

## El diagnóstico de frenillo lingual corto y cómo promover la lactancia materna

Néstor E. Vain<sup>1</sup> , Constanza P. Soto Conti<sup>2</sup> 

Promover la lactancia materna es un compromiso de todas y todos. Estamos convencidos que esta frase refleja lo que siente casi el 100 % de los lectores de *Archivos Argentinos de Pediatría*. ¿Pero cómo lograrlo?

Lo primero que se nos ocurre es “acompañando a la familia”. Es claro que esto es muy inespecífico. Para acompañar hay que saber cómo y a lo largo de muchos años hemos aprendido el rol relevante de los grupos de apoyo y asesoramiento a la lactancia materna.<sup>1</sup> Estos equipos trabajan sobre los aspectos más importantes que con frecuencia necesitan las madres, y sobre los cuales la evidencia científica demuestra efectividad, tales como contacto piel a piel e inicio de la lactancia en las primeras dos horas después del nacimiento en la sala de partos o el quirófano, alimentaciones frecuentes y a libre demanda (con las implicancias que este concepto supone para la familia y la sociedad), evitar suplementos de fórmula precoces, posicionamiento del bebé durante el amamantamiento, descansos e hidratación/nutrición de la madre, etc.

También quienes promovemos la lactancia debemos ser respetuosos con las madres que no pueden o no quieren amamantar. Presionar, generar culpa y no atender la historia personal

de la puerpera son errores frecuentes que las y los profesionales de la salud perinatal podemos y tenemos que evitar.

El excelente artículo de Rossato en este número de Archivos<sup>2</sup> trae a colación un tema menos considerado como causa de fracaso de la lactancia: el frenillo corto/ la anquiloglosia. Los autores de este editorial no nos sentimos expertos en el tema, pero si conocemos el prolongado y enorme compromiso de los equipos de apoyo a la lactancia de nuestras instituciones, con excelentes resultados documentados en el seguimiento de los pacientes. Reflexionando sobre nuestra experiencia acerca de algún caso en que se haya implicado en nuestras instituciones al frenillo corto como causa del fracaso de la lactancia en un bebé sin malformaciones craneofaciales evidentes nos cuesta recordar alguno. ¿Implica esto un típico “si no lo vi, no existe”? No, de ninguna manera. Pero nos inquieta el hecho de que recientemente aparezcan bebés que en la primera semana de vida frente a dificultades para la prenda al pecho reciban rápidamente la derivación a “especialistas” en el tema del frenillo y en muchos casos hayan sido intervenidos para cortarlo (con métodos desde sofisticados como láser hasta otros caseros y que parecen cuentos como una

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10508>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10508.eng>

**Cómo citar:** Vain NE, Soto Conti CP. El diagnóstico de frenillo lingual corto y cómo promover la lactancia materna. *Arch Argent Pediatr*. 2024;e202410508. Primero en Internet 15-AGO-2024.

<sup>1</sup> Servicio de Neonatología, Sanatorios de la Trinidad Palermo, San Isidro y Ramos Mejía, Argentina; <sup>2</sup> Servicio de Neonatología, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Correspondencia para Néstor E. Vain:** [nestorvain@gmail.com](mailto:nestorvain@gmail.com)



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

tijera). A esto se agregan las recomendaciones posteriores de masaje, estiramiento, etc. y los riesgos inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico de los cuales la frenotomía no está excluida.<sup>3</sup>

Tal como lo comenta Rossato y lo demuestra el estudio de Feldens con una importante experiencia en Brasil, la anquiloglosia no es excepcional pero los casos graves son muy infrecuentes. Aun los casos más importantes no son la causa principal de la dificultad para amamantar en esos niños y de hecho en esa serie de pacientes ninguno fue tratado con frenotomía y la lactancia fue altamente exitosa.<sup>4</sup> Una revisión sistemática tampoco encontró relación entre frenillo corto y fracaso de la lactancia.<sup>5</sup> Por eso es importante reconocer el riesgo de una “epidemia” de frenotomías innecesarias, por razones comerciales o de simplificación de problemas complejos.<sup>6</sup>

Entendemos que puede existir un paciente con evidencia de anquiloglosia grave que requiera tratamiento, en muchos casos asociado a malformaciones craneofaciales, y por lo tanto es bueno que existan equipos capaces de resolverlo quirúrgicamente de la manera más segura. Simultáneamente es crucial comprender que el diagnóstico anatómico de un frenillo corto no implica una indicación quirúrgica ya que raramente dicho aspecto físico resulta en la verdadera causa de un trastorno funcional que dificulte la lactancia.

En 2024, el lema para la Semana Mundial de la Lactancia es “Disminuyamos la brecha, apoyemos la lactancia entre todos”. A los equipos de profesionales que atienden los

nacimientos, las etapas iniciales de instalación de la lactancia y su sostén nos convoca a trabajar interdisciplinariamente para lograrlo, acompañando con todo lo aprendido y con decisiones basadas en la evidencia.

El éxito de la lactancia depende de muchos aspectos y la anquiloglosia no parece ser una causa de impedimento. Aun si así lo fuera, son muchos los aportes que distintas disciplinas pueden hacer *antes* de decidir una cirugía.

Debe preocuparnos la difusión en redes sociales y en los medios del frenillo corto como causa de fracaso de la lactancia. La búsqueda de soluciones rápidas y de apariencia simple y fácil puede llevar a un aumento de tratamientos con riesgos innecesarios, y con la postergación de la utilización de los instrumentos más eficientes y con verdadera evidencia para el apoyo de la lactancia materna. ■

## REFERENCIAS

1. Pados BF, Camp L. Physiology of Human Lactation and Strategies to Support Milk Supply for Breastfeeding. *Nurs Womens Health*. 2024;S1751-4851(24)00124-7.
2. Rossato NE. Frenillo lingual, anquiloglosia y lactancia materna. *Arch Argent Pediatr*. 2024;e202410507. Primero en Internet 15-AGO-2024.
3. Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: a 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health*. 2020;56(4):557-62.
4. Feldens CA, Heck ABS, Rodrigues PH, Coelho EMRB, Vítolo MR, Kramer PF. Ankyloglossia and Breastfeeding Duration: A Multicenter Birth Cohort Study. *Breastfeed Med*. 2024;19(1):17-25.
5. Nakhsh R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin-Nun A. Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review. *Breastfeed Med*. 2019;14(2):83-7.
6. Eidelman AI. Breastfeeding and Tongue Tie: Business or Medical Model. *Breastfeed Med*. 2024;19(1):1-2.