



Faculdade Sete Lagoas

Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Mariana Cruz Gomes

**TESTE DA LINGUINHA E SUA IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA ANQUILOGLOSSIA**

SÃO PAULO/SP

2021

Mariana Cruz Gomes

**TESTE DA LINGUINHA E SUA IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA ANQUILOGLOSSIA**

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Saúde e bem estar.
Orientador: Prof. Dr. Silas Antonio Juvencio de Freitas Filho

Coorientadora: Prof. Me. Ludimila Lemes Moura

SÃO PAULO/SP

2021

GOMES, Mariana Cruz.

Teste da linguinha e sua importância no diagnóstico e tratamento da anquiloglossia / Mariana Cruz Gomes – São Paulo: 2021.

24 f. : il. ; 30 cm.

Orientação: Profª Me. Alessandra

Artigo (Especialização) Departamento de Pós-Graduação em Odontologia – Especialização em Odontologia, Odontopediatria. FACSETE-Ciodonto, 2020.

1.



Artigo intitulado “**Teste da linguinha e sua importância no diagnóstico e tratamento da anquiloglossia**” de autoria da aluna **Mariana Cruz Gomes**.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Silas Antonio Juvencio de Freitas Filho
Prof. – FACSETE

Prof^a. Me. Ludimila Lemes Moura
Prof^a. - FACSETE

Prof. Me. Alessandra da Silva Souza
Prof. - FACSETE

São Paulo, / 29 maio de 2021

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 - 35.700-170 - Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, queria agradecer a Deus por me dar saúde e abençoar todos os meus sonhos.

À minha família, minha mãe, por aguentar meus dias longe, e ao meu pai, por me receber muito bem em São Paulo.

Às minhas amigas, Juliana, Tainá, Bruna, Gisele, Vanessa, Agda, Paola, Izabela, Joyce e Amanda por todo o apoio durante o curso.

Em especial a minha amiga Isadora, que estava junto a mim em todos os módulos me dando força em São Paulo.

À minha chefe, Lídia, por me dar a oportunidade de ficar três dias fora e acreditar no meu potencial.

RESUMO

A anquiloglossia é conhecida como língua presa que está associada ao encurtamento do freio lingual ou com a inserção próxima do ápice da língua. Essa anomalia de desenvolvimento afeta a mastigação, deglutição e prejudica muito a amamentação, sendo assim seu diagnóstico precoce muito importante. No dia 20 de junho de 2014, foi aprovado na lei 13.002 a determinação do uso do “Teste da linguinha”, desenvolvido pela fonoaudióloga Roberta Martinelli, a determinação da realização em bebês de todos os hospitais e maternidades do Brasil. O teste da linguinha é extremamente importante para a avaliação do freio lingual e diagnóstico final para realizar o procedimento correto. Todos os testes disponíveis fazem parte de um grupo eficaz contribuindo ao tratamento de forma exata.

Palavras-chave: teste da linguinha; anquiloglossia; frenectomia

ABSTRACT

Ankyloglossia is known as tongue-tied tongue, which is associated with shortening of the lingual frenum or with the insertion close to the apex of the tongue. This developmental anomaly affects chewing, swallowing, and is very detrimental to breastfeeding, thus its early diagnosis is very important. On June 20, 2014, was approved in law 13.002 the determination of the use of the "tongue test", developed by speech therapist Roberta Martinelli, the determination of carrying out in babies in all hospitals and maternity hospitals in Brazil. The tongue test is extremely important for the evaluation of the lingual fringe and the final diagnosis to perform the correct procedure. All the available tests are part of an effective group contributing to the treatment in an accurate way.

Keywords: tongue test; ankyloglossia; frenectomy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Características anatômicas do frênulo lingual no primeiro, sexto e décimo segundo mês.	12
Figura 2 - Tabela de avaliação do freio segundo Hazelbaker.	14
Figura 3 - Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT).....	15
Figura 4 - Posicionamento do bebê.	17
Figura 5 - Elevação da língua	17
Figura 6 - História Clínica.....	18
Figura 7 - Avaliação Anatomofuncional	19
Figura 8 - Freio lingual curto do caso.....	20
Figura 9 - Freio lingual cicatrizado após frenotomia.	21
Figura 10 - Diérese com tesoura irís curva.	22
Figura 11 - Pós cirúrgico imediato	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	Etiologia	10
2.2	Prevalência.....	12
2.3	Testes disponíveis	14
2.4	Tratamento	20
3	DISCUSSÃO	24
4	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A anquiloglossia ou mais conhecida como língua presa é uma anomalia de desenvolvimento que esta associada com o encurtamento do freio lingual ou com a inserção próxima ao ápice da língua. Essa modificação afeta a mastigação, deglutição, e prejudica muito a amamentação, por essa razão o diagnostico prematuro é muito importante. (OLIVEIRA et al. 2019).

O freio proporciona e influencia na livre movimentação da língua. No momento do desenvolvimento embrionário, em alguns casos não ocorre a apoptose completa do frênuo, e este tecido residual pode permanecer e limitar os movimentos da língua. (MARTINELLI, 2013).

Após o diagnóstico da anquiloglossia ser totalmente concluído, existem duas classes de tratamentos, o método conservador e o método cirúrgico. Geralmente ambos são realizados em conjunto para um resultado de excelência, levando em consideração a idade da criança e implicação das funções orofaciais. (OLIVEIRA et al. 2019)

Pelo fato dos meios de recurso para o diagnóstico não serem muito regulares para avaliação do freio lingual, foi desenvolvido o “Teste da linguinha” e aprovado na lei 13.002, no dia 20 de junho de 2014 a determinação de sua realização em bebês em todos os hospitais e maternidades do Brasil.

Os métodos de detecção da anquiloglossia mostraram variações quanto às análises os quais consideram diversos fatores. A presença da anquiloglossia pode resultar em dificuldades de amamentação e se persistir pode provocar mudanças na fala e na deglutição. Com a implementação do teste da linguinha, foi possível por meio de protocolos avaliar e diagnosticar esta anomalia do desenvolvimento. O estudo propõe também colaborar com Odontopediatras em relação ao exame, diagnóstico e tratamento da anquiloglossia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Etiologia

A boca atua na entrada de alimentos e ao último estágio do processo respiratório, expõe uma especialização que lhe torna apta a ser considerada um órgão multifatorial com papel importante na fonação. Ela se apresenta em uma cavidade natural do organismo, localizada ao terço inferior da face, abaixo das narinas, permitindo uma interação olfato e paladar, que é importante para a fisiologia da alimentação. (ISAC, 2018)

Considerada uma das mais importantes estruturas do corpo humano, a língua é de localização parcialmente oral e parcialmente faríngea, sendo fixada pelos músculos ao osso hióide, mandíbula, processos estilóides, palato mole e parede da faringe. Sua composição é dividida em raiz, ápice, dorso curvo e uma face inferior, com uma configuração de cone posicionado em sentido sagital e aplanado em sentido crânio-caudal. Sua ponta se mostra em uma posição anterior e tocando os dentes incisivos. As fibras musculares intrínsecas expõem uma união de faixas longitudinais, transversais, verticais e horizontais, proporcionando forte mobilidade. Já o freio lingual é formado por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado na área de gengiva inserida e não queratinizado na porção vestibular (ISAC, 2018)

De acordo com Martinelli (2013) para a construção dos sons ocorrer de forma correta na fala, é importante que a criança consiga realizar uma série em ordem e integrada de episódios neuromotores relacionados ao sistema estomatognático, o que caracteriza muito importante a função anatômica e fisiológica dos sistemas. A língua devido a sua competência de fazer movimentos rápidos e precisos na construção de vogais e consoantes, uma função somente dos seres humanos, precisa ser realizada de forma certa para melhorar nossa comunicação. À vista disso, qualquer diminuição dos movimentos da língua resulta em alterações na fala.

Segundo Ferreira et al. (2018) um dos motivos para a origem desta anomalia está no hereditário, de origem autossômica relevante, ligado ao cromossomo X. Ainda que exista mais de um tipo de anquiloglossia, a mais comumente é a parcial, onde o freio lingual não é consolidado por completo.

O frênulo ou freio lingual é uma estrutura anatômica importante na prática da fala, alimentação e sucção. Quando apresenta alterações em seu tamanho, pode limitar diversas tarefas da língua, inclusive sua mobilidade. Quando ocorre a união completa ou parcial da língua ao assoalho da boca, é nomeada de anquiloglossia. O

exame usual do freio lingual proporciona a análise de anomalias e a elaboração de medidas preventivas para as alternativas durante a fase de amamentação (BISTAFFA et al. 2017).

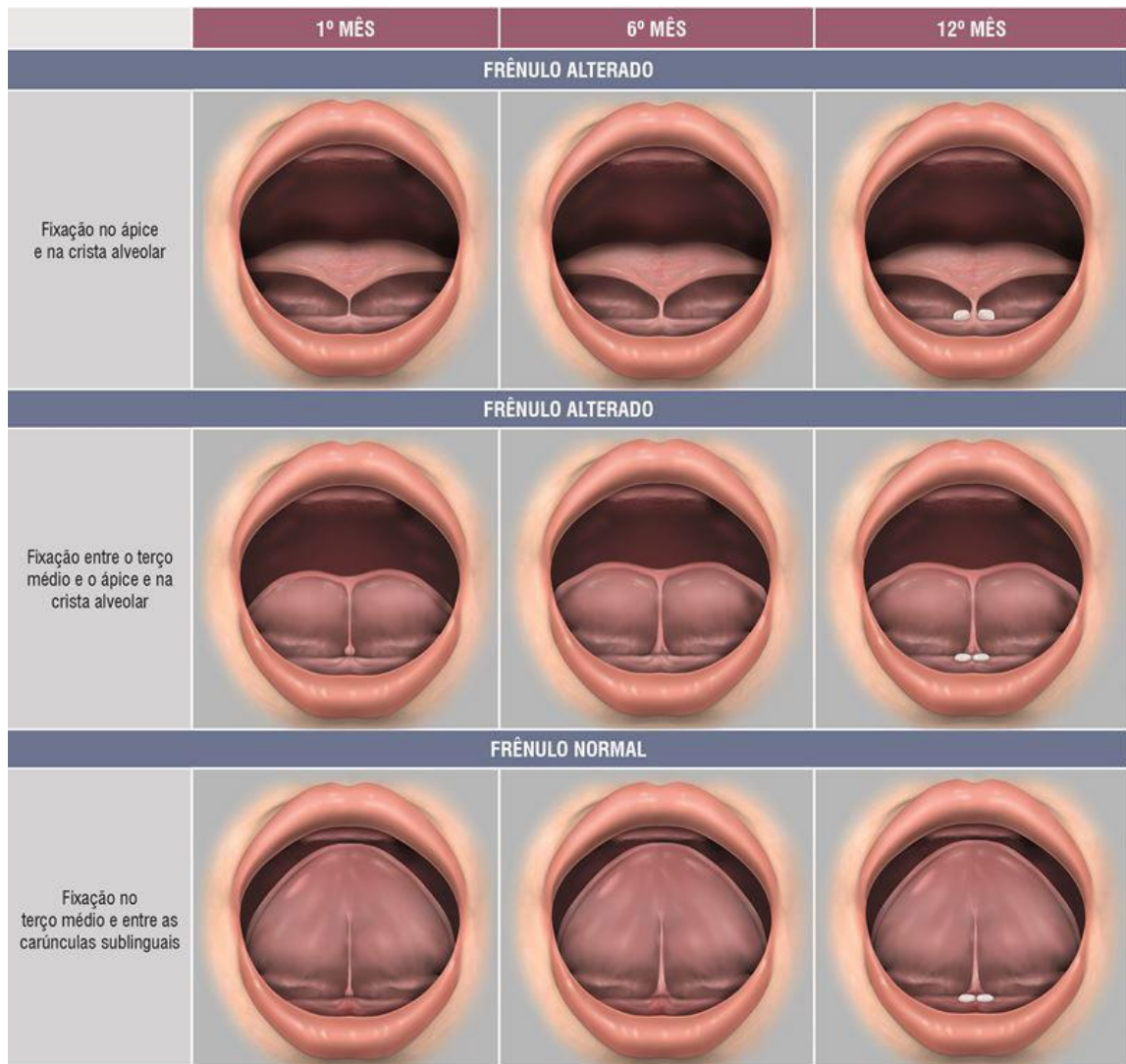
Para identificar e distinguir as variações anatômicas do freio demanda profundo conhecimento da anatomia da língua e áreas próximas para reconhecer se os achados anatômicos podem influenciar na movimentação e funções orais. (MARTINELLI, 2013)

Os freios orais em contexto normal são estruturas anatômicas que permitem o manejo das funções labiais e linguais, impossibilitando o movimento exagerado e sustentando as funções da mastigação e fala (ISAC, 2018).

A anquiloglossia manifesta uma predominância pelo sexo masculino e sua etiopatogenia é de origem desconhecida, todavia pode estar relacionada a mutações genéticas junto ou não de outras alterações congênitas (BISTAFFA et al. 2017).

Identificando os traços anatômicos do freio lingual e sua complicação nas funções de deglutição e sucção pode auxiliar na diminuição de baixo ganho de peso em bebês relacionando ao desmame precoce e prevenir alterações de fala. Considerando que a dificuldade de amamentação deve ser descartada para devido sucesso do aleitamento materno, a movimentação da língua tem papel fundamental, como mostra a Figura 1 a seguir (MARTINELLI, 2013).

Figura 1 - Características anatômicas do frênulo lingual no primeiro, sexto e décimo segundo mês.



Fonte: ANDRADE (2015).

2.2 Prevalência

De acordo com estudo de MARCIONE, et al. (2016) as modificações do frênulo lingual representaram 37% dos bebês, com ocorrência maior no sexo masculino, sendo os mais presentes os de fixação entre o terço médio e ápice e perceptível a partir da crista alveolar inferior, de espessura delgada. Bebês com frênulo normal o domínio foi de fixação do frênulo no terço médio, sendo visível pelas carúnculas sublinguais.

Segundo o estudo de POMINI, et al. (????) o número de gestantes que conhece o protocolo de Avaliação de Frênulo da Língua em Bebês é bem baixo, os dados mostraram que 93% das gestantes não tem nenhum conhecimento sobre e só 18% ouviram falar sobre o teste. Esses fatores foram determinantes para afirmar que

ocorre uma enorme falta de disseminação e de acesso ao conhecimento deste teste.

O estudo pode ressaltar que esse baixo conhecimento pode estar relacionado a deficiência da equipe dos profissionais de saúde onde não dominam a respeito desse assunto, sendo assim ressaltando a importância de cirurgiões-dentistas serem inclusos nas equipes multiprofissionais de saúde, para uma avaliação completa do anatomofuncional bucal do recém nascido, assim oferecendo uma assistência completa nesse período.

O estudo de POMINI, et al. (????) pode salientar que o fator sociocultural, como a renda familiar e o grau de escolaridade estão ligados ao conhecimento das gestantes, relacionando com o acesso aos serviços de saúde e frequência constatando uma desigualdade nesses temas que relatado na pesquisa foram fatores de influencia para a gestantes.

Segundo recomendação da Academia Americana de Pediatria é preconizado que o bebê realize a amamentação até o primeiro ano de vida, fundamentado em evidência de que reduz obesidade, diabetes, infecções, outros diversos problemas médicos, e na função cognitiva. Existem indicativos na anquiloglossia de dor no mamilo e má pega do bebê como fatores de extrema importância em comparação com crianças sem a anquiloglossia. Estudos de frenotomia para aliviar os recém nascidos são constantemente realizados para a anquiloglossia apesar de existir ainda muitos artigos que não acreditam na utilidade deste procedimento (BURYK et al, 2011).

Mães usuárias de cocaína apresentam mais chances de ter filhos com essa anomalia, prejudicando assim a qualidade de vida do portador. (FERREIRA, et al. 2018)

Ainda que o frênulo e a sucção segundo o estudo apresentem baixa simultaneidade, os bebês com alteração do frênulo lingual revelaram mais possibilidades de alteração na sucção, justificando a prática da avaliação do frênulo para realizar o estímulo do aleitamento materno, intervenção precoce e desenvolvimento da fala (MARCIONE, et al. 2016).

Como citado em Martinelli (2013) apesar de diversas literaturas conectarem as dificuldades na amamentação relatadas pelas mães com possíveis alterações do frênulo da língua, ainda não existe estudo ligando as funções de sucção e deglutição com as múltiplas alterações do frênulo.

2.3 Testes disponíveis

Pelo fato dos meios de recurso para o diagnóstico não serem muito regulares para avaliação do freio lingual, e tendo em vista o diagnóstico e a conclusão precoce dessa anomalia, vários protocolos foram oferecidos ao redor do mundo, nomeadamente: National Institute For Health Care, The American Academy of Pediatric Dentistry, The Academy of Breastfeeding Medicine e Canadian Pediatric Society (DE LIMA, et al. 2017).

Entre vários instrumentos para o diagnóstico em 1993 foi criado um dos métodos e modificado em 2010, chamado Hazelbaker Assessment Tool For Lingual Frenulum Function (HATLFF). Neste teste é feito a avaliação da parte anatômica e funcional, dividindo em cinco itens de aparência da língua e sete itens na função da língua. O HATLFF possui segurança para a recomendação de uma frenotomia, como será apresentado na Figura 2 a seguir (BURYK et al. 2011).













Figura 2 - Tabela de avaliação do freio segundo Hazelbaker.

Aspectos clínicos	Função
Aspecto da língua quando é levantada 2: Redondo ou quadrado 1: Ligeira fenda na ponta aparente 0: Formato de coração ou de V	Lateralização 2: Completa 1: Corpo da língua, mas não a ponta da língua 0: Nenhuma
Elasticidade do freio 2: Muito elástico 1: Moderadamente elástico 0: Pouca ou nenhuma elasticidade	Elevação da língua 2: Ponta da língua no meio da boca 1: Somente a ponta na borda do meio da boca 0: A ponta está abaixo do rebordo alveolar inferior ou sobe para o meio da boca com o fechamento da mandíbula
Comprimento do frênulo quando a língua é levantada 2: Maior que 1 cm 1: 1 cm 0: Menor que 1 cm	Extensão da língua 2: A ponta sobre o lábio inferior 1: A ponta somente sobre a gengiva 0: Nenhuma das alternativas; anterior ou protuberância no meio da língua
Inserção do frênulo na língua 2: Posterior à ponta 1: Na ponta 0: Ponta em forma de V	Depressão do corpo da língua 2: Completa 1: Moderada 0: Pequena ou nenhuma
Inserção do frênulo no rebordo alveolar inferior 2: Inserção no soalho da boca ou bem abaixo do rebordo 1: Inserção logo abaixo do rebordo 0: Inserção no rebordo	Peristaltismo 2: Completo 1: Moderado ou parcial 0: Pequeno ou nenhum
	Movimento brusco da língua 2: Nenhum 1: Periódico 0: Frequente ou em cada sucção

Fonte: MELO, et al. (2011)

O Briston Tongue Assessment Tool (BTAT) criado em 2015 pela necessidade de um protocolo simples com uma avaliação consistente da língua. Foi baseado no protocolo de Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). Os elementos de ferramenta deste protocolo são: aparência da língua, fixação do sulco gengival inferior, elevação da língua e protusão da língua. Cada um apresenta sua pontuação, são somadas e podem variar de 0 a 8. As pontuações de 0-3 são severas na anquiloglossia, como veremos na Figura 3 (INGRAM, J. et al 2015).

Figura 3 - Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)

Aspectos avaliados	0	1	2	Score
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

Fonte: <https://institutoery.com.br/anquiloglossia-protocolo-bristol/>

No estudo do protocolo de Bristol foi avaliado bebês com idade média de 17 dias e bebês não avaliados com idade média de 18 dias. As pontuações BTAT foram analisadas em 224 avaliações e ATLFF em 126. Nas avaliações de BTAT, realizadas por duas parteiras, foram concluídos para 33 crianças. Segundo as parteiras, o protocolo é mais rápido, mais claro de ser seguido e leva apenas 2 segundos para ser realizado (INGRAM, J. et al 2015).

Muitos pesquisadores relataram sobre o protocolo de Hazelbaker ser bem abrangente porém de difícil uso e não adequado como ferramenta de triagem em um hospital de grande movimento. Já o protocolo de Bristol apresenta uma maneira bem simples e didática com um objetivo bem claro e simples, mostrou boa confiabilidade interna se correlacionando muito bem com o protocolo de Hazelbaker (INGRAM et al 2015).

No Brasil, a lei foi sancionada pela presidenta Dilma Rousseff sendo assim de número Nº 13.002, em 20 de junho de 2014 onde é obrigatório a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. O protocolo da avaliação do frênulo da língua preconizado pelo ministério da saúde foi criado pela fonoaudióloga Roberta Martinelli na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

O teste é um procedimento rápido e eficaz, causando nenhum malefício ao recém nascido. Ele é um exame padronizado que ajuda o profissional a realizar o diagnóstico precoce de limitações nos movimentos da língua, conseguindo indicar com mais facilidade o tratamento e diminuindo os riscos de afetar algumas funções da língua (MARTINELLI, et al. 2014)

O protocolo do teste da linguinha criado por Roberta Martinelli é avaliado por escores. Este é dividido em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva, podendo ser aplicado até o sexto mês de vida (MARTINELLI, et al. 2014)

A realização do teste só é bem sucedida se o profissional seguir algumas orientações, que são necessárias para o correto escore final, que são: Posicionamento e elevação da língua. O posicionamento do bebê é requerido a mãe ou responsável que coloque a nuca da criança no espaço entre o braço e o antebraço, seguidamente sendo solicitado que segure suas mãos.

Figura 4 - Posicionamento do bebê.



Fonte: MARTINELLI, et al. (2014).

Para elevação da língua é utilizada uma manobra específica introduzindo os dedos indicadores enluvados embaixo da língua, pelas margens laterais, para que consiga realizar a elevação (MARTINELLI, et al. 2014).

Figura 5 - Elevação da língua



. Fonte: MARTINELLI, et al. (2014).

O protocolo criado por Martinelli (2013) é avaliado por escores. Este é dividido em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva, podendo ser aplicado até o sexto mês de vida.

Na história clínica são coletados dados como nome, endereço, gênero, antecedentes familiares, problemas de saúde. É avaliado o bebê em sua amamentação, como tempo entre as mamadas, se ocorre cansaço ao mamar, se ele

morde o mamilo, se vai soltando o mamilo e se mama um pouquinho e dorme. Esses fatores geram pontos que são divididos em pior resultado e melhor resultado, relacionando acima de 4 pontos com a interferência no frênulo lingual (MARTINELLI, 2013).

Figura 6 - História Clínica.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS
Martinelli, 2013

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: _____

Data do Exame: ___/___/___ DN: ___/___/___ Idade: ___ Gênero: M () F ()

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Fones: residencial: () _____ trabalho: () _____ celular: () _____

Endereço eletrônico: _____

Antecedentes Familiares
(investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)
() não (0) () sim (1) Quem e qual o problema: _____

Problemas de Saúde
() não () sim Quais: _____

Amamentação:

- tempo entre as mamadas: () 2h ou mais (0) () 1h ou menos (2)

- cansaço para mamar? () não (0) () sim (1)

- mama um pouquinho e dorme? () não (0) () sim (1)

- vai soltando o mamilo? () não (0) () sim (1)

- morde o mamilo? () não (0) () sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8
Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: (MARTINELLI, 2013)

O exame clínico é separado por avaliação anatomofuncional, onde obtém-se subdivisões como postura de lábios em repouso, tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da língua quando elevada durante o choro. (MARTINELLI, 2013)




Figura 7 - Avaliação Anatomofuncional

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS
Martinelli, 2013



EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)



PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

1. Postura de lábios em repouso




 () lábios fechados (0)  () lábios entreabertos (1)  () lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro

 () língua na linha média (0)  () língua elevada (0)

 () língua na linha média com elevação das laterais (2)  () língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro

 () arredondada (0)  () ligeira fenda no ápice (2)  () formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6
Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: (MARTINELLI, 2013)

Na etapa da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, é necessário que o bebê esteja com fome, ou seja, próximo a hora da mamada. É realizada a ordenha e o orientador precisa ter conhecimento das regras do aleitamento materno para ser gerado o escore e pelo o resultado é diagnosticado se o bebê necessita de interferência. Geralmente a avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva só é feita quando realizamos o reteste, no caso 30 dias após seu nascimento. (MARTINELLI, 2013)

Se a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva for igual ou maior a 13, é considerado a interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua e encaminhado a frenotomia ou frenectomia. Se for realizado apenas o exame clínico e a soma for igual ou maior que 9 também (MARTINELLI, 2013).

2.4 Tratamento

Segundo Isac (2018), o freio oral apresenta uma forma de estrutura anatômica estabelecida por finas pregas de membrana mucosa e tecido conjuntivo, sendo capaz de fibras musculares também fazerem parte de sua constituição. Os freios se apresentam em algumas formas que podem levar a diastemas, anquiloglossia e recessão gengival, em acordo de evitar complicações como essas, é realizado um procedimento denominado frenectomia, onde ocorre a eliminação do freio oral através de um procedimento cirúrgico.

No momento que é detectado, há dois tipos de terapêutica. O tratamento conservador é realizado pela fonoaudióloga, chamado fonoterapia, onde se promove o alongamento da estrutura do freio lingual. O tratamento não conservador, consiste em um procedimento cirúrgico, realizado com bisturi ou bisturi elétrico, chamado frenectomia lingual, indicado quando há comprometimento sério das funções orofaciais (BISTAFFA et al. 2017).

De acordo com Martinelli et al. (2014) e Rego (2017) nos recém nascidos é comum haver dificuldade na amamentação, e se indica a frenotomia, que geralmente é feita em ambiente hospitalar minutos após o nascimento. A frenectomia, é indicada quando pacientes numa idade maior demonstram ter problemas na fala.



Fonte: BISTAFFA et al. (2017)

De acordo com relato de caso de BISTAFFA et al. (2017), a cirurgia de frenotomia é realizada nas seguintes etapas: preparo da mesa clínica, anestesia tópica com solução oftálmica Alcon (Anestalcon), aplicado na face ventral da língua, apreensão do freio lingual com tentacânula, secção do freio lingual. A hemostasia é feita imediatamente com compressa de gaze, sem a necessidade de sutura, apenas a orientação de logo após a cirurgia a mãe realizasse a amamentação da criança no peito. No caso não foi necessário medicação analgésica pós operatória. Após 7 dias, cicatrizado e com melhora na amamentação.

Figura 9 - Freio lingual cicatrizado após frenotomia.



Fonte: BISTAFFA et al. (2017)

Após a cirurgia de frenotomia, o paciente mostrou melhora imediata na amamentação, pontualmente associada a deglutição e sucção junto a respiração, relatando como é fundamental a atuação dos movimentos da língua. Chegando a conclusão que essa técnica cirúrgica é eficaz para aprimorar a mobilidade da língua, postura e funções. (BISTAFFA et al. 2017)

Acredita-se que, nos recém-nascidos, o freio seja muito curto e perto da

inserção da ponta da língua. Na maior parte desses cenários, é corrigido na primeira infância de forma espontânea, concluindo a fase do crescimento e se ainda houver problemas em relação direta ao freio lingual, prioriza-se a correção por meios cirúrgicos. (REGO, 2017)

No caso de OLIVEIRA et al. (2019) a técnica escolhida foi a frenectomia convencional, pela sua propensão e correta efetivação. O tratamento foi realizado por dois odontopediatras, um na estabilização da cabeça e língua com as mãos e o outro iniciando a cirurgia com aplicação tópica do anestésico EMLA com um cotonete. Logo após foi aplicado o anestésico local através da técnica infiltrativa, e iniciado o processo realizando a diérese com tesoura iris curva, e pequena incisão com o bisturi, finalizando com a tesoura fox reta e irrigação com soro fisiológico junto a sucção. Foi proposto uma compressão digital com gaze e entregue a mamadeira para o paciente realizar os movimentos de sucção. Logo no pós imediato já foi visto o sucesso da cirurgia.

Figura 10 - Diérese com tesoura iris curva.



Fonte: Autora.

Figura 11 - Pós cirúrgico imediato



Fonte: Autora.

Na odontopediatria, é sempre preconizado o uso de técnicas mais simples, rápidas e cada vez menos invasivas em todos os procedimentos. Para isso, existe a opção cirúrgica do frênulo lingual realizada com laser de alta potência, que apresenta amplos benefícios em comparação a técnica convencional, porém de alto custo, diminuindo assim as vezes que essa técnica é empregada (SANTOS et al. 2007).

3 DISCUSSÃO

Ao mencionar a etiologia da anquiloglossia, Ferreira et al. (2018) relatou que um dos motivos para sua origem está no hereditário, ligado ao cromossomo X. Todavia, Bistaffa et al. (2017) e Marcione et al. (2016) relataram uma predominância pelo sexo masculino e etiologia de origem desconhecida, mas também relacionada a mutações genéticas, junto ou não de outras alterações congênitas.

Ferreira et al. (2018) afirma que mães usuárias de cocaína apresentam mais chances de ter filhos com essa anomalia, prejudicando a qualidade de vida do portador.

De acordo com Bistaffa et al. (2017); Martinelli (2013); Marcione et al. (2016) o exame do freio lingual tem papel fundamental com medidas preventivas durante a fase da amamentação, diminuindo o desmame precoce, diminuição de baixo ganho de peso e alterações de fala.

Isac (2018) relatou que o freios orais fazem parte de estruturas anatômicas que permitem o manejo das funções labiais e linguais, sendo assim Martinelli (2013) declara que para identificar e distinguir variações anatômicas do freio é preciso ter profundo conhecimento da anatomia da língua e áreas próximas.

O fator sociocultural, como renda familiar e grau de escolaridade é destacado como grande condição ao conhecimento das gestantes, sendo relacionado ao acesso aos serviços de saúde em Pomini, et al. (????)

É relacionado indicativos segundo Buryk et al. (2011) da anquiloglossia de dor no mamilo e má pega do bebê como fator de extrema importância em comparação a crianças sem a anomalia. Discordando de Martinelli (2013) onde confirma que apesar de diversas literaturas conectarem as dificuldades da amamentação a alterações no frênulo da língua, ainda não existem estudos ligando as funções de sucção e deglutição as anomalias do frênulo.

Em 1993 foi criado um método para diagnóstico do frênulo lingual, chamado Hazelbaker Assessment Tool For Lingual Frenulum Function (HATLFF) e citado em Buryk et al. (2011) como um protocolo onde possui segurança para a recomendação de uma frenotomia, em contrapartida Ingram et al. (2015) criou um protocolo chamado Briston Tongue Assessment Tool (BTAT) baseado no protocolo de Hazelbaker, que todavia foi apresentado de maneira mais simples, com objetivo claro e boa confiabilidade interna, neste estudo pesquisadores relataram que o protocolo de

Hazelbaker é abrangente mas de difícil uso, não adequado como ferramenta em triagem de um hospital de grande movimento.

No Brasil, é obrigatório a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês em todos os hospitais e maternidades. O protocolo preconizado pelo ministério da saúde é citado em Martinelli et al. (2014) apresentando um teste rápido e eficaz, sem causar nenhum malefício ao recém nascido, relacionando que este exame ajuda o profissional a realizar um diagnóstico precoce de limitações dos movimentos da língua e diminuindo o risco de afetar alguma função da mesma.

Bistaffa et al. (2017), realizaram o procedimento de frenotomia para tratamento da anquiloglossia, mostrando melhora imediata na amamentação, associando a deglutição e sucção junto a respiração, considerando essa técnica efetiva para aprimorar a mobilidade da língua similar ao caso de Olivera et al. (2019) que foi realizado um procedimento de frenectomia no qual logo no pós operatório já foi observado o sucesso da cirurgia.

Na odontopediatria, é preconizado o uso de técnicas mais simples, rápidas e cada vez menos invasivas. A técnica da remoção cirúrgica do frênulo lingual realizada com laser de alta potência foi citada por Santos et al. (2007) onde apresenta amplos benefícios em comparação a técnica de Oliveira et al. (2019) e a de Bistaffa et al. (2017) que é considerada uma técnica convencional. Em contrapartida, a técnica de Oliveira et al. (2019) e Bistaffa et al. (2017) apresenta custos bem baixos em relação a técnica de Santos et al. (2007).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a etiologia da anquiloglossia ainda é considerada muito subjetiva, sendo cada vez mais relacionada a fatores hereditários. Os testes disponíveis e mais utilizados são testes eficazes no qual totaliza em um diagnóstico excelente e preciso, deste modo contribuindo ao tratamento de forma competente.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ana Paula Rocha Bernardes et al. Teste da linguinha: uma nova realidade para a odontopediatria. **Dental Cremer Blog**, São Paulo, 2015
- BURYK, Melissa; bloom, David; shope, Timothy. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. **Pediatrics**, v. 128, n. 2, p. 280-288, 2011
- BISTAFFA, Alisson Gabriel Idelfonso et al. Frenotomia lingual em bebê. **Revista uningá review**, v. 29, n. 2, p. 2178-2571, 2017.
- DE LIMA, C. M. V. B, K., V. Avaliação da anquiloglossia em neonatos por meio do teste da linguinha: um estudo de prevalência. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 22, n. 3, p. 294-297, 12 jun. 2018.
- FERREIRA, Larissa de Sá Rodovalho et al. Anquiloglossia: revisão de literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-Pernambuco**, v. 3 , n. 3 p. 93, 2018.
- INGRAM, Jenny et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 100, n. 4, p. F344-F349, 2015.
- ISAC, Cristina. **Frenectomia-momento ideal da intervenção cirúrgica**. Dissertação (Doutorado). Instituto Universitário Egas Moniz, São Paulo, 2018.
- MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; GUSMÃO, R. J. BERRETIN-FELIX. **Teste da linguinha**, 2014.
- MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro et al. Validade e confiabilidade da triagem:" teste da linguinha". **Revista CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1323-1331, 2016.
- MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês**. Dissertação (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo, 2013.
- MELO, N. S. F. O et al. Anquiloglossia: relato de caso. **RSBO**, v. 8, n. 1, p. 102-7, 2011.
- OLIVEIRA, Daniela Aguiar Melo et al. Frenectomia lingual: relato de caso. **UNIFUNEC**

CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS, v. 3, n. 5, p. 1-8, 2019.

REGO, Ana Sofia Teves. **Frenectomia: Momento Ideal de Intervenção Cirúrgica**. São Paulo, 2017.

SANTOS, Endrigo Sperto Rodrigues et al. **Frenectomia a laser (Nd: YAP) em Odontopediatria**. São Paulo, v. 15, n. 29 p. 107-113, 2009.

POMINI, Marcos Cezar et al. Conhecimento de gestantes sobre o teste da linguinha em neonatos. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 6 p. 341-347, 2018.