



Guía: La anquiloglosia. Impacto sobre la lactancia materna.

Lansinoh®

Para Profesionales de la Salud

La anquiloglosia



La anquiloglosia, más comúnmente conocida como frenillo lingual corto, tiene la peculiaridad de **impedir los movimientos normales de la lengua**. Es un defecto congénito bastante común con, tal vez, factores genéticos, ya que se encuentran casos de anquiloglosia dentro de la misma familia.

El frenillo lingual es una membrana que consiste en una red de fibras que conecta la lengua con el suelo de la boca. Si esta membrana es demasiado tensa, puede llegar a restringir los movimientos de la lengua del bebé, que son necesarios para una succión eficaz y, por lo tanto, se puede poner en peligro la implementación de la lactancia materna.

Un procedimiento quirúrgico denominado “frenotomía” consiste en espaciar esta membrana de tal manera que libere la lengua de la base de la boca para hacerla más móvil.

La mitad de los bebés con esta peculiaridad pueden amamantar sin dificultad, pero en la otra mitad, la anquiloglosia puede ser sinónimo de succión difícil, problemas en el aumento de peso del bebé o, en la madre, pezones con lesiones dolorosas, a veces muy profundas y sangrientas.

Incluso las madres más motivadas describen la experiencia de la lactancia materna en estas circunstancias como frustrante, decepcionante y muy alejada de lo que habían imaginado.

Presentación y epidemiología

El dolor en el momento del agarre al pecho o durante la toma es una de las principales razones para el cese temprano de la lactancia materna. Muchos factores pueden estar causando esta situación, desde obstrucciones, mastitis, abscesos, candidiasis mamaria y también anquiloglosia.

El impacto de la anquiloglosia varía considerablemente, del 0,02% al 10,7%, pero eso depende esencialmente de cómo se evalúe esta condición, evaluación que no siempre se lleva a cabo de manera objetiva. En cualquier caso, la anquiloglosia está relativamente presente, sobre todo entre los niños.



Los niños parecen tener tres veces más probabilidades de presentar anquiloglosia que las niñas.

La importancia de la lengua en la lactancia

La lengua es un órgano indispensable para el habla, las interacciones sociales (sacar la lengua, besar...), el uso de instrumentos musicales de viento, así como para el gusto, masticar, chupar y tragar. Participa en la construcción craneofacial y desarrollo de la cavidad oral (paladar, mandíbulas, dientes). Consiste en un conjunto de 17 músculos, pero el cuerpo principal está unido solo a un extremo, el hueso hioides en la parte posterior.

Para que la lactancia materna sea eficaz depende de:

- la longitud de la lengua por la parte puntiaguda
- la amplitud de movimientos de la lengua
- la flexibilidad del suelo de la cavidad oral

Una lengua “normal”, en el momento de la lactancia, succiona de forma adecuada el tejido mamario y el pezón hasta el fondo de la boca al nivel del paladar blando. La lengua forma una especie de canal, o canalón, que ayuda a mantener el pecho en posición.

Un estudio de 31 lactantes con anquiloglosia no tratada (Praborini A, Purnamasari H, Munandar A et al, 2015) concluyó que ninguno de los bebés tenía una buena lactancia materna a pesar de la correcta postura de agarre al pecho. Los autores del estudio informaron de que “los bebés mordían el pezón, hacían ruidos, tenían las mejillas huecas o doblaban el labio inferior durante la toma”.

En el momento de la toma, el bebé primero debe levantar la punta de la lengua, que se estira y succiona el pecho de la madre. Después, una onda de compresión desde la punta de la lengua hasta el centro de la misma estimula la parte areolar hasta generar el reflejo de expulsión de la leche. La parte posterior de la lengua desciende al suelo de la boca, un movimiento al que se le llama depresión. La combinación de movimientos de compresión y depresión son esenciales para extraer la leche materna, y se crea un hueco en la lengua en el que se acumula una cierta cantidad de leche antes de tragar.



Buena funcionalidad



Anquiloglosia

Algunos bebés con anquiloglosia usan sus mandíbulas o sus labios para comprimir aún más el pecho y compensar así la falta de movimiento “adecuado” de la lengua. Las madres informan de una sensación de mordisquear, de masticar su pezón. Estos bebés a menudo tienen ampollas en los labios como resultado de intentar comprimir el pecho para mantenerlo en su boca. A menudo rechazan el pecho, se cansan y/o se enfadan. En la mayoría de los casos, su enganche al pecho es poco profundo, y como los movimientos de la lengua están restringidos, causan fricción en los pezones y por lo tanto dolor y aparición de grietas. Debido a este aumento del dolor, el reflejo de eyección de la leche puede verse comprometido y, por lo tanto el bebé tiene que ejercer más compresión para obtener leche.

Las dificultades relacionadas con la anquiloglosia pueden aparecer rápidamente; de hecho, la lactancia materna puede verse comprometida desde las primeras 24 horas y las madres pueden experimentar dolor intenso en los pezones desde el día después del parto.



Algunos bebés con anquiloglosia grave tienen incluso dificultad para alimentarse con biberón.

Posibles síntomas o problemas causados por la anquiloglosia

En la madre

- pezones doloridos, dañados e irritados
- pezones deformados y/o decolorados inmediatamente después de succionar
- dolor persistente a pesar de corregir la postura o posición de enganche
- congestión/mastitis debido a un drenaje deficiente de los pechos
- disminución de la producción de leche materna por falta de estimulación adecuada
- cansancio debido a tomas constantes y largas
- frustración por no conseguir una lactancia estable

En el bebé

- movilidad restringida de mandíbulas y lengua
- dificultad para agarrar y succionar de forma profunda el pecho
- tomas interrumpidas por cansancio debido al esfuerzo por extraer la leche
- tomas muy frecuentes y/o muy largas.
- pérdida de peso inicial excesiva/aumento de peso lento y/o problemático
- chasquidos de la lengua durante la toma, fugas de leche
- dificultad para controlar el flujo de leche
- tendencia a tener cólicos, gases, hipo, reflujo

Evaluación de la anquiloglosia

Dado que aproximadamente la mitad de los bebés con anquiloglosia pueden amamantar sin dificultad y sin causar dolor o complicaciones a sus madres, una evaluación del frenillo es importante para determinar si es necesario, o no, tratarlo quirúrgicamente.

El cuadro de evaluación de la lengua infantil de Hazelbaker es una excelente herramienta de referencia.

El diagnóstico se realiza de acuerdo a 5 criterios anatómicos (apariciencia) y 7 criterios funcionales como se muestra en la tabla a continuación.

El profesional sanitario califica cada criterio de 0 a 2.

- Una puntuación de 14 indica la **funcionalidad normal**
- Una puntuación por debajo de 11 indica una **anquiloglosia significativa** que probablemente requiere una frenotomía
- Una puntuación de los criterios de apariciencia por debajo de 8 indica **anquiloglosia**; sin embargo, el tratamiento solo se recomienda si el bebé tiene problemas funcionales no resueltos por un enfoque osteopático.

Cuadro de evaluación de Hazelbaker	
Apariciencia de la lengua	Test de funcionalidad
Apariciencia de la lengua en posición elevada 2: redonda o cuadrada 1: ligeramente con muesca en la punta 0: en forma de corazón o V	Lateralización 2: completo 1: cuerpo de la lengua pero no la punta 0: ausente
Elasticidad del frenillo 2: muy elástico 1: moderadamente elástico 0: muy poco o nada elástico	Elevación (hacia el paladar, boca abierta) 2: la punta se eleva en el centro de la boca 1: solo los bordes se elevan en el centro 0: la punta permanece al nivel de la encía (aspecto de la lengua plana)
Longitud del frenillo con lengua levantada 2 : >1cm 1 : 1cm 0 : <1cm	Extensión 2: la punta excede el labio inferior 1: la punta cubre solo la encía 0: ninguna o muy leve (abultada)
Zona de fijación del frenillo a la lengua 2: posterior a la punta de la lengua 1: en la punta de la lengua 0: punta de la lengua fija y retraída	Extensión de la parte anterior 2: completa 1: parcial 0: débil o ausente
Zona de fijación del freno a la encía 2: en el piso de la cavidad oral, muy por debajo de la cresta 1: justo debajo de la cresta 0: en la cresta de la encía	Excavación (forma de canaleta) 2: toda la lengua 1: solo lados 0: muy débil o ausente
Puntuación total de la apariciencia: Puntuación total de la funcionalidad:	Peristalsis 2: completa desde la punta hasta la parte posterior 1: parcial, comenzando después de la punta 0: movimiento ausente o inverso
Diagnóstico-Tipo de frenillo: Recomendaciones:	Chasquido de la lengua 2: nunca 1: periódicamente 0: frecuentemente, con cada movimiento de succión

Tipos de anquiloglosia



TIPO 1

El frenillo está unido a la punta de la lengua y a la cresta alveolar. La lengua tiene forma de corazón en posición elevada.



TIPO 3

El frenillo está en el medio de la lengua y está unido al suelo de la boca sobre una parte más larga o más corta, a veces formando un velo más o menos grueso.



TIPO 2

El frenillo está entre 2 y 4 mm detrás de la punta de la lengua y está unido a la cresta alveolar o justo detrás.



TIPO 4

el frenillo comienza desde la base de la lengua, detrás del suelo de la boca, es grueso, rígido, de apariencia brillante y se esconde debajo de la membrana mucosa. Es evaluable por palpación y pruebas funcionales de la lengua en lugar de a simple vista.



Los frenillos tipo 1 y 2 son clásicos y anteriores, los más comunes (75%), y los tipos 3 y 4 se llaman posteriores y son más difíciles de diagnosticar y a menudo causan dificultades de control intraoral y manejo del bolo (extracción de leche on la boca, dificultad para coordinar la succión, la deglución y la respiración). A menudo se asocian con la presencia de un paladar alto y hueco.

Frenotomía

La frenotomía es un procedimiento quirúrgico simple y seguro que no requiere sedación y que generalmente mejora la situación con bastante rapidez, especialmente si se practica lo suficientemente pronto. En algunos casos, el bebé tardará unos días antes de notar una mejora real porque debe acostumbrarse a la nueva movilidad de su lengua. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los padres para que sus bebés practiquen algunos ejercicios de rehabilitación de la lengua.

Para el procedimiento de frenotomía, se coloca al bebé boca arriba y a menudo envuelto para que el movimiento de los brazos no interfiera con el practicante y se sostiene con firmeza la cabeza y cuello del bebé para que pueda abrir bien la boca. El profesional (pediatra, dentista o otorrinolaringólogo) levanta la lengua con los dedos o con una espátula específica y utiliza unas tijeras con extremos redondeados bien afilados para cortar el frenillo y liberar la lengua. Hay un ligero sangrado que se detiene muy rápidamente mediante la aplicación de una compresa. No es práctico suturar nada, la cicatrización se realiza con bastante rapidez gracias a la leche materna. La operación también se puede practicar con láser y es un acto preciso que requiere cierta destreza. Algunos profesionales aplican gel anestésico en el frenillo del bebé y sugieren dar al bebé un poco de paracetamol para minimizar las molestias (10 mg/kg cada 4 horas durante 24 horas después de la frenotomía).

En cualquier caso, se recomienda poner al pecho al bebé inmediatamente después de la operación, pues tiene un efecto analgésico y contribuye a una mayor liberación de la lengua. Algunas madres notan inmediatamente una diferencia en la succión, para otras, las diferencias serán más sutiles y la mejora será gradual en los próximos días. Además, el tratamiento osteopático dentro de las 48 horas posteriores a la frenotomía es muy beneficioso en la mayoría de los casos.

La investigación Cochrane de 4 estudios concluyó que no hay efectos secundarios después de una frenotomía.

Un estudio de 2010 realizado por Miranda y Milroy sobre el impacto de la frenotomía en el crecimiento de los bebés dos semanas después de la cirugía, mostró que de los 51 bebés que participaron en el estudio, todos se habían recuperado de peso y en el 63% de los casos, el número de tomas en 24 horas aumentó gradualmente, un promedio de 10 a 7, y el suplemento de biberones pasó, de promedio, de 9 a 2 en 24 horas. Las madres también informaron de una mejora notable en la comodidad de las tomas, con una disminución o incluso una reducción del dolor en el 83% de los casos. El 55% de las madres experimentaban problemas en el enganche al pecho antes de la frenotomía y el 89% de ellas notaron una notable mejoría después de la frenotomía.

Determinar el momento ideal para sugerir una frenotomía es cuestionable, aunque a menudo se demuestra que la intervención temprana con un control cercano aumenta las posibilidades de resolver el problema y permite una lactancia exitosa.

Conclusión

La anquiloglosia es relativamente común en los bebés y puede provocar problemas en la lactancia materna, de ahí la importancia de una evaluación rigurosa, de los consejos de un profesional que sepa cómo actuar, así como de la eventual derivación a un practicante para realizar la frenotomía y liberar la lengua del bebé, y así proporcionar un mayor rango de movimiento necesario para una succión efectiva e indolora.

El estudio Cochrane destaca la necesidad de realizar ensayos clínicos aleatorios de alta calidad para resaltar, entre otras cosas, el impacto de la frenotomía en la duración de la lactancia materna.

REFERENCIAS

- Griffiths M. Do tongue ties affect breastfeeding? Journal of Human Lactation, 2004
- Hogan M, Wescott C, Griffiths M 2005: Randomised, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems
- Miranda BH & Milroy CJ, A quick snip-A study of the impact of out-patient tongue-tie release on neonatal growth and breastfeeding, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2010
- Praborini A, Purnamasari H, Munandar A et al, Early frenotomy improves breastfeeding outcomes for tongue-tied infants, Clinical Lactation 2015
- Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): use in a lactation consultant's private practice, Pasadena: Pacific Oaks College, 1993
- Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker ATLFF, 2006
- Geddes D et al 2008. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Paediatrics vol 122
- Brian Palmer: Allaitement et freins lingual et labial, 2003

Página web para saber más

www.tongue-tied.net

Pezoneras: ayuda a madres lactantes

Diversos informes sugieren que los problemas de la lactancia materna se relacionan a menudo con que el bebé no se agarra al pecho porque no lo quiere o porque le resulta difícil. En una encuesta, el 28% de las madres dijo que su mayor miedo en la lactancia era que el bebé no pudiera engancharse al pecho.¹

En 2011 y 2014, un estudio con 1.177 mujeres concluyó que las causas más comunes del dolor en los pezones eran un mal enganche, incorrecta postura, frenillo, pezones invertidos, paladar hendido o mastitis.²



Las pezoneras pueden ayudar a las mujeres que tienen pezones planos o invertidos a amamantar pues un pezón que no sobresale hace más difícil el enganche del bebé. Las pezoneras pueden usarse para activar el movimiento de succión. A medida que el pezón se vuelve más flexible, la pezonera ya no es necesaria.

En circunstancias específicas, las pezoneras pueden ser utilizadas como una herramienta efectiva a corto plazo para apoyar a las madres a amamantar bajo la supervisión y consejo de un profesional de la salud.



En un estudio realizado en EE.UU. con 81 mujeres³ que habían experimentado problemas tempranos a la hora de dar el pecho, las mujeres usaban pezoneras por muchas razones, como un mal enganche (55,5%), pezones invertidos (32,1%) y pezones con dolor (25,9%). La mayoría de ellas (72%) consideraron que las pezoneras eran "extremadamente útiles". Las mujeres usaron pezoneras una media de 6,6 semanas y el 31% de ellas continuaron dando el pecho 6 meses después del parto.

Alrededor de la mitad de los bebés con anquiloglosia amamantan con dificultad.⁴ La anquiloglosia puede causar un enganche incorrecto y por tanto dolor en el pezón materno, grietas y sangrado⁵.

Un estudio de 31 bebés con pacientes no tratados de anquiloglosia concluyó que ninguno tuvo un buen enganche a pesar de una buena posición al pecho.⁶ Las pezoneras proporcionan una barrera protectora temporal para que el bebé pueda amamantar mientras permite que los pezones de su madre tengan un poco de alivio y tiempo para sanar.

Las pezoneras pueden ayudar a los bebés prematuros, enfermos o bebés pequeños a amamantar⁷. También a aquellos bebés que tienen una mala coordinación al succionar y al tragar y se cansan fácilmente cuando se les alimenta.

Las pezoneras proporcionan al bebé una superficie firme para agarrar y sostener en la boca cuando hace una pausa para descansar. Esto lo mantiene en el pecho más tiempo, aumentando la transferencia de leche. A medida que aumenta peso el bebé, el pezón no requerirá el uso de las pezoneras.

Un estudio de 34 lactantes prematuros compararon la transferencia de leche durante dos tomas consecutivas, una con pezoneras y otra sin pezoneras. La transferencia de leche fue significativamente mayor con las pezoneras (18,4ml y 3,9 ml respectivamente). Los 34 bebés consumieron más leche cuando la pezonera estaba bien colocada⁸.

¿Por qué las pezoneras de Lansinoh?

En circunstancias específicas, las pezoneras pueden ser utilizadas como una herramienta efectiva a corto plazo para apoyar a las madres a amamantar bajo la supervisión y consejo de un profesional de la salud.

El diseño especial de las pezoneras Lansinoh promueve el contacto piel con piel con la madre y el bebé



Funda protectora para un almacenamiento higiénico y conveniente

Ultrafina, súper suave, flexible, 100% silicona

2 tamaños: 20mm y 24mm



Aplica una pequeña cantidad de Lanolina® Lansinoh® HPA en el borde del protector del pezón (no en la parte del pezón). Esto ayudará a mantener la pezonera en su lugar, y deja ambas manos libres para colocar y sujetar al bebé.



Desuso de las pezoneras

Las pezoneras están diseñadas para un uso corto en el tiempo y siempre bajo la atención experta de un profesional de la salud que controle el peso de su bebé frecuentemente y garantice su salud y su buen crecimiento. Una vez que el problema se ha resuelto, se espera que el bebé pueda amamantar directamente del pecho. Recomendamos:

- Piel con piel entre tomas para fomentar la unión entre la madre y el bebé.
- Tomas con frecuencia sin pezoneras para aumentar la confianza de la madre.
- Aliento y apoyo de la pareja, familia y amigos para ayudar a la madre a tomar la mejor decisión para el bebé a la hora de amamantar.

REFERENCIAS

1. Lansinoh® Global Survey 2017, UK Results from 1,015 respondents who are either pregnant or have a child under two years of age. Available at: www.lansinoh.co.uk/blog/feeding-with-confidence
2. Kent J, Ashton E, Hardwick C et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: Incidence, causes and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2015;12:12247.
3. Hanna S, Wilson M, and Norwood S A description of breast-feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields. *Midwifery* 2013;29:616-621.
4. Power RF and Murphy JF Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Archives of Disease in Childhood* 2015;100:489-494.
5. Miranda BH and Milroy CJ A quick snip - A study of the impact of outpatient tongue tie release on neonatal growth and breastfeeding. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2010;63:e683-e685.
6. Praborini A, Purnamasari H, Munandar A et al. Early frenotomy improves breastfeeding outcomes for tongue-tied infants. *Clinical Lactation* 2015;6:9-15
7. Chow S, Chow R, Popovic M et al. The use of nipple shields: A Review. *Frontiers in Public Health* 2016;3:DOI:10.3389/fpubh.2015.00236.
8. Meier PP, Brown LP, Hurst NM et al. Nipple shields for preterm infants: Effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation* 2000;16:106-114.