

Protocolos de la ABM

Uno de los objetivos fundamentales de la *Academy of Breastfeeding Medicine* es la elaboración de protocolos clínicos para tratar problemas médicos frecuentes que pueden influir en el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos solo sirven a modo de directrices para la asistencia de las madres lactantes y los lactantes amamantados y no definen un tratamiento exclusivo ni sirven como normas de asistencia médica. Puede resultar apropiado hacer modificaciones del tratamiento en función de las necesidades de cada paciente.

Protocolo n.º 11: Directrices para la evaluación y el tratamiento de la anquiloglosia neonatal y sus complicaciones en la diada de la lactancia materna

DEFINICIÓN

Anquiloglosia, parcial: Presencia de un frenillo sublingual que cambia el aspecto o la función de la lengua del lactante por su menor longitud, falta de elasticidad o fijación demasiado distal debajo de la lengua o en el borde gingival o demasiado cerca de él. En este documento nos referiremos a la anquiloglosia parcial como simplemente “anquiloglosia”. La anquiloglosia “verdadera” o “completa”, una fusión extensa de la lengua hasta el suelo de la boca, es extremadamente rara y queda fuera del alcance de esta discusión.

INFORMACIÓN BÁSICA

Al nacer, la lengua del lactante normalmente es capaz de extenderse por encima y sobrepasar la almohadilla gingival mandibular. Una anquiloglosia importante impide que un lactante extienda y eleve la lengua por delante, y muchos expertos en lactancia materna creen que estas limitaciones alteran el movimiento peristáltico normal de la lengua durante la alimentación, lo que puede causar traumatismos del pezón y problemas para conseguir una transferencia eficaz de leche y el aumento de peso del lactante.

La anquiloglosia, conocida comúnmente como lengua anclada, afecta al 3,2% a 4,8% de los lactantes a término consecutivos al nacer^{1,2} y al 12,8% de los lactantes con problemas de lactancia.² Este trastorno se ha asociado a una mayor incidencia de dificultades en la lactancia materna: 25% en los lactantes afectados y 3% en los no afectados.¹

Se han propuesto diversos métodos para diagnosticar y evaluar la gravedad de la anquiloglosia^{3,4} y determinar los criterios de intervención.^{5,6} Las consecuencias a corto y largo plazo de la anquiloglosia pueden ser dificultades para comer y hablar,^{7,8} anomalías ortodóncicas y mandibulares⁹⁻¹² y problemas psicológicos.¹³

En el decenio de 1990 se publicaron varios casos clínicos y estudios observacionales que documentaron una relación entre la anquiloglosia y problemas con la lactancia materna.¹⁴⁻¹⁸ Existe una gran controversia sobre la importancia de la anquiloglosia y su tratamiento, tanto dentro como entre los grupos de especialidades médicas.^{19,20} El diagnóstico de anquiloglosia y el uso de frenotomía, una incisión o “división” del frenillo, para tratar la anquiloglosia varían considerablemente. Se ha demostrado recientemente que el procedimiento de frenotomía, realizado cuidadosamente, disminuye el dolor del pezón materno y mejora el agarre del lactante² y la transferencia de leche (comunicación personal, J. Ballard, 27 de julio de 2004).

Hay una tendencia creciente entre los especialistas en lactancia a favorecer la liberación de la lengua del lactante a fin de facilitar la lactancia materna y proteger la experiencia de la lactancia. Por el momento, no se dispone de ensayos aleatorizados que demuestren que la frenotomía para la anquiloglosia es eficaz para tratar los problemas del lactante o de la lactancia materna.

EVALUACIÓN DE LA ANQUILOGLOSIA

Todos los recién nacidos, ya sean sanos o enfermos, deben someterse a una exploración minuciosa de la cavidad bucal para valorar la función y la anatomía. Esta exploración debe incluir la palpación del paladar duro y blando, las encías y las zonas sublinguales, además de los movimientos de la lengua, y la longitud, la elasticidad y los puntos de inserción del frenillo sublingual.

Cuando hay dificultades para amamantar y se observa un frenillo sublingual corto o estrecho, el aspecto y la función de la lengua pueden semicuantificarse utilizando un sistema de puntuación como el de Hazelbaker³ (Tabla P-3). La escala de Hazelbaker se ha evaluado en cuanto a fiabilidad entre evaluadores (comunicación personal, J Ballard, 27 de julio de 2004) y se ha validado en una muestra de recién nacidos a término.² Se ha demostrado que las puntuaciones de Hazelbaker compatibles con una anquiloglosia significativa se correlacionan estrechamente con dificultad para sujetar al lactante en la mama y síntomas maternos de dolor en los pezones.² La anquiloglosia también puede clasificarse como leve, moderada o grave por el aspecto de la lengua y del frenillo.

TABLA P-3 Instrumento de Hazelbaker para evaluar la función del frenillo lingual*

Ítems de aspecto	Ítems de función
Aspecto de la lengua al levantarse	Lateralización
2: Redondo o cuadrado	2: Completa
1: Ligeramente hendida en la punta	1: El cuerpo de la lengua pero no la punta
0: Forma de corazón o de V	0: No es posible
Elasticidad del frenillo	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
Longitud del frenillo lingual al levantar la lengua	Extensión de la lengua
2: > 1 cm	2: La punta sobre el labio inferior
1: 1 cm	1: La punta solo sobre la encía inferior
0: < 1 cm	0: Ninguna de las anteriores, o bultos en la parte anterior o media de la lengua
Unión del frenillo lingual a la lengua	Extensión 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
Unión del frenillo lingual al borde alveolar inferior	Ventosas (capacidad de hacer el vacío)
2: Borde completo, concavidad firme	2: Unido al suelo de la boca o muy por debajo del borde
1: Solo los bordes laterales, concavidad moderada	1: Unido justo por debajo del borde
0: Escasa o nula concavidad	0: Unido en el borde
Peristaltismo	
2: Completo, de delante atrás	
1: Parcial, originado desde detrás de la punta	
0: No hay movimiento o es en sentido inverso	
Chasquido	
2: No hay	
1: Periódico	
0: Frecuente o con cada succión	

*La lengua del lactante se evalúa valorando los 5 ítems de aspecto y los 7 ítems de función. Se diagnostica una anquiloglosia significativa cuando la puntuación total del aspecto es de 8 o inferior o la puntuación total de la función es de 11 o inferior. (2;3) Adaptado con autorización de Hazelbaker AK: Instrumento de evaluación de la función del frenillo lingual (ATLFF): Uso en una tesis de maestría en una consulta privada de especialistas en lactancia, *Pacific Oaks College*, 1993.

EVALUACIÓN DE LA DIADA DE LA LACTANCIA MATERNA

Por lo general, las complicaciones de la lactancia causadas por la anquiloglosia pueden clasificarse en categorías generales entre las causadas por el traumatismo materno del pezón o por la incapacidad del lactante de alimentarse con eficacia. Las molestias específicas consisten en dificultad para agarrar o mantener el agarre, frustración o adormecimiento del lactante en el pecho, tomas de alimentación prolongadas, insatisfacción del bebé, masticación o mordedura con las encías de la mama, aumento de peso insuficiente o retraso del crecimiento. Las molestias maternas consisten en pezones traumatizados, dolor intenso y continuo con la alimentación, incapacidad para secretar leche por el dolor, evacuación mamaria incompleta, infecciones de la mama y conductos taponados.

El médico debe entrevistar a la madre para determinar su grado de confianza y comodidad durante la lactancia. Esto puede hacerse de manera semicuantitativa utilizando un sistema de puntuación como la puntuación LATCH o un instrumento parecido.²¹ Se ha demostrado que la puntuación LATCH se correlaciona con la duración de la lactancia materna, pero solo como resultado de subpuntuaciones de comodidad mamaria.²²

Si la madre refiere dolor en el pezón, el médico puede usar una escala de dolor para semicuantificar su percepción del grado de dolor. Esto sirve para seguir las tendencias en la intensidad del dolor, lo que ayuda a determinar la eficacia de una intervención.

Hay que pesar al lactante y determinar la velocidad del aumento de peso desde el nacimiento. El médico debe observar a la madre y al lactante durante las tomas para evaluar la eficacia de la alimentación y prestar asistencia según proceda. Deben anotarse problemas tales como agarre insuficiente o no sostenido y tomas ineficaces. Son útiles las comprobaciones de los pesos para determinar la transferencia de leche. Hay que pesar al lactante antes y después de la toma sin cambiar la ropa o el pañal; la diferencia entre los pesos en gramos indica la cantidad de leche materna consumida en mililitros.

Los pezones de la madre deben examinarse meticulosamente en busca de pliegues, hematomas, ampollas, grietas o hemorragias. El edema y el eritema areolares son posibles signos de infección del pezón. Se deben obtener los antecedentes familiares de diátesis hemorrágica.

RECOMENDACIONES

Puede ser suficiente un tratamiento conservador de la lengua anclada, sin necesidad de intervención más allá de la asistencia de la lactancia materna, la información a los padres y la tranquilización.¹⁹ En caso de anquiloglosia parcial, si se considera adecuada la liberación de la lengua anclada, el procedimiento debe ser realizado por un médico o un odontólogo infantil con experiencia en el procedimiento; de lo contrario, se debe enviar al paciente a un especialista en otorrinolaringología o un cirujano maxilofacial.

La liberación de la anquiloglosia es un procedimiento de cirugía menor, pero puede ser ineficaz para resolver el problema clínico inmediato y puede causar complicaciones como dolor y molestias en el lactante y hemorragia postoperatoria, infección o lesión del conducto de Wharton.¹⁹ Sin embargo, las complicaciones son infrecuentes.^{1,2,5,9}

La frenotomía, o incisión simple o “división”, de la lengua anclada es el procedimiento más común para la anquiloglosia parcial. Hay que reconocer que las cicatrices postoperatorias pueden limitar aún más el movimiento de la lengua.¹⁹ La escisión con alargamiento de la superficie ventral de la lengua o la liberación con plastia en Z son procedimientos con menos cicatrices postoperatorias, pero entrañan los riesgos adicionales de la anestesia general.¹⁹

PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA

Instrumentos: Tijeras iris y separador ranurado

Suministros: Guantes y gasa limpios; espuma de gelatina.

Método: Se debe asesorar a los padres sobre los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento y obtener el consentimiento informado. Este asesoramiento debe incluir una explicación de la posibilidad de que el problema clínico de la lactancia materna no mejore.

El frenillo puede transluminarse para comprobar la translucidez y la falta de vascularización. El frenillo suele ser una membrana hipovascular translúcida y fina, en la que una frenotomía simple supone un procedimiento casi incruento. Rara vez es grueso o fibroso o muscular y relativamente vascular. El otorrinolaringólogo o el cirujano maxilofacial son los que hacen la mejor incisión de un frenillo grueso en condiciones controladas.

El frenillo está casi desprovisto de inervación sensitiva. Los lactantes menores de 4 meses suelen tolerar muy bien la frenotomía sin anestesia local. También puede aplicarse un anestésico tópico (p. ej., gel o pasta de benzocaína) con aplicadores de algodón a ambos lados del frenillo en la zona que hay que incidir. Sin embargo, esto puede tener el efecto no deseado de adormecer la boca, de forma que el bebé no pueda succionar con eficacia una vez finalizada la frenotomía.

Se coloca al lactante en decúbito supino en la mesa de exploración o en el regazo de la madre. Un ayudante sostiene los codos del bebé con firmeza contra las orejas y estabiliza la barbilla con el dedo índice. También se puede envolver al lactante en una sábana para recién nacido con el fin de inmovilizar los brazos mientras el ayudante estabiliza la cabeza. Una ligera extensión del cuello del lactante permite ver mejor la lengua y el frenillo. Con el retractor ranurado o sus dedos, el médico levanta la lengua para exponer el frenillo. Con las puntas de las tijeras iris se hace una incisión en la porción más fina del frenillo, próxima al retractor y paralela a la lengua. Se procurará no incidir la lengua, el músculo geniogloso ni el tejido gingival. La incisión debe extenderse al surco entre la lengua y el músculo geniogloso, justo por encima del músculo, evitando con cuidado el suelo de la boca. Esto garantiza la separación completa de la lengua de las encías, sin dañar la mucosa sublingual ni el conducto salival (Figura P-1).

Se seca la zona situada debajo de la lengua con una gasa hasta que no se observe sangre. En caso de una hemorragia inesperada que dure más de 2 o 3 minutos, puede utilizarse una tira de espuma de gelatina para

conseguir una hemostasia rápida. Se puede devolver inmediatamente el lactante a la madre para que lo amamante. En ese momento hay que volver a evaluar el agarre del lactante y el dolor del pezón materno. No se precisan cuidados postoperatorios específicos, excepto la lactancia. En algunos lactantes se observa una pequeña placa o escara blanca durante 1 o 2 semanas a lo largo del proceso de cicatrización. La infección del foco es extremadamente rara si se utiliza la técnica limpia descrita.

Figura P-1 Con el elevador lingual de Lorenz, se expone el frenillo lingual. Se estira la lengua hacia arriba para visualizar el frenillo y el suelo de la boca. En este lactante fue necesaria una incisión de 8 mm para permitir un movimiento suficiente de la lengua con vistas a una lactancia materna eficaz. (Imagen por cortesía del Dr. Larry Kotlow.)

El equipo médico utilizado en este procedimiento debe esterilizarse o desinfectarse de conformidad con las directrices de los *Centers for Disease Control*.²³

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL LACTANTE CAUSADAS POR LA ANQUILOGLOSIA

Si hay daño o infección del pezón, debe instaurarse un programa de tratamiento específico del problema. La mastitis y las infecciones por levaduras deben tratarse según las directrices consolidadas.²⁴

Algunas madres necesitan dar un descanso al pezón durante uno o varios días para permitir la curación antes de reanudar las tomas en la mama. Se debe recomendar a estas madres que se extraigan la leche para mantener su suministro de leche y para dar su leche al bebé con otro método.

Hay que resolver la lactancia suprimida y hacer todo lo posible por restablecer el suministro de leche materna. Los lactantes que hayan aumentado de peso lentamente o que no crezcan pueden necesitar temporalmente suplementos de leche materna extraída o leche artificial.

El seguimiento de la resolución de las complicaciones maternas y del lactante causadas por la anquiloglosia debe estar a cargo del médico de atención primaria de la madre o el lactante en los 3 o 4 días siguientes a la frenotomía.

INVESTIGACIÓN ADICIONAL

Este protocolo fue elaborado por la Academy of Breastfeeding Medicine para proporcionar a los médicos orientación sobre la evaluación y el tratamiento de la anquiloglosia y los problemas asociados a la lactancia materna. Se podrán dar recomendaciones más definitivas cuando se hagan más investigaciones sobre esta materia en el futuro. La Academy of Breastfeeding Medicine insiste en que se realicen más investigaciones para que se puedan conocer mejor los beneficios y riesgos de la frenotomía para la anquiloglosia y su eficacia en el tratamiento de los problemas relacionados con la lactancia materna. Reconocemos específicamente que los instrumentos de Hazelbaker y LATCH citados en este documento requieren más pruebas de fiabilidad y validez intraevaluador y entre evaluadores. Reconocemos también que existe una gran necesidad de instrumentos clínicos para evaluar el rendimiento de la lactancia materna y el grado de anquiloglosia y función de la lengua. Además, se necesita un ensayo clínico aleatorizado y enmascarado para los investigadores con el fin de evaluar la eficacia de la frenotomía en el tratamiento de los problemas del lactante y la lactancia materna asociados a la anquiloglosia.

Copyright protegido © 2004 *The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc.* Aprobado el 3 de agosto de 2004

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

*Jeanne Ballard, MD

Caroline Chantry MD, FABM, copresidente

Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, copresidente

Desarrollo financiado en parte con una beca *del Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services*

*Autor(es) principal(es)

BIBLIOGRAFÍA

1. Messner AH, Lalakea ML: Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 54:123–131, 2000.
2. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC: Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 110:e63, 2002.
3. Hazelbaker, AK: The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Master's Thesis, Pacific Oaks College, 1993.
4. Kotlow LA: Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 30:259–262, 1999.
5. Masaitis NS, Kaempf JW: Developing a frenotomy policy at one medical center: A case study approach. *J Hum Lact* 12:229–232, 1996.
6. Sanchez-Ruiz I, Gonzalez Landa G, Perez Gonzalez V, et al: [Section of the sublingual frenulum. Are the indications correct?] [Spanish]. *Cir Pediatr* 12:161–164, 1999.
7. Garcia Pola MJ, Gonzalez Garcia M, Garcia Martin JM, Gallas M, Seoane Leston J: A study of

- pathology associated with short lingual frenum. *ASDC J Dent Child*. 69:59–62, 12, 2002.
8. Messner AH, Lalakea ML: The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 127:539–545, 2002.
 9. Wright JE: Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 31:276–278, 1995.
 10. Williams WN, Waldron CM: Assessment of lingual function when ankyloglossia (tongue-tie) is suspected. *J Am Dent Assoc* 110:353–356, 1985.
 11. Yoel J: [Tongue tie and speech disorders]. *Trib Odontol (B Aires)* 60:195–196, 198, 200, 1976.
 12. Hasan N: Tongue tie as a cause of deformity of lower central incisor. *J Pediatr Surg* 8:985, 1973.
 13. Ketty N, Sciuillo PA: Ankyloglossia with psychological implications. *ASDC J Dent Child* 41:43–46, 1974.
 14. Jain E: Tongue-tie: its impact on breastfeeding. *AARN News Lett* 1995:18.
 15. Notestine GE: The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems. *J Hum Lact* 6:113–115, 1990.
 16. Berg KL: Tongue-tie (ankyloglossia) and breastfeeding: A review. *J Hum Lact* 6:109–112, 1990.
 17. Marmet C, Shell E, Marmet R: Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. [Review]. *J Hum Lact* 6:117–121, 1990.
 18. Nicholson WL: Tongue-tie (ankyloglossia) associated with breastfeeding problems. *J Hum Lact* 7: 82–84, 1991.
 19. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee: Canadian Paediatric Society Statement: Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health* 7:269–270, 2002.
 20. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E: Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 126:36–39, 2000.
 21. Jensen D, Wallace S, Kelsay P: LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 23:27–32, 1994.
 22. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T: Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 17:20–23, 2001.
 23. Centers for Disease Control: Sterilization or disinfection of medical devices: General principles. www.cdc.gov/ncidod/hip/Sterile/Sterilgp.htm. 8-20-2002.
 24. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Amir LH, Chantry C, Howard C R: Clinical Protocol Number 4: Mastitis. www.bfmed.org. Academy of Breastfeeding Medicine, 2002.