Original

Frenillo lingual corto: resultados de una intervención para mejorar la continuidad asistencial

Sara Monserrat Proaño Landazuri[a], Jesús Vicente Redondo Sedano[a], M.ª Eunate Martí Carrera[b], M.ª Rosario Azcutia Gómez[c], Andrés Gómez Fraile[a], M.ª Dolores Delgado Muñoz[a]

[a]Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • [b]Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • [c]Dirección Continuidad Asistencial. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Publicado en Internet:
26-abril-2023

Jesús Vicente Redondo Sedano:
jesusredondosedano@gmail.com

Resumen

Introducción: la discrepancia entre los criterios de derivación de pacientes con diagnóstico de frenillo lingual corto/anquiloglosia (FLC/A) a la consulta de cirugía plástica infantil desde Atención Primaria (AP) y los criterios propuestos por parte de los profesionales de la unidad para la realización de frenotomía lingual motivó la creación de un tríptico informativo sobre la patología para intentar homogeneizar la actuación entre niveles asistenciales. El objetivo principal del trabajo consiste en analizar el impacto de la intervención en las derivaciones de estos pacientes a atención especializada (AE).

Material y métodos: redacción y divulgación de la información entre los profesionales de AP adscritos al área de salud de nuestro hospital. Análisis retrospectivo de las derivaciones a AE y de la actuación llevada a cabo en consulta en los 2 años previos al envío de la información. Análisis prospectivo de las consultas atendidas en el año posterior a la difusión del tríptico. Comparación de ambos periodos.

Resultados: se analizaron 874 consultas; de ellas, el 59,6% se realizó previa difusión del tríptico. Las derivaciones se ajustaron a los criterios propuestos por la UCPI (Unidad de Cirugía Plástica Infantil) en un 61,9% de los casos, observándose una reducción significativa en los pacientes mal derivados entre ambos periodos de tiempo (41,8% *vs.* 32,6%). Se comprobó una disminución estadísticamente significativa en el número de pacientes derivados sin un problema funcional claro asociado al FLC (34,4% *vs.* 23,3%).

Conclusiones: la difusión de un tríptico informativo sobre FLC/A ha demostrado ajustar las derivaciones hechas desde AP a los criterios propuestos para frenotomía lingual en la UCPI de nuestro hospital.

Palabras clave:
- Anquiloglosia
- Continuidad asistencial
- Frenillo lingual corto
- Frenotomía lingual

Short lingual frenulum: results of an intervention to improve continuity of care

Abstract

Introduction: we created an informative triptych about short lingual frenulum/ ankyloglossia (SLF/A) to avoid discrepancy in the referral criteria of patients to the pediatric plastic surgery consultation from primary care (PC). The main objective is to analyze the impact of this intervention on the referrals to specialized care (SC).

Material and methods: the information was sent to the primary care professionals attached to the health area of our hospital. We performed a retrospective analysis of the referrals to SC in the 2 years prior sending the information. We compared these results with the prospective analysis of the consultations attended in the year after sending the triptych.

Results: we analyzed 874 consultations. 59.6% of them were attended prior sending the information. 61.9% of the referrals adjusted to the proposed criteria for lingual frenotomy, observing a significant reduction in the wrongly referred patients between the compared periods of time (41.8% vs 32.6%). We also found a significant reduction in the number of patients with no functional problem associated to the SLF (34.4% vs 23.3%).

Conclusions: our informative triptych about SLF/ ankyloglossia has adjusted referrals from PC to the proposed criteria for lingual frenotomy in our hospital.

Key words:
- Ankyloglossia
- Care continuity
- Lingual frenotomy
- Short lingual frenulum

Cómo citar este artículo: Proaño Landazuri SM, Redondo Sedano JV, Martí Carrera ME, Azcutia Gómez MR, Gómez Fraile A, Delgado Muñoz MD. Frenillo lingual corto: resultados de una intervención para mejorar la continuidad asistencial. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:131-5.

INTRODUCCIÓN

La patología relacionada con el frenillo lingual (FL) se ha convertido en uno de los motivos de consulta más frecuentes en la Unidad de Cirugía Plástica Infantil (UCPI) del Hospital 12 de Octubre (Madrid, España). Este hecho concuerda con la tendencia al sobrediagnóstico que señalan algunas publicaciones en los últimos años, que no se sustentaría por la evidencia clínica disponible al respecto[1,2].

En nuestro caso, el aumento en los pacientes valorados se relaciona con un aumento de las derivaciones desde Atención Primaria (AP). Sin embargo, en muchas ocasiones los criterios de remisión a consulta de cirugía difieren de los propuestos en la unidad para efectuar una frenotomía, lo que compromete la continuidad asistencial y la calidad en la atención percibida por parte de los consultores[3,4].

En un intento de homogeneizar la información transmitida entre niveles asistenciales, desde la UCPI se ha redactado un tríptico informativo que recoge la evidencia científica disponible de la patología relacionada con el FL corto (FLC) y que especifica los criterios empleados en nuestra consulta para llevar a cabo la frenotomía.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar las derivaciones procedentes de AP en relación con FLC/anquiloglosia (FLC/A), así como la actuación llevada a cabo en consulta de atención especializada (AE). Además, analizamos el impacto de la difusión del material informativo en la calidad de las derivaciones realizadas *a posteriori*.

MATERIAL Y MÉTODOS

La información fue difundida en forma de tríptico explicativo y se centró en los siguientes aspectos:

- Diferencia entre frenillo lingual corto y anquiloglosia.
- Limitaciones funcionales relacionadas con la anquiloglosia.
- Tipo de tratamiento quirúrgico realizado y cómo se lleva a cabo.
- Indicación de tratamiento quirúrgico (frenotomía lingual). Con base en la evidencia científica publicada, los criterios para plantear la intervención quirúrgica incluyeron:
  - Paciente menor de 4 meses con FLC y dificultades para la lactancia que no responde a medidas conservadoras de tratamiento[4,5]. En este caso, la frenotomía se realiza en consulta, sin anestesia general[1,6].
  - Paciente mayor de 4 años con FLC y problemas de pronunciación, a ser posible con valoración previa por parte de logopeda. La frenotomía se realiza en el quirófano, bajo sedación[7].
  - A cualquier edad si el paciente tiene FLC y problemas de tipo bucodental, como dificultad para realizar una adecuada higiene oral o para la colocación de aparatos de ortodoncia[8].

El contenido y la redacción de la información fueron evaluados por la Unidad de Calidad del hospital. El tríptico fue difundido entre los profesionales de AP adscritos al área de salud de nuestro hospital, gracias a la colaboración de la Dirección de Continuidad Asistencial del centro.

Para evaluar la adecuación de los criterios de derivación a AE desde AP, con los criterios propuestos por los profesionales de la unidad, se realizó una revisión retrospectiva de las consultas atendidas en relación con FLC/A en los 2 años previos a la difusión del tríptico (periodo A). Esta información se contrastó con la obtenida de forma prospectiva analizando las derivaciones atendidas en el año posterior al envío de la información (periodo B).

Se consideraron como indicaciones no ajustadas a los criterios de la UCPI los siguientes supuestos: pacientes con limitación funcional sin FLC evidente; pacientes con FLC sin problemas funcionales asociados; pacientes con dificultad para la lactancia materna por encima de los 4 meses de edad o aquellos casos en los que no forme parte de la alimentación del bebé; y pacientes con dificultades para la pronunciación por debajo de los 3,5 años, y/o aquellos en los que la alteración en la pronunciación se encuentre dentro del contexto de un re-

traso madurativo del lenguaje que no haya sido evaluado por los especialistas pertinentes.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete de datos SPSS**.** Debido a la naturaleza del estudio, no fue necesario la obtención de consentimiento informado.

RESULTADOS

El total de consultas evaluadas ascendió a 874. De ellas, 521 (59,6%) correspondieron al periodo A, y 353 (40,4%) al B. La media de edad de derivación a AE fue de 25,5+/-36 meses. El 95,5% de las remisiones (835) fue realizado por el médico de AP.

De forma global, las derivaciones se ajustaron a los criterios propuestos por la UCPI en 541 pacientes (61,9%). Los pacientes mal derivados ascendieron, por tanto, a 38,1% (333 consultas). Comparando ambos periodos de observación, se registró una disminución del 9,2% (41,8% periodo A *vs.* 32,6% periodo B) en las derivaciones no ajustadas a los criterios propuestos desde la UCPI, resultado que ha demostrado ser estadísticamente significativo (p = 0,006).

Los motivos erróneos de derivación se distribuyeron de la siguiente forma: 261 (78,4%) pacientes presentaron FLC, pero no problemas funcionales asociados; 37 (11,1%) niños fueron derivados por alteración de la pronunciación, pero antes de la edad propuesta para frenotomía o asociando un retraso madurativo en el lenguaje que no había sido evaluado por otros especialistas; 35 (10,5%) lactantes fueron remitidos por problemas de lactancia por encima de los 4 meses o cuando la lactancia materna no formaba parte de la alimentación del bebé; y en 4 (1,2%) casos no se identificó FLC en la consulta.

Los problemas relacionados con la lactancia constituyeron el motivo de consulta más frecuente (382 casos [43,7%]), seguido de los pacientes con FLC sin problema funcional asociado en el momento de valoración en AE (261 casos [29,9%]) y de los pacientes con problemas en la pronunciación (220 pacientes [25,2%]). La distribución de los pacientes según el motivo de derivación a AE, en relación con los periodos de observación establecidos, queda recogida en la **Tabla 1**. Los resultados evidencian una reducción estadísticamente significativa de las remisiones de pacientes sin problemas funcionales asociados al FLC (34,4% en el periodo A *vs.* 23,3% en el periodo B).

En total, se han intervenido 653 (74,7%) pacientes. De ellos, 116 (17,8%) no tenían criterio de intervención quirúrgica según el protocolo propuesto en la UCPI. Los pacientes más frecuentemente intervenidos en este grupo fueron lactantes sin problemas para el enganche (86 [74,2%]) y frenotomías realizadas aprovechando otra cirugía (22 [19%]). El 45,5% de estos pacientes se operó durante el periodo A, porcentaje que se redujo hasta el 18,5% en el periodo B, hallazgo que resultó estadísticamente significativo (p <0,001).

DISCUSIÓN

El interés suscitado por la patología asociada al FLC ha aumentado significativamente en la última década[1,4]. A pesar de ello, existe una importante con-

Tabla 1. Principales motivos de consulta en AE en relación con FLC/A, antes y después del envío de la información

Motivo de derivación	Periodo A		Periodo B		Chi cuadrado de Pearson
	n = 521	%	*n* = 353	%	
Problemas relacionados con la lactancia materna	198	38,0	184	52,1	*p* <0,001
Problemas de la pronunciación	137	26,3	83	23,5	*p* <0,001
Problemas bucodentales	7	1,3	4	1,1	
Sin problemas funcionales en el momento de la derivación	179	34,4	82	23,3	*p* <0,001

AE: atención especializada; **FLC/A:** frenillo lingual corto/anquiloglosia.

troversia al respecto de las limitaciones funcionales asociadas, así como disparidad en los protocolos de diagnóstico y tratamiento empleados entre profesionales[3,5,7-10]. Este hecho es más evidente entre niveles asistenciales y obliga al desarrollo de estrategias que fomenten la continuidad asistencial.

Las discrepancias percibidas entre los criterios de tratamiento empleados en la UCPI y las derivaciones recibidas desde AP en relación con esta patología constituyó la base para el desarrollo de un tríptico informativo que sirviera para homogeneizar la actuación a seguir en nuestro área de salud. La idea principal se basó en diferenciar rasgo anatómico de alteración funcional, es decir, FLC de anquiloglosia, ya que será el síntoma y no la alteración morfológica lo que motive la indicación de cirugía[1,6].

En este sentido, la difusión del tríptico ha implicado una reducción significativa en el número de pacientes remitidos sin limitación funcional evidente asociada al FLC. Disminuir este grupo de derivaciones constituía uno de los objetivos principales buscados, ya que la decisión de no intervención suponía, a menudo, una confrontación con las expectativas que los cuidadores del niño traían a la consulta.

En la mayoría de las ocasiones, estas remisiones planteaban la frenotomía como una medida profiláctica ante el desarrollo de problemas de pronunciación futuros. Es importante señalar que la literatura publicada al respecto no apoya este hecho, en primer lugar, porque es difícil predecir qué pacientes con FLC desarrollarán algún trastorno de pronunciación; y en segundo lugar, porque la principal complicación de la frenotomía realizada a edades tempranas es la recidiva del frenillo y, por tanto, podemos generar un problema que el paciente no tiene por qué desarrollar[2,3,8].

En relación con las dificultades de pronunciación, consideramos importante valorar ciertos aspectos antes de realizar la derivación a AE: edad (la madurez del lenguaje se alcanza en torno a los 3,5-4 años), etnia y entorno socioeducativo, alteración en el desarrollo del lenguaje coexistente (en este caso, la actuación inicial debe encaminarse a realizar una evaluación adecuada del paciente; la frenotomía, por tanto, no será el primer paso a realizar) y posibilidad de evaluación previa por parte de un logopeda[2].

Respecto a los problemas relacionados con la lactancia materna, principal motivo de derivación, el síntoma que experimenta una mejoría más significativa tras la frenotomía es el dolor al enganche del pezón. La lactancia materna constituye un proceso multifactorial (posición, experiencia materna, forma de la boca del bebé, anatomía del pezón, etc.), y por ello es importante que todos estos aspectos sean valorados por un consultor experimentado antes de plantear la intervención, ya que esta puede no ser la solución definitiva del problema[1,4,6].

En los últimos años, nuevas alteraciones funcionales se han relacionado con el FLC. Entre ellas, destacan los trastornos deglutorios, la deformidad palatino/mandibular o la apnea obstructiva del sueño. La evidencia científica actual no ha demostrado una asociación consistente y, por ello, debemos ser cautos con las indicaciones de frenotomía que se plantean a este respecto y con la información transmitida a los padres desde los niveles primarios de atención[2,5,7].

Por último, analizar la actitud tomada en consulta ha evidenciado un alto número de pacientes intervenidos sin indicación clara de acuerdo con el protocolo propuesto por los facultativos de la unidad. Los autores coincidimos en señalar que la mayor parte de estos casos se relacionan con frenotomías realizadas en lactantes sin dificultades para la lactancia, en los que la relativa facilidad del procedimiento predispone a su realización. La disminución en el porcentaje de este tipo de intervenciones entre los dos periodos de observación indica un cambio en nuestra actitud, que busca aumentar la validez del protocolo propuesto y evitar enviar mensajes contradictorios.

CONCLUSIONES

La difusión de un tríptico informativo sobre FLC/A ha demostrado ajustar las derivaciones desde AP a los criterios propuestos para frenotomía lingual en

la UCPI de nuestro hospital. Son necesarios estudios prospectivos, de calidad, para establecer protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica entre niveles asistenciales en relación con esta patología.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. La realización del trabajo no ha requerido financiación externa. Parte de los resultados del presente trabajo fueron expuestos en el LIX Congreso de la Sociedad de Cirugía Pediátrica, celebrado en Oporto en mayo de 2022. Los resultados presentados en este estudio completan los expuestos en dicha reunión.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: concepción del diseño del estudio, recogida de datos y redacción del borrador (SMPL), coordinación del equipo de trabajo, concepción del diseño del estudio, redacción del tríptico informativo y del manuscrito, y corrección crítica del borrador (JVRS), concepción del diseño del estudio, redacción del tríptico informativo y del manuscrito, y corrección crítica del borrador (MEMC, MDDM), corrección del tríptico informativo y del borrador, difusión del tríptico entre profesionales de Atención Primaria (MRAG), corrección crítica del borrador (AGF).

ABREVIATURAS

AE: atención especializada • **AP:** Atención Primaria • **FL:** frenillo lingual • **FLC/A:** frenillo lingual corto/anquiloglosia • **UCPI:** Unidad de Cirugía Plástica Infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costa Romero M, Esinola Docio M, Paricio Talayero JM, Díaz Gómez NM. Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. Arch Argent Pediatr. 2021;119:e600-e609.
2. Salt H, Claessen M, Johnston T, Smart S. Speech production in young children with tongue-tie. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020;134:110035.
3. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants: A Review. JAMA Otolaryngol Neck Surg. 2017;143:1032.
4. Hill R. Implications of Ankyloglossia on Breastfeeding. MCN Am J Matern Nurs. 2019;44:73-9.
5. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, *et al*. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Neck Surg. 2020;162:597-611.
6. Colombari GC, Mariusso MR, Ercolin LT, Mazzoleni S, Stellini E, Ludovichetti FS. Relationship between Breastfeeding Difficulties, Ankyloglossia, and Frenotomy: A Literature Review. J Contemp Dent Pract. 2021;22:452-61.
7. Calvo-Henríquez C, Neves SM, Branco AM, Lechien JR, Reinoso FB, Rojas XM, *et al*. Relationship between short lingual frenulum and malocclusion. A multicentre study. Acta Otorrinolaringol Esp. 2022;73:177-83.
8. Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 Jun 15. PMID: 27403491.
9. Barberá Pérez PM, Sierra Colomina M, Deyanova Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna Mallada P. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a Baby-Friendly Hospital. Bol Méd Hosp Infant México. 2021;78:6405.
10. González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. An Pediatr (Barc). 2014;81:115-9.