

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

**LAVÍNIA GONÇALVES CARVALHO**

**ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊS:  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Sete Lagoas-MG  
2023

**LAVÍNIA GONÇALVES CARVALHO**

**ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊS  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas–FACSETE.

**Orientadora:** Profa. Ma. Pollyanna Moura Rodrigues Carneiro

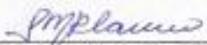
Sete Lagoas-MG  
2023

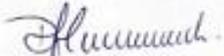
Lavinia Gonçalves Carvalho

**Anquiloglossia em bebês: diagnóstico e tratamento**

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em "Odontologia" da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em 16 de dezembro de 2023.

  
Prof. (a) Ma. Pollyanna Moura Rodrigues Carneiro  
Orientador(a)  
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

  
Prof. (a) Ma. Diana Gaudereto Carvalho de Freitas  
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 16 de dezembro de 2023.

## RESUMO

A Anquiloglossia é uma anomalia congênita, que está ligada ao cromossomo X, que ocorre quando o tecido embrionário do freio lingual não se desenvolve adequadamente, sendo caracterizado por um frênulo lingual que pode apresentar alterações em sua anatomia e função. Essa condição tem sido associada a vários problemas durante a amamentação devido a dor que pode provocar no mamilo, infecção que pode surgir nos mesmos, devido a pega inadequada, ganho de peso inadequado do bebê, dificuldade de sucção, preocupação com a higiene bucal, além de possíveis problemas na fala que podem dificultar a socialização da criança futuramente. Existindo essa alteração do frênulo lingual a díade Mãe e Bebê pode ser abalada, prejudicando de forma importante a amamentação, pois o aleitamento materno é de extrema importância desde as primeiras horas de vida do bebê. O exame de diagnóstico da Anquiloglossia é feito por um fonoaudiólogo, sendo observado por meio da história clínica, da avaliação anatomofuncional e da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva; por meio dessa, é indicada ou não a realização da frenotomia lingual, a qual é executada por um cirurgião-dentista odontopediatra ou mesmo um buco-maxilo-facial. Esse trabalho foi realizado por meio de revisão de literatura, com intuito de construir um prontuário para a Clínica de Bebês, um documento informativo pré e pós-operatório para orientar os pais e/ou responsáveis sobre o assunto e sobre os providências e cuidados a serem tomados, além da sugestão de um protocolo cirúrgico para realização da frenotomia em bebês na clínica escola da Faculdade de Sete Lagoas (Facsete).

**Palavras-chaves:** Frênulo Lingual; Anquiloglossia.

## ABSTRACT

Ankyloglossia is a congenital anomaly, which is linked to the X chromosome, which occurs when the embryonic tissue of the lingual frenulum does not develop properly, being characterized by a lingual frenulum that may present changes in its anatomy and function. This condition has been associated with several problems during breastfeeding due to pain that can cause in the nipple, infection that can arise in them due to inadequate attachment, inadequate weight gain of the baby, difficulty in sucking, concerns about oral hygiene, in addition to of possible speech problems that could hinder the child's socialization in the future. If there is this change in the lingual frenulum, the Mother and Baby dyad can be disrupted, significantly compromising breastfeeding, as breastfeeding is extremely important from the first hours of the baby's life. The Ankyloglossia diagnostic exam is carried out by a speech therapist, being observed through clinical history, anatomofunctional assessment and assessment of nutritive and non-nutritive sucking; Therefore, whether or not a lingual frenotomy is indicated, which is performed by a pediatric dentist or even a maxillofacial surgeon. This work was carried out through a literature review, with the aim of creating a medical record for the Baby Clinic, a pre- and post-operative information document to guide parents and/or guardians on the subject and the measures and care to be taken. taken, in addition to the suggestion of a surgical protocol for performing frenotomy in babies at the teaching clinic of the Faculty of Sete Lagoas (Facsete).

**Keywords:** Lingual Frenulum; Ankyloglossia.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1. Objetivo Geral .....	11
2.2. Objetivos Específicos .....	11
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Ministério da Saúde (2021), a Anquiloglossia é uma anomalia congênita que ocorre quando o tecido embrionário do freio lingual não se desenvolve adequadamente, sendo caracterizada por um frênulo lingual anormal, podendo ser curto, espesso ou delgado e ainda restringir em graus diferentes aos movimentos da língua do bebê.

Paula e Tostes (2023) relataram em sua publicação que há um consenso público de médicos otorrinolaringologistas em conceituar a Anquiloglossia como “condição de mobilidade limitada da língua causada por um freio lingual restritivo”.

A Afiliação Internacional de Profissionais da Língua Presa (IATP) recomenda que a nomenclatura “freio curto” deve ser abandonada. Recomendam o uso do termo “língua presa sintomática” ou “anquiloglossia sintomática”. Quando não há dificuldade na amamentação ou quando esta for corrigida, deve-se denominar “freio sublingual assintomático” (Paula e Tostes, 2023).

A Anquiloglossia pode ser classificada conforme a gravidade, em tipo I e tipo II. A tipo I ocorre quando a inserção do freio lingual está localizada diretamente na ponta da língua e a tipo II é quando a inserção do freio lingual está na face inferior da lâmina da língua, localizada ligeiramente atrás da ponta da língua (Visconti *et al.* 2021).

A Anquiloglossia é uma condição hereditária, que normalmente é herdado de parentes próximos, como pai e mãe. Esta natureza hereditária tem sido a uma desordem autossômica dominante, sendo uma transmissão de gerações feita através do cromossomo X (Xavier, 2014).

A condição de Anquiloglossia tem sido associada a vários problemas durante a amamentação devido a dor que provoca nos mamilos, infecção que pode surgir nos mesmos devido a pega inadequada, ganho de peso inadequado do bebê, por dificuldade de sucção, preocupação com a higiene bucal, além de possíveis problemas na fala que podem dificultar a socialização da criança futuramente (Paula e Tostes, 2023).

Esses mesmos autores ressaltaram que as alterações no frênulo lingual afetam de maneira direta a amamentação. O leite materno é considerado o

alimento essencial para bebês desde a primeira hora de vida e recomenda-se que deve se estender até os 02 anos, sendo exclusivos nos primeiros 06 meses do bebê. É de grande importância tanto para a mãe quanto para o filho, pois este ato é um processo que envolve interação profunda da díade, com repercussões na criança, na mãe e conseqüente benefício para a família e toda a sociedade.

Em lactentes, a Anquiloglossia pode gerar certas dificuldades na amamentação, sendo que a deglutição e a sucção estão diretamente relacionadas a este processo. Essa situação pode gerar uma dificuldade no ganho de peso da criança e dor no mamilo da mãe durante o ato de amamentar, levando assim a um desmame precoce e prejuízo no desenvolvimento da criança. Futuras limitações podem causar um prejuízo na criança como durante o choro e a lalação e posteriormente, dificuldades na dicção. Em casos mais graves, pode levar a uma deficiência no crescimento da mandíbula (Procopio, 2017).

O'Shea *et al.* (2017) relataram que o frênulo lingual é uma dobra da membrana mucosa que se liga ao assoalho bucal até a linha média da parte inferior da língua (ventre lingual). Esse frênulo lingual tem como objetivo estabilizar a base da língua e não interferir nos movimentos.

O frênulo lingual foi descrito na literatura como uma prega mucosa da linha média que passa entre a superfície inferior da língua e o assoalho da boca (Mills *et al.*, 2019). Quando tem sua inserção fora do padrão anatômico temos a Anquiloglossia.

O freio lingual é uma estrutura anatômica importante, cujo o papel é estar ligado à sucção, fala e alimentação. Segundo Visconti *et al.* (2021), o comprimento "normal" do mesmo deve ser considerado com 16 mm.

Existem vários protocolos para avaliação do frênulo lingual. Um deles é o BTAT - Ferramenta de Avaliação da Língua Bristol que foi desenvolvido conforme a prática clínica e com referência na Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker (Ministério da Saúde, 2021). Esse protocolo começou a ser rotina, em 2014 no Brasil, mesmo não havendo consenso da literatura sobre o melhor método para essa avaliação (Yoshida, 2021).

Araújo *et al.* (2020) validaram um protocolo baseado na revisão de literatura sendo levadas em conta, as variações anatômicas do frênulo lingual, levando em

consideração as funções de sucção e deglutição. Porém, era um protocolo complexo e longo, sendo indicado uma adequação para se tornar mais fácil e rápido.

O protocolo proposto por Martinelli *et al.* (2013) tem como objetivo diagnosticar as limitações dos movimentos da língua causado por alguma alteração no frênulo lingual, sendo diagnosticado por meio de história clínica, da avaliação anatomofuncional e da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, indicando assim uma necessidade ou não de uma frenotomia lingual. A história clínica está relacionada com a genética, amamentação e saúde geral do bebê. O exame clínico é referente a avaliação anatomofuncional, verificando-se a posição dos lábios, movimentação da língua durante o choro, bem como as características do frênulo lingual em relação à espessura e sua fixação na língua e no assoalho bucal. É avaliada também a sucção sendo, nutritiva ou não, observando a movimentação da língua, a coordenação da sucção, deglutição, respiração, se há presença de estalos, bem como se o bebê “morde” o mamilo. Resumindo a questão do exame, segundo esses mesmos autores, ele consiste na avaliação da história clínica do bebê, sendo respondido pelos responsáveis, na função anatomofuncional avaliada durante o exame clínico e das funções orofaciais sendo observados os movimentos da sucção nutritiva e não-nutritiva, pelo profissional fonoaudiólogo. O bebê é submetido ao teste 48 horas após seu nascimento, mas em caso de dúvidas é feito um novo teste 30 dias depois, aplicando assim um protocolo completo.

As características clínicas marcantes são: freio lingual anormal curto, inserido próximo ou no ápice lingual, dificuldade de elevação da língua e de tocar no palato, dificuldade de protrusão lingual, acima de 01 a 2 mm além do rebordo correspondente aos incisivos centrais inferiores; o que gera durante a protrusão, a língua apresentar um “formato de coração” (Procopio, 2019).

A frenotomia lingual é um procedimento cirúrgico indicado nestes casos de alterações do frênulo lingual, e que leva a cisão do freio lingual (Mills *et al.*, 2019).

Visconti *et al.* (2021) relataram em pesquisas que o procedimento da frenotomia é cortar o frênulo encontrado entre a superfície da língua até o assoalho bucal e que são realizados em bebês antes dos 06 meses, mas pode variar até os 06 anos da criança. Por ser um assunto novo, estão sendo desenvolvidos vários protocolos de avaliação e bem como cirúrgicos, inclusive no Brasil, para a escolha de um protocolo padrão ouro para uma melhor avaliação e técnica cirúrgica. Há diversos estudos e

publicações acerca do tema “Frenotomia Lingual em Bebês” que relatam suas indicações e questões relacionadas aos procedimentos em si. Entretanto, por ser um procedimento cirúrgico muito indicado atualmente e realizado em pacientes extremamente jovens (bebês de 0 a 03 meses de idade, em média), justifica-se um estudo mais aprofundado em relação a esse tema.

Cabe ao cirurgião dentista, em especial ao Odontopediatria, identificar adequadamente as alterações no frênulo lingual dos bebês a fim de definir, a melhor estratégia e o melhor momento para uma intervenção (Paula e Tostes, 2023).

Dantas (2022) destacou que o diagnóstico pode ser feito por diversos especialistas, como fonoaudiólogo, cirurgião dentista, odontopediatria e médico. Normalmente, o diagnóstico é feito pelo fonoaudiólogo que encaminha para a avaliação do cirurgião dentista para que seja discutida a intervenção.

De acordo com Araújo e Pinchemel (2020), uma vez que é feito o diagnóstico, a anquiloglossia pode ser tratada de forma conservadora e não-conservadora. De forma conservadora, é feito o tratamento com fonoaudióloga fazendo exercícios que promovem o alongamento da estrutura de frenagem. O tratamento não-conservador é feito por meio de procedimento cirúrgico.

A frenotomia (liberação simples do frênulo) e frenuloplastia (liberação com retalho) são os procedimentos mais comuns realizados, mas podendo ser usada outras técnicas, como: frenectomia, frenuloplastia em Z de quatro retalhos ou horizontal-vertical e com o uso do laser de diodo. A frenuloplastia é a excisão parcial do frênulo lingual. No geral, a frenectomia e ou a frenuloplastia são realizadas em crianças mais velhas e em adultos, na maioria das vezes sendo indicado por questão fonética, ortodôntica e adaptação de próteses removíveis (Dantas, 2022).

Cardoso *et al.* (2023) relataram que a frenotomia pode ser utilizada com a aplicação de anestésico tópico ou por meio de anestesia infiltrativa local e bloqueio do nervo lingual bilateralmente.

Segundo Bueno (2018) a anestesia tópica por ser uma técnica anestésica de fácil execução e este tipo de aplicação poderia ser uma boa escolha para a realização do procedimento em recém-nascidos.

Cardoso *et al.* (2018) realizaram um estudo clínico aleatório, duplo cego com 40 bebês submetidos ao procedimento de frenotomia lingual com diferentes

anestésicos tópicos: mistura eutética de lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5% (EMLA®), creme de lidocaína 4% (Dermomax®), solução de tetracaína 1% e fenilefrina 0,1% (Allergan®) e placebo (hidrogel de carbopol). Foram aplicados 62,5 mg de EMLA® e Dermomax® e 01 gota de Allergan® de cada lado do freio lingual, durante 01 minuto para identificar qual melhor escolha anestésica tópica para realização de frenotomias em bebês. Após a análise das escalas de pressão aplicada, foi possível observar que todos os anestésicos testados foram mais eficazes que o placebo, porém as formulações Dermomax® e EMLA® apresentaram resultados superiores. O EMLA® foi associado à ardência local na aplicação, e assim os autores concluíram que o Dermomax® é a melhor escolha de anestésico tópica para realização de frenotomias em bebês.

A Dermomax® é um creme anestésico aplicado ao local da incisão, provoca analgesia dérmica pela liberação da lidocaína com um poder de penetração em tecido úmido (mucosa bucal) entre 05 mm a 07 mm de profundidade. É aplicado com o auxílio de um cotonete, diretamente sobre o frênulo lingual por 02 minutos e depois aplicado novamente, levando em consideração um espaço de tempo de 01 minuto, entre as aplicações.

Paula e Tostes (2023) descreveram que a realização da técnica cirúrgica da frenotomia pode ser com uma excisão simples (Archer ou Archer modificada) que são indicados para frenectomia e excisão simples em frenotomia. Essa técnica é realizada por meio de bisturi nº 15 e depois realiza a divulsão com uma tesoura ou com uma pinça hemostática. No final do procedimento é necessário realizar sutura.

Esses mesmos autores destacaram que a excisão simples em frenotomia é uma técnica indicada para procedimentos cirúrgicos que são feitos em pacientes recém-nascidos e lactantes. O procedimento é realizado com uma tesoura de ponta romba para a secção do freio e, se caso for necessário, realiza uma pequena divulsão tecidual com a própria tesoura. Ao final dessa técnica, não há necessidade de sutura, a hemostasia é simplesmente com uma gaze.

Relataram ainda que o uso do bisturi de laser de alta potência tem sido muito usado para realizar a frenotomia em recém-natos, otimizando o tratamento. O laser de diodo apresenta grande absorção por tecidos pigmentados e pela água. Assim, são indicados, para realizar em tecidos moles, sendo então em cirurgias limpas, com

o controle efetivo do sangramento, cortes precisos e promovendo um pós-operatório favorável.

Após o procedimento cirúrgico da frenotomia em bebês a medicação pós-operatória é controversa na literatura médica, mas alguns autores recomendam o uso do paracetamol em gotas de 10mg/kg de 06/06 horas durante as primeiras 24 horas (Xavier, 2014).

Por entender a importância de aprofundar sobre o diagnóstico e tratamento da Anquiloglossia e suas implicações, além de destacar a importância de seguir um protocolo para realização da técnica de frenotomia em bebês visando garantir o aleitamento materno de qualidade, é que se propôs o presente estudo, além de ressaltar e pesquisar questões relacionadas à qualidade de vida da díade Mãe e Bebê.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo Geral

O objetivo desse trabalho é produzir um estudo a respeito das questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da Anquiloglossia em bebês.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Desenvolver um prontuário, que seja específico e pertinente a esse tipo de avaliação.
- Apresentar uma lista de recomendações pré e pós-operatórias para os pais e/ou responsáveis dos bebês submetidos ao procedimento de Frenotomia lingual nas clínicas da Facsete.
- Apresentar um protocolo clínico para realização da Frenotomia Lingual em Bebês na Clínicas da Faculdade de Sete Lagoas (Facsete).

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho faz uso do método de revisão narrativa da literatura que tem por finalidade apresentar uma análise geral e abordar as evidências existentes referentes ao tema retratado. Após pesquisa nas bases de dados Pub Med, Scielo e Ministério da Saúde, foram selecionados artigos, contemplando o período entre os anos 2008 e 2023, utilizando os descritores autenticados com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DECs): “frênulo lingual” e “anquiloglossia”, além dos respectivos correspondentes em inglês. Por meio disso, foram escolhidos artigos que facilitaram o entendimento sobre o assunto, totalizando 20 artigos. Sendo assim, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, sendo eles:

- Critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2008 a 2023, estudos originais publicados nas línguas português e inglês; publicações com textos completos e que o assunto esteja relacionado com o tema proposto pelo estudo. O livro das autoras Viviane Andrade Cancio de Paula e Mônica Almeida Tostes intitulado “Freios Orais Prática Clínica e Evidência Científica” que foi publicado 2023, foi utilizado por ser o compilado mais recente de toda bibliografia referente ao tema proposto.
- Critérios de exclusão: artigos publicados fora dos anos de interesse; publicações com texto incompleto e textos duplicados.

Sendo assim, a partir do estudo dos artigos selecionados foi desenvolvido um prontuário específico para atendimentos de bebês que serão avaliados para diagnóstico e/ou tratamento de anquiloglossia, além do desenvolvimento da sugestão de orientações pré e pós-operatórias e um protocolo clínico para aplicação deste procedimento nas clínicas da Facsete.

#### **4. RESULTADOS**

A partir da literatura revisada foi desenvolvido um Prontuário específico para a Clínica de Bebês para a Facsete, onde serão coletadas informações de extrema importância para indicar ou não o procedimento de Frenotomia Lingual em Bebês. O mesmo foi planejado com ênfase em alguns pontos importantes, sendo relacionada a rotina da díade Mãe e Bebê.

Descrevem-se nesse mesmo tópico, um Protocolo Clínico para a realização da Frenotomia Lingual em Bebês que procuraram a Facsete e ainda uma lista de recomendações pré e pós-operatórias para os pais e/ou responsáveis dos bebês (APENDICES A, B e C, respectivamente).

## 5. DISCUSSÃO

Com base na literatura revisada para realizar esse trabalho, foi visto que a frenotomia lingual é de extrema importância na vida do bebê para aqueles que foram disgnósticados, pois depois de realizada traz grandes impactos, na mobilidade da língua e conseqüentemente, na amamentação, motivos pelos quais indica-se a intervenção cirúrgica, em bebês de tão tenra idade. Em relação a mãe, traz menos desconforto na hora de realizar a amamentação, o que contribui para um desenvolvimento de uma díade perfeita.

Alguns autores como Paula e Tostes (2023), descreveram que a língua é um músculo que possui papel importante em funções como amamentação, fala, deglutição, posição dos dentes e atividade sociais, sendo que a limitação dos seus movimentos poderia comprometê-las.

A Anquiloglossia é uma anormalidade congênita (Visconti *et al*, 2021), sendo uma etiologia incerta, porém sendo forte o comprometimento genético.

Melo *et al*. (2011), sinalizaram que devido à diminuição dos movimentos da língua, a anquiloglossia afeta a amamentação do lactente, já que a vedação do mamilo com a língua é inadequada, contribuindo com dor e desconforto para a mãe na hora da amamentação. Ainda destacaram que com a amamentação prejudicada, o lactente pode apresentar dificuldade em ganhar peso.

Xavier (2014) propuseram uma classificação para avaliar o frênulo lingual em recém-nascidos, The Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF). Essa avaliação leva em consideração dois parâmetros: a aparência e a função do freio lingual, sendo que a somatória final define se é necessário ou não a realização do procedimento cirúrgico, naquele determinado momento. Esses autores preconizam que a Anquiloglossia é um prejuízo para o recém-nascido quanto para a mãe, fazendo com que o bebê tenha perda de peso e a mãe feridas enquanto tenta amamentar. Assim, preconizaram que sendo necessária, deve ser feita a intervenção cirúrgica, mais rapidamente possível.

O Teste da Linguinha é uma técnica pioneira para avaliar o frênulo da língua em bebês, introduzido no Brasil pela fonoaudióloga Roberta Martinelli e colaboradores em 2013. Dantas (2022), sinalizou que o teste foi criado com o intuito de padronizar,

por meio de uma classificação, o diagnóstico da anquiloglossia, justamente pelas diversas controvérsias existentes na forma de nomear, avaliar e classificar o freio lingual alterado. Martinelli *et al.* (2013) validaram este teste e o mesmo tornou-se obrigatório nas maternidades e hospitais, por lei (13.002/14) sancionada em 2014, sendo chamado de Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, buscando diagnosticar precocemente alterações na língua de bebês para correta indicação de tratamento, quando necessário, melhorando a qualidade de vida do bebê e da mãe.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão de conceitos relacionados à Anquiloglossia e seu diagnóstico e tratamento, conclui-se que, cabe ao Cirurgião Dentista, em especial ao Odontopediatra, avaliar frequentemente esta condição, para o qual, geralmente, um fonoaudiólogo ou consultor de amamentação encaminhou o paciente para que seja realizada a frenotomia. Com isso, foi realizada uma modificação no prontuário da Facsete, onde foi inserido apenas informações sobre a díade e adicionado o teste da linguinha para ser transferido os resultados que foi enviado pela fonoaudióloga, foi criado um pré e pós operado para os pais e/ou responsáveis e um protocolo onde exemplifica como é realizado a técnica da frenotomia nas clínicas da Facsete.

Cabe ao Cirurgião Dentista, após receber o encaminhamento do fonoaudiólogo confirmar a ocorrência da anquiloglossia e principalmente o impacto que está causando na amamentação e a real necessidade de intervenção cirúrgica, a fim de definir a melhor estratégia e o melhor momento para a sua realização, evitando assim, sobre e super tratamentos em relação a essa alteração em pacientes tão jovens e que dependem desta decisão para que tenha melhora na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

Araújo,L.M., Pinchemel,E.N.B., Indicações Terapêuticas para freio lingual em recém nascidos – Protocolo/Teste da Linguinha: Revisão de Literatura – Id on Line **Rev. Mult. Psic.** V.14, N.52, p.564-578, outubro/2020

Araújo,T.R. *et al.* Anquiloglossia: Causas, Consequências e Tratamento, **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica – JOAC**, v.2, n.2, 2016

Brito,S.F., *et al.* LINGUAL Frenulum: Classification And Conduct According To Speech Languagepathologist, Odontologist And Otorhinolaryngologist Perspective – **Rev. CEFAC SCIELO- Motricidade Orofacial**, 10 (3), 2008.  
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/xTnpSGwvMYsNhBL4CMCyddj/?lang=pt>

Bueno, T. C. **Avaliação de anestésicos tópicos para anestesia do freio lingual** – Universidade Estadual de Campinas – Piracicaba SP: [s.n.], 2018.

Cardoso,R.Q.D., **Anestésicos locais utilizados em frenotomia lingual de bebês: uma revisão de literatura** – Uberlândia, 2023

**Coordenação Geral De Saúde Da Criança E Aleitamento Materno** – Secretária de Educação [s.n.],2021  
[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601\\_N\\_NT11AVALIACAOFRENULOLINGUALRN\\_772086272972157347.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601_N_NT11AVALIACAOFRENULOLINGUALRN_772086272972157347.pdf)

Dantas, I.N. **Anquiloglossia, frenotomia e frenulotomia em recém nascidos: revisão de literatura** – 2022.2

Dermomax lidocaína 4% (bula de medicamento) – Farmacêutico responsável: Alberto Jorge – São Paulo – SP: Biosintética Farmacêutica Ltda.

Fraga, M.R.B.A. *et al.* **Diagnosis Of Ankyloglossia In Newborns: Is There Any Difference Related To The Screening Method?** Trabalho realizado no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM - Recife (PE), [s.n.], 2021.  
<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6849/4326>

Martinelle, R.L.C. *et al.* Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais, **Rev. CEFAC**. 2013

Martinelle,R.L.C., **Validação do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em**

**Bebês**, Bauru [s.n],2015

Melo,N.S.F.O. *et al.* Ankyloglossia: Case Report - **RSBO (Online)** Joinville [s.n.], 2011 vol.8 no.1 Jan. <http://revodonto.bvsalud.org/scielo>.

Mills,N. *et al.* What Is A Tongue Tie? Defining The Anatomy Of The In-SituLingual Frenulum, **Anatomia Clinica** [s.n.], 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30701608/>

O'Shea, J.E. *et al.* Frenotomy For Tongue-Tie In Newborn Infants - **Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas** Edição 3. [s.n.], 2017 Art. N°: CD011065. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284020/>

Paula,V.A.C., **Freios orais: prática clínica e evidência científica**, 1.ed. São Paulo, SP: Santos Publicações, 2023.

Procopio,I.M.S. *et al.* Lingual Frenotomy In Infants - RFO, **Passo Fundo**, [s.n.],2017 p.114 -119 v.22,n.1 jan./abr.

Visconti, A. *et al.* Uma Revisão Sistemática: Os Efeitos Da Frenotomia Na Amamentação E Na Fala Em Crianças Com Anquiloglossia, **International Journal of Speech-Language Pathology**, [s.n.], 2021. <https://www.tandfonline.com/loi/iasl20>

Xavier, M.M.A.P.C., **Anquiloglossia em pacientes pediátricos**, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina dentária – 2014

Yoshida,T. **Anquiloglossia: Como Protocolo Bristol Ajuda Na Língua Presa** – **Instituto Ery** [s.n.], 2021 <https://institutoery.com.br/anquiloglossia-protocolo-bristol/>

Paula,V.A.C., **Freios orais: prática clínica e evidência científica**, 1.ed. São Paulo, SP: Santos Publicações, 2023.

Procopio,I.M.S. *et al.* Lingual Frenotomy In Infants - RFO, **Passo Fundo**, [s.n.],2017 p.114 -119 v.22,n.1 jan./abr.

Visconti, A. *et al.* Uma Revisão Sistemática: Os Efeitos Da Frenotomia Na Amamentação E Na Fala Em Crianças Com Anquiloglossia, **International Journal of Speech-Language Pathology**, [s.n.], 2021. <https://www.tandfonline.com/loi/iasl20>

Xavier, M.M.A.P.C., **Anquiloglossia em pacientes pediátricos**, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina dentária – 2014

Yoshida,T. **Anquiloglossia: Como Protocolo Bristol Ajuda Na Língua Presa** – Instituto Ery [s.n.], 2021 <https://institutoery.com.br/anquiloglossia-protocolo-bristol/>

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Prontuário Odontológico Bebê Clínica



### PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO Bebê Clínica

1. IDENTIFICAÇÃO		Observação Importante:
1.1. Identificação do Paciente		
Nome: _____		Apelido: _____
Gênero: M ( ) F ( )	Data Nasc.: __/__/_____	Idade: _____ Cor: _____
Rua: _____	Nº _____	Bairro: _____
Cep: _____	Cidade: _____	Telefone fixo: _____
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____	Pais vivem juntos? _____
Pai: _____	CPF: _____	Ocupação: _____
Mãe: _____	CPF: _____	Ocupação: _____
Telefones(s) para contato: _____		
Procedência: ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana A criança convive com quem? _____		
Quem responde a ficha? _____		Parentesco: _____
1.2. Autorização para diagnóstico e planejamento		
<p>Declaro que fui devidamente esclarecido a respeito e autorizo a Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE), por intermédio de seus professores e alunos, a realizar os exames necessários bem como, diagnóstico e planejamento dos problemas bucais do meu (minha) filho (a) ou dependente, de acordo com os critérios estabelecidos por essa Instituição.</p> <p>Autorizo também o uso dos dados e da documentação ortodôntica, resguardando a identificação, incluindo radiografias, fotografias, modelos de estudo e quaisquer outras informações relativas ao diagnóstico e/ou planejamento, para fins de consulta profissional, pesquisa, educação ou publicação em revistas profissionais.</p> <p>Os dados fornecidos por mim são verdadeiros e são de minha inteira responsabilidade.</p> <p style="text-align: right;">Sete Lagoas, ____ de _____ de _____.</p> <p>Assinatura do responsável: _____ Documento apresentado _____</p>		
2. ANAMNESE		
2.1. Avaliação Geral		
Queixa principal ou motivo da consulta (Q.P.) e História da Moléstia Atual:		
História Médica (H.M.):		
- Houve complicação na gestação (acidente ou trauma) ? ( ) Sim Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- A criança foi prematura? ( ) Sim ( ) Não _____		
- A gravidez foi planejada? ( ) Sim ( ) Não		
- A mãe fez uso de algum medicamento durante a gestação? ( ) Sim - Qual? _____ Motivos: _____ ( ) Não ( ) Não sei		

Fonte: próprio autor

- Peso _____ e Altura _____ do bebê ao nascimento		
- Algum problema com o crescimento físico? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- Algum problema com o ganho de peso do bebê? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- Algum problema durante a amamentação? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- Amamentação nos dois seios? ( ) Sim – ( ) Não - Qual de preferência? _____ ( ) Não sei		
- Já fez cirurgia nos seios? ( ) Sim - Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- Qual o tipo sanguíneo do recém-nascido? _____		
- Tomou injeção de vitamina K na maternidade? ( ) Sim ( ) Não		
- Fez Teste da linguinha na maternidade? ( ) Sim ( ) Não		
- O bebê sofre de distúrbios cardiovasculares? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei		
- O bebê sofre de algum distúrbio sanguíneo? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- O bebê sofre de algum distúrbio respiratório? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- O bebê sofre de algum distúrbio neurológico? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- O bebê sofre de algum distúrbio renal? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- O bebê é diabético? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei		
- Existe alguma doença predominante em sua família? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não ( ) Não sei		
- Outras informações: Paciente com necessidades especiais: _____ Quais: _____		
O bebê apresentou alergias (inclusive a medicamentos): _____		
História Progressiva / Pessoal (H.P.):		
O bebê já foi ao pediatra? ( ) Sim – Por qual motivo? _____ ( ) Não		
Última consulta médica (época e motivo):		
O bebê fez algum tratamento médico nos últimos dias/meses:		
O bebê fez uso de medicamento nos últimos dias/meses:		
O bebê necessitou de ser hospitalizado? ( ) Sim - Motivos: _____ ( ) Não		
O bebê já se submeteu-se a alguma intervenção cirúrgica?		
A vacinação de seu filho está em dia? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei		
-Peso atual: _____ - Altura atual: _____		
OBSERVAÇÃO:		

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA PARA BEBÊS**

**TESTE DA LINGUINHA**

Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Antecedentes familiares? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)  Quem? _____ Qual o problema? _____	<b>Amamentação</b>	
	Tempo entre as mamadas	<input type="checkbox"/> 3 horas (0) <input type="checkbox"/> 2 horas (0) <input type="checkbox"/> 1 hora ou menos (2)
	Cansaço para mamar?	<input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (1)
	Mama um pouquinho e dorme?	<input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (1)
	Vai soltando o mamilo?	<input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (1)
	Morde o mamilo	<input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (1)

**Total de pontos**



**EXAME CLÍNICO**

<b>PARTE I: AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL</b>	
1. Postura de lábios em repouso:	<input type="checkbox"/> Lábios fechados (0) <input type="checkbox"/> Lábios entreabertos (1) <input type="checkbox"/> Lábios abertos (1)
2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro:	<input type="checkbox"/> Linha média (0) <input type="checkbox"/> Elevada (0) <input type="checkbox"/> Linha média com elevações laterais (2) <input type="checkbox"/> Língua baixa (2)
3. Forma da ponta da língua quando elevada no choro:	<input type="checkbox"/> Arredondada (0) <input type="checkbox"/> Ligeira fenda no ápice (2) <input type="checkbox"/> Formato de "coração" (3)
4. Frênulo da língua:	<input type="checkbox"/> É possível visualizar <input type="checkbox"/> Não é possível visualizar <input type="checkbox"/> Visualizando com manobra
4.1. Espessura do Frênulo:	<input type="checkbox"/> Delgado (0) <input type="checkbox"/> Espesso (2)
4.2. Fixação do frênulo na face sublingual:	<input type="checkbox"/> No 1/3 médio (0) <input type="checkbox"/> Entre o médio e o ápice (2) <input type="checkbox"/> No ápice (3)
4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca	<input type="checkbox"/> Visível a partir das carúnculas sublinguais (0) <input type="checkbox"/> Visível a partir da crista alveolar inferior (1)

**Total de pontos**



Fonte: próprio autor





## APÊNDICE B – Protocolo Cirúrgico de Frenotomia



## PROTOCOLO CIRÚRGICO DE FRENOTOMIA

CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA / BEBÊ CLÍNICA

Após o preparo do material a ser usado e do local onde o bebê será operado (instrumental e capo cirúrgico adequados), ele é colocado na cadeira odontológica e estabilizado com um campo cirúrgico estéril, fazendo com que ele se sinta confortável. Neste momento, encontra-se em companhia dos pais e/ou responsáveis, que nos auxiliam fazendo a estabilização protetora, para que sinta acolhido e seguro durante o procedimento.

É anestesiado com a pomada DERMOMAX®, sendo aplicada duas vezes, com auxílio de dois cotonetes de cada lado, durante 02 minutos a cada aplicação, com o intervalo entre as aplicações de 01 minuto. Essa pomada anestésica é composta por lidocaína 4% e tem efeito anestésico em profundidade em mucosa úmida entre 05 e 07 mm e é absorvida facilmente, promovendo a ação anestésica adequada para o procedimento, na maioria dos casos.

**OBS: Alguns bebês, aqueles que possuem frênulos posteriores e que já são maiores necessitam ser anestesiados com solução de lidocaína à 2% com vaso constritor (epinefrina) 1:100.000. A quantidade de anestésico injetável deve ser dispensada do tubete deixando somente o volume a ser administrado naquele bebê, de acordo com seu peso.**

Na realização do procedimento são utilizados os seguintes instrumentos e materiais:

- Kit cirúrgico estéril
- Pomada anestésica ou anestésico injetável
- Seringa carpule
- Agulha descartável extra curta
- Cotonetes estéreis
- Sugador cirúrgico
- Tentacânula que tem como objetivo estabilizar a língua e auxiliar na tracionamento e exposição do frênulo lingual
- Tesoura cirúrgica: que é usada para realizar a incisão e divulsão do frênulo.
- Cuba cirúrgica para armazenar o soro gelado
- Gaze estéril que é usada para fazer a hemostasia
- Soro fisiológico estéril (preferencialmente gelado para auxiliar na hemostasia), usado com gaze
- **OBS: Deixa-se separado o material para sutura, se for necessário (porta-agulha e fio agulhado seda 4.0)**



## PROTOCOLO CIRÚRGICO DE FRENOTOMIA

### CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA / BEBÊ CLÍNICA

Após realizada a frenotomia o bebê é colocado para mamar imediatamente no seio da mãe, em virtude que o cálcio presente no leite materno é capaz de promover a hemostasia.

Os pais e/ou responsáveis devem estar cientes que o bebê vai, na maioria das vezes, chorar durante todo o procedimento cirúrgico, e após a cirurgia ficará mais incomodado durante 01 semana a 10 dias, por causa do processo de cicatrização embaixo da língua. Orientações a respeito de uso de medicações devem ser repassadas.

Retornos pós cirúrgicos, para controle do processo de cicatrização e avaliação do comportamento da díade Mãe e Bebê, devem ser realizados 07 dias e 30 dias após a frenotomia. OBS: a qualquer momento os pais e/ou responsáveis são orientados a entrarem em contato com a equipe que fez a cirurgia.

Os pais e/ou responsáveis devem estar cientes também que, há qualquer momento da vida da criança, pode ser necessário uma nova intervenção cirúrgica, pois o procedimento realizado, nesta faixa etária, tem a principal função de assegurar a Amamentação, garantindo ao bebê todos os benefícios que a mesma proporciona.

FACSETE

Rua Itália Pontelo, 40,50 e 86 – Chácara do Paiva

Sete Lagoas-MG – CEP: 35700-170 – Tel: (31) 3773-3268

## APÊNDICE C – Recomendações para Pais/Responsáveis para o Procedimento de Frenotomia



### RECOMENDAÇÕES PARA PAIS/RESPONSÁVEIS PARA O PROCEDIMENTO DE FRENOTOMIA

CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA / BEBÊ CLÍNICA

#### **PRÉ-OPERATÓRIA, ou seja, ANTES DA CIRURGIA DO SEU BEBÊ:**

- 1) Trazer o bebê em jejum de duas horas, ou seja, sem mamar;
- 2) Dar ou trazer a medicação prescrita, na avaliação que foi feita antes da cirurgia;

#### **PÓS-OPERATÓRIA, ou seja, APÓS A CIRURGIA DO SEU BEBÊ:**

- 1) Nos primeiros dias (07 a 10 dias), é comum observar o surgimento de uma lesão esbranquiçada ou amarelada, com o formato de um diamante, semelhante à aparência de uma afta, embaixo da língua, onde foi feita a cirurgia. Nenhuma higienização deve ser realizada no local, uma vez que isso faz parte do processo de cicatrização.
- 2) Qualquer intervenção pode causar dor e desconforto nas primeiras 24 a 48 horas, portanto, é fundamental seguir rigorosamente a prescrição da medicação, dando o analgésico, conforme orientação a cada 06 horas, nestes dois primeiros dias.
- 3) A chupeta e a mamadeira não devem ser oferecidas ao bebê, durante pelo menos, uma semana após o procedimento.
- 4) Se ocorrer qualquer complicação que pareça anormal, é importante entrar em contato com a equipe que fez a cirurgia.

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

FACSETE

Rua Itália Pontelo, 40,50 e 86 – Chácara do Paiva  
Sete Lagoas-MG – CEP: 35700-170 – Tel: (31) 3773-3268