

## Comentari a: «Prevalença de l'anquiloglossia: una aproximació prèvia»

Benvolgut editor,

L'anquiloglossia és una entitat clínica que genera un debat intens en la comunitat científica, de manera que el seu diagnòstic i tractament han crescut exponencialment durant les darreres dècades, encara que amb molta variabilitat entre països i centres<sup>1</sup>. Per aquest motiu, hem llegit amb interès la carta al director «Prevalença de l'anquiloglossia: una aproximació prèvia», de Ruiz-Guzmán et al.<sup>2</sup>, i voldríem afegir-hi algunes consideracions.

En primer lloc, els autors consideren l'anquiloglossia com una malformació. Estudis anatòmics en mandíbula de nounats han mostrat que la cara ventral de la llengua està més o menys unida amb el terra de la boca a través del tel sublingual, format per una capa de fàscia que actua com a sostre del terra de la boca<sup>3</sup>. A més a més, s'han trobat altres estructures al tel, com ara branques del nervi lingual i fibres musculars. Aquestes troballes, descrites també en adults<sup>4</sup>, orienten a pensar que l'anquiloglossia és una condició dinàmica, i que no depèn només del tel, sinó també de la biomecànica de tota la llengua, del terra de la boca i de com interactuen entre si. Tot això especialment durant l'acte de lactància materna<sup>3</sup>.

Una proporció no desestimable de pacients fora de l'edat de nounats també es deriva a la consulta de cirurgia per corregir l'anquiloglossia. En aquest últim cas es busca solucionar problemes assenyalats a la carta de Ruiz-Guzmán, com ara alteracions esquelètiques, roncs i patologia odontològica, entre altres<sup>2</sup>. Però hi ha estudis, fets amb rigor metodològic i bons dissenys estadístics, que demostren la ineficàcia de la frenotomia en la resolució de patologies que no siguin problemes de lactància<sup>5</sup>.

En les dades assenyalades a la carta (i en altres estudis del mateix grup) crida l'atenció l'alta prevalença calculada, superior al 30%. L'evidència disponible demostra prevalences més baixes, al voltant del 10%, que estan supeditades al criteri diagnòstic utilitzat<sup>1,6</sup>. Pel que fa a això, i fent referència als mètodes de Hazelbaker anomenats en l'article, és important assenyalar que no és possible saber detalls sobre el desenvolupament i la forma de la validació de la seva avaluació, ja que el treball és part d'una tesi, i no és de domini públic<sup>7</sup>. Una altra classificació molt emprada és la de Coryllos, que pateix els mateixos problemes abans esmentats, i a més a més crea un concepte de «tel posterior» que és anatòmicament incorrecte, ja que la part posterior de la llengua té un origen embriològic diferent del tel sublingual, i la seva biomecànica depèn d'altres factors que no se solucionaran amb una frenotomia<sup>3-4,8</sup>.

L'evidència disponible sobre la millora de la tècnica de lactància és de baixa qualitat. Aquests treballs revelen

una millora ràpida en els símptomes materns associats a la lactància (com ara el dolor en alletar), però no es demostra un efecte positiu persistent en els nounats<sup>7,9-10</sup>. Les publicacions també assenyalen que desenvolupar assajos clínics aleatoritzats d'alta qualitat metodològica en aquest àmbit no és fàcil, ja que la lactància materna és un acte complex, ple de matisos, d'aprenentatge diari, amb molts factors que són difícils de controlar<sup>7,9</sup>.

Finalment, és interessant considerar que el reflex de succió resulta relaxant per al nounat i el lactant, fet que podria portar a pensar que la succió immediatament després de la frenotomia millora a causa del dolor que aquesta provoca<sup>7</sup>, sobretot tenint en compte que hi ha terminacions nervioses sensibles al tel<sup>3</sup>.

Voldríem finalitzar aquesta carta expressant el nostre desig que l'anquiloglossia es converteixi en un tema que pugui ser discutit amb amplitud de mires, considerant l'evidència disponible en diferents àmbits i realitats, perquè junts puguem crear noves eines que ens permetin diagnosticar de forma més encertada, i tractar només a qui ho necessiti, després d'esgotar instàncies no invasives.

**Albert Pasten, Mario Cuesta, Marta Martín, Lucas Krauel**

*Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu.  
Esplugues de Llobregat (Barcelona)*

### Bibliografia

- O'Connor ME, Gilliland AM, LeFort Y. Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. *Int Breastfeed J.* 2022;17(1):39.
- Ruiz-Guzmán L, Rodríguez-Bailón N, Almeda-Ortega J, Maya-Enero S. Prevalença de l'anquiloglossia: una aproximació prèvia. *Pediatr Catalana.* 2023;83(1):35.
- Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat.* 2019;32(6):824-35.
- Mills N, Geddes DT, Amirapu S, Mirjalili SA. Understanding the Lingual Frenulum: Histological Structure, Tissue Composition, and Implications for Tongue Tie Surgery. *Int J Otolaryngol.* 2020;2020:1820978.
- Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: A systematic review. *Pediatrics.* 2015;135(6):e1467-74.
- Guinot F, Carranza N, Ferrés-Amat E, Carranza M, Veloso A. Tongue-tie: incidence and outcomes in breastfeeding after lingual frenotomy in 2333 newborns. *J Clin Pediatr Dent.* 2022;46(6):33-9.
- Borowitz SM. What is tongue-tie and does it interfere with breast-feeding? – a brief review. *Front Pediatr.* 2023;11:1086942.
- 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.
- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(3):CD011065.
- Bundogji N, Zamora S, Brigger M, Jiang W. Modest benefit of frenotomy for infants with ankyloglossia and breastfeeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;133:109985.