

Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento

Ankyloglossia in newborns and breastfeeding. The role of
the nurse in its identification and treatment

Cristina Adeva Quirós

*Manuscrito recibido: 23-03-2013
Manuscrito aceptado: 27-02-2014*

Cómo citar este documento

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 May; 2 (2): 21-37

Resumen

La lactancia materna es la forma de alimentación más completa y saludable para el bebé, aportando también importantes beneficios a la madre que lacta.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, pero en nuestro medio la lactancia materna se abandona de manera precoz debido fundamentalmente a dos causas: el dolor materno y la escasez de leche (real o percibida). Ambas pueden ser consecuencia de la anquiloglosia.

Con el objetivo de analizar el papel de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento, se realiza una revisión bibliográfica de la situación actual del tema en las bases de datos Pubmed, Cochrane, PubMed Health, Ibecs, Fistera y Lilacs de las que se seleccionan 26 artículos cuya lectura y análisis críticos conforman el desarrollo del artículo.

La anquiloglosia, o frenillo lingual corto, es una anomalía congénita relativamente frecuente que presentan entre el 0,1 y el 11% de los recién nacidos y que es causa de diferentes problemas en la lactancia materna: dolor en la madre, disminución de la producción de leche, mastitis de repetición y fallo de medro en el bebé, entre otros, en aproximadamente la mitad de estos bebés.

El personal de enfermería y las matronas están capacitadas para identificar la anquiloglosia, mediante la observación de la boca del bebé, y para tratarla, mediante la realización de una frenotomía, cuando las dificultades son tales que puedan desembocar en el abandono precoz de la lactancia.

Palabras clave

Frenillo lingual, lactancia materna, insuficiencia de crecimiento, mastitis, dolor, pezones, recién nacido.

Abstract

Breastfeeding is the best and healthiest way to feed a baby and also has many benefits for the lactating mother.

The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to six months of age.

In the Western world, however, it is prematurely abandoned due to two main causes: breast pain and (real or perceived) low milk supply. Both problems may be caused by ankyloglossia.

This paper examines the incidence of ankyloglossia in breastfeeding and the role of the nurse in its diagnosis and treatment by analysing 26 papers selected from the following databases: Pubmed, Cochrane, PubMed Health, Ibecs, Fistera and Lilacs.

Ankyloglossia (short lingual frenulum) is a relatively common congenital anomaly with a prevalence ranging from 0.1 to 11 percent in newborns. It may cause lactation problems such as maternal pain, low milk supply, mastitis and failure to thrive, among others, in approximately 50 percent of the cases.

Nurses and midwives are trained to identify ankyloglossia by observing the baby's mouth and to treat it by carrying out a frenulotomy when the difficulties are such that there is a risk of early breastfeeding discontinuation.

Keywords

Lingual frenum, breast feeding, failure to thrive, mastitis, pain, nipples, newborn.

Introducción

Los beneficios de la lactancia materna son indiscutibles, tanto para la salud infantil como para la materna. La OMS y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomiendan *“la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen”* ^{1,2}

Sin embargo, según diferentes encuestas ^{3,4}, la realidad es bastante diferente: el porcentaje de madres que optan por la lactancia materna exclusiva oscila entre el 40-60% durante los primeros días posteriores al parto, alrededor del 50% a los tres meses y por debajo del 20 % a los 6 meses.

El abandono precoz de la lactancia materna responde a múltiples causas que van desde la incorporación de la mujer al mundo laboral hasta la existencia o no de dificultades en la misma, las expectativas previas de la mujer respecto a la lactancia, el entorno familiar e incluso el tipo de parto ^{5, 6, 7, 8}. Siendo las principales el dolor sentido por la madre durante el acto de amamantar y la disminución de la producción de leche (real o percibida) ^{9, 10}. Algunos autores defienden que ambas pueden ser secundarias a un frenillo lingual corto.

Las enfermeras son los profesionales a los que las madres acuden en primer lugar cuando tienen dificultades con la lactancia y están plenamente capacitadas para identificar y tratar estas dificultades. La frenotomía cumple los requisitos incluidos en la definición de cirugía menor para enfermería y las enfermeras tenemos la capacidad suficiente para llevarla a cabo.

Partiendo de estos datos se realiza una búsqueda bibliográfica rigurosa para conocer el estado actual del tema y el papel de la enfermera en la identificación y el tratamiento de la anquiloglosia.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la anquiloglosia: tipos y características asociadas.
- Enumerar los problemas que pueden aparecer en la lactancia materna como consecuencia de la existencia de frenillo lingual.
- Explicar el papel de la enfermera en la identificación y el tratamiento de la anquiloglosia cuando esta interfiere en la lactancia materna con el fin de mantenerla.

Desarrollo

1. Anquiloglosia: definición, prevalencia, identificación y clasificación

1.1. Definición

La palabra **anquiloglosia** viene del griego: glosia (lengua) y agkilos (torcido o lazo) su traducción sería por tanto *“lengua torcida o atada en forma de lazo”* en referencia al aspecto que presenta la lengua al abrir la boca.

Durante el desarrollo fetal, la lengua está fusionada a la base de la boca. La muerte celular y su reabsorción liberan la lengua. El frenillo permanece como remanente de esa ligadura inicial¹¹, por eso todos tenemos “restos”, sería el frenillo lingual “normal”, no patológico.

El diccionario de la Real Academia Española define frenillo como: “Membrana que sujeta la lengua por la línea media de la parte inferior, y que, cuando se desarrolla demasiado, impide mamar o hablar con soltura”¹².

La IATP (International Affiliation of Tongue-Tie Professionals) lo define como: *“tejido embrionario residual situado en la línea media de la lengua, entre su cara inferior y el suelo de la boca que restringe el movimiento normal de la lengua”*¹³.

La definición de Donna Geddes es breve, clara e incluye el movimiento de la lengua como parte fundamental: *“el frenillo lingual es una membrana mucosa situada bajo la lengua. En ocasiones, este frenillo dificulta o impide el movimiento normal de la lengua por ser demasiado corto o poco elástico, hablamos entonces de frenillo lingual corto o anquiloglosia”*¹⁴.

En cuanto a la prevalencia de la anquiloglosia, los datos disponibles son contradictorios, mostrando una gran variabilidad, con resultados que muestran tasas de prevalencia que oscilan entre el 0,1 y el 11%^{9, 10, 15, 16}. Si parece más clara la diferencia entre varones y hembras, siendo 2,6 veces más frecuente en varones¹⁷.

1.2. Identificación

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de la anquiloglosia es la *“herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbaker”* (anexo I). En ella distinguimos dos apartados: el primero evalúa cinco ítems de apariencia de la lengua y el segundo siete ítems de función de la lengua. Esta herramienta es cuestionada en varios estudios^{18,19,20} que señalan su complejidad, su excesiva extensión y su escasa objetividad. No obstante, existen estudios en sentido contrario²¹ que señalan la alta fiabilidad del primer apartado (los cinco ítems de apariencia) y de los tres primeros ítems del segundo apartado (ítems de función: lateralización, elevación y extensión de la lengua). Una puntuación de 8 o menos en los ítems de apariencia y/o de 11 o menos en la de función, según la evaluación descriptiva de Hazelbaker, es un buen predictor de la eficacia de la frenotomía en madres que presentan dolor durante el amamantamiento.

En nuestro medio, algunos profesionales^{22,23} utilizan como herramienta diagnóstica los cinco ítems de apariencia de Hazelbaker y el dolor materno, y observan también síntomas y signos acompañantes (anexo II). Cuando existe una puntuación de 8 o menos en los aspectos de apariencia de Hazelbaker, realizan frenotomías con resultados satisfactorios en la evolución de la lactancia materna.

1.3. Clasificación

El frenillo lingual puede clasificarse en anterior o posterior en función del lugar de anclaje del mismo a la lengua. Podemos diferenciar entonces cuatro tipos de frenillo lingual: el tipo 1 y tipo 2 (frenillos anteriores) y el tipo 3 y 4 o submucoso (frenillos posteriores)²⁴.

Frenillo tipo 1

El frenillo se ancla en la punta de la lengua, que suele presentar forma de corazón, y se observa a simple vista. La movilidad de la lengua se encuentra muy restringida, no siendo posible elevarla ni extenderla.



Frenillo tipo 2

El frenillo se inserta un poco más atrás que en el tipo 1, a una distancia de entre 2 y 4 mm de la punta de la lengua. Menos restrictivo, impide también la elevación y extensión de la lengua, aunque en menor medida.



Frenillo tipo 3

El frenillo se inserta más atrás que en los dos tipos anteriores, la extensión de la lengua no suele verse comprometida, pero sí la elevación. A simple vista la lengua parece normal. Este tipo de frenillo presenta también un componente submucoso que no es visible a simple vista.



Frenillo tipo 4 o submucoso

El frenillo como tal no se ve a simple vista, se encuentra bajo una capa de tejido submucoso y restringe casi en su totalidad el movimiento de la lengua, que se ve anclada en el suelo de la boca, sin elevarse y con aspecto compacto. El movimiento de la lengua suele ser asimétrico y los bebés que presentan este tipo de frenillo suelen presentar la boca y la lengua torcidas al abrirla.



2. Problemas en la lactancia materna atribuibles a la anquiloglosia

La alimentación durante el periodo neonatal es una actividad compleja, que exige una coordinación eficaz entre los procesos rítmicos de succión, deglución y respiración, en todos estos movimientos la lengua tiene un papel clave para conseguir un amamantamiento exitoso e indoloro²⁸.

Para mamar de manera adecuada, la lengua tiene que ser capaz de realizar una serie de movimientos de forma secuencial, estos movimientos son: la extensión (y mantener esa extensión durante toda la toma), la elevación (para comprimir la areola y así realizar la acción de "ordeñar"), la lateralización (moverse a ambos lados de la boca para adaptarse a los cambios de forma del pezón) y los movimientos peristálticos (movimiento ondulante de la lengua, que permite llevar la leche hacia la faringe para ser deglutida)¹⁶.

Bajo control ecográfico vemos que los movimientos de la lengua anclada por un frenillo lingual corto no son los mismos que cuando ese frenillo no existe o es muy flexible. También se observa que no todos los bebés con anquiloglosia presentan el mismo patrón de succión, por eso, la sintomatología que presentan, tanto la madre como el bebé, es muy variada¹⁶ y puede incluir:

- Dolor en el pezón, acompañado o no de grietas. Los pezones suelen estar "deshidratados", rosados, en comparación al resto de la areola que sigue como durante el embarazo, de un color más oscuro.
- Bebé que no gana peso.
- Bebé con la mandíbula inferior retrasada con respecto a la superior (retrognatia).
- Tomas excesivamente largas, que llegan a unirse unas con otras, no soltándose el bebé espontáneamente del pecho, si no que es su madre quien lo suelta y frecuentemente llora cuando esto sucede.
- El bebé se "enfada" con el pecho. Durante las tomas lo coge, lo suelta, lo estira, lo muerde, protesta, se le escapa...
- "Callo de lactancia" en los labios del bebé.
- Bebé que se atraganta a menudo.
- Bebé que hace ruido al mamar en forma de chasquidos.

- En ocasiones también se ve que las mejillas se hundan, como al tomar una bebida con una pajita (al mamar, las mejillas de los bebés no se hundan, sino que protruyen, como al masticar).

Entre un 25 y un 44% de los bebés con anquiloglosia presentan alguna de estas dificultades en la lactancia^{25, 26, 27} como consecuencia de falta de movilidad de la lengua.

Se distinguen dos grupos de bebés con anquiloglosia que presentan características de succión diferentes:

Un grupo de bebés se aferra fuertemente al pecho para succionar, mientras que el otro grupo es incapaz de mantener el sellado de la mama (en este grupo se aprecia una marcada retrognatia).

Ambos patrones de succión pueden causar traumas en el pezón.

Cuando existen dificultades en el sellado de la mama, los bebés desarrollan mecanismos de compensación para aferrar el pecho con más fuerza y así poder succionar: utilizan los labios (aparece el "callo de lactancia" en los labios del bebé), la mandíbula (parece que "mastican" el pecho y podemos apreciar temblores en el labio inferior, señal de agotamiento muscular debido al exceso de fuerza que realizan) y los músculos de las mejillas (bebés con grandes "mofletes" debidos a la hipertrofia de los músculos maseteros, utilizados en exceso para intentar mantener el agarre).

A veces los mecanismos de compensación que el bebé desarrolla para agarrarse al pecho no son suficientes y este "se le escapa". Continuamente sueltan y vuelven a coger el pecho. Situación que produce nerviosismo tanto en la madre, que ve como su bebé "no está cómodo" o "se enfada con el pecho", y en el bebé, que no es capaz de alimentarse de forma adecuada, aumentando su frustración y nivel de llanto.

Otro signo característico es el mamar "chascando", de forma continua o intermitente:

Cuando la restricción del frenillo es importante y el agarre está muy dificultado, a cada movimiento de la lengua se produce un chasquido: estos bebés maman chascando la lengua de manera continua.

Cuando la restricción es menor, el chasquido aparece solo cuando el bebé "pierde fuerza" de agarre: cuando se está durmiendo o cuando está agotado después de estar un tiempo largo al pecho, notamos entonces los chasquidos al final de la toma.

La falta de movimientos peristálticos de la lengua provoca dificultades en la deglución de la leche, que puede verse empeorada si se combina con un reflejo de eyección fuerte. Este puede aparecer en algunas madres como mecanismo de compensación por succión ineficaz.

Encontramos bebés que se atragantan con frecuencia, que parece que "no pueden tragar tanta leche".

La lengua, en su movimiento normal, comprime la areola del pecho materno para extraer la leche. En bebés con anquiloglosia, esta compresión se realiza sobre el pezón provocando una menor estimulación del pecho. La reducción de la estimulación deriva en un descenso en la producción de leche que impide el correcto desarrollo del bebé.

Esa misma compresión del pezón produce una reducción del flujo de leche: el bebé tarda más en conseguir la leche que necesita, son bebés que se "eternizan" en las tomas.

La duración extraordinaria de las tomas produce más fricción en el pezón, empeorando las grietas y el dolor de la madre, si existen.

Otros autores explican la disminución de la producción de leche por el dolor que siente la madre al amamantar, el dolor hace que disminuya la cantidad de oxitocina segregada que afecta directamente al volumen de leche¹⁶.

Sin embargo, la disminución de la producción de leche materna puede no estar acompañada de otros signos característicos de la anquiloglosia. Podemos encontrarnos con bebés que aparentemente están mamando bien: la postura es correcta, la madre no siente dolor, el bebé duerme, hace tomas de una duración razonable... pero no gana peso²⁹.

Por último, la dificultad que presentan estos bebés para mamar puede hacer que el pecho de la madre no se "vacíe" de forma adecuada, quedando leche estancada en los conductos galactóforos. Este estancamiento favorece el crecimiento bacteriano en dichos conductos, produciendo mastitis infecciosas que no cursan con fiebre. La madre refiere dolor, generalmente en ambas mamas y sensación "de agujas" durante el amamantamiento y, en ocasiones, ante cambios de temperatura. Este tipo de mastitis no siempre va asociado a la existencia de grietas visibles en el pezón, que suele aparecer decolorado^{30,31}.

Los problemas anteriormente descritos se asocian al síndrome de la posición inadecuada y las medidas adoptadas para corregirlos incluyen^{32, 33}:

- Asegurarse de la adecuada colocación del niño frente a la madre y comprobar el correcto sellado de la boca del lactante en la mama.
- Amamantar a demanda para evitar la ingurgitación y facilitar el agarre del niño al pecho.
- Reblandecer la areola mediante presión manual y empezar la toma por el pecho menos dolorido.
- Sujetar la mama con toda la mano con los dedos planos en la base del pecho y el pulgar en la parte superior alejado de la areola; no sujetarla con los dedos en forma de tijera.
- Para retirar al niño del pecho, introducir un dedo en su boca y presionar la mama para interrumpir la succión, evitando así el traumatismo del pezón.
- No utilizar productos astringentes para la higiene del pezón y desaconsejar el lavado en cada toma.
- Alternar la posición del niño en las tomas para variar los puntos de presión de la boca sobre el pezón.
- Utilizar pezoneras de látex, teniendo en cuenta que pueden disminuir la producción de leche y, en ocasiones, conducir al niño al rechazo inicial del pecho.

Todas estas recomendaciones pueden mejorar la lactancia⁹ que, en muchas ocasiones, se mantiene. Pero si los problemas persisten y atacamos estas dificultades bajo la óptica de la anquiloglosia el tratamiento definitivo es la frenotomía.

La frenotomía proporciona un alivio inmediato del dolor y un aumento de peso del lactante en los días posteriores a la intervención, ya que la lengua recupera la movilidad normal y con ella, la funcionalidad^{9, 10, 31, 34, 35, 36}.

3. Tratamiento de la anquiloglosia

Existen referencias al tratamiento de la anquiloglosia desde en el siglo XVIII ¹¹, cuando se recomendaba el corte del frenillo lingual para facilitar el amamantamiento.

En este periodo, las comadronas cortaban el frenillo a todos los recién nacidos utilizando, en ocasiones, las uñas de sus dedos.

En la primera parte del s. XX comienza la oposición al corte del frenillo, apareciendo artículos en los que se refiere que la anquiloglosia no interfiere en el amamantamiento y que no precisa tratamiento. Esta oposición coincide con el inicio de los partos medicalizados en hospitales y la aparición de las leches de fórmula: el frenillo deja de ser un problema, pues todos los bebés pueden ser correctamente alimentados aunque no puedan tomar el pecho.

En la actualidad el tratamiento de los problemas derivados de la anquiloglosia vuelve a resurgir con fuerza debido a movimientos de madres que desean alimentar a sus hijos de forma natural por diversos motivos.

El tratamiento quirúrgico de la anquiloglosia es la frenotomía que se describe como: *"procedimiento menor, que causa un mínimo sangrado (unas pocas gotas) y llanto en el lactante durante menos de 15 seg., sin otras complicaciones"* ⁹ y: *"...procedimiento seguro que presenta mínimos riesgos, incluso para el bebé de un día de vida"* ¹⁰.

Para el tratamiento de la anquiloglosia anterior se utiliza la frenotomía simple realizada de forma ambulatoria. El tratamiento de la anquiloglosia posterior es más complejo, habitualmente se realiza en quirófano aunque, como veremos más adelante, algunos autores defienden el tratamiento ambulatorio de los frenillos posteriores de forma ambulatoria.

3.1. Frenotomía simple

El tratamiento de elección para los frenillos anteriores es la frenotomía simple: un procedimiento sencillo y rápido (unos 30 segundos¹⁷) que no precisa anestesia en bebés de recién nacidos a dos meses (algunos autores elevan la edad de intervención sin anestesia a los 4 meses³⁷ y otros señalan la conveniencia de utilizar anestésico local, "no tanto por el efecto que provoca sobre el niño como por los padres". En niños más mayores, se recomienda la utilización de anestesia general, con lo que aumentan los riesgos de la intervención¹⁷.

3.1.1. Materiales

Los materiales necesarios para realizar la frenotomía se encuentran en cualquier consulta de enfermería: sonda acanalada, tijeras, un mosquito, torundas de algodón (de limpieza de oídos) o gasas, guantes y seda trenzada con porta-agujas. La luz es un aspecto fundamental^{9, 17, 34}.

3.1.2. Técnica

Tras posicionar al bebé en decúbito supino, se le sujeta firmemente la cabeza^{10,16}, la persona que va a realizar la intervención, con una mano abre la boca y sujeta y eleva la lengua lo máximo posible, bien con los dedos, bien con una sonda acanalada, "el uso de la sonda acanalada, estabiliza la lengua y permite una mejor visión"⁹.

Se protege con una gasa el suelo de la boca para evitar dañar los conductos submandibulares y con la mano libre realiza un corte con unas tijeras estériles lo más cerca posible de la lengua sin dañarla. No se especifica en ningún estudio la longitud del corte: lo suficiente para asegurar la correcta movilidad de la lengua.

En ocasiones puede ser necesaria una segunda intervención (o un segundo corte dentro de la misma intervención), para asegurar la liberación real de la lengua^{9, 24}.

Si aparece sangrado tras la intervención, suele ser suficiente con la presión con una gasa sobre el punto de sangrado mientras se devuelve el bebé a su madre e inmediatamente se le coloca al pecho³⁴.

Aunque en la mayoría de las ocasiones el alivio que siente la madre es inmediato, los resultados óptimos se observan en torno a las dos semanas posteriores a la intervención, cuando se acoplan perfectamente todos los aspectos de la lactancia (incluyendo el aumento de leche)³⁷.

La realización de la frenotomía en los estudios consultados es llevada a cabo por "personal entrenado", como cirujanos orales, dentistas, residentes de cirugía, matronas o enfermeras^{13, 34, 38}.



Figura 1: Antes y después de la intervención

En la foto vemos el frenillo de un niño de 5 años antes y después de la frenotomía, en su edad lactante presentó dificultades importantes para tomar el pecho.

3.1.3. Complicaciones

Posibles riesgos de la frenotomía son: hemorragia, infección de la zona intervenida, dolor, ulceración, lesiones en la lengua y conductos submandibulares, ineficacia del tratamiento y recurrencia del frenillo¹⁷.

En la práctica estos efectos adversos aparecen en ocasiones excepcionales. El más frecuente es el sangrado, "de unas pocas gotas que ceden tras presión con una gasa durante unos segundos y poniendo al bebé al pecho inmediatamente después"³⁴.

La recurrencia del frenillo también aparece señalada y algunos autores señalan que puede evitarse realizando masajes con la yema del dedo índice bajo la lengua durante tres segundos tras cada toma^{13, 34}.

Otro efecto adverso señalado en estos estudios es la ineficacia del tratamiento, generalmente consecuencia de un corte escaso, que se soluciona con una nueva intervención, procurando realizar un corte más profundo.

En algunas madres, el dolor durante el amamantamiento persiste a pesar de que tras la frenotomía se constata que la lengua está perfectamente liberada. En estas ocasiones es necesario constatar que no existe una mastitis infecciosa secundaria a la anquiloglosia del bebé. Esto no se puede considerar exactamente como complicación de la frenotomía, pero puede dar lugar a confusiones a la hora de valorar la intervención^{29, 31, 39}.

3.2. Frenotomía en frenillos posteriores

El corte de los frenillos posteriores presenta más dificultades: son frenillos más gruesos que están insertados en una zona de tejido submucoso muy vascularizado y por ello la frenotomía en estos casos se realiza bajo anestesia general, en quirófano y con bisturí eléctrico por un cirujano.

No obstante, algunos autores defienden el tratamiento mínimamente invasivo de los frenillos posteriores⁴⁰ siguiendo el mismo procedimiento que en la frenotomía simple.

Al cortar un frenillo posterior se nota una sensación de “pop” y se ve claramente como se abre una incisión en forma de rombo, que suele recubrirse de una escara entre blanca y amarillenta que desaparece en un par de semanas.

Es más frecuente en los frenillos posteriores tener que intervenir una segunda vez para liberar completamente la lengua, pues un corte parcial de la membrana puede no ser suficiente para restablecer el movimiento normal de la lengua. Este segundo corte puede realizarse en la misma intervención: se realiza un primer corte y se recoloca la sonda acanalada más profundamente bajo la lengua, elevándola aún más, se ve entonces de nuevo un línea blanca en la zona media de la lengua y se vuelve a cortar. También pueden sangrar más, pues el frenillo está insertado dentro de la mucosa oral y a veces se corta parte de ella.

Cuando realizamos el corte de manera correcta, el bebé es capaz de elevar la lengua hasta el paladar superior cuando llora y se ve claramente el rombo abierto en la base de la lengua.

En cuanto a los resultados de la frenotomía, tanto la simple como la realizada en frenillos posteriores en quirófano o de forma ambulatoria, varios estudios^{9, 10, 17, 19, 34, 37} han demostrado que esta técnica mejora la percepción de la lactancia materna, la cantidad de leche que los bebés toman y, sobre todo y de manera prácticamente inmediata, la sensación de dolor de la madre.

Conclusiones

Existe una gran controversia respecto a la anquiloglosia, esta se debe, por una parte, a la falta de una definición universalmente aceptada y de un criterio diagnóstico objetivo y, por otra, a las variabilidad de la sintomatología que presentan tanto madres como bebés, no estando relacionados el grado de severidad de la anquiloglosia con las dificultades en la lactancia. Como hemos visto, estas dificultades pueden verse parcialmente compensadas por mecanismos maternos o del bebé que hacen difícil la identificación de la anquiloglosia como causa de problemas en la lactancia materna.

“Varios estudios han demostrado que la frenotomía mejora la percepción de la lactancia materna, la cantidad de leche que los bebés toman y la sensación de dolor de la madre”

Los problemas tempranos en la lactancia materna deberían ser atajados rápidamente: a una madre lactante en pleno puerperio (con todos los altibajos emocionales que eso conlleva) no podemos exigirle paciencia y calma si sufre dolor intenso o si constata que su bebé no se está alimentando de forma adecuada. Por eso es importante tratar la anquiloglosia de manera precoz si sospechamos que la morfología de la lengua del bebé está interfiriendo en la lactancia materna, además, no solamente estaremos tratando las dificultades en la lactancia materna presentes en el momento de nuestra actuación, también estaremos previniendo otros problemas derivados de la anquiloglosia que pueden presentarse en un futuro, como son: dificultades en la deglución, alteraciones en la arcada dentaria o disglosia.

La enfermera es uno de los profesionales sanitarios más cercanos a las madres y a los bebés en sus primeros meses de vida, tanto en el hospital, durante el ingreso posterior al parto como en la consulta de atención primaria, adonde la madre y el bebé acuden a revisiones periódicas. Estos momentos son los idóneos para realizar consultoría en lactancia materna, que es una parte fundamental de nuestro trabajo con niños, y serían también los momentos más adecuados para incluir de forma rutinaria la inspección de la lengua, tanto si el niño es amamantado como si no. Esta inspección podría llevarse a cabo observando los cinco ítems de apariencia de Hazelbaker y el dolor materno, así como síntomas y signos acompañantes (anexo II). Como hemos visto en el desarrollo de este artículo, los bebés con estas características y dificultades en el amamantamiento, se beneficiarían de la realización de un frenotomía.

Que las enfermeras identifiquen y traten la anquiloglosia no es algo nuevo y debería ser imprescindible como parte de nuestro papel en la promoción de la salud materno-infantil, que incluye la alimentación. Por otra parte, los beneficios de la identificación y tratamiento del frenillo son muy importantes, tanto para la madre como para el bebé, redundando en un mayor nivel de salud general y en un aumento de la satisfacción tanto de las madres como de los profesionales sanitarios.

Mi intención al escribir este artículo no es tanto la de profundizar sobre un tema controvertido, como la de intentar animar a todas las compañeras y compañeros de profesión que en su trabajo diario se encuentran con madres que desean dar el pecho a sus hijos pero que se encuentran con unas dificultades que por sí solas no consiguen vencer. Os animo a leer más sobre este tema, a consultar a personas expertas en la materia y por último a tomar la iniciativa como profesionales independientes que somos. Podemos acompañar y aconsejar a las madres en su camino por la lactancia materna, pero está en nuestra mano ofrecer soluciones definitivas y sin demoras. La frenotomía cumple todos los requisitos para ser considerada una actuación de cirugía menor de enfermería que podría ser llevada a cabo en nuestras consultas de forma segura.

Agradecimientos

Gracias a Rosi, por su guía y su paciencia.

Gracias a la asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna "Amamantar" y a todas las mujeres que, en algún momento, acudieron a ella para compartir sus experiencias y regalarnos su sabiduría.

Gracias a Nacho, Teo, Candela y Nuno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, Unicef. "Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y niño pequeño" [Internet] pág. 75-77, 2010, [acceso el tres de marzo de 2012].
2. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
3. Asociación Española de Pediatría [Internet, acceso el tres de marzo de 2012]
4. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones>
5. Dirección General de Salud Pública y Participación. Informe de resultados de la "I Encuesta de Atención Maternal y Neonatal" [Internet] pág. 75-77, 2010, [acceso el tres de marzo de 2012].
6. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/I%20Encuesta%20Maternal%20y%20Neonatal%20Asturias.pdf
7. Dirección General de Salud Pública y participación. Informe de la "Encuesta de Salud Infantil 2009" del Gobierno del Principado de Asturias [internet] pág. 84, 2009, [acceso el tres de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Informe%20final%20ESIA09.pdf
8. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-50.
9. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten. Primaria.* 2005; 35 (6): 295-300.
10. Li R., Fein SB., Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2.008; 122, supl. 2: 69-76
11. Scott A. J., Binns W. C., Oddy H. W., Graham I. K. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2.006; 117, nº 4: 646-655
12. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2.011, 128, nº 2: 280-288.
13. Khoo AKK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2.009; 19: 370-373.
14. 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.
15. Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición. [Internet, acceso el tres de marzo de 2012] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=frenillo
16. Edmunds A., Hazelbaker A., Murphy J.G., Philipp B. L. Roundtable Discussion: Tongue-Tie. *J. Hum. Lact.* 2.012; 28:14.

17. Geddes T. D., Kent JC, McClellan HL, Garbin HL, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta. Paediatr.* 2010; 99: 301-303.
18. Geddes T. D., Sakalidis S. V., Hepworth R. A., McClellan L. H., Kent C. J., Tat Lai C., Hartmann E. P. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum. Dev.*, 2.008; 86: 471-477
19. Geddes T. D., Langton B. D., Gollow I., Jacobs A. L., Hartmann E. P., Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008; 122; nº 1: 188-194.
20. Miranda BH, Milroy CJ. A quick snip: A study of the impact of outpatient tongue tie release on neonatal growth and breastfeeding. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63: 683-685.
21. Madlon-Kay J. D, Ricke A. L, Baker J. N, DeFor A. T. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *J Midw* 2.008; 24: 353-357.
22. Ricke A. L, Baker J. N, Madlon-Kay J. D, DeFor A. T. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract* 2.005; 18: 1-7.
23. Perdiki Olivieri L. ¿Debería corregirse el frenillo lingual corto en todos los lactantes o esperar y ver si se producen problemas con la alimentación o el habla? *Evid Pediatr* 2.009; 5:72.
24. Amir H. L., James P. J., Donath M. S. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *Int Breastf J.* 2.006: 1-3.
25. Gava Salut Familiar [sede web] Barcelona 2011 [acceso el tres de marzo de 2012] De Ruiz Guzman L., Indicaciones de frenectomía en pacientes con frenillo lingual y su importancia en algunos aspectos vitales. Disponible en: http://www.gvasalutfamiliar.com/gava_11_11_11.pdf
26. Briz Manzanares J., Anquiloglosia y repercusión en la succión del lactante. Tratamiento quirúrgico. III Jornada Regional "Ampliando conocimientos y habilidades en Lactancia Materna". Oviedo, 9 de Mayo de 2011.
27. Watsson Genna, C. The influence of anatomic and structural issues in sucking skills. En: Watsson Genna, C. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 2ª ed. Woodhaven, New York. 2.012. Jones and Bartlett Learning. P. 197-242
28. Griffith D. Do tongue-ties affect breastfeeding? *J Hum Lact* 2004; 20: 409-414.
29. Hogan M., Westcott C., Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 246-250.
30. Lalakea M. L., Messner A. H. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am.* 2.003; 50 (2): 381-397.
31. Forlenza P. G, Paradise Black M. N, McNamara G. E, Sullivan E. S. Ankyloglossia, exclusive breastfeeding and failure to thrive. *Pediatrics* 2010; 125 (6): 1.500-1.504.
32. Moral A, Bolivar I, Seguranyes G, Ustrell J. M, Sebastiá G, Martínez-Barba C. et al. Mecánica de la succión: comparación entre la lactancia artificial y la lactancia materna. *Matronas prof.* 2001, 12 (1): 9-17

33. Jimenez E., Delgado S., Arroyo R., Fernández L., Rodríguez J.M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (y II). *Acta Pediatr. Esp.* 2009; 67; nº 3: 125-132.
34. Delgado S, Arroyo R., Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J. M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67 (2): 77-84.
35. González C., Manual práctico de lactancia materna. 2ª ed. ACPAM: Barcelona; 2.008.
36. Rozas G., M. A. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. *Matronas prof.* 2006; 7; (4): 25-27.
37. Argiris K, Vasani S, Wong G, Stimpson P, Gunning E, Caulfield H. Audit of tongue-tie division in neonates with breastfeeding difficulties: how we do it. *Clin. Otolaryngol.* 2011; 36: 256-60.
38. Cho A, Kelsberg G, Safranek S. Clinical Inquires. When should you treat tongue-tie in a newborn? *J. Fam. Pract.* 2010; 59 nº 12: 712a-b.
39. Hernández Aguilar M. T, Lasarte Velillas J. J, Lozano Latorre M. J, Aguayo Maldonado J, Díaz Gómez N. M. Lactancia materna dolorosa: estrategias de tratamiento para el pediatra. *Acta pediatr Esp.* 2008; 66(10): 504-509.
40. Ballard L J, Auer E C, Khoury C J. Ankyloglossia: assesment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110 (5): 63-68
41. Amir L. H., James J. P., Kelso G., Moorhead A. M. Accreditation of midwife lactation consultants to perform infant tongue-tie release. *Int J Nurs Pract* 2.011; 17 (6): 541-547.
42. Arroyo R, Mediano P, Martín V, Jiménez E, Delgado S, Fernández L. et al. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para el cultivo de muestras de leche humana. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69 (6): 276-281.
43. Coryllos V. E., Watsson Genna, C., Le Van F. J. Minimally invasive treatment for posterior tongue-tie (the hidden tongue-tie). En: Watsson Genna, C. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 2ª ed. Woodhaven, New York. 2.012. Jones and Bartlett Learning. P. 243-251.
44. Oltra Rodríguez E, González Aller C, Mendiolagoitia Cortina L, Sánchez Quiroga P. Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería. 2ª ed. Madrid: Editorial Panamericana. 2.008.

Anexo I

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO	FUNCIÓN		
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva			
1. Lateralización			
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
0	Frecuente o con cada succión		

Ballard L J, Auer E C, Khoury C J. **Ankyloglossia: assesment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.** Pediatrics, vol. 110 no.5, november 2.002

Anexo II

VALORES DE APARIENCIA	Fecha	
Apariencia de la lengua cuando sale.		
2: Redondeada o cuadrada		
1: Hendidura leve aparente en la punta		
0: Forma de Corazón o marca en V		
Elasticidad del frenillo		
2: Muy elástico		
1: Moderadamente elástico		
0: Muy poco o nada elástico		
Longitud del frenillo lingual con la lengua levantada		
2: >1 cm.		
1: 1 cm.		
0: <1 cm.		
Unión del frenillo a la lengua		
2: Posterior a la punta		
1: En la punta		
0: Surco en la punta		
Fijación del frenillo lingual		
2: Fijado en el suelo de la boca o en el fondo del surco		
1: Fijado justo bajo el arco mandibular		
0: Fijado en el arco mandibular		
TOTAL		

La lengua del niño se valora con 5 aspectos de apariencia. Se considera anquiloglosia significativa si el total de la apariencia es 8 o menos.

SINTOMAS Y SIGNOS ACOMPAÑANTES	
Ictericia Neonatal	
Dificultad de agarre al pecho	
Dolor y/o grietas en el pezón	
Mastitis de repetición	
Callo de lactancia	
Estancamiento ponderal	
Frenillo que se ve o palpa	
Asimetría facial	
Boca torcida al abrirla	
Lengua no sale del labio.	
Lloros con lengua abajo	
Paladar ojival	
Movimientos lengua asimétricos	
Retrognatia	

VALORACION DEL DOLOR	0 A 10
Al inicio consulta	
Tras mejora agarre	
Postfrenectomia	