

Revisión bibliográfica

# La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento

## *Ankyloglossia and difficulties in breastfeeding*

Eva María Orte-González<sup>1</sup>, Laura Alba-Giménez<sup>2</sup>, Berta Serrano-Alvar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Atención primaria. Centro de Salud «La Jota». Zaragoza. <sup>2</sup>Matrona. Paritorios. Hospital Clínico de Zaragoza.

<sup>3</sup>Matrona. Paritorios. Fundación Hospital de Calahorra. Calahorra (La Rioja)

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la evidencia científica disponible sobre las posibles alteraciones en la lactancia materna que pueden ser provocadas por la anquiloglosia, así como su diagnóstico y posible tratamiento.

**Metodología:** Búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, LILACS, Dialnet, Cuiden, Enfispo, IME, Scielo y Joanna Briggs Institute de los estudios publicados en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2017.

**Resultados:** En los lactantes con anquiloglosia se observan tomas más largas al pecho, dolor en los pezones de la madre y una disminución de la producción de leche, entre otras situaciones. La herramienta de Hazelbaker es el criterio diagnóstico más utilizado. También se han considerado distintas formas de tratamiento, aunque parece que el más extendido y valorado es la frenotomía.

**Conclusiones:** Existe una asociación entre la anquiloglosia y las posibles complicaciones con la lactancia materna, no así en lo referente al diagnóstico y al tratamiento, que es controvertido según los distintos estudios consultados.

**Palabras clave:** Anquiloglosia, frenillo lingual, lactancia materna.

### ABSTRACT

**Objective:** To know the available scientific evidence on whether the ankyloglossia may induce alterations in breastfeeding, as well as diagnosis and possible treatment.

**Methods:** A literature review on the databases PubMed, Cochrane Library, LILACS, Dialnet, Cuiden, Enfispo, IME, Scielo and Joanna Briggs Institute from the studies published from 2008 to 2017 was conducted.

**Results:** In infants with ankyloglossia longer shots, pain in the mother's nipples and a decrease in milk production among others are observed. Hazelbaker assessment tool is the most widely used diagnostic criteria. Different ways of treatment have also been seen, although it seems that the most extended and appreciated treatment is the frenotomy.

**Conclusions:** There is an association between complications with breastfeeding and tongue tie, not so in relation to diagnosis and treatment, which is controversial according to the different consulted articles.

**Keywords:** Ankyloglossia, tongue-tie, breastfeeding.

### INTRODUCCIÓN

La alimentación en los recién nacidos es una actividad compleja, que requiere una coordinación eficaz entre los procesos de succión, deglución y respiración. Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional, tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la areola formando un cinturón muscular, que haga un masaje en la zona de los senos lactíferos. Los niños deben ser capaces de efectuar cuatro movimientos con la lengua:

1. La lengua se proyecta por delante de la encía inferior (se extiende).

2. La porción anterior de la lengua envuelve el pezón y parte de la areola, y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar (se eleva). Éste parece ser el movimiento que más influye en la lactancia<sup>1</sup>.
3. La lengua se puede mover hacia los lados (lateralización).
4. El movimiento ondulante de la lengua y la mandíbula produce un efecto de émbolo, que permite que la leche extraída vaya al fondo de la boca (peristaltismo)<sup>1-3</sup>.

Una de las causas para no poder realizar estos movimientos correctamente, y sus posibles consecuencias, es la pre-

Fecha de recepción: 9/09/16. Fecha de aceptación: 15/06/17.

Correspondencia: L. Alba Giménez.  
Paritorios. Hospital Clínico de Zaragoza. Avda. San Juan Bosco, 15.  
50009 Zaragoza. Correo electrónico: l.algim@hotmail.com

Orte-González EM, Alba-Giménez L, Serrano-Alvar B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): e50-e57.

sencia de frenillo corto, o anquiloglosia (lengua de corbata), una anomalía congénita<sup>4,6</sup> del desarrollo lingual que provoca un frenillo anormalmente corto y grueso. La longitud, la elasticidad y el punto de inserción de la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales<sup>2</sup>.

La prevalencia de la anquiloglosia es variable (entre el 0,1 y el 12%), aunque predomina un intervalo del 4-10%<sup>5,7</sup>. Suele ser más frecuente en los varones<sup>3,4,8-12</sup> y, aunque la mayoría de veces la anquiloglosia se presenta en personas sin ningún tipo de anomalía congénita acompañante, puede ir asociada a algún síndrome raro, como el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de Ellis-Van Creveld, el síndrome de Pierre Robin, el síndrome orofacial digital, la estenosis pilórica hipertrófica infantil o el paladar hendido ligado al cromosoma X<sup>2,4,5,11</sup>.

Por otro lado, la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los bebés en las primeras etapas de su vida. Así lo reconocen tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como diferentes informes de sociedades científicas<sup>13,14</sup> que, apoyándose en la evidencia actual, recomiendan «la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la posterior introducción progresiva de alimentos complementarios hasta los 2 años o más».

En 1989, algunos expertos de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) definieron los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural», que fueron desarrollados en 1991 en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)<sup>1</sup>, y con los que se pretende dar un impulso a la lactancia materna, ya que actualmente ésta se abandona de manera precoz por diversos motivos: existencia de dificultades como mastitis, incorporación a la vida laboral, tipo de parto o disminución del crecimiento del bebé. Los motivos más importantes para el abandono del amamantamiento son el dolor materno y la escasez de leche<sup>8</sup>, que pueden estar relacionados con la presencia de frenillo corto.

Con los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural»<sup>1</sup> se pretende mostrar cómo dar de mamar al niño, fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital. Las matronas, como profesionales cualificados que asisten a las mujeres tanto en el hospital como en el ámbito de atención primaria, pueden identificar con esos «Diez pasos» los problemas derivados del agarre del recién nacido. Es necesario conocer qué puede afectar al establecimiento de una lactancia exclusiva duradera e identificar los frenillos que puedan alterar el desarrollo de ésta, así como conocer su posible tratamiento.

El objetivo del presente estudio era conocer las posibles alteraciones que puede provocar la anquiloglosia en la

lactancia materna, así como su diagnóstico y posible tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde junio de 2016 hasta marzo de 2017 en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, LILACS, Dialnet, Cuiden, Enfispo, IME, Scielo y Joanna Briggs Institute.

Las palabras clave utilizadas en español fueron «frenillo lingual» y «lactancia materna». Los términos utilizados en inglés fueron «ankyloglossia», «tongue-tie» y «breast-feeding». Los operadores booleanos empleados fueron AND y OR.

Se incluyeron los artículos en español e inglés publicados en los últimos 10 años que incluyeran un resumen y trataran específicamente sobre la anquiloglosia o el frenillo lingual y la lactancia materna. También se tuvieron en cuenta los que hacían referencia a su diagnóstico y posible tratamiento. Para ello, se obtuvieron copias completas de todos los estudios considerados elegibles para su inclusión.

## RESULTADOS

Se examinaron 210 referencias bibliográficas, aunque tras su análisis, lectura y evaluación, sólo se seleccionaron definitivamente 37 artículos relacionados con nuestro objetivo de estudio: 16 revisiones, 10 estudios observacionales, 4 ensayos clínicos, 7 informes de casos y 1 guía de lactancia materna.

Se ha creído conveniente resumir en apartados los resultados que a continuación presentamos para una mayor comprensión.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la anquiloglosia suele ser clínico, según la apariencia y la función de la lengua<sup>2,10</sup>. Si valoramos los criterios anatómicos y de función, no todos los frenillos darán problemas, puesto que dependerá de si son flexibles, de su punto de inserción, de si están formados de tejido fibroso o blando y de si son largos o cortos<sup>3</sup>, puesto que algunos pueden parecer cortos, pero tienen suficiente elasticidad para cumplir su función<sup>4,9</sup>.

Los criterios diagnósticos son muy diversos. El más utilizado es la herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbaker (Assessment Tool for Lingual Frenulum Function [HATLFF]) (tabla 1)<sup>8</sup>, que valora cinco aspectos anatómicos y siete funcionales, pero no está validada de manera controlada. Se considera larga, compleja y poco objetiva, con una escasa concordancia interobservador<sup>2,4,5,10,15</sup>. Ingram et al.<sup>16</sup> la evaluaron en su estudio y encontraron que no era una herramienta de cribado

**Tabla 1. Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual**

Aspectos anatómicos	Aspectos funcionales
Apariencia de la lengua cuando se eleva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Redonda o cuadrada</li> <li>• 1: Ligera hendidura en la punta</li> <li>• 0: Forma de corazón o de V</li> </ul>	Lateralización: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Completa</li> <li>• 1: Cuerpo lingual sin movimiento de la punta</li> <li>• 0: Nulo</li> </ul>
Elasticidad del frenillo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Muy elástico</li> <li>• 1: Moderadamente elástico</li> <li>• 0: Muy poco o nada elástico</li> </ul>	Elevación de la lengua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: La punta hasta la mitad de la boca</li> <li>• 1: Sólo los bordes hasta la mitad de la boca</li> <li>• 0: La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca sólo con el cierre de la boca</li> </ul>
Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: &gt;1 cm</li> <li>• 1: 1 cm</li> <li>• 0: &lt;1 cm</li> </ul>	Extensión de la lengua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: La punta sobre el labio inferior</li> <li>• 1: La punta lingual sobre el borde de la encía</li> <li>• 0: Ninguno de los anteriores, o bordes o «jorobas» en mitad de la lengua</li> </ul>
Unión del frenillo lingual con la lengua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Posterior a la punta</li> <li>• 1: En la punta</li> <li>• 0: Muesca en la punta</li> </ul>	Expansión de la parte anterior de la lengua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Completa</li> <li>• 1: Moderada o parcial</li> <li>• 0: Poco o nada</li> </ul>
Unión del frenillo lingual con el borde alveolar inferior: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Lejos del borde. Unido al suelo de la boca</li> <li>• 1: Unido justo por debajo del borde alveolar inferior</li> <li>• 0: Unido al borde alveolar</li> </ul>	Ventosas (capacidad de hacer el vacío): <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Bordes enteros, concavidad firme</li> <li>• 1: Sólo los bordes laterales. Concavidad moderada</li> <li>• 0: No hay concavidad, o ésta es débil</li> </ul>
<p>La lengua del bebé se evalúa a través de cinco ítems de aspecto y siete ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto <math>\leq 8</math> y/o función <math>\geq 11</math>.</p>	Peristalsis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Completa (de delante hacia atrás)</li> <li>• 1: Parcial (originándose desde detrás de la punta)</li> <li>• 0: No hay movimiento o es en sentido inverso</li> </ul>
	Chasquido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: No hay</li> <li>• 1: Periódico, de vez en cuando</li> <li>• 0: Frecuente o con cada succión</li> </ul>

Tomada de Adeva Quirós<sup>8</sup>.

ideal, sobre todo para ponerse de acuerdo en la elasticidad y la longitud del frenillo. Por el contrario, otros autores la encuentran eficaz<sup>17</sup>.

No existe consenso en el diagnóstico, por lo que algunos estudios han utilizado los tres primeros criterios de función de Hazelbaker por su mayor concordancia interobservador y la mayor facilidad para su exploración<sup>9</sup>. Otros sólo han utilizado como instrumento de valoración los cinco ítems de apariencia de Hazelbaker, la observación de signos y síntomas acompañantes y el dolor materno<sup>8</sup>.

Por ello, un estudio publicado en 2015 validó la Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) para evaluar la incidencia y la gravedad de la «lengua de corbata», identificada por las matronas como sencilla y de fácil difusión. Consta de cuatro ítems: la apariencia de la punta de la lengua, la adhesión de la lengua al borde del paladar, la elevación de la lengua y la protrusión de ésta<sup>16</sup>.

También se utiliza la escala LATCH, que consta de cinco puntos validados, con un valor predictivo moderado para identificar situaciones de destete temprano a causa del dolor en los pezones<sup>18,19</sup>.

La exploración de la cavidad oral debe realizarse de manera sistemática a todos los recién nacidos<sup>20</sup>.

Una forma de explorar el frenillo lingual, según Mani-pon<sup>11</sup>, es la maniobra de Murphy, deslizando el dedo meñique por la base de la lengua de un lado al otro de la boca y haciendo un barrido a través de la parte inferior de la lengua.

### Clasificación

Coryllos y Kotlov realizaron una clasificación anatómica del frenillo lingual, dividiéndolo en cuatro tipos, que se pueden identificar mediante palpación (tabla 2)<sup>9,21</sup>.

En función del lugar de anclaje del frenillo a la lengua, se distingue entre frenillo anterior, que representa el 75% de la anquiloglosia<sup>3</sup> (al abrir la boca se observa una «lengua en forma de corazón»<sup>11</sup> bilobulada<sup>14</sup>), y frenillo posterior, más difícil de evaluar a simple vista y que requiere una inspección manual<sup>11</sup>.

### Consecuencias en la lactancia materna

Existe cierta controversia en la bibliografía sobre las consecuencias de la anquiloglosia sobre la lactancia ma-

**Tabla 2.** Clasificación de los tipos de frenillo según Coryllos y Kotlow

	Coryllos	Kotlow
Anterior	Tipo I: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frenillo fino y elástico</li> <li>• Lengua anclada desde la punta al surco alveolar</li> <li>• No es posible elevarla ni extenderla</li> </ul>	Clase IV (completa): <3 mm
	Tipo II: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frenillo fino y elástico</li> <li>• Lengua anclada desde 2-4 mm de la punta al surco alveolar</li> <li>• Impide la elevación y la extensión, pero en menor medida</li> </ul>	Clase III (severa): 3-7 mm
Posterior	Tipo III: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frenillo grueso, fibroso y no elástico</li> <li>• Lengua anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca</li> <li>• Se extiende pero no se eleva</li> </ul>	Clase II (moderada): 8-11 mm
	Tipo IV: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El frenillo no se ve, se palpa con un anclaje fibroso desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca</li> <li>• Movimientos asimétricos</li> </ul>	Clase I (leve): 12-16 mm

Tomada de González et al.<sup>9</sup>, y Escayala y Perea<sup>21</sup>.

terna, pero numerosos artículos recogen los siguientes aspectos:

- Menos tiempo entre toma y toma, lo que provoca agotamiento a la madre y al bebé<sup>11</sup>.
- Mayor duración de la toma<sup>8,11</sup>.
- Menor producción de leche, porque el bebé no la extrae bien<sup>3,11</sup>.
- Aumento de la producción de leche por un efecto compensatorio de la mama, con ingurgitaciones frecuentes, lo que conlleva que el bebé tome una leche de inicio más rica en lactosa, más difícil de digerir, que le produce regurgitaciones, gases y cólicos<sup>3</sup>.
- Pérdida de peso, lo que lleva al inicio de una lactancia mixta<sup>2,8,11,12</sup>.
- Dolor en el pezón, acompañado o no de grietas. Los pezones suelen estar descoloridos, rosados, en comparación con el resto de la areola, que se mantiene más oscura<sup>2,3,6,8,12,22</sup>.
- Retrognatia<sup>3,8</sup>.
- El bebé se «enfada» con el pecho: lo estira, lo coge, lo suelta, lo muerde, protesta<sup>6,8</sup>...
- Aparición de un callo de lactancia en los labios del bebé, debido al exceso de fuerza<sup>3,8,23</sup>.
- El bebé se atraganta a menudo<sup>8</sup>.
- Hace ruido al mamar en forma de chasquidos, por no poder mantener el agarre<sup>3,6,8</sup>.
- Aparición de temblores en la mandíbula debido al sobreesfuerzo de los músculos para succionar<sup>23</sup>.
- Mejillas hundidas<sup>8</sup>.

En el estudio de Adeva Quirós<sup>8</sup> se señala que un 25-44% de los bebés con anquiloglosia presentan alguna

de estas complicaciones<sup>24</sup>. Asimismo, en una revisión sistemática consultada<sup>25</sup> se indica un 25-80% de problemas relacionados con la lactancia materna.

### Otras consecuencias

Debido al deficiente movimiento de la lengua, la anquiloglosia puede producir también alteraciones en la cavidad oral:

- Los bebés respiran más por la boca que por la nariz, al tener un paladar más elevado, lo que les predispone a presentar bronquitis y neumonías<sup>3</sup>.
- Mayor índice de otitis por un mal drenaje de las trompas de Eustaquio<sup>3</sup>.
- Maloclusión dental por la deformidad del paladar<sup>2,3,4,25</sup>, como la mordida cruzada o abierta<sup>21</sup>.
- Consecuencias en el lenguaje<sup>2,4,12</sup>, como los trastornos en la articulación fonética de algunas consonantes (/rr/, /t/, /d/) <sup>3,21</sup>.
- Problemas mecánicos, que pueden dificultar, por ejemplo, la autolimpieza interior de la lengua, lamerse los labios o tocar un instrumento de viento<sup>3,4,21,25</sup>.

### Tratamiento

El manejo de la «lengua de corbata» suele ser controvertido. Las dificultades relacionadas con la lactancia son más frecuentes en los niños con anquiloglosia, pero no todos los niños con un frenillo lingual corto presentan dificultades para alimentarse<sup>3,5,6</sup>.

Hay disparidad de opiniones en cuanto a su tratamiento, conservador o quirúrgico. Según la bibliografía, algunos autores abogan por acudir a una consulta de lactancia como intervención inicial. La matrona, como especialista

en lactancia, puede ayudar al establecimiento de un agarre más profundo que puede aliviar la compresión y el dolor en la punta del pezón<sup>11</sup>. Permitir al niño agarrarse al pecho de manera espontánea (postura de amamantamiento biológico) o ponerlo en posición de caballito, a horcajadas sobre la pierna de la madre, son maniobras que pueden hacer más efectiva la toma<sup>3,23</sup>. Otra medida que también puede valorarse es la utilización de pezoneras, porque dan firmeza al pezón durante el enganche y las pausas de succión<sup>23</sup>.

En uno de los casos presentados por Ferrés et al.<sup>20</sup> se recomienda un abordaje multidisciplinario de esta afección: acudir a sesiones de lactancia materna junto con terapia miofuncional (estimulación de la succión y reflejo de búsqueda realizando ejercicios de fisioterapia) antes de realizar la frenotomía y, si se precisa, para prevenir adherencias.

Según Cuestas et al.<sup>2</sup>, el frenillo lingual suele volverse menos prominente entre los 6 meses y los 5 años de edad, por lo que los casos leves pueden resolverse espontáneamente, tras el crecimiento de la cresta alveolar<sup>21</sup>. Diferentes autores sugieren que la intervención en menores de 6 meses estaría indicada si presentan problemas en la alimentación, y en los mayores de 6 meses si se observan limitaciones mecánicas<sup>2</sup>.

Pese a que en muchos estudios no se especifican los diferentes tipos de frenillo, parece que el tratamiento más extendido y valorado es la frenotomía. Así lo recomienda la Academy of Breastfeeding Medicine, apoyándose en un estudio controlado y aleatorizado desarrollado por Buryk et al.<sup>21,26</sup>.

Debido al número limitado de publicaciones, los frenillos posteriores son todavía una entidad poco conocida, que puede ocasionar dificultades en la lactancia materna. En un estudio realizado por Pransky et al.<sup>27</sup>, el 25% de los niños presentaba un frenillo posterior, y el 89% obtuvo beneficios tras una frenotomía.

Se define frenotomía como «un procedimiento quirúrgico menor, que causa un mínimo sangrado (unas pocas gotas) y llanto en el lactante durante menos de 15 segundos, sin otras complicaciones»<sup>8</sup>.

En la Edad Media, «las parteras» realizaban esta frenotomía simple con la punta de la uña<sup>28</sup>. En 1473 se publicaron unos documentos en los que se recomendaba a las matronas efectuar la sección, aunque en 1480 dejaron de realizarse estas prácticas sin consejo médico<sup>23</sup>. Antiguamente se hacían con el objeto de mejorar el habla, pero actualmente, dado que la lactancia materna exclusiva se considera el método óptimo de alimentación infantil, se realizan para mejorar el amamantamiento<sup>17</sup>.

Según numerosos estudios, la frenotomía debe hacerla personal entrenado en esta técnica<sup>2,5,8,10</sup>. Algunos au-

tores indican que podrían realizarla enfermeras cualificadas<sup>11</sup>, consultores de lactancia, matronas, pediatras, dentistas, cirujanos u otorrinolaringólogos<sup>23</sup>. The Royal Women's Hospital de Melbourne (Australia) ha acreditado desde 2005 a 11 de sus matronas y consultoras de lactancia para realizar frenotomías<sup>15</sup>. Sin embargo, la Junta Internacional de Examinadores de Consultores de Lactancia (IBLCE) manifestó en febrero de 2013 que este procedimiento quirúrgico no estaba expresamente incluido en las competencias clínicas de sus consultores<sup>23</sup>.

Se dispone de escasa información sobre la adecuada utilización de las diferentes técnicas analgésicas. Algunos autores recomiendan la utilización de sacarosa 2 minutos antes de la intervención<sup>5,10,11</sup> o de analgesia tópica<sup>3</sup>. La benzocaína se estudió concretamente en ensayos aleatorizados y demostró ser ineficaz en comparación con placebo<sup>5</sup>. De ahí que la mayoría de los artículos consultados concluyan que el procedimiento se realice en la consulta sin anestesia.

En cuanto a las posibles complicaciones, se ha descrito como síntoma más frecuente el sangrado, aunque también es posible que se produzca dolor, infección<sup>2,8</sup>, hematoma local, daño en los conductos salivales o edema submandibular, así como la necesidad de una reintervención<sup>2,8,10</sup>.

Las complicaciones pueden minimizarse con una lista de verificación antes de embarcarse en el procedimiento<sup>10</sup>:

- Evaluación por parte de una matrona para confirmar que la «lengua de corbata» es la causa de los problemas de la lactancia.
- Examen oral y sistémico por parte de un pediatra o médico de cabecera para descartar otras causas de mala alimentación.
- Confirmación de que el niño recibió vitamina K después del nacimiento<sup>11</sup>.
- Buscar posibles trastornos de la coagulación en la familia<sup>11</sup>.
- Los padres deben firmar un consentimiento informado y ser advertidos de las complicaciones potenciales del procedimiento.
- Asegurarse de que la frenotomía se lleva a cabo por un profesional debidamente capacitado.
- Seguimiento del lactante.

Varios estudios relacionan una mejora de la lactancia materna tras la realización de la frenotomía, un procedimiento seguro y con mínimas complicaciones<sup>4,14,19,24,29-34</sup>. Donati-Bourne et al.<sup>35</sup>, en un estudio de cohortes, informan de que se produce hasta un 80% de mejora en la satisfacción materna y un 75% en el agarre. En la

mayoría de las ocasiones, el alivio es inmediato y los resultados óptimos se observan a las 2 semanas<sup>8,36</sup>.

Ferrés et al.<sup>20</sup>, en el primer chequeo llevado a cabo a los 17 días de la realización de la frenotomía, encontraron una mejoría del dolor de los pezones, un incremento de peso del bebé y tomas mucho más cortas.

Por el contrario, Cawse-Lucas et al.<sup>18</sup> no encontraron evidencia de un mejor agarre al pecho, aunque sí una mejora a corto plazo percibida por las mujeres y, al igual que Wakhanrittee et al.<sup>19</sup>, un menor dolor en los pezones después del procedimiento. Estos últimos autores, a su vez, observaron una mejora en la puntuación de la escala LATCH.

Según una revisión realizada por Rowan-Legg<sup>5</sup>, varios ensayos aleatorizados y algunos estudios de cohortes y prospectivos transversales demuestran cierta eficacia de la frenotomía en los recién nacidos con dificultades en la lactancia debido a la anquiloglosia, aunque todos ellos presentan unas limitaciones significativas. En un estudio controlado, aleatorizado, doble ciego, se señala que la mejora en la lactancia materna tras la frenotomía era real y no debida a un efecto placebo, así como que las madres eran capaces de identificar si a sus hijos les habían dividido el frenillo, según la forma que tenían de alimentarse, lo que aumentó la duración de la lactancia materna a medio plazo. En cambio, no se encontraron medidas objetivas de mejora del dolor del pezón o agarre entre los dos grupos, o antes y después de la intervención. Las mejoras fueron subjetivas<sup>24</sup>.

En un estudio observacional realizado para conocer las perspectivas de las madres<sup>12</sup>, no se encontraron diferencias significativas en relación con el abandono de la lactancia materna entre el grupo de madres con hijos con anquiloglosia y el de madres sin este problema. Sin embargo, cabe señalar que las madres con hijos con frenillo corto refirieron más problemas en el primer mes y acudieron con más frecuencia a las consultas de ayuda a la lactancia materna, a la vez que constataron una mayor satisfacción con éstas.

En general, en los artículos investigados no se expone el tiempo estipulado para la realización de la frenotomía, pero algunos autores hacen hincapié en efectuarla antes de las 3-4 semanas del nacimiento del recién nacido o en los primeros días de vida<sup>19</sup>, para evitar el abandono de la lactancia materna<sup>10,33,37</sup>.

### Técnica

El bebé no se alimenta 1 hora antes del procedimiento. Debe colocarse en el regazo de un asistente o en una mesa de operaciones; la lengua se eleva con una sonda acanalada, para ver el frenillo; después se realiza un corte rápido con unas tijeras rectas estériles; se divide el frenillo

cerca de la lengua, teniendo cuidado de no dañar las glándulas sublinguales. Inmediatamente después se coloca el recién nacido al pecho; eso lo calma y, debido a la compresión que el pecho produce sobre la lengua, evita que se produzca ese pequeño probable sangrado<sup>38</sup>; de no ser así, se puede colocar un pequeño trozo de gasa para comprimir<sup>11,17</sup>.

Cuando la lengua está muy anclada al suelo de la boca, una frenotomía puede no ser suficiente, y requerir una frenuloplastia, o Z-plastia, aunque en un estudio realizado por Yousefi et al.<sup>28</sup> se obtuvieron iguales resultados positivos en el amamantamiento que con la frenotomía simple.

Como alternativas, el uso del láser CO<sub>2</sub>, tal como lo plantean Correa et al.<sup>4</sup>, es una opción segura y eficiente, ya que no produce sangrado, evita suturas, requiere menos tiempo quirúrgico y no produce infecciones postoperatorias ni cicatrices visibles. El láser diodo<sup>39</sup> presenta varios beneficios añadidos: desde la disminución de la incomodidad postoperatoria y del uso de anestésicos locales y antibióticos hasta la ausencia de hospitalización.

### DISCUSIÓN

Existe una gran controversia respecto a la anquiloglosia debido, por un lado, a la falta de una definición universal y un criterio objetivo diagnóstico y, por otro lado, a la variabilidad de sintomatología que presentan tanto las madres como los bebés, sin que esté relacionado el grado de severidad de la anquiloglosia con las dificultades en la lactancia.

Los problemas tempranos en la lactancia materna deberían ser atajados rápidamente. A una madre lactante en pleno puerperio no podemos exigirle paciencia y calma si sufre un dolor intenso o si se constata que su bebé no se alimenta adecuadamente. Por ello, ante la sospecha de anquiloglosia, y habiendo quedado demostrado según la bibliografía consultada que ésta puede afectar al amamantamiento, creemos que es importante realizar un tratamiento precoz para evitar las dificultades en la alimentación neonatal y prevenir problemas mecánicos que puedan presentarse en un futuro.

En general, los estudios recientes apoyan la frenotomía de los bebés con anquiloglosia cuando la lactancia materna es ineficaz<sup>19,26</sup>, basándose en los beneficios que ésta presenta, aunque no todos se guían por los mismos. Hay autores que observan una mejora en el agarre, y otros en el dolor de los pezones; por otro lado, algunos perciben lactancias maternas más prolongadas en el tiempo, y otros, además, un incremento del peso del bebé y tomas más cortas. En lo que sí hay un consenso generalizado es en que las frenotomías no deben realizarse de manera sis-

temática, puesto que algunos bebés no presentarán dificultades en el amamantamiento o éstas se resolverán con el paso del tiempo<sup>3,5,6,21</sup>.

Hay que tener en cuenta las limitaciones de los estudios, ya que entre ellos no existe una literatura comparada para evaluar la eficacia del tratamiento no quirúrgico y conservador de la anquiloglosia a largo plazo<sup>24</sup>.

## CONCLUSIONES

En los resultados observados en esta revisión sobre los métodos de diagnóstico, se han encontrado resultados dispares. La HATLFF parece ser la herramienta más empleada, según 6 de los 39 estudios seleccionados, aunque los autores difieren en su manera de utilizarla. Recientemente se ha validado la herramienta BTAT, que parece facilitar el diagnóstico. Consideramos que sería conveniente validarla en español y emprender una mayor investigación en este ámbito.

Respecto a la clasificación anatómica, hay un criterio unificado, tal como establecen Coryllos y Kotlov (tabla 2).

La revisión realizada también parece aportar evidencia entre todas las consecuencias descritas, tanto en los problemas relacionados con la lactancia materna como en las alteraciones de la cavidad oral.

En cuanto al tratamiento, la frenotomía parece ser la técnica más recomendada para solventar esta situación, según la mayor parte de los estudios consultados, aunque existen otros métodos no invasivos, previos a esta intervención, apoyados por distintos autores. Sería necesario realizar más ensayos controlados con un mayor número de participantes y doble ciego, para desarrollar una serie de recomendaciones basadas en la evidencia que investiguen a corto y largo plazo el resultado de un tratamiento conservador o quirúrgico.

El reconocimiento generalizado y la popularización de los beneficios de la lactancia materna en las últimas dos décadas han supuesto un aumento sincrónico respecto a la conciencia de la anquiloglosia como causa potencialmente tratable de numerosas dificultades presentadas durante el amamantamiento. Pese a que puede suponer retos significativos en el establecimiento de una lactancia materna exitosa, si se detecta a tiempo y se deriva a los profesionales adecuados, la anquiloglosia puede tratarse con éxito y conseguir un amamantamiento satisfactorio. Por ello, creemos que sería muy recomendable realizar una valoración temprana por parte de la matrona a todas las mujeres que alimenten a sus hijos con lactancia materna, sobre todo las que presenten dolor en los pezones, alteraciones en la toma y una disminución de la producción de leche, entre otros factores, para valorar la presencia de posibles alteraciones orales.

Consideramos que no existe por el momento evidencia suficiente para unificar los métodos de diagnóstico y tratamiento. Serían necesarias más investigaciones para poder confirmar qué tipo de alteraciones provoca un frenillo corto sobre la lactancia materna, y en qué proporción, ya que los estudios publicados en estos últimos 10 años han obtenido resultados dispares al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo J, Arena J, Díaz-Gómez NM, Gómez A, Hernández-Aguilar MT, Landa L, et al. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP n.º 5. Madrid: Ergon, 2004.
2. Cuestas G, Demarchi V, Martínez MP, Razetti P, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(6): 567-70.
3. Redondo D, Fraile P, Segura R, Villena G, Rodríguez Z, Boix L, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. Evidencia FAME [internet]. Barcelona: Esmon Publicidad, 2016 [actualizado el 2 de junio de 2016; consultado el 16 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19957770/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-en-lactancia-materna>
4. Correa M, Abanto JA, Correa F, Bonini G, Alves F. Anquiloglosia y amamantamiento: revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2008; 18(2): 123-7.
5. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 2015; 20(4): 209-13.
6. Redondo J, Carrillo I, Delgado MD, Alba C, Martí E, Gómez A. Anquiloglosia neonatal. ¿Existe un exceso de indicación intervencionista? *Acta Pediatr Esp*. 2016; 74(2): 45-9.
7. CADTH. Rapid Response Report. Frenectomy for the correction of ankyloglossia: a review of clinical effectiveness and guidelines [internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0088768/>
8. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2014; 2(2): 21-37.
9. González D, Costa M, Riaño I, González MT, Rodríguez MC, Lobete C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(2): 115-9.
10. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015; 100(5): 489-94.
11. Manipon C. Ankyloglossia and the breastfeeding infant: assessment and intervention. *Adv Neonatal Care*. 2016; 16(2): 108-13.
12. Riskin A, Mansovsky M, Coler-Botz T, Kugelman A, Shaoul R, Hemo M, et al. Tongue-tie and breastfeeding in newborns: mothers' perspective. *Breastfeed Med*. 2014; 9(9): 430-7.
13. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva. Ginebra: WHO [actualizado en 2003; consultado el 28 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
14. Robles-Andrade MS, Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatal Reprod Hum*. 2014; 28(3): 154-8.
15. Amir LH, James JP, Kelso G, Moorhead AM. Accreditation of midwife lactation consultants to perform infant tongue-tie release. *Int J Nurs Pract*. 2011; 17(6): 541-7.
16. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015; 100(4): 344-8.
17. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 3.

18. Cawse-Lucas J, Waterman S, St Anna L. Clinical inquiry: does frenotomy help infants with tongue-tie overcome breastfeeding difficulties? *J Fam Pract.* 2015; 64(2): 126-7.
19. Wakhanrittee J, Khorana J, Kiatipunsodsai S. The outcomes of a frenulotomy on breastfeeding infants followed up for 3 months at Thammasat University Hospital. *Pediatr Surg Int.* 2016; 32(10): 945-52.
20. Ferrés E, Pastor T, Rodríguez P, Mareque J. Management of ankyloglossia and breastfeeding difficulties in the newborn: breastfeeding sessions, myofunctional therapy and frenotomy [internet]. Case reports. *Pediatrics.* 2016. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cripe/2016/3010594/cta/>
21. Escayala CE, Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema? *Odontol Pediatr.* 2010; 9(1): 71-6.
22. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Environ Res Public Health.* 2015; 12(10): 12.247-63.
23. Henry L, Hayman R. Ankyloglossia and its impact on breastfeeding. *Nurs Womens Health.* 2014; 18(2): 122-9.
24. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2012; 7(3): 189-93.
25. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics.* 2015; 135(6): 1.458-66.
26. Garbin CP, Sakalidis VS, Chadwick LM, Whan E, Hartman PE, Geddes DT. Evidence of improved milk in take after frenotomy: a case report. *Pediatrics.* 2013; 132(5): 1.413-7.
27. Pransky SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip-ties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015; 79(10): 1.714-7.
28. Yousefi J, Tabrizian-Namini F, Raisolsadat SM, Gillies R, Ashkezari A, Meara JG. Tongue-tie repair: Z-plasty vs simple release. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2015; 27(79): 127-35.
29. Brookes A, Bowley DM. Tongue tie: the evidence for frenotomy. *Early Hum Dev.* 2014; 90(11): 765-8.
30. Sharma SD, Jayaraj S. Tongue-tie division to treat breastfeeding difficulties: our experience. *J Laryngol Otol.* 2015; 129(10): 986-9.
31. Kumar M, Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of frenotomy. *Acta Paediatr.* 2012; 101(7): 687-9.
32. Ito Y. Does frenotomy improve breastfeeding difficulties in infants with ankyloglossia? *Pediatr Int.* 2014; 56(4): 497-505.
33. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics.* 2011; 128(2): 280-8.
34. Francis DO, Chinnadurai S, Morad A, Epstein RA, Kohanim S, Krishnaswami S, et al. Treatments for ankyloglossia and ankyloglossia with concomitant lip-tie [internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299106/>
35. Donati-Bourne J, Batool Z, Hendrickse C, Bowley D. Tongue-tie assessment and division: a time-critical intervention to optimise breastfeeding. *J Neonatal Surg.* 2015; 4(1): 3.
36. Sethi N, Smith D, Korteque S, Ward VM, Clarke S. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(5): 762-5.
37. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev.* 2015; 23(1): 11-6.
38. Mettias B, O'Brien R, Abokhatwa MM, Nasrallah L, Doddi M. Division of tongue tie as an outpatient procedure. Technique, efficacy and safety. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(4): 550-2.
39. Crippa R, Paglia M, Ferrante F, Ottonello A, Angiero F. Tongue-tie assessment: clinical aspects and a new diode laser technique for its management. *Eur J Paediatr Dent.* 2016; 17(3): 220-2.