

MÁS ALLÁ DEL FRENILLO LINGUAL



Nuria García Carbonell
Carmen García Lorenzo

Manejo de la **anquiloglosia** en el Departamento
Valencia-Hospital General



1. INTRODUCCIÓN Y ANATOMÍA

2. MITOS Y REALIDADES

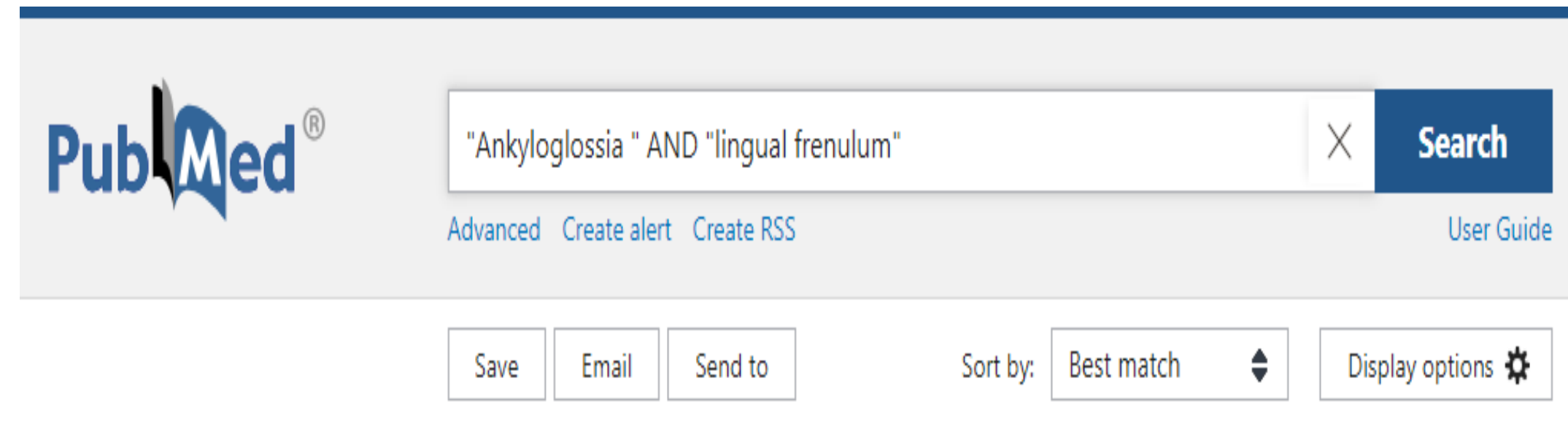
3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

4. ABORDAJE TERAPÉUTICO

5. SEGUIMIENTO Y CUIDADOS POSTINTERVENCIÓN

6. ALGORITMO DE DERIVACIÓN EN EL DEPARTAMENTO

1. INTRODUCCIÓN



PubMed®

"Ankyloglossia " AND "lingual frenulum"

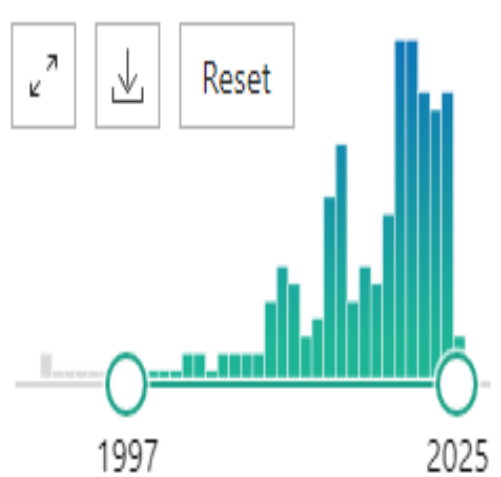
Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY CUSTOM FILTERS

144 results Page 1 of 15

RESULTS BY YEAR



1997 2025

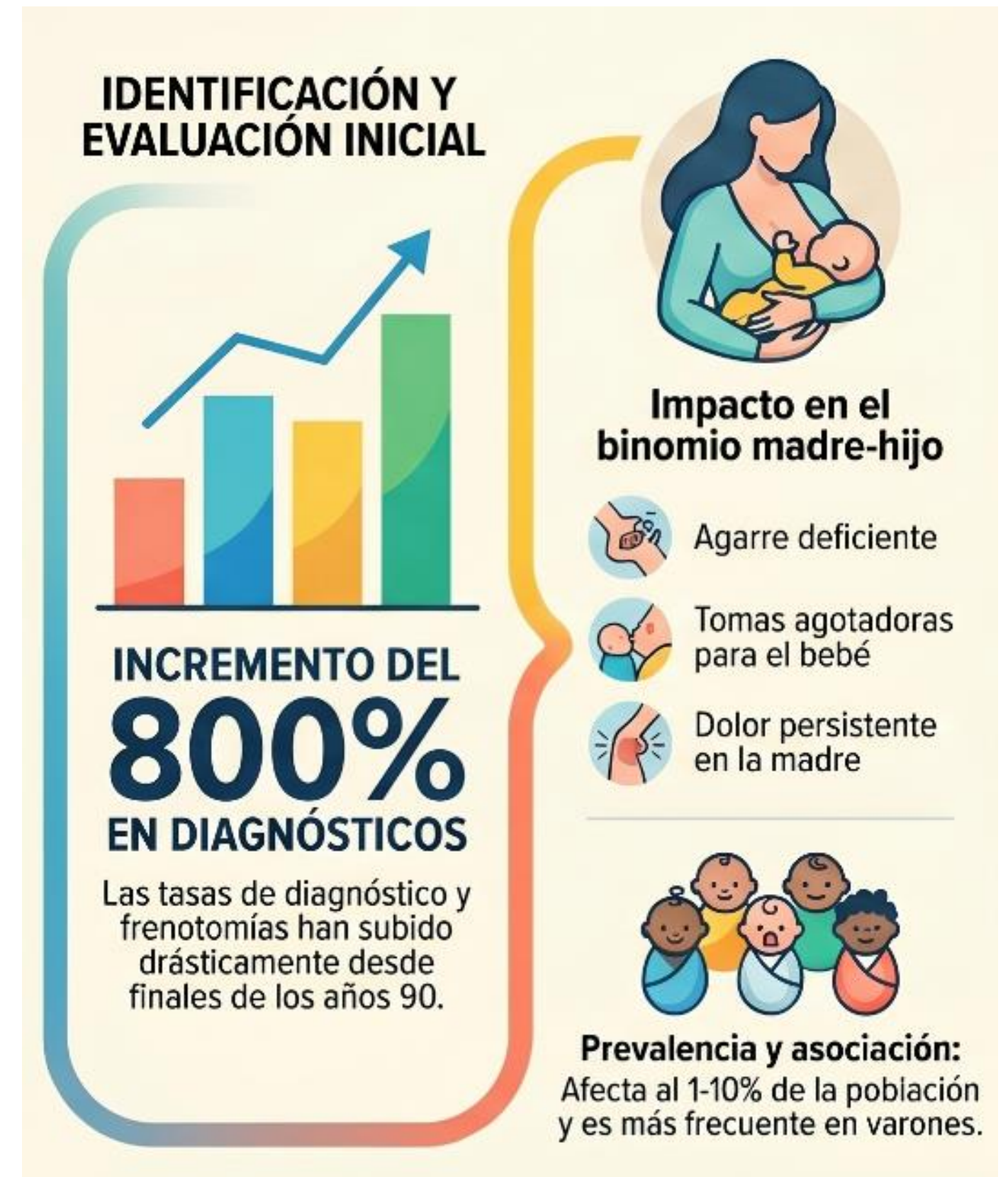
The **lingual frenulum, ankyloglossia, and breastfeeding.**

1 Rossato NE.


Cite Arch Argent Pediatr. 2025 Feb 1;123(1):e202410507. doi: 10.5546/aap.2024-10507.eng. Epub 2024 Aug 15.

Share PMID: 39120937 **Free article.** English, Spanish.

Between 1997 and 2012, the diagnoses of **ankyloglossia** and the indication for frenotomy increased by 800%. About 38% of diagnosed cases are surgically treated. ...




IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL




INCREMENTO DEL 800% EN DIAGNÓSTICOS

Las tasas de diagnóstico y frenotomías han subido drásticamente desde finales de los años 90.



Impacto en el binomio madre-hijo

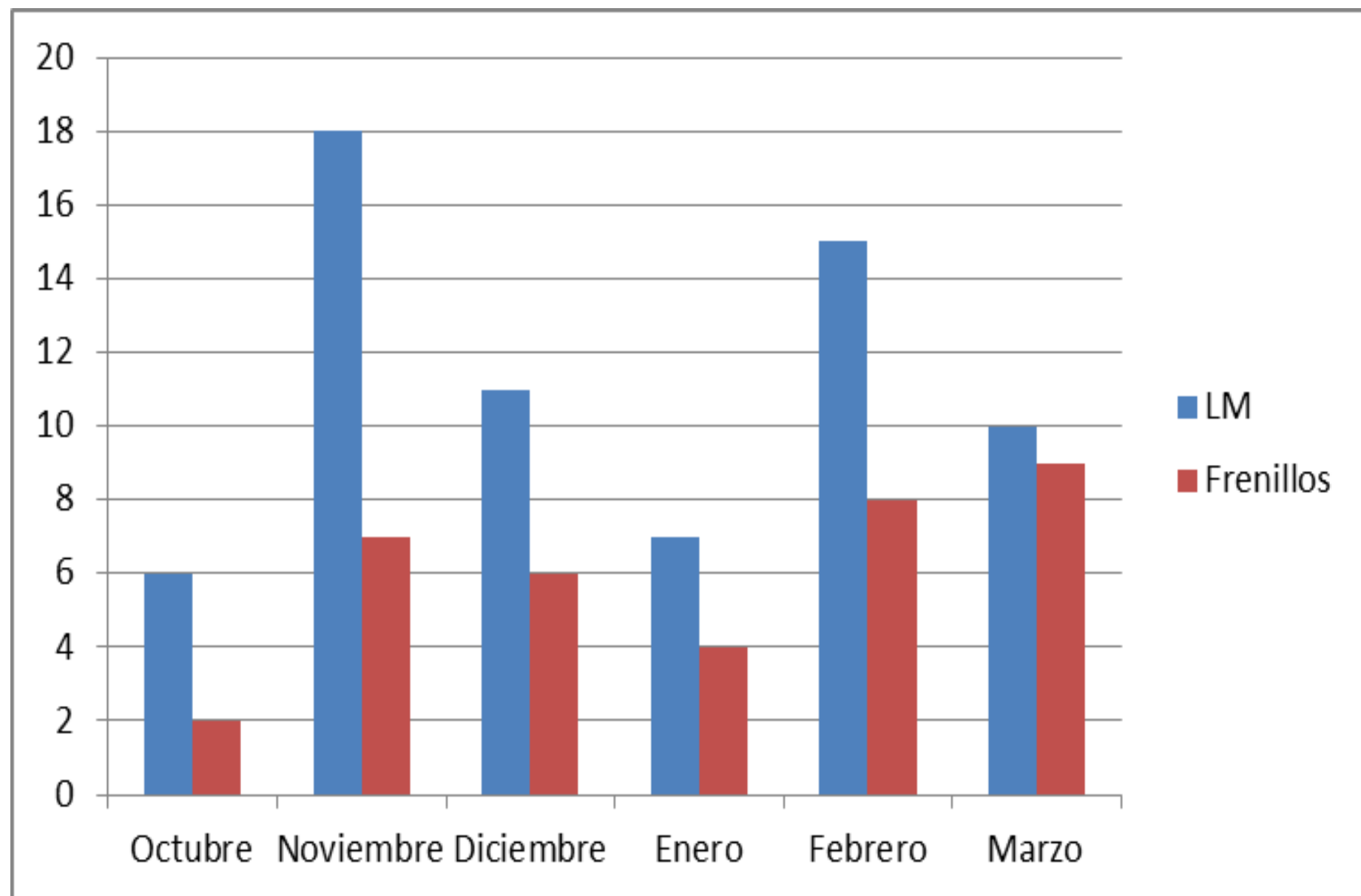
- Agarre deficiente
- Tomas agotadoras para el bebé
- Dolor persistente en la madre



Prevalencia y asociación:

Afecta al 1-10% de la población y es más frecuente en varones.

CONSULTAS EXTERNAS DE NEONATOLOGÍA



CITADOS
DEL 14
AL 22
ABRIL
2026:

10



2023

2024

1. INTRODUCCIÓN

- ETIMOLOGÍA



Ankylo- (ἀγκυλο-): Del griego *ankýlos*, que significa curvado, gancho, o articulación rígida/anquilosada.

-glosia (-γλωσσία): Derivado de *glôssa* (lengua), usado en términos médicos para referirse a la lengua.

-ia (cualidad): Sufijo griego que indica estado o cualidad.

Anatomía de una Barrera Clínica

Frenillo Lingual Anómalo:

Tejido corto y/o grueso que ancla la lengua al suelo de la boca.

Restricción Biomecánica:

Movilidad lingual limitada, impidiendo el sellado y el movimiento ondulatorio necesario para la extracción de leche.

Impacto Materno:

Trauma en el pezón, dolor agudo y drenaje incompleto de la glándula mamaria.



Anclaje Lingual



Agarre Deficiente



Dolor Materno / Baja
Transferencia de Leche



Cese Prematuro de
la Lactancia

1. INTRODUCCIÓN



REALIDADES MÉDICAS Y FUNCIONALES

Anomalía Congénita y Hereditaria



Restricción física presente desde el desarrollo embrionario.

Impacto Multifuncional



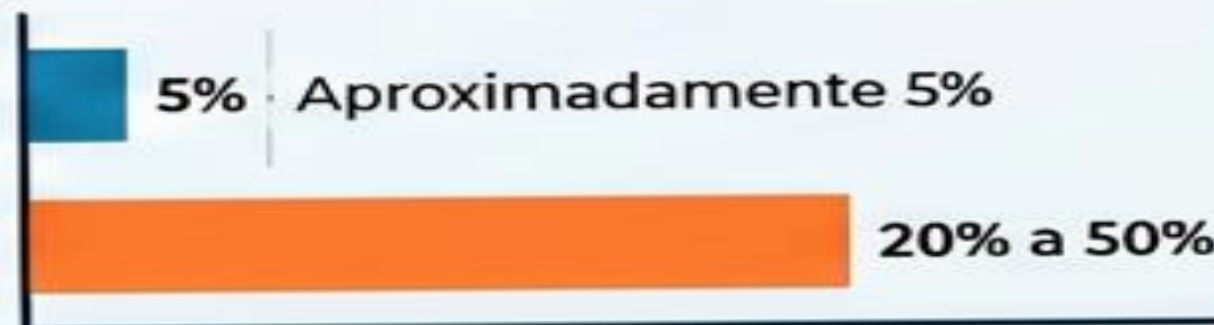
Estas funciones vitales pueden verse limitadas por la restricción física.

Incidencia Real del 5%







Dato Científico
(Estudio Todd)

Malentendido
Epidemiológico



CLASIFICACIÓN DE CORYLLOS

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.	Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de punta hasta el cerca surco alveolar.	Frenillo grueso y fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.	El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.
			
Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV

Frenillo Anterior tipo 1

El frenillo llega a la punta de la lengua. Lengua cóncava en forma de corazón.



Frenillo Anterior tipo 2

El frenillo no llega a la punta. Pero la lengua es cóncava.



Frenillo posterior 3

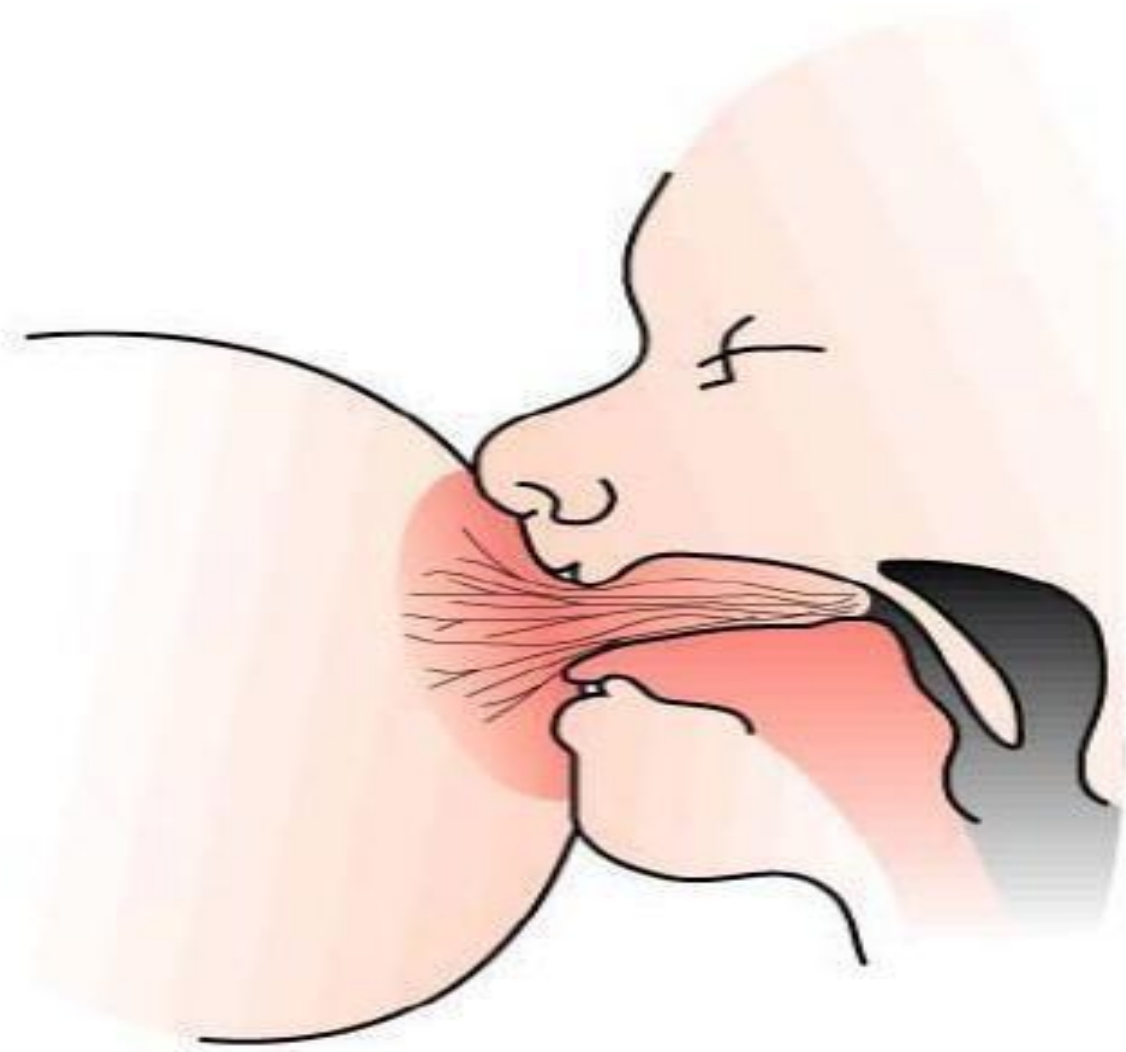
El frenillo no es muy llamativo. Pero la lengua se pliega en el centro impidiendo que la lengua pueda llegar al paladar.



Frenillo posterior 4

No hay frenillo visible. Pero al subir la lengua no llega al paladar y es cóncava en su parte superior.





Michael Woolridge, The 'anatomy' of infant sucking.
Midwifery, 1986, 2, 164-71.

7 Demonstrates position and action of tongue during breastfeeding. (Woolridge)

FRENILLO

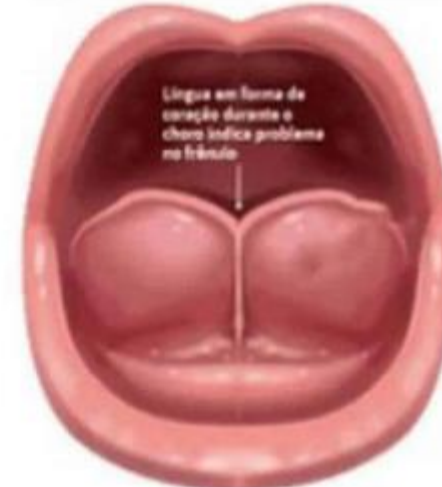


ANQUILOGLOSIA

Anatomia Normal



Anatomia Alterada



2. MITOS Y REALIDADES

MITOS COMUNES



El diagnóstico es solo visual.
Un frenillo corto solo se interviene si se "ve" limitante.



El frenillo se estira con masajes.
El tejido se vuelve más flexible con la manipulación.



Hay que esperar a que hable para operar.
La cirugía no es necesaria hasta que aparezcan problemas.



El láser es 100% seguro siempre.
Es una herramienta inocua y sin riesgos.

REALIDAD CLÍNICA

El diagnóstico debe ser funcional, no solo visual.
Se interviene si limita realmente la lactancia, el habla o la deglución.



Los frenillos posteriores son invisibles pero restrictivos.

Limitan la elevación de la lengua necesaria para comer, aunque estén ocultos bajo la mucosa.



Colágeno

Elastic

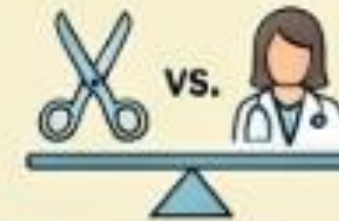
El tejido es colágeno y no elástico; los masajes solo ayudan al músculo.

El masaje no estira el tejido cicatricial.



Esperar puede causar compensaciones musculares y problemas de paladar difíciles de corregir.

La intervención temprana previene adaptaciones negativas.



Láser vs. Tijera: No hay un ganador absoluto. La seguridad depende de la pericia.

El láser es peligroso en manos sin experiencia y puede dañar tejido colateral, el éxito depende del profesional.



EVIDENCIA CIENTÍFICA & DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN: UN PROCESO INTEGRAL



1. INTERVENCIÓN (Cirugía)

No es una "solución mágica" instantánea. Se requiere un profesional cualificado.



2. APOYO MULTIDISCIPLINAR

Se requiere apoyo de IBCLC y ejercicios para reentrenar la "memoria muscular" del bebé.



3. MANEJO POSTOPERATORIO CUIDADOSO

El manejo postoperatorio agresivo puede ser contraproducente. Romper el tejido con fuerza causa dolor y cicatrices densas.

2. MITOS Y REALIDADES



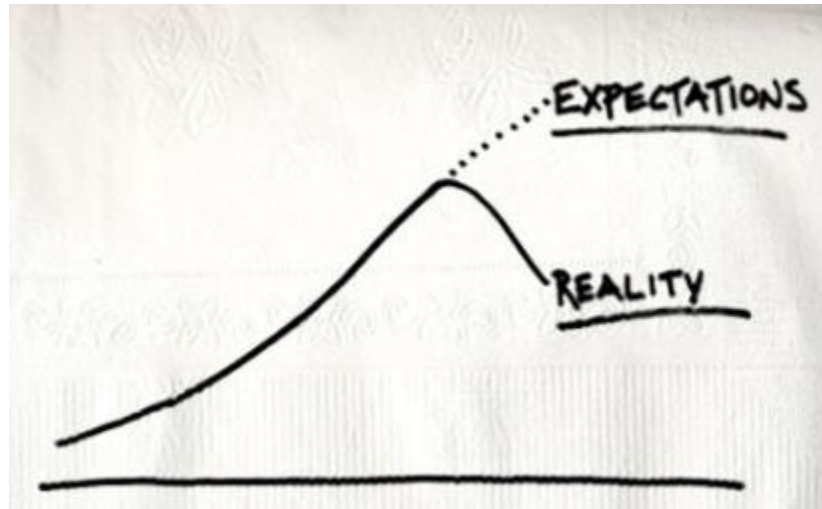
1. "Si el frenillo es corto, hay que cortarlo siempre"

Realidad: El diagnóstico debe ser **funcional**, no solo visual. Hay frenillos que parecen cortos pero son elásticos y permiten que la lengua se mueva bien. Solo se interviene si hay una dificultad real (en la lactancia, el habla o la deglución).

2. "Cortar el frenillo es la solución mágica para la lactancia"

Realidad: La cirugía (frenotomía) es solo una parte. Si el bebé ha estado succionando mal, tiene una "memoria muscular". A menudo se necesita ayuda de una **IBCLC** para corregir la postura y ejercicios para que el bebé aprenda a usar su "nueva" lengua.

#RespiraciónNasal #Anquiloglosia
#LactanciaMaterna #DesarrolloFacial
#FrenilloLingual #AsesorasDeLactancia
#EduLacta #CursoDeAnquiloglosia



LA IMPORTANCIA DE
RESPIRAR POR LA NARIZ



3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Diagnóstico y Variantes Anatómicas



Diagnóstico = Signo + Síntoma

Requiere observar el frenillo corto y detectar problemas respiratorios, de lactancia o fonación.



No es solo "una moda"

El aumento de casos responde a un mejor conocimiento clínico, no a una tendencia.



Síntomas del Frenillo Lingual: Guía de Alerta para la Lactancia

Alertas en el Bebé

Restricción física y forma



Lengua con punta en forma de "V" o corazón e incapacidad de elevarla al paladar.

Succión ineficiente y ruidosa



Presencia de chasquidos al mamar, atragantamientos frecuentes y tomas excesivamente largas.

Bajo peso y malestar físico



Escasa ganancia ponderal, irritabilidad constante y gases por tragar aire durante la toma.



Alertas en la Madre

Dolor y lesiones crónicas



Presencia de grietas en los pezones que no curan y dolor intenso durante la succión.

Complicaciones mamarias



Riesgo elevado de mastitis y pechos congestionados por un vaciado incompleto.

Hipogalactia



Disminución de la producción de leche debido a que el bebé no extrae la cantidad necesaria.

La Crisis del Diagnóstico Clínico

La ausencia de un "Gold Standard" genera inconsistencia en la selección de pacientes.

Herramienta de Hazelbaker (HATLFF)

Considerada comprensiva y detallada, evaluando tanto la apariencia como la función.

LIMITACIÓN: Demasiado compleja y extensa para implementación clínica rápida.

Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

Diseñada como una alternativa más simple y rápida orientada a la facilidad de uso.

LIMITACIÓN: Menor granularidad en casos anatómicos límite.

Juicio Clínico Subjetivo

El método más utilizado en los estudios revisados. Basado en la experiencia variable del evaluador (matronas, patólogos del habla, cirujanos).

RIESGO CRÍTICO: Criterios heterogéneos; riesgo de sobrediagnóstico, especialmente en anquiloglosia posterior difícil de visualizar.



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 sólo 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
<p>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).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <p style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11</p>		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		7. Chasquido	
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
		0	Frecuente o con cada succión

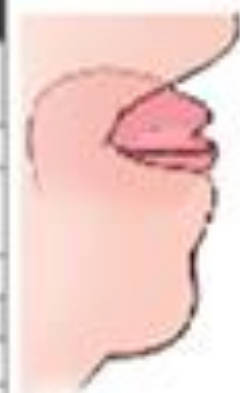


Fig. 1



Fig. 2















Fig. 3



Fig. 4



TABBY Tongue Assessment Tool

	0	1	2	PUNTOS
¿Qué forma tiene la punta de la lengua?				
¿Dónde se fija a la encía?				
¿Cuánto se levanta (con la boca abierta)?				
¿Cuánto sale de la boca?				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk

- 8 - Función normal de la lengua.
- 6 ó 7 - Funcionalidad al límite. Se propone la espera expectante, prestando atención a la postura y apoyando a la diáda.
- 5 ó menos - Deterioro de la funcionalidad de la lengua, que no tiene por qué producir problemas de lactancia necesariamente. En este caso, el procedimiento consiste en evaluar más detalladamente al bebé para valorar una posible frenectomía.

Escala LATCH (Evaluación de la eficacia de la lactancia materna).

	0	1	2
L. Latch Coger	<ul style="list-style-type: none"> -Demasiado dormido -No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> -Repetidos intentos de cogerse -Mantiene pezón en la boca -Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> -Agarra el pecho -Lengua debajo -Labios que se ajustan -Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	<ul style="list-style-type: none"> -Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> -Un poco si se le estimula. 	<ul style="list-style-type: none"> -Espontáneo e intermitente si menor de 24 h. -Espontáneo y frecuente si más de 24 h.
T. Type of Nipple Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none"> -Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> -Planos 	<ul style="list-style-type: none"> -Evertidos tras estimulación
C. Confort Comodidad, confort (pecho, pezón)	<ul style="list-style-type: none"> -Ingurgitadas. -Grietas -Dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> -Mamas llenas -Pezón lesionado -Dolor: medio/moderado 	<ul style="list-style-type: none"> -Mamas blandas -No dolor
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho.	<ul style="list-style-type: none"> -Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> -Minima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro -El personal lo coloca y luego la madre sigue. 	<ul style="list-style-type: none"> -No es necesario ayuda -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

5 elementos que puntúan de 0-2

0-4: INEFICAZ (alta dificultad en la lactancia)

5-7: DIFICULTAD MEDIA

8-10: EFICAZ

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN (AG SIGNIFICATIVA)

Criterios de Anquiloglosia Significativa (AGS)



Puntuación en Escala Hazelbaker

Evaluación de Eficacia (LATCH)



Una puntuación LATCH < 8 junto a AGS indica necesidad de interconsulta preferente a Cirugía Infantil.

Tratamiento de elección: Frenotomía



Técnica con mejoría inmediata del dolor materno, realizada tras evaluación multidisciplinaria y fallo de manejo conservador.

RESUMEN DE LAS ESCALAS CLAVE

Esca	Criterio de Alerta	Objetivo de Evaluación
Hazelbaker	Función ≤ 11 / Apariencia ≤ 8	Gravedad de la anquiloglosia
LATCH	Puntuación < 8	Eficacia de la lactancia materna
SF-MPQ	Intensidad elevada	Dolor mamario de la madre

4. ABORDAJE TERAPÉUTICO

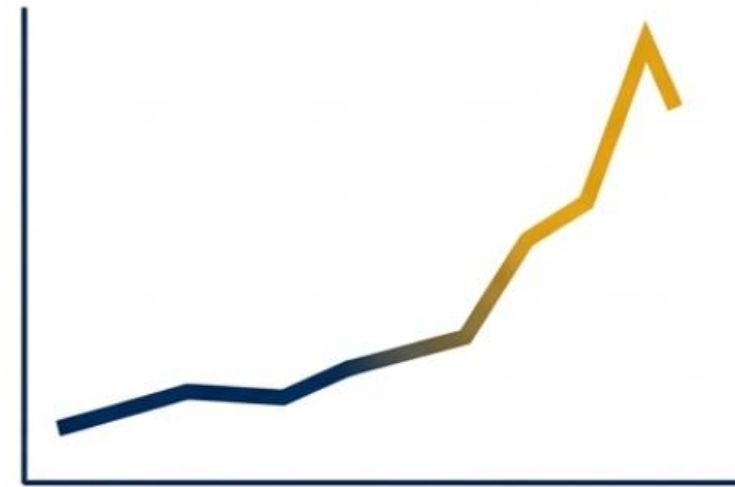
El Paradigma de la OMS



La OMS y agencias globales promueven la lactancia materna exclusiva durante 6 meses.

89% de las madres en Canadá iniciaron la lactancia en 2011-2012 (aumento desde el 85% en 2003).

El Auge de la Intervención



89%

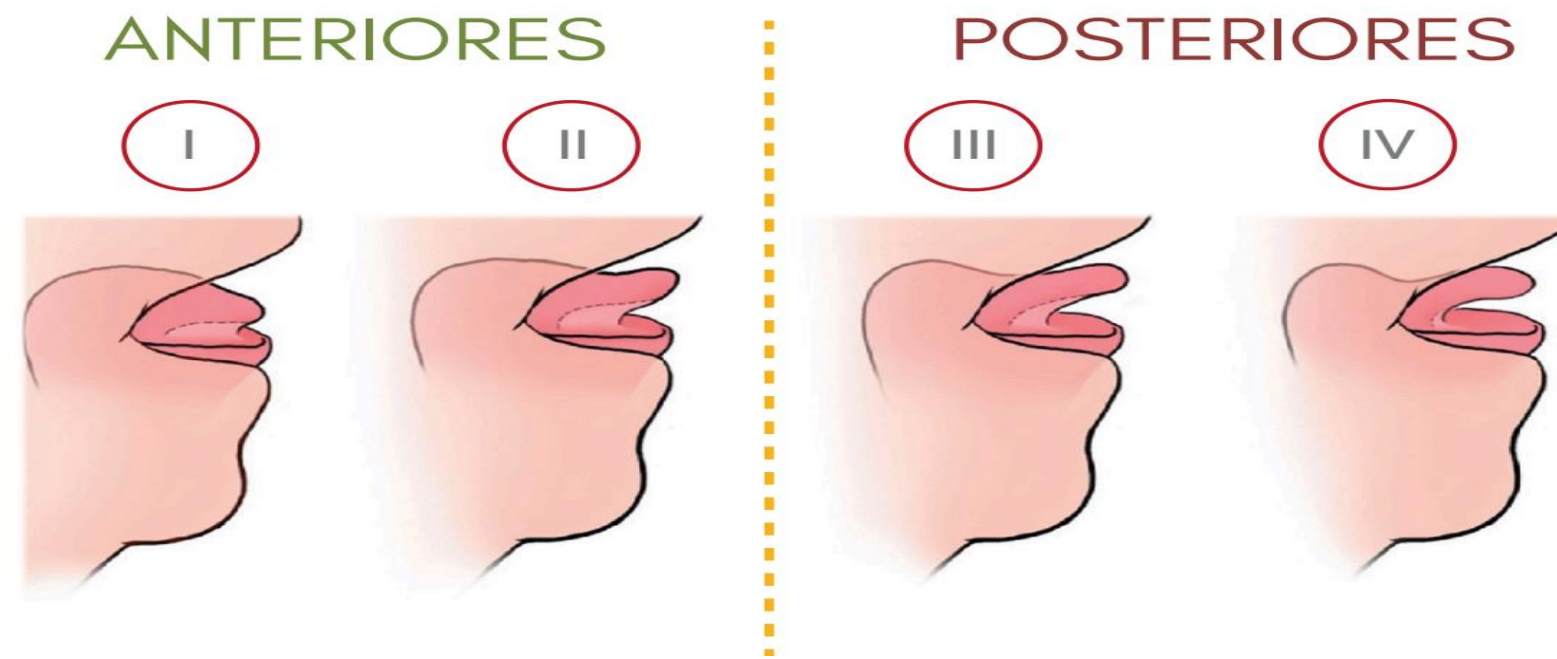
de incremento en la tasa de frenotomías en British Columbia (de 2.8 a 5.3 por cada 1000 nacidos vivos entre 2004 y 2013).

¿Mayor capacidad diagnóstica o sobreintervención clínica?

4. ABORDAJE TERAPÉUTICO



CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
DE VALENCIA



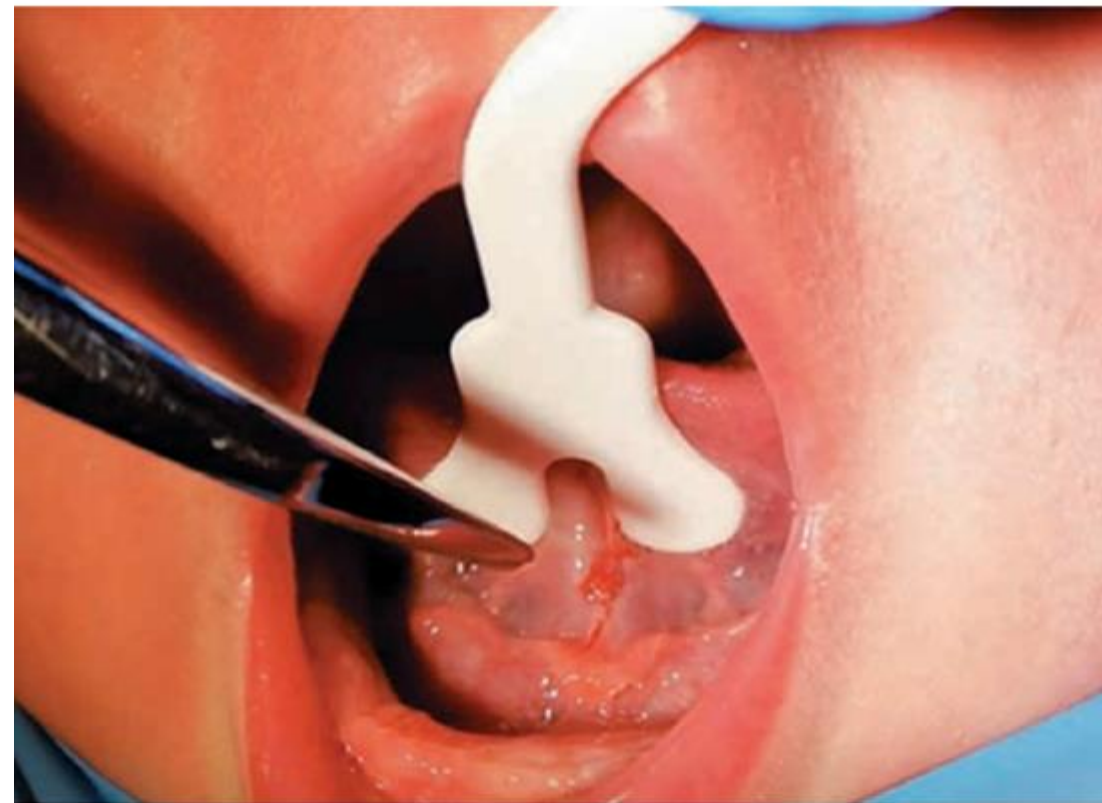
FRENOTOMÍA ≠ FRENECTOMÍA/frenuloplastia



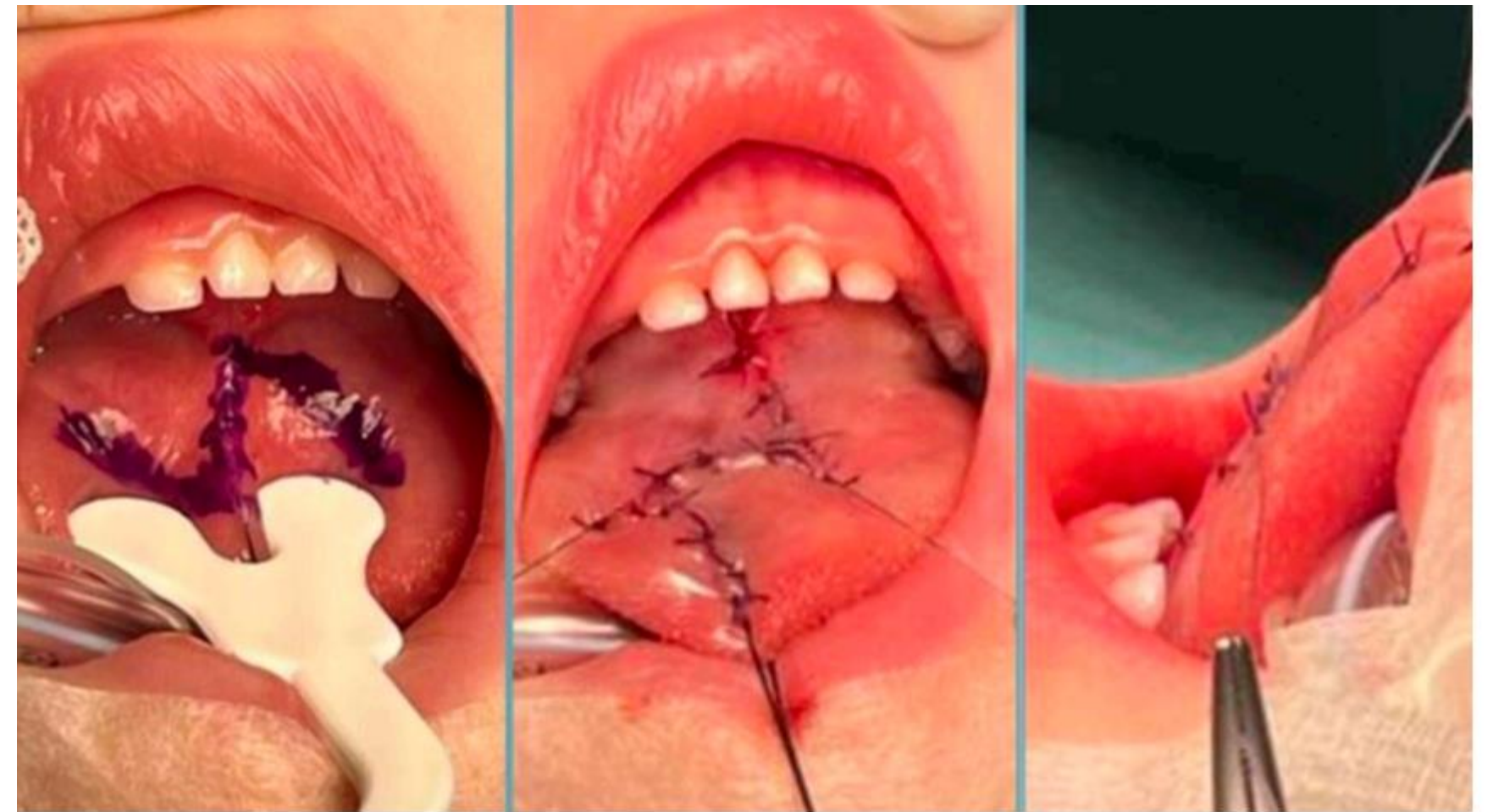
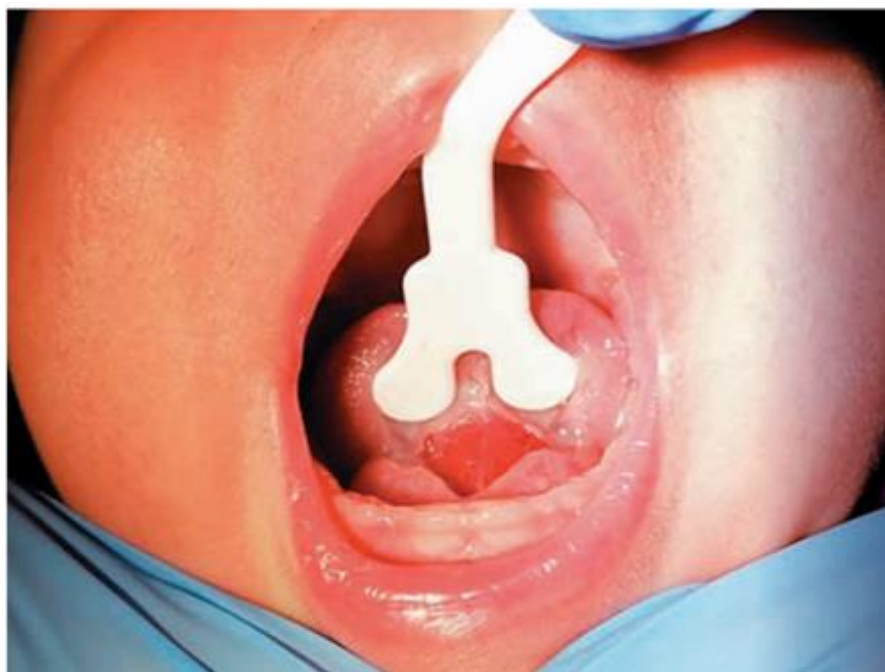
FRENOTOMÍA



FRENOTOMÍA



FRENECTOMÍA



FRENECTOMÍA



La Técnica del Rombo

Intervención quirúrgica precisa para liberar la lengua creando una herida de forma romboidal.



DESMONTANDO MITOS COMUNES

Láser vs. Tijeras



No existe evidencia de que el láser sea superior a la frenotomía con tijeras.

Riesgos del Uso de LÁSER



El uso incorrecto puede dañar tejidos colaterales y generar cicatrices excesivas.

5. CUIDADOS POSTINTERVENCIÓN



Rehabilitación Postoperatoria Vital

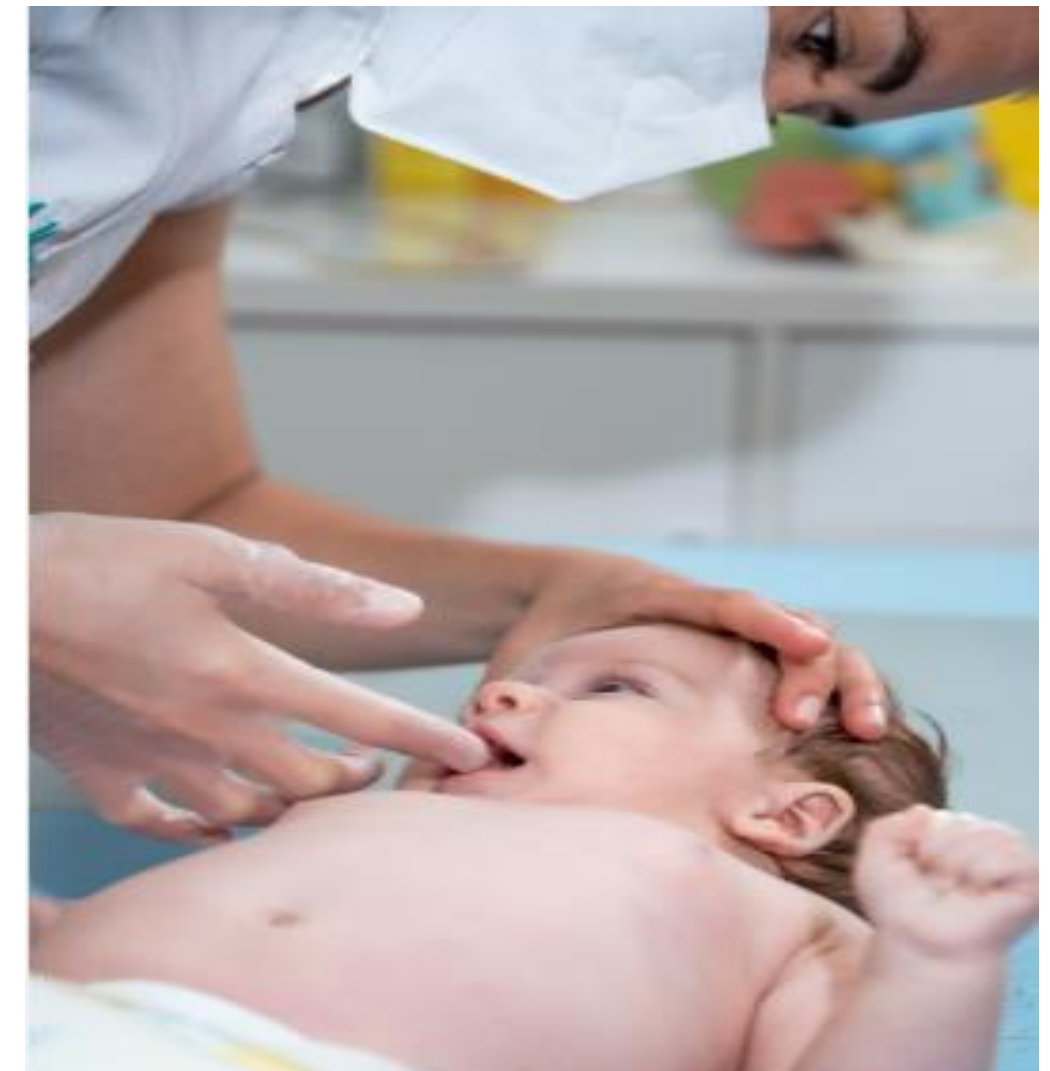
Los masejes tras la cirugía son esenciales para evitar que el frenillo se reenganche.



Movimiento Intrínseco
(subir lengua hacia el paladar justo por debajo de ella)



©Laura Raetz



5. CUIDADOS POSTINTERVENCIÓN

Guía de Ejercicios Linguales para Bebés: Estimulación y Rehabilitación

Estimulación y Movilidad Natural



Reflejo de Búsqueda y Salida de Lengua

Toca suavemente el labio superior para que el bebé abra la boca e intente sacar la lengua.



Movilidad Lateral Guiada

Desliza un dedo por el interior de las mejillas para que la lengua siga el movimiento.



Elevación y Succión Fortalecida

Presiona ligeramente el paladar superior para que el bebé eleve la lengua y succione con fuerza.



Rehabilitación Post-Frenectomía



Elevación Asistida para Estiramiento

Eleva la lengua hacia el paladar con dos dedos para evitar que la herida se retraiga.



Barridos de Elasticidad

Realiza pases suaves bajo la lengua para mantener la flexibilidad de la zona operada.



Masaje de Cicatriz (El Rodillo)

A partir del día 15, presiona bajo la lengua y gira la muñeca para masajear.

6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN



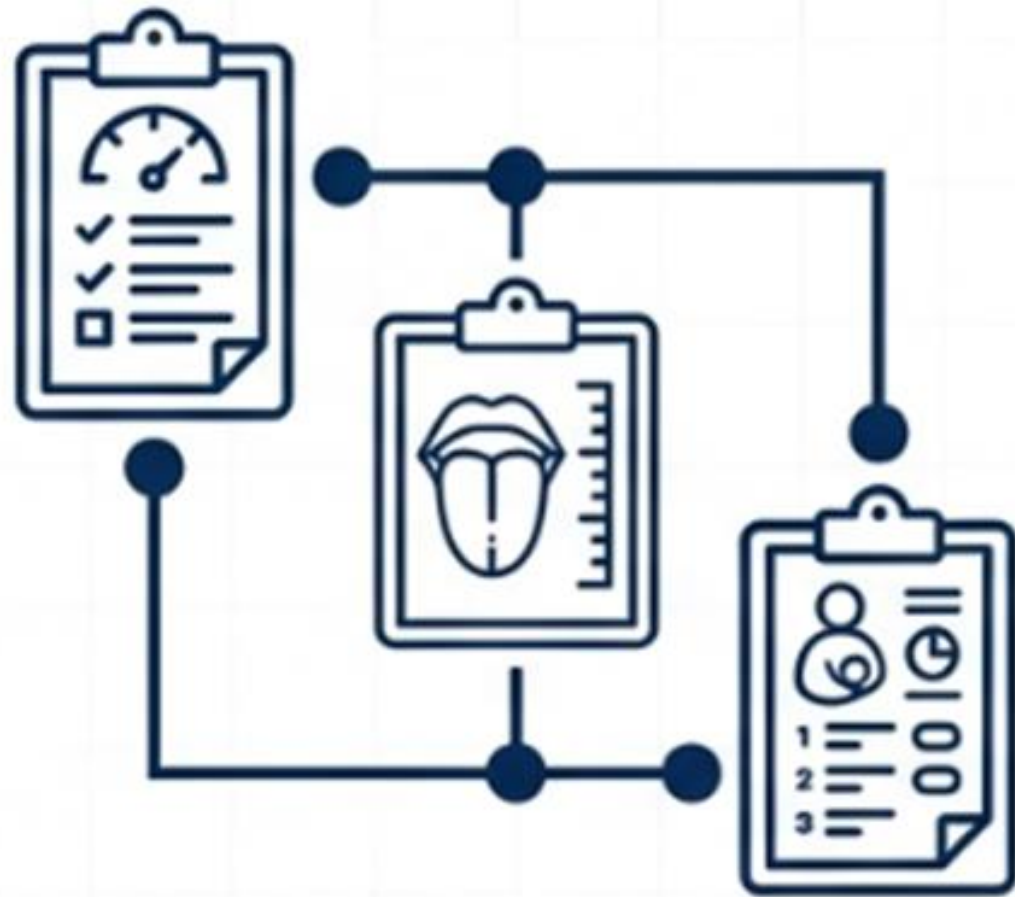
CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
DE VALENCIA

CONSULTA PREFERENTE DE NEONATOS

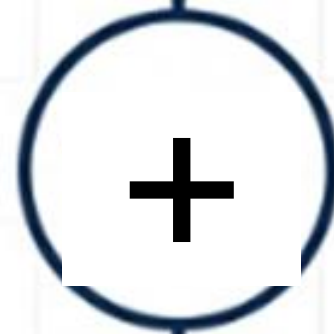
NO EXISTE UNIDAD DE LACTANCIA
MATERNA

6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

¿Es la anquiloglosia significativa?

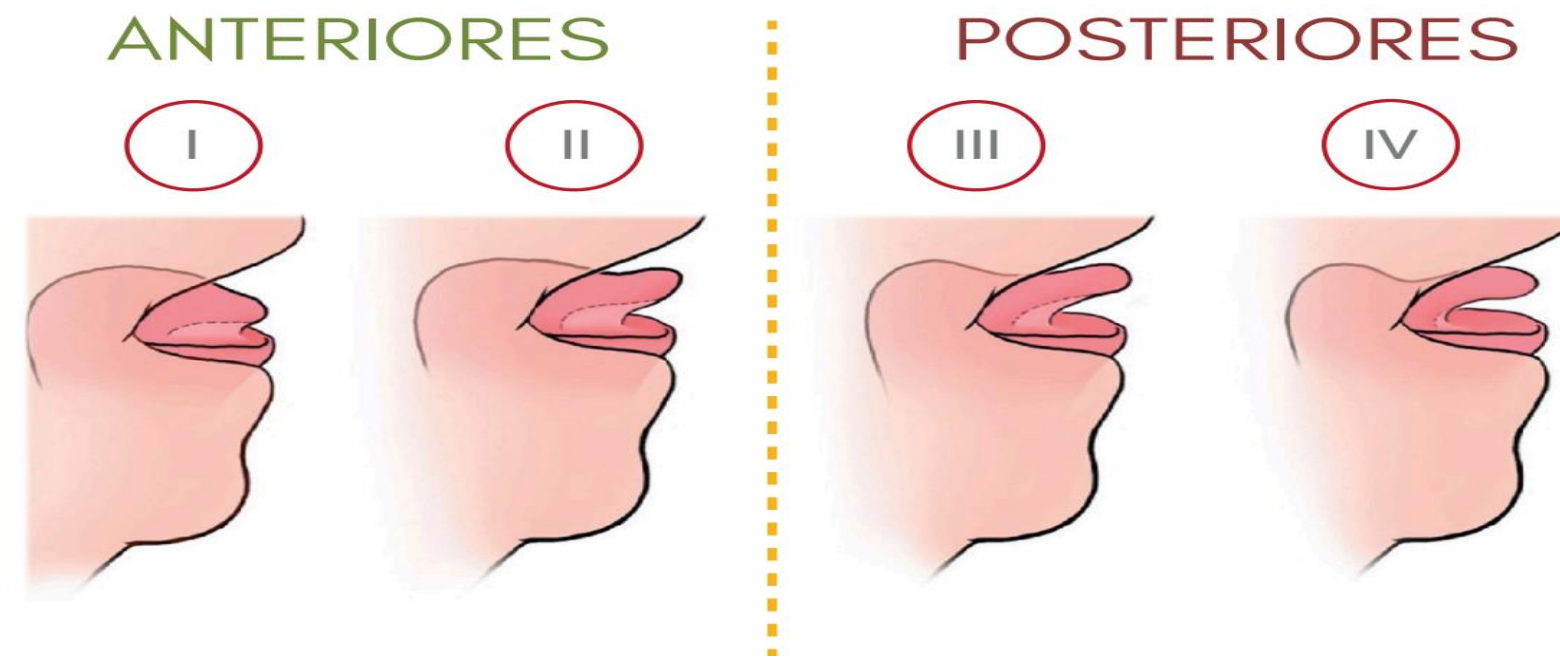


Valoración clínica mediante escalas validadas: **Hazelbaker, Tabby, o Latch.**



Presencia de **dolor en el pezón.**

6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN



PD 14: CONSULTA
PREFERENTE NEONATOS

PD14/CP10
LUNES

CP10: CONSULTA CIRUGÍA
PEDIÁTRICA
MÁXILO/ORL

6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

Mapa General de Derivación (Departamento



CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
DE VALENCIA



6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

NO SINTOMATOLOGÍA



Algoritmo de Derivación para Anquiloglosia (Frenillo Lingual)



TIPO DE FRENILLO (CORYLLOS)



EVALUACIÓN CLÍNICA

Gravedad (Hazelbaker/Tabby/Latch),
Dolor Pezón,
Clasificación Coryllos

FRENILLO TIPO I o II

Significativa o Dolor

Destino de Derivación:
Consulta Preferente de Neonatos

TIPO I: No significativa (< 2 meses)

Valorar Consulta Preferente de Neonatos

CONSULTA PREFERENTE DE NEONATOS
Valorar lactancia y posible frenotomía

FRENILLO TIPO III o IV

Significativa o Dolor

Destino de Derivación:
Consulta de Cirugía Pediátrica

CONSULTA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Intervención quirúrgica especializada

SEGUIMIENTO Y CASOS NO SIGNIFICATIVOS



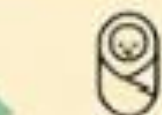
Manejo en Atención Primaria

Realizar seguimiento en talleres de lactancia y valorar ejercicios de fisioterapia



Aparición de Sintomatología Tardía

<2 meses



Neonatos
Derivar a Neonatos

>2 meses



Cirugía
Derivar a Cirugía

6. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

Manejo del paciente pediátrico no neonato con anquiloglosia significativa o sin lactancia materna.



Paciente lactante/ pediátrico con anquiloglosia
O con lactancia artificial



Remisión desde
Atención Primaria

Cirugía
Infantil

Otorrinolaringología

Maxilofacial

CONSIDERACIONES FINALES

COMUNICACIÓN UNIFICADA Y COHERENTE



Evitar falsas expectativas

No generar expectativas irreales que provoquen desconfianza y preocupación en las madres.



CRITERIOS DE ATENCIÓN Y MEJORA



No alarmar sin sintomatología

Si no hay síntomas ni interferencia en la lactancia, no se debe alarmar.

Mejora de la atención a necesidades

Optimizar la respuesta asistencial ante las necesidades reales de las madres lactantes.



CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo es tratar la anquiloglosia, no el frenillo lingual

Beneficio > Riesgo

Siempre priorizar el apoyo a la lactancia

La mayoría de anquiloglosias se pueden tratar en una consulta

No podemos tratar para “prevenir”

Paciente con comorbilidades, fallos previos, frenillos gruesos, etc...a IC cirugía pediátrica.



Gracias

