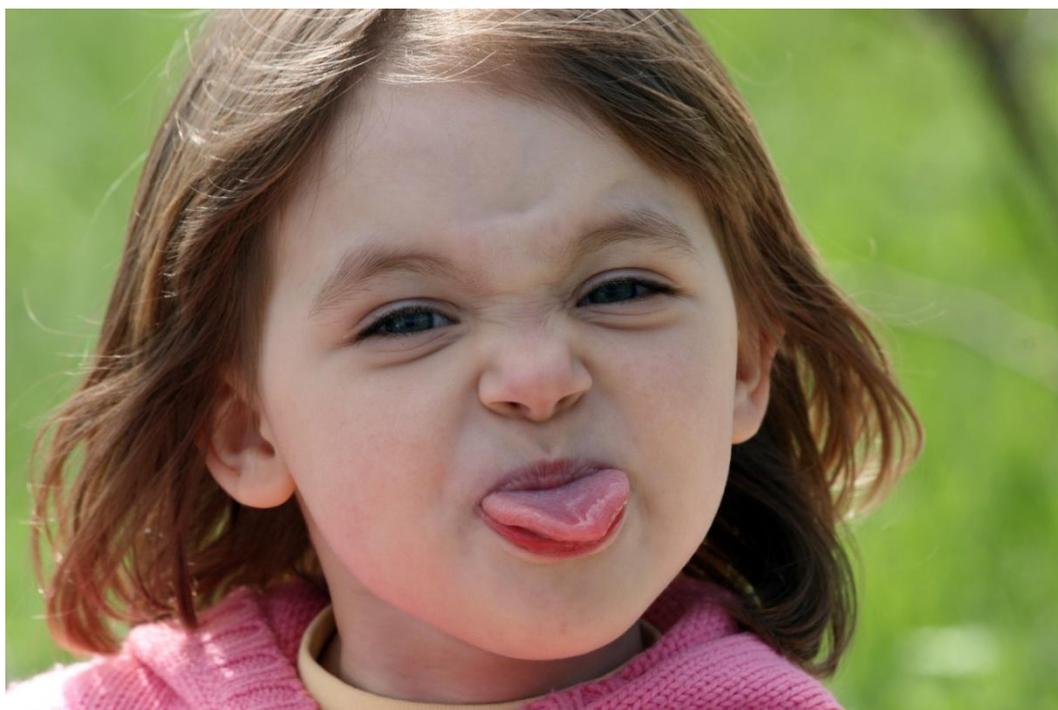


# [Manejo de anquiloglosia]



## [Módulo maternidad]

**Autores**

**Inmaculada Bonilla, Dulce Montoro**

Fecha de elaboración: diciembre 2017

Fecha de consenso e implementación: enero 2018

Fecha prevista de revisión: 2 años (o actualización previa relevante)

Nivel de aplicación: R1

## 1. INTRODUCCIÓN:

La anquiloglosia (AG) consiste en una anomalía congénita que da lugar a un frenillo sublingual anormalmente corto, grueso o poco elástico, produciendo limitación del movimiento de la lengua.

Su incidencia varía de un 4-10% de los recién nacidos, siendo 3 veces más frecuente en varones.

En la mayoría de las ocasiones supone un hallazgo aislado, pero debe tenerse en cuenta que a veces puede asociarse a diferentes síndromes y anomalías craneofaciales (Sd. Ehlers-Danlos, Beckwith-Wiedemann, paladar hendido ligado a X, Síndrome orofaciodigital...).

Podemos clasificar la AG en varios tipos, dependiendo del lugar de anclaje de la lengua (imagen 1 y 2). De ello dependerá también el tipo de intervención a realizar en el caso de que sea candidato a tratamiento quirúrgico.

El hecho de diagnosticar de AG a un recién nacido crea ansiedad en la familia, debido al desconocimiento de su afectación a largo plazo, por lo que seremos cautos a la hora de transmitir a la familia su presencia en el recién nacido.

No existen datos de estudios longitudinales en los que se comparen niños con AG (no tratada) con aquellos intervenidos quirúrgicamente. Sin esta información es difícil orientar a los padres sobre las implicaciones a largo plazo de la AG y complica la decisión de tratamiento.

Sólo una minoría de pediatras (10%) y otorrinolaringólogos (30%) opina que la AG puede dar lugar a alteraciones en la alimentación y en la lactancia. Sin embargo, en su presencia, los problemas de lactancia son más probables, aunque no bien cuantificados, tales como dolor de pezones, agarre deficiente... La ausencia de un abordaje consensuado, ocasiona una necesidad asistencial no resuelta de forma eficiente (frenotomías que se practican muy tardíamente, con destete precoz del recién nacido, o aquellas que se practican sin una evaluación clínica previa detallada).

Por todo ello, existe la necesidad de un protocolo consensuado de manejo en recién nacidos con AG, en el cual intervendrán el servicio de Pediatría (Sección Neonatología), el área de Atención Primaria y el Servicio de Cirugía Pediátrica.

## 2. OBJETIVO:

Nuestro objetivo es, por tanto, determinar qué tipo de AG son **significativas** (alta probabilidad de ser causantes de alteraciones/dificultad en la lactancia) y por tanto susceptibles de tratamiento quirúrgico (*frenotomía*).

## 3. SÍNTOMAS:

La magnitud en que la AG produce síntomas clínicamente significativos es controvertida (hay poca evidencia de alta calidad: series de casos, estudios observacionales...). A pesar de esto, la frecuencia de diagnóstico de AG y la remisión para tratamiento quirúrgico casi se ha duplicado desde principios del año 2000.

Se ha citado dicha anomalía como una causa de deficiencia en el amamantamiento y dolor de pezón en la madre. Sin embargo, existen datos que informan que hasta en un 50%, no existe ninguna dificultad en niños con AG.

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 (imagen 3):

- **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:

**En el neonato**, se traduce a un deficiente enganche al pecho (no se ha descrito problemas en caso de alimentación con biberones):

- Incapacidad de conseguir agarre profundo: el niño se suelta frecuentemente
- Tomas largas y cansadas para el bebé: pide mucho y está mucho tiempo al pecho
- Incapacidad para ingerir suficiente cantidad de leche: escasa ganancia ponderal
- Chasquido lingual, por la pérdida del vacío
- Destete temprano

**En la madre** que amamanta:

- Pezones doloridos y grietas, que favorecen la infección (mastitis)
- Sensación de baja producción de leche, ya que el niño mama mucho tiempo
- Hipogalactia, dado que el bebé no extrae bien la leche

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%

#### 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:

- Dificultad higiene oral (lamerse los labios, limpiarse restos de alimentos de los dientes con la lengua...): enfermedad periodontal.
- Disconfort local
- Dificultad tocar instrumento de viento, besar, chupar un helado...
- Problemas sociales

## **4. DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico de AG es principalmente **clínico**, fijándonos en la posición y tamaño del frenillo sublingual (apariencia), así como en las alteraciones en cuanto a la movilidad de la lengua (función).

A pesar de todo, no hay forma en el examen físico para predecir de forma inequívoca qué casos van a desarrollar trastornos del habla y alimentación posteriormente.

Para valorar el grado de significación de la AG en recién nacidos con dificultades en la lactancia, existe una herramienta validada: la **escala Hazelbaker** (imagen 4). 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 **anquiloglosia significativa (AGS)**: puntuación de función  $\leq 11$  o una puntuación de apariencia  $\leq 8$ , 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.

La **frenotomía** sería la técnica quirúrgica de elección, con escasos efectos secundarios y con mejoría inmediata del dolor de pezón materno a la hora de amamantar. Otro tipo de técnicas serán valoradas en los casos pertinentes (z-plastias).

## **5. MANEJO (esquema 1):**

Todos aquellos niños en los que se haya detectado AG y existan problemas en la alimentación (lactancia materna) deberán ser valorados globalmente a través de varias escalas validadas.

1. **Escala Hazelbaker** ya comentada, para establecer si se trata de una anquiloglosia significativa.
2. **Escala LATCH**, que evalúa las dificultades en la lactancia (imagen 5).
3. **Escala SF-MPQ**, evalúa el dolor mamario (imagen 6).

Si ya se objetiva una anquiloglosia significativa desde la maternidad (función  $\leq 11$  y/o apariencia  $\leq 8$  en escala Hazelbaker) y que ésta está dificultando la alimentación del recién nacido (puntuación  $< 8$  en la escala LATCH, sin tener en cuenta el dolor mamario aislado) al alta, se realizará **interconsulta preferente a Cirugía Infantil** para valoración de intervención quirúrgica y será remitido a aquellos **responsables de apoyo de lactancia materna** de los Centros de Salud, para orientar sobre el plan de alimentación mientras tanto.

Del mismo modo, a los 7-10 días de vida deberá comenzar seguimiento por parte de su **pediatra de Atención Primaria**, quien irá controlando peso y valorando la capacidad de alimentación hasta que sea visto por Cirugía Infantil.

El resto de casos (recién nacidos con frenillos incluso significativos sin dificultades en la alimentación) serán valorados según evolución desde Atención Primaria. Los casos en los que se valore desde Atención Primaria dificultad en la alimentación probablemente relacionada con la AG (ya valorada como significativa), serán remitidos de forma **preferente a Consultas Externas de Cirugía Infantil** (la propuesta se puede enviar por fax a Secretaría C.E.Cirugía Infantil). Nº FAX ADMISIÓN: 913561.

## 6. CONCLUSIONES:

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 anquiloglosia 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 anquiloglosia en los neonatos con dificultades de lactancia materna (agarre pobre, retraso en recuperar el peso al nacimiento, dolor en pezones que no mejora...). Se objetivará el grado de dificultad para lactar a través de escalas validadas (*escala LATCH, SF-MPQ*) y se utilizará la *escala Hazelbaker* para establecer qué casos de AG son considerados significativos.

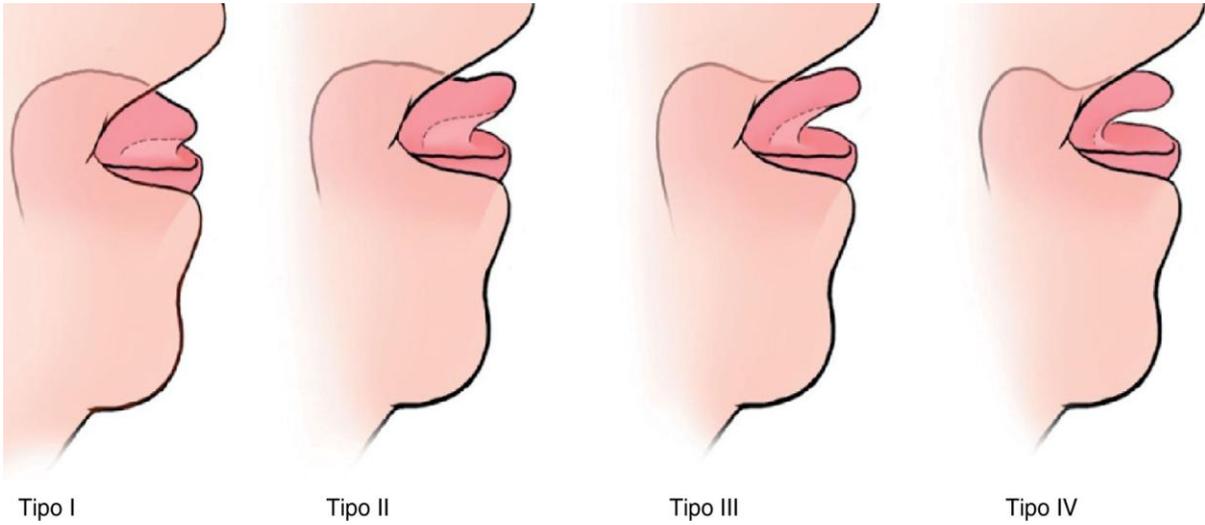
La técnica de elección es la frenotomía, la cual debe llevarse a cabo por profesionales experimentados tras una valoración apropiada, en un medio dotado para atender las complicaciones, aunque éstas sean infrecuentes.

## 7. 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**.

**ANEXO:**

**Imagen 1:** Tipos de anquiloglosia



**Imagen 2:** Tipos de anquiloglosia.

**Frenillo Anterior tipo 1**

El frenillo llega a la punta de la lengua.  
Lengua cóncava en forma de corazón.



**Frenillo Anterior tipo 2**

El frenillo no llega a la punta.  
Pero la lengua es cóncava.



**Frenillo posterior 3**

El frenillo no es muy llamativo.  
Pero la lengua se pliega en el centro  
impidiendo que la lengua pueda llegar  
al paladar.

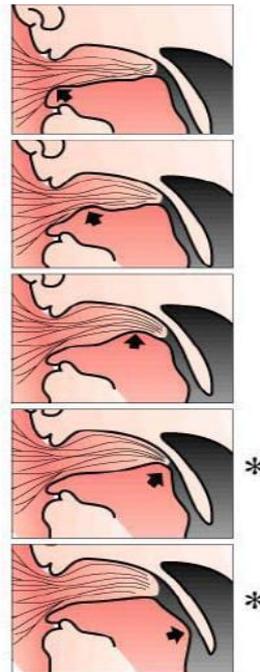
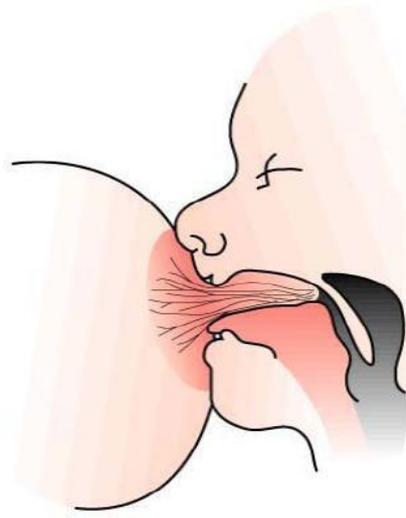


**Frenillo posterior 4**

No hay frenillo visible.  
Pero al subir la lengua no llega al  
paladar y es cóncava en su parte  
superior.



Imagen 3: Mecanismo lactancia.

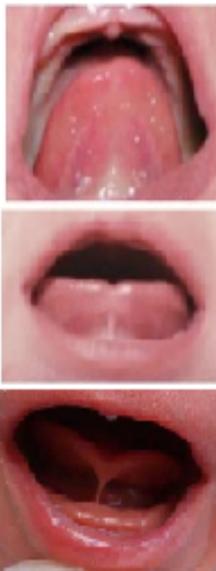


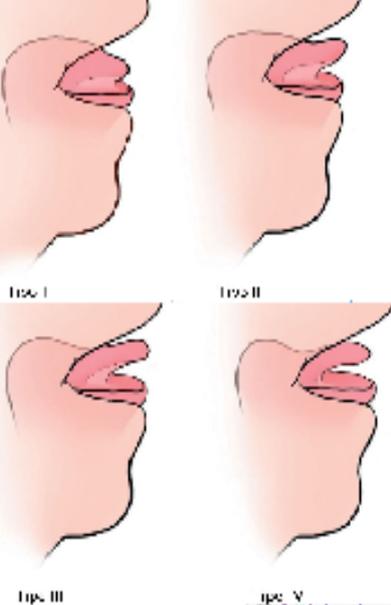
Michael Woolridge, The 'anatomy' of infant sucking.  
Midwifery, 1986, 2, 164-71.

7 Demonstrates position and action of tongue during breastfeeding. (Woolridge)

Imagen 4: Escala Hazelbaker.

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO		FUNCIÓN	
<b>1. Apariencia de la lengua cuando se eleva</b>		<b>1. Lateralización</b>	
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
<b>2. Elasticidad del frenillo</b>		<b>2. Elevación de la lengua</b>	
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
<b>3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua</b>		<b>3. Extensión de la lengua</b>	
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
<b>4. Unión de frenillo lingual con la lengua</b>		<b>4. Expansión de la parte anterior de la lengua</b>	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
<b>5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior</b>		<b>5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)</b>	
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 $\leq$ 8 y/o función $\leq$ 11		<b>6. Peristalsis</b>	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		<b>7. Chasquido</b>	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
		0	Frecuente o con cada succión





## 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
<p>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).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> <b>aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11</b> </div>		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		

Imagen 6: Escala LATCH (Evaluación de la eficacia de la lactancia materna).

	0	1	2
<b>L. Latch</b> Coger	-Demasiado dormido -No se coge al pecho	-Repetidos intentos de cogerse -Mantiene pezón en la boca -Llega a succionar	-Agarra el pecho -Lengua debajo -Labios que se ajustan -Succión rítmica
<b>A. Audible swallowing.</b> Deglución audible	-Ninguna	-Un poco si se le estimula.	-Espontáneo e intermitente si menor de 24 h. -Espontáneo y frecuente si más de 24 h.
<b>T. Type of Nipple</b> Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
<b>C. Confort</b> Comodidad, confort (pecho, pezón)	-Ingurgitadas. -Grietas -Dolor severo	-Mamas llenas -Pezón lesionado -Dolor: medio/moderado	-Mamas blandas -No dolor
<b>H. Hold (positioning)</b> Mantener colocado al pecho.	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Minima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro -El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesario ayuda I -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

5 elementos que puntúan de 0-2

0-4: INEFICAZ (alta dificultad en la lactancia)

5-7: DIFICULTAD MEDIA

8-10: EFICAZ

Imagen 7: Escala SF-MPQ (objetivar dolor materno).

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

A. Describa su dolor durante a última semana:

Como pulsaciones	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Como una sacudida	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Como un latigazo	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Pinchazo	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Calambre	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Retorcijón	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Ardiente	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Entumecimiento	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Pesado	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Escozor	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Como un desagarro	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Que consume	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Que maree	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Terrible	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO
Que atormenta	( ) 0 NO ( ) 1 LEVE ( ) 2 MODERADO ( ) 3 SEVERO

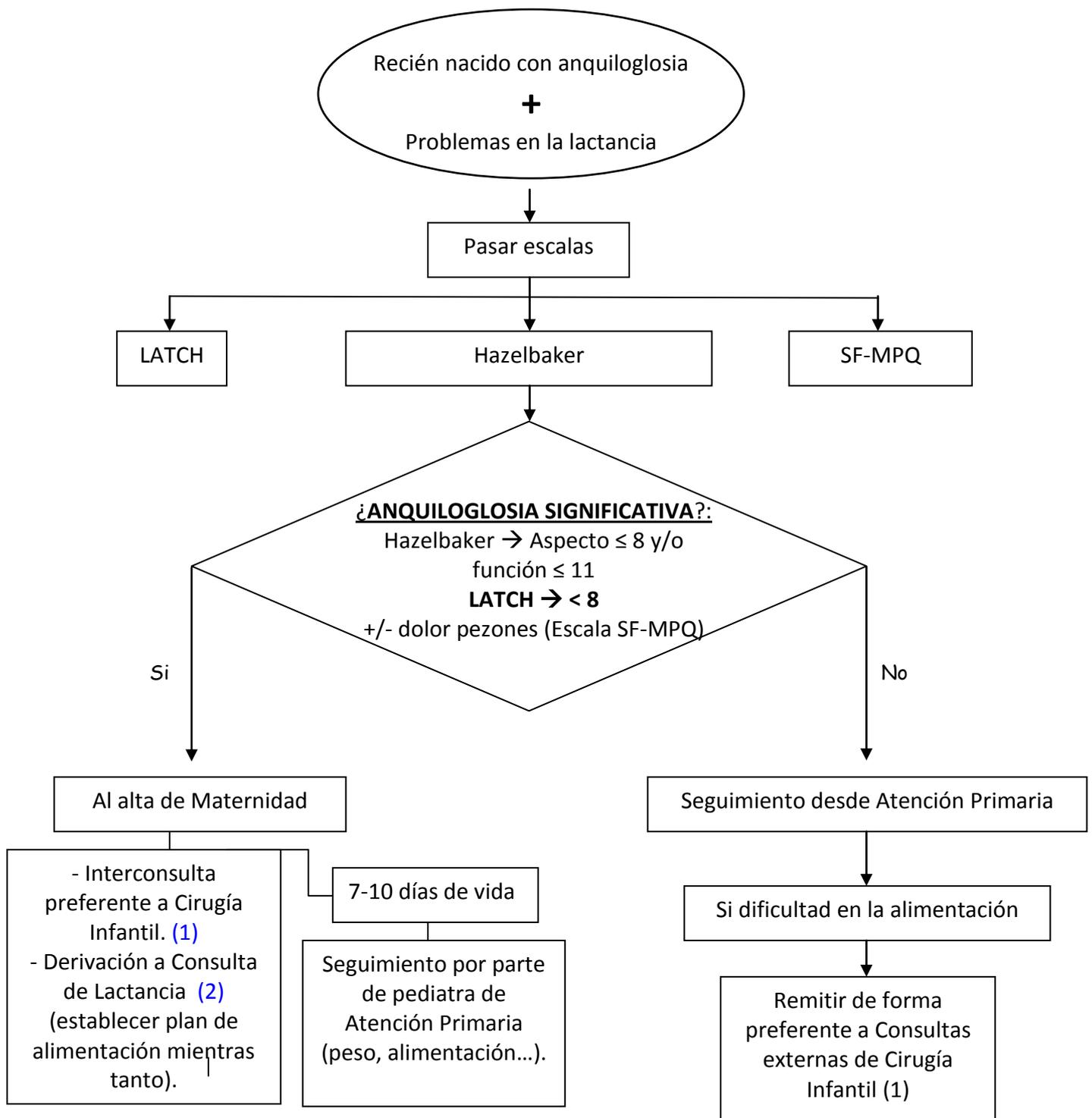
B. La línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad, desde «no dolor» hasta «dolor extremo». Marque con una línea (|) la posición que mejor describa su dolor durante la última semana.

NO DOLOR -----DOLOR EXTREMO

C. Intensidad del dolor en este momento:

( ) 0 No Dolor  
 ( ) 1 Leve  
 ( ) 2 Molesto  
 ( ) 3 Intenso  
 ( ) 4 Horrible  
 ( ) 5 Insufrible

**Esquema 1: Manejo del paciente con anquiloglosia significativa.**



(1) La propuesta se puede enviar por Fax a Secretaria C.E. Cirugía Infantil. FAX ADMISIÓN: 913561.

(2) EXTRAHOSPITALARIA:

- a. consulta de apoyo de lactancia materna en Atención Primaria.
- b. Grupos de apoyo de FEDALMA