



Lactancia Materna y Anquiloglosia

M Vega Almazan Fernandez de Bobadilla

Pediatra AP.CS Maracena.

Distrito Granada. Granada

vegalmazanfdb@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?

M Vega Almazan Fernandez de Bobadilla

Lactancia Materna y Anquiloglosia

En: Andapap, ed Documentos de Apoyo a la Lactancia Materna 2020. Andapap Ediciones, 2020

Introducción. Definición

El frenillo sublingual es una “telilla” o membrana que sujeta la lengua por la línea media de la parte inferior. Se trata de un resto embriológico que debería desaparecer en la semana 12 de gestación pero que por motivos genéticos o ambientales no lo hace, pudiendo limitar el amamantamiento. Cuando este frenillo es corto y limitante se conoce como anquiloglosia (AG), que consiste en un defecto congénito que se produce en un 4-10% de los recién nacidos y que puede suponer una limitación para el adecuado establecimiento de la lactancia materna ya que fundamentalmente va a limitar la elevación de la lengua, movimiento necesario para la extracción de la leche. La presencia de AG va a triplicar el riesgo de destete durante la primera semana de vida.

La AG es tres veces más frecuente en varones y tiene asociación familiar (se ha descrito la mutación en gen TBX22). En algunos casos puede asociarse a síndromes malformativos (Sd. Ehlers-Danlos, Beckwith-Wiedemann, paladar hendido ligado a X, Síndrome orofaciocigital...), deformidades craneofaciales o defectos de la línea media como paladar hendido, hoyuelo sacral, espina bífida, hernia umbilical, hipospadias, gastrosquisis entre otros.

No existen estudios con la suficiente calidad metodológica que permitan concluir la necesidad de frenectomía ante una AG. Hay estudios que indican una desaparición del dolor materno y una mejor ganancia ponderal sin prolongar la duración total de la lactancia. En cambio en otras revisiones se indica la necesidad de un tratamiento conservador inicial con consejería de lactancia y sólo ante falta de mejoría valorar la frenectomía por personal experto.

La prevalencia de dolor inicial en el pezón en cualquier mujer que realiza lactancia materna es del 60% -80%. Suele ser transitorio, con un pico al tercer día y resolución en 2 semanas (por lo que no siempre debemos achacar el dolor de pezón materno a la AG presente en el niño, conviene esperar y vigilar evolución). El dolor persistente en el pezón en lactantes con AG es muy variable, del 36% - 80%. Por cada día de dolor materno en las 3 primeras semanas de la lactancia existe un riesgo de cese de la misma del 10% al 26% así que la supervisión de la lactancia en estos casos debe ser estrecha.



La ausencia de un abordaje adecuado y la inexistencia de un protocolo consensuado con la maternidad implica un retraso en el diagnóstico y tratamiento de estas entidades que puede suponer un abandono injustificado de la lactancia materna por el dolor materno que conlleva y la hipogalactia derivada de un mal agarre al pecho.

Objetivo

El objetivo fundamental de este documento es la detección precoz de aquellos frenillos sublinguales y/o AG que sean subsidiarios de frenectomía mediante herramientas clínicas reproducibles entre el personal que asiste a los recién nacidos y supervisa el adecuado establecimiento de la lactancia materna con el fin de conseguir tasas de lactancia materna más exitosas y disminuir el abandono de la lactancia por el dolor mamario.

Repercusión del problema

En el momento actual se asiste a un posible sobrediagnóstico de frenillo con la repercusión que puede tener en la familia, generando ansiedad y falta de confianza en el amamantamiento. Este aumento en el número de frenectomías se debe entre otras razones a una mejora del conocimiento en lactancia materna por los profesionales, grupos de apoyo, madres etc y por la promoción de la lactancia materna como la mejor forma de alimentar al lactante. Se desconoce el grado de repercusión futura de un frenillo y se describen complicaciones de toda índole (fonológicas, funcionales, respiratorios, estéticas, etc) pero no hay estudios que permitan diferenciar el frenillo que dará esos problemas por lo que deberemos ser cautos a la hora de diagnosticar haciendo una valoración completa de apariencia y funcionalidad del frenillo. Debe realizarse un tratamiento consensuado con la familia. Así mismo el retraso en el diagnóstico de AG va a suponer una lactancia dolorosa con hipogalactia consecuyente y tasas más elevadas de lactancia mixta. Es por esto que se hace necesario un abordaje conjunto entre Hospital y Atención Primaria que permita un seguimiento estrecho de esta diada madre-lactante (observación de la toma, mejora del agarre, control de peso, plan de alimentación, terapia miofuncional, etc) en beneficio del mantenimiento de la lactancia materna.

Clínica

La lactancia materna es una actividad motora compleja que requiere coordinación de succión, deglución y respiración, donde la lengua tiene un papel importante. Realiza una serie de movimientos de forma secuencial:

- Extensión (manteniéndola durante toda la toma)
- Elevación (comprime areola y realizar la acción de "ordeñar")
- Lateralización (se mueve a ambos lados para adaptarse a los cambios de forma del pezón)
- Movimientos peristálticos (movimiento ondulante de la lengua, que permite llevar la leche hacia la faringe para ser deglutida)



En cuanto a los problemas asociados a la AG se han objetivado los siguientes:

- I. Dificultad para la lactancia materna
- II. Problemas de articulación del lenguaje
- III. Problemas mecánicos

I. Dificultad para la lactancia materna

La ingesta de leche por parte del bebé dependerá de un correcto agarre al pecho materno, acción que se ve limitada por la presencia de AG, produciéndose un agarre superficial, sólo del pezón sin correcto sellado y con fricción continua que determina aparición de grietas maternas en el pezón resultando en una lactancia dolorosa, callo de succión, edema labial y compresión excesiva de la mandíbula en el lactante.

Así mismo el inadecuado vaciamiento del pecho conduce a una situación de hipogalactia lo que conlleva al destete temprano por falta de confianza materna, inicio de lactancia mixta y disminución consecuente de la producción de leche.

La actitud de un bebé con AG durante la toma puede ser variable, desde bebés adormilados que no consiguen una adecuada extracción de leche debido al agarre superficial hasta bebés irritables que tiran del pezón y lo muerden durante la toma, agarrándose y separándose continuamente y con necesidad de amamantar muy frecuente resultando ser tomas interminables debido a la ineficacia del vaciamiento del pecho. Suele asociarse chasquido durante la toma o temblores de mandíbula.

Esto repercute en la ganancia ponderal del lactante así como en el incremento del riesgo infeccioso en forma de obstrucciones o mastitis en la madre. En esta situación además la vía aérea está amenazada produciéndose apnea, tos y atragantamientos. Estudios recientes plantean la posibilidad de que detrás de casos de reflujo gastroesofágico que no responden a antiácidos así como en cólicos del lactante puede subyacer una situación de aerofagia debida al mal sellado del pecho materno en los bebés con AG habiéndose encontrado importante mejoría clínica tras la frenectomía en ese grupo de lactantes.

II Problemas de articulación del lenguaje

El efecto de la AG en el habla no está bien definido. No impide la vocalización ni el retraso en el inicio del habla. Los frenillos desde la punta de la lengua que impiden que la lengua llegue a la encía superior son los que más probabilidad de significación clínica tienen: rotacismo (dislalia en el fonema de la "r"), dificultad para realizar sonidos sibilantes y linguales "t", "d", "z", "s", "th", "n", "l".



III Problemas mecánicos

Debido fundamentalmente a una respiración oral:

- Dificultad higiene oral (lamerse los labios, limpiarse restos de alimentos de los dientes con la lengua ...).
- Enfermedad periodontal.
- Respiración bucal, paladar ojival y necesidad de ortodoncia
- Disconfort local
- Otitis de repetición
- Caries dental
- Deglución atípica, mordida cruzada o abierta
- Dificultad tocar instrumento de viento, besar, chupar un helado...
- Problemas sociales

Diagnóstico

En la referencia bibliográfica numero 9, se puede consultar el procedimiento normalizado de trabajo que propone el Grupo de Trabajo de lactancia materna para el diagnóstico y seguimiento de la AG.

El diagnóstico de AG es clínico, fijándonos en la posición y tamaño del frenillo sublingual (aparición) así como en las alteraciones en cuanto a la movilidad de la lengua (función). A pesar de todo no existen datos en el examen físico que nos hagan predecir que frenillo implicará trastornos en el habla y en la alimentación posteriormente.

Exploración del frenillo lingual

En la exploración del frenillo lingual deben tenerse en cuenta tres apartados:

1. Dolor mamario que puede ser evaluado mediante la escala SF-MPQ
2. Patrón de succión y agarre del pecho que se valorará mediante observación de la toma y escala LATCH.
3. Inspección/palpación del frenillo y del lactante mediante cuestionario de Hazelbacker, Herramienta de Bristol, escala simplificada de Amir LH, test de la lengüita entre otras posibilidades.

1. Dolor mamario/exploración de mamas:

En la diada madre lactante la exploración mamaria es muy relevante pues da información sobre el patrón de succión que realiza el lactante. Así mismo la escala SF-MPQ permite mediante 3 apartados valorar globalmente el dolor mamario. Éstos son:

- escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos).
- escala analógica visual.
- escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos).



2. Agarre/Succión

Se puede medir con la escala LATCH (L latch A audible swallowing T type of nipple D confort H hold/positioning) para comprobación del agarre. Ante una AG, el bebé suele morder el pezón, puede haber atragantamiento, chasquido por mal sellado y puede sentirse el puente alveolar. Esta escala nos valora la eficacia de la lactancia midiendo la deglución, postura al amamantar, el pezón y las lesiones del pezón. Una puntuación inferior a 4 nos habla de una lactancia ineficaz en la que habrá que corregir el agarre.

3. Lactante/frenillo

Debe examinarse al lactante sobre la posibilidad de retrognatia, ampollas de compensación, forma del paladar y exploración del frenillo desde atrás tanto en aspecto como en funcionalidad con palpación del mismo.

El frenillo que es limitante suele palidecer y estar a tensión con una movilidad restringida en extensión, elevación y lateralización. Hay que valorar componente vascular y avascular del mismo y explorarlo tanto durante la succión como durante el llanto.

Se recomienda también hacer una valoración simultánea del frenillo lingual superior que aunque no va a suponer un obstáculo en el amamantamiento suelen estar asociados.

3.1 Estudio de apariencia o aspecto del frenillo. Clasificación morfológica:

La clasificación más utilizada actualmente es la de Coryllos y Kotlow en la que se distinguen 4 tipos de frenillo:

Frenillo tipo 1: es un frenillo fino y elástico. La lengua está anclada desde la punta al surco alveolar. No es posible elevarla ni extenderla. Suele producir AG en el 100% de los casos y adopta la morfología típica de corazón o letra epsilon.

Frenillo tipo 2: es un frenillo fino y elástico. La lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta al surco alveolar y va a impedir la elevación y extensión pero en menor medida con una probabilidad de un 75 % de AG.

Frenillo tipo 3: es un frenillo grueso, fibroso y no elástico . La lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca. Se extiende pero no se eleva.

Frenillo tipo 4: este frenillo no es visible pero si palpable al estar submucoso y tiene un anclaje fibroso desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca. Suele asociarse a paladar ojival y va a provocar movimientos asimétricos de la lengua. Suele conllevar retraso diagnóstico.



3.2 Estudio de apariencia y funcionalidad del frenillo:

Existen varios test para definir situación de AG y necesidad de frenectomía como son:

Bristol tongue assesment tool (BTAT) que incluye 2 apartados, de apariencia (apariciencia de la lengua al elevarse e inserción del frenillo lingual a la cresta alveolar inferior) y 2 de función (elevación y extensión de la lengua). Una puntuación de 0-3 indica restricción y AG moderada.

La **escala Hazelbaker** consta de 2 medidas de la lengua: apariencia (compuesta por 5 ítems a valorar) y funcionalidad (7 ítems). Se puntúa de 0-2 en cada uno de los ítems. Se considera AG significativa (AGS): puntuación de función ≤ 11 o una puntuación de apariencia ≤ 8 , junto con un manejo fallido de la lactancia. La AGS serán candidatas a intervención quirúrgica.

Ante puntuaciones dispares en ambas medidas, prevalecerá la puntuación de la función frente a la de la apariencia en la valoración.

Amir LH en 2006 define una forma **abreviada de Hazelbaker** en la que se analizan las 3 principales funciones: elevación, lateralización y extensión. En el caso de una puntuación inferior a 4 será candidato a frenectomía.

Test de la lengüita. Martinelli 2013. Desde Junio de 2014 se hace obligatoria la realización de este test para evaluar el frenillo en todas las maternidades de Brasil. Este test incluye Historia Clínica con recogida de antecedentes familiares y examen clínico con dos partes, evaluación anatómico funcional y evaluación de la succión nutritiva y no nutritiva.

Cuando la suma de la evaluación de la succión no nutritiva y nutritiva es mayor o igual a 2, el frenillo limita los movimientos linguales. Cuando la suma del examen clínico es mayor a 9, el frenillo limita los movimientos linguales. Cuando la suma de la historia y el examen clínico es igual o mayor a 13, el frenillo limita los movimientos linguales.

Tratamiento

El tratamiento del frenillo lingual requiere un abordaje multidisciplinar en el que previo a la frenectomía debe realizarse una consultoría y supervisión adecuada de la lactancia. Permitir al lactante agarrarse espontáneamente al pecho (postura de amamantamiento biológico) o ponerlos en posición de caballito que puede aumentar la eficacia de la toma. Hay que tratar el dolor materno con pezoneras si precisa, potenciar la producción de leche con extracciones manuales o eléctricas, ofrecer suplementos si hay afectación nutricional eligiendo técnicas que no vayan en detrimento de la succión del pecho como finger-feeding, alimentación con vasito y siempre preferible de leche materna extraída, leche humana donada pasteurizada o en su defecto leche de fórmula. Hay que dar apoyo emocional a la familia para preservar la lactancia y tomar decisiones consensuadas al respecto. Se



debe valorar la necesidad de ejercicios que puedan mejorar la elasticidad del frenillo hasta que se realice la frenotomía como la presión contraria en la parte posterior de la lengua, masaje para mejorar la extensión de la lengua, finger feeding, etc. La rehabilitación pre y post frenectomía es clave para conseguir buenos resultados.

En todo este proceso deberá controlarse la evolución ponderal del lactante.

Distintos autores sugieren la necesidad de frenectomía si hay problemas en la alimentación en menores de 6 meses y en edad superior sólo si hay problemas mecánicos.

Frenectomía

Según la sociedad española de cirugía oral y maxilofacial son indicaciones de frenectomía:

- Trastornos del habla previa evaluación logopeda
- Limitaciones mecánicas evidentes (sacar la lengua, tocarse el labio superior).
- Rn/lactantes con inconvenientes para succión.

Debe ser realizada por profesionales expertos y ha demostrado reducir el dolor mamario y mejorar el agarre y transferencia de leche. Hay escasa información sobre la analgesia en estos casos. Algunos autores recomiendan utilizar sacarosa 2 minutos antes de la intervención o toma de pecho pero la mayoría de estudios concluyen la no necesidad de anestesia.

Puede ser realizada con láser, bisturí eléctrico o escisión directa con separador. No suele ser necesaria la anestesia general y las complicaciones son escasas.

Tras el corte debe colocarse al lactante al pecho o comprimir con una gasa la herida. La edad adecuada para realizarla parece ser entre las 3-4 semanas en caso de dificultad en la lactancia para evitar el destete.

Es importante que si la detección de la AG se produce en la maternidad sea valorado de forma preferente por cirugía infantil y si existe, a la consulta de lactancia o al profesional responsable de lactancia de cada centro permitiendo el contacto con grupos locales de apoyo a la lactancia materna.

Las complicaciones de la frenectomía son escasas tales como sangrado local, dolor, infección local, hematoma local o posibilidad de lesión de glándulas salivares o músculo geniogloso.

Debe confirmarse la administración de vitamina K previo al procedimiento y firmar consentimiento por los padres.

Rehabilitación

Para evitar una nueva unión de los tejidos y fomentar el movimiento lingual. Consistirá en estimular los reflejos de búsqueda, succión, lateralización.



Terapia miofuncional

El objetivo será prevenir el desequilibrio existente en el sistema orofacial, facilitando la distensibilidad y elasticidad del frenillo mediante un correcto equilibrio muscular y donde la colaboración de la familia es imprescindible. Debe fortalecerse el músculo geniogloso para que pueda estirarse cuya movilidad está limitada por el frenillo y ayudar a contraerse al músculo estilogloso que permite subir la lengua hacia arriba, movimiento también limitado por el frenillo.

Éstos ejercicios serán relevantes tanto en fase previa como posterior a la frenectomía para evitar fibrosis de la herida (rombo post-frenectomía).

Los ejercicios que se van a realizar los ejerce el bebé mamando y consisten en:

- Presionar la punta de la lengua hacia abajo a ambos bordes de la herida o en la misma herida.
- Estimular reflejo de búsqueda en lactante
- Estimular reflejo de succión (elevación y extensión)
- Estimular cara interna de las mejillas (lateralización)
- Estimular labio inferior para que saque la lengua (extensión)

Toda la serie de ejercicios debe realizarse cada 4 horas en las siguientes 4-6 semanas de la frenectomía.

Evolución y Conclusiones

En la mayoría de los lactantes la recuperación se produce a las 24h de la frenectomía con posibilidad de una mejora más tardía en 2-3 semanas, será necesario el apoyo de fisioterapia, pediatra y logopeda.

La frecuencia de diagnóstico de AG y la remisión para tratamiento quirúrgico casi se ha duplicado desde principios del año 2000. Realmente se desconoce la magnitud en que la AG produce síntomas clínicamente significativos. Existen datos que indican que la mayoría de los neonatos con AG pueden mamar sin dificultad, aunque en su presencia los problemas de lactancia son más probables y pueden ser causantes de destete precoz.

Para abordar de forma eficiente esta necesidad de salud, en el seno de un uso racional de los recursos, se recomienda examinar la presencia de aAG en los neonatos con dificultades de lactancia materna (agarre pobre, retraso en recuperar el peso al nacimiento, dolor en pezones que no mejora...) clasificarla en base a Coryllos y realizar observación de toma y mejora del agarre dirigido. Se objetivará el grado de dificultad para lactar a través de escalas validadas (escala LATCH, SF-MPQ) y se utilizará la escala Hazelbaker o las alternativas explicadas para establecer qué casos de AG son considerados significativos.

Los estudios recientes apoyan la frenotomía en los bebés con AG cuando la lactancia materna es ineficaz, no de forma sistemática.

La técnica de elección es la frenotomía, la cual debe llevarse a cabo por profesionales experimentados tras una valoración apropiada, en un medio dotado para atender las complicaciones, aunque éstas sean infrecuentes.



Se necesitan estudios comparativos entre tratamiento conservador y frenectomía en la anquiloglosia en la consecución de una lactancia exitosa sin dolor mamario , con buena transferencia de leche y adecuado crecimiento del lactante.

Bibliografía

1. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial, Pediatrics. 2011; 128:280-8
2. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review, Pediatrics. 2015; 135:e1458-66
3. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants, Cochrane Database Syst Rev. 2017; 11;3:CD011065
4. ABM Protocols, Protocol#11: Guidelines for the Evaluation and Management of Neonatal Ankyloglossia and Its Complications in the Breastfeeding Dyad.
5. Nutrition for healthy term infants: recommendations from birth to six months. A joint statement of Health Canada, Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada, and Breastfeeding Committee for Canada [Internet]. Ottawa: Health Canada 2015.
6. Dollberg S, Marom R, Botzer E. Lingual frenotomy for breastfeeding difficulties: a prospective follow-up study. Breastfeed Med. 2014
7. Martinelli RL, Marchesan IQ, Gusmao RJ, Honorio HM, Berretin-Felix G. The effects of frenotomy on breastfeeding. J Appl Oral Sci 2015.
8. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Ballard J. Protocol Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. Academy of Breastfeeding Medicine 2004.
9. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Lactancia Materna. PNT Valoración y seguimiento de la anquiloglosia.(Consultado el 2 de Junio 2020). Disponible en <http://www.pediatrasandalucia.org/wp-content/uploads/2020/06/pnt-anquiloglosia.pdf>

