la lengua**

- adecuado: protrusión lingual, movimientos coordinados y succión eficiente (0)
- inadecuado: protrusión lingual limitada, incoordinación de movimientos y demora para iniciar la succión (1)

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

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

- varias succiones seguidas con pausas cortas (0)
- pocas succiones con pausas largas (1)

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

- adecuada (0) (equilibrio entre la eficiencia alimenticia y las funciones de succión, deglución y respiración, sin señales de estrés)
- inadecuada (1) (tos, náuseas, disnea, regurgitación, hipo, ruidos durante la deglución)

**2.3. "Muerde" el pezón**

- No (0)
- Si (2)

**2.4. Chasquidos durante la succión**

- Ninguno (0)
- Asistemáticos (1)
- Frecuentes (2)

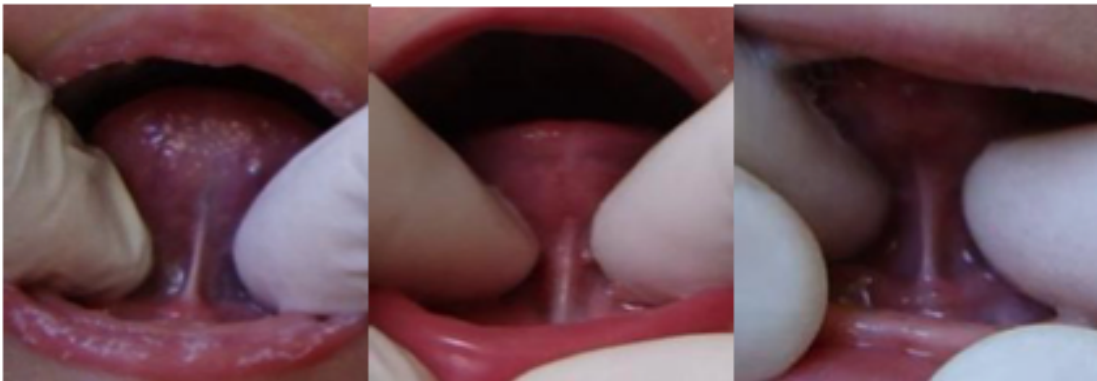
**Puntuación total de la evaluación de las funciones orofaciales:**

**Mejor resultado = 0 Peor resultado = 7**

**PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL DE LAS PRUEBAS: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 27**

Cuando la suma de la historia y del examen clínico es igual o mayor que 9, se puede considerar al FRENILLO DE LA LENGUA como ALTERADO.

**CLASIFICACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN BEBES – MARTINELLI, R**  
**Frenillos normales**



**Frenillos cortos**



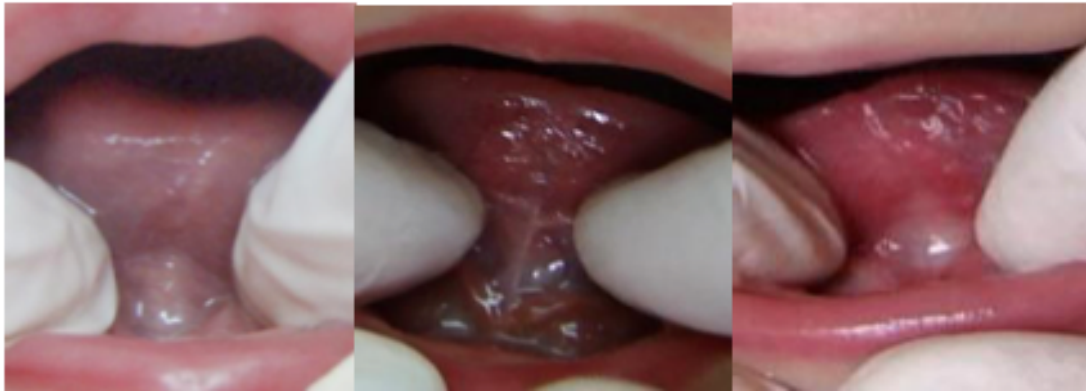
**Frenillos con fijación anteriorizada**



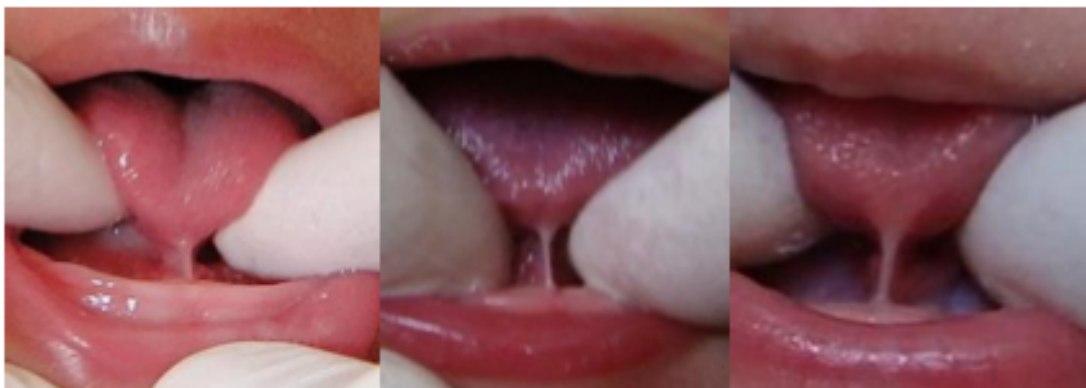
**CLASIFICACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN BEBES – MARTINELLI, R**  
**Frenillos cortos y con fijación anteriorizada**



**Frenillos submucosos**



**Anquiloglosia**



## ANEXO N°5

### Carta de presentación a Clínica



Viña Del Mar, agosto de 2017

REF: CARTA SOLICITUD PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO DE TESIS TITULADA "CRITERIOS UTILIZADOS POR ODONTÓLOGOS PARA LA DERIVACIÓN A FONOAUDIÓLOGO DE NIÑOS Y NIÑAS CON FRENILLO LINGUAL POSIBLEMENTE ALTERADO"

**DRA. MARIA THERESE FLORES BARRETE**  
**DIRECTORA CLÍNICA VASCA**

**Estimada Dra:**

Junto con saludarla, nos dirigimos a usted solicitando su autorización para que nuestras estudiantes de quinto año de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, puedan realizar en la institución que usted dirige, el trabajo de campo del seminario de investigación que desarrollan para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología. Esta investigación consiste en estudiar los criterios utilizados por odontólogos para la derivación a fonoaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual posiblemente alterado. Este proyecto contempla una entrevista dirigida a los profesionales que decidan participar voluntariamente en el estudio.

Las estudiantes que llevan adelante este seminario de investigación, son: Carla Bombal (18.783.565-8), Constanza Fernández (18.298.421-3) y Karina Guzmán (18.149.369-0); las que son guiadas y supervisadas por la fonoaudióloga Anita Quintana (13.996.441-1).

Conociendo su especial dedicación en el trabajo con la población pediátrica en odontología y reconocida experiencia en el tratamiento integral del frenillo lingual, es que nos hemos permitido solicitar a usted que autorice a nuestras alumnas a establecer contacto con los profesionales odontólogos de este establecimiento, condición necesaria para la realización de este estudio.

Se requerirá realizar una entrevista individual a cada profesional odontólogo; con una duración estimada de 10 a 15 minutos. El audio de la entrevista será grabado para posteriormente ser transcrito. Estas entrevistas serán anónimas, puesto que no se requiere conocer datos personales ni antecedentes de ningún profesional o paciente. Las estudiantes, por otra parte, se comprometen a acatar todas las indicaciones por usted entregadas, en orden a no interferir en las labores realizadas en la clínica.

Se estima relevante conocer los criterios utilizados por odontólogos para determinar la derivación a fonoaudiólogo de menores con frenillo lingual posiblemente alterado. Los resultados de este estudio podrían ser un primer paso encaminado a coordinar de forma más eficiente la labor de ambos profesionales, en trastornos de esta naturaleza.

Sin otro particular y esperando una buena acogida, agradecemos su colaboración y generosa disposición.

Le saludan atentamente,

**FLGO. PATRICIO VALDEBENITO**  
**VILLENA**  
Director Escuela de Fonoaudiología  
Facultad de Medicina  
Universidad de Valparaíso

**FLGO. ANITA QUINTANA**  
Docente Guía de Tesis  
Facultad de Medicina  
Universidad de Valparaíso

## ANEXO N°6

### Ficha de consentimiento informado para participantes

Yo....., RUT ....., de profesión odontólogo/a, declaro que fonaudióloga, ANITA QUINTANA, académico de la Escuela de Fonaudiología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Angamos 680 Reñaca, en conjunto con su grupo tesista, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “**Criterios utilizados por odontólogos de la clínica Vasca de Valparaíso para la derivación a fonaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual, posiblemente alterado**”, que se llevará a cabo en la ciudad de Valparaíso y en qué consistirá mi participación.

De acuerdo a lo explicado, entiendo que:

1. El presente estudio permitirá conocer los criterios utilizados por odontólogos de la clínica Vasca de Valparaíso para la derivación a fonaudiólogo de niños y niñas con frenillo lingual, posiblemente alterado. Junto con aportar información específica para una futura unificación de criterios utilizados por los profesionales.
2. Mi participación consiste en responder a una entrevista semiestructurada que será realizada por las tesistas en las dependencias de la clínica Vasca.
3. La realización de la entrevista será grabada en un audio para su correspondiente transcripción, tendrá un tiempo estimado de 30 minutos y se necesitará solo una sesión. Cabe señalar que no recibiré pago monetario por la participación.
4. El procedimiento de entrevista no tiene ningún riesgo para mi salud.
5. Los costos de la investigación serán asumidos por la investigadora y no tiene costo alguno para nosotros.

6. Para el análisis y presentación de los resultados de la investigación, mi identidad quedará resguardada, ya que estos datos no aportan a la investigación.
  
7. Si me sugiere alguna duda, podré consultar con la investigadora principal en cualquier momento de la investigación. A quién podré contactar vía correo electrónico ([anita.quintana@gmail.com](mailto:anita.quintana@gmail.com)) o a su teléfono celular (+569 89878628).

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

---

(Nombre, apellidos y firma)

Rut: \_\_\_\_\_

**ANITA QUINTANA RIQUELME**

Investigadora Principal

Rut: 13.996.441-1

Valparaíso,...../...../2017.

## ANEXO N°7

### Modelo de entrevista semiestructurada

1. Háblenos de su experiencia en el trabajo con niños.
2. Al observar un frenillo lingual ¿Qué características le podrían indicar la alteración de este?
3. ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?
4. ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?
5. ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?
6. ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?
7. ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?
8. ¿Cuáles son los criterios que usted consideraría para determinar una derivación a fonoaudiólogo?

**ANEXO N°8**  
**Bitácora de campo**

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal, Constanza Fernández, Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 1

**Entrevistador:** Háblenos de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Llevo 10 años trabajando con niños, 7 años en la clínica. Ortodoncia tiene harta relación con niño, trabajo en la universidad y acá (clínica), hay harta interconsulta sobre todo de maloclusiones. Igual trabajamos hartito con ustedes porque en Chile se extienden hartito los malos hábitos, problemas musculares de la lengua; la mamadera pasa más allá de los cuatro años, el chupete, entonces igual estamos bien ligados.

**Entrevistador:** Cuando observa un frenillo ¿Qué características le podrían indicar que está alterado?

**Odontólogo:** Una lengua baja, que tenga poca movilidad. A veces puede ser por el mal hábito o porque son respiradores bucales. Pero relacionado al frenillo, cuando uno ve que es una lengua baja y con poca movilidad.

**Entrevistador:** En cuanto a los aspectos funcionales, ¿Cuáles considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** Lo que me enseñaron alguna vez en la Chile es que este frenillo pueda hacer su función normal, ya sea si hay algún problema con la parte fonológica, si uno ve que al sacar la lengua este frenillo se acorazona, se supone que tiene un mayor problema. Y lo que

cuesta a veces ver si es funcional o no, ahí uno deriva al especialista que son fonos especializados. Porque ahí uno no sabe si el niño no puede hablar por el frenillo corto o porque también tiene problemas fonoaudiológicos, ya que a veces igual logran elongarlo.

Entonces ver que se acorazona, ver que al niño le cuesta colocar la punta de la lengua en el paladar, son signos de que uno debiese mandarlo a un especialista.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Alteraciones en el habla y en deglución porque la lengua va a estar más adosada al piso de la boca.

**Entrevistador:** ¿Y en bebés?

**Odontólogo:** Yo creo que igual debe alterar la deglución, pero quizás como la deglución es infantil no se va a notar tanto como cuando empiecen a hablar. Y también como signo clínico uno podría ver un frenillo tirante.

**Entrevistador:** ¿Conoce algún instrumento como pauta o protocolo para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** Protocolo no conozco, solo los signos que les mencioné, ese tipo de cosas que van a interferir.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Sí de todas maneras, ustedes son ahí las que determinan finalmente porque uno ahí puede tener ganas de mandar a cirugía, pero es importante que el fono mire. Eso lo aprendí en es posgrado, que lo evaluaba un kinesiólogo o fonoaudiólogo, ellos determinaban finalmente si se mandaba a cirugía o no. Uno igual sabe que si es un frenillo muy corto irá a cirugía igual, pero es importante que la vea un fono porque ellos saben más de lo relacionado a los fonemas.

**Entrevistador:** ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?

**Odontólogo:** Según yo lo que les digo, que evalúe bien si ese frenillo puede elongarse, si puede llegar a ser funcional o si hay que realizar una cirugía y después me imagino una pequeña rehabilitación para que ese frenillo también no tenga problemas en la cicatrización. Entonces ahí después trabajar con fono después de la cirugía. Sería un rol pre y post operatorio porque después de la cirugía es importante hacer ejercicios por la cicatriz. De hecho, hay estudios también que ligan la mordida cruzada con el frenillo lingual corto.

**Entrevistador:** Qué bueno que considere importante el trabajo en pre y post cirugía.

**Odontólogo:** Es que para el ortodoncista es vital el rol del fono porque igual hay muchos pacientes que también tienen todo protruido por la lengua, porque son respiradores bucales. Para nosotros es bien importante la parte funcional.

**Entrevistador:** Bueno, eso sería nuestra entrevista, gracias por responder.

**Odontólogo:** Bueno, espero que les sirva y podamos ver los resultados después.

**Fecha:** 28 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal

**Entrevistado:** Odontólogo 2

**Entrevistador:** Bueno, primero quiero que comente algo de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Llevo trabajando desde el año 83 en lugares públicos y privados con público infantil.

**Entrevistador:** Al observar un frenillo lingual ¿Qué características le podrían indicar que está alterado?

**Odontólogo:** Primero que todo ver la incapacidad que las mamás demuestran en la lactancia (cuando son muy pequeños) hasta la dificultad de emitir ciertos fonemas cuando son más grandes. Y con un examen físico propiamente tal para ver la posibilidad de que el paciente pueda llevar la lengua hacia el paladar. Principalmente uno se basa en lo que ve en clínica, pero también se consideran los aspectos que señala la mamá. Porque por ejemplo yo puedo ver clínicamente un frenillo que está corto, pero si el chico no tiene problemas para efectuar algún fonema o si no tiene problemas en la alimentación quedará en controles.

**Entrevistador:** ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera usted para determinar si existe alguna alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** La fonación, la dificultad para emitir algunos sonidos, la dificultad para alimentación, básicamente eso.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Aparte de las que mencioné anteriormente, no. Aunque es poco frecuente que tenga problemas en la alimentación, por mucho que el frenillo sea corto, es más recurrente las alteraciones asociadas al fonema.

**Entrevistador:** ¿Quizás porque logran compensar?

**Odontólogo:** Exactamente, la mayoría logra compensar y cuando no compensa, cuando tiene dificultad, cuando en la clínica es un frenillo que al subir al paladar está demasiado corto, demasiado tirante, efectivamente ahí se toman otros caminos.

**Entrevistador:** ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** En la clínica uno tiene un protocolo para aplicar en general y uno en base a ese protocolo se guía para efectuar los exámenes para determinar si el frenillo está corto o no.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Por supuesto que sí, no solamente frente a la alteración del frenillo. Sino que también para otras dificultades y para después de cirugía, para la reeducación del frenillo.

Pero si yo veo que es un frenillo evidentemente corto, difícilmente puedo hacerle ejercicios para mejorar esos fonemas porque físicamente no tiene posibilidades para hacerlo. Es decir, cuando uno está en el límite de frenillo normal o corto, se pueden realizar. Pero hay frenillos que realmente son cortos y no levantan absolutamente casi nada la lengua.

**Entrevistador:** ¿Ahí ustedes optan por intervención quirúrgica?

**Odontólogo:** Claro, pero no son la mayoría de los casos. La mayoría de las veces es compensatorio o falta reeducación de la posición anómala de la lengua. En esos casos nos apoyamos mucho en ustedes para reeducar.

**Entrevistador:** ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?

**Odontólogo:** Intervenir antes y después de la operación para tratar las secuelas que pueda dejar. La importancia del trabajo en equipo (fono y odontólogo) no es solo importante para el frenillo, sino que para muchas alteraciones que vemos en la clínica, por ejemplo, como la deglución atípica, también es importante la reeducación de ustedes.

**Entrevistador:** Bueno, eso sería, muchas gracias.

**Fecha:** 28 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal

**Entrevistado:** Odontólogo 3

**Entrevistador:** Primero quiero que me cuente de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Llevo 30 años de experiencia y exclusivamente con pacientes infantiles unos 18 años. He trabajado en Viña y Valparaíso, tanto en ambiente público como privado.

**Entrevistador:** Cuando usted observa un frenillo ¿Qué características le indican que podría estar alterado?

**Odontólogo:** Bueno, el primer indicio se ve cuando uno hace la entrevista y escucha al niño, es mi primera alerta. Y como que le converso y veo las respuestas y en eso observo cómo está la lengua en el fondo. Observo si la lengua la puede movilizar, depende de cómo va hablando y le voy buscando conversaciones que me guíen a que pueda como mostrar el movimiento lingual, el movimiento natural. Utilizo cuentos y les pregunto ¿qué es eso? (tren) y ellos me dicen “un tlen”.

**Entrevistador:** ¡Oh! Qué buena idea el tema de los cuentos...

**Odontólogo:** (risas) sí, pero esto es totalmente empírico, no tengo ningún protocolo ni nada. A través de la entrevista, con los juguetes y los cuentos voy viendo los indicios que me dicen que aquí hay algo. Después en el examen general hago la inspección física de la lengua, pero todo a través del juego.

**Entrevistador:** ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** Para mí lo más importante es el bullying, porque un niño que va al jardín y una educadora no lo ha evaluado en ese aspecto, yo le pongo la voz de alerta a la mamá. Le pregunto cómo le va en el jardín, si tiene compañeros con quienes juega, si le han dicho algo las tías en relación al tipo de juego, si juega solo. Porque los niños a veces se sienten segregados por la forma en que se expresan, o que ellos mismos se auto-marginen porque sienten que no hablan bien.

**Entrevistador:** Claro, es bueno tener en consideración el componente social de la alteración.

**Odontólogo:** De todas maneras.

**Entrevistador:** Y ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** O sea, principalmente el habla porque el tema de la alimentación generalmente es visto por el pediatra o la nutricionista.

**Entrevistador:** ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** No utilizo un protocolo, todo es empírico, pero se usa el protocolo general y anamnesis para la evaluación general.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Es fundamental, creo que cada uno con su área puede trabajar en los fonemas y en los movimientos musculares de la lengua que intervienen tanto en la deglución como en el habla. Y lo otro es que es tan importante que de repente se nos pasa para el otro lado, y esta es una opinión personal, porque de repente me toca entrevistar a niños y... tanta escuela de lenguaje,

uno dice “¿qué pasa aquí, todos los niños tienen dificultades?” Entonces me parece fundamental que los niños tengan su atención, pero también es importante que la educadora maneje ciertos aspectos como para poder detectar precozmente y no aumentar la demanda para los expertos para cosas que no se necesitan.

**Entrevistador:** Volviendo al tema ¿Usted ha tenido que realizar alguna intervención quirúrgica del frenillo lingual?

**Odontólogo:** Sí, a bebés generalmente, pero eso se da muy poco, cuando el bebé ya no se puede alimentar o no compensa.

**Entrevistador:** Y para finalizar, ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?

**Odontólogo:** El trabajo es fundamental, hay muchos pacientes que son derivados por otros especialistas, a veces la misma pediatra o el otorrino, pero no tienen la visión de la complementación de los ejercicios para que el hábito de la lengua que está en una posición más retraída se pueda poner en una posición más normal.

Hay gente adulta que fue operada de frenillo y sigue hablando igual de mal que antes porque nunca tuvo la rehabilitación post cirugía. Porque además no es solo una cosa funcional, también se relaciona el cerebro con las instrucciones de las neuronas para que la lengua esté en tal parte, entonces hay que hacer un cambio de vía sináptica.

**Entrevistador:** Bueno, muchas gracias por la información que nos entregó.

**Odontólogo:** De nada, espero que les ayude mi experiencia.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Constanza Fernández

**Entrevistado:** Odontólogo 4

**Entrevistador:** ¿Nos puede contar de su experiencia con niños?

**Odontólogo:** Bueno, yo trabajé como 7 años en un consultorio, en un CESFAM en Santiago, en Puente Alto y ahí la mayor cantidad de pacientes que veía eran niños de distintas de edades de los programas que se atienden entre los 2 y los 6 años, principalmente, e igual los menores de 20. Eso antes de entrar aquí a la especialidad. Ahora estoy en el segundo año y es como dedicación exclusiva a atender niños y a veces trabajo también en una consulta privada dedicada también a la atención de niños.

**Entrevistador:** Cuando le llega un caso de frenillo lingual, ¿qué características considera que podrían indicar alguna alteración de frenillo?

**Odontólogo:** Cuando son muy chiquititos, que de repente te preguntan cuando son guaguas, y vienen derivados de la enfermera que los ha visto o porque la mamá pregunta; una cosa, por ejemplo, es si pueden mamar. Eso de repente es una de las cosas, y cuando ya son más grandes, son cosas principalmente más anatómicas que uno puede ver, por ejemplo, cuánto puede sacar la lengua, si la lengua hace como una forma de corazón y si puede elevar la lengua, esas cosas principalmente. Bueno, y aparte cuando uno empieza si el niño habla mal o hay algunas letras que no puede decir correctamente o no se les entiende uno pone un poquito más de atención. Por ejemplo, si uno le pide que eleve la lengua y le pide que haga caballitos, y ver si puede de repente lograr hacer eso, también las observo.

**Entrevistador:** ¿Qué aspectos funcionales considera para determinar si es que existe alteración de frenillo?

**Odontólogo:** por ejemplo, en las guaguas principalmente si pueden mamar, si la mamá dice que puede aprehender bien el pezón y si puede alimentarse, a pesar de que uno pueda verlo corto, si

logra hacer eso yo considero que es más o menos funcional. Y lo otro, es principalmente de fonarticulación, que es lo que más se fija, que para ser honestos de repente no se consideran muchas otras cosas, por ejemplo, la masticación, eso no lo tengo muy presente. En general, si puede elevar la lengua, si se puede tocar las arrugas palatinas, cuanto puede sacar la lengua, y en general algunos fonemas, la r, la d, si puede. Eso es lo que uno le empieza a decir, si puede repetir algunas palabras y preguntarle a la mamá si lo puede hacer. Es como eso, el habla, la forma si puede elevar la lengua, y cuando son chiquititos si puede mamar bien.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias considera que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** bueno, si uno no lo pesquisa y no lo deriva va a traer alteraciones del lenguaje, de la fonarticulación, también hay una cosa anatómica de cuánto se va a poder desarrollar la mandíbula, si va a tener algunas maloclusiones; y eso uno igual está consciente de que todo eso, a la larga va alterando la respiración, la parte postural y también si esas cosas no se tratan, si hay alguna alteración que no se está viendo, en el largo plazo igual afecta al niño en su inserción en el colegio, en la parte como de autoestima y puede ir como en el fondo, generando unos trastornos que son más difíciles de resolver en el tiempo.

**Entrevistador:** ¿Conoce algún instrumento o utiliza alguno para poder evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** no, la verdad es solamente como la impresión clínica y lo que te dije anteriormente. Ahora que ustedes mostraron eso, primera vez que lo veo. No, en verdad no, y tampoco tengo memoria de que me lo hayan, que me hayan dicho una escala o algo así, como tratando de hacer memoria que me lo hayan pasado en el pregrado, como que lo enseñan pero en verdad uno no lo ocupa. Pero en verdad no.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo en conjunto con el fonoaudiólogo en niños con frenillo alterado?

**Odontólogo:** Sí, porque de repente creo que es algo más funcional o de que se puede ejercitar quizás, antes de hacer cirugía. Yo en realidad no considero cirugía como primera opción. Entonces siento que primero tiene que ser evaluado por el fonoaudiólogo y que el fonoaudiólogo

diga sabes que esto es algo anatómico, que en verdad esta corto y no importa lo que hagamos, es porque en verdad tiene un bloqueo por decirlo de alguna forma; entonces ahí que venga con esa indicación. Y ahí lo que yo hago, que de repente cuando llegan las mamás y me dicen “no, es que tiene el frenillo que hay que cortarlo”, yo le digo “ya, ¿pero lo evaluó un fonoaudiólogo?, ¿le dijo que no puede hablar o las letras que no puede decir es porque el frenillo está corto?”. Porque uno también sabe que de repente es por ejercicios, que es otra cosa, que a lo mejor es la respiración, que de repente hay otras cosas que hay que hacer previas antes de hacer la cirugía. Porque de repente si haces la cirugía y no lo mandas al fonoaudiólogo, el niño sigue igual, entonces yo creo que casi el diagnóstico es más 80% del fonoaudiólogo y 20% del odontólogo, porque uno puede decir “si, tiene una anatomía alterada, es efectivamente corto”, pero puede que en algún paciente sea funcional y que en algún momento con ejercicios o con terapia pueda funcionar sin necesidad de cirugía. Y si necesita cirugía, siento que igual tiene que haber un fonoaudiólogo que refuerce eso. Porque es como cuando te operan porque eres respirador bucal porque tienes alguna alteración, si no te enseñan a volver a respirar da lo mismo, porque son hábitos que tienen hace mucho tiempo. Si de repente cuando tienen esta anquiloglosia y que efectivamente la guagua no puede mamar y que realmente hay un problema, ahí quizás puede que sea más urgente, porque es más chiquitito y hay algo crítico de la alimentación que está alterado entonces quizás ahí uno podría tomar la decisión como unos solo, y después decirle a la mamá como derivar al fonoaudiólogo. Pero ahí no sé si tan chiquitito no tengo la costumbre tan incorporada de que así menores de 1 año con terapia de fonoaudiólogo, no sé, desconozco esa área, pero lo demás yo siempre pregunto ¿“lo evaluó un fonoaudiólogo?””, porque a veces la mayoría está en escuelas de lenguaje y les han dicho. Entonces si vienen con la indicación del fonoaudiólogo... “ya, fue evaluado y en realidad es porque el frenillo ya no hay nada que hacer, porque de verdad es que hay que hacer una cirugía”... si, porque a mí me gusta que haya una evaluación previa antes de que... o sea, que el diagnóstico haya pasado por una evaluación del fonoaudiólogo, porque creo que hay cosas que se pueden solucionar, que no todo es quirúrgico.

**Entrevistador:** ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo?

**Odontólogo:** O sea, es un poco lo que te dije, yo creo que el fonoaudiólogo es el que está más capacitado para ver en el fondo la integración de las otras funciones, porque uno tiende a escuchar muy poquito, como de solamente la fonoarticulación, pero en el fondo el fonoaudiólogo también dice si está respirando mal, está tragando mal. Pero ahora yo acá aprendí un poco a saber de qué la deglución es una cosa que está en la boca y que debiéramos tener super incorporado y no lo tenemos tan incorporado, entonces el fonoaudiólogo puede ver un poco más. Ya porque a lo mejor es eso, y porque en el fondo la fonoarticulación la va a solucionar de una forma, pero también tiene la deglución alterada y eso le va a afectar a otras áreas del lenguaje y le está generando otros problemas, entonces el fonoaudiólogo es como el que está más capacitado para hacer un diagnóstico como más integral. Y hacer como esta evaluación para ver si el problema es más anatómico. Entonces yo siento que el fonoaudiólogo la lleva un poco más en eso y el odontólogo ve otras cosas como si es que maloclusiones asociadas, de que está aquí o si es efectivamente corto; pero, al menos yo creo que en el tema del frenillo, el diagnóstico yo creo que tiene que participar si o si, y posteriormente, o sea, uno puede hacer el acto quirúrgico y ver esta otra cosa y trabajar en conjunto, pero también creo que el tratamiento, la terapia va por el lado de que se incorpore, que el paciente pueda venir y que siga también como una terapia más progresiva, entonces yo creo que... o sea, el odontólogo sin el fonoaudiólogo en esto por lo menos, no va, no resulta. Eso.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Constanza Fernández

**Entrevistado:** Odontólogo 5

**Entrevistador:** Háblenos de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Antes de venirme a hacer la especialidad yo trabajaba en un consultorio en Santiago y trabajaba en APS específicamente con niños, entre 2 a 5 años que es la edad que

empiezan a atenderse; así que hice mucho rol como odontopediatra sin serlo, así que vi a mucho niño durante 7 años. Después llegué y he seguido viendo niños, así que desde que egrese no he parado de ver niños.

**Entrevistador:** Al observar un frenillo lingual ¿Qué características le podrían indicar la alteración de éste?

**Odontólogo:** Es que depende de la edad. Si es bebé me fijo en lo que es la alimentación, si puede succionar, indagar en el peso también. Si son más grandes fijarse en la respiración, fijarse también en los fonemas de acuerdo a la edad del niño, fijarse también en la deglución. En realidad, en todo lo que tenga que ver las funciones del aparato estomatognático, si la lengua está funcionando correctamente en todas, o está generando alguna alteración.

**Entrevistador:** ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** Por ejemplo, si no puede succionar bien, que no pueda generar el sello porque la lengua no puede adelantarse lo suficiente a raíz del frenillo, eso podría ser una alteración que podríamos detectar. O, en los niños más grandes, que hayan pasado los 6 años y no puedan decir ciertos fonemas debido a que la lengua no la pueden adelantar correctamente, también es un indicador de que el frenillo tiene alguna alteración.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Un frenillo alterado, para mí, es un desequilibrio que se genera en todo el sistema funcional. Un frenillo que no se corrige a tiempo, que no se trabaja a tiempo, va a terminar generando de alguna u otra forma una alteración completa del aparato estomatognático. No va a poder respirar bien, el tema de la fonoarticulación igual se va a ver perjudicado, incluso en la deglución, deglutir bien; o sea, genera una alteración en todas las funciones un frenillo corto.

**Entrevistador:** ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** Si, sé que hay pautas. De hecho, la que mencionaron ustedes, la CEFAC, la ubicaba. Pero, la verdad es que nosotros no la utilizamos mucho; yo sé que no está bien, que deberíamos ocupar algo que esté integrado. Pero uno lo mira más al ojo, lamentablemente, los dentistas caemos mucho en ese error del ojo y decir “ya, si este me tinca que si y este me tinca que no”, y cuando uno llega a servicio público, por ejemplo, me pasó mucho, habían frenillos que estaban de frentón alterados y muy cortos y con una inserción demasiado ventral y no había caso y te los devolvían igual, y uno les decía “ya, pero si han hecho el intento, el niño está en escuela de lenguaje y ya no hay nada más que hacer”, y ahí yo creo que está el error que uno comete de no usar un instrumento de evaluación más objetiva, que uno pueda decir “ya, de acuerdo a este instrumento corresponde que el niño sea intervenido por fono, por kine, o, ya de frentón una intervención”.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Si, super, de hecho, una de las cosas que más me he quejado es ¿por qué los fonoaudiólogos no están en sistema público?, a libre disposición digo yo. Porque claro hay algunos hospitales que tienen y que utilizan algunos recursos en los programas, pero en el fondo no es un profesional que esté dentro de las dotaciones del CESFAM, entonces no concibo yo que exista eso. Ahora, por suerte cada día existen más escuelas de lenguaje y uno cuando vaya encontrando niños que tienen alteraciones, le pregunta a la mamá “¿y él ha recibido ayuda?”, y te responden “sí, está yendo a escuela”, pero igual no puedes hacer un trabajo interdisciplinario con una escuela de lenguaje, como tener ahí mismo en el CESFAM o como nosotros que tenemos acá una fonoaudióloga que podemos preguntarle, entonces es más fácil la comunicación en ese caso. Entonces yo creo que, para mí siempre ha sido una crítica para el sistema público ¿cómo no existe un fonoaudiólogo en el sistema público?, es super importante, pero cuesta. Y allá en Santiago, para que un niño se atendiera con fono en hospital, era imposible, entonces la misma red te va poniendo trabas para que uno no incorpore ni trabaje con fonoaudiólogo dentro de la práctica habitual, es super complejo.

**Entrevistador:** ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?

**Odontólogo:** Yo creo que ustedes son los llamados a dar como una respuesta más objetiva de lo que está sucediendo. Porque claro lo que comentábamos allá es super cierto, la primera respuesta que uno tiene es intervenir y ya operar, o sea, quizás es la primera opción que se nos viene a la cabeza “llegar y operar”. Pero si existe terapia y existe un trabajo interdisciplinario y ustedes pueden decir “si haciendo este ejercicio o interviniendo de esta forma podemos llegar a no realizar una intervención quirúrgica para cortar el frenillo”, lo encuentro maravilloso, y eso es lo que nos falta; que existan terapias previas para poder generar cambios en esta alteración de frenillo y que no nos lleven a hacer estos cambios tan radicales porque si ya se instaló la alteración asociada al frenillo, ustedes son los que saben cómo poder ayudar al niño de mejor forma, entonces ¿qué sacamos con cortar el frenillo si va a seguir teniendo problemas de fonoarticulación, de deglución, etc?, y entonces el problema no se va a haber solucionado con haber cortado el frenillo, entonces yo creo que ese trabajo interdisciplinario es el que nos falta incorporar y que el mismo sistema es el responsable.

**Fecha:** 25 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Constanza Fernández

**Entrevistado:** Odontólogo 6

**Entrevistador:** Háblenos de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** He dedicado toda mi vida profesional a la práctica odontopediátrica, en el tema de manejo y más enfocada en aceptar la parte no farmacológica en el área odontológica, y básicamente me he especializado en las lesiones dentarias de “trauma”, en accidentes de los preescolares y en los escolares.

**Entrevistador:** Al observar un frenillo lingual ¿Qué características le podrían indicar la alteración de éste?

**Odontólogo:** Por lo general, los padres vienen con la inquietud que el niño no saca bien la lengua, esto lo he visto más menos en 4-5 años. Cuando uno hace el examen clínico y les hace levantar la lengua, el frenillo se ve isquémico, o sea, se pone blanco, efectivamente uno ve una motilidad con problemas de limitación de la lengua y el niño tiene problemas para emitir ciertos fonemas cuando uno le hace repetir ciertas palabras.

**Entrevistador:** ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** Limitación para poder sacar la lengua, limitación para poder alzar la lengua y en la emisión de fonemas.

**Entrevistador:** ¿No considera en alguna otra función, como en la deglución, por ejemplo?

**Odontólogo:** Si, en la deglución atípica, pero ahí el diagnóstico es bien específico, uno clínicamente ve la proyección de la lengua hacia afuera o la interposición lingual. En cambio, el frenillo lo asocio más a problemas de poder sacar la lengua y sobre todo que los mismos padres dicen que tiene problemas para hablar.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Creo que la articulación del lenguaje.

**Entrevistador:** ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** Solamente la clínica.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Siempre derivó cuando el niño tiene problemas para emitir fonemas, sobre todo para ver cuál es el límite de lo que pueda hacer el trabajo del fonoaudiólogo, hasta dónde puede llegar sin la necesidad de intervención quirúrgica del frenillo. Siempre pienso que es importante que el fonoaudiólogo potencie la oportunidad que tiene el niño de rehabilitarse sin la necesidad de intervención quirúrgica, o que realmente necesite la intervención quirúrgica.

**Entrevistador:** ¿Cuál cree usted que es el rol del fonoaudiólogo en la evaluación e intervención del frenillo alterado?

**Odontólogo:** Aquí trabajamos con una profesora de fonoaudiología, y creo que la interrelación de todos los problemas orales, y en general de todos los problemas que afectan a la infancia deberían ser vistos siempre por equipos multidisciplinarios y que no siempre eso es algo que está tan bien instalado en el tema de la infancia. Así como no hay políticas de infancia, los problemas de infancia son muy distintos a los problemas de adulto, por eso yo creo en la interrelación, no solamente con fonoaudiología, sino que también con psicología, debería ser con asistentes sociales, porque los problemas orales por supuesto que no son solamente del odontopediatra, sino que también hay problemas que tiene que ver hasta el educador diferencial, neurólogo, psiquiatra; yo creo profundamente en la interrelación de las disciplinas que están abocadas en la infancia, particularmente en el grupo menor de 6 años.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 7

**Entrevistador:** Háblenos de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Bueno salí el 2010, y empecé a trabajar el 2011, y los primeros pacientes que atendí fueron niños pequeños, entonces atendía en el CESFAM y en la clínica particular, pero siempre en contacto con niños; y me tocó ver algunos niños con frenillo lingual corto. Bueno yo trabajé en Arica y de allá me vine a estudiar la especialidad, entonces allá en Arica hay pocos fonoaudiólogos, y así como red para derivar no se ve mucho.

**Entrevistador:** Ya, pero en el 2011 te titulaste de odontología y ahora recién en el 2017 estás en la especialidad de odontopediatría.

**Odontólogo:** Si.

**Entrevistador:** Al observar un frenillo lingual ¿Qué características le podrían indicar la alteración de éste?

**Odontólogo:** Bueno, si es muy bebé, normalmente que tenga problemas para succionar, que tenga inserción muy corta y cuando saque la lengua la tenga en forma de corazón, y cuando no pueda poner la punta de la lengua en el paladar.

**Entrevistador:** Ya, ¿y en casos de niños más grandes?

**Odontólogo:** En los más grandes, de pronunciación de algunos fonemas específicamente.

**Entrevistador:** ¿Cuáles son los aspectos funcionales que considera para determinar si existe alteración del frenillo lingual?

**Odontólogo:** La forma y la succión.

**Entrevistador:** Y en niños más grandes, sería que no puede levantar la lengua y...

**Odontólogo:** Hablar bien.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias cree usted que puede tener un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Para poder expresarse bien, bueno también el bullying en los niños, bueno más que nada para darse a entender. Porque a veces uno dice “¿qué?” y la mamá es la única que lo entiende. Entonces es importante hablar bien.

**Entrevistador:** O sea, para comunicarse.

**Odontólogo:** Claro, para comunicarse bien.

**Entrevistador:** ¿Qué instrumento conoce o utiliza para evaluar el frenillo?

**Odontólogo:** O sea, por nombre no conozco, pero en internet uno puede buscar una pauta y ahí ver cuáles son los parámetros normales y cuáles son los que están alterados.

**Entrevistador:** ¿Pero a ustedes en su carrera en pregrado les enseñaron que existe algo en específico para evaluar frenillo?, ¿o son cosas que ustedes han ido viendo aquí?

**Odontólogo:** Solamente nos dijeron el tema de la succión, la forma y cuando es un niño que tiene problemas de la deglución, entonces si es que tiene deglución atípica y que estén influidos los movimientos de la lengua, que hay que adiestrarla para que el niño pueda readecuar su lengua.

**Entrevistador:** Ya, ¿pero algún protocolo en específico no les pasaron?

**Odontólogo:** No, solamente esto de si tiene forma de corazón, si tiene problemas de movilidad, etc.

**Entrevistador:** ¿Cree que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual posiblemente alterado? ¿Por qué?

**Odontólogo:** Si, de todas maneras. De hecho, como decías ahí en la presentación, por lo general cuando vemos frenillo lingual corto, al tiro lo operamos. Pero me pasó un día que me llegó un día una niña con frenillo lingual corto y su mamá era fonoaudióloga y me dijo “ah, tiene frenillo lingual corto, pero es un frenillo lingual funcional”, entonces fue como: claro, si llega a adquirir la función que le corresponde, no tenemos por qué intervenir a ese niño de más.

Entonces yo digo, primero derivar para evaluar y si entonces evaluando tiene solución con la fono en terapia, entonces es intervenir.

**Entrevistador:** Entonces ¿crees que es importante tener algún protocolo o algún criterio como unificado, en cuanto al rol del fonoaudiólogo y del odontólogo para trabajar en conjunto con el frenillo?

**Odontólogo:** Si, por supuesto.

**Entrevistador:** ¿Lo habías considerado antes que viniéramos a hacer la presentación?

**Odontólogo:** Sí, sería ideal, porque así tenemos los mismos criterios y sabríamos específicamente, cuándo derivar y cuando no.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 8

**Entrevistador:** Primero que todo agradecer su participación en la entrevista. La primera pregunta se relaciona sobre conocer de su experiencia en cuanto al trabajo con niños.

**Odontólogo:** Bueno yo partí en la facultad, cuando estaba en el fondo en pre grado, era ayudante alumna de odontopediatría y después seguí dentro de la cátedra una vez que egresé trabajando prácticamente con puros niños, muy poco adulto. Trabajé dos años y después entré a post grado que estoy en segundo, en el fondo ahora ya trabajo solo con niños desde el año pasado ya, en el fondo llevo casi dos años dedicada netamente a niños. Y llevo una experiencia gratificante que es la gracia de los peques.

**Entrevistador:** Ya, ahora al observar un frenillo lingual ¿Qué características te podrían indicar a ti que este puede estar alterado?

**Odontólogo:** Uno, depende de la edad del niño igual. En general a los chiquititos, o sea, a nivel de guaguas, yo uso como parámetro si pueden o no pueden amamantar, en el fondo cuando tienen meses de vida si logran o no hacer la succión bien, perfecto y después cuando ya empiezan a hablar, si bien es cierto que hay algunos niños que sacan los fonemas más tarde o más temprano, eeh, le pido que saque la lengua en general o que la eleven al paladar, y en general los derivo a fonoaudiólogo cuando veo que se les hace como el corazón en el fondo o en los casos en que tiene el frenillo corto y que veo que en el fondo según la edad, 5 años, 6 años, no es que yo me sepa los fonemas así “a esta edad tiene que tener tales fonemas”, pero que uno escucha que hablan mal y que los papás... En general cuando uno le pregunta a los papás y no van a escuelas de lenguaje ni nada de eso ahí uno dice “aaah, hay que derivarlo” como para ver si hay algo que intervenir ahora, entendiendo que igual siempre como que se trata de, por lo menos durante los primeros años, como de que el niño fisiológicamente vaya adaptando la lengua con lo que tiene porque siempre la cirugía es como la última opción.

**Entrevistador:** Ya, entonces ¿igual indagan con respecto a que si el niño está atendido o si se ha visto con algún fonoaudiólogo?

**Odontólogo:** Si, en el fondo si ya lo han evaluado, porque muchos papás a veces no se dan cuenta de que tienen alterado los fonemas o a veces los papás también hablan igual entonces como que lo ven normal, pero ya si tiene dificultades para expresarse como para comunicarse o no están en escuelas de lenguaje... Es que en general no siempre en el examen clínico le revisas la lengua y cuando ahí se nota a simple vista hacemos una derivación digamos.

**Entrevistador:** Bueno igual esto lo consideramos dentro de la anterior, pero era más bien saber ¿cuáles son los aspectos funcionales?

**Odontólogo:** Sacar la lengua, llevarla al paladar, la succión cuando son guaguas, que sea ininteligible su habla y básicamente eso.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias crees que puede tener un frenillo lingual alterado?

**Odontólogo:** Bueno, eeh, tiene efectos en la succión obviamente cuando son guaguas, tiene efectos en el habla en el fondo por la articulación de los fonemas, tiene efectos también en un frenillo corto lo que promueve que la lengua esté más baja, por ende la posición de la lengua al estar más baja no promueve el crecimiento del maxilar superior y eso también altera la oclusión digamos, en algunos casos puede generar que la lengua al estar baja se adelanta y entonces, tal vez, no sé si es tan así, pero a lo mejor incentivar a que haya algún tipo de mordida abierta o deglución atípica por la posición más adelantada de la lengua. La articulación de los fonemas obviamente y para los hábitos de alimentación.

**Entrevistador:** Ya entonces siguiendo. ¿Conoces algún instrumento para evaluar frenillo? o ¿ocupan alguna pauta? o ¿ustedes en odontología manejan algún protocolo sobre cómo determinar alteración?

**Odontólogo:** No, no conozco ninguna pauta ni protocolo y creo que sería súper importante manejar una, así como que “a esta edad hay que evaluar esto, a esta esto” y en el fondo para tener claro cuándo derivar, porque muchas veces uno deriva y el fono dice “no, hay que esperar” o “pucha, había que derivarlo antes” o en realidad “está super bien”. Que muchas veces son

consultas que tal vez hubiesen sido innecesarias si es que uno maneja un protocolo establecido. En general en la carrera es poco lo que se ve, por lo menos acá en la Universidad de Valparaíso, no es tanto lo que uno ve tampoco de la parte fonoaudiológica y creo que sería súper importante ver más, de todas maneras.

**Entrevistador:** Si, eso es importante. Y ahora la pregunta también se relaciona con eso mismo, sobre si ¿Crees que es importante el trabajo del fonoaudiólogo en niños con frenillo lingual alterado? y ¿Por qué?

**Odontólogo:** Sí, creo que es súper importante porque muchas veces por hábitos en el fondo el niño no ejercita su lengua y no la estimula para que desarrolle más movimiento. Y además, en los casos en que hay una cirugía, después igual hay que reeducar esa lengua, porque o si no el niño sigue haciendo los mismo movimientos de la misma forma, entonces si considero que el fonoaudiólogo es muy importante para el tema deglución y en el fondo para la posición de la lengua dentro de la cavidad bucal y para el tema habla, que tal vez, desde el punto de vista odontológico uno podría decir “no es tan relevante”, pero si uno considera al niño como un todo, hay que, o sea nuestra misión es derivarlo si detectamos cualquier tipo de esas cosas.

**Entrevistador:** Bueno esas serían todas las preguntas, volver a agradecer tu participación.

**Odontólogo:** No, para nada, un tremendo gusto poder aportar.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 9

**Entrevistador:** Primero agradecerte por querer acceder a la entrevista. Ahora vamos a hacer preguntas que van desde lo más general a los más particular. Primero saber ¿Cuál es tu experiencia en el trabajo con niños?

**Odontólogo:** ¿Toda mi experiencia o solamente acá en la clínica Vasca?

**Entrevistador:** En general, saber principalmente cuántos años llevas trabajando con niños.

**Odontólogo:** Mira yo, salí el 2011 de la universidad y desde ahí que desde ese momento empecé a trabajar con niños en una clínica móvil que trabajaba con colegios rurales en Concepción, no acá en Valparaíso. Y bueno, trabajaba con niños desde pre kinder hasta octavo, esa era mi población como de abordaje. Después trabajé en un CESFAM donde también trabajé con hartos niños, y generalmente, niños. O sea, en años, debería tener una experiencia de aproximadamente 6 años viendo a la mayoría de mis pacientes que son puros niños.

**Entrevistador:** Y ¿Acá en la clínica Vasca como ha sido? ¿Qué puedes contarnos?

**Odontólogo:** Mira, al principio fue difícil porque era como una nueva mirada de la odontología, muy diferente a la que yo conocía en la Universidad de Concepción, pero ya ahora te podría decir que estoy como disfrutando de la experiencia. Acá llevo desde abril de este año.

**Entrevistador:** Bueno, sigamos. Al observar un frenillo lingual ¿qué características te podrían indicar que este puede que esté alterado?

**Odontólogo:** Mira, lo que yo me fijo siempre primero, bueno al encontrarme con un niño es como me habla, físicamente como lo veo, como están sus labios, al pronunciar algunas palabras, que me podría dar como algún indicio de que pudiera tener alguna alteración del frenillo. Bueno y después obviamente al examen clínico cachay directamente en boca y ahí obviamente puedes ver con más detalles si está esa alteración, si tiene una inserción como más adelantada, si el frenillo está más grueso, si está evidentemente corto y bueno y la posición que tiene también la lengua dentro de la boca igual puede dar un indicio de si está alterado o no alterado.

**Entrevistador:** Ya, y ¿cuáles son los aspectos funcionales que puede que consideres para determinar la alteración? Porque ahora me hablaste de características más bien “físicas”.

**Odontólogo:** Si, fueron más físicas. Mira, yo sé que hay algunas letras que obviamente pueden dar más indicios que otras de si el frenillo está alterado, pero no sé exactamente cuáles son esas letras, puede ser que si lo pienso un poco más puedo llegar a la respuesta, pero puede ser la /d/, la /t/, que debiesen tener más funcionalidad en cuanto a la lengua, que te pueda dar un indicio de que el frenillo esté como alterado. Y funcional, bueno también, la posición de la lengua en boca también es un indicio de que puede estar alterado.

**Entrevistador:** Experiencia con observación de frenillo en bebés ¿Has tenido?

**Odontólogo:** Pero bebés, por lo menos desde un año en adelante, pero menos de esa edad yo no tengo experiencia, yo creo que a ti tampoco, vemos muy pocos bebés de un año hacia abajo, puede ser que llegue un niño de un años seis meses , por ejemplo, que es lo más chico que yo he visto, pero por tema dental o porque quizás por una úlcera a de Riga Fede por ejemplo, que se produce por los dientes neonatales y en ese momento puedes evaluar quizás el frenillo, pero antes de eso es difícil, más que nada lo ve como el pediatra o en otro contexto.

**Entrevistador:** O en el CESFAM de repente.

**Odontólogo:** Si, en el CESFAM también lo pueden detectar, por el tema del amamantamiento también se puede dar porque quizás la mamá está teniendo problemas al amamantar y tal vez lo puede detectar ahí, pero aquí más arriba del año y medio se puede detectar porque primero vienen aquí por los dientes o por la úlcera en boca que también es difícil porque igual es algo pediátrico.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias crees tú que puede tener la alteración del frenillo lingual? No solo en el ámbito funcional que me mencionaste antes sino a nivel general del niño.

**Odontólogo:** Mira a nosotros siempre se nos ha planteado desde el momento en el que llegamos, tomar al niño en general, no solamente preocuparnos de su boca sino cómo es su vida en general y cómo algunas cosas influyen dentro de su vida diaria, la interacción con el resto de las personas al momento de comunicarse. Bueno ahora está muy de moda el tema del bullying. Obviamente si tiene el frenillo corto, o alterado, quizás tiene algunas manifestaciones al momento del habla lo que puede perjudicar su vida social también, entonces en ese sentido también es importante poder detectarlo y poder solucionar el tema, más que funcionalmente o físicamente o de manera motora, no sé.

**Entrevistador:** Claro, super importante. Por otro lado ahora, nosotras tenemos entendido que acá en la clínica realizan cirugía de frenillo. ¿La realizan ustedes?

**Odontólogo:** Las realizamos nosotros, pero, bueno el principal actor de la cirugía es el Dr X, el las hace y nosotros como que participamos en esa cirugía, por lo menos yo no he participado, pero no sé si las niñas de segundo quizás como llevan más tiempo quizás serían supervisadas por el Dr. y ellos la hacen. Esta solo la hacen con anestesia local.

**Entrevistador:** Ahora ¿cuál crees tú que es el rol fonoaudiológico en el ámbito de frenillo? ¿crees que es importante o no la participación del fonoaudiólogo en la evaluación o intervención de pacientes con frenillo lingual alterado?

**Odontólogo:** Yo creo que es súper importante, siempre la participación multidisciplinaria frente a un problema va a ser mucho mejor que haber actuado o mirado cada profesional por su parte sin considerar al otro. Por otro lado, me parece que la función del fonoaudiólogo, en mi opinión, es más como funcional en el sentido de la fonación, más que si el niño tuviese un frenillo corto identificado por nosotros, como que más que ejercicio... O sea, si requiere, por ejemplo, cirugía, por mucho que le haga ejercicio a ese frenillo quizás no se va a solucionar el problema, pero forma parte más del diagnóstico y también obviamente parte de la solución, hasta cierto punto me imagino yo.

**Entrevistador:** En la exposición que realizamos hablamos de determinar criterios de un frenillo “posiblemente alterado”, entonces ¿entiendes por qué nos referimos a un frenillo “posiblemente” y no “alterado” como tal?

**Odontólogo:** Me imagino yo que es porque no hay un criterio como claro para diagnosticar si está alterado o no, quizás hay una percepción por parte nuestra de los odontólogos y que podemos decir “¿sabes qué? este frenillo me parece que está corto o está alterado” pero otro profesional puede decir “oye no, sabes que esto está normal”, o que quizás la solución puede ser diferente porque “oye, necesita ejercicio” y el otro “no, necesita cirugía”, entonces no hay un curso claro de cómo seguir o un protocolo de que de aquí pa allá está bueno y de acá pa allá está alterado. Me parece que por eso no dicen “alteración” y dicen “posiblemente”.

**Entrevistador:** ¿Conoces algún instrumento o pauta o protocolo, que les hayan enseñado en pre grado o ahora o que usen acá para evaluar?

**Odontólogo:** De que tenga noción no conozco ninguno, como para decirte un nombre, no. Más que nada evaluamos con los parámetros que, bueno lo vemos también en pre grado que se yo frenillo adelantado, con inserción más adelantada o frenillo corto, que se yo. Ese tipo de parámetros utilizamos, pero no existe como un protocolo que nos diga paso por paso.

**Entrevistador:** Esas serían todas las preguntas. Ahora si quieres realizar algún otro comentario queda bienvenido.

**Odontólogo:** Bueno, como comentario me parece que es bueno que haya como una comunicación en cuanto al fonoaudiólogo y dentista, me parece que tiene mucho que ver y hay muchos puntos en común que pueden ser pensando siempre en el bien del niño, entonces me parece super bien que traten de hacer esta comunicación entre nosotros.

**Entrevistador:** Muchas gracias.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal, Constanza Fernández, Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 10

**Entrevistador:** Primero que todo agradecerte por participar en la entrevista, y esta va a consistir en realizar preguntas desde lo más general a lo más particular. Entonces, primero, nos gustaría saber sobre tu experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Bueno en realidad yo salí el año 2013, de ahí estuve haciendo una pasantía de odontopediatría en una clínica acá en Viña del Mar, y después me fui de viaje, estuve un año y medio afuera así que mi experiencia ha sido en realidad el año 2016 más esta especialidad que partió el año 2017.

**Entrevistador:** Pero ¿Has trabajado con niños muy pequeños? ¿Más o menos qué rango de edad?

**Odontólogo:** Mira en realidad siempre me he especificado en los niños y ha sido generalmente desde los 6, no, desde los 4 en adelante, y acá en la especialidad un poquito más pequeños. Pero no guaguüitas, generalmente desde los 3 años, 3 años y medio hacia adelante, aunque bueno, acá hay algunos casos que tiene un año y medio, dos años y medio, pero son bien puntuales.

**Entrevistador:** Ahora, al observar un frenillo lingual ¿Qué características te podrían indicar que éste esté alterado?

**Odontólogo:** Bueno, lo más importante es fijarse si está corto, la inserción también en el fondo a nivel ventral de la lengua y de piso de la boca, el grosor, si es que el paciente relata ciertas molestias en el fondo al deglutir, o la fonoarticulación... Uno le pregunta que diga los fonemas y hay veces que se produce en el fondo una alteración fija, también es bien patognomónico la

lengua en corazón que eso ya es como bien evidente de que pudiese estar produciéndose alguna alteración, y bueno la succión, uno le pregunta también a la mamá de la guagua, o sea de cuando fue guaguüita, si es que tuvo alguna dificultad en succionar, como ese tipo de cosas que uno va indagando.

**Entrevistador:** Ya, entonces acá me mencionaste como características más bien físicas que serían la inserción, la forma, y algunas funcionales como la succión, deglución y fonarticulación ¿verdad?

**Odontólogo:** Claro.

**Entrevistador:** Ok. ¿Qué implicancias crees que puede tener un frenillo lingual alterado? En el ámbito como general del niño.

**Odontólogo:** Bueno yo creo que en el fondo es importante que el niño está desarrollándose para hablar, para comunicarse, por lo tanto, podría tener problemas en ese sentido. Al comer también le podría molestar, como en el fondo que no pueda deglutir bien... Evidentemente que esas son situaciones que le afectan y que podrían incluso disminuir su calidad de vida de alguna forma. También lo pueden llegar incluso a molestar porque no habla de buena manera un poquito más grande, entonces yo creo que son cosas que uno tiene que ir evaluando, y controlando e interviniendo, y como tu muy bien dijiste, eeh, evaluarla con el fonoaudiólogo también. Nosotros de repente somos muy de que vemos algo corto y alto como que queremos tratarlo, pero finalmente tienen harta recidiva o en realidad no está tan alterado su nivel de calidad de vida o su fonarticulación, entonces mejor dejarlo así, entonces yo creo que eso es super importante como de ir complementándolo con las dos especialidades. No es “está corto y hay que hacer algo”, en el fondo yo creo que ustedes son los expertos en determinar si es que está produciendo realmente una alteración, si el niño va a tener una mejora y mejor calidad de vida con su frenillo en intervención, o ya en realidad dentro de todo está corto, pero es funcional o no le limita en que tenga una buena articulación o en que desarrolle su vida de manera normal. Yo creo que mientras menos invasivo mejor.

**Entrevistador:** ¿Conocer algún instrumento, pauta o protocolo, por parte odontológica o fonoaudiológica, que permita evaluar el frenillo? Ya sea que se los hayan pasado en pre grado o escuchado o que usen acá.

**Odontólogo:** Así como un protocolo estricto no, o sea yo creo que el que mostraron ustedes es primera vez que veo como un poco más estructurado en cuáles son los puntos así como que uno debería fijarse 100%, yo creo que uno lo tiene como entre comillas innato, quizás no tan pauteado, pero uno trata como de evaluar en general todo eso, pero así como que yo haya visto en la universidad como un protocolo especial, o específico de frenillo lingual, o acá, la verdad es que no. Yo creo que uno tiene más internalizado una evaluación más global y que en el fondo al hacer las preguntas a la mamá y al paciente uno ya va diciendo “ya, esto está alterado” “esto podría considerarse normal”.

**Entrevistador:** O sea más cualitativo.

**Odontólogo:** Más cualitativo, exactamente.

**Entrevistador:** ¿Y crees que es importante que existe una pauta, quizás no tan detallada como la que tenemos nosotros, pero algo que unifique los criterios? o para derivar a fonoaudiólogo, o para determinar si está el frenillo alterado. Como para que permita una unificación entre estas dos áreas.

**Odontólogo:** Yo creo que es super importante que se realice de esa manera, porque también eso, sobre todo más que el hecho de que esté super categorizado de qué mirar y qué no mirar, es el trabajo en equipo. Yo creo que eso es fundamental, y el hecho de que haya una pauta, también hace de que eso se permita de mayor manera en el fondo, en donde uno como odontólogo derive al fonoaudiólogo que es el experto en el tema, y que, aunque uno analiza de repente ciertas alteraciones, se genere esa derivación para que el experto en el tema pueda determinar si es necesario o no es necesario, no uno como odontólogo decidirlo sin una evaluación previa experta. Yo creo que eso es esencial. Y que también me pasó acá, que en el fondo la típica lengua de corazón y yo dije “ya, esto hay que operarlo”, y la niñita tenía seis

años, y en el fondo al derivarla al fonoaudiólogo de acá me dijeron “O sea es una niñita que está tremendamente bien, funcional, incluso la recidiva que puede llegar a generar esa cirugía puede generar que toda la intervención no haya valido la pena” Y ahí también uno va aprendiendo cuál es el criterio y lo importante que es derivarlo.

**Entrevistador:** ¿Conoces el rol específico del fonoaudiólogo dentro del trabajo del frenillo lingual alterado? ¿Crees que es importante que el fonoaudiólogo participe?

**Odontólogo:** O sea yo creo que es fundamental que participe. Sobre todo, cuando uno está partiendo también, yo creo que la experiencia que uno pueda ir teniendo de todas maneras el fonoaudiólogo lo va a pesquisar y analizar de manera mucho más especializada, por lo tanto, la derivación o las conclusiones que este saque van a ser mucho más determinantes de que, yo creo, las que podríamos sacar nosotros. Evidentemente si yo me especializo en el tema y me meto mucho en la parte fonoaudiológica, de todas maneras, también podría adquirir esas habilidades, pero creo que el fonoaudiólogo es el experto en ese tema, por lo tanto, derivar es fundamental. Para mí en este momento fundamental porque bajo mi experiencia, yo en algún momento podría haber optado por la cirugía, y si no hubiera derivado quizás yo hubiera optado por tratarlo quirúrgicamente y la niñita estaba totalmente bien. O sea, no era necesaria esa intervención. Así que yo creo que es fundamental el trabajo en equipo y que en el fondo ustedes como fonoaudiólogos son los expertos en el tema.

**Entrevistador:** Y el rol específico que cumple el fonoaudiólogo ¿lo conoces? ¿sabes que hace antes o qué hace después de una intervención quirúrgica?

**Odontólogo:** Mmm... yo creo que en el fondo parte como primero evaluando cuál es el nivel de alteración, con todo el examen que ustedes hacen funcional y bueno también, preguntar a la mamá etc, y ehh, después me imagino que también trata de hacer ejercicios que primero, antes de lo quirúrgico, intervengan para tratar desarrollar de mejor manera en el fondo el problema que tiene, y si ya eso no sirve, yo creo que se van más a lo quirúrgico. O hay veces que yo creo que ustedes son capaces de pesquisar “no, yo creo que esto, aunque lo trate y lo intente con ejercicios no se va a solucionar, así que ya es quirúrgico”. Obviamente que está ese rango de

opciones, pero ustedes son como... primero me imagino que intervienen con ejercicios funcionales y después, optan por la parte más quirúrgica, si es que es necesario.

**Entrevistador:** ¿Te gustaría hacer algún comentario en cuanto a las preguntas o a la presentación que les hicimos o en cuanto a la investigación que estamos realizando?

**Odontólogo:** No, yo creo que super bien, super interesante. De todas maneras yo creo que esto sirve también para concientizar que es importante el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinario y que también cada uno tiene su rol en estos pacientes, por lo tanto saber que de repente es necesario derivar y hacerlo en el fondo, por lo menos a mí, al estar acá, me ha ayudado ese trabajo en equipo, donde uno tiene el ortodoncista, tiene el fonoaudiólogo, a los cuales uno puede acudir, y donde el tratamiento es totalmente más integral para el paciente, que es lo más importante.

**Entrevistador:** Así es. Bueno, muchas gracias por tu participación.

**Fecha:** 03 de octubre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal, Constanza Fernández, Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 11

**Entrevistador:** Comenzando la entrevista, la primera pregunta es pedirte que nos cuentes sobre tu experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Mi experiencia. Ehhh... llevo trabajando desde que empecé la especialidad en 2014, desde ahí en adelante me he dedicado a solamente el trabajo con niños, específicamente. Pero desde que salí de la universidad el año 2010, que trabajo con niños porque trabajaba en hospital y en consultorio, y trabajaba solamente con niños.

**Entrevistador:** ¿Y trabajando acá?

**Odontólogo:** Acá desde el año pasado, 2016.

**Entrevistador:** Ya. Segundo, ya más enfocado en frenillo lingual que es el tema de nuestra investigación. ¿Qué características que tu observas pueden darte cuenta de que existe una alteración a nivel del frenillo?

**Odontólogo:** Cuando, por ejemplo, no pueden hacer ciertos fonemas, eso podría ser como la primera vez de cuando yo me pongo a conversar con el niño y empiezo a pesquisar que hay ciertos fonemas que no los puede pronunciar bien, eeh, voy y miro el frenillo. Clínicamente, cuando es muy corto, o hay alguna retracción de la encía o no puede llevar la lengua al paladar o afuera, y otras veces también cuando son más bebés y no pueden hacer bien la succión. Esos también son aspectos como más funcionales.

**Entrevistador:** ¿Qué implicancias crees tú que puede tener un frenillo lingual alterado? Ya sea en niños o bebés.

**Odontólogo:** Emm... las implicancias. Bueno, en la pronunciación de ciertos fonemas, masticación, la deglución, principalmente. Bueno, en todas las funciones que cumple la lengua en la boca.

**Entrevistador:** ¿Conoces algún instrumento, ya sea como por parte de odontología o fonoaudiología, que permita evaluar el frenillo? Alguna pauta o algo así.

**Odontólogo:** Conozco una pauta que me mostró una fonoaudióloga, pero no me acuerdo específicamente cuál es, ni como se llama.

**Entrevistador:** Pero ¿tú no utilizas ninguna para guiarte? o ¿en la escuela, pre grado o especialidad, les enseñaron alguna de clasificar o algo así?

**Odontólogo:** Sí, con esa pauta que te menciono. Pero ojo, que una cosa es la identificación, y la otra es que, en mi caso, derivo al fonoaudiólogo, para hacer como evaluación conjunta. Y si el fonoaudiólogo apoya en que se pueda hacer alguna acomodación o adaptación, claro, ahí se procede como a algo más quirúrgico.

**Entrevistador:** Entonces, esa era como la siguiente pregunta. ¿qué criterios ocupas para derivar a fonoaudiólogo?

**Odontólogo:** Es que ahí yo lo hago en conjunto con el fonoaudiólogo, y llegamos juntos al diagnóstico final. También considero la edad, porque sé que algunos fonemas terminan de desarrollarse alrededor de los seis años, entonces antes de esa edad hago alguna indicación de tratamiento quirúrgica.

**Entrevistador:** Entonces, ¿crees que es importante el trabajo del fonoaudiólogo con niños con frenillo lingual alterado?

**Odontólogo:** Sí, fundamental.

**Entrevistador:** ¿Y sabes, específicamente qué es lo hace?

**Odontólogo:** Primero, me imagino... o sea, por lo que sé, primero hacen la evaluación, si es que la lengua puede hacer todas sus funciones normales y si es que no, muchas veces se que hacen como terapia para, eeh, quizás ayudar. Porque ¿qué pasa? por lo que sé, a veces, los niños, por la posición lingual, no saben cómo tiene que funcionar, entonces uno puede operarlo, pero no va a saber cómo funcionar su lengua, operado o no operado, entonces, primero hacen que el niño aprenda a cómo usar su lengua, a cómo tiene que ir en la posición, y si es necesario hacer la intervención quirúrgica se procede a hacer, pero si no... primero tiene que acomodarla antes de operar. Yo creo la clínica Vasca me ha dado conocimientos, sobre todo el hecho de que haya un fonoaudiólogo acá es mucho más accesible a tenerlo. O sea, a veces yo tenía pacientes y le pedía a la fonoaudióloga que bajara y que lo revisara acá mismo, y ahí también veíamos si

era necesario derivar para evaluar bien. El hecho de que haya un fonoaudiólogo acá hace que sea mucho más rápido el acceso y por lo tanto, el aprendizaje y la transdisciplina, o sea que yo también pueda saber cómo pesquisar, y que pueda ayudar a las terapias con el fonoaudiólogo al saber qué es lo que se trabaja con el niño. Y no solo con los pacientes que están acá, sino que esto también me ayuda en mis otros lugares de trabajo.

**Entrevistador:** Eso es todo, muchas gracias por la participación.

**Odontólogo:** De nada.

**Fecha:** 15 de septiembre de 2017

**Lugar:** Clínica Odontológica Infantil de la Universidad de Valparaíso

**Entrevistador:** Carla Bombal, Constanza Fernández, Karina Guzmán

**Entrevistado:** Odontólogo 12

**Entrevistador:** Primero, que nos hable de su experiencia en el trabajo con niños.

**Odontólogo:** Se resumen 38 años de mi vida. Llevo 38 años de profesión atendiendo niños de 0 a 99, (risas) me refiero a que hago atención a público general. Lo que pasa es que yo me titulé y partí en la universidad y no me he movido en estos 38 años.

**Entrevistador:** ¿En la clínica Vasca cuánto tiempo lleva trabajando?

**Odontólogo:** Desde que se inició, que fue en el año 1995. El programa de especialidades de odontopediatría se cambió de la facultad para acá, este es el campo clínico del programa de especialidad.

**Entrevistador:** Al observar la lengua de un niño, ¿Qué características le podrían indicar a usted que tiene un frenillo alterado?

**Odontólogo:** Básicamente la, al hacer el examen de los movimientos se produce una especie de arrullonamiento, no logran sacar como corresponde, no logran levantar y obviamente antes de la lengua, uno saluda al niño a dos metros y se da cuenta que hay alguna alteración de fonación.

**Entrevistador:** Entonces ahí estaría observando la forma cuando usted dice que...

**Odontólogo:** Claro primero está el contacto “Hola ¿cómo estás? ¿Cómo te llamas?” Uno de puro mirar se da cuenta que postura y una serie de cosas... y al primer intercambio de palabras te das cuenta si hay alteración o no. Obviamente después en el examen físico uno hace todo y cuando llega a la lengua es cosa de decir “saca la lengua o levanta la lengua” y claramente se ve el evento físico de la restricción.

**Entrevistador:** Algunos aspectos funcionales además de lo que mencionó usted en cuanto al habla... ¿observa alteración en ellos? ¿usted cree que hay alteraciones en las funciones de la lengua?

**Odontólogo:** O sea, de que las hay, las hay. Si tú me preguntas cuáles son estaría inventando porque en rigor estricto... lo planteo de esta manera. Cuando tú tienes restricciones de movimientos que son físicas en términos de que no va más adelante, no va más al lado o no sube... La biología es tan mágica que compensa todo, me refiero a que el niño sigue teniendo todas sus funciones y todas las cosas. Otro cuento es cuánto le afecta a él, en términos que lo molesten o no lo molesten, que sean más resilientes o menos resilientes en términos de eso. Y por otro lado el tema de los papás que están súper preocupados porque no habla o que no pronuncia bien, después viene todo el colegio y... pero ese es el entorno. A ver, voy a hacer solo un comentario y no sé si es correcto o no, pero en términos de... con todo el rango del problema del frenillo, desde la nada misma, la sutileza, hasta casi el que no pueda mover, no estoy muy claro que realmente genere un problema. Excepto la fonación, objetivamente tienen que haber problemas porque movilizan menos el bolo alimenticio, es más difícil deglutir, pero

no sé si en términos por ejemplo de oclusión propiamente tal realmente vaya a producir algún problema. O sea, te digo de esta manera no es ni el centro del crecimiento del desarrollo de un niño como que tampoco uno tiene que decir que no tiene importancia. Las tiene y muchas, pero... pero en términos clínicos, día a día te das cuenta qué hay mucha compensación. Ahora, que hay que abordarlo, que hay que diagnosticarlo y que además da buenos resultados, perfecto. Pero están todas las otras consideraciones de por medio.

**Entrevistador:** ¿Usted cree que en los bebés hay alguna alteración funcional que se pueda observar? Lo pregunto principalmente por el tema de la succión. ¿Considera usted que es relevante el tema del frenillo para la succión en bebés?

**Odontólogo:** De hecho, hace mucho tiempo nos llegaban interconsultas de pediatra diciendo que pedían, y que yo sepa, puedo estar equivocado, pero en términos de datos duros no hay datos que realmente digan que eso es así. Es cierto que en el término del crecimiento del desarrollo hay lenguas que están como más firmes – a ver, tengo que ser súper claro, no es que pase en todos los niños. Pero llegan algunos niños, derivaciones que no son infrecuentes con preocupaciones o de los padres o de los pediatras que dicen “aquí hay que hacer frenectomía” y por lo menos yo me niego sistemáticamente a hacerlo. Ahora si tú ves literalmente una anquiloglosia, una cosa que la lengua no se pueda mover para ningún lado, perfecto, pero será un caso en un millón que todavía no me ha tocado, pero pueden existir. Pero no creo que haya un gran problema.

**Entrevistador:** ¿Usted conoce algún instrumento, pauta o protocolo, ya sea que la haya ocupado durante su vida o que la haya escuchado solamente, que permita evaluar directamente el frenillo?

**Odontólogo:** Se llama X (refiriéndose a fonoaudióloga de la clínica), tenemos contacto súper cercano de casi 10 años. Lo que pasa en mi caso, más que yo diagnostique es al revés. Te seré súper honesto, no sabré demasiado de este tema, pero me apoyo absolutamente en el área de ustedes como fonoaudiólogas, de identificar si realmente el problema es de delimitación física o hay un trastorno del lenguaje o hay otra cosa neurológica. Entonces, es cierto que nosotros hacemos frenectomía aquí, pero en los últimos 10-12 años que llevamos con el trabajo de X acá,

he hecho menos. Yo tengo la convicción de que mientras menos haga es mejor porque antes hacíamos una frenectomía semanal en niños de 3-5 años, y ahora no estoy muy claro de que las haría. A ver... porque es un problema de manejo súper importante. Lo que para uno es algo leve, para un niño puede ser la diferencia entre no sentarse nunca más en una consulta de dentista o comenzar a tener pánico en toda el área médica, porque los pacientes sufren... el post operatorio es molesto. Para uno como profesional son cinco minutos, pero el proceso es súper complicado. La otra cosa que me he dado cuenta es que en esta interacción que hemos tenido que ha sido súper fructífera y muy buena de aprendizaje para nosotros, y se lo decimos a cada papá que pregunta día por medio que cuándo van a hacer la frenectomía, “mire yo quiero que quede claro aquí, que vamos a hacer la frenectomía y puede ser que no mejore la fonación”. Esto, para que ellos puedan entender la diferencia entre lo que es la vibración física y lo que hay detrás, si es algún problema funcional, neurológico o lo que sea. Pero actualmente, tratamos de aplazarla lo más posible, o sea ideal después de los 5 años porque antes es muy complicado.

**Entrevistador:** Bueno, volviendo a la pregunta, por parte del área odontológica ¿conoce alguna pauta o algo que lo oriente a identificar cuando el frenillo está alterado o la inserción está corta?

**Odontólogo:** Lo que yo te decía al comienzo, en términos de que cuando uno hace el análisis, el tema de cómo hablan, los análisis de movilidad, pero de nuevo... podría haber un niño que llegue con una movilidad reducida, pero tú analizas que no hay ningún problema de fonación y está en el colegio feliz, da lo mismo que esté más corto o largo el frenillo. Entonces en términos prácticos más yo recibo que diagnóstico. Ahora, si diagnosticara, lo que he aprendido a hacer es comentarle a los papás que hagan un análisis fonoaudiológico para ver cuánto de alteración de lenguaje propiamente tal hay o si efectivamente hay un tema físico. Lo otro que he aprendido en este acercamiento con fonoaudiología es que hay mucha y buena compensación, entonces no es que no lo quiera hacer, pero es mejor intervenir quirúrgicamente la menor cantidad de veces posibles. No sé si te contesto la pregunta...

**Entrevistador:** Principalmente lo que queríamos saber es si por parte odontológica conoce alguna pauta relacionada al frenillo lingual. Por ejemplo, para nuestra tesis encontramos unas medidas anatómicas de Kotlow.

**Odontólogo:** Eso me gustaría que me contaran si pueden.

**Entrevistador:** Sí, son unas medidas del borde libre del frenillo que queda desde la inserción del frenillo hasta la punta de la lengua y él lo clasifica según medidas.

**Odontólogo:** Ah, ¿entonces en milímetros?

**Entrevistador:** Sí, son milímetros y los clasifica de la clase I hasta la anquiloglosia total en variación de milímetros.

**Odontólogo:** No, eso nunca lo había escuchado.

**Entrevistador:** Después Gay y Berini hacen un análisis más específico basado en Kotlow donde señalan que la clase I no tiene necesidad de ser intervenidas, que la clase II y III pueden ser evaluadas por un fonoaudiólogo como para poder determinar y que la clase IV y la anquiloglosia total determina una cirugía.

**Odontólogo:** Ya... con respecto al tema de la anquiloglosia – solo una opinión personal – No sé si el término realmente es correcto.

**Entrevistador:** Sí, nosotras también habíamos comentado sobre eso durante la investigación que hemos hecho.

**Odontólogo:** Porque anquilo significa cero movilidad, por ejemplo en odontología anquilosis de articulación temporo-mandibular es que tú no puedes abrir la boca. Entonces anquiloglosia significaría una lengua que no se mueve. Que hay severas limitaciones, de acuerdo, pero como anquiloglosia propiamente tal es difícil.

**Entrevistador:** Usted nos mencionó antes el tema fonoaudiológico, pero ahora volveremos a tomar ese tema para profundizar, ¿Cuál cree usted que es el rol específico del fonoaudiólogo dentro del frenillo lingual alterado? y coméntenos si lo considera importante.

**Odontólogo:** Bueno, yo creo que es absolutamente indispensable el trabajo interdisciplinario. Nosotros por lo menos en el programa de especialidad ponemos énfasis en prestar atención a este tipo de situaciones, fundamentalmente para ayudar al desarrollo y crecimiento de los niños en términos de su lenguaje y desarrollo. Y recalco de nuevo, más es un tema del entorno, de las presiones, probablemente diagnósticos no correctos que al final el resultado es que los papas terminan absolutamente ansiosos y desesperados porque lo único que quieren y creen que cortando un frenillo se va a resolver el problema y la mayoría de las veces va por otro lado. Eso es lo que he aprendido en estos años en relación con fonoaudiología. – Dime la pregunta de nuevo –

**Entrevistador:** ¿Cuál cree que es el rol específico del fonoaudiólogo en frenillo lingual alterado?

**Odontólogo:** Bueno, hacer un diagnóstico preciso y adecuado para poder identificar si efectivamente el rol nuestro en término de los procesos quirúrgicos que tenemos que hacer para liberar esa lengua están asociados efectivamente a un tema mecánico o no. Porque nosotros no resolvemos nada de lo otro, absolutamente nada y, sin embargo, si es que no estamos alerta a eso hay muchas más cosas en términos de lenguaje y neurológicos que solo la movilidad del frenillo. Entonces mirando desde ese punto de vista, cuando me llega como dentista un frenillo de ese tipo sin haber pasado antes por fonoaudiólogo lo primero que hago es decirles que vayan a hacerse una evaluación fonoaudiológica para que se entienda la naturaleza del problema para evaluar efectivamente si hay un problema de limitación física que no tiene que ver con las otras dimensiones de lo que ustedes manejan.

**Entrevistador:** Entonces, ¿el rol principal va enfocado a la evaluación previo a cirugía (si se requiere)?

**Odontólogo:** Sin lugar a duda, yo nunca he tomado una decisión de hacer una frenectomía sin que pase por fonaudiólogo.

**Entrevistador:** ¿Y algún rol que pueda cumplir post cirugía de frenillo?

**Odontólogo:** Obviamente, porque ahí está cuando le comento a los papás “acá no hay un tema estrictamente mecánico” Si es mecánico y hacen una rehabilitación fonaudiológica irá todo perfecto. Pero si no es un problema mecánico, irá al fonaudiólogo y no necesariamente van a mejorar las cosas. Y no es para bajonear a los papás ni nada, pero hay cosas que tienen solución y otras no. Pero sin lugar a duda el trabajo pre es igual de importante que el post. Sinceramente nosotros somos - en mi visión- somos un prestador de servicio en el proceso completo que ustedes están haciendo, pero en rigor estricto el diagnóstico es de ustedes y la rehabilitación.

**Entrevistador:** Bueno, esas eran nuestras preguntas, muchas gracias por responder.

**Odontólogo:** Gracias a ustedes por la investigación y espero que después podamos ver los resultados.

**Entrevistador:** Sí, después podemos venir a comentar los resultados.