

Anquiloglosia neonatal. ¿Existe un exceso de indicación intervencionista?

J. Redondo Sedano, I. Carrillo Arroyo, M.D. Delgado Muñoz, C. Alba Romero, E. Martí Carrera, A. Gómez Fraile
Departamento de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital «12 de Octubre». Madrid

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar a los pacientes remitidos a cirugía para practicar una frenotomía en el periodo neonatal y revisar su correcta indicación, ya que en la actualidad no existe consenso en el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 136 pacientes con anquiloglosia derivados a la consulta de cirugía plástica pediátrica. Se recogieron datos sobre la remisión a la consulta, problemas de lactancia y experiencia anterior y posterior a la intervención.

Resultados: Los principales motivos de consulta se relacionaron con problemas en la técnica de lactancia materna (69 pacientes [65,7%]). El dolor durante la toma era el síntoma más habitual, aunque 33 pacientes (31,4%) no presentaban síntomas. En la mayoría de los casos, la remisión a cirugía la realizó el pediatra de zona (85 pacientes [80%]). El tipo más frecuente de anquiloglosia en la muestra fue el tipo II. Sólo se detectó 1 caso de recidiva. La ansiedad debida a la separación durante la frenotomía fue la experiencia negativa más frecuente entre las madres.

Discusión: La falta de indicaciones establecidas para la frenotomía, así como la relativa facilidad de la aplicación de la técnica en la edad neonatal y el auge de las campañas de lactancia materna, está derivando en un exceso de indicación quirúrgica como tratamiento de la anquiloglosia. Debe promoverse la creación de guías que definan unos criterios adecuados de tratamiento, así como favorecer la remisión a la consulta de lactancia como un paso previo a la cirugía.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Anquiloglosia, frenotomía, lactancia materna

Abstract

Title: Neonatal ankyloglossia. Is there an excess of interventionist indication?

Introduction: The aim of this study is to analyze patients referred to frenotomy surgery during neonatal period and to review their correct indication, as nowadays there is no consensus on the diagnosis and treatment of ankyloglossia.

Material and methods: A retrospective study of 136 patients with ankyloglossia referred to pediatric plastic surgery. Data collection was based on the consultation, breastfeeding problems and experiences before and after intervention.

Results: The main reasons to attend consultation were related to breastfeeding technique (69 patients [65.7%]), and pain in between takes the more frequent symptom, nevertheless 33 patients (31.4%) had no symptoms. In most cases, referral to surgery was done by the pediatrician (85 patients [80%]). The most common type of ankyloglossia in the sample was type II. Only one case of recurrence was detected. Separation anxiety during frenotomy was the most frequent negative experience among mothers.

Discussion: The lack of guidelines established for frenotomy and the relative ease of application of the technique in the neonatal age and the rise of breastfeeding campaigns, is leading to an excess of surgical indication as treatment of ankyloglossia. To create guidelines defining an appropriate criteria of treatment should be promoted, and to facilitate referrals to lactation consultation as a step prior to surgery.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Ankyloglossia, frenotomy, breastfeeding

Introducción

El frenillo lingual es una membrana mucosa que se extiende desde el suelo de la boca hasta la cara inferior de la lengua en su línea media. La anquiloglosia, o «lengua anclada», es una

anomalía congénita consistente en el acortamiento de la longitud de dicho frenillo, que puede restringir los movimientos de la lengua y alterar sus funciones. La incidencia de este defecto oscila entre el 1,7 y el 4,8%, con mayor prevalencia en el sexo masculino sobre el femenino¹, con una *ratio* de 3:1.

Fecha de recepción: 24/7/15. Fecha de aceptación: 27/08/15.

Correspondencia: I. Carrillo Arroyo. Servicio de Cirugía Pediátrica. Planta 8. Hospital Materno-Infantil «12 de Octubre». Avda. Córdoba, s/n. 28041 Madrid. Correo electrónico: isabelcarrilloarroyo@yahoo.es

Las referencias históricas a este problema se remontan a la medicina griega, cuando Aristóteles relacionaba el frenillo con los problemas de dicción. Además, la técnica de sección del frenillo lingual, así como sus indicaciones, han evolucionado a lo largo de la historia, pero actualmente no existe consenso ni evidencia científica clara sobre cuándo se debe realizar la frenotomía².

Las complicaciones que puede propiciar la anquiloglosia incluyen la dificultad para la lactancia materna, los problemas con la articulación del lenguaje y las alteraciones periodontales. El auge de las campañas de lactancia, derivadas de los efectos beneficiosos que la alimentación materna genera tanto en el lactante como en la madre, ha motivado que la división del frenillo lingual durante los primeros meses de vida constituya una alternativa muy frecuente de tratamiento para las dificultades de alimentación³.

Muchos estudios describen problemas en el enganche asociados a la anquiloglosia. Los síntomas pueden afectar tanto a la madre (sangrado, grietas, mastitis) como al niño (cabeceo, chupeteo, cliqueo, irritabilidad derivada de la insatisfacción), y se explican por la imposibilidad que tiene el bebé para realizar los movimientos linguales que permiten un adecuado estímulo de succión que favorezca la eyección de leche⁴.

El tratamiento definitivo de la anquiloglosia pasa por la intervención quirúrgica. Sin embargo, aún no existe acuerdo entre los especialistas para decidir cuándo es el momento óptimo para llevar a cabo la frenotomía. Realizar la intervención durante el periodo de lactancia tiene la ventaja de no requerir anestesia. Sin embargo, varios autores hacen alusión a una posible elongación de la lengua a medida que aumenta su uso y, por tanto, prefieren posponer la cirugía hasta los 4 años de edad⁵. A todo ello contribuye el hecho de que las escalas utilizadas para valorar la anquiloglosia tienen un alto componente subjetivo y que el niño con anquiloglosia puede ser evaluado por especialistas distintos (enfermera de lactancia, pediatra, cirujano, logopeda) con opiniones dispares, que van restando validez al proceso diagnóstico y a la diferenciación entre frenillo lingual o anquiloglosia, es decir, una estructura anatómica normal o patológica^{6,7}. Dada la falta de acuerdo, las indicaciones de tratamiento se establecen según cada paciente en concreto, contando en la mayoría de casos con el convenio entre el especialista y los progenitores.

Varios estudios sobre frenotomía en neonatos con dificultad para la lactancia presentan resultados prometedores, pero han sido discutidos por el posible efecto placebo y la existencia de sesgos, debido al incremento de coordinación entre el niño y la madre al ganar experiencia^{8,9}. La mayoría de los estudios presentados constituyen series de casos retrospectivas, y se dispone de muy pocos estudios prospectivos que favorezcan el consenso. Es importante establecer unas adecuadas indicaciones quirúrgicas para el tratamiento de la anquiloglosia en los lactantes, centrándose en los problemas de lactancia evidentes, y no en las posibles complicaciones futuras. Hay que tener siempre en cuenta que la frenotomía aumenta la movilidad lingual, pero en un gran número de casos no asegura la desa-

parición de la característica forma de corazón, y nunca retrasa el inicio del habla³.

Como consecuencia de estos aspectos, en los últimos años se ha observado un aumento de casos derivados a la consulta de cirugía plástica pediátrica con indicación de frenotomía quirúrgica. El objetivo de nuestro estudio es analizar el correcto diagnóstico y la indicación quirúrgica de la frenotomía en neonatos y lactantes, así como su repercusión y consecuencias en la práctica de la lactancia materna, esperando que pueda ser de utilidad como enfoque hacia una futura guía clínica que establezca criterios firmes entre los profesionales sanitarios.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, de los casos de anquiloglosia remitidos a la consulta de Cirugía Plástica Pediátrica del Hospital «12 de Octubre» a lo largo del año 2014. Los criterios de inclusión fueron la realización de la frenotomía de forma ambulatoria, y una edad menor de 7 meses en niños sin comorbilidad asociada que permitiese realizar la cirugía en consulta. Un total de 136 pacientes fueron incluidos en el estudio.

Se determinaron los ítems más relevantes para confeccionar una encuesta telefónica, realizada a las madres de los pacientes. El consentimiento para la inclusión de los datos en el estudio se obtuvo de manera oral, previa realización de la entrevista.

En la encuesta se recogieron datos de carácter epidemiológico, sobre los criterios de derivación a la consulta del especialista, así como diferentes ítems de valoración de la eficacia de la lactancia (tabla 1). El tipo de frenillo fue definido según la escala anatómica de Coryllos (tabla 2), aplicada por el cirujano en el momento de la consulta.

Las limitaciones del estudio vienen dadas por su carácter retrospectivo, así como por la necesidad de una valoración subjetiva por parte de las madres de los ítems relacionados con la eficacia de la lactancia, que en ocasiones resultaban difíciles de definir.

Resultados

De la muestra inicial de 136 pacientes, sólo pudo establecerse contacto telefónico con 106 (77,6%). La relación varón/mujer documentada ha sido de 2,8; un 33% de los pacientes presentaban antecedentes de familiares de primer grado afectados de anquiloglosia.

El tipo de anquiloglosia pudo recogerse en 107 pacientes. La forma más frecuente fue el tipo II, presente en 51 (47,6%) lactantes, seguido del tipo I, hallado en 48 (44,8%). Los tipos III y IV se observaron en 4 pacientes (3,7%). Los niños fueron intervenidos entre los 2 y los 227 días de vida, y el 50% de ellos fueron operados antes de los 42 días de vida.

El motivo de consulta se documentó en 105 pacientes (tabla 3). Los problemas relacionados con la técnica de lactancia cons-

TABLA 1

Ítems recogidos en la encuesta telefónica a los progenitores de los pacientes

Aspectos epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad de intervención • Peso al nacimiento • Antecedentes familiares • Tipo de frenillo
Criterios de derivación a la consulta de cirugía plástica	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo inicial de consulta • Profesional que indica la derivación
Aspectos relacionados con la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones del procedimiento • Impacto en la madre • Duración de las molestias
Eficacia de la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de lactancia • Tipo de lactancia • Duración total del periodo de lactancia • Dolor con la toma precirugía* • Heridas en los pezones precirugía* • Dificultad de enganche precirugía* • Ruidos durante la toma precirugía* • Frustración durante la toma precirugía* • Mayor espaciamento de las tomas poscirugía • Reducción en la duración de la toma poscirugía • Menor avidez en el inicio de la toma poscirugía • Reducción del sueño durante la toma poscirugía

*Se preguntó también por la mejoría o no de los síntomas después del procedimiento y por la duración de los síntomas tras el mismo.

tituyeron las principales causas de derivación a la consulta de cirugía plástica, y afectaban a 69 (65,7%) madres. Un total de 33 (31,4%) pacientes fueron remitidos sin que existiera sintomatología asociada: 22 (20,9%) tras la detección del defecto durante la exploración física realizada por el pediatra y 11 (10,4%) por la advertencia del mismo por parte de los familiares. Tres (2,8%) niños fueron alimentados con lactancia artificial exclusiva, presentando dificultades para el enganche al biberón y al chupete.

La remisión a la consulta de cirugía plástica fue realizada, en la mayor parte de los casos, por el pediatra de zona, tanto en los motivos de consulta relacionados con los problemas de lactancia como en los pacientes derivados por otras razones. De los pacientes con problemas de lactancia, 52 (75,3%) fueron referidos por el pediatra de zona, 3 (4,3%) por el neonatólogo durante su estancia en el hospital y 7 (10,1%) por otros profesionales, como enfermeras de lactancia o matronas. Respecto a los pacientes derivados por problemas diferentes a los relacionados con la alimentación materna, 33 (91,6%) fueron remitidos por el pediatra de zona, y 1 (2,7%) por otros profesionales. Las remisiones desde la consulta de lactancia del hospital fueron mucho menos frecuentes: 7 (10,1%) de los pacientes con patología fueron derivados durante la toma, y 2 (5,5%) de los pacientes no presentaban problemas de lactancia.

Se preguntó a todas las madres por la sintomatología asociada a dificultades para la lactancia. Respecto a los niños re-

TABLA 2

Clasificación de Coryllos

Tipo I	Frenillo que se une al extremo de la lengua, generalmente cerca del borde gingival
Tipo II	Frenillo con inserción 2-4 posterior al borde libre de la lengua y en el borde gingival o próximo a él
Tipo III	Frenillo que va de la parte medial de la cara inferior de la lengua a la zona media del suelo de la boca, que es usualmente más grueso y menos elástico
Tipo IV	Frenillo unido a la base de la lengua

TABLA 3

Motivo de consulta, causa de derivación a cirugía*Motivo de consulta (n= 105)*

Sin relación con la lactancia	36
Relacionado con la lactancia:	
Dificultad de enganche	29
Dolor en el pezón	23
Pérdida de peso	6
Dificultad de enganche y dolor	4
Dolor y pérdida de peso	1
Otros	6

feridos a la consulta por problemas durante la toma, el dolor durante la misma fue el síntoma más habitual, presente en 48 madres (69,5%); en segundo lugar, destaca la percepción de dificultad para el enganche (45 pacientes [65,2%]). En las pacientes remitidas por motivos no relacionados con la lactancia también se observó la presencia de síntomas relacionados con la misma. De nuevo, el dolor constituyó el síntoma más frecuente (12 madres [33,3%]) (tabla 4).

Respecto a las complicaciones ligadas al procedimiento, sólo se detectó 1 caso de recidiva. No hubo casos de infección poscirugía ni de sangrado tras la misma. En el 76,4% de los casos, el lactante no tuvo ninguna molestia tras el procedimiento; tan sólo 22 (20,7%) de los niños presentaron una irritabilidad manifiesta con una duración ≤ 5 días, y hubo 3 (2,83%) casos con molestias de duración superior.

Entre las madres, 26 (24,5%) señalaron que el procedimiento les causó algún tipo de impacto emocional negativo. La ansiedad por separarse del bebé durante la intervención fue la vivencia negativa más frecuente (20 casos [76,9%]); 4 (15,3%) madres refirieron que no les pareció adecuado que la cirugía se realizara de manera inmediata en la consulta, y 2 (7,6%) señalaron que el dolor del niño podría haberse evitado.

Discusión

En las últimas décadas, el fomento de los beneficios de la lactancia materna ha hecho que la sección del frenillo lingual

TABLA 4

Síntomatología relacionada con la lactancia

	Motivo de consulta relacionado con la lactancia materna (n= 69)	Motivo de consulta no relacionado con la lactancia materna (n= 36)
Dolor	48	12
Grietas	33	9
Ruidos durante la toma	32	8
Dificultad de enganche	45	8
Frustración	36	10

vuelta a ser una técnica clave en los casos de pacientes con anquiloglosia y problemas asociados a la alimentación. La baja tasa de complicaciones referida en los diferentes estudios ha favorecido las remisiones a la consulta de cirugía directamente desde atención primaria, pero la falta de protocolos de consenso establecidos favorece que las indicaciones de intervencionismo no siempre estén justificadas.

A lo largo de los últimos años, el número de pacientes derivados a la consulta de Cirugía Plástica Pediátrica en el Hospital «12 de Octubre» ha aumentado progresivamente. A pesar de que el hospital cuenta con una unidad específica de lactancia, especializada en la valoración de los problemas multifactoriales que pueden interferir en una adecuada técnica de alimentación, las remisiones desde esta consulta son muy infrecuentes en comparación con las efectuadas por otros especialistas. Tanto los pediatras como los cirujanos de nuestro centro han advertido un exceso de indicación intervencionista, que no siempre favorece al paciente y no cubre todo el espectro de factores que influyen en el problema.

Es necesario establecer motivos de consulta claros que justifiquen la derivación del paciente al especialista. En la muestra presentada se ha podido observar que en muchas ocasiones el único criterio de remisión era la advertencia del defecto por parte de los padres o el pediatra de zona, sin que exista una clara afectación de la técnica de lactancia u otras complicaciones relacionadas con la anquiloglosia. También ha habido varios casos en que la justificación dada a los padres para la derivación era evitar problemas futuros en la articulación del habla. Es muy importante tener en cuenta, como ya se ha señalado, que en muchas ocasiones la anquiloglosia no condiciona la aparición de alteraciones en este aspecto, y que éstas serán notificadas cuando el niño sea mayor, no estando justificada la frenotomía en los primeros meses de vida. Dado que en la mayoría de los casos la alteración será inicialmente detectada por el pediatra de zona o la enfermera de lactancia, es muy importante difundir la idea de que la forma de la lengua no siempre mejora estéticamente tras la corrección quirúrgica y que, aunque puede acabar afectándose el habla, nunca será causa de retraso de ésta; además, puede seguir precisando la ayuda de un logopeda. Los padres deben ser informados sobre estos aspectos para tratar de disminuir en ellos la ansiedad que supone la presencia del defecto, ya que en muchas ocasiones puede condicionar la decisión terapéutica.

Es importante señalar también que, aunque las dificultades relacionadas con la lactancia son más frecuentes en niños con anquiloglosia, no todos los niños con frenillo lingual corto se alimentarán con dificultad, y por tanto es importante realizar un adecuado estudio de la técnica de lactancia antes de la derivación. En este sentido, la consulta de lactancia constituye un paso intermedio óptimo entre el especialista de atención primaria y el cirujano pediátrico, pues en ella se descartan otros posibles problemas asociados y se instruye a la madre en la técnica adecuada. En la muestra presentada, de las 84 pacientes remitidas a la consulta de cirugía directamente desde la consulta de atención primaria, el 48,8% (n= 41) eran pacientes sin experiencia previa, que no fueron evaluadas en esta unidad.

Sin una adecuada valoración previa, los problemas en la técnica de alimentación pueden perdurar a pesar de la cirugía. En nuestra muestra se ha observado que en un alto porcentaje de casos los parámetros objetivos de lactancia no mejoran tras la intervención, hecho especialmente remarcado en las pacientes derivadas sin un motivo claro de consulta relacionado con la lactancia. Respecto a la sintomatología de carácter subjetivo, sí se han apreciado altos porcentajes de mejoría, pero los problemas han sido más frecuentes en caso de madres primerizas, que son las pacientes que más podrían beneficiarse de estrategias conservadoras de tratamiento. Además, se han reportado casos sin mejoría, que han derivado en un cese temprano de la lactancia materna y en los que no se consideró otra alternativa previa a la intervencionista. Dado que los problemas de lactancia son frecuentemente multifactoriales, hay que realizar una adecuada valoración antes de la cirugía para evitar perpetuar los problemas asociados; por tanto, es importante dar a conocer la consulta de lactancia entre los especialistas de atención primaria para potenciar todos los recursos de tratamiento disponibles.

El hecho de que casi todos los autores estén de acuerdo en que es un procedimiento de bajo riesgo, sumado a su bajo coste, escasa dificultad quirúrgica y posibilidad de realizarse de forma ambulatoria, ha favorecido la tendencia intervencionista durante los primeros meses de vida.

Según lo observado, el procedimiento supone en muchos casos un impacto emocional importante para la madre, sobre todo debido a la ansiedad que provoca la separación, que en muchos casos se justifica porque la intervención se realiza durante el posparto inmediato, un periodo de relativa labilidad

emocional para la mujer. Sin una indicación clara para la vía intervencionista, debemos cuestionarnos en qué medida es necesario someter a las madres al estrés de la cirugía, sobre todo si se pueden emplear estrategias no intervencionistas. En el caso de que la alternativa quirúrgica sea la más adecuada, podría plantearse que la madre esté presente durante el procedimiento, siempre y cuando no dificulte la intervención.

Conclusión

Por todo lo expuesto, y basándonos en los datos y resultados de nuestra experiencia a lo largo del año 2014, creemos que en la actualidad la falta de unificación de criterios sobre la frenotomía está derivando en un exceso de indicación y remisión a la consulta de cirugía. Es necesario, en primera instancia, realizar nuevos estudios prospectivos y comparativos que ayuden a crear protocolos que definan en qué casos la frenotomía quirúrgica puede ofrecer un mayor beneficio al paciente. Hasta que se obtenga una evidencia clara, debería fomentarse la creación de campañas de formación entre especialistas de atención primaria y especializada para dar a conocer esta patología y saber reconocerla cuando realmente existe, así como proporcionar acceso a la consulta de lactancia como un paso previo a la indicación quirúrgica, valorando todos los aspectos que pueden interferir en la correcta alimentación materna, además de la existencia de anquiloglosia. Por último, asegurar

un correcto manejo multidisciplinario del paciente entre pediatras y cirujanos pediátricos facilita la correcta indicación quirúrgica según cada caso específico. ■

Bibliografía

1. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, MacMahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 36-39.
2. Obladen M. Much ado about nothing: two millenia of controversy on tongue-tie. *Neonatology.* 2010; 97(2): 83-89.
3. Isaacson GC. Ankyloglossia (tongue-tie) in infants and children [consultado el 16 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
4. Wallace H, Clark S. Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006; 70(7): 1.257-1.261.
5. Griffiths D. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lact.* 2004; 20: 409-414.
6. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50: 381.
7. Brookes A, Bowley DM. Tongue tie: the evidence for frenotomy. *Early Hum Dev.* 2014; 90(11): 765-768.
8. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics.* 2002; 110: e63.
9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics.* 2011; 128(2): 280-288.