

LA ANQUILOGLOSIA Y SU RELACION CON LA LACTANCIA MATERNA

Autor principal:

ROSA MARIA
NIETO
SANTANDER

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Neonatológica – Pediátrica

Palabra clave 1:

Frenillo lingual.

Palabra clave 2:

Lactancia materna.

Palabra clave 3:

Fonación.

Palabra clave 4:

Frenotomía lingual.

Resumen:

La anquiloglosia, también conocida como frenillo lingual, consiste en una malformación congénita de desarrollo de la lengua. Esta anomalía se caracteriza por la presencia de una membrana anormal que reduce en diversos grados la movilidad de la lengua.

Objetivos:

Determinar en qué medida influye la anquiloglosia en la lactancia y la alimentación neonatal, así como en su futura fonación.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas: Scielo, Dialnet, Cochrane Library, Lilacs, con los descriptores: frenillo lingual, lactancia materna, fonación. Se han seleccionado artículos de los últimos 10 años.

Resultados:

Casi todos los artículos revisados destacan la relación existente entre los niños con anquiloglosia y su mala adaptación a la lactancia materna, causando problemas como dolor, mastitis, referentes a la madre. En cuanto al niño, se dan problemas de succión pobre, rechazo de la alimentación a pecho, falta de aumento de peso. Hay estudios que confirman que el 71 % de los niños que padecen esta malformación tienen problemas en la articulación de las palabras.

Conclusiones:

Es muy importante el diagnóstico temprano de esta anomalía por parte del personal sanitario que atiende al neonato, cuanto antes se realice el diagnóstico, antes se podrán controlar sus consecuencias. Para ello hace falta una buena evaluación bucal. La frenotomía lingual es un procedimiento efectivo y seguro para resolver la dificultad de alimentar a los neonatos.

Antecedentes/Objetivos:

Anquiloglosia deriva del griego: Akylos (corto) y glossa (lengua).

La anquiloglosia también se conoce como frenillo lingual corto. Se trata de una anomalía o defecto de carácter congénito del desarrollo de la lengua.

El desarrollo de estas alteraciones comienza en el útero, dependiendo de las estructuras dentarias, traumatismos, factores hereditarios, injurias a tejidos adyacentes y demás (Magaña Pérez, Robles Andrade y Guerrero Sierra, 2014).

El frenillo lingual es un repliegue mucoso, que se inserta en la extremidad posterior del surco medio de la cara ventral de la lengua y termina en el surco gingivo-lingual. (Podesta et al, 2001).

La prevalencia de este defecto en los recién nacidos es del 4 al 10 %, en los recién nacidos normales, es más común en los varones, en una proporción de 3 a 1.

Kotlow propone una clasificación de los tipos de anquiloglosia de esta otra forma (Rosas Ortiz, González Magaña y González Lopez, 2009):

Clase I: Distancia del frenillo a la punta de la lengua, de 12 a 16 mm.

Clase II: 8 a 10 mm.

Clase III: 3 a 7 mm.

Clase IV: Menos de 3mm. Se trata de una anquiloglosia completa.

Se considera normal un rango de frenillo lingual de más de 16 mm.

Objetivo General:

- Determinar en qué forma la anquiloglosia influye en la lactancia, la alimentación neonatal y la fonación.

Objetivos Específicos:

-Definir cuáles son los problemas asociados a esta malformación.

- Evaluar las soluciones que se ofrecen actualmente a este problema.

Descripción del problema - Material y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas: Scielo, Dialnet, Cochrane Library, Lilacs, con los descriptores: frenillo lingual, lactancia materna, fonación. Se han recogido artículos de los últimos 10 años.

Se han seleccionado los artículos más relevantes sobre el tema, para así poder evaluar la importancia del problema en la población infantil y su influencia sobre la adherencia al amamantamiento por parte del recién nacido y de la madre. También se han incluido estudios realizados sobre la fonación infantil.

Resultados y discusión:

En un estudio realizado con imágenes ultrasónicas en neonatos diagnosticados de anquiloglosia durante el proceso de succión (Robles Andrade y Guerrero Sierra, 2013), se vio que existían dos patrones de succión: compresión en la base del pezón y compresión en la punta del pezón. Ambos patrones de succión ocasionaba mucho dolor a la madre.

En otro estudio revisado, Mukai et al, analizaron el efecto que tiene la anquiloglosia en el desplazamiento de la epiglotis y la laringe y observaron una disminución en la saturación de oxígeno durante la alimentación, otro efecto negativo sobre la lactancia.

El 25-60 % de los casos de anquiloglosia en neonatos se asocia con lesión y dolor en los pezones, succión pobre, disminución de la salida de la leche por la mama, falta de engullimiento, rechazo de la alimentación a pecho y falta de aumento de peso (Cuervo, 2008).

Cuando los niños son normales, este dolor es pasajero y alcanza el pico máximo al tercer día, y

desaparece de forma espontánea en las siguientes 2 semanas.

El dolor hace que disminuya la cantidad de oxitocina segregada que afecta directamente al volumen de leche.

No siempre hay trastornos del lenguaje en estos niños, pero en una encuesta se detectó que el 71% de los niños con esta disfunción tenían problemas en la articulación de las palabras (Cuervo, 2008).

Sobre los cuatro años de edad, en los niños con anquiloglosia se ve afectada la articulación de los fonemas: /L/, /N/, /R/, /RR/, /T/ y /S/.

Esto se debe a que el frenillo no permite que el tercio anterior de la lengua vibre contra el paladar en la zona de la papila incisiva cuando se expulsa aire, o impida el paso correcto del aire cuando es necesario (De la Teja et al, 2011).

La frenotomía consiste en una excisión quirúrgica con mioplastia del músculo geniogloso, so se limita a un simple corte con tijera de la submucosa.

Aunque también puede practicarse la frenotomía parcial, que puede realizarse de forma ambulatoria.. La desventaja de la frenotomía parcial es que en un futuro puede aparecer la necesidad de tener que completar el procedimiento a una edad más avanzada. No existe evidencia científica de que esta técnica sea la más recomendada, a pesar de ser más práctica.

Buryk et al, aplicaron la HATLFF para analizar a los neonatos diagnosticados de anquiloglosia, cuando se llevó a cabo la frenotomía se notó una clara e inmediata mejoría en la resolución del dolor materno y en la capacidad del neonato para alimentarse (Robles Andrade y Guerrero Sierra, 2013).

Conclusiones:

La anquiloglosia es una alteración que se presenta en un número importante de niños y que de realizarse una correcta evaluación, sería diagnosticada más tempranamente.

Cuanto antes se realice el diagnóstico, antes se podrán controlar sus consecuencias y en caso contrario, antes se puede poner remedio. Para un diagnóstico precoz hace falta una buena evaluación bucal, exploración que a menudos se realiza de forma superficial.

Es importante por tanto que el personal sanitario esté bien formado al respecto, para así poder diagnosticar antes esta anomalía.

La frenotomía lingual es un procedimiento adecuado en niños con anquiloglosia y dificultades de amamantamiento y /o del habla. Basándonos en los artículos revisados podemos afirmar que es una técnica segura, efectiva y práctica. Es una intervención mínimamente invasiva. Si los mecanismos de alimentación o de fonación no mejoran tras la frenotomía es necesario evaluar otras causas de naturaleza neurológica o mecánica de la lengua.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Gracias a esta revisión, hemos podido comprobar que siguiendo unas pautas en la revisión de los neonatos y realizando una revisión bucal adecuada es posible un diagnóstico precoz de la anquiloglosia. Esto permite evitar muchas complicaciones futuras en amamantamiento del bebé y en la fonación. Se evitan así problemas al niño y a la madre.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Hemos constatado la necesidad de realizar un mayor número de estudios (ensayos clínicos aleatorios) sobre la frenotomía y su repercusión en el futuro desarrollo del niño, tanto en el aspecto de la lactancia como en el de la fonación. Así se podrían unificar criterios y realizar

guías clínicas sobre este tema.

Bibliografía:

- *Cuervo, J.L. Anquiloglosia (frenillo lingual corto): Sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. *Rev.Hosp.Niños*, 2008; 50(228):125-129.
 - *Robles-Andrade, M.S; Guerrero Sierra, C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Rev.Perinatología y Reproducción Humana*, 2013; 28(3):154-158.
 - *González Jiménez et al. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *Rev.Anal.Pediatr*, 2014; 81(2):115-119.
 - *Magaña Perez, M; Robles Andrade, M.S; Guerrero Sierra, C. Alteraciones bucales del recién nacido. *Rev.ADM*, 2014; 71(3):115-119.
 - *Rosas Ortiz, G; González Magaña, F; Gonzalez López, B.S. Anquiloglosia parcial (incompleta). *Rev.ADM*, 2009; 65(2):42-47.
-