

Impacte de la frenotomia neonatal en la taxa de lactància materna a l'alta de la maternitat

Silvia Maya-Enero¹, Luis Ruiz-Guzmán^{2,3}, Júlia Candel-Pau¹, Xavier Duran-Jordà⁴, María Ángeles López-Vílchez¹

¹ Secció de Neonatologia, Servei de Pediatria. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. ² Unitat de Lactància Materna. Gavà Salut Familiar. Gavà (Barcelona). ³ UDIADDEAN (Unitat d'Intervenció Ambulatoria d'Anquiloglossia), Servei de Pediatria, Centre d'Atenció Primària 17 de Setembre, Institut Català de la Salut. El Prat de Llobregat (Barcelona). ⁴ AMIB (Assessoria Metodològica i Bioestadística), IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Barcelona.

RESUM

Fonament. L'anquiloglossia pot provocar el deslletament precoç. La realització d'una frenotomia podria augmentar la taxa de lactància materna exclusiva a l'alta de la maternitat.

Objectiu. Descriure les diferències en el tipus d'alimentació a l'alta de la maternitat entre els nounats amb anquiloglossia i els que no en tenen, i entre els nounats amb anquiloglossia tractada i els no tractats.

Mètode. Estudi de cohorts prospectiu de tots els nadons nascuts a la unitat neonatal l'any 2018 ($n=1.392$). Es van excloure 7 pacients que es van traslladar abans de l'alta. Es va oferir una frenotomia a tots els pacients amb anquiloglossia (451). Es va determinar quantes frenotomies es van fer (422/451), si la lactància materna va millorar a curt termini, i es van comparar les taxes de lactància materna entre els nounats amb anquiloglossia i sense.

Resultats. La taxa de lactància materna a l'alta va ser més alta en els nounats amb anquiloglossia tractada que en els no tractats (393/422 vs 22/29, 93,1% vs 75,9%, respectivament, $p < 0,001$).

Conclusions. La frenotomia podria ajudar a augmentar la taxa de lactància materna a l'alta dels nounats amb anquiloglossia.

Paraules clau: Anquiloglossia. Lactància materna. Frenotomia

IMPACTO DE LA FRENOTOMÍA NEONATAL EN LA TASA DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA DE LA MATERNIDAD

Fundamento. La anquiloglossia puede provocar el destete precoz. La realización de una frenotomía podría aumentar la tasa de lactancia materna al alta de la maternidad.

Objetivo. Describir las diferencias en el tipo de alimentación al alta de la maternidad entre los neonatos con anquiloglossia frente a los que no la sufren y entre los neonatos con anquiloglossia tratada y los no tratados.

Método. Estudio de cohorte prospectivo de todos los neonatos nacidos en la unidad neonatal el año 2018 ($n=1.392$). Se excluyeron 7 pacientes que se trasladaron antes del alta. Se ofreció una frenotomía a todos los pacientes con anquiloglossia (451). Se determinó cuántas frenotomías se realizaron (422/451) y si la lactancia materna mejoró a corto plazo, y se compararon las tasas de lactancia materna entre los neonatos con y sin anquiloglossia.

Resultados. La tasa de lactancia materna al alta fue mayor en los neonatos con anquiloglossia tratada que en los no tratados (393/422 frente a 22/29, 93,1% frente a 75,9%, respectivamente, $p < 0,001$).

Conclusiones. La frenotomía podría ayudar a aumentar la tasa de lactancia materna al alta de los neonatos con anquiloglossia.

Palabras clave: Anquiloglossia. Lactancia materna. Frenotomía.

IMPACT OF NEONATAL FRENOTOMY ON THE BREASTFEEDING RATE AT DISCHARGE FROM THE MATERNITY WARD

Background. Ankyloglossia may lead to an early abandonment of breastfeeding. Performing a frenotomy could increase the breastfeeding rate at discharge from the maternity ward.

Objective. The aim of our study was to describe differences in the type of feeding at discharge from the maternity ward, between tongue-tied and non tongue-tied neonates, and between treated and untreated tongue-tied neonates.

Method. This prospective cohort study included all the neonates born at a neonatal unit in 2018 ($n=1392$). We excluded 7 patients who were transferred before discharge. We offered a frenotomy to all tongue-tied patients (451). We determined how many frenotomies we performed (422/451), whether breastfeeding improved in the short term, and compared the breastfeeding rates between treated and untreated tongue-tied and non-tongue-tied neonates.

Results. The breastfeeding rate at discharge was higher among treated tongue-tied infants than in untreated neonates (393/422 vs. 22/29, 93.1% vs. 75.9%, respectively, $p < 0.001$).

Conclusions. Frenotomy could help increase the breastfeeding rate at discharge among tongue-tied neonates.

Keywords: Ankyloglossia. Breastfeeding. Frenotomy.

Treball presentat com a comunicació oral al XXVIII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal - VIII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (en línia; octubre 2021)

Correspondència: Silvia Maya-Enero
Servei de Pediatria. Hospital del Mar
Pg. Marítim, 25-29. 08003 Barcelona
smaya@psmar.cat

Treball rebut: 06.09.2022
Treball acceptat: 28.11.2022

Introducció

El tel sublingual, prèviament considerat una banda de teixit conjuntiu submucós o una membrana que s'inseria a la punta de la llengua o al llarg de la seva superfície inferior, es descriu actualment com una estructura dinàmica, formada per un plec a la línia mitjana en una capa de fàscia que s'insereix al voltant de l'arc intern de la mandíbula, formant una estructura semblant a un diafragma a través del terra de la boca. Aquesta fàscia es localitza immediatament sota la mucosa oral, i es fusiona centralment amb el teixit connectiu a la superfície ventral de la llengua, i dona un equilibri entre l'estabilitat i la mobilitat de la llengua¹. El tel sublingual és una estructura anatòmica normal: la majoria de nadons tenen un tel visible i/o palpable¹.

Parlem d'anquiloglossia quan el moviment de la llengua i, en conseqüència, la seva funció es veuen limitats a causa de la presència d'un tel sublingual restrictiu¹⁻⁴.

Les dificultats per a la lactància són freqüents en el període neonatal, i l'anquiloglossia n'és una causa potencial, però no l'única. Cal descartar la retrognàtia, l'obstrucció nasal o de les vies respiratòries, el reflux laringofaríngi, la fissura palatina, etc., així com valorar la mida i la posició de la mandíbula, l'alçada i el contorn del paladar dur i la mida de la llengua per definir l'impacte d'un tel sublingual sobre la biomecànica de la succió¹⁻¹².

L'anquiloglossia neonatal és un tema controvertit entre els professionals de la salut: mentre que alguns creuen que rarament és simptomàtica, altres consideren que pot provocar diversos problemes. Tot i que la majoria dels nadons amb anquiloglossia són capaços de mamar, és més probable que no s'aferrin correctament al pit i tinguin una lactància menys eficient, amb menys transferència de llet, pitjor corba ponderal i dolor matern al mugró, fets que poden provocar un deslletament prematur^{2, 5, 13-17}. Mentre que un tel asimptomàtic no s'ha de tractar, l'anquiloglossia que interfereix en la lactància i que no millora amb tractament conservador és una indicació de frenotomia.

Un estudi va concloure que la frenotomia s'hauria de fer tan bon punt es diagnostiqui l'anquiloglossia, idealment en les primeres 72 hores, perquè el nombre de mares que no poden continuar lactant es va duplicar en retardar el procediment fins a una setmana després del naixement⁸. No es tracta, però, d'un procediment que s'hagi de fer de manera urgent. La realització d'una frenotomia en nounats amb dificultats per a la lactància materna té efectes positius quant a la millora en l'aferrament al pit i la disminució del dolor als mugrons^{1-2, 4-8, 10-12, 17-18}. Els possibles efectes adversos, més freqüents en incisions profundes, inclouen sagnat, infecció, ulceració, dolor, danys a la llengua i als conductes submandibulars i recurrència, tot i que els estudis més recents informen de poques molèsties i pocs o cap efecte advers^{2, 4, 6-8, 11-12, 17}.

La hipòtesi d'aquest treball és que la correcció quirúrgica de l'anquiloglossia els primers dies de vida disminuiria el dolor del mugró a curt termini i augmentaria la taxa de lactància materna a l'alta de la maternitat (a les 48-72 hores del part). Es van tenir en compte altres factors de risc associats a una lactància materna infructuosa, com la falta d'experiència en lactància, la prematuritat, el baix pes al néixer i el naixement per cesària¹⁸.

Pacients i mètodes

Es va fer un estudi prospectiu de cohorts de tots els nadons nascuts a l'Hospital del Mar de Barcelona, amb una població de referència d'unes 400.000 persones i uns 1.400 naixements anuals, entre l'1 de gener i el 31 de desembre de 2018. Almenys un dels tres neonatòlegs de la plantilla va avaluar la presència d'un tel sublingual i d'anquiloglossia com a part de l'avaluació rutinària neonatal en tots els nadons amb intenció de lactància materna, i va classificar l'anquiloglossia segons Coryllos¹⁹. Coryllos classifica els tels en quatre grups (1-4) segons la ubicació o el lloc d'unió del tel a la superfície ventral de la llengua. Els tipus 1 i 2 solen anomenar-se anteriors, mentre que els 3 i 4 són els posteriors (Fig. 1)^{1, 4, 8}. Es va avaluar l'impacte del tel en l'aspecte i la funció de la llengua mitjançant l'eina de Hazelbaker, segons la qual un pacient té anquiloglossia si obté ≤ 8 punts en aparença i/o ≤ 11 en funció²⁰. El personal d'infermeria va oferir assessorament i ajuda amb la col·locació i l'aferrament al pit a totes les mares, independentment de la presència o no d'anquiloglossia i del seu tractament. Es va oferir la frenotomia a tots els nadons simptomàtics, que va dur a terme un dels tres neonatòlegs del centre a la unitat neonatal sempre que els pares ho consentissin després de ser informats dels beneficis i els riscos. Per fer la frenotomia, es contenia el nounat amb una tovallola, se li donava sacarosa oral al 24% com a analgèsia i se'l deixava succionar durant 2 minuts abans del procediment. Es visualitzava el tel i la base de la boca col·locant una sonda acanalada estèril sota la llengua, i se seccionava amb unes tisores de punta roma fins a la base, proximalment al múscul geniogloss, passant un dit per sota llengua per assegurar-ne la secció completa^{2, 4, 6-9, 11, 13, 17, 19}. En cas de sagnat s'aplicava pressió directa amb una gasa. Després de la frenotomia, es retornava el nounat a la mare perquè lactés, tal com recomanen les guies. Des d'aquell moment i fins a l'alta de la maternitat (habitualment entre 48 i 72 hores després del part), es valorava si hi havia millora a curt termini quant a disminució subjectiva del dolor al mugró i/o millora de l'aferrament segons la puntuació LATCH (Latch Audible swallowing Type of Nipple Comfort Hold positioning). L'escala LATCH avalua l'aferrament, la deglució audible, el tipus de mugró, el confort de la mare i la posició durant la presa^{7, 13}. Es van recollir variables demogràfiques (sexe, edat gestacional, edat materna, pes en néixer i a l'alta, tipus de part), la

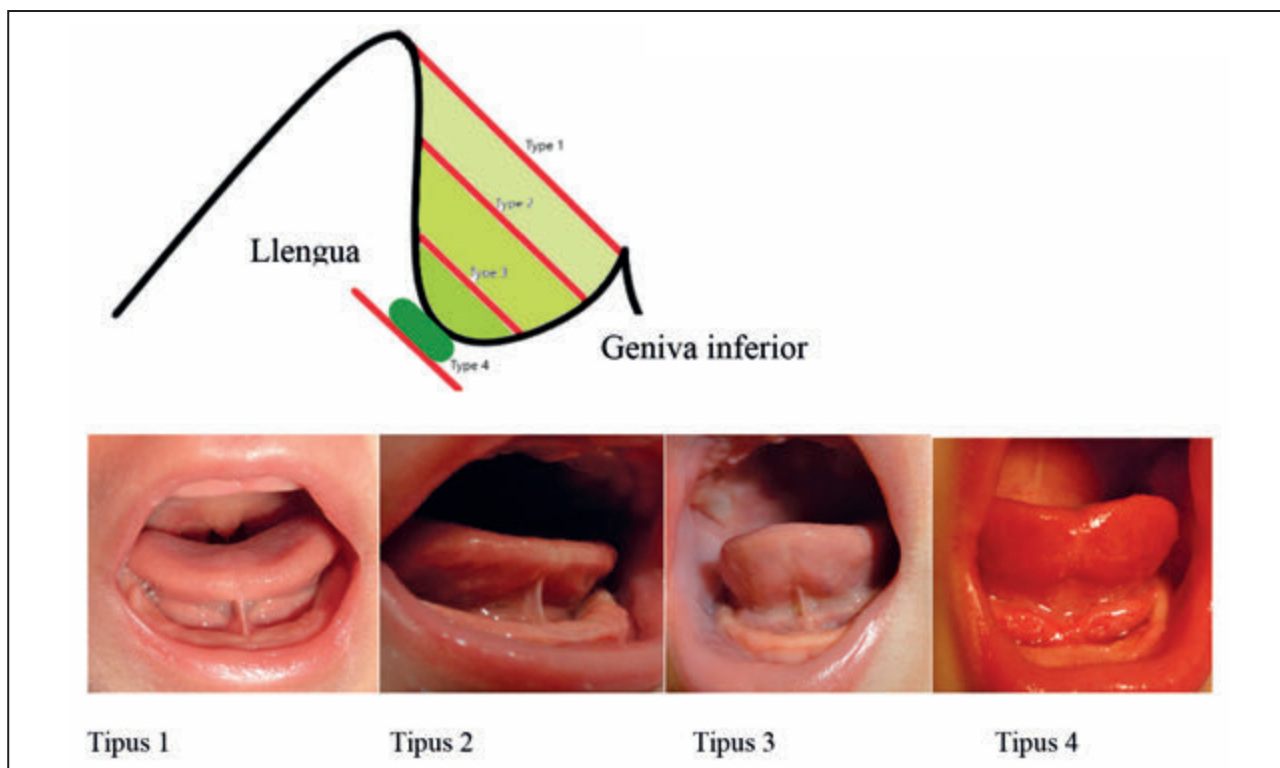


Fig. 1. Tipus de tals sublinguals segons Coryllos ¹⁹.

presència d'anquiloglossia, tractament de l'anquiloglossia, millora després de la frenotomia i tipus d'alimentació a l'alta.

No es va fer un estudi de casos control, sinó que es van utilitzar com a controls els nadons els pares dels quals van rebutjar la frenotomia. Aquest grup es va anomenar «grup control».

El Comitè d'Ètica de l'Hospital del Mar (CEImPSMAR) va aprovar aquest projecte (número de referència: 2019/8537/I), i va considerar innecessari obtenir un consentiment informat escrit dels representants legals dels participants. Aquest estudi es va dur a terme d'acord amb la Declaració de l'Associació Mèdica Mundial de Hèlsinki.

Anàlisi estadística

Les variables quantitatives (edat materna, edat gestacional, pes en néixer, pes a l'alta), amb distribució normal, es van descriure mitjançant la mitjana i la desviació estàndard, i es van comparar mitjançant un test de la t de Student. Es va comparar la població de nounats amb anquiloglossia (tractats i no tractats) amb el total de nounats per comprovar que les mostres eren homogènies quant a edat gestacional, pes en néixer i sexe. Es van comparar les taxes de lactància materna entre els tres grups mitjançant el test de khi quadrat de Pearson. Es va establir la significació estadística per a una $p < 0,05$. Les anàlisis estadístiques es van fer mitjançant el programa STATA versió 15.1 (StataCorp, College Station, TX, EUA).

Resultats

L'any 2018 van néixer 1.392 nounats, i se'n van incloure 1.385 (99,5%) a l'estudi. Se'n van excloure set que es van traslladar a hospitals de més complexitat per prematuritat extrema o necessitat de cures intensives. Es tracta majoritàriament de nadons a terme sans o prematurs tardans. D'ells, 451/1.385 (32,5%) tenien anquiloglossia. La Taula I mostra les característiques dels nounats amb anquiloglossia i sense. No hi va haver diferències en termes d'edat gestacional, pes en néixer, pes a l'alta, pèrdua de pes, taxa de prematuritat i tipus de part. Les diferències en l'edat materna no es consideren clínicament rellevants (31,6 vs 30,9 anys). La proporció de sexe masculí:femení entre els nounats amb anquiloglossia era d'1,4:1. La puntuació mitjana de Hazelbaker dels nadons amb anquiloglossia va ser de 5,8 punts (interval de confiança (IC) 95%: 5,5-6,1) per l'aparència i de 7,8 (IC 95%: 7,5-8,1) per la funció.

Es van realitzar 422 frenotomies del 451 nadons amb anquiloglossia (93,6%), i cap en els nadons sense anquiloglossia. De les mares de nadons a qui es va practicar una frenotomia, 402 (95,2%) van presentar una millora del dolor i de la puntuació LATCH. Vint-i-nou pares van rebutjar la frenotomia. Totes les intervencions es van fer sense incidències significatives tret de deu casos de sagnat mínim que va cessar amb compressió amb una gasa i un cas que va requerir punts de sutura.

Les Taules II i III mostren el tipus d'alimentació a l'alta. Els nounats amb anquiloglossia tractada tenien una

TAULA I

Característiques demogràfiques dels pacients inclosos

	Nadons amb anquilòglòssia n = 451 (%)	Nadons sense anquilòglòssia n = 934 (%)	Total de nadons n = 1.385 (%)	Valor de p
Sexe masculí, n (%)	265 (58,7)	457 (48,9)	722 (52,1)	0,003
Proporció masculí:femení	1,4:1	1:1	1,1:1	
Edat materna, anys (DE)	31,6 (6,0)	30,9 (6,3)	31,1 (6,2)	0,038
Edat gestacional, setmanes (DE)	39 ^{0/7} (2 ^{3/7})	39 ^{1/7} (1 ^{5/7})	39 ^{1/7} (2 ^{0/7})	0,153
Pes en néixer, g (DE)	3.180 (540)	3.204 (530)	3.196 (533)	0,419
Pes a l'alta, g (DE)	3.008 (491)	3.045 (483)	3.033 (486)	0,184
Tipus de part, n (%)				0,164
- Eutòcic	294 (65,2)	652 (69,8)	946 (68,3)	
- Instrumentat	51 (11,3)	80 (8,6)	131 (9,5)	
- Cesària	106 (23,5)	202 (21,6)	308 (22,2)	
Primer fill	239 (52,8)	418 (44,7)	657 (47,4)	0,030
Experiència prèvia en lactància	153 (33,8)	375 (40,1)	528 (38,1)	0,126
Prematuritat	45 (9,9)	94 (10,1)	139 (10,0)	0,573

DE: Desviació estàndard.

TAULA II

Tipus de lactància a l'alta de la maternitat en nadons a terme segons la presència d'anquilòglòssia i el seu tractament

	Nadons amb anquilòglòssia i frenotomia n = 378	Nadons amb anquilòglòssia sense frenotomia n = 29	Nadons sense anquilòglòssia n = 848	Valor de p
Lactància materna, n (%)	357 (94,44)	22 (75,86)	730 (86,09)	<0,001
Lactància mixta, n (%)	8 (2,12)	1 (3,45)	23 (2,71)	
Lactància artificial, n (%)	13 (3,44)	6 (20,69)	95 (11,20)	

TAULA III

Tipus de lactància a l'alta de la maternitat en nadons prematurs segons la presència d'anquilòglòssia i el seu tractament

	Nadons amb anquilòglòssia i frenotomia n = 44	Nadons amb anquilòglòssia sense frenotomia n = 0	Nadons sense anquilòglòssia n = 86	Valor de p
Lactància materna, n (%)	36 (81,82)	0 (0)	57 (66,28)	0,075
Lactància mixta, n (%)	7 (15,91)	0 (0)	17 (19,77)	
Lactància artificial, n (%)	1 (2,27)	0 (0)	12 (13,95)	

taxa de lactància materna exclusiva significativament més alta que els nounats sense anquilòglòssia, i també més alta que els nounats amb anquilòglòssia no tractada ($p < 0,001$).

Discussió

La literatura sol referir una prevalença de l'anquilòglòssia d'entre menys de l'1% i el 12,1%, depenent de la població d'estudi i dels criteris utilitzats per definir i classificar l'anquilòglòssia, ja que ara per ara no hi ha uns criteris diagnòstics estandarditzats^{2, 3, 5-10}. Tanmateix, diversos autors han trobat prevalences més elevades^{10, 14}. Al nostre servei vam observar una prevalença d'anquilòglòssia del 32,5% entre els nadons nascuts el 2018²¹. Aquesta prevalença superior a l'habitual es pot explicar pel fet que es va dissenyar un estudi per avaluar prospectivament tots els nounats i detectar l'existència d'anquilòglòssia: la recerca específica d'una condició porta a diagnosticar-la més sovint. A més, la majoria d'estudis publicats centren l'atenció en els anomenats tals anteriors, fàcilment reconeixibles, mentre que la prevalença real dels posteriors es desconeix^{1, 4, 8-9}. La majoria de professionals sanitaris reconeixen un tel anterior i recomanen la frenotomia si la lactància materna es veu afectada, però l'anquilòglòssia posterior sovint no es detecta, perquè no té l'aspecte habitual del tel tradicional, i és una entitat reconeguda de manera relativament recent, principalment per consultors de lactància⁴. Tenir un tel visible no implica patir anquilòglòssia, si aquest no interfereix en la lactància¹.

Es va observar una prevalença d'un tel visible del 99,5% entre els nadons sans en un estudi dissenyat per trobar la prevalença del tel sublingual¹⁵. Això confirma que, quan es dissenya específicament un estudi per diagnosticar prospectivament una malaltia o afecció, se n'identifiquen més casos. Un estudi que utilitza els mateixos criteris que el present estudi per diagnosticar l'anquilòglòssia (Coryllos i Hazelbaker¹⁹⁻²⁰), va informar d'una prevalença mitjana d'anquilòglòssia del 12,1% tot i que, en una subàrea de l'estudi, la prevalença va arribar al 50%, resultats similars als nostres²². La visualització amb l'ajuda d'una sonda acanalada que elevi la llengua i/o la palpació del terra de la boca ajuda a valorar l'existència d'una banda gruixuda de teixit: els anomenats tals posteriors (tipus 3 i 4 de Coryllos)⁴ que són els més freqüents en la nostra població: 56,9%²¹; els resultats són congruents amb altres estudis similars⁸. Aquest és un dels motius pels quals la prevalença observada d'anquilòglòssia en la nostra població pot ser superior a la reconeguda habitualment.

Al segle XIX, les llevadores feien frenotomies neonatals de manera rutinària. A la dècada del 1960, la pràctica de frenotomies va disminuir a causa de l'auge de la lactància artificial. Amb l'augment de la popularitat de la lactància materna, especialment des dels anys noranta, ha ressorgit l'interès per l'anquilòglòssia^{2, 5, 6, 8-11, 17}. A l'actualitat, aproximadament el 80% de les mares de la nostra zona inicien la lactància materna. No obstant això, els problemes de lactància són freqüents, i provoquen que les taxes de lactància siguin més baixes del que convindria^{10, 12, 14, 23}. Les

causes del deslletament precoç inclouen l'aparent rebuig del pit, la ingesta insuficient de llet, la introducció de suplementes de fórmula amb una disminució posterior de la producció de llet, i el dolor del pit i mugrons^{2, 4-6, 8, 10-12, 14, 17}.

La funció lingual és més important que l'aparença del tel, i s'ha d'avaluar acuradament^{1-2, 8}. Una de les eines més utilitzades per avaluar-la és l'HATLFF (Hazelbaker's Assessment Tool for Lingual Frenulum Function)²⁰, que es va utilitzar per avaluar els pacients d'aquest estudi. Alguns tels restringeixen l'extensió de la llengua més enllà de la geniva inferior i obliguen el nadó a utilitzar la mandíbula per mantenir el pit a la boca formant un segell adequat, fet que dificulta la lactància^{2, 6-9, 13-14, 17-18, 23}. Diversos estudis han demostrat que entre el 25 i el 80% dels nadons amb anquiloglossia tenen dificultats per lactar^{8, 17-18}. A la nostra població, el 70,2% dels pacients amb un tel sublingual visible tenien anquiloglossia²¹.

Tot i que la majoria d'estudis no han observat problemes durant la lactància artificial, alguns han vist que els nadons amb anquiloglossia també poden tenir dificultat per extreure la llet d'un biberó²⁴⁻²⁵. Caldria explorar tots els nounats per descartar la presència d'un tel sublingual i oferir una frenotomia tan aviat com sigui possible en cas d'anquiloglossia atès el risc d'abandonament de la lactància materna^{2, 6-8, 10-11, 13, 17-18}.

Un estudi va observar que retardar la frenotomia més enllà dels set dies de vida duplicava el risc d'abandó de la lactància, i va recomanar dur-la a terme preferiblement les primeres 72 hores⁸. Aquesta tècnica ha demostrat reduir el dolor al mugró matern a curt termini, tot i que la millora varia a nivell individual. Calen més assaigs clínics aleatoritzats d'alta qualitat metodològica per determinar els efectes a llarg termini de la frenotomia en termes d'eficàcia de la lactància, disminució del dolor al mugró i dels problemes d'alimentació, augment de la durada de la lactància materna i guany ponderal dels nadons^{2, 4, 7-8, 12-13}.

En línia amb altres investigadors, el 95,2% dels casos analitzats en aquest treball van millorar després de la frenotomia^{4, 8, 24, 26}. En ocasions, la millora no és immediata, perquè els mugrons poden trigar de 24 a 72 hores a curar-se i el nadó ha de reaprendre a succionar²⁶. Un estudi de cohorts prospectiu va trobar una millora immediata postfrenotomia, però també que la lactància va continuar millorant durant el primer mes després del procediment²³. Un altre estudi va avaluar la lactància al cap de 2,5 setmanes i va observar que només el 13% dels nadons a qui s'havia fet una frenotomia tenien problemes d'alletament després del procediment¹⁸. En el nostre cas, 415 de 451 (92,0%) nounats amb anquiloglossia eren alletats exclusivament amb llet materna a l'alta, i el percentatge va ser més elevat en els nadons frenotomitzats, probablement perquè les mares que accepten la tècnica estan més predisposades a donar el pit.

En la comparació dels nadons a terme i els prematurs (Taules II i III), observem que en els nadons a terme la taxa de lactància materna exclusiva més alta correspon als que tenen anquiloglossia tractada (94,44%), seguits dels nadons sense anquiloglossia, i la més baixa correspon als nadons amb anquiloglossia no tractada. No hi havia prematurs amb anquiloglossia no tractada. No obstant això, no hi havia diferències entre els prematurs amb anquiloglossia tractada i els controls, la qual cosa ens porta a creure que la frenotomia també va ajudar aquest subgrup de pacients a tenir una lactància exitosa. Aquests resultats podrien indicar que la pràctica d'una frenotomia en nadons prematurs amb anquiloglossia pot ajudar a establir la lactància.

La limitació principal d'aquest estudi és la manca d'un grup control. Es va oferir la frenotomia a tots els pacients amb anquiloglossia, i la majoria de pares la van acceptar. A causa del baix risc de la frenotomia i els riscos d'un deslletament precoç⁸, no semblava ètic tenir un grup control. Una altra limitació important és que el grup de mares dels nounats amb anquiloglossia, tot i ser homogeni amb els nadons sense anquiloglossia pel que fa a les variables mesurades, podria no ser-ho quant al desig d'alletar. Això podria justificar la taxa de lactància materna més alta entre el grup d'anquiloglossia. La motivació per la lactància materna podria ser més baixa entre les mares que van rebutjar la frenotomia, motiu pel qual van preferir no fer cap intervenció, i cal interpretar amb cautela la comparació amb els 29 nadons no tractats.

A continuació es comenten altres possibles limitacions rellevants de l'estudi: es va mesurar la millora a curt termini en termes de dolor al mugró preguntant directament a les mares, però sense utilitzar mesures quantitatives del dolor; altres estudis també van avaluar subjectivament el dolor matern⁴. No es van utilitzar mesures quantitatives de l'aferrament al pit, sinó l'observació de les preses segons l'escala LATCH amb les limitacions que això comporta. Ni l'observador ni la mare eren cecs, perquè l'objectiu era descriure la pràctica actual, no demostrar l'efectivitat de la frenotomia. La mare confiava que la frenotomia resoldria els seus problemes de lactància, i presenciar el procediment podria haver condicionat la seva percepció immediata del dolor. Tots els pares van ser informats de la presència d'anquiloglossia, i això els podria haver predisposat a creure que hi hauria problemes de lactància. Es va tenir en compte si la mare havia alletat prèviament; tanmateix, no es va analitzar la durada ni si havia estat de manera exclusiva. La intervenció va tenir lloc abans de l'establiment de la lactància i, com que la succió millora els primers dies i setmanes, la millora es podria haver atribuït erròniament a la intervenció. Caldria fer un seguiment del grup per esbrinar la durada total de la lactància, així com altres beneficis o riscos a llarg termini.

La frenotomia és un procediment senzill, segur a curt termini i possiblement eficaç en mans experimentades. En la població d'aquest estudi, els nounats amb anquil·loglòssia sotmesos a una frenotomia rebien més lactància materna a l'alta de la maternitat que els no tractats. No obstant això, cal fer estudis prospectius controlats per valorar l'efecte real d'aquest procediment.

Bibliografia

- Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat*. 2019;32(6):749-61.
- LeFort Y, Evans A, Livingstone V, Douglas P, Dahlquist N, Donnelly B, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. *Breastfeed Med*. 2021;16(4):278-81.
- Hill RR, Lee CS, Pados BF. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*. 2021;90(2):259-66.
- Pransky SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015;79(10):1714-17.
- Matin T, Sun-Joo J, Simon D, Steven R, Bobak M. Ankyloglossia: Still a Matter of Controversy. *AJBSR*. 2020;8(5):365-8.
- Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(5):597-611.
- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3(3):CD011065
- Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2015;23(1):11-16
- Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and Other Oral Ties. *Otolaryngol Clin North Am* 2019;52(5):795-811
- Hill R. Implications of Ankyloglossia on Breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019;44(2):73-9.
- Becker S, Mendez MD. Ankyloglossia. *StatPearls* [revista electrònica]. 2022;1(1). Accesible a la xarxa [data de consulta: 11/10/2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. 2016. Accesible a la xarxa [data de consulta: 11/10/2022]. Disponible a: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/june-2016/RC0785%20Frenectomy%20Final.pdf>
- Shekher R, Lin L, Zhang R, Hoppe IC, Taylor JA, Bartlett SP, et al. How to Treat a Tongue-tie: An Evidence-based Algorithm of Care. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(1):e3336.
- Campanha S, Martinelli R, Palhares DB. Association between ankyloglossia and breastfeeding. *CoDAS* 2019;31(1):e20170264
- 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):438-441
- Ghaheer BA, Tylor DA, Zaghi S. Lacking Consensus: The Management of Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;163(5):1064.
- Manipon C. Ankyloglossia and the Breastfeeding Infant: Assessment and Intervention. *Adv Neonatal Care*. 2016;16(2):108-13.
- Schlatter SM, Schupp W, Otten JE, Harnisch S, Kunze M, Stavropoulou D, et al. The role of tongue-tie in breastfeeding problems-A prospective observational study. *Acta Paediatr*. 2019;108(12):2214-21.
- Coryllos E, Watson Genna C, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. American Academy of Pediatrics, Section on breastfeeding. 2004. Accesible a la xarxa [data de consulta: 30-07-2022]. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/301346077_Congenital_tongue-tie_and_its_impact_on_breastfeeding.
- Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function: Use in a Lactation Consultant Private Practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993.
- Maya-Enero S, Pérez-Pérez M, Ruiz-Guzmán L, Duran-Jordà X, López-Vílchez MÁ. Prevalence of neonatal ankyloglossia in a tertiary care hospital in Spain: a transversal cross-sectional study. *Eur J Pediatr*. 2021;180(3):751-7.
- González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquil·loglòssia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81(2):115-9.
- Ghaheer BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*. 2017;127(5):1217-23.
- Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*. 2005;41(5-6):246-50.
- Knox I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. *Neoreviews*. 2010;11(9):e513-e519.
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110(5):e63.