

Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria

Anquiloglosia y lactancia materna

Rompe la quietud de este tu hogar un tirano de moco y pañal. Si ha secado tus pechos, dime ahora ¿Qué le das ?

Dame un chupito de amor (Fragmento)
Nacho Cano y German Coppini
Vinyl, 12" Maxi-Single. Ariola Eurodisc SA 1986



“Chupitos de Teta” para Pediatras de Atención Primaria

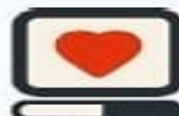
FRENILLO SUBLINGUAL. ANQUILOGLOSIA. DISFUNCIÓN ORAL

“Intentar hablar, comer o tragar con un frenillo lingual corto es como intentar correr una maratón con las zapatillas atadas entre ellas”

M^a Vega Almazán Fernández de Bobadilla
UGC Maracena (Granada)
Miembro Grupo de Trabajo Lactancia Materna. Andapap.







ESCALA LATCH

@enfermeromurciano



Parámetros	0	1	2
Coger	Demasiado dormido. No se coge al pecho.	Repetidos intentos de cogerse. Mantiene el pezón en la boca. Llega a succionar.	Agarra el pecho. Labios que ajustan. Lengua debajo. Succión rítmica.
Deglución audible	Ninguna.	Un poco si se le estimula.	Espontáneo e intermitente si < 24 horas. Espontáneo y frecuente si > 24 horas.
Tipo de pezón	Invertidos.	Planos	Evertidos tras estimulación
Comodidad / Confort (pecho, pezón)	Mamas ingurgitadas. Grietas. Dolor severo.	Mamas llenas. Pezón lesionado. Daño medio.	Mamas blandas. No hay dolor.
Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene colocado al niño al pecho).	Mínima ayuda. Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro. El personal lo coloca y luego la madre sigue.	No necesita ayuda. La madre es capaz de mantener al niño colocado.

Diada madre-lactante



Pregunta 1

¿Cuál sería su diagnóstico?

- A** Se trata de una dermatitis irritativa del pezón a consecuencia del frenillo del bebé
- B** Es una anquiloglosia con frenillo tipo 1 anterior y grietas maternas
- C** Es un frenillo tipo 2 con anquiloglosia y grietas maternas
- D** Se trata de un frenillo sublingual tipo 3 que no produce anquiloglosia

Definición frenillo/anquiloglosia

FRENILLO (TELILLA) : *Membrana que sujeta la lengua por la línea media de la parte inferior y que, cuando se desarrolla demasiado, impide hablar o mamar con soltura.* (Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 22a edición). Cuando impide el movimiento normal de la lengua se conoce como **anquiloglosia**.

ANQUILOGLOSIA (LENGUA PRESA): Lengua atada o frenillo corto. Posición impropia, de tejido lingual, que restringe el movimiento normal de la lengua.
No siempre se ve pero **SIEMPRE se palpa**

NO TODOS LOS FRENILLOS PRODUCEN ANQUILOGLOSIA

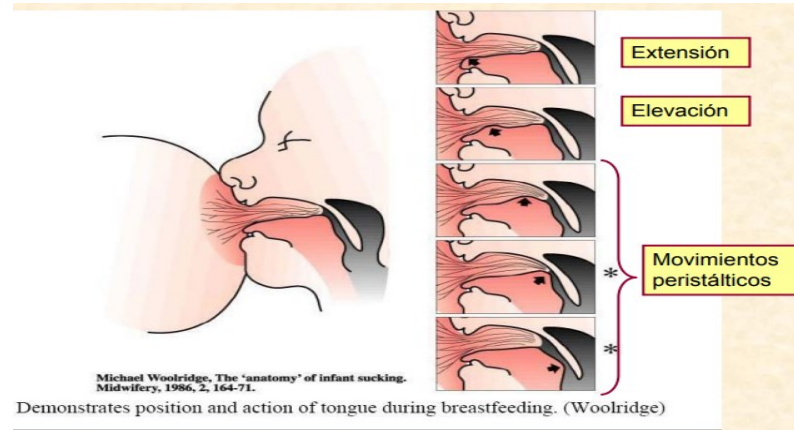
OBLIGATORIO EN EXAMEN DEL FRENILLO:

ASPECTO
SUCCIÓN
LLANTO



Fisiología oral

- La elevación normal de la lengua y el maxilar inferior crean forma de U abierta y los labios necesitan evertirse para generar sello.
- Coordinación succión-deglución-respiración



Movimientos normales de la lengua

- Elevación
- Lateralización
- Extensión

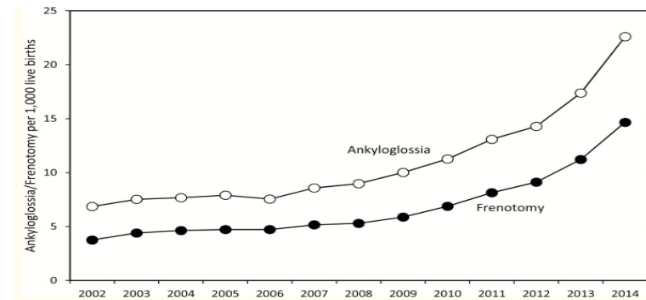
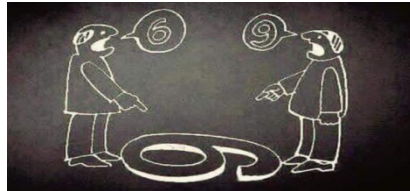


Vídeo succión normal

<https://www.youtube.com/watch?v=57XpotptRCI>

¿Hay un *sobrediagnóstico* de frenillos?

- Mayor interés por el amamantamiento y mayores tasas de LM
- Cifras variables de diagnóstico según experiencia (consulta lactancia vs pediatras: 69-10 %)
- Ausencia de criterios estandarizados de diagnóstico
- Mayor conocimiento entre los profesionales, madres, grupos de apoyo, etc
- No todo es frenillo pero puede haber una **anquiloglosia** que impida una lactancia exitosa y termine con un destete precoz.
- Ante cualquier problema con la lactancia, realizar una buena historia clínica de lactancia, explorar, comprobar agarre y succión/transferencia y decidir de forma consensuada con padres.



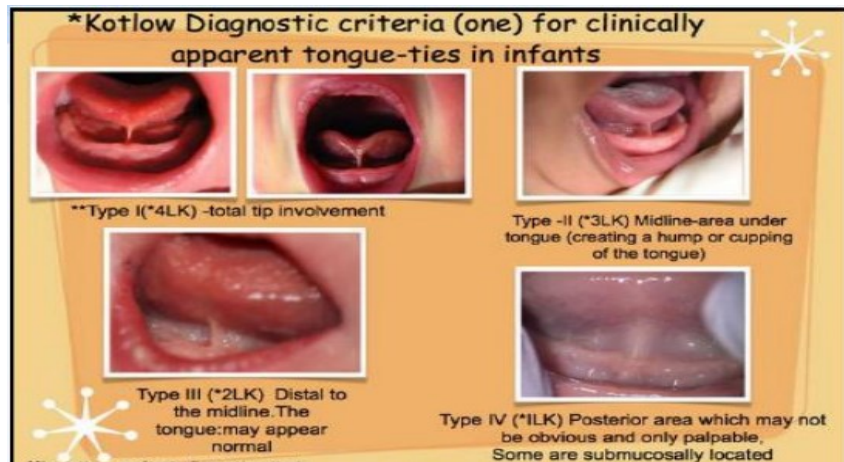
Incidencia

Variable 3,2-4,8% (no valorados los posteriores ?) y en el 12,8 % de las lactancias con dificultades.

Varones
Congénito. Asociación familiar

Mutaciones gen TBX22 .Asociación paladar hendido , Ehlers Danlos, Becwith-wiedemann....

Clasificación Kotlow 2011



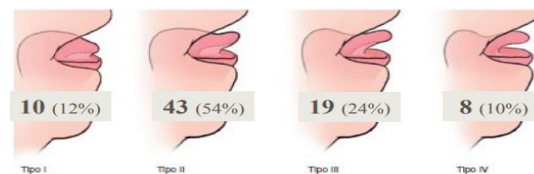
ORIGINAL BREVE

Prevalencia de anquilloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias



D. González Jiménez^{a,*}, M. Costa Romero^b, I. Riaño Galán^c, M.T. González Martínez^d, M.C. Rodríguez Pando^e y C. Lobete Prieto^f

Prevalencia total
12,1% (IC 95%: 9,58-14,64)



Tipo I – Punta de la lengua completamente implicada

Tipo II – Área media debajo de la lengua

Tipo III – Distal del área media

Tipo IV – Área posterior /submucoso

Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Intl 1999

Lenormand A. Familial autosomal dominant severe ankyloglossia with tooth abnormalities. Am J Med Genet A 2018.

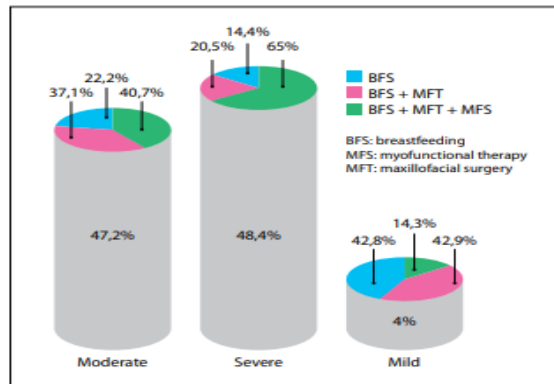


FIG. 3 Treatment applied according to the severity of ankyloglossia.

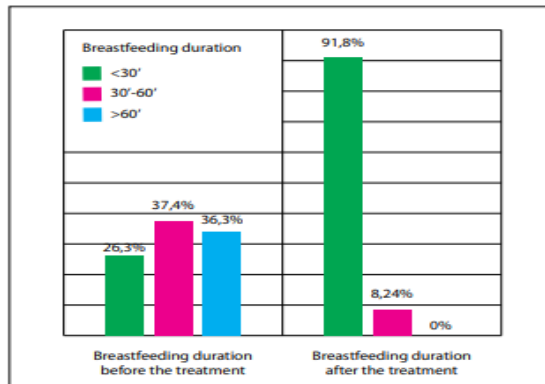


FIG. 4 Duration of the feeds before and after the treatment.

The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study

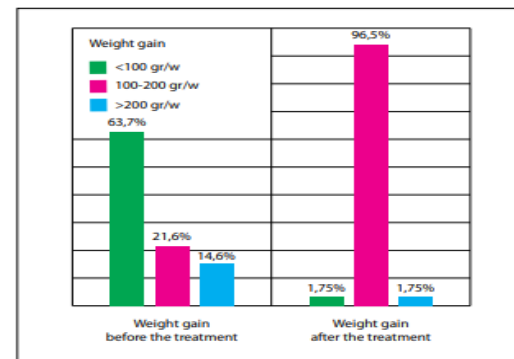


FIG. 5 Weight gain before and after treatment.

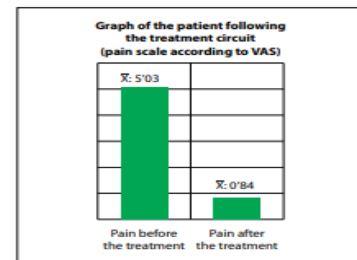


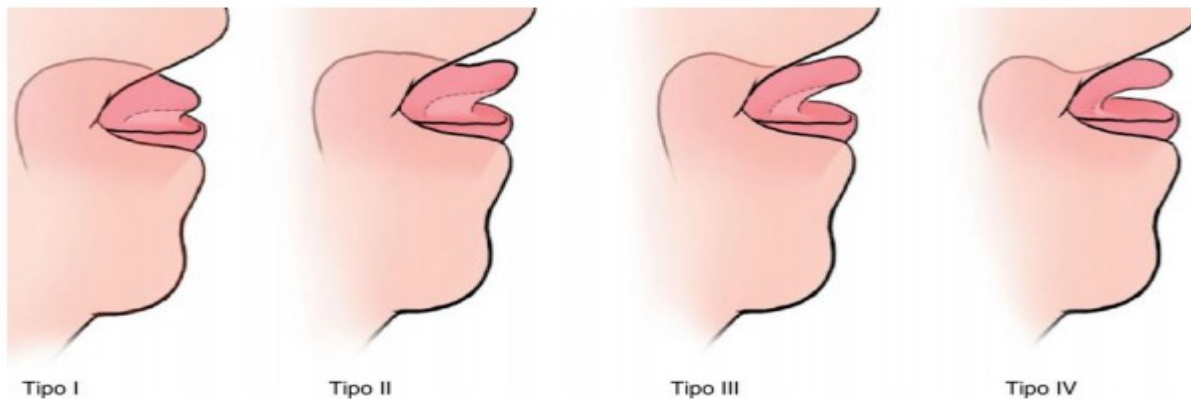
FIG. 6 Pain before and after treatment.

Prevalencia de anquiloglosia del 15,5 %. 25 % AF de anquiloglosia, 65 % varones. Tipo 3 Coryllos más frecuente 59,6 %. Importancia de la terapia miofuncional única o asociada a Cirugia pre y post frenotomía.

Clasificación del frenillo sublingual



FIG. 1 Coryllos anatomical classification.



Clasificación frenillo sublingual Coryllos



TIPO I 100%
anquiloglosia



TIPO II 75 % anquiloglosia.
Elevación restringida. La
punta no va hacia abajo.



TIPO III 50% anquiloglosia. Lengua “agrupada”.
Zona media se deprime



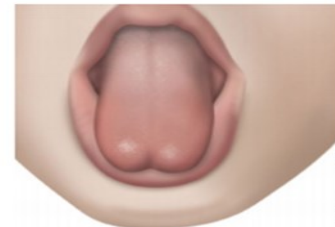
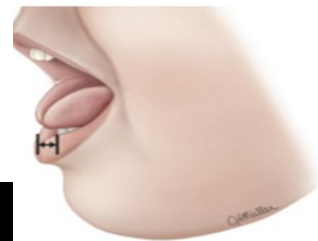
TIPO IV 0% anquiloglosia. Fibrosis. Oculto.
Paladar ojival. Asimetría. Restricción. Invisible

Detección del frenillo

- Siempre explorar en primera visita cuando se valora agarre.
- Observación de pezones en la madre, eritema o edema areolar
- Preguntar por Antecedentes Familiares de frenillo
- Exploración de región oral (inspección + palpación)

Desde atrás

Maniobra de Murphy: Al presionar en frenillo se produce depresión de la lengua



© 2018 UpToDate

Walker RD. Defining Tip-Frenulum Length for Ankyloglossia and Its Impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. Breastfeed Med. 2018.

Agarre adecuado

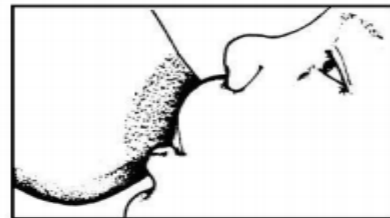
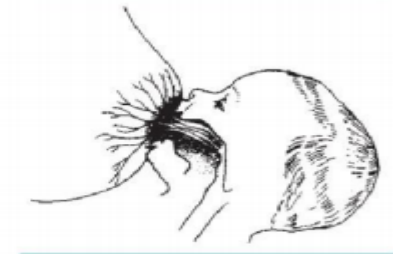
Posición de la boca del bebé: Agarre

- Apertura amplia de la boca.
- Labios evertidos.
- Agarre asimétrico
- Barbilla apoyada.
- Mejillas redondeadas.
- No hoyuelos
- Succión eficaz: entre 10-30 succiones nutritivas seguidas



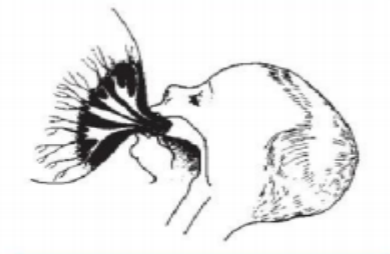
POSICION CORRECTA

Buen agarre – lo que ocurre dentro de la boca del lactante

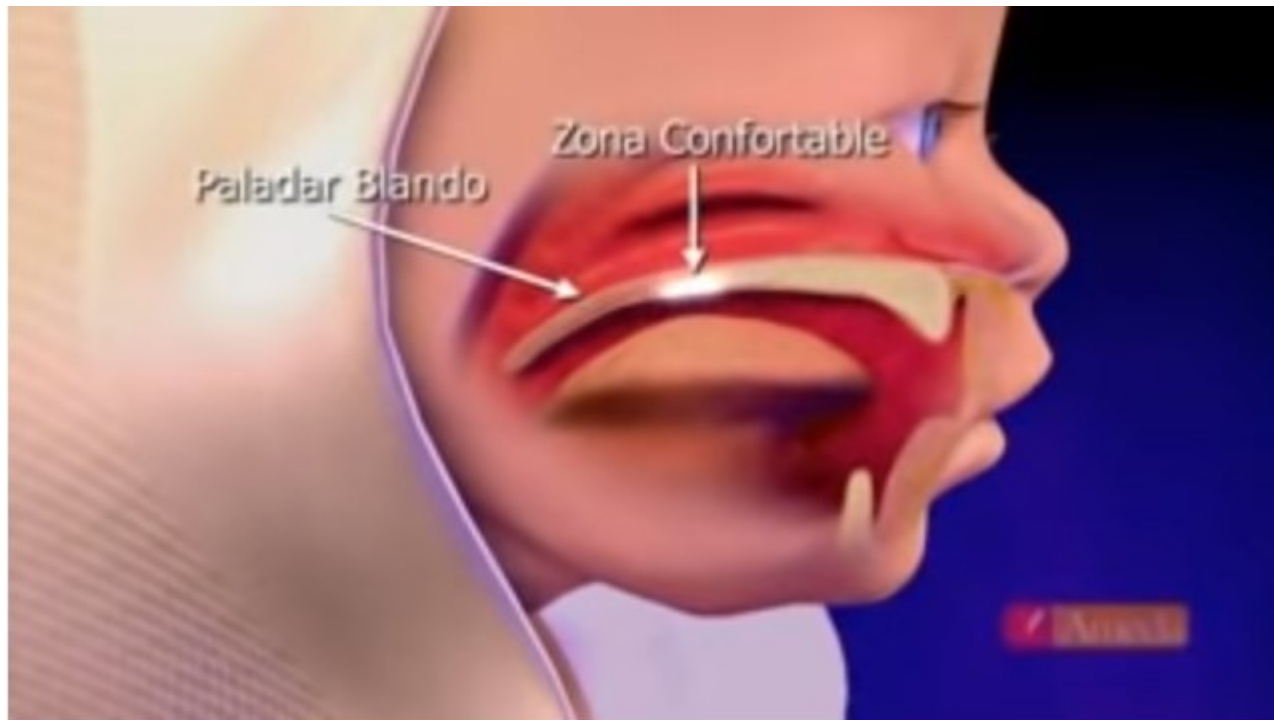


POSICION INCORRECTA

Mal agarre – lo que ocurre dentro de la boca del lactante



Video buen agarre



<https://youtu.be/XMb5bsSAhnc>



<https://youtu.be/99eHENmvZcM>

(<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Parents/Problems/Tongue-Tie>)

Pregunta 2

¿Qué consecuencias puede tener el frenillo a corto plazo?

- **A** Tomas prolongadas con bebé adormilado
- **B** Deformidad del pezón. Leve callo de succión. Babeo. Cólico del lactante acusado.
- **C** Grietas pezón materno. Aerofagia en lactante.
- **D** A y C son correctas

Dificultades directas con el amamantamiento

- No movimiento ondulado
- **Agarre** superficial
- Peor manejo del bolo, aspiración
- Menor **transferencia** de leche, no exprime
- Mayor esfuerzo para comer: temblor de barbilla y lengua por fatiga
- Mordida abierta
- **Atragantamientos, tos**

COMPENSACIONES

Compresión excesiva de la mandíbula

Movimiento de pistón

Fricción del pezón. Callo de succión marcado

Defining Tip–Frenulum Length for Ankyloglossia and Its Impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study

Ryan D. Walker,^{1,*} Susan Messing,² Casey Rosen-Carole,³ and Margo McKenna Benoit¹

FIG. 1. Tip–frenulum measurement. With the infant's tongue retracted superiorly, the distance from the junction of the dorsal papillated and ventral mucosal tongue (A) to the attachment of the lingual frenulum (B) is measured. Color images available online at www.liebertpub.com/bfm

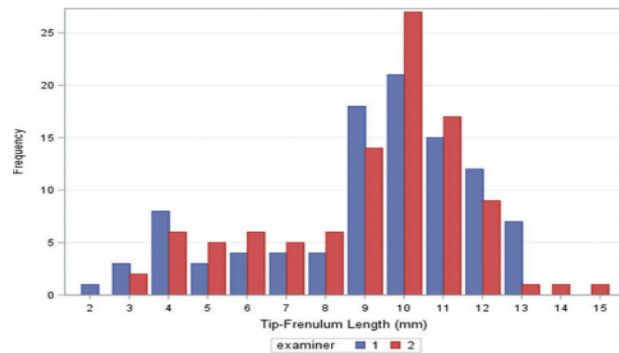
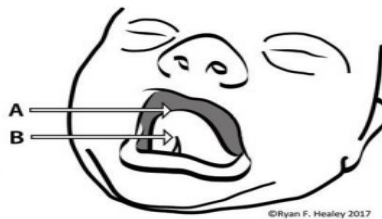
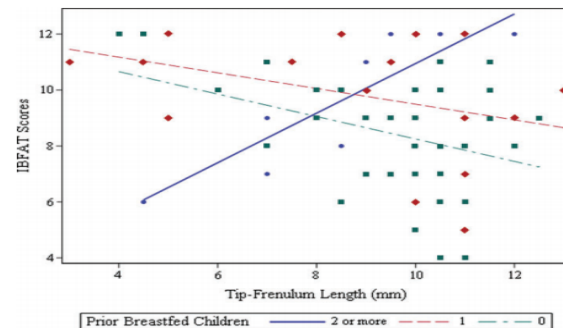


FIG. 2. Distribution of newborn tip-frenulum distances. Color images available online at www.liebertpub.com/bfm

FIG. 3. Effect of maternal breastfeeding experience on the relationship between tip-frenulum length and Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) scores. Dots = 2 or more prior breastfed children; diamond shapes = 1 prior breastfed child; squares = no prior breastfed children. Color images available online at www.liebertpub.com/bfm



100 lactantes

Media de 9,11 mm de longitud (0,82 correlacion interobservadores)

Mayor dolor pezón a menor longitud de frenillo y mayor porcentaje de abandono lactancia.

Experiencia de la madre con lactancia previa.

Dificultad en detección de frenillo posterior (0,45 % correlación)

Walker RD. Defining Tip–Frenulum Length for Ankyloglossia and Its Impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med.* 2018.

Consecuencias del mal agarre

EN LA MADRE:

Perla de leche, mastitis aguda o subaguda, grietas, fricción pezón, en definitiva **DOLOR Y MAL DRENAJE DEL PECHO**.(9,6 % de lactancia dolorosa, 23,2 % se debía a anquiloglosia)

EN EL BINOMIO MADRE-LACTANTE:

Tomas largas ,chasquido, se duerme al pecho

Bebe flojo, nunca se sacia

Escasa transferencia de leche

EN EL LACTANTE:

Escasa ganancia ponderal

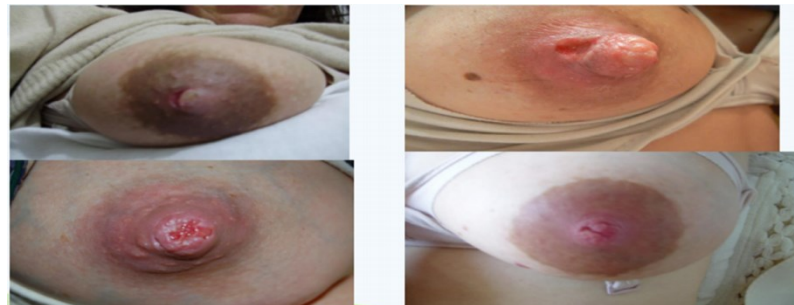
Cólico

Reflujo

Aerofagia

Lengua blanca

Atragantamientos



Fotos. Amamantar

Puapornpong P. Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome. Breastfeed Med. 2017

Signos en la facies del bebé

- Callo de succión marcado
- Mofletes de trompetista
- Paladar ojival
- Asimetría facial
- Respiración bucal



Tipo 4

Pregunta 3

¿ Qué consecuencias puede tener un frenillo no tratado a largo plazo?

- **A** Caries, deglución atípica y dislalia
- **B** Hipersalivación, atragantamiento y disfonía
 - **C** Maloclusión dental y babeo
- **D** Dificultad de pronunciación y retraso en erupción dental

Implicaciones a largo plazo

Apiñamiento dental: Paladar alto y estrecho

Respiración bucal mantenida

Hipertrofia de amígdalas y vegetaciones

Otitis de repetición

Problemas de deglución

Enfermedad periodontal

Dislalias

(t, d, n, l, rr)

Caries precoz

Dificultad para lamer un cono de helado

Dificultad para besar, tocar un instrumento de viento



In cases of ankyloglossia and significant breastfeeding difficulties, there is some evidence that frenotomy can improve feeding Ricke et al. 2005; Francis et al., 2015; Rowan-Legg, 2015; FerrésAmat et al., 2016

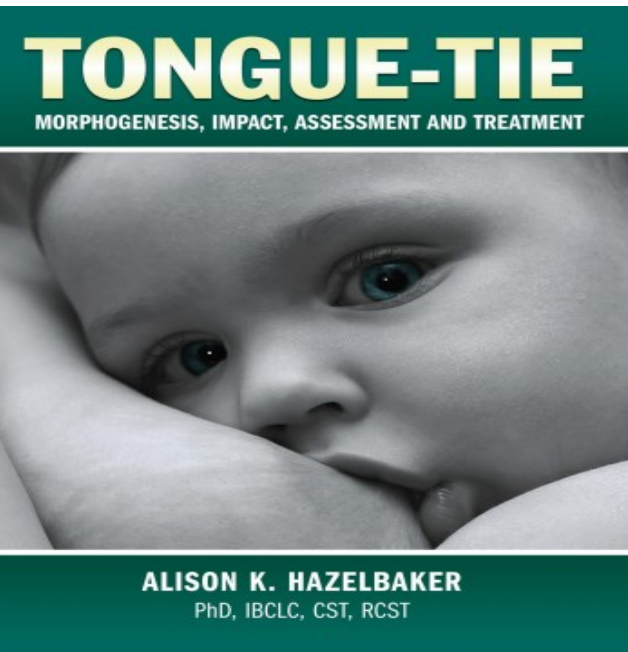
Pregunta 4 ¿Qué frenillo derivarías a cirugía?

- **A** Escala hazelbaker de 9 puntos en aspecto y 13 puntos en función.
- **B** escala hazelbaker de 7 puntos en aspecto con evidencia de mal agarre
 - **C** Todo frenillo tipo 1
 - **D** A y C son correctas
 - **E** B y C son correctas

1º Valorar disfunción: ATLFF

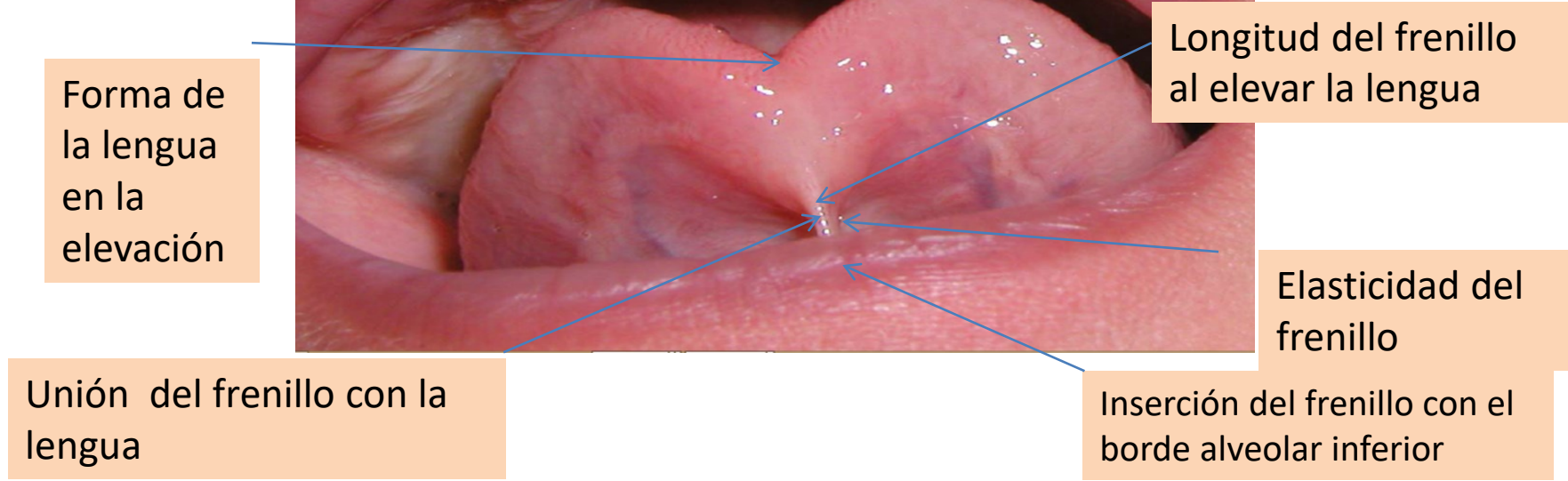
Assessment Tool for Lingual Frenulum Function

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
0 Forma de corazón o de V	0 No es posible
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 >1 cm	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
6. Peristalsis	
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	
7. Chasquido	
2 No hay	
1 Periódico, de vez en cuando	
0 Frecuente o con cada succión	

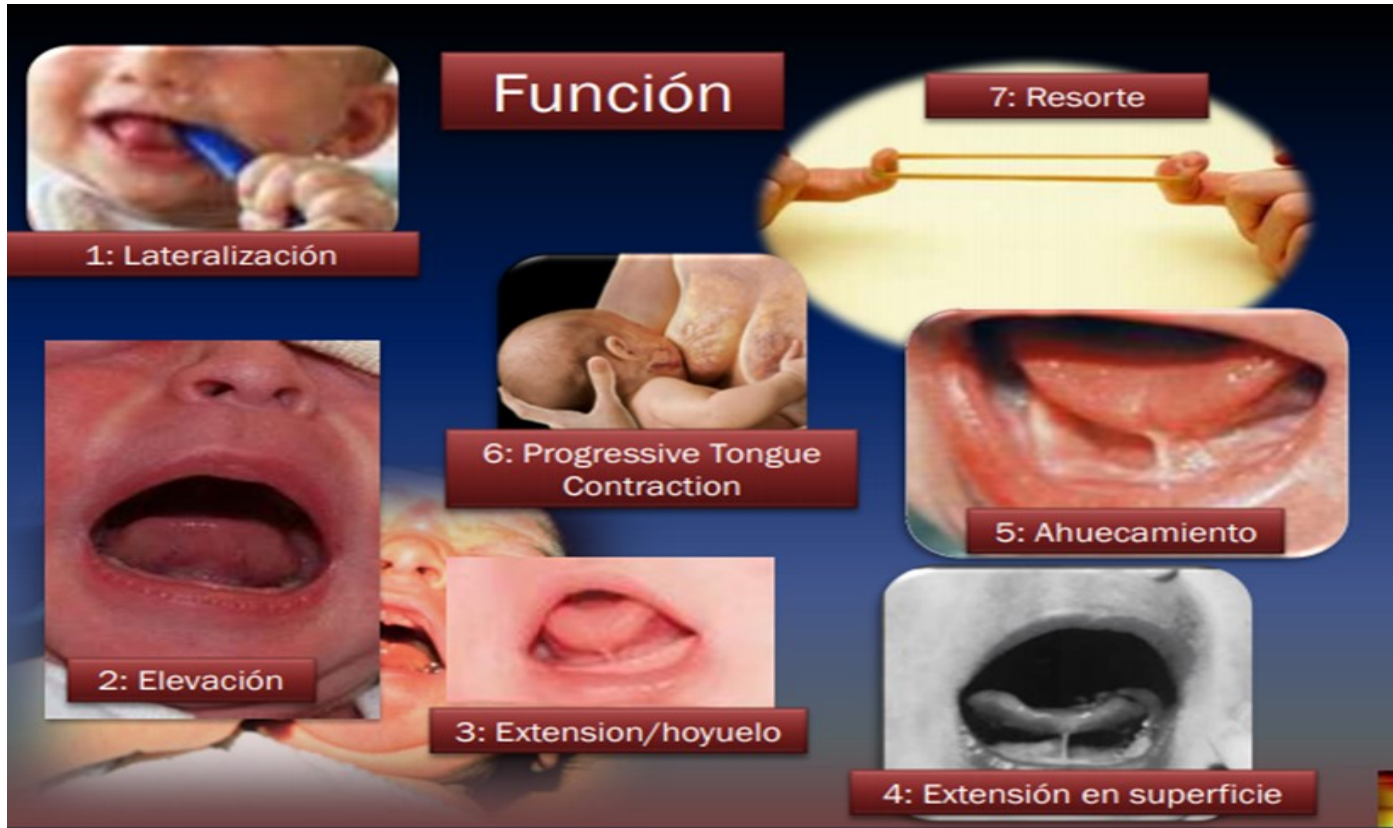


Puntuación < 8 en aspecto y < 11 en función indicativo de anquiloglosia y necesidad frenectomía

20j PAP Andalucía
CÁDIZ



Función (7 puntos)



Clasificación frenillo sublingual simplificada

Función

Lateralización

2: Completa

1: el cuerpo de la lengua pero no la punta

0: Nada

Elevación de la lengua

2: La punta toca cielo de la boca

1: Solo los bordes llegan

0: La punta queda en borde alveolar o solo lo toca al cerrar

Extensión de la lengua

2: La punta sobrepasa el labio inferior

1: La punta llega solo a la encía inferior

0: No alcanza lo anterior o la lengua se encorva

Si < 4 : FRENOTOMÍA



Lateralización



Elevación



Extensión

2ª Valorar succión/agarre/dolor

LACTH+ HAZELBACKER/CORYLLOS/BRISTOL/+ ESCALA SF-MPQ+ SUCCIÓN

Imagen 7: Escala SF-MPQ (objetivar dolor materno).

- escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos).
- escala analógica visual.
- escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos).

A. Describa su dolor durante la última semana:

Como pulsaciones	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Como una sacudida	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Como un latigazo	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Pinchazo	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Calambre	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Retorcijón	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Ardiente	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Entumecimiento	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Pesado	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Escozor	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Como un desgarro	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Que consume	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Que maree	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Terrible	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO
Que atormenta	() 0 NO	() 1 LEVE	() 2 MODERADO	() 3 SEVERO

B. La línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad, desde «no dolor» hasta «dolor extremo». Marque con una línea (l) la posición que mejor describa su dolor durante la última semana.

NO DOLOR ----- DOLOR EXTREMO

C. Intensidad del dolor en este momento:

() 0 No Dolor
 () 1 Leve
 () 2 Molesto
 () 3 Intenso
 () 4 Horrible
 () 5 Insufrible

Opción 1. Escala LATCH (Adaptado de Báez León, 2008)

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Coger	- Demasiado dormido - No se coge al pecho	- Repetidos intentos de cogerse - Mantiene el pezón en la boca - Llega a succionar	- Agarra al pecho - Lengua debajo - Labios que ajustan - Succión rítmica
Deglución audible	Ninguna	Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación	- Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida - Espontáneo y frecuente si más 24h de vida
Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
Comodidad/ Confort (pecho / pezón)	- Ingurgitados - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Disconfort, dolor severo	- Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos - Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas - Molestia leve o moderada	- Mamas blandas - No dolor
Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	- Mínima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo obliga y luego la madre sigue	- No es necesaria la ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Duración: 2- 5 minutos en realizar. 3 secciones

- escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos)
- escala analógica visual
- escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos)

Puntuación :

0-4: succión ineficaz

5-7: dificultad media

8-10: eficaz

3º Inspección/Palpación

- Desde atrás , con los pies del niño lejos
- Grosor, longitud (<1 , 1,5 , >1,5 cm) , movilidad, elasticidad
- Retracción mandibular
- Retrognatia
- Ampollas de compensación
- Ancho del paladar forma de U/ paladar estrecho en V
- Evaluación labio superior (labio restringido)
- Exploración durante el llanto
- Exploración durante la succión
- Frenillo en los padres/hermanos



Lee SK, Kim YS, Lim CY. A pathological consideration of ankyloglossia and lingual myoplasty. Taehan Chikkwa Uisa hyophoe Chi. 1989



Otros screenings: test de la lengüita



El proyecto de Ley nº 4.832/12 de autoría del Diputado Federal Onofre Santo Agostini, que “obliga/exige la realización/aplicación del protocolo de evaluación del frenillo de la lengua en bebés, en todos los hospitales y maternidades de Brasil”, fue sentenciado por la Presidencia de la República y se convirtió en la Ley nº 13.002, el 20 de junio de 2014.

Screening Obligado en Maternidades

Pre test puntuación >7 detección de frenillos que requieran cirugía inmediata

Re test al mes de vida, si puntuación >30 derivar a cirugía



Relación entre las características anatómicas del frenillo lingual y las funciones de succión y deglución en bebés. 2014. Martinelli R. Tesis Doctoral. Universidad Sao Paulo.



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS

Martinelli y col., 2012

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

HISTORIA CLÍNICA

Nombre y apellidos: _____ FN: / /

Fecha de examen: / / Género: M () F ()

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____ N° _____

Distrito: _____ Ciudad/estado _____ Seguro Med.: _____

Teléfonos: () () ()

Casa

Trabajo

Celular



Antecedentes familiares (Investigar si existen casos en la familia con alteración del frenillo de la lengua) () No (0) / () Si (1)

¿Quién y qué dificultad presenta? _____

Problemas de salud: () No () Si

¿Cuáles?: _____

Lactancia materna:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| • ¿Cuál es el tiempo entre tomas? | () 2h o más (0) | () 1h o menos (2) |
| • ¿Presenta cansancio al lactar? | () No (0) | () Si (1) |
| • ¿Lacta un poco y se duerme? | () No (0) | () Si (1) |
| • ¿Va soltando el pezón? | () No (0) | () Si (1) |
| • ¿Muerde el pezón? | () No (0) | () Si (2) |

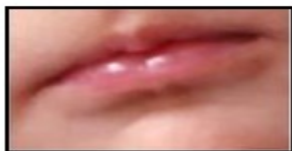
Puntuación total de la historia clínica: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 8

Cuando la suma de la historia clínica es mayor o igual a 4, se puede afirmar que el frenillo limita los movimientos linguales.

PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL



1. Postura habitual de los labios



() Labios cerrados (0)



() Labios entreabiertos (1)



() Labios abiertos (1)

2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto



() Lengua en la línea media (0)



() Lengua elevada (0)



() Lengua en la línea media con elevación de los laterales (2)



() Lengua baja (2)

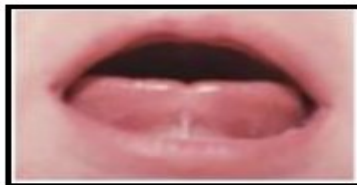




3. Forma de la punta de la lengua cuando se eleva durante el llanto



() Redondeada (0)



() Ligera fisura en ápice (2)



() Forma de corazón (3)

Total de la evaluación anatomofuncional (ítems 1,2 y 3): mejor resultado: 0; peor resultado: 6

SI LA SUMA DE LOS ITEMS ES > 4 , EL FRENILLO ES LIMITANTE

4. Frenillo lingual



☐ Se puede visualizar



☐ No se puede visualizar



☐ Visualizado con maniobra*

4.1 Espesor del frenillo



☐ Delgado (0)



☐ Grueso (2)

4.2 Fijación del frenillo en la cara sublingual (ventral) de la lengua



☐ En el tercio medio (0)



☐ Entre el tercio medio y el ápice (2)



☐ En el ápice (3)

4.3 Fijación del frenillo en el piso de la boca



☐ Visible a partir de las carúnculas sublinguales (0)



☐ Visible a partir de la cresta alveolar inferior (1)



**Peor resultado 12 puntos.
SUMATORIA DE TODOS LOS
ITEMS >7. FRENILLO
LIMITANTE**

PARTE II – EVALUACIÓN DE LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA Y NUTRITIVA

1. Succión no nutritiva (succión del dedo meñique con guante)

1.1. Movimiento de la lengua

- ☐ adecuado: protrusión lingual, movimientos coordinados y succión eficiente (0)
- ☐ inadecuado: protrusión lingual limitada, incoordinación de movimientos y demora para iniciar la succión (1)

2. Succión nutritiva durante el amamantamiento (próxima a la hora de lactar, observar al bebé lactando durante 5 minutos)

2.1. Ritmo de succión (observar grupos de succión y pausas)

- ☐ varias succiones seguidas con pausas cortas (0)
- ☐ pocas succiones con pausas largas (1)

2.2. Coordinación entre succión/deglución/respiración

- ☐ adecuada (0) (equilibrio entre la eficiencia alimenticia y las funciones de succión, deglución y respiración, sin señales de estrés)
- ☐ inadecuada (1) (tos, náuseas, disnea, regurgitación, hipo, ruidos durante la deglución)

2.3. “Muerde” el pezón

- ☐ No (0)
- ☐ Si (1)

2.4. Chasquidos durante la succión

- ☐ No (0)
- ☐ Si (1)



Peor resultado 5 puntos. Si >2 puntos, Frenillo limitante.

Video realización test de la lengüita



Cuando la suma del examen clínico es mayor a 9, el frenillo limita los movimientos linguales. Cuando la suma de la historia y el examen clínico es igual o mayor a 13, el frenillo limita los movimientos linguales.



OPEN ACCESS

The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification

Jenny Ingram,¹ Debbie Johnson,¹ Marion Copeland,² Cathy Churchill,³ Hazel Taylor,⁴ Alan Emond¹

What this study adds?

- ▶ The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) provides an objective, clear and simple indication of the severity of the tongue-tie.
- ▶ The BTAT showed good internal reliability, and correlated well with the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (short form)

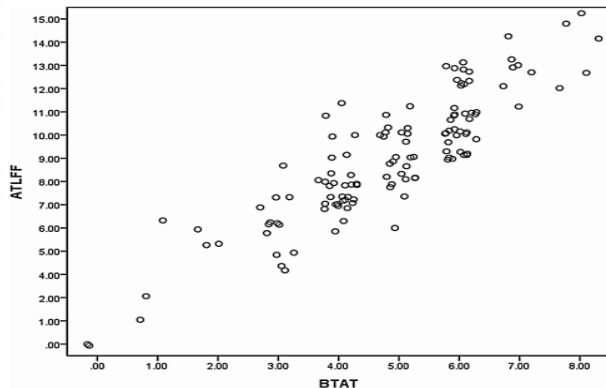
Atlff abreviado (BTAT) con buena correlación con éste.
Solo 4 parámetros

Table 1 Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

	0	1	2	Score
Tongue tip appearance	Heart shaped	Slight cleft/notched	Rounded	
Attachment of frenulum to lower gum ridge	Attached at top of gum ridge	Attached to inner aspect of gum	Attached to floor of mouth	
Lift of tongue with mouth wide (crying)	Minimal tongue lift	Edges only to mid-mouth	Full tongue lift to mid-mouth	
Protrusion of tongue	Tip stays behind gum	Tip over gum	Tip can extend over lower lip	

Ingram J, et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;**100**:F344–F348. doi:10.1136/archdischild-2014-307503

F345



Original article

Table 2 Internal consistency and correlations for BTAT and Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF)

	n	Cronbach's alpha (95% CI)	Correlation (95% CI)	p Values
All BTATs	224	0.708 (0.641 to 0.766)		
BTATs for 8 assessors	33		ICC: 0.760 (0.566 to 0.874)	<0.001
BTAT with ATLFF	126		Pearson: 0.889 (0.846 to 0.921)	<0.001

verbal consent for the interviews to be recorded and quotes reported.

RESULTS

Infants assessed for the study had a mean age of 17 days (median 10 days, range 0–79); those within the trial had a mean age of 6 days (median 6 days, range 0–13) and non-trial infants had a mean age of 18 days (median 12 days, range 0–79).

BTAT scores were recorded for 224 assessments and ATLFF for 126. BTAT assessments with two midwives together were completed for 33 infants. The internal consistency and correla-

Bristol tongue assesment tool (BTAT)

2 apartados de apariencia (apariencia de la lengua al elevarse e inserción del frenillo lingual a la cresta alveolar inferior) y 2 de función (elevación y extensión de la lengua)

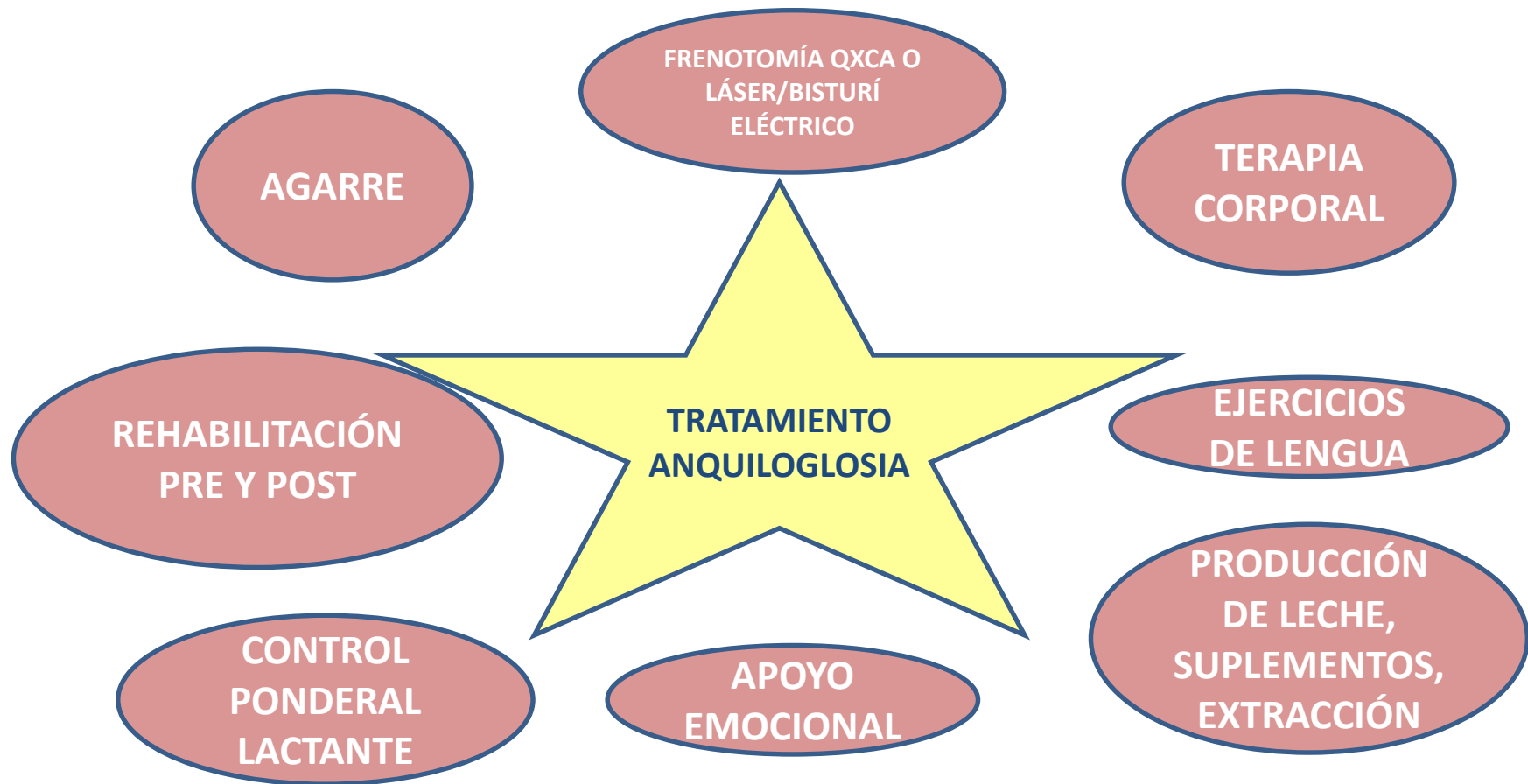
Table 1 Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

	0	1	2	Score
Tongue tip appearance	Heart shaped	Slight cleft/notched	Rounded	
Attachment of frenulum to lower gum ridge	Attached at top of gum ridge	Attached to inner aspect of gum	Attached to floor of mouth	
Lift of tongue with mouth wide (crying)	Minimal tongue lift	Edges only to mid-mouth	Full tongue lift to mid-mouth	
Protrusion of tongue	Tip stays behind gum	Tip over gum	Tip can extend over lower lip	

The scores for the four items are summed and can range from 0 to 8. Scores of 0–3 indicate more severe reduction of tongue function.



El tratamiento no es sólo la Frenectomía.....



Tratamiento anquiloglosia

El **tratamiento definitivo** será la cirugía con rehabilitación posterior antes de los 3 meses y el **tratamiento alternativo** es la corrección del agarre, terapia manual, fisioterapia /rehabilitación de lengua y pezoneras.

Consigue disminuir dolor pezón, agarre y transferencia de leche (J.Ballard 2004)

- **FRENECTOMIA:**

2 partes del frenillo vascular/avascular

Rombo. Cierre por segunda intención en 15 días

Figure 1. Position for office-based frenotomy



FIG. 2 Surgical Technique: Lingual Frenotomy.

Ferrés Amat. E . European Journal of Paediatric Dentistry. 2017

Sin anestesia, contacto piel-con piel posterior, paracetamol y “teta”

Figure 1. Position for office-based frenotomy



Figure 2. Initial incision with scissors



Figure 3. Manual push with index finger to achieve full release



Figure 4. Appearance of fully released frenulum



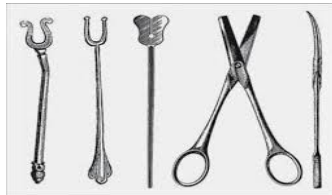
Figure 5. Wound healing normally 3 days after the procedure



Especial cuidado en niños con microretrognatia, macroglosia, hipotonía
→ frenillo efecto protector



Frenotomía con láser



COMPLICACIONES:
Sangrado (arteria lingual), daño músculo geniogloso, infección dolor, fibrosis, regresión, daño conductos glándulas salivales. Infrecuentes.

Sociedades científicas en contra de la frenotomía :
Alemania, Japón.



A favor: UK, UNICEFs baby friendly Hospital Initiative, Sociedad Americana de Pediatría. Canadá?



FIGURE 2: Lingual frenotomy, surgical technique.

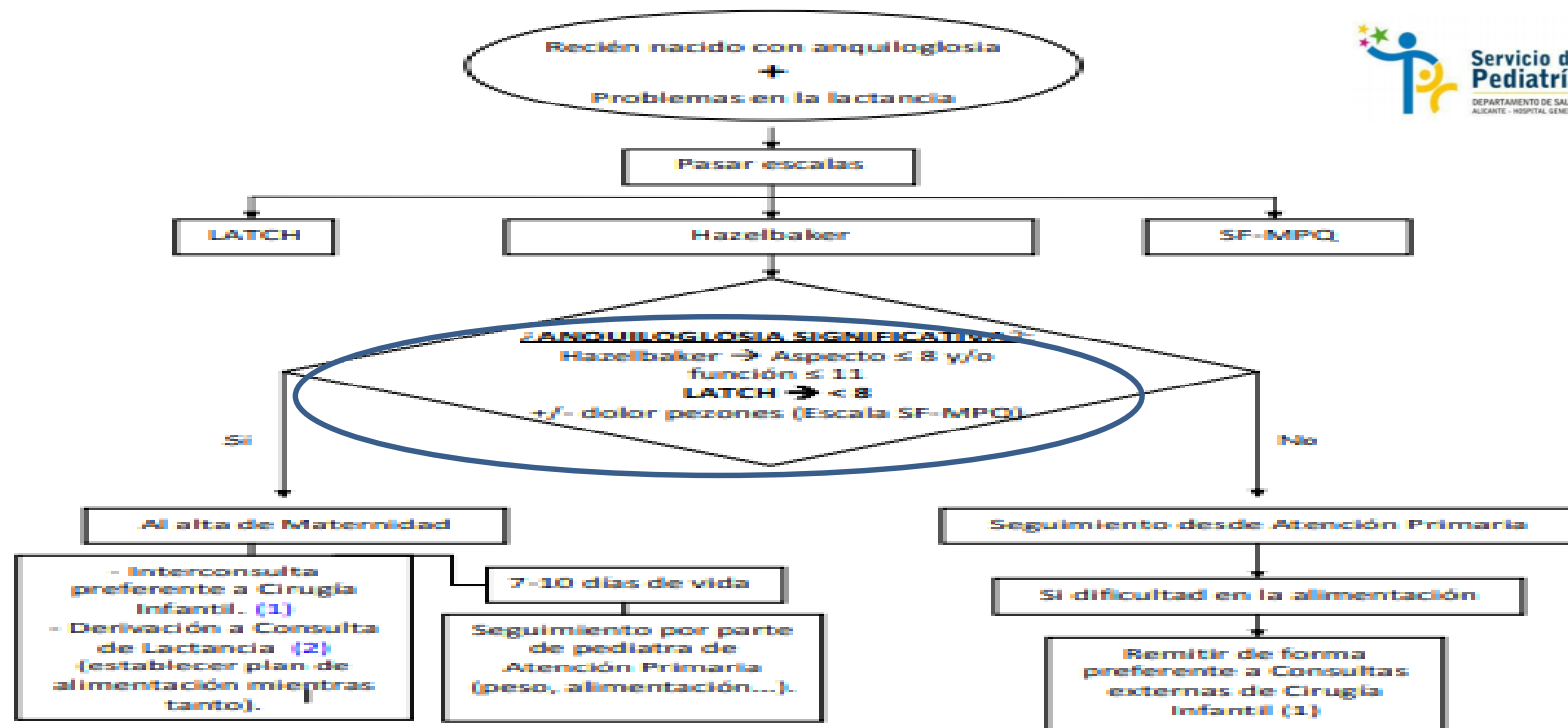
Lisonek M.Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. Paediatr Child Health. 2017

Praxis

Office-based frenotomy for ankyloglossia and problematic breastfeeding

A. Claire Kenny-Scherber MD CCFP IBCLC Jack Newman MD FRCPC FAAP

Esquema 1: Manejo del paciente con anquiloglosia significativa.



(1) La propuesta se puede enviar por Fax a Secretaría C.E. Cirugía Infantil. FAX ADMISIÓN: 913561.

(2) EXTRAHOSPITALARIA:

- consulta de apoyo de lactancia materna en Atención Primaria.
- Grupos de apoyo de FEDALMA.

Rehabilitación lengua

2 objetivos principales

1. Rehabilitar la musculatura de la lengua
2. Evitar que 'se peguen' los bordes de la herida

Riesgo aproximado 6-7 semanas

Ejercicios durante 2 meses cada 4 horas (La primera semana también por la noche)

Hindawi Publishing Corporation
Case Reports in Pediatrics
Volume 2016, Article ID 301094, 5 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/301094>

Case Report

Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the Newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy, and Frenotomy

Elvira Ferrés-Amat,^{1,2,3} Tomasa Pastor-Vera,⁴ Paula Rodríguez-Alessi,⁵
Eduard Ferrés-Amat,¹ Javier Mareque-Bueno,^{1,6} and Eduard Ferrés-Padró¹

¹Service of Oral and Maxillofacial Surgery, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

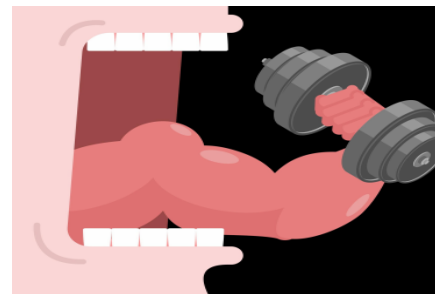
²Service of Pediatric Dentistry, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

³Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

⁴Service of Speech and Orofacial Myofunctional Therapy, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

⁵Service of Pediatrics and Service of Human Lactation, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

⁶Department of Oral and Maxillofacial Medicine and Oral Public Health, Faculty of Dentistry, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain



Ejercicios de Rehabilitación

Estimular el reflejo de Búsqueda: extensión de lengua



Estimular el reflejo de succión y de musculatura perioral



Lateralización de la lengua



Mejorar distensibilidad/elasticidad



Ejercicios de rehabilitacion postfrenectomia gava salut familiar

Video cirugia del frenillo



<https://www.youtube.com/watch?v=b2sHfzEDCzk&feature=share>

Evolución y recuperación funcional

En muchos bebés/mamás la mejoría es < 24 horas

En otros se puede tardar 2-3 semanas

Es aconsejable **valoración multidisciplinar:**

- o Fisioterapeuta
- o Logopeda
- o Consultora de lactancia



Si no hay mejoría, descartar: frenillo cicatricial/resección incompleta

UGC LUCANO. Anquiloglosias. Periodo 2017 a 2018

CASO	TIPO CORYLOS	HAZELBACKER	SF-MPQ	LATCH	Dolor Grietas	GPI	FRENECTOMIA	AÑO	LUGAR	EDAD	EXITO
I	III	7/10	NO	8	NO	SI	SI	2017	JEREZ	2 MESES	No. Lmix
II	II	5/10	NO	6	NO	SI	SI	2018	JEREZ	1 MES	No. LA
III	III	8/10	Pulsación/pin chazo (2)	10	SI	SI	SI	2018	JEREZ	2 MESES	Si. LME
IV	III	4/8	Sacudida/C alambre (3)	8	SI	NO	SI	2018	JEREZ	1 MES	Si. LME
V	III	4/8	Pinchazo(4)	8	SI	SI	SI	2018	JEREZ	3 MESES	Si. LME
VI	IV	4/8	Pinchazo(4)	6	SI	SI	SI	2018	JEREZ	2.5 MESES	Si. LME
VII	II	4/8	Pinchazo(4)	6	SI	NO	NO	2018			LA
VIII	III	8/10	NO	6	NO	SI	SI	2018	SEVILLA	1 MES	No. Lmix
IX	IV	8/10	NO	6	NO	SI	SI	2018	JEREZ	1.5 MESES	No. Lmix

Hazelbacker (Escala aspecto/función). SF-MPQ: Escala de dolor. GPI: Ganancia ponderal inadecuada. Lmix: Lactancia Mixta; LA: lactancia artificial
LME: Lactancia materna exclusiva

Evidencias al respecto

Según la **sociedad española de cirugía oral y maxilofacial** son indicaciones de frenectomía:

- Trastornos del habla previa evaluación logopeda
- Limitaciones mecánicas evidentes (sacar la lengua , tocarse el labio superior).
- Rn/lactantes con inconvenientes para succión.

ABM Protocols

A central goal of **The Academy of Breastfeeding Medicine** is the development of clinical protocols for managing common medical problems that may impact breastfeeding success. These protocols serve only as guidelines for the care of breastfeeding mothers and infants and do not delineate an exclusive course of treatment or serve as standards of medical care. Variations in treatment may be appropriate according to the needs of an individual patient.

Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad

Hasta la fecha no hay ensayos clínicos que demuestren que la frenectomía es efectiva en el tratamiento de los problemas de la lactancia

RECOMMENDATIONS

Conservative management of tongue-tie may be sufficient, requiring no intervention beyond breastfeeding assistance, parental education, and reassurance.¹⁹ For partial ankyloglossia, if a tongue-tie release is deemed appropriate, the procedure should be performed by a physician or pedodontist experienced with the procedure; otherwise a referral should be made to an ear, nose, and throat specialist or oral surgeon. Release of the tongue-tie appears to be a minor procedure, but it may be ineffective in solving the immediate clinical problem and may cause complications such as infant pain and distress and postoperative bleeding, infection, or injury to Wharton's duct.¹⁹ Complications are rare, however.^{1,2,5,9}

Frenotomy, or simple incision or "snipping," of a tongue-tie is the most common procedure performed for partial ankyloglossia. It should be recognized that postoperative scarring may further limit tongue movement.¹⁹ Excision with lengthening of the ventral surface of the tongue or a z-plasty release is a procedure with less postoperative scarring, but it carries the additional risks of general anesthesia.¹⁹



TITLE: Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines

DATE: 15 June 2016

What is the clinical effectiveness of frenectomy for the correction of ankyloglossia in newborns and infants?

Two SRs, one RCT, 41 and four NRS addressed the clinical effectiveness of frenectomy for the correction of ankyloglossia in newborns and infants.

La frenectomia es segura.

Beneficia a la diada pero los resultados deben tomarse con cautela debido a la variabilidad de estudios (tamaño, subjetividad de las medidas, diversidad de procedimientos....).

Efectividad mas evidente a corto plazo, no claro a largo plazo.

Resultados mixtos en resolución del dolor de pezón.

Escasas complicaciones salvo sangrado.

Deben unificarse criterios de diagnosticos, procedimiento y comorbilidades.

Ankyloglossia and breastfeeding

Anne Rowan-Legg MD, Canadian Paediatric Society,
Community Paediatrics Committee

Paediatr Child Health 2015;20(4):209-218.



Français en page 214

No todos los bebés con anquiloglosia tienen dificultades para la lactancia ni necesitan cirugía

Podría haber asociación entre anquiloglosia y dificultades con la lactancia en algunos bebés

Este grupo podría beneficiarse de frenotomía, que debe ser realizada por un clínico con experiencia en este procedimiento y con la analgesia adecuada

Según la GPC 2017 de LM



Resumen de la evidencia

Calidad muy baja

La realización de una frenotomía en lactantes con anquiloglosia no reduce el dolor, pero sí aumenta la duración de la lactancia materna reportada por la madre, mejorando la eficacia de la lactancia a corto plazo. En cuanto a efectos adversos de la intervención, estos no son importantes (317-320).

✓

Antes de practicar una frenotomía, en los lactantes con anguiloglosia se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna.

Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería realizar una frenotomía por profesionales expertos para mejorar la efectividad de la lactancia.

¿Debería corregirse el frenillo lingual corto en todos los lactantes o esperar y ver si se producen problemas con la alimentación o el habla?

Autor de la traducción: Leo Perdikidi Olivieri. EAPm Juncal. Madrid (España).
Correo electrónico: lperdikidis@gmail.com

En el año 2008 la Sociedad Canadiense de Pediatría volvió a reafirmarse en lo ya apoyado en una guía previa sobre anquiloglosia y lactancia materna³. En ella concluyen:

“La anquiloglosia es una patología relativamente poco frecuente en el recién nacido. La mayor parte del tiempo, es un hallazgo anatómico sin consecuencias significativas para el recién nacido o lactante afectado por esta condición. La evidencia actual parece demostrar que a pesar de la anquiloglosia, la mayoría de los recién nacidos son capaces de alimentarse al pecho con éxito.

La intervención quirúrgica no es necesaria normalmente, pero puede ser necesaria si la asociación entre anquiloglosia significativa se producen problemas importantes con la lactancia materna.

Se necesitan criterios más precisos para el diagnóstico además de ensayos clínicos adecuadamente diseñados para que se produzcan recomendaciones más definitivas.”

Utilidad de la frenotomía en mejorar la alimentación oral en lactantes < 3 meses. Reducción del dolor pezón, no claros efectos en LM. Bajo tamaño muestral, no ciego. NO complicaciones.

Laryngoscope published by Wiley on behalf of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Inc, "The Triological Society" and American Laryngological Association (the "Owner").

Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release: A Prospective Cohort Study

Bobak A. Ghaheri, MD; Melissa Cole, IBCLC; Sarah C. Fausel, BA; Maria Chuop, BS; Jess C. Mace, MPH, CCRP

TABLE III.
Overall Preoperative and All Postoperative Average Outcome Measure Scores (n = 237).

Breastfeeding Outcome Measures	Preoperative Mean (SD)	1 Week Postoperative, Mean (SD)	1 Month Postoperative, Mean (SD)	F Test Statistic, df = 2	P Value*
BSES-SF total score	43.9 (12.6)	52.3 (11.4)	56.5 (10.8)	212.3	<.001
I-GERQ-R total score	16.5 (6.1)	13.2 (5.0)	11.6 (4.9)	85.3	<.001
VAS pain score	4.6 (2.7)	2.2 (1.8)	1.5 (1.7)	259.8	<.001

*P values reflect overall significance between all within-subjects time points using repeated measures analysis of variance F test results.

BSES-SF = Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form; df = degrees of freedom; I-GERQ-R = revised Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire; SD = standard deviation; VAS = visual analog scale;

Signs and symptoms attributed to gastrointestinal reflux are common in infancy. They are distressing to infants and families, and often result in use of medication.²⁸ Using a validated, patient-based instrument we were able to demonstrate a reduction in GERD symptoms scores after frenotomy, suggesting that lingual restriction may be associated with infant reflux symptoms, and that correction of latch abnormalities attributed to ankyloglossia significantly improves reflux scores at 1 week and 1 month postprocedure. This is the first study that has measured reflux symptomatology before and after frenotomy. It has been suggested that the mechanism that explains the improvement of the reflux scores is a resolution of aerophagia, although no direct confirmation has been obtained. Whereas infant reflux is multifactorial in nature, the reflux improvement seen in the cohort soon after the procedure points more to a decrease in aerophagia from a poor latch than it does spontaneous resolution of other factors contributing to reflux.

Complaint	Prevalence
Poor latching	81%
Falls asleep while attempting to nurse	73%
Creased, flattened, or blanched nipples after nursing	68%
Gumming or chewing of nipple when nursing	67%
Poor or incomplete breast drainage	60%
Slides off nipple when attempting to latch	60%
Severe pain when infant attempts to latch	59%
Cracked, bruised, or blistered nipples	49%
Reflux symptoms	45%
Unable to hold a pacifier in mouth	40%
Poor weight gain	32%
Colic symptoms	24%
Bleeding nipples	24%
Plugged ducts	21%
Mastitis or nipple thrush	14%
Infected nipples or breasts	6%

El 78 % de los lactantes con dificultades tenían frenillo tipo 3 o 4 . Importancia de la frenotomía en frenillos posteriores, palpables y no visibles .Mejoría en lactancia y dolor materno 1 semana y 1 mes después así como mejoría RGE.

A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study

Bronwyn Dixon ^a✉, Juliet Gray ^b✉, Nikki Elliot ^c✉, Brett Shand ^c✉, Adrienne Lynn ^a✉

- ^a Neonatal Department, Christchurch Women's Hospital, Christchurch, New Zealand
- ^b Hospital Dental Service, Christchurch Hospital, Christchurch, New Zealand
- ^c Canterbury Initiative, Canterbury District Health Board, Christchurch, New Zealand

Programa de enseñanza
a profesionales para
apoyar LM en casos de
anquiloglosia

Elmer Press

Original Article

Int J Clin Pediatr. 2016;5(1):6-8

Aerophagia Induced Reflux in Breastfeeding Infants With Ankyloglossia and Shortened Maxillary Labial Frenula (Tongue and Lip Tie)

Scott A. Siegel

Aerophagia Induced Reflux –“AIR” Associated with Lip and Tongue Tie in Breastfeeding Infants.

GOLD Learning Online Symposium: Tongue-tie Research and Implications

November 15, 2016

Scott A. Siegel, MD, DDS, FACS, FICS, FAAP

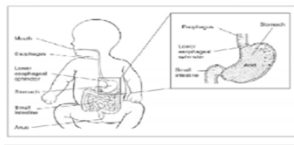
Diplomate, American Board of Oral and Maxillofacial Surgery

Clinical Assistant Professor, Oral & Maxillofacial Surgery
State University of New York

Stony Brook School of Medicine and School of Dental Medicine

Private Practice New York City and Long Island, New York

- **Evaluar frenillo en lactantes con síntomas de reflujo o cólico intenso**
- **Los IBP o antiácidos no exentos de Efectos Secundarios (infecciones respiratorias). No consiguen disminuir llanto**
- **Nuevo concepto: reflujo inducido por aerofagia (*Aerophagia Induced Reflux (AIR)* secundario a anquiloglosia.**



No Effect of Proton Pump Inhibitors on Crying and Irritability in Infants: Systematic Review of Randomized Controlled Trials

◆ Dorota Gieruszczak-Bialek, MD1, Zofia Konarska, MD1, Agata Skorka, MD1, Yvan Vandenplas, MD2, and Hania Szajewska, MD1

Proton pump inhibitors are increasingly being used to treat infants with crying and/or irritability based on the assumption that these symptoms are attributable to gastroesophageal reflux. However, the data from a systematic review of randomized controlled trials do not support the use of proton pump inhibitors to decrease infant crying and irritability. (*J Pediatr* 2015;----).

Aerofagia

- Síntomas similares al reflujo como dolor abdominal, llanto, pobre agarre sin sellado distensión abdominal postpandrial, cólico.
- Estudio retrospectivo de 1000 lactantes atendidos en consulta de cirugía maxilofacial por anquiloglosia. 52,6 % mejoraron síntomas de RGE tras frenectomía. No hubo cambios clínicos tras retirada IBP. 19 % mejoraron en irritabilidad postpandrial.

Para medir la confianza de una madre en tener la capacidad de amamantar a su hijo

TABLE 1
BSES Item Statistics

Item	M (SD)	Item-Total Correlation	Number of Inter-item Correlations	
			< .40	> .80
1 Hold my baby comfortably during breastfeeding	4.30 (.84)	.64	9	
2 Position my baby correctly at my breast	4.09 (.91)	.64	11	
3 Focus on getting through one feeding at a time	4.27 (.87)	.68	7	
4 Recognize the signs of a good latch	4.30 (.84)	.63	10	
5 Take my baby off the breast without pain to myself	4.15 (.95)	.51	22	
6 Determine that my baby is getting enough milk	3.71 (1.08)	.72	3	
7 Successfully cope with breastfeeding like other challenging tasks	4.04 (.95)	.79	0	
8 Depend on my family to support my decision to breastfeed	4.52 (.80)	.49	25	
9 Motivate myself to breastfeed successfully	4.23 (.89)	.81	0	
10 Monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements	4.09 (.95)	.61	11	
11 Breastfeed my baby without using formula as a supplement	4.11 (1.25)	.72	7	
12 Ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding	4.01 (.98)	.69	9	
13 Manage the breastfeeding situation to my satisfaction	3.95 (1.05)	.79	2	
14 Manage to breastfeed even if my baby is crying	4.11 (.86)	.69	4	
15 Keep my baby awake at my breast during a feeding	3.18 (.95)	.59	13	
16 Maintain my milk supply by using the "supply and demand"	3.91 (1.04)	.73	4	
17 Refrain from bottle-feeding for the first 4 weeks	3.92 (1.38)	.67	10	1
18 Feed my baby with breast milk only	4.02 (1.28)	.71	6	2
19 Stay motivated to breastfeed my baby	4.20 (.99)	.77	5	
20 Count on my friends to support my decision to breastfeed	4.40 (.82)	.58	16	
21 Keep wanting to breastfeed	4.11 (1.01)	.69	7	
22 Feed my baby every 2 to 3 hours	4.25 (.89)	.65	9	
23 Keep wanting to breastfeed my baby for at least 6 months	4.06 (1.16)	.63	14	
24 Comfortably breastfeed with my family members present	3.94 (1.13)	.64	4	
25 Be satisfied with my breastfeeding experience	4.01 (.97)	.81	2	
26 Comfortably breastfeed in public places	2.97 (1.29)	.59	12	
27 Deal with the fact that breastfeeding can be time-consuming	3.91 (.95)	.72	3	
28 Finish feeding baby on one breast before switching to the other	3.96 (.97)	.68	5	
29 Continue to breastfeed my baby for every feeding	4.13 (1.00)	.79	0	
30 Feel if my baby is sucking properly at my breast	4.22 (.89)	.71	1	
31 Accept the fact that breastfeeding may limit my freedom	4.20 (.85)	.67	6	
32 Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands	4.03 (1.0)	.78	2	
33 Tell when my baby is finished breastfeeding	3.84 (1.05)	.72	4	

Note. Numbers in boldface represent item statistic that met deletion criteria.

Conclusiones



- Explorar cavidad oral de forma sistemática así como agarre y dolor materno
- Diagnosticar en base a aspecto y función para evitar sobrediagnósticos (decidir si hay anquiloglosia en base a escalas funcionales)
- Se necesitan más estudios para unificar criterios diagnósticos y procedimiento quirurgico
- No hay datos suficientes sobre edad adecuada para la frenotomía y sobre repercusión del frenillo a largo plazo
- Se necesitan más estudios que comparen el manejo quirúrgico con el conservador



“Yo fabrico leche.
¿Cuál es tu
súperpoder?”
ANÓNIMO

