

Anquiloglosia, ¿y ahora, qué hacemos?



Inmaculada Bonilla Díaz, R1 Pediatría
Tutora: Dra. Dulce Montoro
Hospital General Universitario Alicante


INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. CLASIFICACIÓN
4. CONSECUENCIAS
5. TRATAMIENTO
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

- **Frenillo lingual:**
 - Membrana delgada, mucosa, hipovascolar y translúcida situada bajo la lengua
 - Casi desprovista de inervación sensorial
- **Anquiloglosia (AG) o lengua anclada** → anomalía congénita que da lugar a un frenillo lingual anormalmente corto y poco elástico, pudiendo restringir los movimientos de la lengua

1,7 - 4,8% de los recién nacidos

3 veces + frecuente en 

Mayoría → hallazgo aislado

Puede asociarse a síndromes → Ehlers-Danlos, Beckwith-Wiedemann, paladar hendido ligado a X, Síndrome orofaciodigital...

ANSIEDAD

2. OBJETIVO

- Determinar qué tipos de anquiloglosia son **“significativas”**







Alta probabilidad de ser causantes de la **dificultad a la lactancia** (problemas de alimentación atribuibles)



Y, por tanto, sugestivas de tratamiento quirúrgico

3. CLASIFICACIÓN

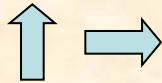
- El frenillo lingual puede ser **anterior** o **posterior** en función del lugar de anclaje a la lengua
- Cuatro **tipos** de frenillo lingual:
 - el tipo **1** y tipo **2** (*anteriores*)
 - el tipo **3** y **4** o submucoso (*posteriores*)

TIPOS DE FRENILLO CORTO		
75% FRENOTOMÍA	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.
		
25% FRENULOPLASTIA O Z-PLASTIA	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.
		

TIPO 1

El frenillo se ancla en la punta de la lengua → forma de *corazón*, se observa a simple vista

Movilidad de la lengua muy restringida; **no** es posible elevarla ni extenderla



TIPO 2

El frenillo se inserta un poco más atrás → 2-4 mm detrás de la punta de la lengua

Impide elevación y extensión de la lengua, aunque en menor medida



Tipo 2

TIPO 3

Inserción más posterior, asociado a componente submucoso

La extensión de la lengua no suele verse comprometida, pero si la elevación ↑

A simple vista la lengua parece normal



Tipo 3

TIPO 4 o submucoso

El frenillo no se ve a simple vista → bajo una capa de tejido submucoso

Restringe casi la totalidad del movimiento de la lengua → anclada en el suelo de la boca, sin elevarse y con aspecto compacto



4. CONSECUENCIAS

- Ninguna (50%)
- **En el neonato** → mal enganche al pecho
 - 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
- **En la madre** que amamanta:
 - Pezones doloridos y grietas, que favorecen la infección (mastitis)
 - Destete temprano
 - Sensación de baja producción de leche, ya que el niño mama mucho tiempo
 - Hipogalactia: el bebé no extrae bien la leche
- A largo plazo:
 - problemas con el lenguaje → rotacismo
 - Dentición (maloclusión, mordida abierta y separación de incisivos inferiores)
 - Retrognatia
 - Problemas sociales



4. CONSECUENCIAS



Problema ético → no estudios a largo plazo que comparen niños con anquiloglosia significativa no tratados, con respecto a grupo donde se ha realizado la frenotomía

Bibliografía → casos de anquiloglosia asociados a estas alteraciones, sin verdadera significación, pero que influye en la ansiedad y pensamiento de la población

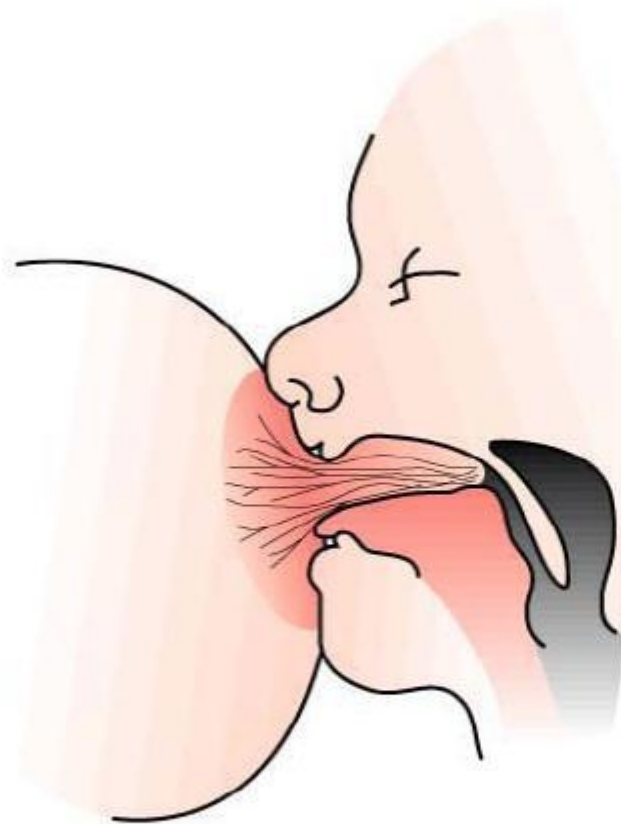


Dificultades en la alimentación

- La **lactancia materna** es una actividad motora compleja que requiere coordinación de succión, deglución y respiración, donde la lengua tiene un papel importante



- Movimientos de forma secuencial:
 - **extensión** (manteniéndola durante toda la toma)
 - **elevación** (comprimir areola y realizar la acción de “ordeñar”)
 - **lateralización** (moverse 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)



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



Extensión

Elevación

* Movimientos peristálticos *

7 Demuestra posición y acción de la lengua durante la lactancia. (Woolridge)

Valoración

- A pesar de todo, **no** hay forma en el examen físico para predecir qué casos van a desarrollar ***trastornos del habla*** posteriormente



- Se establecido una relación entre puntuación en la escala ***Hazelbaker*** y ***anquiloglosia significativa*** → beneficio del tratamiento quirúrgico en el recién nacido

Escala Hazelbaker

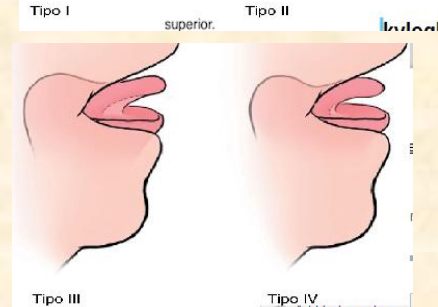
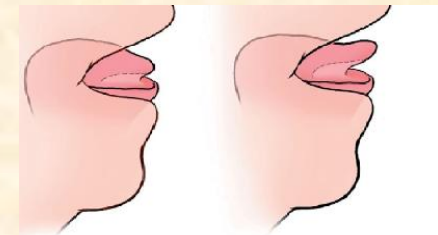
- Consta de 2 medidas:
 - Apariencia: 5 ítems
 - Funcionalidad: 7 ítems
- Puntuación de 0-2 en cada uno de los ítems
- Excelente **fiabilidad** para determinar la recomendación de una frenotomía

Puntuación de la **función** <11 con un manejo fallido de la lactancia
o
Puntuación de **apariencia** <8

- Demostró **concordancia 100%** con los diferentes profesionales (médico-cirujano) → decisión de realizar frenotomía

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).		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
Anquiloglosia significativa si: Aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11		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



Escala LATCH

- Evaluación de la eficacia de la lactancia materna
- 5 elementos que puntúan de 0-2

	0	1	2
L. Latch 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
A. Audible swallowing. 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.
T. Type of Nipple Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
C. Confort Comodidad, confort (pecho, pezón)	-Ingurgitadas. -Grietas -Dolor severo	-Mamas llenas -Pezón lesionado -Dolor: medio/moderado	-Mamas blandas -No dolor
H. Hold (positioning) 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 l -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Dolor pezones: SF-MPQ (Versión abreviada del McGill Pain Questionnaire)

- Escala de medición del dolor materno
- Se tarda 2- 5 minutos en realizar y tiene 3 secciones:
 - escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos)
 - escala analógica visual
 - escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos)

	None: 0	Mild: 1	Moderate: 2	Severe: 3
Throbbing				
Shooting				
Stabbing				
Sharp				
Cramping				
Gnawing				
Hot burning				
Aching				
Heavy				
Tender				
Splitting				
Tiring or exhausting				
Sickening				
Fearful				
Punishing cruel				



• Evaluative: 0 = no pain; 1 = mild pain; 2 = discomforting; 3 = distressing; 4 = horrible; 5 = excruciating.

5. TRATAMIENTO

- **Siglo XVIII** → comadronas cortaban el frenillo a todos los recién nacidos (en ocasiones con las uñas de sus dedos) para mejorar la lactancia
- **Primera parte del s. XX** → comienza la oposición al corte del frenillo, aparecen artículos que ponen en duda la relación de la AG con los problemas para amantar → coincide con el inicio de los partos medicalizados en hospitales y la aparición de las leches de fórmula: los bebés pueden ser alimentados aunque no puedan tomar el pecho
- **Actualidad** → el tratamiento de la AG vuelve a resurgir debido al empuje de movimientos de madres que desean alimentar a sus hijos de forma natural

CIRUGÍA PEDIÁTRICA



- **Frenotomía**

- sección frenillo bisturí eléctrico (electrocoagulación)
- si persiste sangrado: puntos de sutura

- Se tiene en cuenta: {
 - Problemas lactancia
 - Ganancia ponderoestatural
 - Problemas del habla (informe logopeda)

NO dolor mamario aislado

- Según **aparición**:

- Si frenillo transparente, fino → en **consulta**
- En frenillos carnosos, riesgo sangrado → **quirófano** bajo sedación

- Según **edad**:

- **<2 meses** en consulta (evitamos sedación)
- **Si mayor y/o necesidad de intervención quirúrgica** → esperamos a los 12 meses – 5 años por la sedación (evitar riesgos y rotacismo)



Sevoflurano + xilocaína tópica

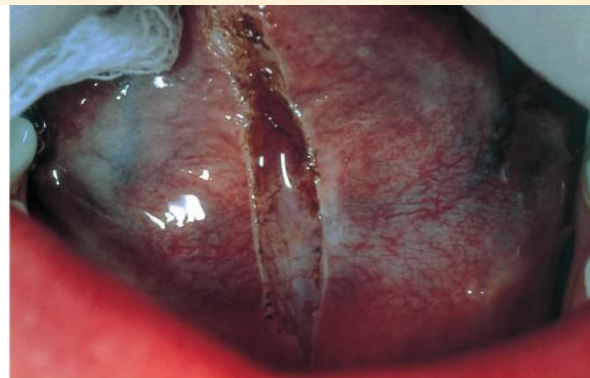
CIRUGÍA PEDIÁTRICA



- Cirugía ambulatoria → tolerancia tras la intervención y se van a casa
- Mayoría de las ocasiones alivio dolor materno inmediato
- Complicaciones de la frenotomía:
 - Infección
 - Hemorragia causada por la ruptura de la arteria lingual
 - Lesiones en lengua y conductos sublinguales
 - Asfixia causada por la caída de la lengua liberada en la vía aérea



Especial cuidado en niños con microretrognatia, macroglosia, hipotonía
→ frenillo efecto protector



Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia

Methodologic review

- Revisión metodológica sobre anquiloglosia → bases de datos MEDLINE y CINAHL (artículos 1986 - 2006)

CONCLUSIONES

- Por cada día de dolor materno en las 3 primeras semanas de la lactancia → riesgo de cese de la lactancia materna del 10% al 26%
- Prevalencia de dolor en el pezón inicial: 60% - 80%
→ **transitorio**, pico al tercer día y resolución en 2 semanas
- Dolor **persistente** en el pezón en lactantes con anquiloglosia: 36% - 80%
- No se encontraron complicaciones graves después de la frenotomía
- En general, mostraban beneficios de la intervención

Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial

Melissa Buryk, David Bloom, Timothy Shope

- Ensayo controlado, aleatorizado, simple ciego
- Centro Naval de Medicina Portsmouth (NMCP)
- **OBJETIVO PRINCIPAL** → Determinar si la frenotomía mejora el **dolor** materno del pezón y capacidad de amamantar
- **OBJETIVO SECUNDARIO** → Determinar si aumenta **duración** de la lactancia materna
- 58 pacientes → 50% frenotomía y 50% simulación
- Edad media en el momento de la frenotomía → 6,7 días.
- Seguimiento durante 12 meses
- Grupo de simulación → frenotomía en el plazo de 2 semanas si se deseaba

- **Escalas: dolor** del pezón y valoración de **lactancia materna**
 - pre y post intervención → mejoría significativa en grupo tratado
 - a las 2 semanas y al año → no cambios significativos

RESULTADOS

- Ambos grupos → disminución significativa del **dolor** después de intervención (efecto placebo en grupo simulado), mayor en grupo frenotomía.
- Puntuaciones de **amamantamiento** mejoraron en grupo frenotomía
- Todos salvo uno en grupo control, procedimiento a las 2 semanas de edad
↳ impidió comparaciones adicionales entre los dos grupos

CONCLUSIONES

- Mejoría inmediata en el dolor y la lactancia materna tras la frenotomía
- Evidencia convincente para **frenotomía** en niños con **anquiloglosia significativa**

¿QUE HACER?

- En primer lugar:
 - **valoración y diagnóstico** de la anquiloglosia
 - objetivar problemas en la lactancia asociados

Preocupación y ansiedad



Escala LATCH

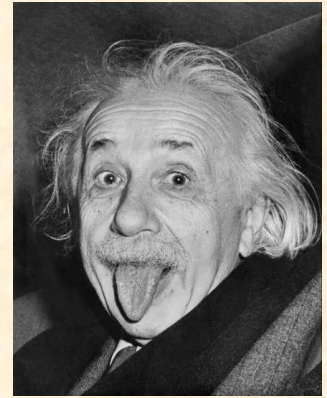


Escala Hazelbaker → ¿Anquiloglosia significativa?



Vigilancia estrecha tras alta y valoración de FRENOTOMIA programada

6. CONCLUSIONES



- Controversia respecto a la anquiloglosia:
 - variabilidad de la sintomatología en madres y bebés
 - no relación grado de severidad - dificultades en la lactancia
- **Escala Hazelbaker** → gran correlación entre profesionales para establecer anquiloglosias significativas.
- **Frenotomía**: técnica de elección, mejora inmediata
- Desconocemos datos a largo plazo acerca de la mejora en otros aspectos (adquisición del lenguaje, dentales, sociales) por los problemas éticos
- Cautos al mencionar que un RN tiene frenillo corto en la primera exploración → dejar que muestren su capacidad

7. BIBLIOGRAFÍA

- Melissa Buryk, David Bloom, Timothy Shope. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial. Pediatrics. August 2011, VOLUME 128 / ISSUE 2. [en línea] [fecha de consulta: 8-III-2017]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/2/280.full#xref-ref-2-1>
- Proyecto de la Asociación Española de Pediatría, En Familia, [en línea] [fecha de consulta: 8-5-2017]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/frenillo-lingual-corto-cuando-es-un-problema>
- Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 21-37 [en línea] [fecha de consulta: 8-5-2017]. Disponible en: http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4629/1/RqR_Primavera2014_Anquiloglosia.pdf
- ABM Protocols. Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad [en línea] [fecha de consulta: 8-5-2017]. Disponible en: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Lauren M. Segal, Randolph Stephenson, Martin Dawes, Perle Feldman. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician*. 2007 Jun; 53(6): 1027–1033.[en línea] [fecha de consulta: 8-III-2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949218/>
- Ary Kupietzky, Eyal Botzer. Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. *Clinical Section*. [en línea] [fecha de consulta: 8-III-2017]. Disponible en: <http://www.aapd.org/assets/1/25/kupietzky-27-1.pdf>
- Sivakumar Chinnadurai, David O. Francis, Richard A. Epstein, Anna Morad, Sahar Kohanim, Melissa McPheeters. Treatment of Ankyloglossia for Reasons Other Than Breastfeeding. [Pediatrics, June 2015, VOLUME 135 / ISSUE 6: A Systematic Review](#). [en línea] [fecha de consulta: 8-III-2017]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/e1467>