

Frenotomía sublingual, disminuye el dolor mamario durante el amamantamiento, pero ¿favorece una lactancia materna prolongada?

Mihipeko frenotomiak bularreko mina gutxitzen du bularra ematean, baina amagandiko edoskitze luzea ahalbidetzen al du?

A. Castro Quiroga¹, M. Mendizabal Díez¹, M. Malumbres Chacón¹, R. Ortiz Movilla², S. Martín Miramón², D.A. Polanco Montalván³

¹Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. ²Servicio de Pediatría, ³Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Getafe, Madrid

RESUMEN

La anquiloglosia se ha relacionado con un aumento de las tasas de abandono de la lactancia materna o con una menor duración de la misma. Existen pocos datos acerca del manejo de esta entidad y su influencia en una lactancia materna exitosa.

Objetivos: Comparar la duración de la lactancia materna en recién nacidos con anquiloglosia tratados mediante frenectomía sublingual frente a un grupo que no presentaba dicha entidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 102 neonatos (51 casos y 51 controles). Encuesta telefónica recogiendo la duración de la lactancia materna. Comparación de datos mediante tratamiento estadístico.

Resultados: Comparación de las medias de lactancia materna exclusiva entre ambos grupos. Comparación de las medianas de supervivencia de lactancia materna; valorando el evento "cese de lactancia materna" en función del tiempo; observándose una mediana mayor en los pacientes intervenidos, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La anquiloglosia se ha relacionado con una limitación en el agarre al pecho y dolor materno durante las tomas pudiendo representar un impedimento para la instauración de una lactancia exitosa. La frenectomía se realiza a pacientes con frenillo sublingual en los que se ha constatado dificultades para la lactancia materna (limitación del enganche al pecho con dolor materno asociado). Dicho procedimiento podría entonces favorecer la instauración de una lactancia materna a través de una reducción del dolor. En el grupo control no se registraron complicaciones derivadas de la técnica y se objetivó una disminución de la sintomatología materna. No se encontraron diferencias entre el tiempo medio de lactancia materna exclusiva entre ambos grupos.

Palabras clave: Anquiloglosia; Lactancia materna; Frenectomía lingual.

INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia parcial es una variante anatómica que afecta aproximadamente a un

3% de los recién nacidos, con una predominancia del sexo masculino en todas las series publicadas⁽¹⁻⁴⁾. Esta alteración se define como "la presencia de un frenillo sublingual que modifica la apariencia o la función de la lengua del niño debido a su acortamiento, pérdida de elasticidad o inserción demasiado distal en la lengua o demasiado proximal a la encía"⁽⁵⁾ (Fig. 1).

La anquiloglosia parcial puede producir en algunos casos dificultad para el correcto establecimiento de la lactancia materna por mal posición y alteración de la función lingual que no puede realizar de forma correcta su acción, favoreciendo que la mandíbula deba aumentar la presión sobre el pecho materno, provocando la sensación de que el recién nacido muerde o mastica el pezón con la consiguiente aparición de dolor, grietas e imposibilidad para un correcto establecimiento de la toma⁽⁶⁾. Existe controversia en su manejo durante el periodo neonatal, controversia derivada de la subjetividad de las herramientas clínicas y los tests realizados para el diagnóstico de la entidad y del reconocimiento de la misma como causa de fracaso de la lactancia materna, ya que, aunque muchos niños con anquiloglosia parcial pueden lactar al pecho sin dificultad; diversos estudios han relacionado esta anomalía con un aumento en las tasas de abandono de la lactancia materna o una duración menor de la misma y que la corrección quirúrgica del cuadro (frenectomía lingual) podría ayudar a mejorar⁽⁷⁻⁹⁾. En nuestro medio, sin embargo, existen pocos datos acerca del manejo de esta entidad en las Unidades Neonatales y su



Figura 1. Fotografía de paciente con frenillo sublingual (A. Castro Quiroga).

influencia en la consecución de una lactancia materna exitosa a medio-largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo fue analizar las tasas de lactancia materna exclusiva en niños con anquiloglosia en el periodo neonatal a los que se realizó corrección quirúrgica de la misma, frente a un grupo control de recién nacidos que no presentaba esta entidad. El fin fue intentar demostrar que la frenectomía en los primeros días de vida permite que los recién nacidos intervenidos consigan tiempos de lactancia materna exclusiva similares al grupo control.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo recogiendo 102 neonatos de un hospital de nivel asistencial 3A nacidos entre abril de 2009 y mayo de 2011. De ellos, 51 presentaba anquiloglosia parcial y dificultades para el correcto establecimiento de la lactancia (dolor mamario, dificultad para el agarre, etc.), realizándose frenectomía sublingual en los primeros días de vida (grupo "casos"). La intervención se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intermedios de un Servicio de Neonatología y fue realizada por un cirujano plástico, mediante una incisión con tijera roma sobre el frenillo sublingual, previa analgesia no farmacológica (contención manual, sacarosa y/o lactancia materna, succión no nutritiva). Tras la intervención los pacientes permanecían una hora en observación, siendo dados de alta tras haber objetivado el agarre con la realización de una toma y la ausencia de complicaciones. Los otros 51 neonatos fueron recién nacidos a término "sanos" del mismo sexo que nacieron el mismo día que los recién nacidos intervenidos (grupo "control"). La selección de individuos, por tanto, no fue aleatorizada, recopilándose todos aquellos pacientes intervenidos de frenectomía sublingual en el periodo mencionado.

En ambos grupos se realizó, tras el alta hospitalaria, una encuesta telefónica recogiendo diversas variables relacionadas con los antecedentes gestacionales y perinatales del recién nacido, la alimentación (duración de lactancia materna exclusiva, introducción de alimentación complementaria, etc.) y la presencia de

otros eventos intercurrentes o complicaciones derivadas de la frenectomía en el grupo de niños intervenidos (Tabla I).

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no contestaron a dos llamadas telefónicas y aquellos que, tras analizar los datos, eran menores de 4 meses que continuaban lactando en el momento de la encuesta telefónica.

Para poder cuantificar y comparar los datos se establecieron dos definiciones distintas en cuanto al tiempo de lactancia materna. En primer lugar, se estableció como lactancia materna exclusiva al periodo de tiempo que transcurre desde el inicio de la vida hasta que se introduce un suplemento con sucedáneos de leche o se inicia la diversificación alimentaria (muchas veces condicionado por circunstancias socio-familiares y laborales de la madre). Por otro lado, se cuantificó el periodo de tiempo que transcurrió desde el inicio de la vida hasta que dejaba de tomar leche materna por completo, independientemente de la coexistencia de esta lactancia con otros alimentos complementarios, para incluir aquellas lactancias maternas más allá de los 6 meses o incluso por encima del año de vida. Se excluyeron a los menores de 4 meses de ambos grupos que continuaban con lactancia materna exclusiva en el momento de la entrevista telefónica, puesto que no se podía precisar en que momento cesarían de lactar y no tenían edad suficiente en ese momento para determinar de forma fiable el tiempo de lactancia materna exclusiva que mantendrían.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS, comparando las medias de lactancia materna exclusiva de ambos grupos mediante T-student, el número de recién nacidos que abandonaron la lactancia en el primer mes de vida y el porcentaje de primogénitos mediante Chi-Cuadrado, un análisis de supervivencia Kaplan-Maier para relacionar el tiempo de lactancia materna exclusiva y la comparación de las medianas de supervivencia de ambos grupos mediante el test de Log-Rank.

RESULTADOS

De los 102 sujetos, un 70% respondió a la encuesta (39 en el grupo de casos y 32 en el

TABLA I. VARIABLES ANALIZADAS EN EL ESTUDIO.

Antecedentes maternos

- Edad
- Embarazo controlado
- Patología materna
- Complicaciones del embarazo
- Tipo de parto
- Complicaciones del parto
- Número de hijos

Antecedentes paciente

- Edad
- Sexo
- Edad gestacional
- Orden que ocupa entre sus hermanos
- Peso al nacimiento
- Enfermedades, complicaciones actuales
- Alimentación actual
- Otras intolerancias
- Duración de lactancia materna
- Motivo del cese
- Frenectomía (sí/no)
- Momento de frenectomía
- Lugar de realización
- Complicaciones de técnica

de los controles). Ambos grupos presentaron características demográficas y perinatales similares (edad materna, número de hijos, etc.) (Tabla II) y las variables muestrales cumplieron criterios de normalidad sin diferencias significativas (Tabla III).

Destaca el elevado porcentaje de varones afectados de frenillo sublingual, hecho que se ve reflejado en otros estudios similares. Con respecto a la técnica quirúrgica, no se registró ninguna complicación de relevancia clínica salvo un caso de sangrado leve que precisó medidas de hemostasia primaria local con resolución rápida del cuadro. Todas las madres entrevistadas en el grupo de niños intervenidos refirieron alivio de la sintomatología y enganche más adecuado tras la realización del procedimiento.

En la figura 2 (*box-plot*) está representada la duración de la lactancia materna en ambos grupos, observándose gran similitud en cuanto a medianas de LM. Sin embargo, se observa una mayor dispersión de los datos en el grupo de los intervenidos en el que también se representan *out-liers* (valores de lactancia materna inusualmente prolongada). Estos valores corresponden a aquellos individuos que siguieron lactando a pesar de la diversificación alimentaria incluso hasta los 23 meses.

TABLA II. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.

2,06	Totales	Casos	Controles
N	102	51	51
Porcentaje de seguimiento	70%	76%	62%
Pérdidas	31	12	19
Media de edad materna	31,9 años Desv. típ. 3,96 Máx.: 40 a. Mín.: 19 a	32,2 años	31,6 años
Media de edad de hijos (meses)	20,76 meses	20,78 meses	20,75 meses
Mediana de edad gestacional	40 sem	40 sem	40 sem
Relación varones/mujeres	74-28	36-15	38-13
Porcentaje de varones	72,50%	70,5%	74,5%
Media de peso al nacimiento en kg	3,3 kg	3,27 kg	3,32 kg
Media de meses de lactancia materna exclusiva	3,8 meses Desv. típ. 2,19 Máx.: 6 m. Mín.: 0 m	3,6 meses Desv. típ. 2,34 Máx.: 6 m. Mín.: 0 m	4 meses Desv. típ. 2,06 Máx.: 6 m. Mín.: 0 m
Media de lactancia total	5,6 meses Desv. típ. 4,63 Máx.: 23 m. Mín.: 0 m	5,35 meses Desv. típ. 5,55 Máx.: 23 m. Mín.: 0 m	4,99 meses Desv. típ. 3,36 Máx.: 11 m. Mín.: 0 m
Porcentaje de pacientes que lactaron	5,03%	5,17%	4,9%
Portentaje de primogénitos	45%	50,9%	39,2%
Media de número de hijos	1,67 Desv. típ. 0,74 Máx.: 5 m. Mín.: 1 m	1,57	1,76
Número de pacientes que lactó < de 1 mes	9	6	3

N: número; m: meses.

TABLA III. PRUEBAS DE NORMALIDAD.

		Kolmogorov-Smimov ^a			Shapiro/Wilk		
	Frenillo	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Duración de lactancia materna	Control	0,178	32	0,11	0,927	32	0,032
	frenotomía	0,165	39	0,009	0,820	39	0,000

^aCorrección de la significación de Lilliefors.

Por otro lado, se objetiva que el número de pacientes que lactó menos de 1 mes en el grupo de casos fue mayor que en el grupo control, aunque estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

Existe también diferencia en el número de recién nacidos primogénitos del grupo intervenido con respecto al de controles, sin encontrarse tampoco diferencias significativas ($p > 0,1$).

Se realizó una comparación de las medias de lactancia materna exclusiva de ambos grupos con el fin de demostrar que no había

diferencias significativas entre ellos. Para ello, se aplicó una T de student para muestras independientes, obteniendo una $p > 0,05$ (0,117) no estadísticamente significativa.

Para evaluar si la frenectomía sublingual tenía un efecto en el mantenimiento de la lactancia prolongada se realizó un análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier valorando el evento de "cese de lactancia" en función del tiempo (Fig. 3). En este se observó que la mediana de supervivencia (momento en el que el 50% de los pacientes seguía lactando) era mayor en el grupo de pacientes interveni-

dos (6,6 meses) con respecto al grupo de los controles (5,44 meses). Sin embargo, al realizar un análisis estadístico comparativo de ambas curvas mediante test de Log-Rank las diferencias observadas, no fueron estadísticamente significativas ($p=0,8$) (Tabla V).

DISCUSIÓN

Es bien sabido que la lactancia materna exclusiva es el alimento de elección durante los primeros seis meses de vida. Durante el

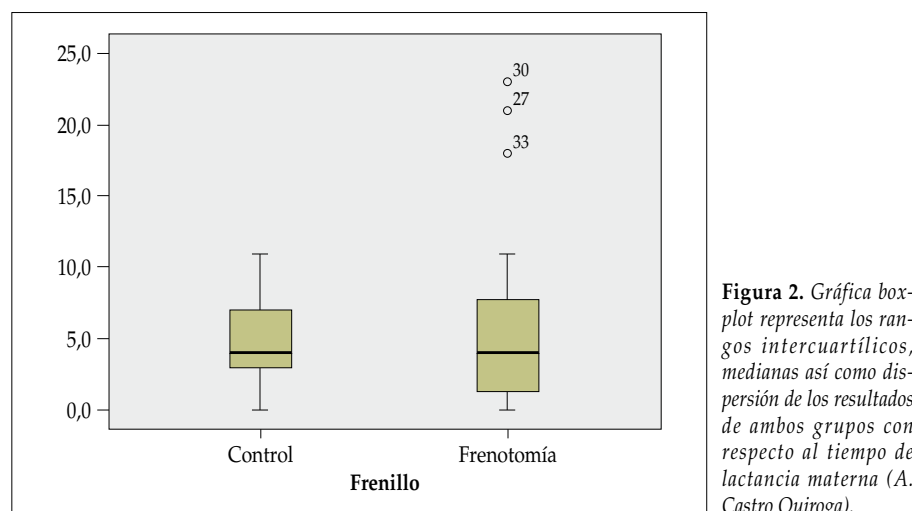


Figura 2. Gráfica box-plot representa los rangos intercuartílicos, medianas así como dispersión de los resultados de ambos grupos con respecto al tiempo de lactancia materna (A. Castro Quiroga).

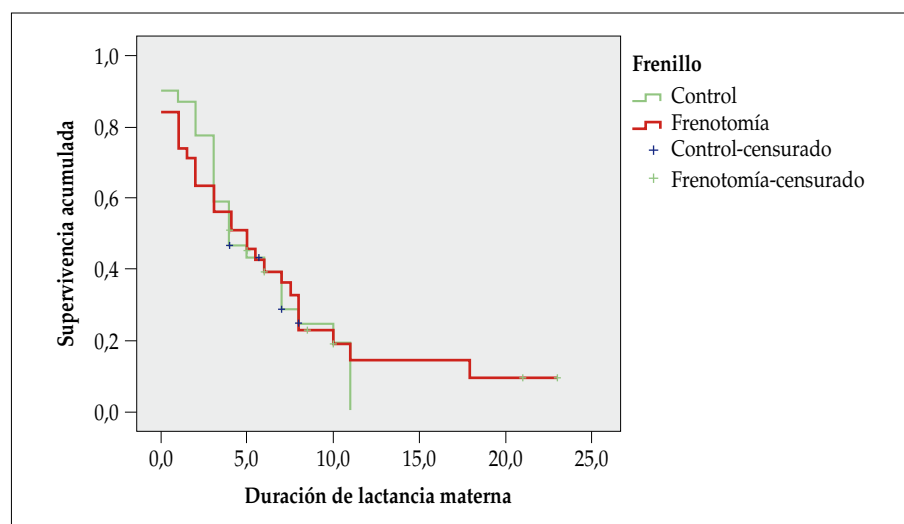


Figura 3. Curva de supervivencia de Kaplan Maier: representa el tiempo de lactancia materna con respecto al evento de cese de lactancia en ambos grupos (A. Castro Quiroga).

primer año cubre, junto con la alimentación complementaria, todos los requerimientos nutricionales y aporta beneficios al niño y a su madre que no alcanzan otros tipos de ali-

mentación⁽¹⁰⁾. Como pediatras, tenemos la responsabilidad de intentar alcanzar las mayores tasas de lactancia materna exclusiva posibles. Siendo dicha responsabilidad máxima en los

primeros días de vida y de gran importancia para conseguir una lactancia materna consolidada. En este sentido todas las acciones que promuevan este fin han de ser valoradas⁽¹⁰⁾.

A pesar de que diversos estudios han demostrado la eficacia de la frenectomía sublingual para mejorar la sintomatología materna durante el amamantamiento, las conclusiones a las que llegan no están exentas de limitaciones, existiendo dificultades para demostrar su eficacia a la hora de afianzar la lactancia materna exclusiva a largo plazo, entrando en juego otros factores socio-culturales. Así, Messner y cols.⁽⁴⁾ en el año 2000, tras realizar un estudio prospectivo en el que se comparó el agarre al pecho de 36 recién nacidos con frenillo leve-moderado (según escala subjetiva del autor) no intervenidos y 36 recién nacidos sin alteraciones, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a duración de lactancia materna tras dos meses de seguimiento. Posteriormente, Dollberg S y cols.⁽¹¹⁾ realizaron de forma aleatoria una frenectomía o una falsa frenectomía a 25 recién nacidos con frenillo sublingual, monitorizando el dolor mamario materno durante el enganche en ambos grupos, mediante una escala visual de dolor. Objetivaron que las madres de niños a los que se le había realizado el procedimiento verdadero presentaban un descenso significativo del dolor en comparación al otro grupo. Cho y cols.⁽¹²⁾ en el 2010 concluyeron que estaría indicada la frenectomía en casos de dificultad para la lactancia materna en los primeros días de vida en los que persista dicha dificultad tras un adecuado asesoramiento de la técnica de lactancia. Tam-

TABLA IV. T-STUDENT COMPARATIVA DE MEDIAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ENTRE GRUPO DE CASOS Y CONTROLES. $P > 0,05$ NO HAY DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS GRUPOS. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Superior	Inferior
Duración de lactancia materna	Se han asumido varianzas iguales	2,513	,117	,331	69	,742	,3683	1,1130	-1,8520	2,5887
	No se han asumido varianzas iguales			,346	64,202	,730	,3683	1,0635	-1,7560	2,4927

TABLA V. TEST DE LOG-RANK: COMPARACIÓN DE LAS MEDIANAS DE SUPERVIVENCIA DE AMBOS GRUPOS SIN ENCONTRAR DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS. COMPARACIONES GLOBALES.

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	0,049	1	0,825

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de frenillo.

bién concluyen que algunos sujetos con frenillo leve-moderado tuvieron lactancias maternas no dolorosas sin precisar intervención alguna.

Con los datos analizados concluimos que la frenectomía sublingual es una técnica segura que parece aliviar la sintomatología materna de forma rápida y mejora el agarre al pecho en casos seleccionados. A pesar de que los resultados obtenidos son limitados, se observan tasas de lactancia similares al grupo control.

Teniendo en cuenta que la única indicación de la intervención durante los primeros días de vida es favorecer un agarre óptimo, se debe seleccionar cuidadosamente a los pacientes tras un adecuado asesoramiento de lactancia por personal capacitado, dado que el ofrecimiento de la intervención a las madres se produce en un momento de vulnerabilidad personal y en ocasiones puede accederse a realizar la intervención con falsas expectativas. Esto explicaría que en el grupo de recién nacidos intervenidos se encontrarán tasas de abandono de la lactancia materna en el primer mes de vida superiores a las del grupo control. Aunque la selección de nuestros pacientes fue realizada atendiendo a hallazgos clínicos y exploratorios patológicos (coexistencia de alteración anatómica y dificultades en la técnica alimentaria con sintomatología materna asociada), la aplicación de escalas de evaluación puede incrementar la rentabilidad diagnóstica y la selección de los candidatos a frenectomía. Uno de estos métodos es el test de Hazelbaker, método cuantitativo que evalúa la función lingual facilitando la identificación de los recién nacidos con anquiloglosia significativa⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Siendo conscientes del tiempo transcurrido desde la recogida de los datos, los objetivos de este estudio constituyen un tema de debate en la actualidad, como lo demuestra la revisión

Cochrane del año 2017 llevada a cabo por O'Shea⁽¹⁷⁾. Dicho trabajo concluye que la frenectomía en casos seleccionados reduce a corto plazo el dolor materno durante el amamantamiento y produce un efecto positivo aunque inconsistente sobre la lactancia, debido al pequeño número de estudios y a la elevada incidencia de problemas metodológicos de los mismos.

Además, aún quedan otros aspectos por detallar, como el efecto de la frenectomía en recién nacidos prematuros o el momento más adecuado para realizar la intervención. Tampoco se ha establecido si la frenectomía es un procedimiento doloroso que requiere analgesia ya que ningún estudio hasta la fecha ha cuantificado el dolor infantil durante y después de la frenectomía⁽¹⁷⁾.

Analizar todos estos aspectos exige la puesta en marcha de nuevos estudios con nuevos enfoques, pudiendo considerarse a este estudio una aproximación preliminar a trabajos futuros que evalúen las incógnitas aún existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002; 110(5): e63-e63.
2. Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J*. 2006; 1(1): 3.
3. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am*. 2003; 50(2): 381-97.
4. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 126(1): 36-9.
5. Ballard J, Chantry C, Howard CR. ABM Clinical Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. [Internet]. [Revisado 2004]. Disponible en: http://www.rwh.org.au/rwhcpg/maternity.cfm?doc_id=7617.
6. Manfro ARG, Manfro R, Bortoluzzi MC. Surgical treatment of ankyloglossia in babies-case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 39: 1130-44.
7. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011; 128(2): 280-8.
8. Aguado Maldonado J, Arena Ansotegui J, Blázquez García MJ, Bustos Lozano G, De Alba Romero C, De La Cueva Barrao MP, et al. Manual de la lactancia materna de la teoría a la práctica. Editorial médica Panamerica; 2009.
9. Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems. *J Hum Lact*. 1990; 6(3): 113-5.
10. Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact*. 1990; 6(3): 117-21.
11. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breastfed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*. 2006; 41: 1598-600.
12. Cho A, Kelsberg G, Safranek S. When should you treat tongue-tie in newborn? *J Fam Pract*. 2010; 59(12): 712a-b.
13. Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pacific Oaks College: Pasadena, CA; 1993. Thesis.
14. Forlenza GP, Paradise Black NM, McMara EG, Sullivan SE. Ankyloglossia, exclusive breastfeeding and failure to thrive. *Pediatrics*. 2010; 125(6): e1500-4.
15. Community Paediatrics Committee. Canadian paediatrics society position statements: ankyloglossia and breastfeeding. *J Paediatr Child Health*. 2002; 7: 269-70.
16. Muldoon K, Gallagher L, McGuinness D, Smith V. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 373.
17. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 3(3): CD011065.