

# Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día

## *Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update*

Dra. Marta Costa-Romero<sup>a,b</sup>, Lic. Blanca Espínola-Docio<sup>b,c</sup>, Dr. José M. Paricio-Talayero<sup>d</sup>  
y Dra. N. Marta Díaz-Gómez<sup>b,e</sup>

### RESUMEN

El frenillo lingual corto, o anquiloglosia, puede generar problemas durante la lactancia con repercusión en el desarrollo del lactante, daño en el pezón de la madre y abandono precoz de la lactancia.

Actualmente no existe homogeneidad en los criterios diagnósticos, lo que ocasiona tanto sobrediagnóstico como infradiagnóstico de esta alteración, con las consecuencias clínicas que ello conlleva. La dificultad en el abordaje radica en saber cuándo se trata de variantes anatómicas normales o de un frenillo lingual sin repercusión funcional, y cuándo los problemas de lactancia, que clásicamente se le atribuyen, se deben realmente al frenillo.

Alrededor del 50 % de los niños con frenillo lingual corto no presenta problemas de lactancia o estos se resuelven con apoyo y asesoramiento. En el resto de casos se puede recurrir a tratamiento quirúrgico.

En este artículo se ha realizado una actualización de la clasificación y tratamiento de la anquiloglosia que permitirá a los profesionales un manejo adecuado de estos pacientes.

**Palabras clave:** anquiloglosia, frenillo lingual, lactancia materna, cirugía.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.e600>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e600>

**Cómo citar:** Costa-Romero M, Espínola-Docio B, Paricio-Talayero JM, Díaz-Gómez NM. Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(6):e600-e609.

- Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España.
- Asociación Española de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (AELAMA).
- Centro de Salud Luis Vives, Alcalá de Henares, España.
- Asociación para la Promoción e Investigación de la Lactancia Materna (APILAM).
- Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

### Correspondencia:

Dra. N. Marta  
Díaz-Gómez:  
nmdiaz@ull.edu.es

### Financiamiento:

Ninguno.

### Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 16-2-2021

Aceptado: 11-6-2021

### INTRODUCCIÓN

El frenillo lingual es un remanente embriológico del tejido que, en el período fetal, adhiere la superficie inferior de la lengua al suelo de la boca. Después se reabsorbe en casi su totalidad, y queda un pliegue vertical de mucosa entre la línea media de la parte delantera de la lengua y el suelo de la boca. Su función principal es mantener los labios y la lengua en armonía con los huesos del macizo facial durante el crecimiento fetal. Posteriormente, el frenillo evita movimientos excesivos de la lengua (acrobatismo lingual). La ausencia total de frenillo se ve en algunos síndromes como el de Ehlers-Danlos.<sup>1</sup>

El término *anquiloglosia* (*ankylos glôttia-ia*, que significa 'lengua anclada') no es sinónimo de frenillo lingual, sino de frenillo lingual corto. Se trata de una anomalía congénita caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto que puede restringir, en cierto grado, la movilidad lingual, según su longitud, elasticidad y punto de inserción.<sup>2</sup> Estudios ecográficos demuestran que dicha alteración en la movilidad de la lengua determina una compresión ineficaz del pezón.<sup>3</sup>

La anquiloglosia se puede presentar de forma esporádica o como casos familiares, y puede ser parte de síndromes raros, como los síndromes de Moebius, Beckwith Wiedemann, orofaciocigital y fisura palatina ligada al cromosoma X. Se cree que tanto la anquiloglosia aislada como los casos asociados a síndromes tienen un componente genético.<sup>1</sup>

Clásicamente se la ha asociado con problemas del habla y solo en épocas relativamente más recientes

se la ha relacionado con problemas de lactancia. Desde que en 1990 la revista *Journal of Human Lactation* editó un número extraordinario sobre anquiloglosia, donde advertía de su posible repercusión en la lactancia materna,<sup>4</sup> se ha producido un extraordinario aumento de publicaciones sobre este tema (*Figura 1*) que, en su mayoría, aportan poca evidencia científica. De más de 500 artículos encontrados, solo ocho son ensayos clínicos aleatorizados (ECA): cinco evalúan los resultados de lactancia materna a corto plazo y tres analizan la técnica del procedimiento.

### PREVALENCIA

La anquiloglosia es más frecuente en varones con una relación de 1,5-2:1.<sup>2,4-6</sup> Su prevalencia varía, según las publicaciones, desde el 0,1 % hasta el 12 %<sup>1,2,5-9</sup> posiblemente debido a la falta de consenso en los criterios diagnósticos.<sup>7</sup>

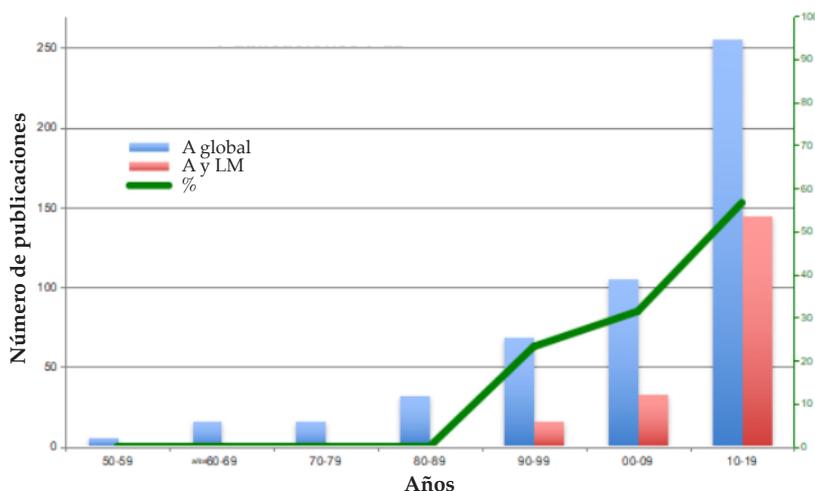
Al comparar la frecuencia de diagnóstico de anquiloglosia actual con la registrada hace 10 o 20 años, se constata un importante aumento, probablemente relacionado con la creciente preocupación sobre su impacto en la lactancia.<sup>7</sup> De hecho, la anquiloglosia es el segundo tema más discutido en los foros de lactancia en internet utilizados por madres.<sup>10</sup>

### DIAGNÓSTICO

Existen ciertos signos y síntomas guía que deben hacer sospechar un frenillo lingual corto. La presencia de una o más de las manifestaciones recogidas en la *Tabla 1* hacen obligatoria la exploración detallada de la boca del bebé, de la mama y de la técnica de lactancia.

Para el diagnóstico es fundamental combinar la identificación morfológica del frenillo corto con la evaluación funcional de la lengua, ya que existen casos *a priori* graves con poca

FIGURA 1. Publicaciones sobre anquiloglosia en PubMed, entre 1950 y 2019, tanto las que abordan el tema de forma global como en relación con la lactancia materna



A: anquiloglosia; LM: lactancia materna.

TABLA 1. Signos y síntomas de sospecha de anquiloglosia<sup>1,3,6,14,18</sup>

Dificultad de agarre al pecho	Callo de lactancia
Dolor y/o grietas en el pezón	Asimetría facial
Tomas de larga duración o muy frecuentes	Boca torcida al abrirla
La lengua no sale más allá del labio	Llanto con lengua abajo
Estancamiento ponderal	Paladar ojival
Mastitis a repetición	Hiperdesarrollo de mejillas

repercusión clínica y otros aparentemente más leves con importantes problemas de lactancia. La explicación radica en que la succión del pecho es un mecanismo complejo donde participan, además de la lengua, otros componentes de la boca.<sup>3</sup>

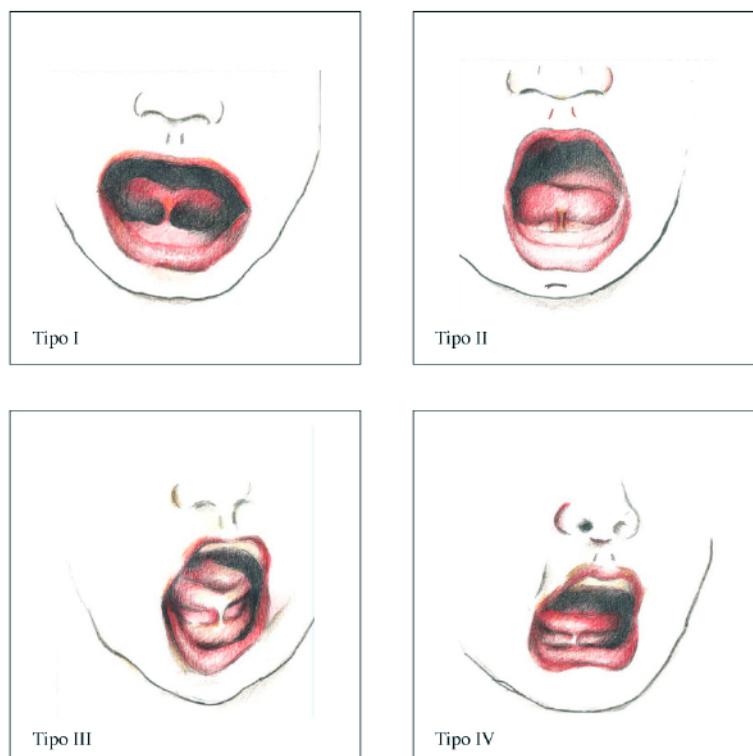
Existen importantes controversias en el diagnóstico clínico del frenillo sublingual corto, con muchas pruebas diagnósticas escasamente validadas.<sup>1,11-13</sup> A continuación se resumen las características de las pruebas más utilizadas.

- **Prueba de Coryllos:**<sup>13</sup> evalúa las características físicas del frenillo, su localización y anclaje, y clasifica el frenillo corto en cuatro tipos: dos anteriores –tipos 1 y 2– y dos posteriores –tipos 3 y 4– (Figura 2). Los tipos 1 y 2 son fácilmente reconocibles, y existe una adecuada coincidencia interobservador. El problema se presenta con los frenillos posteriores,

especialmente con el tipo 4. Una amplia variabilidad aparece al comparar el porcentaje de diagnósticos de cada tipo en los diferentes estudios.<sup>2,6</sup>

- **Prueba de Hazelbaker:**<sup>11</sup> resulta laboriosa de realizar y no está exenta de inconvenientes, como su escasa concordancia interobservador, atribuible a la subjetividad de sus ítems y la influencia de la colaboración del niño durante la exploración (Anexo).<sup>14</sup>
- **Prueba de Amir:**<sup>15</sup> en 2006 Amir y cols., evaluaron los ítems de la prueba de Hazelbaker y observaron que los tres de función lingual (lateralización, elevación y extensión de la lengua) obtenían mayor rentabilidad diagnóstica y acuerdo entre observadores (índice kappa: 0,65). Basándose en ello, estos autores proponen usar una variante simplificada de la prueba de

FIGURA 2. Tipos de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos<sup>13</sup>



Tipo I: frenillo fino y elástico, desde la punta de la lengua, que adquiere forma de corazón cuando se extiende.

Tipo II: frenillo fino y elástico, que ancla la lengua desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar.

Tipo III: frenillo grueso, fibroso y menos elástico, desde la mitad de la lengua, que no puede elevarse y adquiere una forma de cuchara cuando se intenta extender.

Tipo IV: el frenillo no se ve, se palpa como un anclaje, fibroso o submucoso, grueso y muy poco elástico, desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca. La lengua no puede elevarse y hace movimientos asimétricos cuando se intenta extender.

Hazelbaker que incluye únicamente dichos ítems, con un punto de corte menor o igual a 4 para hacer la frenotomía.<sup>15</sup>

Según la evidencia actual, no hay justificación para buscar activamente el frenillo lingual corto durante el examen de rutina de los lactantes. Solo cuando las madres tienen dificultades en la lactancia materna, la anquiloglosia debe considerarse como una de las varias causas posibles y están indicadas las pruebas diagnósticas.<sup>16</sup>

## REPERCUSIONES DE LA ANQUILOGLOSIA

Las principales consecuencias atribuidas a la anquiloglosia son las que se detallan a continuación:

- **Problemas de alimentación:** la repercusión sobre la lactancia materna es ampliamente conocida y referida, si bien la proporción de niños con anquiloglosia que presenta dificultades en la lactancia y el tipo de problemas más frecuentes es muy variable en las diferentes publicaciones (*Tabla 2*).<sup>6,9,17</sup>

Una movilidad deficiente de la lengua provoca un menor sellado y peor succión del pecho. El niño trata de compensarlo aferrándose al pezón con las encías, lo que ocasiona dolor y la aparición de grietas. Es característico el aumento de la salivación.<sup>14</sup> La extracción dificultosa de la leche hace que la producción disminuya, lo que repercute en el desarrollo

del niño y en el nivel de ansiedad de la madre, y puede llevar a un destete prematuro e indeseado. Afortunadamente, muchos niños con cuadros moderados de anquiloglosia son capaces de compensar la dificultad y mejoran paulatinamente la succión,<sup>5</sup> lo cual favorece la capacidad de las madres de amamantar y hace que disminuya el dolor en el pezón, sin tener que ser sometidos a ninguna intervención.<sup>3,16,17</sup>

- **Dicción:** clásicamente al frenillo lingual corto se le atribuían problemas de articulación del habla y de mala oclusión dental. No obstante, en la actualidad no hay ninguna evidencia que ratifique la relación entre anquiloglosia y problemas de dicción, ni de que la frenotomía prevenga de futuros problemas.<sup>1,5</sup>
- **Dentición:** una menor movilidad de la lengua en la época fetal podría condicionar un peor moldeamiento palatino dando lugar a un paladar ojival y apiñamiento dental.<sup>14</sup>

## TRATAMIENTO

En la actualidad existen diferentes opciones terapéuticas, tanto quirúrgicas como conservadoras. La dificultad en el abordaje radica en saber cuándo se trata de variantes anatómicas normales o frenillos sin repercusión funcional y cuándo los problemas de lactancia, que clásicamente se le atribuyen, se deben realmente a esto. Por ello, el tratamiento del frenillo sublingual corto continúa siendo controvertido.

TABLA 2. Frecuencia de presentación de los principales síntomas y signos atribuidos a la anquiloglosia, según diferentes autores

	Síntomas y signos	%	Autor
En la madre	• Dolor y grietas en el pezón	77	Griffths, 2004 <sup>9</sup>
		29,5	Riskin, 2014 <sup>16</sup>
		60,5	Wong, 2017 <sup>10</sup>
		36,6	Ballard, 2002 <sup>6</sup>
	• Menor producción láctea	16,4	Riskin, 2014 <sup>16</sup>
	• Dificultades generales en la lactancia	59	Riskin, 2014 <sup>16</sup>
12,8		Ballard, 2002 <sup>6</sup>	
12-44		Emond, 2013 <sup>24</sup>	
69		Wong, 2017 <sup>10</sup>	
	88	Griffths, 2004 <sup>9</sup>	
En el niño	• Fallo de medro	8,2	Riskin, 2014 <sup>16</sup>
		6,8	Ballard, 2002 <sup>6</sup>
	• Tomas largas	72	Griffths, 2004 <sup>9</sup>
		14,4	Riskin, 2014 <sup>16</sup>
	• Problemas de agarre al pecho	88	Griffths, 2004 <sup>9</sup>
		63,6	Ballard, 2002 <sup>6</sup>

### Tratamiento no quirúrgico

Alrededor del 50 % de los niños con frenillo lingual corto no presentan problemas en la lactancia y no es necesario hacer nada.<sup>19</sup> En aquellos casos en los que sí se ve afectada la lactancia, se debe empezar por un abordaje no quirúrgico y solo si los problemas de lactancia persisten se debe evaluar si está indicada la cirugía.<sup>20</sup> El apoyo y el asesoramiento de personal experto en lactancia es fundamental. Se basará en sesiones individualizadas dirigidas a corregir la postura durante la toma y a mejorar el enganche al pecho. Con ello, en muchos casos, se solucionan los problemas sin necesidad de intervención.

Para algunos autores las medidas anteriores se pueden combinar con la *terapia miofuncional orofacial*, una técnica que comprende ejercicios de estimulación extraoral e intraoral destinados a mejorar los reflejos de búsqueda y succión del recién nacido.<sup>21</sup> Este tratamiento también se recomienda antes y después de la frenotomía.<sup>21</sup> Aunque, de momento, no hay evidencia de su efectividad, se ha constatado que, con apoyo, corrección de postura y enganche, y terapia miofuncional orofacial, se logra una disminución del dolor en el pezón, una mejor transferencia de leche y un aumento progresivo en la seguridad de las madres en la lactancia, sin necesidad de intervención quirúrgica.<sup>18</sup>

### Tratamiento quirúrgico

Hasta hace unos años se realizaban frenotomías preventivas para evitar la aparición de grietas y/o dolor y favorecer la producción láctea. Actualmente, el tratamiento quirúrgico se recomienda solo en caso de anquiloglosia asociado a problemas de lactancia –como dolor y grietas en el pezón, mal agarre o escaso aumento de peso– que no se hayan resuelto con medidas conservadoras. Por otro lado, no hay suficiente evidencia que apoye el uso de tratamiento quirúrgico en casos de niños con problemas distintos a dificultades de lactancia, como problemas del habla.<sup>6</sup>

Es necesaria una evaluación cuidadosa e individualizada de cada lactancia y de los riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico antes de tomar una decisión.<sup>14,22</sup> El momento recomendado para el tratamiento quirúrgico también debe ser establecido con cautela. Existen situaciones que hacen necesario el tratamiento de forma temprana, pero lo habitual es esperar un tiempo hasta ver si con medidas conservadoras se consigue solucionar el problema.

### Tipos de tratamiento quirúrgico

#### Frenotomía

Consiste en el corte del frenillo lingual. Es la técnica que más se utiliza en recién nacidos y lactantes pequeños, ya que es un procedimiento simple y rápido que se puede realizar en la consulta.<sup>23</sup> No obstante, el comité de expertos sobre anquiloglosia moderado por Messner<sup>24</sup> no pudo llegar a un consenso sobre el lugar idóneo para realizar la intervención. El documento de posición sobre la anquiloglosia de la *Academy of Breastfeeding Medicine*<sup>25</sup> señala que, en los casos de frenillo lingual corto con problemas de lactancia que no responden a medidas conservadoras, el objetivo debe ser realizar el tratamiento quirúrgico de la forma menos invasiva posible. El frenillo labial superior es una estructura normal y no se recomienda su escisión para mejorar problemas de lactancia.<sup>25</sup>

La mayoría de los expertos proponen llevar a cabo la frenotomía en la consulta si se trata de neonatos y lactantes menores de 2 meses. Para los pacientes de más edad y aquellos que precisaran técnicas más complejas (frenuloplastias), la recomendación es que sean intervenidos en quirófano, con anestesia general. Estas medidas han demostrado ser costo-efectivas.<sup>26</sup> En una revisión sistemática reciente,<sup>27</sup> los autores concluyen que la frenotomía es eficaz en los casos de anquiloglosia con dificultades de lactancia o con una puntuación baja de la prueba de Hazelbaker, y proponen un algoritmo de tratamiento que define la técnica y el tipo de anestesia (local o general) según la edad del niño.

El momento de la intervención es controvertido. La intervención temprana se apoya en estudios como el de Emond,<sup>28</sup> realizado en niños con anquiloglosia moderada que fueron asignados de forma aleatoria para recibir tratamiento quirúrgico en el momento del diagnóstico (edad media: 11 días; rango: 8-16 días) frente a otros que no recibieron tratamiento quirúrgico (grupo control). Las madres del grupo control que presentaban grietas y dolor en el pezón no aguantaban más de 5 días sin pedir ayuda médica o sin dar suplementos con biberón. Otros autores, en cambio, recomiendan esperar 2 a 3 semanas para la intervención.<sup>19</sup> Estudios prospectivos han constatado que el retraso de la intervención, hasta después de las 4 semanas, se asocia con altas tasas de abandono de la lactancia.<sup>29</sup>

**Técnica de la frenotomía:** es controvertido el uso de anestesia tópica para el procedimiento.

Se recomienda emplear sacarosa al 24 % unos minutos antes. Tras la intervención se puede repetir la administración de sacarosa o bien poner al niño al pecho y/o en contacto piel con piel inmediatamente. Si es necesario, se puede administrar paracetamol.<sup>20</sup>

Para realizar la frenotomía se puede envolver al niño en una mantita y sujetarlo firmemente, con la cabeza colocada hacia el médico. El asistente mantiene la boca abierta tirando suavemente de la barbilla hacia abajo. El médico eleva la lengua para evidenciar el frenillo con una sonda acanalada o con los dedos. Con unas tijeras de iris se realiza un corte de unos 2 mm en la parte central de la membrana, teniendo especial cuidado en no dañar la base de la lengua, por su gran vascularización, ni el conducto de Wharton.<sup>14,30</sup> Con el dedo índice se puede empujar la zona de la incisión para ampliarla.<sup>20</sup>

El frenillo lingual es delgado y con pocos vasos sanguíneos, lo que produce muy poco sangrado después del corte,<sup>23,30</sup> y se consigue la hemostasis presionando con gasas.<sup>1</sup> La alimentación puede reinstaurarse inmediatamente<sup>6,30</sup> y es posible recibir el alta 30 minutos después de la técnica.<sup>30</sup>

Varios estudios demuestran una mejoría subjetiva inmediata, con disminución drástica de las molestias, aunque en otras ocasiones la mejoría tarda unos días en ser evidente.<sup>16,31</sup>

**Complicaciones de la frenotomía:** la tasa de complicaciones se sitúa en torno al 9 %<sup>14,30</sup> siendo las más frecuentes el sangrado (3-5 % según las series), recurrencias de frenillo (5 %), lesión en los labios o en las glándulas salivares, infecciones, lesión en el nervio lingual, formación de un quiste de retención de moco, dolor y fracaso de la técnica para mejorar la lactancia.<sup>1,30</sup> Una complicación menos frecuente, pero más grave, es la lesión del conducto de Wharton. Por ello es importante que el procedimiento sea realizado por un profesional entrenado.<sup>19</sup>

Hay casos especiales de anomalías craneofaciales, como el síndrome de Pierre Robin, en los que no se debe recurrir a la cirugía, ya que la frenotomía podría favorecer la obstrucción de la vía aérea por la lengua tras la intervención.

Para evitar la recurrencia del frenillo, algunos autores aconsejan a los padres que, varias veces al día, en la primera semana tras la intervención, empujen con el dedo índice firmemente en la zona de la incisión del frenillo hacia arriba.<sup>20</sup>

**Resultados de la frenotomía:** en los últimos años se han publicado múltiples estudios sobre la eficacia del procedimiento con resultados

controvertidos. La mayoría de los ECA, en los que se utilizan escalas clínicas de evaluación de la lactancia (principalmente con la escala LATCH, que evalúa el agarre al pecho, la deglución audible, la forma del pezón, la comodidad o confort y la necesidad de ayuda para mantener al lactante colocado al pecho) y escalas de dolor materno, muestran mejoría de la lactancia<sup>32</sup> y descenso significativo del dolor materno tras la intervención.<sup>33</sup> Aunque en los estudios que comprueban el beneficio de la frenotomía, el efecto placebo es difícil de cuantificar.<sup>19</sup> En un ECA doble ciego, se observó que mejoraba el agarre en el 75 % de los casos sometidos a la intervención, pero también en el 47 % en el grupo que no se realizó la frenotomía.<sup>34</sup> En un estudio observacional prospectivo, realizado en 264 lactantes sometidos a frenotomía por dificultades en la lactancia, se encontró que, si bien la mayoría de las madres (75 %) señalaban una mejoría en la lactancia 2 semanas después de la frenotomía, un 3 % indicaba que había empeorado.<sup>35</sup>

Algunos autores han constatado un aumento significativo de la producción de leche tras la frenotomía<sup>32,36</sup> y una mejoría importante de la seguridad y autoconfianza materna en la lactancia, evaluada mediante la Escala de grado de satisfacción y autoeficacia para la lactancia materna (BSES-SF, por su sigla en inglés).<sup>37</sup>

Estudios ecográficos han mostrado que la frenotomía favorece la liberación de la lengua, con una mejoría en la movilidad y menor deformidad del pezón. Este hecho clínicamente se traduce en descenso de chasquidos y paradas durante la toma, y mejoría del sueño. También se ha observado una mayor producción de leche, menos dolor durante la toma y menos hipo, regurgitación y tos inmediatamente tras la toma.<sup>36</sup>

Un estudio reciente, basado en entrevistas a familias de lactantes sometidos a frenotomía, constata una disminución significativa en la duración de las tomas y en el dolor materno. El 97 % de las familias encuestadas en el estudio señalaron que, en circunstancias similares, habrían elegido de nuevo ese tratamiento.<sup>31</sup>

Una revisión sistemática reciente, sobre el resultado de la frenotomía en niños menores de 3 meses, concluye que este procedimiento no se asocia a complicaciones graves y reduce el dolor en el pezón, pero ningún estudio de los analizados pudo demostrar si conlleva una lactancia materna exitosa. Los autores de la revisión señalan que todos los estudios tenían serias deficiencias metodológicas, por lo que se

necesitan ECA de alta calidad metodológica para determinar la eficacia de la frenotomía.<sup>8</sup>

### Frenuloplastia

Consiste en la escisión completa del frenillo. Es un procedimiento más invasivo y técnicamente más difícil que la frenotomía, por lo que debe ser realizado por un profesional cualificado. Requiere anestesia general o anestesia del nervio lingual. La técnica convencional se realiza con bisturí y con la ayuda de una sonda acanalada o de pinzas hemostáticas para guiar la incisión. Requiere puntos de sutura.<sup>1</sup>

En los últimos años surge como alternativa el uso del láser. Sus principales ventajas son la reducción de la cantidad de anestésicos locales y de las complicaciones posoperatorias (sangrado, dolor, hinchazón e infección) y elimina la necesidad de sutura.<sup>23</sup>

Al igual que tras la frenotomía, varios autores aconsejan que después de la frenuloplastia los padres pasen el dedo varias veces al día por el “diamante” que queda en la base de la lengua para impedir que la cicatrización de los tejidos reduzca parte de la movilidad alcanzada.<sup>1</sup> Tras la frenuloplastia también conviene realizar ejercicios de motilidad lingual, como el masaje digital en la superficie ventral de la lengua.<sup>14</sup>

Es fundamental continuar con el apoyo a la lactancia<sup>37</sup> y, en algunas ocasiones, es necesario el tratamiento con un logopeda para mejorar el movimiento de la lengua y la articulación del habla.<sup>14,23</sup>

En general, los estudios que comparan las distintas técnicas quirúrgicas y los que comparan la frenotomía con medidas no quirúrgicas tienen criterios diagnósticos distintos, poca potencia y no permiten extraer conclusiones definitivas.<sup>1</sup>

### CONCLUSIONES

La presencia de frenillo lingual corto en el recién nacido es un signo que alerta sobre la posible aparición de dificultades de lactancia. Es importante que se evalúe detenidamente la toma, utilizando escalas validadas, y se ofrezca apoyo de personal experto. En muchos casos se trata de variantes que no producen problemas o estos se solucionan fácilmente.

Si aparecen dificultades mayores, habrá que valorar cuidadosamente hasta qué punto son producidas por el frenillo y se deberá ofrecer, en primer lugar, asesoramiento sobre estrategias que ayuden al agarre y apoyo para el mantenimiento de la lactancia. La intervención quirúrgica podrá

ser útil en casos seleccionados, en los que no se consiga mejoría con las medidas anteriores. ■

### Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración a Dion Blake por la realización de los dibujos que ilustran los tipos de anquiloglosia.

### REFERENCIAS

- Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants. A review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 143(10):1032-9.
- González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán J, González Martínez MT, et al. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr (Barc).* 2014; 81(2):115-9.
- Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, et al. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta Paediatrica.* 2010; 99(2):301-3.
- Auerbach KG. Our first thematic issue: Ankyloglossia in Infancy. *J Hum Lact.* 1990; 6(3):101-2.
- Hong P. Five things to know about...ankyloglossia (tongue-tie). *CMAJ.* 2013; 185(2):E128.
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics.* 2002; 110(5):e63.
- Hazelbaker AK, Baeza C, Watson Genna C, Murphy J, et al. Incidence and Prevalence of Tongue-Tie. *Clin Lact.* 2017; 8(3):89-92.
- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3(3):CD011065.
- Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lact.* 2004; 20(4):409-14.
- Wong K, Patel P, Cohen MB, Levi J. Breastfeeding Infants with ankyloglossia: Insight into mothers' experiences. *Breastfeed Med.* 2017; 12:86-90.
- Hazelbaker A. The Assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice. [Tesis]. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993.
- Lopes de Castro Martinelli R, Queiroz Marchesan J, Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol for infants. *Int J Orofacial Myology.* 2012; 38:104-12.
- Coryllos E, Watson Genna C, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for baby and mother.* 2004; Summer:1-11.
- Cuestas G, Demarchi V, Martínez Corvalán MP, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch Argent Pediatr.* 2014; 112(6):567-70.
- Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J.* 2006; 1(1):3.
- Hall DM, Rendrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child.* 2005; 90(12):1211-5.
- Riskin A, Mansovsky M, Coler-Botzer T, Kugelman A, et al. Tongue-tie and breastfeeding in newborns-mothers' perspective. *Breastfeed Med.* 2014; 9(9):430-7.
- Douglas P. Making sense of studies that claim benefits of frenotomy in the absence of classic tongue tie. *J Hum Lact.* 2017; 33(3):519-23.
- Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child.* 2015; 100(5):489-94.
- Kenny-Scherber AC, Newman J. Office-based frenotomy for ankyloglossia and problematic breastfeeding. *Can Fam*

- Physician*. 2016; 62(7):570-1. Principio del formulario. Final del formulario.
21. Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, et al. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases. *Laryngoscope Invest Otolaryngol*. 2019; 4(5):489-96.
  22. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery*. 2018; 58:145-55.
  23. Junqueira MA, Cunha NN, Silva LLC, Araújo LB, et al. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. *J Appl Oral Sci*. 2014; 22(3):241-8.
  24. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020; 162(5):597-11.
  25. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, Douglas P, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. *Breastfeed Med*. 2021; 16(4):278-81.
  26. Toner D, Giordano T, Handler SD. Office frenotomy for neonates: resolving dysphagia, parental satisfaction and cost-effectiveness. *ORL Head Neck Nurs*. 2014; 32(2):6-7.
  27. Shekher R, Lin L, Zhang R, Hoppe IC, et al. How to Treat a Tongue-tie: An Evidence-based Algorithm of Care. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021; 9(1):e3336.
  28. Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014; 99(3):F189-95.
  29. Donati-Bourne J, Batool Z, Hendrickse C, Bowley D. Tongue-tie Assessment and division: A time-critical intervention to optimise breastfeeding. *J Neonatal Surg*. 2015; 4(1):3.
  30. Hansen R, MacKinlay GA, Manson W. Ankyloglossia intervention in outpatients is safe: our experience. *Arch Dis Child*. 2006; 91(6):541-2.
  31. Illing S, Minnee M, Wheeler J, Illing L. The value of frenotomy for ankyloglossia from a parental perspective. *N Z Med J*. 2019; 132(1500):70-81.
  32. Martinelli RL, Marchesan IQ, Gusmão RJ, Honório HM et al. The effects of frenotomy on breastfeeding. *J Appl Oral Sci*. 2015; 23(2):153-7.
  33. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med*. 2006; 1(4):216-24.
  34. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012; 7(3):189-93.
  35. Dollberg S, Marom R, Botzer E. Lingual frenotomy for breastfeeding difficulties: a prospective follow-up study. *Breastfeed Med*. 2014; 9(6):286-9.
  36. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs L, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics*. 2008; 122(1):e188-94.
  37. Ghaheri B, Cole M, Fausel S, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*. 2017; 127(5):1217-23.
  38. Riaño I. Manejo de la lactancia materna en el lactante enfermo. En: Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana 2008. Págs.371-85.

## ANEXO

### Clasificación del frenillo lingual según los criterios de Hazelbaker (modificado de Ballard y cols.,<sup>6</sup> y Riaño I<sup>38</sup>)

#### Apariencia de la lengua

---

1. Aspecto de la lengua cuando está levantada (observar el borde anterior de la lengua cuando el bebé llora o intenta sacar o elevar la lengua):
    2. Redondeada.
      1. Mínima muesca en la punta.
      0. Forma de V o de corazón.
  2. Elasticidad del frenillo (se palpa el frenillo mientras la lengua está estirada):
    2. Muy elástico.
    1. Moderadamente elástico.
    0. Elasticidad escasa o nula.
  3. Longitud del frenillo con la lengua elevada (aproximadamente en cm):
    2. Más de 1 cm.
    1. Aproximadamente 1 cm.
    0. Menos de 1 cm.
  4. Unión de la lengua al frenillo (donde se une a la cara inferior de la lengua):
    2. Posterior a la punta de la lengua.
    1. En la punta.
    0. Punta lingual hendida por el frenillo.
  5. Unión del frenillo al borde alveolar inferior (donde empieza el frenillo en el suelo):
    2. En el suelo de la boca muy por detrás del borde alveolar.
    1. Justo por debajo del borde alveolar.
    0. En el reborde alveolar.
- 

#### Funcionalismo lingual

---

1. Lateralización (seguir el reborde de la encía inferior, tocando el borde lateral de la lengua con el dedo):
  2. Completa.
    1. El cuerpo lingual, pero no la punta.
    0. No lateraliza.
2. Elevación de la lengua (al sacar el dedo de la boca, si llora, la punta de la lengua se debe elevar hasta la mitad de la boca, permaneciendo la mandíbula abierta):
  2. La punta sube hasta la mitad de la boca.
  1. Casi llega a la mitad de la boca.
  0. La punta permanece en el borde alveolar inferior y solo sube al cerrar la boca.
3. Extensión de la lengua (se obtiene el reflejo estimulando el labio inferior en dirección al mentón):
  2. La punta sobresale del labio inferior.
  1. La punta solo llega a la encía inferior.
  0. Nada de lo anterior o la parte media lingual se abomba.
4. Extensión de la porción anterior de la lengua (se aprovecha el reflejo de búsqueda y tocando los labios, antes de que empiece a succionar, se ve si la parte anterior de la lengua se extiende y adelgaza o no lo hace):
  2. Completa.
  1. Moderada o parcial.
  0. Ninguna.

5. Adaptación de la lengua al succionar (la lengua se adapta al dedo del explorador tomando un aspecto hueco, de copa (*cupping*) cuando el bebé succiona, como si la lengua se pegara al dedo):
2. Adaptación completa, de todo el borde lingual.
  1. Solo en los bordes, no en la punta.
  0. No se adapta.
6. Peristalsis (con el dorso del dedo, es un movimiento ondulante desde la punta de la lengua hacia atrás):
2. Completa, desde la punta hacia atrás.
  1. Parcial o se origina detrás de la punta lingual.
  0. Ausente o peristalsis retrógrada.
7. Chasquido (se oye cuando la lengua pierde el agarre al pecho o al dedo del examinador, al intentar general presión negativa para succionar):
2. Nunca se oye.
  1. Se oye periódicamente.
  0. Frecuentemente o con cada succión.
- 

Una puntuación menor de 8 en el aspecto de la lengua y menor de 11 en la función se asocia con dificultades en la lactancia.