

# ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE POSITION STATEMENT ON ANKYLOGLOSSIA IN BREASTFEEDING DYADS

## Introducción:

En años recientes ha habido un creciente interés en la anquiloglosia o frenillo, como se evidencia por un aumento sustancial del número de publicaciones. Esto es paralelo a un aumento dramático en el diagnóstico y tratamiento del frenillo en todo el mundo. A pesar de esta realidad, existe una falta de acuerdo sobre el diagnóstico y tratamiento del frenillo en todo el mundo y entre diversas profesiones de la salud. La falta de estudios basados en evidencia de alta calidad que incluyan ensayos controlados aleatorios y datos longitudinales para guiar a los médicos a desarrollar el manejo óptimo de esta condición es problemática. En respuesta a esta situación, la Academia de Medicina de la Lactancia Materna reunió un grupo de trabajo de expertos - especialistas que han trabajado extensamente en esta área - para proporcionar una declaración de posición que resuma la evidencia disponible con respecto al frenillo. Tenemos la esperanza de que todos los que ayudan a las madres que amamantan y a sus bebés se familiaricen con este documento para lograr una coherencia y cuidados colaborativos.

## Antecedentes

La experiencia clínica ha identificado la anquiloglosia neonatal, o "lengua atada", en un lactante que amamanta, como una fuente potencial de molestias y traumatismos del pezón materno, y de un impedimento para una correcta transferencia de leche para el lactante, por lo que se considera un factor de riesgo para un cese prematuro de la lactancia materna.

La lengua atada existe cuando está limitada en su rango de movimiento y función posterior, debido a la presencia de un frenillo sublingual restrictivo. Estudios anatómicos recientes sobre la microanatomía del frenillo sublingual muestran que histológicamente no se trata de una estructura discreta o banda. El frenillo sublingual es un pliegue de tejido que surge cuando la lengua se eleva y coloca tensión en el suelo de la boca. Este pliegue siempre está compuesto por mucosa oral. A veces, el pliegue también contiene fascia del suelo de la boca, o fascia y músculo geniogloso, que siguen siendo variaciones anatómicas normales.

Imágenes a través de ultrasonidos han identificado que los movimientos específicos de la lengua y la posición del pezón materno próxima a la unión del paladar duro / blando del bebé se asocia con una lactancia eficaz y cómoda. Cuando la lengua se mueve hacia arriba y hacia abajo dentro de la cavidad bucal, siguiendo el recorrido de la mandíbula, la magnitud de la presión negativa cambia, lo que facilita la transferencia de leche durante la lactancia. Se produce aumento del vacío o presión negativa cuando desciende la lengua y, a la inversa, se produce una disminución de la presión negativa a medida que la lengua se eleva. Se entiende además que la presencia y la sensación táctil del tejido mamario en la cavidad oral provocan un movimiento reflejo de la mandíbula inferior, que la lengua sigue, generando un vacío en el contexto de un sellado.

## Consideraciones clínicas

Un frenillo sublingual restrictivo, que provoca un menor movimiento de la lengua, puede constituir un impedimento funcional significativo para el agarre, la succión y la correcta transferencia de leche materna junto con malestar materno en el pezón / areola y traumatismos durante las tomas, lo que aumenta el riesgo de interrumpir la lactancia.

Las quejas subjetivas informadas por las madres que están amamantando a un bebé con frenillo en la lengua pueden incluir dificultades para el agarre, dolor en los pezones, drenaje deficiente de los pechos, duración prolongada de las tomas y saciedad inadecuada del bebé cuando se alimenta directamente del pecho. Los hallazgos objetivos pueden incluir compresión del pezón y / o daños en los pezones, estasis de leche dentro del pecho y aumento de peso infantil subóptimo debido a una transferencia ineficaz de la leche materna. Como estos problemas no son infrecuentes entre muchas díadas de lactancia, es importante tener en cuenta que pueden atribuirse de manera inapropiada a un frenillo sublingual anatómicamente normal, que ha sido etiquetado como “restrictivo”. Es de vital importancia realizar una evaluación clínica completa incluyendo la consideración de los diagnósticos diferenciales y el tratamiento de estos posibles factores de confusión, no se puede ser exagerado.

### Herramientas y diagnóstico

Se han publicado varias herramientas relativas al movimiento de la lengua en presencia de un frenillo sublingual potencialmente restrictivo con el propósito de ayudar al sanitario a determinar si un bebé en particular requiere intervención quirúrgica. Estas herramientas varían mucho en sus componentes de evaluación específicos y su complejidad, así como la confiabilidad entre evaluadores de la herramienta. No se pretende que se utilice ninguna herramienta específica en el entorno clínico como el único medio para decidir si una frenotomía está indicada o no. Esta decisión solo puede tomarse junto con una evaluación clínica especializada en lactancia.

Una evaluación clínica detallada de la lactancia materna, antes de la decisión de tratar un frenillo lingual, debe incluir la anotación de antecedentes maternos y el examen físico, buscando evidencia de traumatismo del pezón y drenaje mamario deficiente, y la historia y el examen físico del lactante con énfasis en los hallazgos anatómicos orales detallados. La observación directa de la lactancia materna es esencial. El impacto potencial de cualquier variación anatómica, como el frenillo, sobre la capacidad del bebé para transferir leche al pecho requiere una aprobación en la mama que incluye comodidad materna y evidencia de transferencia de leche como lo demuestra la deglución audible y / o visible. Pesar al bebé antes y después de las tomas en básculas digitales para lactantes, puede proporcionar una indicación de la cantidad de leche transferida en una única sesión de alimentación específica, pero no puede inferirse como aplicable a todas las sesiones de alimentación de una díada determinada.

### Manejo conservador / expectante

Muchos problemas de lactancia se pueden manejar de manera efectiva con un apoyo capacitado para la lactancia. Modificando el agarre y la posición y con el uso temporal de pezoneras y leche materna extraída como suplemento cuando sea necesario, muchos desafíos relacionados con la lactancia pueden verse mejorados si no se resuelven. Con el tiempo, la capacidad del bebé para agarrarse eficazmente puede mejorar con el crecimiento general. No obstante, como en el caso de la falta de evidencia de alta calidad con respecto a la eficacia de una frenotomía para el frenillo, existen estudios limitados con respecto a la eficacia de las estrategias no quirúrgicas para la variedad de problemas de lactancia materna que enfrentan las madres y su seguimiento a largo plazo.

### Manejo quirúrgico

Entre las numerosas publicaciones sobre frenillo lingual durante los últimos 20 años, se han realizado al menos cinco ensayos controlados aleatorios que comparan los resultados de los lactantes tratados quirúrgicamente versus los no sometidos a tratamiento quirúrgico con un

diagnóstico de frenillo lingual. Estos estudios seleccionados se analizaron en un informe Cochrane de 2017 de revisiones sistemáticas. Se encontró que los cinco estudios estaban limitados por varios factores clave, incluida la falta de una definición y un método de tratamiento estandarizados de frenillos linguales, los tamaños de muestra consistentemente pequeños y falta de datos de seguimiento a largo plazo. Sin embargo, en el análisis agrupado, la frenotomía se asoció con una reducción del dolor en el pezón experimentado por las madres que amamantaban. Los autores señalan que quedan muchas preguntas sin respuesta, incluido el momento óptimo de una frenotomía y los resultados a largo plazo para los bebés tratados frente a los no tratados.

### Indicaciones para la frenotomía

El frenillo lingual clásico es un pliegue de mucosa y, a veces, fascia que es visible al elevar la lengua y que restringe su función. Si se considera que restringe significativamente la función de la lengua del bebé, con respecto a la lactancia, se puede ofrecer una frenotomía en este momento.

Como con cualquier intervención, esta debe ser una decisión compartida entre el médico y la familia, incorporando los valores y preferencias de la familia, con atención a los riesgos y beneficios de cada alternativa. Si se elige un manejo conservador, debe asegurarse el seguimiento en un entorno donde se pueda evaluar la lactancia materna y la realización de una frenotomía si está indicada en un momento futuro sea accesible a la familia.

Dado que el frenillo lingual es un diagnóstico funcional, la presencia de un frenillo sublingual solo, una estructura anatómica común y normal, no es una indicación de intervención quirúrgica. La liberación quirúrgica de un frenillo sublingual restrictivo, el "clásico" frenillo puede ser una intervención eficaz si el dolor en el pezón materno y/o la transferencia de leche ineficaz no pueden subsanarse de manera oportuna a través de medidas conservadoras.

### Métodos de frenotomía

Hay varios métodos de frenotomía que se pueden realizar dependiendo de la experiencia del médico. El objetivo general es realizar la cirugía de una manera mínimamente invasiva, dividiendo eficazmente el frenillo sublingual para liberar la restricción de la lengua y restaurar un rango de movimiento adecuado, lo que permite una lactancia eficaz y cómoda. Todos los médicos que realizan frenotomías deben ser conscientes de los riesgos del procedimiento que realizan, que luego se comunican claramente a los padres y se reconocen mediante su consentimiento informado por escrito. Dichos médicos deben estar preparados para proporcionar el apoyo y el tratamiento posquirúrgicos inmediatos adecuados según sea necesario.

El uso de tijeras para tratar un frenillo clásico en lactantes tiene una larga historia clínica y sigue siendo el gold standard. Además, actualmente se utilizan bisturís, electro cauterización y láseres para realizar frenotomías. Hasta la fecha no existen estudios publicados que comparen estos instrumentos quirúrgicos o los métodos utilizados al realizar frenotomías. Sin embargo, hay algunos estudios en animales con respecto a la cirugía oral en los que se demostró que las incisiones de acero frío cicatrizan más rápido que el tejido tratado con láser de diodo, posiblemente debido a una lesión térmica en el frenum y los tejidos circundantes cuando se usa láser. Estos principios pueden aplicarse a las incisiones de la mucosa oral humana.

Las incisiones profundas del tejido oral, más allá de la clásica incisión lingual en lactantes, tienen peligros únicos y requieren un alto nivel de habilidad y atención para evitar los posibles riesgos

de hemorragia, formación de hematomas, daño tisular colateral o lesión nerviosa con parestesia resultante o entumecimiento de la lengua. No es posible visualizar todas estas ramas del nervio lingual y los bebés no pueden informar ninguna pérdida de la sensibilidad de la lengua. El dolor post-procedimiento por incisiones extensas en la mucosa puede resultar en aversión oral en un bebé. Hay publicado un caso de aversión oral asociada a infección por estafilococos en la herida después de una frenotomía, y otros informes de casos publicados de hemorragia potencialmente mortal, que atestiguan la posibilidad de serias complicaciones de la frenotomía.

### Cuidado posfrenotomía

Los miembros de este grupo de trabajo creen que el seguimiento clínico después de que se ha realizado una frenotomía es imperativo. Al hacerlo, el médico debe evaluar la efectividad de la cirugía y documentar la ocurrencia de cualquier evento adverso o complicación experimentado por el bebé, incluyendo sangrado prolongado, dolor persistente, infección en el sitio de la incisión y / o aversión oral experimentada por el bebé. , teniendo en cuenta que, ante cualquier empeoramiento o cese de la lactancia que haya ocurrido después del procedimiento, se debe proporcionar más asistencia para la lactancia si la madre y el bebé lo requieren.

Se carece de evidencia para apoyar la prescripción de la manipulación manual o estiramiento del post-procedimiento en o el área incisa o próxima a ella después de una frenotomía. De manera similar, no hay evidencia o pautas de seguridad que respalden el uso de sustancias tóxicas que se aplican en el sitio de la incisión después de una frenotomía.

La práctica de tratar quirúrgicamente otro tejido intraoral o peri-oral más allá del frenillo sublingual no tiene evidencia publicada de mejorar la transferencia de leche o de reducir el traumatismo del pezón materno en las díadas de amamantamiento. El frenillo labial superior específicamente es una estructura normal con evidencia pobre sobre su intervención para mejorar la lactancia, por lo tanto, no debe recomendarse. Además, la cirugía para liberar el "frenillo labial" no debe realizarse.

### Conclusión

En presencia de un frenillo sublingual restrictivo, la frenotomía puede ser una forma eficaz de aumentar la comodidad materna y la transferencia de leche materna por parte del lactante. Proporcionar este servicio puede prevenir el cese prematuro de la lactancia materna.

Sin embargo, la decisión de tratarlo requiere un alto nivel de habilidad clínica, juicio y discernimiento. Existe una necesidad continua de investigación de alta calidad en estas áreas específicas relacionadas con el tratamiento del frenillo lingual:

1. Una definición clara de "frenillo lingual" a diferencia del frenillo sublingual normal.
2. La extensión de la incisión del frenillo sublingual necesaria para un resultado óptimo de la lactancia materna.
3. Documentación consistente de los resultados adversos inmediatos y a largo plazo después de una intervención quirúrgica por cualquier método.
4. Identificación del instrumento quirúrgico y la técnica óptimos para la frenotomía.
5. Los resultados posteriores a largo plazo después de la frenotomía en presencia de un frenillo sublingual restrictivo sobre la efectividad y duración de la lactancia materna