



Pediatría

http://www.revistapediatria.org/
DOI: https://doi.org/10.14295/rp.v55i4.413



Originales

Anquiloglosia, enfoque multidisciplinario: serie de casos.

Ankyloglossia, a multidisciplinary approach: a case series

Álvaro Jácome^a, Sildana Patiño^b, Carlos Brito^c

a. Red Internacional de Investigación en Lactancia Materna – INLAMA. Clínica del Country Bogotá, Colombia.

b. Enfermera Profesional. Consejera de Lactancia F.U.S. Especialista en Anquiloglosia y su relación con la Lactancia Materna. EDULACTA Consultora Internacional de Lactancia Colombia IBCLC certificada por el Internacional Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE).

c. Odontólogo pediatra con énfasis clínico en odontología del bebé y lactancia materna. Especialista en docencia universitaria, Universidad el Bosque.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 10 de octubre de 2022

Aceptado: 13 de enero de 2023

Editor Jefe

Fernando Suárez-Obando

Palabras clave:

Anquiloglosia

Lactancia materna

Recién Nacido

R E S U M E N

Introducción: la anquiloglosia (Ag) se define como un frenillo lingual en la base de la lengua que restringe el movimiento normal de la lengua. Su diagnóstico es importante, en los primeros días de vida, por las dificultades que puede generar para amamantar. **Objetivo:** presentar la experiencia de un servicio privado de consulta externa en el manejo de la Ag en pacientes recién nacidos en su primera consulta con un enfoque de protección a la lactancia materna. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de serie de casos. Se describe información demográfica de toda la cohorte de origen, así como detalles de evolución y seguimiento de los casos con Ag. Se incluye síntomas y clasificaciones con la prueba de Coryllos, la prueba de la Lengüita y la escala de Hazelbaker. **Resultados:** 32 pacientes recién nacidos presentaron Ag (15 %) de un total de 216. La distribución de edad, peso y sexo fue similar entre los grupos. 12 pacientes tenían antecedentes familiares de Ag (38 %). Los síntomas en los casos con Ag fueron: dolor (84 %), tanto en Ag anterior como posterior; grietas en los pezones (76 %), predominando en Ag anterior; síndrome de Raynaud (72 %) principalmente en pacientes con Ag anterior. 8 pacientes requirieron cirugía. La media de lactancia exclusiva para pacientes con Ag fue de 110 días (DS 58 días). **Conclusiones:** esta serie muestra el manejo de la Ag basado en la evolución que tenga la diada madre/hijo frente a la lactancia, basándose en diagnóstico físico y funcional. Esto permitió un mayor tiempo en lactancia exclusiva.

A B S T R A C T

Introduction: Ankyloglossia (Ag) is defined as a tongue tie at the base of the tongue that restricts the normal movement of the tongue. In the first days of life, its diagnosis is necessary due to the complications associated with the difficulties it can cause on breastfeeding. **Objective:** To present the experience of private outpatient service in the

*Autor para correspondencia. Álvaro Jácome
Correo electrónico: alvarjacome@gmail.com

Keywords:

Ankyloglossia
Breastfeeding
Newborn

management of Ag in newborn patients' first medical consult evaluating breastfeeding problems. **Material and methods:** Descriptive case series study. Demographic information of the entire origin cohort is described, as well as details of the evolution and follow-up of the cases with Ag, including symptoms and classifications with the Coryllos test, the Lengüita test, and the Hazelbaker scale. **Results:** Of 216, newborn patients evaluated, 32 presented ankyloglossia (15 %). The distribution of age, weight, and sex was similar between the groups, and 12 patients had a family history of ankyloglossia (38 %). The symptoms in the cases with Ag were pain (84 %), both in anterior and posterior Ag, cracked nipples (76 %) predominantly in anterior Ag, and Raynaud's syndrome (72 %), mainly in patients with anterior Ag. Eight patients required surgery. The mean exclusive lactation for patients with Ag was 110 days (SD 58 days). **Conclusions:** This series shows the management of Ag based on the evolution of the mother concerning relation to breastfeeding, based on physical and functional diagnosis, which optimized exclusive breastfeeding times.

Introducción

La anquiloglosia (Ag) (lengua anclada) se define como un defecto congénito caracterizado por un frenillo lingual corto que restringe la movilidad de la lengua y se asocia con problemas relacionados con la lactancia en el periodo neonatal (1). Existe evidencia de que la anquiloglosia se asocia con dificultades para alimentarse, tragar y hablar (2,3). En particular, los lactantes con Ag presentan problemas de lactancia relacionados con los mecanismos de succión (4) entre un 13 % y un 44 %.

Actualmente, se reconoce los riesgos en salud en los lactantes que no reciben lactancia materna (5) y aunque se ha logrado aumentar la proporción de la lactancia en el primer mes de vida, la duración de esta suele ser corta. La Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015 en Colombia reportó un descenso de la prevalencia de lactancia exclusiva (LE) en un 37 % (6). Esto contrasta con los valores de lactancia exclusiva obtenidos en la ENSIN 2010, en el cual se reportó una media de 1,8 meses de duración (7).

Las principales causas de destete temprano son la presencia de dolor asociado a la lactancia y la percepción de disminución del suministro de leche real o percibido. Ambos síntomas están relacionados con Ag, por lo cual es un factor para tener en cuenta en casos con dificultades para amamantar (4,8).

Son múltiples los aspectos debatidos en relación con la Ag. Es así que el renovado interés ha permitido que las temáticas se hayan ido modificando en las publicaciones, abordando temas con mejor definición. Entre estos temas está la evaluación de la Ag que antes se definía solo en el aspecto físico y ahora se complementa con un diagnóstico funcional de la actividad de la succión (9). Otro tema en relación a la Ag, es la importancia de cuantificar la actividad de la lactancia percibida por la madre (10). Se anota la necesidad de un diagnóstico temprano y el desarrollo de un protocolo para definir el manejo terapéutico (8).

Este estudio presenta la experiencia desarrollada en un consultorio de consulta pediátrica en relación con el seguimiento de pacientes desde la edad de recién nacidos como serie de casos, evaluando la presencia de Ag. Se aborda desde un enfoque clínico y manejo terapéutico con relación a la lactancia materna como binomio madre-hijo.

Material y Métodos

Estudio descriptivo tipo serie de casos en el cual se usaron los datos extraídos de las historias clínicas de recién nacidos mayores de 38 semanas de edad gestacional que asisten a una consulta privada pediátrica en la ciudad de Bogotá, entre los años 2020 y 2022. Los criterios de inclusión fueron recién nacidos mayores de 38 semanas, asistentes a su primera consulta entre los 3 y 10 días de edad, sanos. Se excluyeron casos con defectos en la cavidad oral

Protocolo de Seguimiento AG

Posterior a la consulta inicial pediátrica, se realizó un control al tercer día para definir el patrón de ganancia ponderal, seguido de una consulta más en un intervalo entre 3 y 5 días con objeto de corroborar el aumento de peso en gramos/día. La asesora en lactancia evaluó los procesos de acople, transferencia y posición y estado de la lactancia entre los 8 y 30 días de edad del bebe. Cuando se detectó una ganancia de peso no adecuada persistente, se evaluó problemas de producción láctea y/o asimilación de la leche en el bebe antes de definir el impacto que la Ag presentaba en pacientes con este diagnóstico. Se estableció un periodo de 2 semanas, antes de ser evaluado por el odontopediatra especialista en Ag.

Para la clasificación de Ag en la consulta pediátrica, se empleó la escala de Coryllos (Tabla 1) (11), (Figuras: Fotos tipo I, tipo II, tipo III, tipo IV) la cual permite el diagnóstico por criterios físicos. En la asesoría de lactancia, se empleó la prueba de la Lengüita que desarrolla una historia clínica, un examen físico y evalúa la succión para un diagnóstico funcional de la lactancia. (12-14) Se empleó, en la asesoría odontológica, la prueba de Hazelbaker, (Tabla 2) que utiliza criterios anatómicos y funcionales de la lengua: lateralización, elevación, extensión; forma y posición del frenillo. Esto permitió definir el manejo quirúrgico de la Ag (15-17).

Se tomó, para este reporte, la edad gestacional y el peso al nacer, el sexo y el tiempo de lactancia materna exclusiva de todos los casos reportados en el período y se determinó cuáles casos tuvieron el diagnóstico físico de Ag por parte del pediatra tratante y confirmados por la asesora en lactancia para el diagnóstico de Ag. En estos casos se recolectó información de sín-

tomas, seguimiento mensual y resolución de conducta frente al diagnóstico de Ag.

Cálculo del Tamaño Muestral

No se realizó un cálculo muestral, se estudió la totalidad de la población que inicio consulta en periodo neonatal temprano y que tuvo seguimiento clínico al menos durante los 6 primeros meses de vida.

Estadística

Los datos obtenidos fueron organizados en una base de datos en Microsoft Excel ® y el análisis estadístico se realizó con un

programa de STATA versión 15. Las variables cuantitativas con distribución normal se expresaron con medias y desviaciones estándar (DS). Se consideraron variables categóricas como frecuencia absoluta y relativa.

Aspectos Éticos

Se guardó la confidencialidad y reserva de la información mediante la codificación de cada uno de los participantes. Para el uso de los datos se solicitó autorización a los padres. No se presentó para aprobación a comité de Ética.

Tabla 1. Tipo de anquiloglosia según clasificación de Coryllos

| | |
|----------|---|
| Tipo I | Inserción del frenillo en la punta de la lengua |
| Tipo II | Inserción del frenillo detrás de la punta de la lengua (2 a 4 mm) |
| Tipo III | Frenillo grueso localizado en la mitad de la lengua y del piso de la boca |
| Tipo IV | Frenillo grueso, submucosos no elástico, que restringe el movimiento de la lengua en la base. |



Coryllos Tipo I



Coryllos Tipo II



Coryllos Tipo III



Coryllos Tipo IV

Fotos del archivo personal del autor Carlos Brito

Tabla 2. Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual

| Aspecto | | Función | |
|---|--|--|--|
| 1. Apariencia de la lengua cuando se eleva | | 1. Lateralización | |
| 2 | Redonda o cuadrada | 2 | Completa |
| 1 | Ligera hendidura en la punta | 1 | El cuerpo de la lengua, pero no la punta |
| 2. Elasticidad del frenillo | | 2. 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 |
| 3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua | | 3. Extensión de la lengua | |
| 2 | >1cm | 2 | La punta sobre el labio inferior |
| 1 | 1 cm | 1 | La punta sobre el borde de la encía |
| 0 | <1 cm | 0 | Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua |
| 4. Unión de frenillo lingual con la lengua | | 4. Expansión 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 |
| 5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior | | 5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío) | |
| 2 | Lejos del borde. Unido al suelo de la boca | 2 | Borde entero, concavidad firme |
| 1 | Unido justo por debajo del borde alveolar | 1 | Solo los bordes laterales. Concavidad moderada |
| 0 | Unido al borde alveolar | 0 | No hay concavidad o es débil |
| La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto <8 y/o función < 11 | | 6. Peristalsis | |
| | | 2 | Completa, de delante atrás |
| | | 1 | Parcial, originada desde detrás de la punta |
| | | 0 | No hay movimiento o es en sentido inverso |
| | | 7. Chasquido | |
| | | 2 | No hay |
| | | 1 | Periódico, de vez en cuando |
| | | 0 | Frecuente o con cada succión |

Traducido de la tabla del artículo de Ballard JL et al "Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasia on the breastfeeding dyad". Pediatrics 2002. Nov;110(5):e63. Accesible en

<http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e63.full> donde se indica que está adaptado del original de Hazelbaker con su permiso Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993. Thesis)

Resultados

Grupo sin anquiloglosia

Entre el periodo de mayo 2020 y mayo 2022, se evaluó a 216 recién nacidos, la media de edad gestacional fue de 38,2 semanas (DS 1,2 semanas), con una media de peso al nacer de 3,001 gramos (DS 417 gramos). Hubo 101 pacientes femeninos (47 %) y 117 pacientes masculinos (53 %). La media de días en lactancia exclusiva en casos sin Ag fue de 136 días (DS 59 días). El tiempo promedio de seguimiento por asesora en lactancia fue de 30 días (DS 54 días).

Grupo con anquiloglosia

Se diagnosticó Ag en 32 de los 216 pacientes (15 %). La media de edad gestacional fue de 38.3 semanas (DS 1,2 semanas) y la media de peso al nacer fue de 3 008 gramos (DS 369 gramos), 11 casos femeninos (34 %) y 21 masculinos (66 %). La media de días en lactancia exclusiva para casos con Ag fue de 110 días (DS 58 días). Los pacientes con Ag tuvieron un tiempo promedio de acompañamiento por la asesora en lactancia de 64 días (DS 42,23 días). 12 pacientes tenían antecedentes familiares de anquiloglosia (38 %).

De los 32 pacientes, 7 lograron una evolución adecuada de su lactancia, lograda por medio de mecanismos compensato-

Tabla 3. Frecuencia de pacientes según escala de Coryllos

| Coryllos | Frecuencia | porcentaje | acumulado |
|----------|------------|------------|-----------|
| Tipo I | 5 | 15.6 | 15.6 |
| Tipo II | 17 | 53.1 | 68.7 |
| Tipo III | 6 | 18.7 | 87.4 |
| Tipo IV | 4 | 12.5 | 100 |
| | 32 | 100 | |

Tabla 4. Frecuencia de síntomas asociados a la lactancia entre los casos con y sin anquiloglosia

| Síntomas | Anquiloglosia | | | |
|-----------------------|---------------|-----|----|-----|
| | no | % | si | % |
| Grietas y dolor | 24 | 13 | 6 | 19 |
| Mastitis | 16 | 9 | 1 | 3 |
| Sobreproducción | 43 | 23 | 8 | 25 |
| Incoordinación motora | 13 | 7 | 3 | 9 |
| Hipolactemia | 37 | 20 | 4 | 13 |
| Sind. Raynaud | 18 | 10 | 10 | 31 |
| Normal | 33 | 18 | 0 | 0 |
| Total | 184 | 100 | 32 | 100 |

Tabla 5. Comparación de los pacientes con Ag según clasificación de Coryllos Vs Hazelbaker cirugía

| | Hazelbaker | % individual |
|-------------------|------------|--------------|
| Coryllos tipo I | 3/5 | 60 |
| Coryllos tipo II | 2/12 | 16.6 |
| Coryllos tipo III | 2/4 | 50 |
| Coryllos tipo IV | 3/4 | 75 |

rios maternos (sobreproducción de leche) o del bebé (mecanismos compensatorios estomatognáticos). En los 25 pacientes restantes se realizó una valoración con las escalas de Coryllos y el Test de la Lengüita. Dentro de los apartes que componen la prueba de la Lengüita, en el segmento de Historia Clínica, se encontró que la madre reportaba compromiso de la función de la lactancia, definida por un puntaje igual o mayor a 4 en 21/25 (84 %) de los pacientes con Ag, anterior y posterior.

En la valoración anatómico funcional, los puntajes de compromiso de la movilidad se dieron más en los pacientes con frenillo anterior (Coryllos I y II) 15/17 (88 %). En la valoración de la succión (nutritiva y no nutritiva), se encontró que la totalidad, 25 pacientes tenían compromiso de la succión. De acuerdo con la prueba de Coryllos, el patrón de Ag, con mayor frecuencia fue el tipo II 17/32 (53 %) (Tabla 3).

Comparando los síntomas asociados a la lactancia, los síntomas de mayor frecuencia en pacientes con Ag fueron dolor

21/25 (84 %), tanto en Ag anterior como posterior; grietas en los pezones 19/25 (76 %), predominando en Ag anterior; el síndrome de Raynaud 18/25 (72 %), principalmente observado en pacientes con Ag anterior. Hubo una menor frecuencia de síntomas asociados con signos de mastitis 16/25 (64 %) en la madre o con la percepción de producción de leche: tomas cortas o largas 13/16 (52 %) (Tabla 4).

De los 25 pacientes con valoraciones completas, 11 pacientes no requirieron valoración por odontopediatra. De estos el 8/11 (73 %) tenían Ag anterior, en ellos se logró recuperación funcional de su lactancia. Los restantes fueron remitidos para valoración por odontología al no haber resolución de la problemática relacionada con la Ag. De estos 10/14 (71 %) requirió frenectomía con un puntaje total (físico y funcional) menor a 7/10 en la prueba de Hazelbaker.

Se comparó los resultados de la prueba de Hazelbaker al momento de la evaluación para intervenir quirúrgicamente

con los valores obtenidos en la prueba de la Lengüita (puntuación total) y la clasificación de Coryllos. Se encontró que la mayor proporción de pacientes intervenidos estuvo en aquellos con Ag tipo Coryllos tipo I y IV, predominando pacientes con Ag anterior (6/10) (Tabla 5).

En la evolución postquirúrgica, 2 pacientes tuvieron complicaciones, 1 paciente presentó prolongación del tiempo de sangrado (Coryllos T IV). Se descartó alteraciones de coagulación y otro paciente tuvo episodio de taquipnea post quirúrgico, la cual se manejó con oxígeno, sin complicaciones. (Coryllos T III)

Las madres refirieron mejoría sintomática importante con relación a la percepción de dolor en la lactancia en un 90 %. El síntoma de fenómeno de Raynaud tuvo una resolución menor proporcionalmente. Los pacientes pediátricos lograron recuperación del patrón de aumento de peso en el 100 % posterior a la cirugía, con un aumento de peso superior a 30g/día. Con respecto a la forma de alimentación, el 60 % (6/10) logró la lactancia exclusiva posteriormente.

Discusión

La frecuencia de Ag en esta serie fue del 15 %. Se considera que esta frecuencia está dada principalmente por el uso de la escala de diagnóstico físico de Coryllos en la consulta médica (11,18). Se empleó esta escala para hacer el diagnóstico de Ag (19). Al revisar la literatura publicada sobre la prevalencia de Ag, se encontró variación en las cifras por los criterios empleados para definirla, dando como resultado variación de los resultados según los momentos de publicación en el tiempo de publicación. Esto dio como resultado tanto variedad en los criterios de diagnóstico como en las frecuencias reportadas (20,21).

Con respecto a la predominancia de sexo masculino relacionado con la entidad, aun no hay definiciones claras de los mecanismos de herencia, sin embargo, hay una mayor frecuencia de casos para el sexo masculino y la recurrencia de esta patología en varios miembros de la familia, de acuerdo con lo reportado en la literatura (20).

En cuanto al momento adecuado para sospechar y valorar esta entidad, la recomendación está actualmente en que se realice antes de partir el recién nacido del hospital, por medio de una evaluación físico-funcional para Ag en aquellos pacientes cuyas madres reporten problemas relacionados con la lactancia durante la estancia hospitalaria y confirmado mediante una escala de lactancia (4,8,10). Esta demostrado la asociación con problemas de la lactancia, relacionado con dolor o problemas del agarre con respecto a la presencia de Ag. El diagnóstico de Ag en el presente trabajo se realizó entre el quinto y el décimo día de edad al llegar el paciente a consulta.

La percepción de problemas en la lactancia es el síntoma predominante en pacientes con Ag, teniendo en cuenta el compromiso de la succión nutritiva y no nutritiva por la alteración de la actividad peristáltica de la lengua. Esto es la causa del síntoma predominante de dolor al comprimir el pezón y generar alteraciones físicas en estos, comprobado por medio de ecografías dinámicas durante la succión (22) y, si se mantienen

en el tiempo, vienen a ser la razón por la cual la madre abandona la lactancia, iniciando sucedáneos de la leche (23,24).

La definición del tratamiento de la Ag se hizo de acuerdo con la necesidad clínica de cada caso y no por la clasificación según el tipo de Ag. Luego los resultados demostraron que las diferentes escalas de clasificación para la Ag son métodos de evaluación y la clínica, en cada caso, es lo que permite definir su manejo (11). En este punto se hace necesario realizar una valoración objetiva de la actividad de la lactancia en el binomio en un antes y un después con objeto de valorar los resultados obtenidos (9).

La prueba de la Lengüita proporciona una historia clínica, sin embargo, para aplicarla requiere de entrenamiento y de tiempo, lo cual la hace menos práctica para uso cotidiano en un servicio de obstetricia. Es más práctico el uso de escalas de diagnóstico físico de la Ag, complementándola con la valoración de la actividad de la lactancia (11).

Este concepto se presenta en la mayoría de los artículos recientes sobre Ag, en los cuales se recomienda realizar una valoración temprana de la actividad de la lactancia cuando se reporten problemas relacionados con esta durante la hospitalización post parto, en madres que reporten problemas relacionados con la lactancia. Se recomienda emplear, por ejemplo, la escala de evaluación de la lactancia de la Unicef (BOA Breast-feeding Observation Aid) (25). Esta es una escala simple que evalúa el estado de la lactancia de la madre como adecuado y no adecuado y permite detectar casos de casos que requieran seguimiento en su proceso de lactancia.

En nuestra experiencia, el empleo objetivo de la clasificación de Hazelbaker, para definir el manejo final con relación a la evolución de los síntomas tanto maternos como del bebe previos a la remisión, permitió definir que una proporción importante de pacientes con Ag no fueran manejados con cirugía, sino con manejo de terapia y uso de mecanismos compensatorios en la madre e hijo con respecto al manejo de la Ag.

La experiencia acumulada en el manejo de la Ag permitió definir los pacientes con Ag anterior que requieren manejo con frenectomía, la cual puede ser realizado por un especialista con experiencia de este procedimiento de forma ambulatoria y en los pacientes con Ag posterior que requieren cirugía, se tomen precauciones que garanticen la seguridad quirúrgica del procedimiento (26).

Como fortalezas del presente trabajo, se presenta la experiencia desarrollada en la evaluación clínica y manejo de esta entidad bajo el concepto de trabajo en equipo multidisciplinario frente a la problemática de la Ag, la experiencia de la lactancia en la diada madre/hijo, el manejo prospectivo de cada caso, con la aplicación de varias escalas de diagnóstico para la Ag con el manejo más adecuado en cada caso.

Como debilidades, están el sesgo importante de ser una serie de casos formada con pacientes provenientes de varias entidades y ser una experiencia particular no académica. Esto no permitió tener el aval de un comité de ética, el no uso de una escala de evaluación de la experiencia de la lactancia para cuantificar los cambios con respecto a la experiencia de la lactancia previos y posteriores al manejo de la Ag.

Como conclusiones, se quiere resaltar la importancia de tener una organización y un protocolo para el seguimiento de estos pacientes, lo cual garantiza un mayor beneficio para la

diada con respecto a la actividad de la lactancia y la disminución de riesgos en el tratamiento quirúrgico en aquellos casos que lo ameriten.

Es recomendable desarrollar una estrategia a nivel institucional hospitalario en la cual se realice una primera aproximación al problema a través de una asesoría en aquellos casos en los que la diada presente problemas con la lactancia, evaluando la posibilidad de Aq. La estrategia debe ser práctica y fácil de implementar junto con un diagnóstico de la actividad de la lactancia, sensibilizando a la madre de la necesidad de seguimiento posterior. Así mismo se resalta el papel en la asesoría de lactancia, la cual se debe realizar dentro de un proceso dinámico de acompañamiento que permita resolver de forma satisfactoria los diferentes momentos del proceso de la lactancia.

Es importante realizar controles secuenciales con un protocolo de seguimiento en las primera dos semanas de vida del bebe para definir de manera adecuada el tratamiento de esta entidad.

Finalmente, se llegó a consenso en el equipo para el empleo de pruebas diagnósticas, optimizando la asesoría y manejo de este problema. Además, se evidenció la pertinencia de la comunicación y discusión del caso con los padres frente a sus necesidades y expectativas de la lactancia y percepción del diagnóstico físico de la Ag.

B I B L I O G R A F Í A

- Llanos-Redondo A, Contreras-Suárez K-S, Aguilar-Cañas S-J. Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. *Rev Investig e Innovación en Ciencias la Salud*. 2021;3(1):87-97. <https://doi.org/10.46634/riics.71>
- Brookes A, Bowley DM. Tongue tie: The evidence for frenotomy. *Early Hum Dev* [Internet]. 2014;90(11):765-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.021>
- Anna H. Messner, MD; M. Lauren Lalakea, MD; Janelle Aby, MD; James Macmahon, MD; Ellen Bair, MS P. Ankyloglossia Incidence and Associated Feeding Difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126:36-9.
- Campanha, Silvia; Lopes de Castro Martinelli, Roberta; Palhares D. association between ankyloglossia and breastfeeding.pdf. *CoDAS*. 2019;31(1):1-7.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):475-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN 2015 ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACION NUTRICIONAL. 2017. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutriciona>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN 2010 ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACION NUTRICIONAL EN COLOMBIA 2010. 2010;1. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumenfi.pdf>
- Fraga M do RB de A, Barreto KA, Lira TCB, Celerino PRRP, Tavares IT da S, Menezes VA de. Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Rev CEFAC*. 2020;22(3):1-8.
- New Zealand Ministry of Health. National Guidance for the Assessment, Diagnosis and Surgical Treatment of Tongue-Tie in Breastfeeding Neonates. 2020;(November). <https://www.health.govt.nz/publication/national-guidance-assessment-diagnosis-and-surgical-treatment-tongue-tie-breastfeeding-neonates>
- Souza-oliveira AC, Cruz PV, Bendo CB, Batista WC, Souza-oliveira AC. Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? - a cross-sectional study. *J Clin Transl Res*. 2021;7(2):263-9.
- Narsat MA, Beygirci A, Tu çe Özdönmez G, Yıldız E. Grouping of Ankyloglossia According to Coryllos Anatomical Classification and Follow-Up Results for Breastfeeding: Single Center, Cross-Sectional Study. 2022. www.preprints.org
- Martinelli RL de C, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validade e confiabilidade da triagem: "teste da linguinha." *Rev CEFAC*. 2016;18(6):1323-31.
- Roberta L.C. Martinelli, Irene Q. Marchesan, Reinaldo J. Gusmão GB-F. Test de la Lengüita. *Cart del Test la Lengüita para Lact Habl y vivir Mejor*. 2014;
- Susanibar F, Castillo J. Protocolo De Evaluación Del Frenillo De La Lengua Con Puntuación Para Bebés. 2012;(1).
- Araujo M da CM, Freitas RL, Lima MG de S, Kozmhinsky VM d. R, Guerra CA, Lima GM d. S, et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2020;96(3):379-85. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.013>
- Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery* [Internet]. 2015;31(1):132-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.001>
- Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015;100(4):F344-8.
- Haham A, Marom R, Mangel L, Botzer E, Dollberg S. Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: A prospective cohort series. *Breastfeed Med*. 2014;9(9):438-41.
- Catherine B, Genna W, Coryllos E V. Breastfeeding and Tongue-Tie. *J Hum Lact*. 2009;25(1):111-2.
- González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr*. 2014;81(2):115-9.
- Guinot Jimeno F, Carranza Bagé N, Veloso Durán A, Parri Bonet S, Virolés Suñer MM. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas TT - Prevalência de anquiloglossia em recém-nascidos e relação com dados auxológicos do recém-nascido ou com o. *Rev odontopediatr latinoam* [Internet]. 2021;11(1):220171. <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/216>
- Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: A case series. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2010;99(2):301-3.
- Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008;122(1).
- Colombari GC, Mariusso MR, Ercolini LT, Mazzoleni S, Stellini E, Ludovichetti FS. Relationship between Breastfeeding Difficulties, Ankyloglossia, and Frenotomy: A Literature Review. *J Contemp Dent Pract*. 2021;22(4):452-61.

-
25. Programme TNHC. Policies and Guidelines - Breastfeeding [Internet]. 2018. <https://www.hse.ie/file-library/guideline-on-the-observation-of-a-breastfeed-and-use-of-the-breastfeeding-observation-assessment-tool-boat-resource.pdf>
 26. Auychai P, Neff A, Pitak-Arnop P. Tongue-Tie children with a severe Hazelbaker score or difficult breastfeeding greatly benefit from frenotomy or frenuloplasty with/without anaesthesia – First do or do no harm? J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2021;(November).