

Rol de la logopedia en bebés lactantes con anquiloglosia

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Lara Jing García Rivero
Zenaida de la Cruz Tacoronte Sánchez

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Tutorizado por

María Dolores Morera Bello y Elena Leal Hernández

Curso Académico 2023-2024

Resumen

La anquiloglosia es un trastorno que imposibilita la movilidad de la lengua, ya que se encuentra anclada a la base de la boca. El 3% de los bebés nacen con un frenillo lingual corto, lo que ocasiona graves problemas durante la lactancia materna, además de posteriormente en el habla y la formación del paladar y dentición de estos niños. El objetivo del estudio es comprobar el rol del logopeda en el diagnóstico y la intervención en bebés lactantes con anquiloglosia. Para averiguar el rol del logopeda en los pacientes con anquiloglosia, se han realizado dos entrevistas a profesionales del Servicio Canario de Salud (SCS), ubicadas en la isla de Tenerife. Se ha realizado una entrevista semiestructurada, con el fin de conocer sus opiniones acerca del diagnóstico, intervención, protocolos a utilizar y los registros de los casos en la isla. Se realiza un análisis de las entrevistas de forma cualitativa, que permite comparar las semejanzas y diferencias de los dos servicios. Se comprueba que el logopeda interviene en menor medida con estos pacientes, no encontrándose un trabajo adecuado en esta área. La intervención precoz es crucial para la mejora inmediata de estos bebés, además de coordinarse con un equipo multidisciplinar donde se encuentre presente el logopeda.

Palabras clave: succión, anquiloglosia, frenillo lingual, lactancia materna, trastorno del lenguaje.

Abstract

Ankyloglossia is a disorder that makes the mobility of the tongue impossible, since it is anchored to the base of the mouth. 3% of babies are born with a short lingual frenulum, which causes serious problems during breastfeeding, as well as later in the speech and formation of the palate and teeth of these children. The objective of the study is to verify the role of the speech therapist in the diagnosis and intervention in nursing babies with ankyloglossia. To find out the role of the speech therapist in patients with ankyloglossia, two interviews have been carried out with the professionals of the Canarian Health Service (SCS), located on the island of Tenerife. A semi-structured interview has been carried out, in order to know their opinions about the diagnosis, intervention, protocols to be used and the records of the cases on the island. An analysis of the interviews is carried out qualitatively, which allows the similarities and differences of the two services to be compared. It is found that the speech therapist intervenes to a lesser extent with these patients, with no suitable work being found in this area. Early intervention is crucial for the immediate improvement of these babies, in addition to coordinating with a multidisciplinary team where the speech therapist is present.

Keywords: sucking, ankyloglossia, lingual frenulum, breastfeeding, language disorder.

Introducción

Anquiloglosia o frenillo lingual corto

La anquiloglosia se define como una limitación de las posibilidades de protrusión y elevación de la punta de la lengua debido a la brevedad del frenillo y/o de los músculos genioglosos (Jamilian, Fattahi y Kootanayi, 2014; Kotlow, 1999; Kupietzky y Botzer, 2005; Rowan-Legg, 2015). Esta limitación lingual ocasiona alteraciones anatómicas y funcionales no sólo en la lengua, sino también en otras estructuras de la boca.

El frenillo lingual es un resto embriológico de tejido, originado en las etapas tempranas del desarrollo de la cavidad oral, que une la base de la lengua con el suelo de la boca; cuando es corto y restringe el movimiento hablaremos de anquiloglosia (Brookes y Bowley, 2014; Ferrés-Amat et al., 2016; González Jiménez et al., 2014; Messner, Lalakea, Aby, McMahon y Bair, 2000).

La prevalencia del frenillo lingual corto en bebés se estima que es de un 3%. De acuerdo con Morowati et al. (2010), afecta más a varones que a mujeres. Aunque su etiología aún no está completamente clara, generalmente se asocia a factores craneofaciales congénitos relacionados con síndromes como Ehler Danlos, Robinow, Beckwith Wiedemann, entre otros.

Dificultades de los recién nacidos con anquiloglosia

Las dificultades de los recién nacidos con anquiloglosia, se dividen en dos categorías principales: dificultades orgánicas y dificultades en el habla.

Dificultades Orgánicas

Según Braga et al. (2009), el principal problema que enfrentan los recién nacidos es la lactancia materna. Las dificultades en la lactancia materna son la primera señal de la existencia de anquiloglosia, junto con el escaso aumento de peso, y las tomas excesivamente largas, lo que desemboca en dolor en el pezón de las madres durante la lactancia (ver Tabla 1).

Tabla 1

Problemas más frecuentes durante la lactancia materna relacionados con la anquiloglosia

	Síntomas	Causas
Congestión mamaria	Pechos edematosos, dolorosos y piel brillante	Falla en la excreción de leche por: retraso en el inicio de la lactancia, agarre inadecuado, succión inefectiva y tomas poco frecuentes
Dolor y grietas en pezones	Dolor, heridas y malformaciones en los pezones al final de la toma	Agarre inadecuado, solo succiona la punta del pezón por alteraciones anatómicas en la boca, en el tono muscular y mal uso de biberones
Dolor por mordida del pezón	Dolor del pezón	Acción refleja, frenillo lingual, retrognatia y erupción dental
Percepción materna de leche insuficiente	Bebé insatisfecho tras lactar, se impacienta, se chupa los dedos y hay problemas para producir y extraer la leche	Inicio tardío de la lactancia con horarios fijos para alimentación, tomas poco frecuentes, mal agarre, hay que ofrecer biberones
Llanto excesivo	El bebé llora y no parece satisfecho	Lactante muy demandante, presenta cólicos y lesiones orales
Rechazo al pecho materno	Llanto, arqueo y separación al ofrecer el pecho	Dificultad para el agarre, usar una técnica inadecuada que produce incomodidad y tomar al bebé de la parte posterior de la cabeza
Mastitis	Generalmente unilateral, pecho doloroso, en los primeros 3 meses progresando a la formación de abscesos	Frecuentes lesiones en pezones, sobreproducción de leche, tomas poco frecuentes, mala técnica de amamantamiento, fatiga materna, mastitis previa, causas infecciosas

Nota. Adaptado de “Recordemos lo importante que es la lactancia materna” por S.M. López, et al., 2022, *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 65(2), 9-25.

Otro de los inconvenientes a los que se enfrenta un recién nacido con anquiloglosia es la aparición de problemas pulmonares. Según Redondo et al. (2016), en relación a la respiración, es posible observar una reducción en el diámetro de las coanas debido a la elevación del paladar, lo que ocasiona que los bebés respiren más por la boca que por la nariz, duerman con la boca abierta y ronquen. Como consecuencia, el aire ingresa directamente por la boca sin ser filtrado por las fosas nasales, lo que conlleva a la inhalación de un aire más frío que los predispone a padecer bronquitis y neumonías, así como a la exposición a partículas dañinas.

Además, según Saccomanno et al. (2012) otra de las dificultades orgánicas, es la maloclusión dental por la deformidad del paladar, como la mordida cruzada o abierta. La anquiloglosia, al limitar la elevación lingual, puede ocasionar estrechamiento del maxilar superior por falta de crecimiento transversal y provocar una mordida cruzada. En otros casos, puede generar un crecimiento anormal de la mandíbula o una mordida abierta anterior o ambas como resultado de la posición baja de la lengua. En algunos pacientes un frenillo lingual corto e hipertrófico provocará cuando el bebé sea más grande, un diastema entre los incisivos centrales inferiores y podría provocar dificultades en la deglución y en el habla.

Dificultades en el Habla

Dentro de los problemas del habla derivados de la anquiloglosia, se encuentra que el 32% de los niños con esta patología presentan dificultades en la articulación de los fonemas /t/, /d/, /s/, /r/ y /l/. Según Ito et al. (2015), los sonidos que más frecuentemente se alteran son la /s/, produciendo un sonido distorsionado, y el sonido /r/ múltiple, que es sustituido por otros sonidos o no produce vibración. El primer caso se explica por la posición baja de la lengua, mientras que el segundo se debe a la restricción de la movilidad lingual, que impide que la lengua logre un cierre total contra el paladar, necesario para crear la vibración adecuada para emitir el sonido correctamente. Otros sonidos que pueden verse alterados como resultado de la anquiloglosia son /t/, /d/ y /l/, aunque estas alteraciones ocurren con menor frecuencia. En caso que la dificultad no se detecte a tiempo, podrá llevar a causar problemas en la adquisición del lenguaje escrito o leído, lo que traerá una serie de fracasos escolares con repercusión en el aspecto escolar y emocional (Pérez y López, 2002).

En bebés con anquiloglosia, es de suma importancia realizar un registro de los casos, ya que sin este no es posible realizar un seguimiento clínico adecuado. Según Chaves et al. (2017), el seguimiento clínico es fundamental, pues permite observar la regresión o permanencia de la anquiloglosia a lo largo del tiempo y evaluar mejor la necesidad de intervención quirúrgica. Existe el riesgo de que el frenillo se vuelva a unir tras la intervención, lo que podría derivar en problemas del habla a medida que el niño crece.

Un seguimiento sistemático de los casos permite a los profesionales de la salud controlar de cerca el progreso postoperatorio y detectar tempranamente cualquier indicio de unión del frenillo. Esto facilita la implementación de medidas preventivas y correctivas oportunas para evitar complicaciones futuras. Además, un registro detallado proporciona datos valiosos para la investigación, contribuyendo a mejorar las prácticas clínicas y a desarrollar protocolos más eficaces para el manejo de la anquiloglosia.

Clasificación de los tipos de anquiloglosia

Para evaluar la anquiloglosia en los neonatos, es importante considerar dos tipos de clasificaciones existentes. La primera de ellas es la clasificación de Kotlow en 1999 (Escalayala y Perea, 2010). Esta clasificación permite dividir el frenillo en cuatro tipos según su longitud, lo que facilita determinar el grado de intervención necesaria para mejorar la funcionalidad de la lengua (ver la Tabla 2).

Tabla 2

Clasificación de Kotlow: clases de anquiloglosia según la longitud del frenillo lingual

Tipos	Longitud
Normal	<16 mm
Clase I: anquiloglosia leve	12 - 16 mm
Clase II: anquiloglosia moderada	8 - 11 mm
Clase III: anquiloglosia severa	3 - 7 mm
Clase IV: anquiloglosia completa	>3 mm

Nota. Kotlow (1999), extraído de Escalaya y Perea (2010).

La segunda clasificación fue detallada por Coryllos et al. (2004) y citada por González et al. (2014). Es importante precisar esta clasificación, ya que divide el frenillo en cuatro tipos teniendo en cuenta la posición de la lengua, el grosor y la flexibilidad del mismo, permitiendo precisar el diagnóstico y tratamiento necesario (ver Tabla 3).

Tabla 3

Clasificación de Corryllos: características distintivas de cada tipo de frenillo según su posición, grosor y flexibilidad

Tipos	Especificación
Tipo 1	Frenillo fino y elástico Lengua anclada desde la punta hasta el surco alveolar Lengua en forma de corazón
Tipo 2	Frenillo fino y elástico Lengua anclada desde 2-4 mm hasta cerca del surco alveolar
Tipo 3	Frenillo grueso, fibroso y no elástico Lengua anclada desde la mitad de la lengua hasta cerca del surco alveolar
Tipo 4	El frenillo no se observa, pero se palpa Hay un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante Se extiende desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca

Nota. Corryllos et al. (2004), extraído de González et al. (2014).

Actualmente, se utilizan estas clasificaciones para el diagnóstico de la anquiloglosia, para comprobar posteriormente qué instrumento es el idóneo para ser evaluada.

Instrumentos para evaluar la anquiloglosia

Una vez conocido los diferentes tipos de clasificaciones existentes en la anquiloglosia, tenemos los instrumentos para evaluar el frenillo lingual. Martinelli et al. (2012) crearon el “Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua con puntuación para bebés”, donde se observa la postura natural de los labios, la posición y la forma de la lengua durante el llanto (ver Figura 1).

Figura 1

Protocolo de evaluación del frenillo de la lengua con puntuación para bebés



Nota. Figura 1 del Protocolo de Frenulum para Bebês - História Clínica, extraído de la Revista Cefac de Martinelli et al. (2013).

Otro instrumento para poder evaluar la anquiloglosia es la herramienta de Hazelbaker. En esta, se valoran 5 aspectos anatómicos: apariencia de la lengua, elasticidad del frenillo, longitud del frenillo cuando se eleva la lengua, unión de frenillo con la lengua, unión del frenillo lingual con el borde alveolar inferior. Además, se evalúan 7 aspectos funcionales como son la lateralidad, elevación de la lengua, extensión de la lengua, expansión de la parte anterior de la lengua, ventosas, peristalsis, chasquido (ver Tabla 4).

Tabla 4

Herramienta de Hazelbaker usada para clasificar la anquiloglosia

PUNTUACIÓN	ASPECTO	FUNCIÓN
------------	---------	---------

	1. Apariencia de la lengua cuando se eleva	1. Lateralización
2	Redonda o cuadrada	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	No es posible
	2. Elasticidad del frenillo	2. Elevación de la lengua
2	Muy elástico	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	Sólo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	Punta 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	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	La punta sobre el borde de la encía
0	< 1 cm	Ninguno de los anteriores o bultos 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	Completa
1	En la punta	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	Poco o nada

5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior

- 2 Lejos del borde. Unido al suelo de la boca
- 1 Unido justo por debajo del borde alveolar
- 0 Unido al borde alveolar

5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)

- Borde entero, concavidad firme
- Sólo los bordes laterales. Concavidad moderada
- No hay concavidad o es débil

6. Peristalsis

- 2 Completa, de delante atrás
- 1 Parcial, originada desde detrás de la punta
- 0 No hay movimiento o es en sentido inverso

7. Chasquido

- 2 No hay
- 1 Periódico, de vez en cuando
- 0 Frecuente o con cada succión

*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**

Nota. Adaptado de *Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function*, de Ballard J. L et al. (2002), *Pediatrics* 2002. Nov;110(5):e63.

Una vez comentado los diferentes tipos de instrumentos existentes para evaluar la anquiloglosia, se tratarán los diversos enfoques de tratamiento disponibles para abordar esta patología.

Tratamiento de la anquiloglosia en neonatos

Según Arnáiz (2022), en la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Gasteiz, 2017), se determinan dos modalidades de tratamiento para el frenillo lingual corto: quirúrgica y terapéutica. Se recomienda iniciar por un enfoque más conservador (intervención terapéutica), donde se incluye la terapia motora oral y la terapia miofuncional. Sin embargo, si el tratamiento conservador no produce resultados positivos, se considera la opción quirúrgica.

Intervención terapéutica

La intervención terapéutica se clasifica en: terapia motora oral y terapia miofuncional. Según Díaz (2023), la terapia motora oral es una estrategia clínica utilizada para tratar las disfunciones motoras orales, centrándose en la estimulación manual de estructuras orales para promover movimientos normales en labios, lengua, mandíbula y faringe para una correcta succión y deglución. En el ámbito pediátrico, es utilizada especialmente en prematuridad para la mejora de las habilidades motoras orales, asociadas con los problemas en la lactancia materna. Un estudio realizado por Fucile et al. (2002) concluyó que esta intervención puede aumentar las tasas de lactancia materna en bebés prematuros, que a menudo presentan disfunciones orales que dificultan la ingesta adecuada de alimentos.

El objetivo principal de estas intervenciones de estimulación oral es ayudar a los lactantes a desarrollar mecanismos de coordinación motora oral y de succión. Los protocolos más utilizados son:

Protocolo de Estimulación Sensoriomotor de Fucile. Este protocolo está diseñado para reducir la hipersensibilidad oral y aumentar la fuerza en la musculatura succionadora, lo que activa los reflejos de succión nutritiva. Se aplica durante 15 minutos al día en un intervalo de 10 días por un terapeuta, con el niño en posición supina dentro de la incubadora. Se aplican diferentes presiones en las estructuras orales, estimulando mejillas, labios, encías, lengua, y succión no nutritiva con dedo y chupete, siguiendo este orden. El protocolo se realiza de 20 a 40 minutos antes del inicio de la alimentación.

Protocolo de Intervención Motora Oral para Bebés Prematuros (PIOMI). Esta técnica se utiliza en niños nacidos, se aplica a partir de la semana 29. Consiste en

un protocolo de estimulación motora oral de 5 minutos, administrado por un terapeuta durante 10 días consecutivos. El protocolo incluye 8 pasos que abordan las mejillas, labios, encías, lengua y mandíbula, mediante técnicas de rodamientos, estiramientos, masajes y estimulación de la succión nutritiva y no nutritiva (NNS). Según un artículo de Ghomi et al. (2019), el protocolo PIOMI se asocia con mejoras en la maduración del sistema nervioso central, el rendimiento en la alimentación, la coordinación de los mecanismos de succión, deglución y respiración, así como en las tasas de lactancia materna en niños prematuros.

En relación a la terapia miofuncional (Batlló,1992) es una disciplina que se encarga de reeducar los hábitos orofaciales y respiratorios como los hábitos de succión, deglución atípica, respiración bucal, mala colocación de la lengua en posición de reposo, que pueden originar o empeorar las maloclusiones dentales y orofaciales desde el nacimiento hasta la vejez. La revisión sistemática de González-Garrido et al. (2022), recopila artículos evidencias sobre la efectividad de la terapia miofuncional en la anquiloglosia, con resultados positivos y esperanzadores.

Los estudios sobre terapia miofuncional en el tratamiento de la anquiloglosia hasta la actualidad presentan limitaciones para el conocimiento de su efectividad. La mayoría no describen el protocolo utilizado (nº de sesiones, técnicas utilizadas, tiempo y frecuencia del tratamiento) y en la mayoría de los casos, es utilizada como técnica complementaria a la cirugía. Los artículos que hablan de tiempo de tratamiento establecen 20 o 30 minutos, una o dos veces a la semana, durante 4 semanas.

A continuación, se presentan los ejercicios asociados con la terapia miofuncional (ver Tabla 5).

Tabla 5

Ejercicios intra y extraorales de estimulación (TMF)

Extraorales	Intraorales
Barrido en el masetero, desde ATM a la comisura de la boca	En el paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del mismo
Ejercer presión con los dedos índice y	Masajear la lengua de manera suave de un

pulgar, de forma circular, en la zona de las mejillas	lado hacia otro
Estimulación del reflejo de búsqueda mediante toques leves	En la línea media, sobre la lengua, colocar el dedo índice y activar el reflejo de succión mediante movimientos de extensión y retracción del dedo
Con el dedo índice, trazar círculos en los labios (con muy poca presión)	Con el índice, masajear las mejillas suavemente de dentro hacia afuera.
Con los dedos índice y pulgar, darle pequeños pellizcos de forma suave	Descender por el masetero derecho, pasar por encías inferior y ascender por el lado izquierdo
Pasar de manera rápida el dedo del labio superior al inferior	

Nota. Pastor-Vera et al. (2016).

Intervención quirúrgica

Cuando las técnicas conservadoras, como la terapia motora oral y la terapia miofuncional, no producen los resultados esperados, hay dos opciones quirúrgicas disponibles: la frenectomía y la frenuloplastia (Knox, 2010; Tsaousoglou et al., 2016). La técnica de frenectomía implica realizar un corte parcial de aproximadamente 2 mm en la parte central del frenillo lingual, pudiendo realizarse mediante tijeras o láser. Se ha observado que la tasa de complicaciones posteriores a la frenectomía es del 9%, siendo las más comunes el sangrado (3-5%), la recurrencia de anquiloglosia (5%) y otras como lesiones en los labios, dolor y fracaso de la técnica para mejorar la lactancia.

La segunda intervención quirúrgica es la frenuloplastia, esta consiste en un corte completo del frenillo lingual, siendo más invasivo y difícil de realizar que la frenectomía. Se realiza con anestesia general o local del frenillo, utilizando un bisturí, pinzas hemostáticas para dirigir la incisión y una sonda acanalada. En la actualidad, este método está siendo desplazado por la alternativa del láser.

Según Emond et al. (2014), en caso de realizar intervención quirúrgica, se recomienda realizar terapia miofuncional, estiramientos y movilizaciones linguales pre y post cirugía, para favorecer la cicatrización y evitar la restricción de la movilidad tras la cirugía. La terapia miofuncional se utiliza en el preoperatorio con el objetivo de tomar conciencia de la postura oral y las funciones de la lengua, además de preparar la musculatura de la lengua previo a

quirófano para entrar en condiciones óptimas. Los ejercicios postoperatorios se realizan con el objetivo de asegurar una buena recuperación y cicatrización, con estiramientos pasivos y activos, y ejercicios de fuerza de la musculatura de lengua y orofacial.

Sin embargo, la intervención quirúrgica se considera el mejor tratamiento para casos graves de anquiloglosia, aunque la evidencia aún no es suficiente para recomendar la cirugía en casos leves o moderados (Emond et al., 2014).

Papel del logopeda

El papel del logopeda en los servicios neonatales es fundamental, no sólo para evaluar y tratar los problemas orofaciales del bebé, sino también para abordar sus dificultades de alimentación. La presencia de logopedas en las unidades hospitalarias es crucial porque estos profesionales están capacitados para determinar y gestionar el seguimiento de la evolución de la anquiloglosia en los bebés, asegurando un desarrollo del lenguaje sin contratiempos. En caso de identificar problemas, intervienen para prevenir complicaciones a largo plazo. Esto puede estar relacionado con el aumento en el diagnóstico de anquiloglosia y las cirugías del frenillo lingual (Kapoor et al., 2018; Lisonek et al., 2017; Walsh et al., 2017; Wei et al., 2020).

La importancia de los logopedas se muestran en estudios como los de Ferrés et al. (2016) y Pastor et al. (2017), donde se destaca su papel crucial en la recuperación de esta patología. Estos especialistas señalan que la combinación de cirugía con intervención logopédica, ya sea mediante terapia miofuncional u orientación familiar, contribuye significativamente a la mejora del paciente. Asimismo, investigaciones como las de Ferrés et al. (2017) sugieren que la terapia miofuncional puede resolver problemas derivados de la anquiloglosia sin necesidad de recurrir a la cirugía.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas realizadas en niños, adolescentes y adultos, deben continuar con una adecuada terapia del habla y motricidad orofacial, que aborde el reposo, la respiración, masticación y deglución. Sin embargo, en relación a la rehabilitación postoperatoria aún existen pocos estudios, muy heterogéneos y no del todo convincentes (Miranda et al., 2015). Además, la atención se ha centrado principalmente en el habla, olvidándose de la terapia miofuncional orofacial, a pesar de la evidencia existente respecto al impacto de la anquiloglosia en la masticación (Silva et al., 2009), la deglución y el reposo (Marchesan et al., 2012; Walls et al., 2014). En un estudio, al preguntar a los cuidadores sólo

sobre el habla de niños que recibieron tratamiento quirúrgico sin intervención logopédica, se reportaron resultados similares al grupo de niños con anquiloglosia no operados (Daggumati et al., 2019), este muestra la necesidad de tratamiento logopédico luego de la cirugía, así como considerar las funciones orofaciales en la evaluación y el tratamiento logopédico.

Este trabajo se centra en abordar los aspectos relacionados con la anquiloglosia en bebés, con el objetivo de examinar la función de la intervención logopédica en la detección de esta patología. En primer lugar, se examinará la importancia de la anquiloglosia en el desarrollo de una lactancia materna idónea. Además, se llevará a cabo una evaluación de la eficacia y la eficiencia de las intervenciones logopédicas en el tratamiento de la anquiloglosia en bebés. Se analizarán los resultados de estudios previos y se evaluará la efectividad de diversas estrategias de tratamiento logopédico en esta población en específico.

A lo largo de este trabajo, se ha señalado la importancia del diagnóstico temprano para proporcionar la intervención más idónea en cada caso. Asimismo, se buscarán e identificarán estrategias de colaboración entre logopedas y otros profesionales de la salud, con el fin de mejorar los resultados en el manejo de la anquiloglosia en bebés. Finalmente, se analizarán las complicaciones y efectos a largo plazo derivados del tratamiento inadecuado o insuficiente de la anquiloglosia en bebés.

Método

Participantes

Para conocer el trabajo que se desarrolla en Canarias en la intervención de los bebés con anquiloglosia se observó que sólo hay dos logopedas que realizan este servicio en la isla de Tenerife, concretamente en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) y el Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC). Para conocer este trabajo, se realizaron dos entrevistas a diferentes profesionales.

La primera entrevistada ejerce como logopeda en la unidad de intervención temprana en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), desempeñando funciones en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y logopedia pediátrica. Por otro lado, la segunda logopeda es la responsable de la unidad de rehabilitación infantil en el Hospitalito, perteneciente al Hospital de Nuestra Señora de Candelaria.

Instrumentos

Con el propósito de comprender en mayor profundidad el papel del logopeda que interviene con estos pacientes, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con el fin de explorar el funcionamiento del servicio, recabar sus opiniones y/o contribuciones en el ámbito, así como su colaboración con los profesionales sanitarios involucrados.

Esta entrevista consistió en un total de 15 preguntas abiertas, distribuidas en 7 dimensiones: diagnóstico, indicadores, afectación del desarrollo del habla, intervención, mejoras, colaboración y propuestas.

En el área del diagnóstico (D), se tiene como objetivo conocer quién es el profesional encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebés y su forma de evaluar la misma. En el apartado de indicadores (I), el objetivo de estas preguntas están dirigidas a conocer los indicadores de sospecha de anquiloglosia. En relación al desarrollo del habla (DH) se pregunta sobre la afectación de la anquiloglosia en el habla.

En la relación a la intervención con los bebés con anquiloglosia (IN), se preguntó sobre los protocolos que se usan para el diagnóstico de las alteraciones del frenillo lingual, cuál es el tiempo promedio que pasa desde la sospecha del frenillo lingual corto al momento del tratamiento y si interviene cuántas horas a la semana se realizan de tratamiento. Además, conocer si se lleva a cabo un registro de casos para tener constancia de los/as bebés con anquiloglosia y tener un seguimiento a largo plazo.

En el área de las mejoras (M), los avances que se realizan con los bebés a raíz de la intervención. Además, de alguna propuesta de mejora en la intervención con estos bebés.

Con respecto a la colaboración (C), conocer si existe trabajo multidisciplinar en la implicación de otros profesionales de la salud en la intervención. Asimismo, indagar el papel que ejercen las familias en la intervención con estos bebés.

También, se deseaba conocer las dificultades que encuentran al intervenir con los bebés con anquiloglosia y sus familias. En este sentido, se les ofreció una pregunta abierta para que compartieran sus aportaciones al trabajar con estos pacientes y su patología, llamada propuestas (P).

Para consultar las preguntas específicas de dicha entrevista, se pueden observar en el Anexo 1.

Procedimiento

Para la selección de las participantes, se procedió a establecer contacto con las logopedas a través de las profesoras externas de la asignatura del Practicum. Posteriormente, se acordó con dichas logopedas un día y una hora que fuese conveniente para todos los involucrados. La primera entrevista se realizó con la logopeda del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria a través de un enlace Meet facilitado el día 8 de abril de 2024. Durante esta llamada, que tuvo una duración aproximada de unos 25 minutos, la especialista respondió a las preguntas planteadas.

Posteriormente, la segunda entrevista tuvo lugar el día 10 de abril de 2024 con la logopeda del HUC de forma presencial en el Hospital Universitario, específicamente en la planta pediátrica, con una duración de 15 minutos. Es importante destacar que se solicitó consentimiento para grabar las entrevistas, las cuales se llevaron a cabo de forma individual. La transcripción de las respuestas se encuentra en el Anexo 2.

Una vez realizadas las entrevistas, se transcribieron de forma manual en el programa Word. Se realizó una comparación cualitativa entre ambas entrevistas, para realizar un vaciado de datos comparativo para conocer fortalezas y debilidades entre ambos servicios.

Análisis de las respuestas

Para investigar las respuestas obtenidas en las entrevistas dadas por las logopedas del Servicio Canario de Salud (SCS), se diseñó un estudio exploratorio de tipo cualitativo. De esta forma, se distribuyeron las preguntas realizadas, según la dimensión que engloba, con su código de transcripción para identificarlo en el apartado de resultados cuando se ofrezcan ideas de sus testimonios (estos códigos se crean a partir de la inicial de la dimensión a la que corresponde y el número de la pregunta).

Tabla 6

Códigos de transcripción de las entrevistas

Dimensión	Pregunta	Código de transcripción
Diagnóstico	1. En la unidad en la que usted está, ¿qué profesional es el encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebés?	D1.
	2. En el hipotético caso, de que el bebé ya llegue con el diagnóstico de anquiloglosia ¿cómo evalúas tú los problemas de succión?	D2.
Indicadores	¿Cuáles son los primeros indicadores que le hacen sospechar que el bebé tiene anquiloglosia?	I1.
Desarrollo del habla	¿Cómo puede afectar la anquiloglosia al desarrollo del habla?	DH1.
Intervención	1. ¿Qué protocolos o test usa usted en la actualidad, para el diagnóstico de las alteraciones de frenillo lingual en bebés lactantes?	IN1.
	2. ¿Cuál sería el tiempo promedio que pasa desde la sospecha de frenillo lingual corto y el tratamiento final?	IN2.
	3. ¿Cuántas horas interviene usted a la semana con el bebé?	IN3.
	4. En la unidad que usted trabaja, ¿existe un registro de los casos de anquiloglosia?	IN4.
Colaboración	¿Colaboras con otros profesionales de la salud, en el tratamiento de bebés con anquiloglosia?	C1.
Mejoras	1. ¿Qué mejoras se consiguen al intervenir con bebés que tienen anquiloglosia?	M1.
	2. ¿Puede decirnos alguna propuesta de mejora en la intervención con estos bebés?	M2.
Propuestas	1. ¿Cuáles son las principales dificultades o desafíos que enfrenta en su trabajo con estos bebés y sus familias?	P1.
	2. ¿Hay algo más que le gustaría agregar o compartir sobre su experiencia trabajando con esta patología y estos pacientes?	P2.

Nota. Elaboración propia.

Esto también se acompañará con la intervención de las personas que realizan las entrevistas, que serán representadas con la E y las respuestas de las entrevistas serán codificadas con L1 por las ofrecidas por la terapeuta del HUNSC y L2 con las respuestas de la logopeda del HUC.

Resultados

En primer lugar en cuanto al diagnóstico, los resultados de las entrevistas a las dos logopedas revelan que en ninguno de los dos hospitales realiza el diagnóstico el/la logopeda:

“E: En la unidad en la que usted está, ¿qué profesional es el encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebés?”

D1.L1.: Los médicos rehabilitadores o foniatras, pero normalmente vienen ya diagnosticados desde neonatos o desde el hospital después del nacimiento. La verdad es que no se suele escapar ninguno.

D1.L2.: Mira, a ver, normalmente las anquiloglosias en bebé, el primer profesional que las detecta es el pediatra, cuando hace la revisión, entonces el protocolo que nosotros tenemos establecido aquí es que una vez que la detecta, nos hace una interconsulta para nosotros valorar la movilidad y si ese frenillo a pesar de la limitación es competente o no, y hacer una pequeña valoración y poner criterios para sí es quirúrgico o no. Principalmente las anquiloglosias como tales de bebé mayoritariamente son quirúrgicas, pero hacemos una valoración previa y luego un tratamiento tras la anquiloglosia.”

En relación a la evaluación de los problemas de succión dentro de la dimensión del diagnóstico, se observa que una de las logopedas (L1, HUNSC) no interviene de forma directa con estos pacientes y por el contrario, la logopeda del Hospital Universitario (HUC) (L2), realiza una exploración visual, movilidad de la lengua y terapia miofuncional:

“E: En el hipotético caso, de que el bebé ya llegue con el diagnóstico de anquiloglosia ¿cómo evalúas tú los problemas de succión?”

D2.L1.: Los logopedas no lo valoran, simplemente yo puedo aportar si me piden ayuda las compañeras, pero fundamentalmente lo que te impresiona es eso, el chasquido o un mal agarre, dolor que refiere la mamá.

D2.L2.: Pues simplemente la evaluación de succión es primeramente una exploración visual y de movilidad, viendo cómo está la movilidad lingual de ese niño y las praxias. Si esa limitación le provoca un exceso de bloqueo en el movimiento o más o menos es funcional, haciendo una exploración miofuncional y básicamente también porque normalmente las anquiloglosias son muy llamativas visualmente y evidentemente posteriormente vienen las alteraciones de la succión.”

En relación a los indicadores, la primera logopeda expresa que debe existir un chasquido o un mal agarre a la hora de lactar, mientras que la segunda comenta la existencia de una deficiencia en la movilidad de la lengua al tener un ascenso, lo que impide la succión:

“E: ¿Cuáles son los primeros indicadores que le hacen sospechar que el bebé tiene anquiloglosia?

II.L1.: Pues un mal agarre, un chasquido a la hora de lactar.. si hay algún papá que necesita asesoramiento o vemos que no hay una buena lactancia instaurada, en nuestro hospital hay por ejemplo un protocolo de bebé prematuro, que se lleva en el Hospital de la Candelaria y dentro de esos encuentros que hacemos con las familias, hay algún bebé que presenta dificultades, normalmente todos suelen estar ya asesorados y supervisados pero si hay alguno que de repente se ha podido escapar y no se ha visto bien ese frenillo.. por ejemplo en el caso que nos ocupa, pues le podemos echar un vistazo. Pero siempre prevalece la figura del médico rehabilitador, o del médico foniatra.

II.L2.: Pues mira, básicamente los primeros indicadores es que la pediatra hace una exploración miofuncional oral y ve que no hay ascenso de ápice lingual a la zona velar, pero básicamente en la función que más detecta esa alteración es en la incompetencia de la succión. Cuando son bebés empiezan a tener una succión ineficaz e incompetente por esa limitación en la movilidad, en el patrón de movilidad de la lengua.”

Con respecto al desarrollo del habla, las logopedas comparten que se trata de un problema articulatorio, que dependerá del tipo de anquiloglosia que tenga el bebé:

“E: ¿Cómo puede afectar la anquiloglosia al desarrollo del habla?”

DH1.L1.: Yo diría que depende del tipo de anquiloglosia que sea, con la clasificación más actual una anquiloglosia posterior por ejemplo, pues no notas nada a nivel fonético, y sin embargo si tiene una repercusión para el lactante.

DH1.L2.: Pues básicamente y fundamentalmente en las dificultades de la dicción. Hay problemas articulatorios y que se ven reflejados en la presencia de rotacismo. Por eso es tan importante la detección precoz y la frenotomía de manera precoz y la ejercitación de la movilidad lo antes posible para llegar a un estado de movilidad y de funcionalidad óptimo cuánto antes.”

En el área de intervención se ven diferencias más evidentes, puesto que una de las logopedas sí interviene directamente con bebés lactantes, mientras que la otra profesional sólo interviene cuando se lo solicitan. De esta forma, el uso de protocolos está determinado por el trabajo directo que llevan a cabo con estos pacientes:

“E: ¿Qué protocolos o test usa usted en la actualidad, para el diagnóstico de las alteraciones de frenillo lingual en bebés lactantes?”

IN1.L1.: Pues nosotros no hacemos el diagnóstico como tal, vienen ya tratados y diagnosticados pero si te refieres a bebés.... En vez de usar las antiguas clasificaciones o escalas como la de Coryllos, creo que ahora hay un artículo de un odontopediatra catalán de San Juan de Dios, que se refería a la escala Frellar, donde se valoraba de otra manera el frenillo digamos... teniendo en cuenta la sintomatología que presentaba el bebé en este caso. Si era un frenillo interior, mixto, posterior o si es un frenillo mucoso. Y esto antes con la anterior valoración que se hacía de Tipo I, II... no se tenía en cuenta eso, era una valoración más por grados, más visual digamos. Y con la escala Frellar a nivel observacional, se tiene en cuenta el tipo de frenillo, si tiene afectaciones orofaciales, observas que el bebé tiene que respirar por la boca....esta está basada en otro tipo de sintomatologías.

IN1.L2.: Mira, pues utilizamos el Martinelli, es el que se utiliza aquí.”

En relación al tiempo promedio que pasa desde la sospecha de anquiloglosia hasta el tratamiento final, ocurre algo similar que con el uso de protocolos. Si no existe una intervención directa, no pueden realizar una estimación de tiempo que pasa desde la sospecha al tratamiento, este es el caso de la primera logopeda; mientras que la logopeda del HUC sí realiza la intervención, y conoce cuánto tiempo pasa:

“E: ¿Cuál sería el tiempo promedio que pasa desde la sospecha de frenillo lingual corto y el tratamiento final?”

IN2.L1.: es que ya os digo, en Candelaria es el terapeuta ocupacional quien trabaja con los neonatos.

IN.L2.: Vale, pues mira, nosotros llevamos aquí un protocolo de tiempo bastante bueno, que es que cuando nos llegan una interconsulta máximo pasan dos semanas hasta que la contestamos. Una vez que vemos al paciente en consulta, lo vemos una semana antes de la operación e iniciamos tratamiento dos días después. Ese tratamiento suele durar máximo 2 de marzo semanas y se procede al alta. O sea que es bastante rápido. Como mucho estamos con el paciente cuatro semanas entre antes y después de la intervención.”

Con respecto a las horas de intervención, ocurre lo mismo que con el uso de protocolos y el tiempo que pasa de la sospecha al tratamiento final. La logopeda del HUNSC no puede realizar una estimación del tiempo que interviene con estos bebés, porque no es ella quien realiza la intervención. Por el contrario, la logopeda que sí realiza la intervención, estima unas horas en función a las características de hospitalización o no del bebé:

“E: ¿Cuántas horas interviene usted a la semana con el bebé?”

IN3.L1.: Los frenillos en nuestro hospital, se trabajan en terapia ocupacional... nosotros directamente es raro que nos llegue, anteriormente se tramitaba ante el centro concertado, te hablo ya de niños en etapa escolar. En el hospital se trabaja la anquiloglosia o frenillo limitante por la figura del terapeuta ocupacional.

IN3.L2.: A la semana con el bebé, a ver; si está en hospitalización pediátrica intervenimos alrededor de 2 h semanales, 2 h y media semanales si está en una hospitalización, porque lo vemos todos los días, media horita. Y si no está en tiempo de hospitalización lo vemos entre una o dos veces a la semana.”

En cuanto al registro de los casos con anquiloglosia, la logopeda que no interviene directamente con bebés lactantes, no posee un registro de casos, por el contrario de la que sí tiene intervención directa:

“E: En la unidad que usted trabaja, ¿existe un registro de los casos de anquiloglosia?”

IN4.L1.: Registro como tal no, ósea.. vienen a tratamiento, se les pauta un número de sesiones, se vuelven a valorar por el médico y es el que constata si necesita más sesiones o no.

IN4.L2.: Sí, sí, sí, los tenemos registrados.”

Con respecto a la colaboración, las dos logopedas colaboran con otros profesionales de la salud, aunque se observa mayor colaboración de un equipo más completo en la profesional que interviene directamente:

“E: ¿Colaboras con otros profesionales de la salud, en el tratamiento de bebés con anquiloglosia?”

CI.L1.: sii, si me piden mi opinión si. Alguna vez me han dicho: ¿qué te parece, cómo lo ves, qué te impresiona a ti?. Entonces ahí sí que ya hacemos una valoración conjunta...

CI.L2.: Sí, sí, estamos formando parte de un equipo multidisciplinar compuesto por un cirujano maxilofacial, una cirujana pediátrica, una otorrina.”

En el área de mejoras se pueden observar diferencias significativas, solo contesta la logopeda que interviene, la que plantea que la intervención precoz es vital para el éxito de la intervención terapéutica:

“E: ¿Qué mejoras se consiguen al intervenir con bebés que tienen anquiloglosia?”

MI.L2.: Hombre, el tratamiento precoz es vital y las mejoras sobre todo se ven tanto en movilidad, como en la eficacia que ellos van ganando para las habilidades orales de succión y deglución.”

También se observa que en cuanto a propuestas de mejoras en la intervención con los bebés, tampoco coinciden. La primera logopeda ve necesario un asesoramiento de lactancia, mientras que la segunda, ve más necesario la creación de un protocolo conjunto:

“E: ¿Puede decirnos alguna propuesta de mejora en la intervención con estos bebés?”

M2.L1.: A mi me interesa mucho el tema de la lactancia, como vemos a los niños prematuros.. me parece un tema súper interesante y muy agradecido el trabajo. Quiero decir, si asesoras y ves que funciona realmente lo que aportas, es en beneficio del bebé y de la mamá. Lo que estáis trabajando me parece muy importante, ya que creo que nos deben tener más en cuenta. En cuanto a niños más mayores, es fundamental la rehabilitación logopédica, si no existiese esta después de la cirugía, ya no hablamos sólo de alteraciones fonéticas, sino también en la deglución, respiratorias, anomalías en el crecimiento orofacial, etc. Y todo esto hay que trabajarlo, no es sólo pasar por cirugía y ya está.

M2.L2.: Pues una propuesta de mejora, pues yo creo que hacer un protocolo general donde todos sigamos un poco la misma dinámica de intervención sería una buena propuesta de mejora. Yo creo que protocolizar este tipo de patología que se interviene en la fase clínica hospital.”

En el apartado de propuestas, hay también diferencias significativas entre las dos logopedas. En la pregunta relacionada con principales desafíos al intervenir con estos bebés y sus familias, la primera logopeda habla sobre la implicación de los padres con el tratamiento, y la segunda logopeda, comenta la importancia de la alimentación:

“E: ¿Cuáles son las principales dificultades o desafíos que enfrenta en su trabajo con estos bebés y sus familias?”

P1.L1.: sin duda, que sean consecuentes con el tratamiento y con lo que pedimos de cara a continuar el trabajo en casa. Porque los padres vienen, y se les entrenan para que vean lo que tienen que seguir haciendo en casa. Puesto que no es sólo venir 45 minutos y ya me largo, y esto es una varita mágica. No, hay que continuar el trabajo en casa.. ellos se relajan bastante, no practican lo que deberían los ejercicios en casa.

P1.L2.: Pues básicamente la alimentación, vale. Que los papás que tienen bebés con anquiloglosias y que se han llevado algún susto o alguna alteración en el momento de darle la alimentación porque no hay una buena adherencia a la succión o una buena competencia en la deglución y esos bebés en algún momento se les ha ahogado, pues los padres llegan con mucho miedo, con mucha preocupación. Pese a eso, una vez que se empieza a trabajar con ellos y se les da las herramientas y se empieza a trabajar la parte de maduración de la movilidad, los papás colaboran muy bien y no tienen ningún tipo de problema.”

Por último, se presenta la experiencia de cada logopeda al abordar esta patología. La logopeda del HUNSC resalta la importancia de la colaboración familiar, y la logopeda del HUC no añade nada, puesto que cree que tienen controlado lo relacionado con esta patología:

“E: ¿Hay algo más que le gustaría agregar o compartir sobre su experiencia trabajando con esta patología y estos pacientes?”

P2.L1.: por mi experiencia, en los niños adultos se hace bastante largo en función de la colaboración de la familia, hay algunas que colaboran y el tratamiento es bastante corto, y otras que no y estamos eternamente en un bucle. Yo recalco la colaboración de la familia, porque es fundamental en el desarrollo del niño. También quisiese decir, que me gustaría estar presente como bien decís ustedes, en ese grupo de profesionales que están en la atención de los neonatos.

P2.L2.: Pues no, en principio no, porque la verdad es que nosotros aquí desde la unidad con el equipo lo tenemos como bastante controlado y lo llevamos haciendo mucho tiempo y la verdad que bastante bien. Es verdad que como grupo multidisciplinar y como protocolo se ha emprendido este año, pero ya en años anteriores, aunque el grupo como tal no estaba creado, sí que teníamos una dinámica de coordinación y se establecía unas pautas de tratamiento muy claras y se seguía una dinámica de intervención bastante estructurada.”

Discusión

La importancia de la intervención logopédica en bebés con anquiloglosia ha sido destacada en estudios realizados por Ferrés et al. (2016) y Pastor et al. (2017). Estos estudios sugieren que la combinación de cirugía con terapia logopédica, como la terapia miofuncional

o la orientación familiar, puede ser altamente beneficiosa para el tratamiento de esta patología. Sin embargo, existen discrepancias en la práctica clínica en diferentes hospitales de la isla de Tenerife. En el Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, la logopeda no interviene directamente con bebés que presentan anquiloglosia, mientras que en el Hospital Universitario, la logopeda sí lo hace y emplea Terapia Miofuncional en su tratamiento.

Las dificultades en la lactancia materna se reconocen como el primer indicador de anquiloglosia, según Braga et al. (2009). Esta observación es corroborada por las logopedas del Servicio Canario de Salud en ambos hospitales mencionados anteriormente. La logopeda del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria identifica un mal agarre y un chasquido al lactar como indicadores principales, mientras que la logopeda del Hospital Universitario señala la incompetencia en la succión como un síntoma clave.

El desarrollo del habla en niños con anquiloglosia también puede verse afectado, Ito et al. (2015) indican que uno de los sonidos más comúnmente alterados es la /r/. Esta observación es respaldada por la logopeda del Hospital Universitario, quien menciona que la anquiloglosia puede causar rotacismos, o problemas en la articulación del fonema /r/.

En cuanto a los protocolos de diagnóstico para el frenillo lingual corto, Martinelli et al. (2012) desarrollaron el “Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua con Puntuación para Bebés”, que evalúa la postura natural de los labios, así como la posición y forma de la lengua durante el llanto. La logopeda del Hospital Universitario utiliza este protocolo en su evaluación de anquiloglosia, en contraste con la logopeda del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, quien no emplea ningún protocolo debido a la falta de intervención directa con estos bebés. En relación a las propuestas de mejora, la logopeda del Hospital Universitario enfatiza la necesidad de un protocolo conjunto que permita una herramienta de evaluación uniforme en todos los hospitales.

El registro de casos es crucial para un buen seguimiento clínico, ya que el frenillo lingual puede volver a unirse, como señalan Chaves et al. (2017). A pesar de esta recomendación, la práctica varía entre los dos hospitales. La logopeda del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria no lleva a cabo un registro de los casos,

mientras que la logopeda del Hospital Universitario sí lo hace, lo que podría indicar una mejor gestión del seguimiento clínico en este último.

En resumen, la intervención logopédica en bebés con anquiloglosia varía significativamente entre los dos hospitales estudiados, tanto en la implementación de protocolos de diagnóstico como en el seguimiento postoperatorio y la intervención terapéutica. Esto subraya la necesidad de unificar criterios y protocolos para asegurar un tratamiento consistente y efectivo de la anquiloglosia en la población neonatal.

En cuanto a las limitaciones, este estudio presenta algunas de ellas: en primer lugar, el número de encuestadas es reducido debido a la limitada disponibilidad de logopedas que tratan esta patología específica. Para obtener una comprensión más completa y detallada, es necesario ampliar el número de preguntas específicas en futuras encuestas, particularmente aquellas que investiguen más a fondo la necesidad de intervención quirúrgica y las preferencias de tratamiento de los profesionales. Además, una baja tasa de respuesta puede afectar la representatividad y generalizabilidad de los hallazgos, ya que no todos los seleccionados para participar en la encuesta responderán.

Asimismo, las encuestas se realizaron exclusivamente a logopedas, sin incluir al resto del personal sanitario involucrado en el manejo de la anquiloglosia. Para obtener una visión más completa del tratamiento y seguimiento de esta condición, sería beneficioso incluir a otros profesionales de la salud, como pediatras, cirujanos y enfermeras, en futuras investigaciones. Otras limitaciones adicionales incluyen los recursos y el tiempo disponibles para realizar la encuesta, lo que puede restringir el tamaño de la muestra y la profundidad de las preguntas. También se debe considerar la dificultad para acceder a ciertas poblaciones específicas, lo que limita la capacidad de obtener una muestra representativa.

Para abordar las limitaciones identificadas en este estudio, se proponen las siguientes mejoras: en primer lugar, incrementar el número de encuestadas incluyendo una mayor cantidad de logopedas que tratan la patología de anquiloglosia. Además, se pueden buscar colaboraciones con instituciones y asociaciones profesionales para acceder a una población más amplia y diversa de logopedas, como por ejemplo, el colegio de logopedas. También es crucial incluir a otros profesionales de la salud, como pediatras, cirujanos y enfermeras, en futuras encuestas. Esto permitirá recoger una gama más amplia de perspectivas y experiencias.

Asimismo, se debe ampliar el cuestionario para incluir más preguntas específicas que investiguen la necesidad de intervención quirúrgica y las preferencias de tratamiento de los profesionales. Para mejorar la tasa de respuesta, se pueden implementar estrategias como la realización de encuestas en múltiples formatos (en línea, papel, entrevistas telefónicas)

Además, se deben desarrollar estrategias para acceder a poblaciones específicas que puedan ser difíciles de alcanzar, como la colaboración con organizaciones comunitarias y el uso de técnicas de muestreo intencional, ya que esto ayudará a obtener una muestra más representativa y diversa.

Conclusión

Este estudio revela la opinión de dos logopedas que intervienen en la isla de Tenerife, una de ellas de forma directa con bebés con anquiloglosia y la otra profesional cuando se le solicita. Ambas reflejan la necesidad del rol del logopeda en la anquiloglosia, puesto que estos profesionales están capacitados para determinar y prescribir un seguimiento de la evolución de esta condición en los bebés, asegurándose de que el desarrollo del lenguaje se lleve a cabo sin contratiempos. En el caso de que se identifique algún problema, intervienen para prevenir complicaciones a largo plazo.

Además, se subraya la importancia de la intervención precoz en estos bebés, para así evitar futuras complicaciones no solo en la lactancia materna, sino también en problemas pulmonares, deformidades del paladar y dificultades en la articulación de sonidos como /s/ y /t/. Este trabajo también destaca que existen métodos de intervención alternativos a la frenotomía, como la terapia miofuncional, la cual según Ferrés et al. (2017), puede resolver problemas derivados de la anquiloglosia sin necesidad de recurrir a la cirugía.

Por otro lado, se hace evidente la necesidad de establecer un criterio universalmente aceptado para el diagnóstico y la clasificación de la anquiloglosia. A pesar de las numerosas herramientas disponibles para la evaluación, aún no existe un consenso sobre los criterios diagnósticos, lo que subraya la importancia de realizar estudios enfocados en el desarrollo de herramientas universales.

Finalmente, se destaca la relevancia de investigar y dar a conocer ámbitos en los que los logopedas aún no están presentes, para que la logopedia obtenga el lugar que le pertenece en la sanidad pública. Esta integración no solo beneficiará a los profesionales, sino también

mejorará el desarrollo y bienestar de los bebés con anquiloglosia a través de una colaboración multidisciplinar. En conclusión, la intervención temprana y el seguimiento continuo por parte de logopedas, en conjunto con otros profesionales de la salud, es fundamental para garantizar un adecuado desarrollo del lenguaje y prevenir complicaciones futuras en los bebés con anquiloglosia.

Referencias

- Allende, F. I., Ulloa, C. C., Jara, M. G., & Aguilera, M. P. (2022). Intervención logopédica posoperatoria del frenillo lingual en niños, adolescentes y adultos. Revisión integradora de literatura. *Revista de Investigación en Logopedia*, 12(1), 8.
- Araujo, M. da C. M., Freitas, R. L., Lima, M. G. de S., Kozmhinsky, V. M. da R., Guerra, C. A., Lima, G. M. de S., Silva, A. V. C. E., Júnior, P. C. de M., Arnaud, M., Albuquerque, E. C., & Rosenblatt, A. (2020). Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 96(3), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.013>
- Arnáiz Escudero, S. (2022). Identificación, valoración y tratamiento de la anquiloglosia en lactantes. *Actuación enfermera*.
- Ballard, J. L., Auer, C. E., & Khoury, J. C. (2002). Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*, 110(5), e63-e63.
- Barba, G. D. L. P. S., López, V. R., & Márquez, A. L. P. (2018). Implicaciones de la anquiloglosia en la lactancia materna.
- Bartuilli, M., Cabrera, P.J., Perrián, M.C. (2007). *Guía Técnica de intervención logopédica. Terapia miofuncional*. Madrid, España: Síntesis.
- Bethencourt Alonso, P., & Santana García, S. (2022). El papel del logopeda en neonatos con dificultades en lactancia materna por anquiloglosia.
- Braga, LADS, Silva, JD, Pantuzzo, CL y Motta, AR (2009). Prevalencia de cambios en el frenillo lingual y sus implicaciones para el habla de los escolares. *Revista CEFAC*, 11, 378-390.
- Brookes, A. y Bowley, D. M. (2014). Tongue tie: The evidence for frenotomy. *Early Human Development*, 90(11), 765---768. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.021>

- Campanha, S. M. A., Martinelli, R. L. de C., & Palhares, D. B. (2019). Association between ankyloglossia and breastfeeding. *CoDAS*, 31(1), e20170264. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018264>
- Cañas, S. J. A., Pérez, N. C. C., Martínez, N. K. M., Arias, L. V. R., & Moncada, V. A. T. (2020). Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia. *REVISTA CIENTÍFICA SIGNOS FÓNICOS*, 4(2), 29-41
- Castillo Perez, M. (2019). Anquiloglosia y lactancia materna en logopedia.
- Chaves JC, Silva FR, Breda A, Rodrigues AH, Fujinaga. Aleitamento materno e frênulo lingual: estudo de prevalência. Disponible en <http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/345>
- Coryllos, E., Genna, C. W., & Salloum, A. C. (2004). Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for mother and baby Newsletter*, 1–6.
- Costa-Romero, M., Espínola-Docio, B., Paricio-Talayero, J. M., & Díaz-Gómez, N. M. (2021). Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(6), e600–e609. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e600>
- Cuestas, G., Demarchi, V., Martínez Corvalán, M. P., Razetti, J., & Boccio, C. (2014). Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(6), 567-570.
- Daggumati, S., Cohn, J. E., Brennan, M. J., Evarts, M., McKinnon, B. J., y Terk, A. R. (2019). Caregiver perception of speech quality in patients with ankyloglossia: Comparison between surgery and non-treatment. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 119, 70-74. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.01.019
- De sanidad, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.
- Díaz Vázquez, A. (2023). *Efectos de un protocolo de terapia manual sobre la lactancia materna en lactantes con anquiloglosia de 0 a 4 meses* (Master's thesis).

- Emond, A., Ingram, J., Johnson, D., Blair, P., Whitelaw, A., Copeland, M. y Sutcliffe, A. (2014). Ensayo controlado aleatorio de frenotomía temprana en bebés amamantados con frenillo leve a moderado. *Archivos de enfermedades en la infancia: edición fetal y neonatal*, 99 (3), F189-F195.
- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodríguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J., & Ferrés-Padró, E. (2017). The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *European Journal of Paediatric Dentistry: Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 18(4), 319–325. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.04.10>
- Ferrés-Amat, Elvira, Pastor-Vera, T., Rodríguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J., & Ferrés-Padró, E. (2016). Management of ankyloglossia and breastfeeding difficulties in the newborn: Breastfeeding sessions, myofunctional therapy, and frenotomy. *Case Reports in Pediatrics*, 2016, 3010594. <https://doi.org/10.1155/2016/3010594>
- Fucile S, Milutinov M, Timmons K, Dow K. Oral Sensorimotor Intervention Enhances Breastfeeding Establishment in Preterm Infants. *Breastfeeding Medicine*. 2018 Sep 1;13(7):473–8.
- Ghaheri, B. A., Cole, M., Fausel, S. C., Chuop, M., & Mace, J. C. (2017). Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *The Laryngoscope*, 127(5), 1217–1223. <https://doi.org/10.1002/lary.26306>
- Ghomi, H., Yadegari, F., Soleimani, F., Knoll, B. L., Noroozi, M., & Mazouri, A. (2019). The effects of premature infant oral motor intervention (PIOMI) on oral feeding of preterm infants: A randomized clinical trial. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 120, 202-209.
- Gonzalez-Garrido, M. D. P., Garcia-Munoz, C., Rodríguez-Huguet, M., Martin-Vega, F. J., Gonzalez-Medina, G., & Vinolo-Gil, M. J. (2022). Effectiveness of myofunctional

therapy in ankyloglossia: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12347.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

i Batlló, M. C. (1992). Terapia miofuncional y logopedia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 12(2), 85-92.

Inclán Riesgo, M. (2021). El papel de la logopedia en la UCI neonatal.

Inostroza Allende, L. F., Caviedes Ulloa, C. I., González Jara, M., & Palomares Aguilera, M. (2021). Intervención logopédica posoperatoria del frenillo lingual en niños, adolescentes y adultos. Revisión integradora de literatura.

Ito Y, Shimizu T, Nakamura T, Takatama C. Eficacia de la división del frenillo para los trastornos del habla en niños. *Pediatra Int.* 2015; 57 : 222–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Jamani, N. A., Ardini, Y. D., & Harun, N. A. (2020). Three case reports of infants with ankyloglossia affecting breastfeeding. *The Medical Journal of Malaysia*, 75(4), 439–441

Jamilian, A., Fattahi, F. H. y Kootanayi, N. G. (2014). Ankyloglossia and tongue mobility. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15(1), 33---35. <http://dx.doi.org/10.1007/s40368-013-0049-0>

Jiménez, D. G., Romero, M. C., Galán, I. R., Martínez, M. G., Pando, M. R., & Prieto, C. L. (2014). Prevalence of ankyloglossia in newborns in Asturias (Spain). *Anales de Pediatría (English Edition)*, 81(2), 115-119.

- Kapoor, V., Douglas, P. S., Hill, P. S., Walsh, L. J., y Tennant, M. (2018). Frenotomy for tongue-tie in Australian children, 2006- 2016: an increasing problem. *The Medical Journal of Australia*, 208(2), 88–89. doi: 10.5694/mja17.00438
- Knox, I. (2010). Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. *NeoReviews*, 11(9), 513-519. doi: 10.1542/neo.11- 9-e513
- Kotlow, L. A. (1999). Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence International*, 30(4), 259–262.
- Kupietzky, A. y Botzer, E. (2005). Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatric Dentistry*, 27(1), 40---46.
- Lima, A. L. X. de, & Dutra, M. R. P. (2021). Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. *CoDAS*, 33(1), e20190026. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019026>
- Lisonek, M., Liu, S., Dzakpasu, S., Moore, A. M., y Joseph, K. S. (2017). Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatrics and Child Health*, 22(7), 382–386. doi: 10.1093/pch/pxx112
- López, S. M., Castaño, M. C., Cruz-Licea, V., Pérez, M. D. C. I., Rincón, N. M., Rodríguez, A. V., & Lavín, M. R. V. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 65(2), 9-25.
- Martinelli, R. L. D. C., Marchesan, I. Q., & Berretin-Felix, G. (2013). Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Revista Cefac*, 15, 599-610.
- Maya-Enero, S., Pérez-Pérez, M., Ruiz-Guzmán, L., Duran-Jordà, X., & López-Vílchez, M. Á. (2021). Prevalence of neonatal ankyloglossia in a tertiary care hospital in Spain: atransversal cross-sectional study. *European Journal of Pediatrics*, 180(3), 751–757. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03781-7>

- Mera Dominguez, S., María González García, R., & María Márquez Carrasco, Á. (2019). Beneficios de un diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia en la lactancia materna. *Revista Investigación & Cuidados*, 37, 17–24.
- Messner, A. H., Lalakea, M. L., Aby, J., MacMahon, J. y Bair, E. (2000). Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 126(1), 36---39. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>
- Morowati, S., Yasini, M., Ranjbar, R., Peivandi, AA y Ghadami, M. (2010). Anquiloglosia familiar (lengua atada): reporte de un caso. *Acta Médica Iranica* , 123-124.
- National Institute for Health and Care Excellence. Division of Ankyloglossia (Tongue Tie) For Breastfeeding [Internet]. 2012 [citado 5 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/>
- NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en Febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uR/CG37>
- Nogueira, J. S., Gonçalves, C. A. B., & Roda, S. R. (2021). Frenotomy: from assessment to surgical intervention. *Revista CEFAC*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202123310420>
- Orte-González, E. M., Alba-Giménez, L., & Serrano-Alvar, B. (2017). La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Profesión*, 18(3), e50-e57.
- Ortiz, G. R., Magaña, F. G., & López, B. S. G. (2009). Anquiloglosia parcial (incompleta) Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana*, 66(2), 42-47.
- Pastor-Vera, T., et al. Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenotomía. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2016.09.001>

- Pérez Navarro, N., & López, M. (2002). Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnóstico y tratamiento. *Revista cubana de estomatología*, 39(3), 282-301.
- Rech, R. S., Chávez, B. A., Fernandez, P. B., Silva, D. D. F. da, Hilgert, J. B., & Hugo, F. N. (2021). Presence of ankyloglossia and breastfeeding in babies born in Lima, Peru: a longitudinal study. *CoDAS*, 32(6), e20190235. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019235>
- Redondo D, Fraile P, Segura R, Villena G, Rodríguez Z, Boix L, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. Evidencia FAME [internet]. Barcelona: Esmon Publicidad, 2016 [actualizado el 2 de junio de 2016; consultado el 16 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19957/70/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-enlactancia-materna>
- Righetti, G. G., & Tejera, A. I. (2022). Tongue-tie in babies. Diagnosis and laser frenectomy. Case report. *Journal of Oral Research*, 11(1), 1-10.
- Rosales-Vega, G., del Carmen Roa-González, S., Rodríguez-López, D. M., Pérez-Vega, J., & de Jesu Méndez-Quevedo, T. (2021). Relación de la lactancia materna y maloclusiones. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 5(S3), 177-180.
- Rowan-Legg, A. (2015). Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 209---218.
- Saccomanno S, Antonini G, D'Alatri L, D'Angelantonio M, Fiorita A, Deli R. Relación causal entre maloclusión y disfunción de los músculos orales: un modelo de enfoque. *Eur J Pediatra Dent*. 2012; 13 : 321–3. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Souza-Oliveira, A. C., Cruz, P. V., Bendo, C. B., Batista, W. C., Bouzada, M. C. F., & Martins, C. C. (2021). Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? A cross-sectional study. *Journal of Clinical and Translational Research*, 7(2), 263–269. <https://doi.org/10.18053/jctres.07.202102.011>

- Tsaousoglou, P., Topouzelis, N., Vouros, I., y Sculean, A. (2016). Diagnosis and treatment of ankyloglossia: A narrative review and a report of three cases. *Quintessence international*, 47(6), 523-534. doi: 10.3290/j.qi.a36027
- Walsh, J., Links, A., Boss, E., y Tunkel, D. (2017). Ankyloglossia and Lingual Frenotomy: National Trends in Inpatient Diagnosis and Management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 156(4), 735–740. doi: 10.1177/0194599817690135
- Wei, E. X., Tunkel, D., Boss, E., y Walsh, J. (2020). Ankyloglossia: Update on Trends in Diagnosis and Management in the United States, 2012-2016. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 163(5), 1029–1031. doi: 10.1177/0194599820925415
- World Health Organization. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Organización Mundial de la Salud.
- Zambrana, N., Puyuelo, M. (2017). Terapia miofuncional orofacial. Actualización y nuevos campos de actuación. Madrid, España: EOSeditorial (Lenguaje, Comunicación y Logopedia)

Anexo

Anexo 1

1. En la unidad en la que usted está, ¿qué profesional es el encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebés?
2. ¿Cuáles son los primeros indicadores que le hacen sospechar que el bebé tiene anquiloglosia?
3. En el hipotético caso, de que el bebé ya llegue con el diagnóstico de anquiloglosia ¿cómo evalúas tú los problemas de succión?
4. Según tu experiencia, ¿qué impacto suele tener la anquiloglosia en la alimentación del bebé?
5. ¿Cómo puede afectar la anquiloglosia al desarrollo del habla?
6. ¿Qué protocolos o test usa usted en la actualidad, para el diagnóstico de las alteraciones de frenillo lingual en bebés lactantes?
7. ¿Cuál sería el tiempo promedio que pasa desde la sospecha de frenillo lingual corto y el tratamiento final?
8. ¿Cuántas horas interviene usted a la semana con el bebé?
9. En la unidad que usted trabaja, ¿existe un registro de los casos de anquiloglosia?
10. ¿Colaboras con otros profesionales de la salud, en el tratamiento de bebés con anquiloglosia?
11. ¿Qué mejoras se consiguen al intervenir con bebés que tienen anquiloglosia?
12. ¿Cuáles son las principales dificultades o desafíos que enfrenta en su trabajo con estos bebés y sus familias?
13. ¿Cuál es el papel de los padres en este proceso de terapia logopédica?
14. ¿Puede decirnos alguna propuesta de mejora en la intervención con estos bebés?
15. ¿Hay algo más que le gustaría agregar o compartir sobre su experiencia trabajando con esta patología y estos pacientes?

Anexo 2

Transcripciones de las entrevistas:

E: entrevistadora

L1: logopeda HUNSC

L2: logopeda HUCX

Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria: Logopeda 1 (08/04/2024)

E: En la unidad en la que usted está, ¿qué profesional es el encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebés?

L1: Los médicos rehabilitadores o foniatras, pero normalmente vienen ya diagnosticados desde neonatos o desde el hospital después del nacimiento. La verdad es que no se suele escapar ninguno.

E: ¿Cuáles son los primeros indicadores que le hacen sospechar que el bebé tiene anquiloglosia?

L1: Pues un mal agarre, un chasquido a la hora de lactar.. si hay algún papá que necesita asesoramiento o vemos que no hay una buena lactancia instaurada, en nuestro hospital hay por ejemplo un protocolo de bebé prematuro, que se lleva en el Hospital de la Candelaria y dentro de esos encuentros que hacemos con las familias, hay algún bebé que presenta dificultades, normalmente todos suelen estar ya asesorados y supervisados pero si hay alguno que de repente se ha podido escapar y no se ha visto bien ese frenillo.. por ejemplo en el caso que nos ocupa, pues le podemos echar un vistazo. Pero siempre prevalece la figura del médico rehabilitador, o del médico foniatra.

E: Vale, es decir.. ¿los bebés te vienen directamente derivados ya de ellos?

L1: claro, los frenillos en nuestro hospital, se trabaja en terapia ocupacional... nosotros directamente es raro que nos llegue, anteriormente se tramitaba ante el centro concertado, te hablo ya de niños en etapa escolar. En el hospital se trabaja la anquiloglosia o frenillo limitante por la figura del terapeuta ocupacional.

E: okey, ahora, en el hipotético caso, de que el bebé ya llegue con el diagnóstico de anquiloglosia.. que es lo que tú nos comentas, ¿cómo evalúas tú los problemas de succión?

L1: los logopedas no lo valoran, simplemente yo puedo aportar si me piden ayuda las compañeras, pero fundamentalmente lo que te impresiona es eso, el chasquido o un mal agarre, dolor que refiere la mamá...

E: las grietas de los pezones..

L1: claro siiii!!

E: valee, luego en la cuarta pregunta... Según tu experiencia, ¿qué impacto suele tener la anquiloglosia en la alimentación del bebé?

L1: bastante, porque no deja que evolucione esa lactancia. Hay mamás que abandonan la lactancia por problemas a la hora de instaurarla y muchas veces no están diagnosticados como una anquiloglosia, se escapan por decirlo así, porque visualmente con una valoración visual no ves un frenillo que sea patológico.. y si, si te pones a observar bien esa lengua si que lo es.

E: ¿y cómo crees tú que puede afectar este trastorno al desarrollo del habla?

L1: yo diría que depende del tipo de anquiloglosia que sea, con la clasificación más actual una anquiloglosia posterior por ejemplo, pues no notas nada a nivel fonético, y sin embargo si tiene una repercusión para el lactante..

E: claro... es decir, ¿según tú depende del tipo no?

L1: efectivamente!!

E: ¿y qué protocolos usáis?

L1: pues nosotros no hacemos el diagnóstico como tal, vienen ya tratados y diagnosticados pero si te refieres a bebés.... En vez de usar las antiguas clasificaciones o escalas como la de Coryllos, creo que ahora hay un artículo de un odontopediatra catalán de San Juan de Dios, que se refería a la escala Frellar, donde se valoraba de otra manera el frenillo digamos... teniendo en cuenta la sintomatología que presentaba el bebé en este caso. Si era un frenillo interior, mixto, posterior o si es un frenillo mucoso.

Y esto antes con la anterior valoración que se hacía de Tipo I, II... no se tenía en cuenta eso, era una valoración más por grados, más visual digamos. Y con la escala Frellar a nivel observacional, se tiene en cuenta el tipo de frenillo, si tiene afectaciones orofaciales, observas que el bebé tiene que respirar por la boca.. esta está basada en otro tipo de sintomatologías..

E: es decir, ¿en el Hospital de Candelaria no seguís un protocolo?

L1: los bebés vienen valorados ya, yo eso lo desconozco porque los logopedas ahí no formamos parte. En cuestión de bebés, están en neonatos, y si el terapeuta ocupacional o el fisioterapeuta que está asesorando a esa familia para la lactancia, detecta que hay una

dificultad, eso se valora pues por el pediatra correspondiente o por cirugía maxilofacial, y se trata.

E: ¿Y con los niños que tú tratas que tienen anquiloglosia, sigues algún protocolo o evaluación?

L1: los niños con anquiloglosia vienen a tratamiento porque ya se les ha hecho la cirugía, el médico rehabilitador o foniatra, los deriva a tratamiento logopédico.

En el campo que queréis abordar (bebés), nosotros no estamos.

E: como vemos que no tratas a bebés, vamos a pasar las preguntas relacionadas con ellos y te hacemos la siguiente...

E: en la unidad que usted trabaja, ¿existe un registro de los casos de anquiloglosia?

L1: registro como tal no, ósea.. vienen a tratamiento, se les pauta un número de sesiones, se vuelven a valorar por el médico y es el que constata si necesita más sesiones o no.

*Comenzamos a hablar sobre si en el HUC alguna logopeda trataba a bebés directamente o no... Y luego continuamos con la entrevista.

E: vamos a escoger sólo preguntas que no sean directamente relacionadas con bebés puesto que nos dices que tú no los tratas.

L1: es que ya os digo, en Candelaria es el terapeuta ocupacional quien trabaja con los neonatos

E: es que nos parece muy fuerte que sea el terapeuta ocupacional..., pero bueno. Siguiente pregunta: ¿colaboras con otros profesionales de la salud, en el tratamiento de bebés con anquiloglosia?

L1: sii, si me piden mi opinión si. Alguna vez me han dicho: ¿qué te parece, cómo lo ves, qué te impresiona a ti?. Entonces ahí sí que ya hacemos una valoración conjunta...

E: pero sobre todo, ¿con quiénes trabajas tú?

L1: con el terapeuta ocupacional.

E: ¿sólo con ellos? Es decir, el terapeuta ocupacional, el foniatra y tú ¿no?

L1: Es que, ya te digo... los bebés si necesitan asesoramiento de lactancia van directos al terapeuta.

E: en tu caso, ¿cuáles son las principales dificultades o desafíos con los que te encuentras al trabajar con niños que tienen anquiloglosia y su familia?

L1: sin duda, que sean consecuentes con el tratamiento y con lo que pedimos de cara a continuar el trabajo en casa. Porque los padres vienen, y se les entrenan para que vean lo que tienen que seguir haciendo en casa. Puesto que no es sólo venir 45 minutos y ya me largo, y

esto es una varita mágica. No, hay que continuar el trabajo en casa.. ellos se relajan bastante, no practican lo que deberían los ejercicios en casa.

E: bueno, con la respuesta anterior ya me respondiste a la siguiente pregunta, la de cuál era el papel de los padres. Así que pasamos a otra, ¿se te ocurriría decirnos alguna propuesta de mejora en la intervención con niños con anquiloglosia?

L1: A mi me interesa mucho el tema de la lactancia, como vemos a los niños prematuros.. me parece un tema súper interesante y muy agradecido el trabajo. Quiero decir, si asesoras y ves que funciona realmente lo que aportas, es en beneficio del bebé y de la mamá. Lo que estáis trabajando me parece muy importante, ya que creo que nos deben tener más en cuenta.

En cuanto a niños más mayores, es fundamental la rehabilitación logopédica, si no existiese esta después de la cirugía, ya no hablamos sólo de alteraciones fonéticas, sino también en la deglución, respiratorias, anomalías en el crecimiento orofacial, etc. Y todo esto hay que trabajarlo, no es sólo pasar por cirugía y ya está...

E: la cirugía conlleva un trabajo después, que a lo mejor los padres no se toman en serio supongo.

L1: claro, dirán “bueno un corte y listo ya está”, el niño ya dirá la R... no ven más allá de esto.

E: para no tomarte más tiempo, vamos a pasar directamente a la última pregunta: ¿hay algo más que te gustaría agregar o compartir sobre tu experiencia trabajando con esta patología?

L1: por mi experiencia, en los niños adultos se hace bastante largo en función de la colaboración de la familia, hay algunas que colaboran y el tratamiento es bastante corto, y otras que no y estamos eternamente en un bucle. Yo recalco la colaboración de la familia, porque es fundamental en el desarrollo del niño. También quisiese decir, que me gustaría estar presente como bien decís ustedes, en ese grupo de profesionales que están en la atención de los neonatos.

*Nos salimos de las preguntas de la entrevista, y comenzamos a hablar de que la logopeda cree que es fundamental el papel del logopeda en neonatos, nosotras le hacemos preguntas tipo: el foniatra cuántas sesiones promedio suele pautar a los pacientes que has tratado con anquiloglosia etc...

Luego le damos las gracias a la logopeda y nos despedimos.

Hospital Universitario HUC: Logopeda 2 (10/04/2024)

E: En la unidad en la que tú estás. ¿Qué profesional es el encargado de diagnosticar la anquiloglosia en bebé?

L2: Mira, a ver, normalmente las anquiloglosias en bebé, el primer profesional que las detecta es el pediatra, vale? Cuando hace la revisión, entonces el protocolo que nosotros tenemos establecido aquí es que una vez que la detecta, nos hace una interconsulta para nosotros valorar la movilidad y si ese frenillo a pesar de la limitación es competente o no, vale? Y hacer una pequeña valoración y poner criterios para sí es quirúrgico o no, vale?

L2: Principalmente las anquiloglosias como tales de bebé mayoritariamente son quirúrgicas, pero hacemos una valoración previa y luego un tratamiento tras la anquiloglosia.

E: ¿Cuáles son los primeros indicadores que le hacen sospechar que el bebé tiene anquiloglosia?

L2: Pues mira, básicamente los primeros indicadores es que la pediatra hace una exploración miofuncional oral y ve que no hay ascenso de ápice lingual a la zona velar, pero básicamente en la función que más detecta esa alteración es en la incompetencia de la succión. Cuando son bebés empiezan a tener una succión ineficaz e incompetente por esa limitación en la movilidad, en el patrón de movilidad de la lengua.

E: ¿En el hipotético caso de que el bebé ya llegue con el diagnóstico de anquiloglosia, cómo evalúas tú los problemas de succión?

L2: Vale, pues simplemente la evaluación de succión es primeramente una exploración visual y de movilidad, viendo cómo está la movilidad lingual de ese niño y las praxias. Si esa limitación le provoca un exceso de bloqueo en el movimiento o más o menos es funcional, haciendo una exploración miofuncional y básicamente también porque normalmente las anquiloglosias son muy llamativas visualmente y evidentemente posteriormente vienen las alteraciones de la succión.

E: ¿Según tu experiencia, qué impacto suele tener la anquiloglosia en la alimentación del bebé?

L2: Pues mira, muchas, muchas, muchas, muchas. Sobre todo porque, vamos a ver, si es una anquiloglosia como tal, no un frenillo corto, sino un anquiloglosia, hay una alteración que se ve reflejada en el sellado velofaríngeo y entonces esos niños, aparte de esa succión, muchos de ellos empiezan a tener episodios de tos tras la succión y tras la deglución, más que la succión tras la deglución. Entonces la afectación en la alimentación es bastante llamativa por la presencia de tos. Una vez que se realiza la frenectomía, el patrón de deglución cambia

completamente, porque ese niño puede hacer una buena sola palimbovelar y evidentemente puede mantener su vía respiratoria protegida para la deglución.

E: ¿Cómo puede afectar la anquiloglosia al desarrollo del habla?

L2: Pues básicamente y fundamentalmente en las dificultades de la dicción. Hay problemas articulatorios y que se ven reflejados en la presencia de rotacismo. Por eso es tan importante la detección precoz y la frenotomía de manera precoz y la ejercitación de la movilidad lo antes posible para llegar a un estado de movilidad y de funcionalidad óptimo cuanto antes.

E: ¿Qué protocolos o test utilizas en la actualidad para el diagnóstico de las alteraciones de frenillo lingual en bebés lactantes?

L2: Mira, pues utilizamos el Martinelli, el que se utiliza aquí, vale. Es el test Martinelli.

E: ¿Cuál sería el tiempo promedio que pasa desde la sospecha de frenillo lingual corto y el tratamiento final?

L2: Vale, pues mira, nosotros llevamos aquí un protocolo de tiempo bastante bueno, que es que cuando nos llegan una interconsulta máximo pasan dos semanas hasta que la contestamos. Una vez que vemos al paciente en consulta, lo vemos una semana antes de la operación e iniciamos tratamiento dos días después. Ese tratamiento suele durar máximo 2 de marzo semanas y se procede al alta. O sea que es bastante rápido. Como mucho estamos con el paciente cuatro semanas entre antes y después de la intervención.

E: ¿Cuántas horas intervienes a la semana con el bebé?

L2: A la semana con el bebé, a ver, si está en hospitalización pediátrica intervenimos alrededor de 2 h semanales, 2 h y media semanales si está en una hospitalización, porque lo vemos todos los días, media horita. Y si no está en tiempo de hospitalización lo vemos entre una o dos veces a la semana.

E: ¿En la unidad que usted trabaja existe un registro de los casos de anquiloglosia?

L2: Sí, sí, sí, los tenemos registrados.

E: ¿Colaboras con otros profesionales de la salud en el tratamiento de bebés con anquiloglosia?

L2: Sí, sí, estamos formando parte de un equipo multidisciplinar compuesto por un cirujano maxilofacial, una cirujana pediátrica, una otorrina.

E: ¿Y el terapeuta no?

L2: Y logopeda. El terapeuta ocupacional en este caso no interviene nada, solo logopedia.

E: Vale. ¿Qué mejoras se consiguen al intervenir con bebés que tienen anquiloglosia?

L2: Hombre, que el tratamiento precoz es vital y las mejoras sobre todo se ven tanto en movilidad, como en la eficacia que ellos van ganando para las habilidades orales de succión y deglución.

E: ¿Cuáles son las principales dificultades o desafíos que enfrenta en su trabajo con estos bebés y su familia?

L2: Pues básicamente la alimentación, vale. Que los papás que tienen bebés con anquiloglosias y que se han llevado algún susto o alguna alteración en el momento de darle la alimentación porque no hay una buena adherencia a la succión o una buena competencia en la deglución y esos bebés en algún momento se les ha ahogado, pues los padres llegan con mucho miedo, con mucha preocupación.

L2: Pese a eso, una vez que se empieza a trabajar con ellos y se les da las herramientas y se empieza a trabajar la parte de maduración de la movilidad, los papás colaboran muy bien y no tienen ningún tipo de problema.

E: ¿Cuál es el papel de los padres en este proceso de terapia logopédica?

L2: Pues fundamental, porque tienen que participar tanto en las maniobras que mandamos previa a la cirugía como después. Porque nosotros hacemos un trabajo ambulatorio puntualmente en un momento determinado, pero esas maniobras hay que hacerlas mínimo los tres meses posteriores a la frenectomía y son ellos los que tienen que hacer la maniobra en casa.

E: ¿Puedes decirme alguna propuesta de mejora en la intervención con estos bebés?

L2: Pues una propuesta de mejora, pues yo creo que hacer un protocolo general donde todos sigamos un poco la misma dinámica de intervención sería una buena propuesta de mejora.

Yo creo que protocolizar este tipo de patología que se interviene en la fase clínica hospital.

E: Y la última pregunta sería ¿hay algo más que te gustaría agregar o compartir sobre tu experiencia trabajando con esta patología y estos pacientes?

L2: Pues no, en principio no, porque la verdad es que nosotros aquí desde la unidad con el equipo lo tenemos como bastante controlado y lo llevamos haciendo mucho tiempo y la verdad que bastante bien.

L2: Es verdad que como grupo multidisciplinar y como protocolo se ha emprendido este año, pero ya en años anteriores, aunque el grupo como tal no estaba creado, sí que teníamos una dinámica de coordinación y se establecía unas pautas de tratamiento muy claras y se seguía una dinámica de intervención bastante estructurada.

L2: Vale, muy bien.