

FRENILLO LINGUAL EN NEONATOS Y LACTANTES. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO EN ESPAÑA?

¹ **Ainhoa Mauleón Jiménez**

² **Raquel Hidalgo Ortega**

³ **Dalma Judith González Moreira**

⁴ **Milagros Matarazzo Zinoni**

¹ Logopeda. Escuelas Universitarias Gimbernat Cantabria. Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL). España. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0416-6369>

² Logopeda. Escuelas Universitarias Gimbernat Cantabria. Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL). España. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0768-6175>

³ Dra. en Fonoaudiología. Logopeda. Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL). España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5829-6447>

⁴ Dra. en Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Logopeda. Universitarias Gimbernat Cantabria. Academia Española de Logopedia en Neonatos y Lactantes (AELNL). España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1818-6248>

E-mail: matarazzomili@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de diciembre de 2025.

Fecha de aceptación: 14 de abril de 2026.

Cómo citar este artículo:

Mauleón Jiménez A, Hidalgo Ortega R, González Moreira DJ, Matarazzo Zinoni M. Frenillo lingual en neonatos y lactantes. ¿Qué está pasando en España? Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm. 2026; 16(1):e4. doi: <https://doi.org/10.56104/Aladafe.2026.16.1021000469>

RESUMEN

Introducción/objetivo: la anquiloglosia puede generar dificultades en la lactancia durante el periodo neonatal y los primeros meses de vida, así como otras disfunciones orofaciales a largo plazo. Los procesos diagnósticos, quirúrgicos y de rehabilitación son realizados por distintos profesionales y mediante herramientas diversas. El objetivo de este estudio fue describir la situación actual en España.

Métodos: estudio descriptivo transversal mediante cuestionario *ad hoc*, respondido entre el 15 de diciembre de 2023 y el 15 de febrero de 2024 por madres de bebés con edad cronológica entre 0 y 12 meses que habían atravesado procesos de diagnóstico e intervención del frenillo lingual.

Resultados: se incluyeron 398 respuestas válidas. El pediatra fue el profesional más implicado tanto en el diagnóstico como en el procedimiento quirúrgico. El 49,7% (198/398) de los diagnósticos se realizó por observación; el 62,5% (249/398) de las intervenciones se efectuó con tijera; en el 50,7% (202/398) no se utilizó anestesia; y el 56,0% (223/398) de las madres refirió resolución completa de las dificultades tras el procedimiento.

Conclusiones: en España existe una alta variabilidad en los procesos diagnósticos, quirúrgicos y de rehabilitación de la anquiloglosia, en cuanto a los profesionales implicados y las herramientas empleadas. La frenectomía no resolvió las dificultades en todos los casos de la muestra. Dada la naturaleza descriptiva y las limitaciones del estudio, se recomienda desarrollar investigaciones futuras que profundicen en la experiencia de las familias y en la efectividad de los distintos abordajes profesionales.

Palabras clave: frenillo lingual; frenectomía oral; rehabilitación.

Língua presa em recém-nascidos e bebês. O que está acontecendo na Espanha?

RESUMO

Introdução/Objetivo: a anquiloglossia pode gerar dificuldades na amamentação durante o período neonatal e os primeiros meses de vida, bem como outras disfunções orofaciais a longo prazo. Os processos diagnósticos, cirúrgicos e de reabilitação são realizados por diferentes profissionais e por meio de diversas ferramentas. O objetivo deste estudo foi descrever a situação atual na Espanha.

Métodos: estudo descritivo transversal mediante questionário ad hoc, respondido entre 15 de dezembro de 2023 e 15 de fevereiro de 2024 por mães de bebês com idade cronológica entre 0 e 12 meses que haviam passado por processos de diagnóstico e intervenção do frênulo lingual.

Resultados: foram incluídas 398 respostas válidas. O pediatra foi o profissional mais envolvido tanto no diagnóstico quanto no procedimento cirúrgico. Em 49,7% (198/398) dos casos, os diagnósticos foram realizados por observação; em 62,5% (249/398) das intervenções utilizou-se tesoura; em 50,7% (202/398) não foi utilizada anestesia; e 56,0% (223/398) das mães relataram resolução completa das dificuldades após o procedimento.

Conclusões: na Espanha, existe alta variabilidade nos processos diagnósticos, cirúrgicos e de reabilitação da anquiloglossia, tanto em relação aos profissionais envolvidos quanto às ferramentas utilizadas. A frenectomia não resolveu as dificuldades em todos os casos da amostra. Dada a natureza descritiva e as limitações do estudo, recomenda-se o desenvolvimento de futuras pesquisas que aprofundem a experiência das famílias e a efetividade das diferentes abordagens profissionais.

Palavras chave: frênulo lingual; frenectomia oral; reabilitação.

Lingual frenulum in newborns and infants. What is happening in Spain?

ABSTRACT

Introduction/Objetivo: ankyloglossia can cause breastfeeding difficulties during the neonatal period and the first months of life, as well as other long-term orofacial dysfunctions. Diagnostic, surgical, and rehabilitation processes are carried out by different professionals using diverse approaches. The aim of this study was to describe the current situation in Spain.

Methods: cross-sectional descriptive study using an *ad hoc* questionnaire, completed between December 15, 2023, and February 15, 2024, by mothers of infants aged 0–12 months who had undergone diagnostic and surgical procedures for lingual frenulum restriction.

Results: a total of 398 valid responses were included. Paediatricians were the professionals most frequently involved in both diagnosis and surgery. Observation was used as the sole diagnostic method in 49.7% (198/398) of cases; scissors were the most frequent surgical instrument (62.5%, 249/398); no anaesthesia was used in 50.7% (202/398); and complete resolution of feeding difficulties was reported by 56.0% (223/398) of participants.

Conclusions: there is a high degree of variability in the diagnostic, surgical and rehabilitation processes of ankyloglossia in Spain, regarding both the professionals involved and the tools used. Frenectomy did not resolve the difficulties in all cases. Given the descriptive nature and limitations of this study, further research -particularly qualitative studies- is needed to explore families' experiences and to assess the effectiveness of different professional approaches.

Key words: lingual frenum; oral frenectomy; rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia es una afección congénita determinada por un frenillo lingual corto, engrosado o tenso que limita la movilidad de la lengua. Puede aparecer de forma aislada o asociada a anomalías craneofaciales, y ocasionar complicaciones en la lactancia, la deglución, la articulación del habla y el desarrollo del aparato estomatognático [1,2].

La prevalencia mundial en menores de un año se estima en torno al 8% [3] y, en España, alcanza aproximadamente el 15% en lactantes menores de seis meses [4,5]. El diagnóstico es más habitual en varones [5,6].

Con el objetivo de favorecer el mantenimiento de la lactancia materna y responder al deseo de las familias de continuar con el amamantamiento, se realizan procedimientos quirúrgicos sobre el frenillo lingual. Estas intervenciones buscan reducir las dificultades derivadas de una succión ineficaz, como la baja transferencia de leche, el escaso aumento de peso, la irritabilidad del lactante y el dolor o traumatismo en el pezón materno, factores que pueden conducir a la desmotivación y al destete precoz [7-10].

La literatura científica muestra una gran heterogeneidad en cuanto a las indicaciones, técnicas empleadas, profesionales implicados y resultados obtenidos en el abordaje quirúrgico de la anquiloglosia [11-13]. En los lactantes, los procedimientos más utilizados son la *frenotomía* y la *frenectomía* lingual; en el presente estudio se empleará el término *frenectomía* para referirse a ambos [14]. Esta diversidad en la práctica clínica no solo genera incertidumbre entre los profesionales, sino también entre las familias, que a menudo carecen de información clara sobre las diferencias entre las técnicas o sus implicaciones funcionales. Con frecuencia, las madres identifican el procedimiento únicamente por el instrumento empleado (tijera, cúter o láser) sin comprender su alcance o finalidad [15]. Esta falta de información contribuye a que el proceso de diagnóstico, la intervención y la rehabilitación se viva de manera confusa, reforzando la necesidad de protocolos asistenciales consensuados y de una comunicación más clara entre profesionales y familias [13,16].

Los procesos de diagnóstico, corte y rehabilitación del frenillo lingual se desarrollan en contextos muy diversos y con la participación de profesionales de diferentes especialidades, lo que evidencia una gran pluralidad asistencial.

El objetivo de este estudio es describir la situación actual de la anquiloglosia en España desde la perspectiva de las familias. Explorar cómo se han llevado los procesos con el fin de conocer qué sucede en el territorio y así aportar información que oriente a futuras investigaciones o para la creación de protocolos asistenciales uniformes.

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado mediante un cuestionario *ad hoc*.

Participantes

Se incluyeron en el estudio madres de bebés con edad cronológica entre 0 y 12 meses en el momento de la participación, residentes en España, que habían pasado por el proceso de diagnóstico de anquiloglosia y la realización de una frenotomía o frenectomía lingual a sus hijos durante los primeros seis meses de vida. La participación fue voluntaria y anónima, mediante consentimiento implícito al completar el cuestionario.

Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos y Productos Sanitarios de Cantabria (expediente 2024.059). Se garantizó el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, UE 2016/679) y de la normativa española vigente en materia de protección de datos personales. La participación fue voluntaria y anónima, y la información recogida se trató de forma agregada, confidencial y sin posibilidad de identificación individual.

Se empleó un cuestionario *ad hoc* elaborado por las autoras, administrado a través de un formulario de Google Forms entre el 15 de diciembre de 2023 y el 15 de febrero de 2024. El formulario se difundió en las plataformas Meta (Facebook e Instagram), con una restricción geográfica que limitó su visualización al territorio español.

El cuestionario constaba de dos secciones: la primera incluía el consentimiento informado y la segunda recogía la provincia de residencia de la familia, los datos antropométricos (peso y edad) en el momento del diagnóstico y del procedimiento de corte, así como las variables descriptivas analizadas en este estudio: profesionales que participaron en el diagnóstico y la intervención, métodos de valoración y de

corte, lugar del procedimiento, existencia de complicaciones, proceso de rehabilitación y resultados obtenidos en la alimentación del bebé mediante lactancia materna directa al pecho.

Se excluyeron los cuestionarios que contenían respuestas con error evidente o no pertinentes en las casillas de texto libre, tales como abreviaturas sin contexto o respuestas del tipo “no sé”, “desconocido” o “no recuerdo” tras haber marcado un profesional en las casillas de selección múltiple.

El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics Multilingual (Statistical Program for Social Sciences), versión 19.0.1, utilizado como herramienta principal de análisis de datos.

RESULTADOS

Se recogieron 416 respuestas y se incluyeron en el análisis 398, que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron respuestas con error evidente o no pertinente. El 76,3% era primípara y en el 77,1% era su primera experiencia de lactancia. En la primera semana de vida del bebé, un 94,2% de las madres ofrecía lactancia directa al pecho.

Los bebés tenían una media de edad de 24,80 días en el momento del diagnóstico (DE 33,97). El 57,0% de los bebés fue diagnosticado entre los 0 y 15 días de vida. La media de edad en el momento de la primera intervención fue de 36,05 días (DE 38,74). El 38,9% de los bebés tenía entre 0 y 15 días al momento del corte y un 9,05% había pasado por más de un procedimiento quirúrgico.

Las madres residían en territorio español, con mayor participación en Andalucía (20,6%), Cataluña (16,3%) y País Vasco (13,7%). Para realizar la intervención, el 4,5% de las familias se trasladó a otra comunidad autónoma. En la *Imagen 1* se describe la participación total por provincias, diferenciando la residencia del lugar de corte.

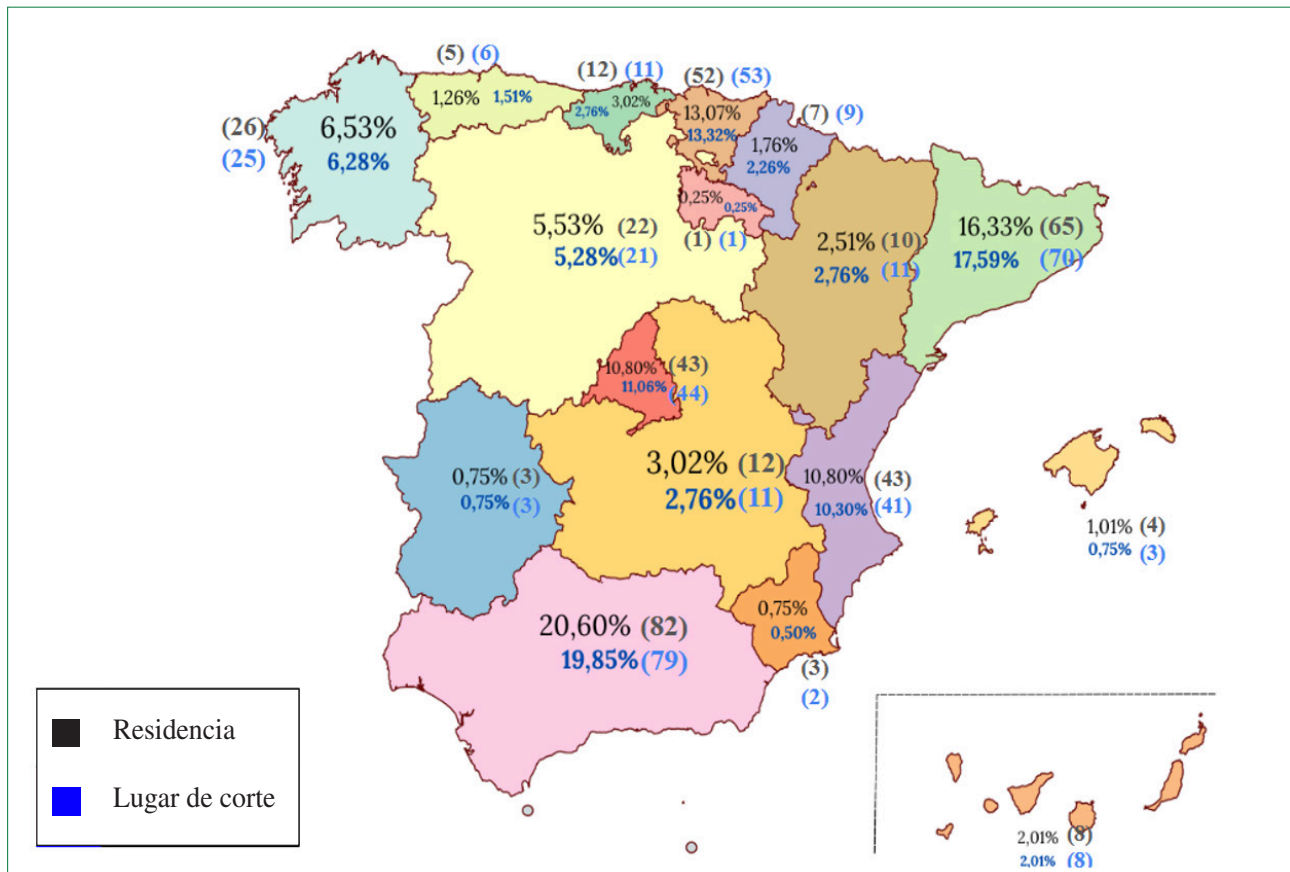


Imagen 1. Representación en el mapa del territorio español del lugar de residencia y lugar de procedimiento de corte del frenillo lingual de los bebés participantes.

En un 38,1% de los casos las familias recibieron el diagnóstico de distintos profesionales, siendo el diagnóstico de frenillo limitante en un 49,7% tras una valoración únicamente por observación, lo que hace que este modelo de diagnóstico sea predominante en el caso de pediatras y matronas (83% y 85,1%, respectivamente). Un 6,8% de los bebés fue valorado mediante escalas estructuradas, la más utilizada fue la escala Hazelbaker (25%) (Tablas 1 y 2).

TABLA 1. PROCESOS DIAGNÓSTICOS: PROFESIONAL, MÉTODO Y USO DE ESCALAS

VARIABLE	CATEGORÍA	N/DENOM.	%
Profesional que realizó el diagnóstico	Pediatra/médico pediatra	94/398	23,6
	Matrona	47/398	11,8
	Odontopediatra	14/398	3,5
	Enfermera pediátrica	11/398	2,8
	Asesora de lactancia	33/398	8,3
	Fisioterapeuta/osteópata	26/398	6,5
	Maxilofacial	5/398	1,3
	Cirujano pediátrico	1/398	0,3
	Otorrino	0/398	0,0
	Neonatólogo	7/398	1,8
	Médico de familia	1/398	0,3
	Logopeda	2/398	0,5
	Varios profesionales	152/398	38,2
	No responde	5/398	1,3
Método de diagnóstico	Observación	198/398	49,7
	Palpación	95/398	23,9
	Escala estructurada	27/398	6,8
	Fotos o vídeos	7/398	1,8
	Varios de los anteriores	65/398	16,3
	Otros	6/398	1,5
	No responde	0/398	0,0
Casos con escala aplicada (sobre total)	—	92/398	23,1
Encuestas o escalas utilizadas (solo entre quienes usaron escala; n= 92)	Hazelbaker	23/92	25,0
	Martinelli	5/92	5,4
	Varias	6/92	6,5
	Otros/No sabe	58/92	63,1
Total general:	—	398	100

TABLA 2. USO DE MÉTODO DIAGNÓSTICO SEGÚN PROFESIONALES

PROFESIONAL	OBSERVACIÓN N (%)	PALPACIÓN N (%)	ESCALA ESTRUCTURADA N (%)	VARIOS MÉTODOS N (%)	TOTAL N
Pediatra/médico pediatra	78 (83,0)	6 (6,4)	4 (4,3)	6 (6,4)	94
Matrona	40 (85,1)	4 (8,5)	0 (0,0)	3 (6,4)	47
Odontopediatra	5 (35,7)	2 (14,3)	4 (28,6)	3 (21,4)	14
Enfermera pediátrica	—	—	—	—	11
Asesora de lactancia	22 (66,7)	3 (9,1)	3 (9,1)	5 (15,2)	33
Fisioterapeuta/osteópata	10 (38,5)	8 (30,8)	3 (11,5)	5 (19,2)	26
Maxilofacial	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5
Cirujano pediátrico	—	—	—	—	1
Otorrino	—	—	—	—	0
Neonatólogo	2 (28,6)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	7

Los profesionales que realizaron el procedimiento de corte fueron mayoritariamente pediatras (31,9%), odontopediatras (20,6%) y matronas (14,1%). El instrumento quirúrgico más empleado fue la tijera (70,9%). En un 50,7% de los casos no se utilizó anestesia de ningún tipo. Los procedimientos de corte se llevaron a cabo en un 59,1% en entidades privadas. La mayoría de los procedimientos en el sistema público se realizó con tijera (55,3%) y sin anestesia, mientras que el láser predominó en el ámbito privado (Tabla 3).

TABLA 3. INSTRUMENTO QUIRÚRGICO Y USO DE ANESTESIA SEGÚN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

INSTRUMENTO QUIRÚRGICO	TIPO DE ANESTESIA	PRIVADO N (%)	PÚBLICO N (%)	TOTAL N (%)
Tijera	Local	73 (18,3)	49 (12,3)	122 (30,7)
	Completa	3 (0,8)	2 (0,5)	5 (1,3)
	No se utilizó	61 (15,3)	50 (12,6)	111 (27,9)
Bisturí/cúter	Local	11 (2,8)	6 (1,5)	17 (4,3)
	No se utilizó	9 (2,3)	8 (2,0)	17 (4,3)
Láser	Local	8 (2,0)	2 (0,5)	10 (2,5)
	No se utilizó	31 (7,8)	5 (1,3)	36 (9,0)
Sin dato/No responde	—	18 (4,5)	10 (2,5)	28 (7,0)
Total general (n= 398)	—	214 (53,8)	132 (33,2)	398 (100,0)

El 56,0% de las madres refirió haber resuelto todas las dificultades que presentaban tras el corte. En cuanto a las dificultades en la lactancia, el porcentaje de agarre doloroso disminuyó del 63,8% al 34,4% y el de dolor materno del 70,8% al 28,8%. La mejoría en el dolor y en la dificultad del agarre fue generalizada en todos los métodos quirúrgicos, aunque se observó una mayor proporción de mejoría en los procedimientos efectuados con tijera y láser. No se evidenciaron diferencias clínicamente relevantes entre los distintos métodos de corte (Tabla 4).

TABLA 4. RESULTADOS POSFRENECTOMÍA: COMPLICACIONES, REHABILITACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL LOGOPEDA

VARIABLE	CATEGORÍA	N (%) SOBRE TOTAL (398)	N (%) SOBRE RESPUESTAS
Complicaciones posfrenectomía	Se resolvió	223 (56,0)	223 (63,1)
	Siguió igual	54 (13,6)	54 (15,3)
	Se tuvo que repetir	14 (3,5)	14 (4,0)
	Necesidad de adaptación a la lactancia	36 (9,0)	36 (10,2)
	Complicaciones (sangrado, lesiones...)	27 (6,8)	27 (7,6)
	No responde	44 (11,1)	—
Rehabilitación posfrenectomía	Sí	192 (48,2)	192 (53,5)
	No	167 (42,0)	167 (46,5)
	No responde	39 (9,8)	—
Colaboración de logopeda	Sí	120 (30,2)	120 (33,0)
	No/no consta	243 (61,1)	243 (67,0)
	No responde	35 (8,8)	—
Total general	—	398 (100,0)	—

El 50,8% de los participantes contó con el seguimiento de un profesional que explicó y tutorizó la rehabilitación posquirúrgica mediante visitas de control. La mejoría en el dolor y en la dificultad del agarre tras la intervención fue generalizada, independientemente del tipo de rehabilitación posfrenectomía recibida (Tablas 5 y 6). No se observaron diferencias relevantes entre los grupos con o sin seguimiento posterior.

En un 30,2% de los casos (33% considerando solo respuestas válidas) hubo colaboración de un logopeda en el proceso de rehabilitación posfrenectomía.

TABLA 5. DIFICULTADES DE AGARRE Y DOLOR EN LA LACTANCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, SEGÚN TIPO DE REHABILITACIÓN POSFRENECTOMÍA (N= 398)

VARIABLE	EXPLICACIÓN Y SEGUIMIENTO N (%)	EXPLICACIÓN SIN SEGUIMIENTO N (%)	SIN EXPLICACIÓN Y SIN SEGUIMIENTO N (%)	TOTAL N (%)
Dificultad del agarre al pezón antes de la intervención	Sí: 105 (66,9%) No: 52 (33,1%)	Sí: 88 (66,7%) No: 44 (33,3%)	Sí: 61 (56,0%) No: 48 (44,0%)	Sí: 254 (63,8%) No: 144 (36,2%)
Dificultad del agarre al pezón después de la intervención	Sí: 52 (33,1%) No: 105 (66,9%)	Sí: 44 (33,3%) No: 88 (66,7%)	Sí: 41 (37,6%) No: 68 (62,4%)	Sí: 137 (34,4%) No: 261 (65,6%)
Dolor en la lactancia antes de la intervención	Sí: 112 (71,4%) No: 45 (28,6%)	Sí: 93 (70,5%) No: 39 (29,5%)	Sí: 77 (70,6%) No: 32 (29,4%)	Sí: 282 (70,8%) No: 116 (29,2%)
Dolor en la lactancia después de la intervención	Sí: 42 (26,8%) No: 115 (73,2%)	Sí: 38 (28,8%) No: 94 (71,2%)	Sí: 34 (31,2%) No: 75 (68,8%)	Sí: 114 (28,8%) No: 282 (71,2%)

TABLA 6. COMPARACIÓN DE LA MEJORÍA DEL AGARRE Y EL DOLOR EN LACTANCIA SEGÚN EL MÉTODO QUIRÚRGICO EMPLEADO (N= 398)

MÉTODO QUIRÚRGICO	DIFICULTAD DE AGARRE ANTES N (%)	DIFICULTAD DE AGARRE DESPUÉS N (%)	DOLOR ANTES N (%)	DOLOR DESPUÉS N (%)	TOTAL N (%)
Tijera	185 (46,5)	102 (25,6)	205 (51,5)	87 (21,9)	282 (70,9)
Cúter	16 (4,0)	10 (2,5)	18 (4,5)	8 (2,0)	28 (7,0)
Bisturí	9 (2,3)	6 (1,5)	10 (2,5)	4 (1,0)	16 (4,0)
Láser	34 (8,5)	17 (4,3)	35 (8,8)	15 (3,8)	59 (14,8)
No responde	9 (2,3)	4 (1,0)	6 (1,5)	1 (0,3)	13 (3,3)
Total general (n= 398)	253 (63,8)	139 (34,4)	274 (70,8)	115 (28,8)	398 (100,0)

DISCUSIÓN

La prevalencia del frenillo lingual en lactantes y su impacto en la lactancia materna es actualmente un tema de debate. Este estudio comparte datos sobre las prácticas de evaluación, diagnóstico e intervención de frenillos linguales en bebés desde la experiencia de las madres en España.

En este trabajo, el 57,04% de los neonatos fue diagnosticado con frenillo lingual antes de los 15 días de vida. La literatura destaca que el diagnóstico temprano permite intervenciones más efectivas con mayor probabilidad de éxito en la lactancia [11, 17, 18].

El 49,7% de los diagnósticos de anquiloglosia se efectuó únicamente mediante observación, lo que refleja una práctica ampliamente extendida, pero que conduce con frecuencia a diagnósticos inconsistentes. Este modelo diagnóstico no guarda relación con una evaluación funcional sistemática llevada a cabo por profesionales expertos, como los logopedas. De hecho, Hill et al. [3], en una revisión sistemática y metaanálisis, mostraron que muchos estudios utilizan únicamente la observación clínica como método diagnóstico, lo cual conduce a estimaciones variables de prevalencia (7% con observación frente al 10% con herramientas estandarizadas); destaca, además, que ninguna de las herramientas existentes cuenta con propiedades psicométricas adecuadas.

A nivel internacional, diversas propuestas buscan reducir la variabilidad, como es el caso de Brasil. En la Ley núm. 13.002, de 20 de junio de 2014, se obliga a aplicar un protocolo estandarizado de evaluación del frenillo lingual en todos los recién nacidos, habiendo adoptado el protocolo de la logopeda Roberta Martinelli [8]. En España, la *Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna* [19] recomienda realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas antes de indicar una frenotomía, pero sin especificar herramientas diagnósticas concretas. Asimismo, los hospitales acreditados con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) [20] tienen como obligación que el personal de maternidad reciba capacitación en apoyo y manejo de la lactancia materna, sin incluir de forma explícita la valoración de la anatomía y fisiología orofacial del bebé.

El 38,1% de los diagnósticos los efectúan varios profesionales, esto indica que las familias acuden a más de una consulta con profesionales que evalúan el frenillo lingual. Aunque algunas publicaciones sugieren fortalezas o limitaciones en la competencia de determinados profesionales para realizar frenectomías [11, 13, 21-24], la situación es más compleja. La formación en anquiloglosia es reciente y no está incluida en los programas de grado ni de especialización de pediatras, matronas, odontopediatras, cirujanos maxilofaciales u otorrinolaringólogos. Por tanto, la capacitación en este ámbito depende de la formación continuada y no de la titulación universitaria. Esta circunstancia contribuye a la falta de consenso sobre qué perfil profesional está mejor preparado para llevar a cabo el procedimiento y explica la variabilidad observada en la práctica clínica.

En cuanto a las intervenciones, el uso de tijeras fue el método quirúrgico predominante (70,9%), con un 50,7% de los procedimientos llevados a cabo sin anestesia, lo cual sugiere la necesidad de un mayor enfoque en el manejo del dolor neonatal [14, 25].

En el presente estudio, las madres reportaron una disminución de entre un 30% y un 40% en los problemas de lactancia, y un 56% refirió la resolución completa de las dificultades tras la frenectomía. Estos resultados son inferiores a los descritos en algunos estudios, en los que se observa una mejoría en más del 90% de los casos. Francis et al. [16] señalaron que el 96% de los lactantes mejoró la alimentación en las primeras 48 horas tras la intervención, y ensayos clínicos como los de Hogan et al. [26] y Buryk et al. [27] mostraron mejoras significativas en el dolor materno y en la capacidad de alimentación del lactante tras el procedimiento. Por otro lado, la revisión Cochrane [14] concluyó que la frenectomía es eficaz para reducir el dolor materno durante la lactancia, pero que la evidencia respecto a la mejoría del amamantamiento continúa siendo inconsistente.

Solo la mitad de las familias reportaron haber realizado ejercicios posfrenectomía explicados y con tutela de un profesional, a pesar de que sea una necesidad la rehabilitación miofuncional poscirugía para conseguir una mejor movilidad lingual [25]. Recuperando nuevamente el dato de que en un 30,2%/33% de los casos participó un logopeda, siendo este el profesional experto en acompañar disfunciones orofaciales y lactancia [21, 22, 28], también cuando existe un frenillo lingual limitante [10], se puede considerar que en España siguen siendo un reto las intervenciones multidisciplinares y la inclusión de este profesional en los servicios de atención al neonato y lactante.

El hecho de que el 59,1% de los procedimientos se realice en entidades privadas sugiere desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, pese a las políticas públicas sobre lactancia materna. El traslado a otras comunidades autónomas, en el 4,5% de los casos, evidencia disparidades regionales que deben abordarse para reducir barreras geográficas al cuidado [17].

El número de frenectomías en menores de un año pasó de 689 en 2016 a 1.377 en 2023 [29], según el Registro de Actividad de Atención Especializada que elabora el Ministerio de Sanidad; esto es, un incremento del 100% en siete años. Estos datos reflejan una tendencia al alza en la identificación y tratamiento del frenillo sublingual en España. Este trabajo pretende aportar claridad a la situación actual en España y tener un punto de partida para marcar consensos y elaborar protocolos específicos.

Limitaciones del estudio

El presente trabajo presenta limitaciones inherentes a su diseño. El muestreo fue voluntario y difundido por redes sociales, lo que introduce sesgo de selección (demográfico, de autoselección e interés) y limita la representatividad de la muestra. Al tratarse de encuestas autoinformadas por madres, existe sesgo de información tanto de memoria como de formulación de preguntas, ya que el cuestionario no ha sido validado formalmente ni se detallan todos sus ítems. Tampoco es posible verificar clínicamente los diagnósticos, intervenciones y resultados reportados, ni extrapolar los hallazgos a la población general. Finalmente, no se recogen datos de todos los perfiles profesionales implicados (como fisioterapeutas), lo que reduce la visión multidisciplinar. Estas limitaciones obligan a interpretar los resultados con cautela y ponen de manifiesto la necesidad de estudios futuros más sólidos y con instrumentos validados.

CONCLUSIONES

El presente estudio refleja variabilidad en los procesos de diagnóstico, cirugía y rehabilitación de la anquiloglosia, así como en los profesionales implicados en cada etapa. Desde la perspectiva de las familias participantes, este recorrido se vive como un proceso confuso y poco estandarizado.

Los resultados muestran que la frenectomía no garantiza la resolución de las dificultades en todos los casos, lo que subraya la necesidad de enfoques integrales y multiprofesionales. Futuras investigaciones deberían incluir estudios cualitativos que profundicen en la experiencia de las familias a lo largo del proceso, con el fin de generar evidencia que oriente la elaboración de protocolos clínicos más claros, coherentes y humanizados.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50(2):381-97. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(03\)00029-4](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(03)00029-4)
2. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics.* 2015; 135(6):e1467-74. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0660>
3. Hill RR, Lee CS, Pados BF. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res.* 2021; 90(2):259-66. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01239-y>
4. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Rodríguez-Alessi P, Ferrés-Amat E, Mareque-Bueno J, Ferrés-Padró E. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *Eur J Paediatr Dent.* 2017; 18(4):319-25. Doi: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.04.10>
5. 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(2):115-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.12.007>
6. Coryllos E, Genna C, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeed Best Mother Baby Newsl.* 2004; 1-6.
7. Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice [Thesis]. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1746-4358-1-3>
8. Lopes de Castro Martinelli R, Marchesan IO, Berretin-Felix G. Lingual frenulum evaluation protocol for infants: relationship between anatomic and functional aspects. *Rev CEFAC.* 2013; 15(3):599-610. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000002>
9. Cordray H, Mahendran GN, Tey CS, Nemeth J, Sutcliffe A, Ingram J, Raol N. Severity and prevalence of ankyloglossia-associated breastfeeding symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2023; 112(3):347-57. Doi: <https://doi.org/10.1111/apa.16609>
10. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health.* 2015; 20(4):209-18. Doi: <https://doi.org/10.1093/pch/20.4.209>
11. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent.* 2005; 27(1):40-6.
12. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breastfeeding. *J Am Board Fam Pract.* 2005; 18(1):1-7. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.1.1>
13. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020; 162(5):597-611. Doi: <https://doi.org/10.1177/0194599820915457>
14. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3(3):CD011065. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011065.pub2>
15. Garrocho-Rangel A, Herrera-Badillo D, Pérez-Alfaro I, Fierro-Serna V, Pozos-Guillén A. Treatment of ankyloglossia with dental laser in paediatric patients: scoping review and a case report. *Eur J Paediatr Dent.* 2019; 20(2):155-63. Doi: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2019.20.02.15>
16. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics.* 2015; 135(6):e1458-66. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0658>
17. Robles-Andrade MS, Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol Reprod Hum.* [internet] 2014 [citado 15 abr 2026]; 28(3):154-8. Disponible en: <https://www.sidalc.net/search/Record/oai:scielo:S0187-53372014000300006/Description>
18. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev.* [internet] 2015 [citado 15 abr 2026]; 23(1):11-6. Disponible en: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.283411623252953>

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

19. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2017 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl-1.pdf
20. Ministerio de Sanidad. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia (IHAN) [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2017 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
21. Baxter R, Merkel-Walsh R, Lahey L, Knutsen C, Zaghi S. The buccal frenum: trends in diagnosis and indications for treatment of buccal ties among 466 healthcare professionals. *J Oral Rehabil.* 2024; 51(2):369-79. Doi: <https://doi.org/10.1111/joor.13609>
22. Medeiros AMC, Santos JCJ, Santos DAR, Barreto IDC, Alves YVT. Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. *Audiol Commun Res.* 2017;2 2:e1856. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1856>
23. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas [internet]. Boletín Oficial del Estado; 2006 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-17999>
24. Plata Quintanilla RM, Rodríguez Rozalén MA. Anquiloglosia. Realización de frenotomías por matronas a debate: ¿Prohibición o limbo jurídico? *Rev Matronas Hoy.* [internet] 2021 [citado 15 abr 2021]; 9(2):39-46. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/article/215/anquiloglosia-realizacion-de-frenotomias-por-matronas-a-debate-prohibicion-o-limbo-juridico/>
25. Frezza A, Ezeddine F, Zuccon A, Gracco A, Bruno G, De Stefani A. Treatment of ankyloglossia: a review. *Children (Basel).* 2023; 10(11):1808. Doi: <https://doi.org/10.3390/children10111808>
26. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomised controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health.* 2005; 41(5-6):246-50. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00604.x>
27. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics.* 2011; 128(2):280-8. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0077>
28. Medeiros AMC, Nascimento HS, Santos MKO, Barreto IDC, Jesus EMS. Análise do conteúdo e aparência do protocolo de acompanhamento fonoaudiológico - aleitamento materno. *Audiol Commun Res.* [internet] 2018 [citado 15 abr 2026]; 23:e1921. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/acr/a/6TDDTpfjNPDG5LSw3xfQhYq/?lang=pt>
29. Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Especializada- RAE-CMBD. Madrid: Subdirección General de Información Sanitaria. Comunicación personal por correo electrónico con Milagros Matarazzo; 2024.