

La prevalencia de anquiloglosia en 302 recién nacidos con problemas de lactancia y dificultades de succión en Barcelona: un estudio descriptivo

*E. Ferrés-Amat**, *T. Pastor-Vera***, *P. Rodríguez-Alessi****, *E. Ferrés-Amat*****, *J. Mareque-Bueno******, *E. Ferrés-Padró******

Introducción

El frenillo lingual es una membrana que conecta la lengua con el suelo de la boca e influye en el crecimiento y desarrollo de la cavidad oral y maxilofacial afectando la respiración, oclusión, succión, deglución y habla [Queiroz Marchesan, 2004; Martinelli et al., 2012].

La capacidad de succionar es innata en todos los mamíferos; los humanos aprenden el patrón de deglución-succión mientras aún están en el útero. Este aprendizaje comienza en la semana 16 de gestación con el reflejo de deglución y se complementa en la semana 20 con el reflejo de succión. El frenillo lingual es un tejido residual embrionario que se origina en las etapas de desarrollo de la cavidad oral y, en ocasiones, existe una división incorrecta de los músculos geniogloso e hipogloso, dejando el frenillo fuera de la lengua [Amir et al., 2006; Marchesan, 2012].

La anquiloglosia se define como una limitación de la protrusión y elevación de la punta de la lengua debido al acortamiento del frenillo y / o del músculo geniogloso [Olivi et al., 2012; Jamilian et al., 2014; Crippa et al., 2016].

Se puede observar en diferentes grupos de edad con diferentes indicaciones de tratamiento para cada grupo [Segal et al., 2007]; la anquiloglosia en recién nacidos y anquiloglosia durante la infancia y la adolescencia [Coryllos et al., 2004; Hogan y col., 2005; Dollberg y col., 2006; Olivi et al, 2012; Ferrés-Amat et al, 2016a).

Las madres y los bebés pueden enfrentar una variedad de dificultades para dominar la lactancia materna: una madre que amamanta puede experimentar dolor en los pezones, conductos obstruidos, infección del pezón y de la mama, y signos de bajo suministro de leche. Es posible que los bebés no sean capaces de recibir una transferencia de la leche de manera adecuada, en parte debido a su incapacidad para mantener un agarre y un sello efectivos sobre el pecho [Griffiths, 2004; Kotlow, 2011; Haham y col., 2014].

La succión ineficaz puede causar dolor en los senos de la madre, poca ganancia de peso en el recién nacido y tomas excesivamente largas Coryllos et al, 2004; Ferrés-Amat et al., 2016b]. Cuando nace el

bebé, la mandíbula está en posición posterior con respecto al maxilar superior, lo que le da al recién nacido un perfil convexo (retrognatia fisiológica). Durante la lactancia, se produce la estimulación de la musculatura bucal y se activan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido. La lactancia materna es un factor decisivo en el crecimiento del recién nacido, y existe evidencia científica de los beneficios de esta forma de alimentación frente al biberón, ya que los movimientos musculares necesarios para la extracción de leche durante la lactancia son cruciales para el crecimiento óptimo del tercio inferior del rostro (Marchesan, 2004, Sánchez-Molins et al., 2010; Martinelli et al, 2012).

En el Hospital de Nens, Barcelona (España) hemos creado una Unidad de Patología de la Succión (CELERE), formada por el Servicio de Lactancia Materna, Servicio de Logopedia y Rehabilitación Orofacial, y Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial para el estudio, tratamiento y seguimiento de recién nacidos con problemas de succión. El principal objetivo de este estudio es describir la prevalencia de anquiloglosia en RN con problemas de lactancia.

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal de lactantes con trastornos de la succión durante la lactancia y diagnosticados de anquiloglosia. La población de estudio está formada por todos los pacientes entre 0 y 6 meses de edad que, durante un período de dos años, son remitidos por el servicio de pediatría a la Unidad de Patología de la Succión (CELERE) y son diagnosticados de anquiloglosia asociada a una succión ineficiente.

El diagnóstico de anquiloglosia se realiza según la clasificación de Coryllos que define los siguientes cuatro tipos de frenillo.

- Tipo 1: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta la cresta alveolar y tiene forma de corazón.
- Tipo II: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada a 2-4 mm desde la punta hasta casi cerca de la cresta alveolar.
- Tipo III: Frenillo grueso, fibroso, no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.
- Tipo IV: el frenillo no se puede ver, pero se palpa; tiene un anclaje submucoso fibroso y/ o grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca [Coryllos et al., 2004; Martinelli et al., 2012].

Además de la clasificación de Coryllos (Fig.1), también se tuvieron en cuenta criterios clínico-funcionales: escasa ganancia de peso (menos de 100 gramos semanales), tomas excesivamente

prolongadas (más de 60 minutos) y dolor materno (la lactancia no debe ser una causa de dolor para la madre).

Para evaluar la incidencia y la severidad de la alteración de la succión que presentan los recién nacidos, se utilizó una clasificación basada en la severidad de la condición, combinando tres parámetros a estudiar con el grado de anquiloglosia:

- Leve: Coryllos Tipo III-IV y criterios clínicos (excluyendo dolor).
- Moderado: Coryllos Tipo I-II y criterio clínico o bien Coryllos Tipo III-IV y 2 criterio clínicos o con solo dolor.
- Grave: Coryllos Tipo I-II más 2 o 3 criterios clínicos, o bien Coryllos Tipo III-IV y 3 criterios clínicos.

Para la evaluación del dolor se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA). La ganancia de peso se evaluó registrando el peso del niño antes de cada sesión de lactancia y estimulación, utilizando la misma báscula digital. La duración de la lactancia materna fue registrada por la propia madre, y para ello se establecieron los siguientes tiempos de duración: <15 minutos, 15-30 minutos, 30-60 minutos, > 60 minutos; el valor elegido para el estudio y evaluación de la evolución fue la duración más larga.

Las variables estudiadas fueron: la edad del lactante en la primera visita, una vez detectado el problema de lactancia en el binomio bebé-madre, sexo del bebé, edad de la madre, tipo de embarazo y parto, tipo de alimentación (lactancia materna exclusiva o mixta), duración de las tomas, aumento de peso de la paciente, antecedentes familiares de anquiloglosia y número de lactantes diagnosticados de anquiloglosia y tratados por el equipo multidisciplinario de CELERE. Criterios de inclusión: pacientes menores de 6 meses, ASA I sanos, sin diagnóstico de enfermedad o síndrome sistémico. Criterios de exclusión: pacientes cuyos padres no firmaron el consentimiento informado para formar parte del estudio.

Se realizó un examen físico completo del bebé con especial atención al tono muscular y la anatomía de la cavidad oral y región maxilofacial. Los RN fueron examinados sobre el frenillo lingual, tipo de parto, edad de gestación, inicio temprano de la lactancia materna, cantidad de leche succionada por el recién nacido, uso de chupetes y / o biberones.

En las madres se evaluaron los siguientes ítems: dolor materno durante las tomas mediante la "Escala Visual Analógica" (EVA), ajustes en los cambios de posición y agarre, transferencia de leche y examen físico de las mamas.



FIG. 1 Coryllos anatomical classification.

El tratamiento realizado siguiendo el procedimiento establecido por la Unidad de Patología de Succión (CELERE) es el siguiente: si la succión ineficaz continúa después de 3 sesiones de lactancia, la especialista en lactancia deriva al lactante al servicio de terapia miofuncional (MFT) donde los reflejos de búsqueda y succión se estimulan mediante ejercicios extraorales e intraorales mediante la realización de cuatro sesiones de 30 minutos, durante un mes. Si se decide una frenotomía lingual, el tratamiento se realiza con un catéter estriado y unas tijeras de disección Metzenbaum de 12 cm (fig. 2). Después de la cirugía, se realiza una estimulación y puesta al pecho.

Se realizó un análisis estadístico de los datos. Las variables categóricas se resumen con la frecuencia y el porcentaje, y las cifras con la mediana [mínimo; máximo] o con la media (desviación estándar). Los análisis se realizaron con el software R: Un lenguaje para la Computación Estadística, Viena, Austria. Versión 3.2.1.



FIG. 2 Surgical Technique: Lingual Frenotomy.

Resultados

Durante el período de estudio en el Servicio de Pediatría se realizaron 1.102 primeras visitas a menores de 6 meses. Un total de 302 pacientes (128 niñas y 174 niños) acudieron al Servicio de Lactancia Materna por dificultades de succión.

Se inscribieron en el estudio 171 pacientes con anquiloglosia (60 niñas y 111 niños) menores de 6 meses y se clasificaron según el tratamiento recibido: todas las madres recibieron recomendaciones para la corrección postural durante la lactancia. Si los problemas persistían, los pacientes eran tratados con terapia miofuncional y, si los síntomas no se corrigieron, se sometían a cirugía.

Las pacientes se dividieron en los siguientes grupos:

1. Grupo de Sesiones de Lactancia Materna (BFS): En 33 pacientes (18 niñas y 15 niños) (19,3%, IC 95% = 13,7%; 26,0%), los problemas de succión se resolvieron con las Sesiones de Lactancia Materna (SLM), simplemente corrigiendo la posición durante la lactancia.
2. Grupo que realizó Sesiones de Terapia Miofuncional (MFT) y Lactancia Materna: Se realizó MFT en 50 casos (16 niñas y 34 niños) (29,2%, IC95% = 22,5%; 36,7%).
3. Grupo que se sometió a cirugía (MFS), además de BFS y MFT. Un total de 88 lactantes (26 niñas y 62 niños) fueron sometidos a frenotomía (51,5%, IC 95% = 43,7%; 59,2%). No hubo complicaciones quirúrgicas.

En los tres grupos y en la muestra total, se observaron mejoras en la efectividad y comodidad de la lactancia materna. La figura 3 muestra el tratamiento aplicado según la gravedad de la anquiloglosia. Las características de los tres grupos se describen en la tabla 1. La prevalencia de anquiloglosia en nuestro grupo de estudio fue del 15%. Destacamos una prevalencia del 64,9% de anquiloglosia en varones y el 37,1% tuvo un parto por cesárea. En cuanto a la lactancia materna, observamos antes de la intervención del equipo de CELERE que el 50,3% de las madres practicaba la lactancia materna mixta, que descendió al 12,3% después del tratamiento. La anquiloglosia tipo 3 fue el tipo de frenillo lingual con mayor frecuencia, presente en el 59,6% de los lactantes, seguida del tipo 2 en el 26,9% y del tipo 4 en el 13,5% de los casos. La duración de las tomas eran entre 30-60 minutos antes del tratamiento por parte del equipo CELERE antes del tratamiento del 37,4%, seguido del 36,3% de más de 60 minutos.

Tras la intervención, Después de la intervención del equipo CELERE, las tomas menores de 30 minutos fueron las más prevalentes en el 91,8% de los casos y sólo el 8,2% de los pacientes tardaron entre 30 y 60 minutos (Figura 4). La Fig. 5 muestra el aumento de peso antes y después del tratamiento y la Fig. 6 describe el dolor pre y post tratamiento. Solo el 14% de las madres tenía experiencia previa de amamantamiento. Se observó que cuarenta y tres bebés (25,1%) tenían antecedentes familiares de primer grado de anquiloglosia: padres o hermanos.

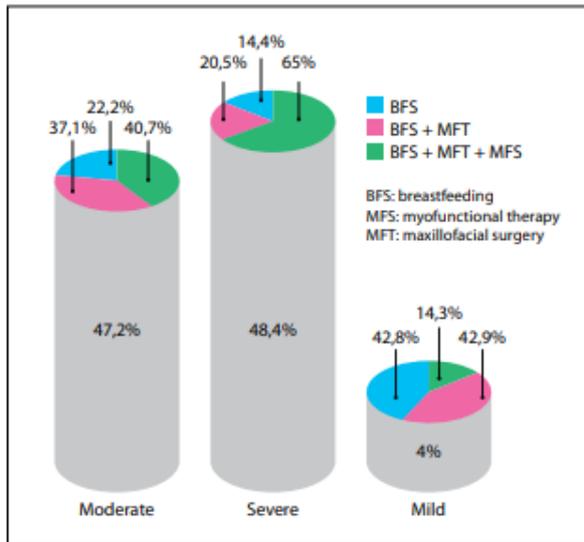


FIG. 3 Treatment applied according to the severity of ankyloglossia.

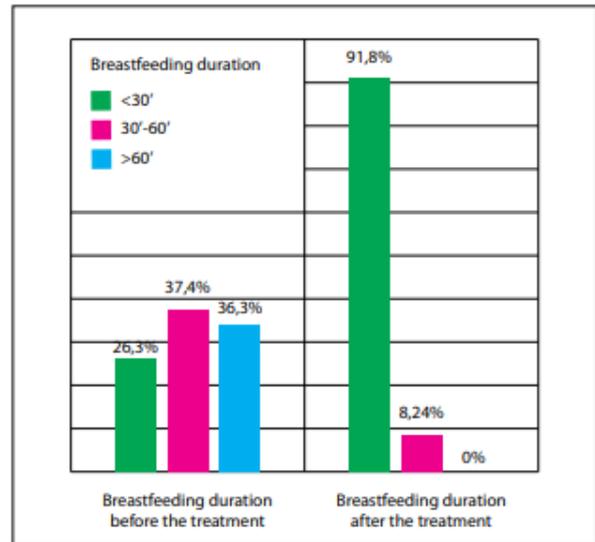


FIG. 4 Duration of the feeds before and after the treatment.

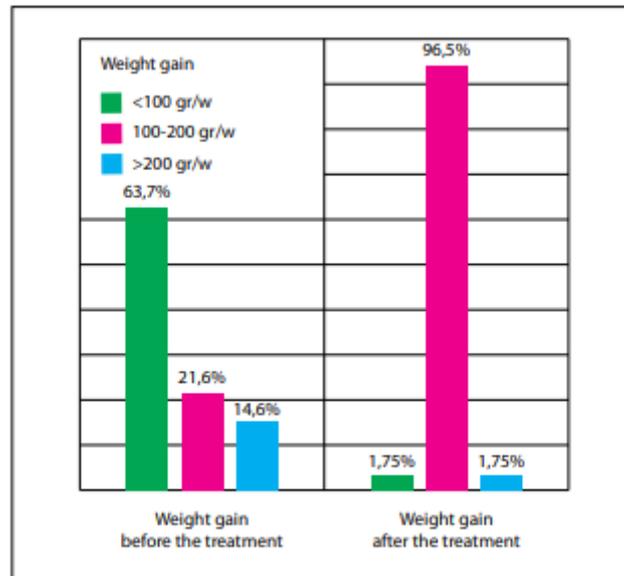


FIG. 5 Weight gain before and after treatment.

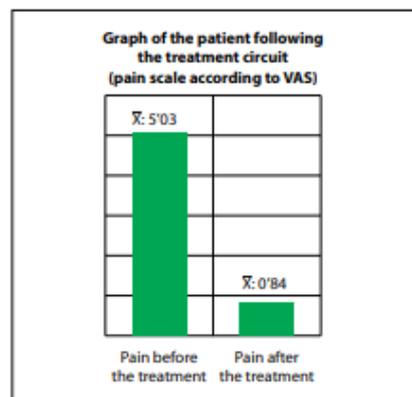


FIG. 6 Pain before and after treatment.

Discusión

La prevalencia de anquiloglosia en lactantes es variable en la literatura, lo que refleja la falta de una definición coherente. Las estimaciones oscilan entre el 4,2% y el 10,7% en los recién nacidos (Rowan-Legg, 2015). La prevalencia de anquiloglosia en nuestro grupo de estudio fue del 15,5%. Esto es bastante alto en comparación con lo publicado en otros artículos, ya que la población total que hemos estudiado pertenece a recién nacidos cuyas familias asisten a un servicio especializado en Lactancia Humana, principalmente debido a problemas durante la lactancia. En 2014, González Jiménez et al. publicaron una prevalencia de anquiloglosia del 12% en la población general de Asturias, valor entre 2 y 3 veces superior al publicado por otros autores como Messner et al., que en el año 2000 encontraron una prevalencia del 4,8%, y Ricke, con una prevalencia del 4,2% en 2005 [Messner et al., 2000; Ricke y col., 2005; González Jiménez et al., 2014].

En nuestra muestra encontramos un 25,1% de recién nacidos con antecedentes familiares de primer grado de anquiloglosia y una prevalencia del 64,9% en varones, similar al porcentaje (62% varones) encontrado en el estudio de González Jiménez et al. [2014]. El frenillo lingual hipertrófico se encuentra principalmente en varones debido a sus características genéticas [Messner et al., 2000; Hogan y col., 2005; Ricke y col., 2005].

En algunos casos, la necesidad de cuantificar el grado de anquiloglosia con una fórmula matemática en la que se deben tomar diferentes medidas dificulta el quórum del diagnóstico para los profesionales [Messner y Lalakea, 2000; Grandi, 2012; Marchesan, 2012; Martinelli y col., 2012; Cuestas et al., 2014]. En otros casos, se cuantificaron los frenillos que requirieron cirugía, omitiendo todos los demás. Otros inducen a confusión al definir la gravedad de los frenillos a la inversa de la numeración que se les da (Amir et al., 2006; Edmunds et al., 2012; Webb et al., 2013; Haham et al., 2014; Junqueira et al., 2014).

El principal problema no resuelto de la anquiloglosia es su clasificación y diagnóstico. Existe una gran controversia debido a la falta de una definición universalmente aceptada y criterios diagnósticos objetivos y, por otro lado, a la variabilidad de la sintomatología que presentan tanto las madres como los bebés, ya que no existe relación entre la severidad de la anquiloglosia y las dificultades para amamantar. Como hemos observado, estas dificultades pueden ser compensadas parcialmente por condiciones maternas o infantiles que dificultan la identificación de la anquiloglosia como una causa de problemas de lactancia (Rowan-Legg, 2004, Kupietzky y Botzer, 2005; Dollberg et al, 2006; Martinelli et al., 2015).

La clasificación de Coryllos permite identificar frenillos tipo III y IV, que pueden pasar desapercibidos a simple vista, mediante palpación [Coryllos et al., 2004; González Jiménez et al., 2014]. Para el

diagnóstico de anquiloglosia en recién nacidos es necesario combinar criterios funcionales y anatómicos [González Jiménez et al., 2014; Ferrés-Amat et al., 2016b]. Haham y col. [2014] no encontraron correlación estadística entre el tipo de frenillo lingual de Coryllos y la presencia de problemas de lactancia.

La herramienta de evaluación Hazelbaker para la función del frenillo lingual (HATLFF) se ha desarrollado para proporcionar una evaluación cuantitativa del frenillo lingual y se recomienda cuando se realiza una frenotomía (Amir et al., 2006; Edmunds et al., 2012; Olivi et al., 2012). Existen estudios de validación que combinan criterios anatómicos y funcionales [Amir et al., 2006; Ingram et al., 2015].

En nuestro estudio utilizamos la clasificación de Coryllos como medio de criterio diagnóstico asociado a la limitación de movilidad lingual con dificultades de succión y agarre al pecho, valorando: dolor – grietas - mastitis en la madre, escasa ganancia de peso del recién nacido y tomas excesivamente prolongadas (más de 60 minutos). En el estudio de González Jiménez et al. [2014], según la clasificación de Coryllos, el tipo III fue el más frecuente (54%). En nuestro estudio, el tipo III es el frenillo lingual más frecuente, encontrándose en el 59,6% de los casos.

La frenotomía lingual es un tratamiento que los profesionales de la salud recomiendan con frecuencia para el tratamiento de la anquiloglosia y los problemas de lactancia [Martinelli et al., 2015]. Cuando se identifica claramente la asociación entre la anquiloglosia y los principales problemas vinculados a la lactancia materna, se considera necesaria la intervención quirúrgica y la frenotomía debe ser realizada por un especialista experimentado (Rowan-Legg, 2015).

De nuestros resultados observamos que, en el total de 33 pacientes, los problemas de succión fueron manejados y solucionados solo con las Sesiones de Lactancia, mediante la corrección de la posición al amamantar. En 50 casos, los problemas de succión fueron resueltos con Terapia Miofuncional (sin cirugía) aplicando estimulación extraoral e intraoral para recuperar los reflejos de enraizamiento y succión.

Es de vital importancia detectar los problemas de succión en los primeros días posteriores al nacimiento para iniciar la estimulación inmediata y corregir la succión inmadura. Se realizó una frenotomía en 88 pacientes y no se registraron complicaciones quirúrgicas.

Según la evidencia disponible, la frenotomía no se puede recomendar para todos los bebés con anquiloglosia, ya que no existe una relación absoluta entre la anquiloglosia y las dificultades para amamantar (Rowan-Legg, 2015). La mayoría de los bebés con anquiloglosia son asintomáticos y no tienen problemas para alimentarse. En casos de anquiloglosia y dificultades significativas para la lactancia, existe alguna evidencia de que la frenotomía puede mejorar la alimentación (Ricke et al.,

2005; Francis et al., 2015; Rowan-Legg, 2015; Ferrés-Amat et al, 2016b).

En los recién nacidos se debe realizar un examen intraoral completo, incluida la inspección de la lengua y su función, especialmente en caso de dificultades para alimentarse [Rowan-Legg, 2015]. Nos gustaría señalar la importancia de la valoración inicial del problema por parte de un experto en lactancia, en nuestro caso, un pediatra Consultor en Lactancia Certificado por la Junta Internacional (IBCLC), para detectar las dificultades asociadas, y realizar una corrección inicial, sabiendo que la mayoría de los problemas de lactancia se deben a una mala postura y agarre, y la derivación oportuna a terapia miofuncional y cirugía cuando sea necesario. La MFT debe ser realizada por un terapeuta experto para evitar recaídas y la persistencia de la mala movilidad de la musculatura oral y perioral [Ferrés-Amat et al., 2016b]. La cirugía (frenotomía) debe realizarse para la liberación completa de la lengua [Francis et al., 2015].

En el manejo de la anquiloglosia, la elección del tratamiento solo debe realizarse después de una evaluación cuidadosa. El pediatra debe coordinar la colaboración entre los diversos especialistas involucrados (odontopediatra, cirujano oral y terapeuta del habla y miofuncional orofacial) [Olivi et al., 2012; Crippa et al., 2016; Ferrés-Amat et al, 2016b].

La evidencia científica sugiere que la frenotomía puede estar asociada con algunas mejoras en la lactancia materna y en el dolor que sufren las madres durante la lactancia, pero se trata de estudios pequeños, a corto plazo, con metodología incompatible, bastante limitados e insuficientes [Rowan-Legg, 2015]. Se necesitan más estudios, pero por el momento, según la evidencia disponible actual, la frenotomía no se puede recomendar para todos los bebés con anquiloglosia [Edmunds et al., 2013; Emond y col., 2014; Francis et al., 2015].

Los resultados de nuestro estudio muestran una mayor incidencia de casos graves atendidos por los tres servicios que componen nuestra unidad; resultado que demuestra que la incidencia de alteraciones de la succión está directamente relacionada con los trastornos más importantes, como la escasa ganancia de peso, la lactancia materna excesivamente prolongada y el dolor materno. El hecho de que no exista necesidad de tratamiento o de evidencia clínica insuficiente justifica la menor incidencia de problemas de lactancia en el grupo clasificado como leve. Por lo tanto, no es necesario que intervenga todo el equipo y la alteración puede ser resultado simplemente a través de corrección postural y/o estimulación.

Conclusiones:

Las alteraciones de la succión pueden condicionar el crecimiento orofacial del niño; al restaurar la succión, evitamos posibles maloclusiones que pudieran ocurrir durante el desarrollo craneofacial y

que puedan comprometer otras funciones bucales.

La prevalencia de anquiloglosia en nuestro grupo de estudio es alta dado que la población que estudiamos estaba constituida por recién nacidos con problemas de lactancia visitados en una unidad especializada en lactancia. La detección temprana de las causas de los problemas de succión y el tratamiento oportuno son cruciales para lograr una lactancia óptima.

Las alteraciones en el frenillo lingual pueden corregirse y la cirugía no es necesaria en todos los casos, ya que algunas pueden resolverse con terapia miofuncional, mejorando su agarre evitando así intervenciones más traumáticas y logrando mejores resultados en la duración de las tomas y comodidad para la madre durante la lactancia. Si es necesaria una frenotomía, se recomienda la terapia miofuncional antes y después para estimular la succión, con el fin de minimizar la retracción del tejido cicatricial.

Finalmente, cabe destacar la importancia del trabajo en equipo y la necesidad de unificar criterios diagnósticos para resolver problemas en el campo de la lactancia materna.