

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
ABO - Associação Brasileira de Odontologia Regional de Uberlândia

Lydianne Paula Reis Borges

**ANQUILOGLOSSIA E TÉCNICAS E INDICAÇÕES DE FRENECTOMIA EM BEBÊS
E EM CRIANÇAS: REVISÃO DA LITERATURA**

UBERLÂNDIA-MG

2021

Lydianne Paula Reis Borges

**ANQUILOGLOSSIA E TÉCNICAS E INDICAÇÕES DE FRENECTOMIA EM BEBÊS
E EM CRIANÇAS: REVISÃO DA LITERATURA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Souto de Souza

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Rodrigues Moreira

UBERLÂNDIA-MG

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Borges, Lydianne Paula Reis.

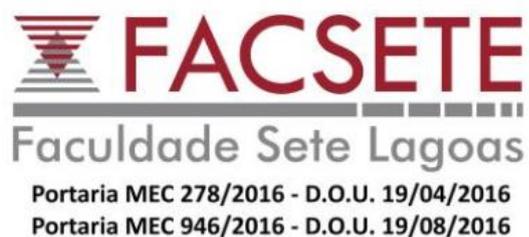
Anquiloglossia e técnicas e indicações de frenectomia lingual em bebês e em crianças– Revisão de Literatura / Lydianne Paula Reis Borges, 2021.

29 folhas

Uberlândia, Minas Gerais, 2021.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Souto de Souza; Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Rodrigues Moreira

Palavras chave: 1. Anquiloglossia. , 2. Frenectomia lingual, 3. Frenectomia de língua em crianças.



Monografia intitulada “**ANQUILOGLOSSIA E TÉCNICAS E INDICAÇÕES DE FRENECTOMIA EM BEBÊS E EM CRIANÇAS: REVISÃO DA LITERATURA**” de autoria da aluna **Lydianne Paula Reis Borges** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria.

Aprovada em ____/____/ 2021 pela banca constituída dos seguintes professores

Prof.^a Dr.^a Débora Souto de Souza

Examinador 1

Examinador 2

Uberlândia 20 de Setembro de 2021

Faculdade Seta Lagoas – FACSETE

Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Set Lagoas, MG

Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, primeiramente, a Deus, por ter iluminado meu caminho durante a realização do meu curso. Aos meus pais Gessé e Edeane, os quais serei eternamente grata pelo tanto que me apoiaram em cada passo que eu dei, o quanto me encorajaram para ir atrás dos meus sonhos e fizeram de tudo para que eu conseguisse concluir cada etapa importante da minha vida. Ao meu noivo Filipe, agradeço a paciência e compreensão durante os anos da especialização, o qual sempre me apoiou para que eu procurasse aprender cada vez mais e que alcançasse meus objetivos profissionais. Aos professores da ABO de Uberlândia, deixo meu eterno agradecimento por fazerem parte da minha formação, através do compartilhamento de seus conhecimentos tanto teóricos quanto práticos, a disposição de sempre me ajudar quando os procuro com várias dúvidas, e assim contribuindo no encerramento de mais uma etapa da minha vida com mais aprendizado e sucesso. A cada funcionário da ABO de Uberlândia, por ter ajudado em cada momento no decorrer do curso, os quais foram de suma importância para a conclusão da minha especialização. E agradeço principalmente a Professora, Coordenadora e minha Orientadora Dra. Marília Rodrigues Moreira, pelo excelente curso de Especialização em Odontopediatria, pela contribuição no meu trabalho acadêmico e por ter feito parte do meu desenvolvimento e crescimento na área da Odontopediatria.

RESUMO

A Anquiloglossia ou língua presa é uma condição oral congênita caracterizada por um freio (ou frênulo) lingual com inserção curta, que restringe o movimento da língua. O comprimento da inserção na língua e a espessura do frênulo podem apresentar variações. O diagnóstico baseia-se principalmente na aparência da língua e em seus distúrbios funcionais causados pela restrição dos movimentos da língua. É notório a diversidade de dúvidas em se tratando de anomalias do freio, diante disso, há uma necessidade de maiores estudos acerca da anquiloglossia e seu encadeamento com recém-nascidos, visando uma melhor qualidade de vida do neonato e da mãe. O objetivo dessa revisão de literatura é apresentar os critérios para diagnóstico e classificações da Anquiloglossia, bem o impacto que ela pode causar no bebê. Uma busca na literatura científica foi realizada em quatro bases de dados (SciELO, Google Escolar, Biblioteca Virtual da Saúde e PubMed), de onde foram extraídos os artigos de interesse, considerando artigos até o ano de 2021, e realizada a extração de dados. O diagnóstico é multiprofissional, realizado na maternidade com o médico pediatra e enfermeiros, e em caso da presença da limitação, encaminhado ao odontopediatra para avaliação. Para casos de maiores limitações no movimento da língua, a Anquiloglossia afeta a amamentação, sendo necessário intervenção cirúrgica (Frenotomia ou frenectomia) para devolver a capacidade de pega adequada para o movimento de sucção no peito e, conseqüentemente, propiciar a alimentação do bebê. Bebês que apresentam dificuldade para amamentar sofrem com perda de peso, adquirem outras formas de alimentação como por meio de mamadeiras, não usufruindo dos benefícios da amamentação, no entanto, essa relação ainda é controversa na literatura.

Palavras chaves: Anquiloglossia; Frenectomia lingual; Frenectomia de língua em crianças.

ABSTRACT

Ankyloglossia or tongue-tied is a congenital oral condition characterized by a lingual frenulum (or frenulum) with short insertion, which restricts the movement of the tongue. The length of insertion into the tongue and the thickness of the frenulum may vary. Diagnosis is mainly based on the appearance of the tongue and its functional disturbances caused by restriction of tongue movements. The diversity of doubts regarding brake anomalies is notorious, given that, there is a need for further studies on ankyloglossia and its linkage with newborns, aiming at a better quality of life for the newborn and the mother. The purpose of this literature review is to present the criteria for diagnosis and classifications of Ankyloglossia, as well as the impact it can have on the baby. A search in the scientific literature was carried out in four databases (Scielo, Google Escolar, Virtual Health Library and PubMed), from which the articles of interest were extracted, considering articles up to the year 2021, and data extraction was performed. The diagnosis is multiprofessional, carried out in the maternity ward with the pediatrician and nurses, and in case of the presence of limitation, referred to the pediatric dentist for evaluation. For cases of greater limitations in the movement of the tongue, Ankyloglossia affects breastfeeding, requiring surgical intervention (Frenotomy or frenectomy) to restore the proper grip capacity for the sucking movement in the chest and, consequently, provide the baby with feeding. Babies who find it difficult to breastfeed suffer from weight loss, acquire other forms of feeding such as through bottles, not enjoying the benefits of breastfeeding, however, this relationship is still controversial in the literature.

Keywords: Ankyloglossia; Lingual frenectomy; Tongue frenectomy in children.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
2. METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.1
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	Erro! Indicador não definido.
4. DISCUSSÃO.....	Erro! Indicador não definido.9
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	Erro! Indicador não definido.0
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.2

1- INTRODUÇÃO

A língua é um órgão muscular pertencente ao sistema digestivo. Tem diversas funções no organismo humano, como a percepção dos sabores e a formação de sons correspondentes à fala, além de complementar o processo de transporte e deglutição dos alimentos (GUEDES, 2005). Os freios linguais são consideradas estruturas anatômicas normais presentes na cavidade bucal, no ventre da língua, eles podem apresentar variações de tamanhos que podem vir a influenciar na amamentação e no posicionamento de alguns elementos dentários. (KPTLOW,1999).

Esta alteração genética do freio lingual recebe a nomenclatura técnica de anquiloglossia, anciloglocia e também o termo popular de “língua presa”. Todos esses termos apresentados são características das anormalidades do frênulo lingual, ou também denominado de freio lingual. (POZZA et al., 2003; FORMOLO et al.,1997). A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita, aonde o frênulo lingual é hipertrófico (CHU et al, 2009; SANE et al, 2014; FRANCIS et al, 2015; ELVIRA et al, 2016). Deve-se observar cada condição, pois se não houver sintomas e prejuízos, há uma adaptação natural dessa limitação não se fazendo necessário o uso de correção cirúrgica. Mas em casos em que há uma limitação e diminuição da mobilidade da língua, é necessária a intervenção cirúrgica (NEGATE et al,2014). Por isso, para identificar e diagnosticar a anquiloglossia é importante realizar uma avaliação multidisciplinar avaliando a necessidade cirúrgica e a escolha da técnica indicada para cada caso (LEAL, 2010).

Segundo Jin et al (2018), a anquiloglossia em bebês teve um aumento no seu diagnóstico nos últimos 10 anos. No Canadá esse aumento foi de mais de 70% e nos Estados Unidos da América de 86,6%, sendo tratadas com a técnica da frenotomia ou frenectomia. Os estudos sobre a prevalência da anquiloglossia têm utilizado diferentes critérios diagnósticos e diferentes faixas etárias de crianças, variando entre 1,7% a 12,1% como atestam Segal et al. (2007) e Haham et al.(2014). A última revisão sistemática sobre o assunto observou uma prevalência geral de 8%, acometendo mais crianças do sexo masculino (HILL, LEE and PADOS, 2020).

A anquiloglossia pode ser associada a várias síndromes, como a síndrome de Simosa, Síndrome de Beckwith-Wiedemann, fenda palatina ligada ao cromossomo X, síndrome de Ehlers-Danlos e síndrome Orofaciodigital (FRANCIS et al, 2015; TSAOUSOGLOU et al, 2016; MAYUR et al, 2014).

Segundo Oredsson e Tornngrem (2010), só se indicam cirurgias desse tipo quando há significativos comprometimentos das funções orofaciais. Segundo Alencar (2011), o tratamento conservador da anquiloglossia se caracteriza por exercícios que promovam o alongamento da estrutura do freio lingual através da fonoterapia. Já os tratamentos não conservadores ou cirúrgicos são a frenotomia e frenectomia.

Para a remoção do freio lingual existem técnicas cirúrgicas que podem ser classificadas em três procedimentos. A frenotomia onde o frênulo recebe uma incisão, na frenectomia é feita uma excisão completa, com remoção total do frênulo e a frenuloplastia é realizada em âmbito hospitalar, podendo ter uma liberação e reconstrução corrigindo a anatomia da língua (TANAY & CHAUBALE, 2011; HELLER et al, 2005), onde tem como resultado a língua com uma extensão de abertura maior (MAYUR et al, 2014). Para além da cirurgia convencional, há autores que defendem métodos alternativos como cirurgia a laser, como diz Kotlow (2008).

Essa revisão da literatura terá como finalidade apresentar os critérios de diagnóstico e classificações da anquiloglossia e do impacto dela nos pacientes pediátricos. Serão avaliadas as suas repercussões sobre a amamentação, problemas da fala e da motricidade lingual. Pretende-se ainda avaliar as técnicas e indicações do tratamento tendo em conta a sua eficácia, idade ideal de execução, abordando também o papel da Odontopediatria para a contribuição da melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

2- METODOLOGIA

Para obter resultados de pesquisa de vários autores, fundamentando teoricamente um determinado tema específico, foi realizado uma revisão integrativa da literatura que é uma forma de pesquisa onde se utiliza informações de fontes bibliográficas ou eletrônicas. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Esta revisão integrativa foi estruturada a partir de seis etapas: seleciona a hipótese e identifica um tema; estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão, para que a partir deste, fosse possível a busca de estudos na literatura; classificação dos estudos; análise dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este trabalho foi desenvolvido por meio de revisão da literatura, com pesquisa em bases de dados nacionais (Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde) e internacional (PubMed), por meio do uso das palavras chaves (anquiloglossia, frenectomia, ankyloglossia or lingual frenectomy or tongue frenectomy and children). Em uma pesquisa inicial foram encontrados 20 artigos e após a seleção por relevância do tema e ano de publicação foram selecionados 10 artigos para realização desse trabalho, sendo que os artigos selecionados correspondem a um intervalo de de tempo dentre os anos de 1998 até o ano de 2021.

3- REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações iniciais

O freio ou frênulo lingual, é uma prega membranosa que possui inserção superior no vértice da língua e uma inserção inferior que se sobre-estende através da carúncula sublingual até o bordo gengival (base do processo alveolar mandibular). Com o crescimento e desenvolvimento da criança, essa inserção modifica-se e o freio lingual migra da região próxima ao vértice da língua para a porção mais central, até ocupar uma posição definitiva com a erupção dos segundos molares decíduos (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Durante o desenvolvimento embrionário, pode acontecer dessa prega mucosa não sofrer apoptose o suficiente e assim o bebê pode nascer com uma alteração anátomo-funcional em seu freio lingual (KNOX, 2010). Esse freio pode permanecer com sua inserção no vértice da língua (figura 1), a qual pode impedir sua adequada movimentação. Isso pode atrapalhar na amamentação do bebê, deglutição e até mesmo fala. O freio curto provoca a anquiloglossia, ou também conhecida como língua presa. Essa é uma alteração de origem congênita que pode ser diagnosticada ao nascimento (PROCOPIO, COSTA e LIA, 2017).



Figura 1- Aspecto clínico do freio lingual com inserção próxima ao vértice da língua em recém nascido. Referência da imagem: Almeida et al (2018)

3.2 Diagnóstico - “*Teste da Linguinha*”

O teste da linguinha é um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar.

A lei federal 13002/14, sancionada e publicada no Diário Oficial da União em 23 de junho de 2014, instituiu a obrigatoriedade de aplicação do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” (Teste da Linguinha – TL) em todas as crianças nascidas em hospitais e maternidades no Brasil. Segundo o autor da lei, “com a aplicação desse protocolo é possível identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sugar, mastigar, engolir e falar” e essa aplicação deve ser realizada preferencialmente antes do primeiro mês de vida para evitar “dificuldades na amamentação, possível perda de peso e, principalmente, o desmame precoce” (AGOSTINI, 2014).

A Associação Paranaense de Odontopediatria publicou em uma revista eletrônica denominada Aproped uma nota sobre a opinião da Associação Brasileira de Odontopediatria quando ao Teste da Linguinha, manifesta-se contrária à incorporação do teste ao rol de exames obrigatórios na triagem neonatal, onde destacam baixa prevalência da condição a ser diagnosticada pelo protocolo, incerteza sobre os efeitos da anquiloglossia na amamentação, falta de validação adequada do método de triagem proposto, incerteza sobre os benefícios do programa obrigatório de rastreamento para Anquiloglossia, dificuldade de realização do teste de forma padronizada, vários custos envolvidos para a realização do protocolo e evidência de benefício da cirurgia baseada em evidência de baixa qualidade.

3.3 Protocolo de Martinelli e colaboradores de 2013

Em 2012, Martinelli e colaboradores propuseram um protocolo baseado na revisão de literatura considerando as variações anatômicas do frênulo lingual, bem como as funções de sucção e deglutição (MARTINELLI et al., 2012). A proposta desse protocolo foi um grande avanço para o diagnóstico da interferência do frênulo nos movimentos da língua durante a amamentação.

Entretanto, sua aplicação se mostrou muito complexa e longa, indicando necessidade de adequações para se tornar um instrumento rápido e de fácil aplicação. Assim, este passou por uma readequação de protocolo por Martinelli demais colaboradores em 2013 (MARTINELLI, MARCHESAN and BERRETIN-FELIX., 2013).

As características do protocolo identificadas como “tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da língua quando elevada, fixação do frênulo na língua e no assoalho da boca, tempo entre as mamadas, cansaço para mamar, movimento da língua na sucção não nutritiva e tempo da pausa entre grupos de sucções” permitiram detectar a interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua de neonatos. Na história clínica, foram incluídas as seguintes questões: mama um pouco e dorme; vai soltando o mamilo e “morde” o mamilo. Na avaliação anatomofuncional, foi acrescentada mais uma alternativa para a postura da língua: “língua na linha média com elevação das laterais”. No que se refere ao frênulo lingual, foi acrescentado o item “visualizado com manobra”, bem como a explicação para realização da mesma. O Anexo 1 mostra o novo protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês.

Essa avaliação pode ser realizada por profissionais de saúde capacitados como fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A fim de estabelecer um diagnóstico mais preciso, recomenda-se a participação de uma equipe multidisciplinar, ou seja, com participação de diversos profissionais como os citados anteriormente (MELO *et al.*, 2011).

Outros testes foram desenvolvidos e vêm sendo propostos para avaliação da anquiloglossia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No entanto, não existe consenso sobre qual o melhor teste diagnóstico (MARTINELLI, MARCHESAN e BERRETIN-FELIX, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Apesar de indicações de novas propostas, com versões mais simplificadas, os testes avaliam basicamente os mesmos critérios.

3.4 Classificação

Os aspectos da língua e do frênulo devem ser abordados no exame clínico, levando em consideração a forma, espessura, movimentos das funções, fixação. Para um diagnóstico exato é preciso tratar de forma correta. Vale destacar que é fundamental que ele seja praticado usando protocolos específicos, para fundamentar

um plano de tratamento sustentado com evidências clínicas (MARTINELLI RLC, 2015).

Neto Júnior, et al. (2016) evidencia que no que se refere aos critérios anatômicos Kotlow, se tem determinada classificação da anquiloglossia, que foi baseada através da distância da inserção do freio lingual ao ápice da língua. A classificação é: Classe I (leve, 12-16mm), Classe II (moderada, 8-11mm), Classe III (severa, 3-7mm) e Classe IV (completa, < 3mm). Estas duas últimas precisam de mais atenção, porque restringem gravemente o movimento da língua (NETO JÚNIOR, et al., 2016).

Portanto, para classificar a anquiloglossia é necessário observar algumas características sobre a amplitude dos movimentos da língua, que no caso são estabelecidos pelos critérios de Kotlow. Assim, de acordo com os critérios, a ponta da língua deve ser apta a se projetar para fora da boca (sem fissuras), varrer tanto os lábios superiores, quanto os inferiores facilmente. E, quando retraída, a língua não deve causar isquemia ou força excessiva na região dos dentes anteriores (QUEIROZ IQD, 2019).

3.5 Impacto na criança e na mãe

Dentre os problemas que a anquiloglossia pode trazer para a criança, destaca-se a limitação da mobilidade da língua, o que pode interferir nas funções orais, como sucção (mamar, por exemplo), deglutição (engolir), mastigação e fala (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Caso essas limitações persistam durante o desenvolvimento infantil, também poderá haver dificuldades de fazer movimentos com a ponta da língua, como por exemplo, lamben os lábios e tomar sorvetes, impactando negativamente a qualidade de vida dessa criança (SHELL e MARMET, 1990). Além disso, limitação na movimentação da língua durante a fala pode levar a dificuldades para pronunciar algumas palavras que apresentem fonemas como “rr”, “lê”, “dê” e “nê” (LEVI e RUSSELL, 2011).

A justificativa para as dificuldades de amamentação resultantes da anquiloglossia é que movimentos anormais e restritos da língua podem causar dor persistente nos mamilos, sangramento, mamilos rachados / ulcerados e mastite em mães cujos bebês têm essa condição como atestam Buryk, Bloom and Shope (2011).

Um estudo comparou a posição de lábios e língua em repouso em 130 recém-nascidos com e sem Anquiloglossia e observou que os recém-nascidos sem alteração do frênulo lingual tendem a permanecer com os lábios fechados e a língua elevada durante o repouso e recém-nascidos com anquiloglossia tendem a manter os lábios entreabertos e a língua abaixada durante o repouso (CAMPANHA, MARTINELLI AND PALHARES, 2021).

Recente pesquisa (SOUZA-OLIVEIRA et al., 2021) avaliou as dificuldades de amamentação relatadas pelas mães em uma amostra de 391 pares de mães e recém-nascidos. Nesse estudo, a Anquiloglossia esteve presente em 15% da amostra e 91,4% das mães não relataram problemas com amamentação. Foi associado à menor dificuldade de amamentar a baixa renda, receber orientações sobre amamentação e amamentação exclusiva. Embora a anquiloglossia não tenha sido associada à amamentação, estudos prospectivos futuros devem avaliar os fatores de longo prazo que podem interferir na amamentação.

Um ensaio clínico realizado com bebês que passaram pela frenectomia observou que quando a frenotomia é realizada para anquiloglossia clinicamente significativa, há uma melhora clara e imediata na dor relatada no mamilo e nos escores de amamentação do bebê (BURYK, BLOOM AND SHOPE, 2011).

Dor no mamilo materno e má pega do bebê são razões comuns para a interrupção precoce da amamentação (MESSNER et al., 2000). Há evidências de que a anquiloglossia causa má pega e dor nos mamilos em comparação com bebês sem Anquiloglossia (MESSNER AND LALAKEA, 2000; BALLARD, AUER AND KHOURY, 2002).

3.6 Tratamento

3.6.1 Tratamento Conservador

O tratamento conservador da anquiloglossia consiste em exercícios apropriados que permitem obter o alongamento da estrutura do freio lingual, com o auxílio de fonoterapia. O tratamento não conservador ou cirúrgico é a frenotomia lingual ou frenectomia lingual (ALENCAR, 2011).

O tratamento conservador tem como objetivo ampliar a estrutura do freio através de algumas sessões com fonoaudiólogo onde haverá estímulos variados que

buscarão trabalhar nos distúrbios na fala e deglutição que podem ser aplicados em pessoas de diferentes idades, inclusive em crianças. (OLIVEIRA et al., 2019).

Com o passar do tempo, o freio lingual pode se alterar naturalmente trazendo uma correção onde algumas literaturas defendem que não seja necessária a intervenção. (MARTINELLI et al., 2014). Para Marchesan et al. (2012), a classificação da anquiloglossia sendo leve, a fonoterapia antes da cirurgia é indicada por alguns profissionais, contudo pelo freio sofrer uma alteração de forma mecânica nem sempre a fonoaudiologia é eficiente.

3.6.2 Tratamento cirúrgico e indicações do tratamento considerando a idade ideal de execução

Quando há o diagnóstico de uma anquiloglossia que impeça ou dificulte a amamentação, o bebê pode ser indicado para cirurgia de frenectomia ou frenotomia. Quando existe dúvidas, ou seja, casos que podem ser de anquiloglossia leve ou moderada que não se tem certeza se está ou não causando limitações, os bebês são submetidos a um novo teste após 30 dias da primeira avaliação (MARTINELLI, MARCHESAN e BERRETIN-FELIX, 2013).

Na reavaliação, o profissional irá fazer algumas perguntas sobre a história de saúde da criança e da família. O responsável pela criança será questionado sobre a existência de casos de alteração de frênulo lingual na família, quanto à amamentação e o ganho de peso da criança. O exame bucal é realizado novamente e a sucção da criança é avaliada. Nesta etapa o profissional introduz o dedo mínimo enluvado na boca do bebê para que ele sugue durante dois minutos. Posteriormente, a amamentação da criança no seio materno é avaliada durante 5 minutos (MARTINELLI, MARCHESAN e BERRETIN-FELIX, 2013). Assim, a equipe multiprofissional pode avaliar se é ou não necessário a realização da cirurgia para esses casos de dúvida.

Durante a infância a intervenção cirúrgica para correção do freio lingual alterado é preservado por alguns autores, ao contrário de outros que preconizam que pode ser realizada em qualquer idade da criança. E há quem alegue a espera necessária para ser realizado qualquer intervenção pois pode não haver problemas futuro na fala. (REGO, 2017). A conduta cirúrgica tem sido indicada para evitar o desmame precoce quando é aparente que o recém-nascido possui uma dificuldade de pega no mamilo

durante a amamentação e a mãe relata dor mamilar (MARCHESAN et al., 2014). Porém, de acordo ao Ministério da Saúde, são submetidos à cirurgia antes dos seus três meses apenas aqueles que são diagnosticados como anquiloglossia severa.

Os outros devem permanecer em observação, analisando se não ocorrerá o desmame precoce (FRAGA, 2020). Com o tempo pode ocorrer uma correção de forma natural, por isso algumas literaturas defendem que não seja necessária a intervenção se ocorrer essa modificação. (MARTINELLI et al., 2014).

A técnica cirúrgica para o freio lingual é denominada de frenotomia, que consiste na incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem retirada alguma de tecido (PROCÓPIO IMS, et al., 2017). A técnica mais usual para a soltura do frênuo lingual é a cirurgia de frenectomia (BISTAFFA AGI, et al., 2017). Tem como característica uma escassez de sangramento, na qual uma compressão pode controlá-lo. Não há necessidade de suturas (O'SHEA et al., 2017).

Segundo Mc Donald e Avery (2011), a cirurgia da frenotomia envolve a incisão da inserção fibrosa no periósteo, já a frenectomia lingual envolve a excisão completa do freio e de sua inserção no periósteo. Existem várias técnicas para realizar a frenectomia, diferenciando-se quanto ao tempo operatório, pós-operatório, apresentando vantagens e desvantagens de acordo com a técnica utilizada. Nesse contexto, é imprescindível que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre o procedimento cirúrgico específicos para cada caso para entender qual a melhor prática a ser utilizada, aplicando-as da melhor maneira para um pronto restabelecimento do paciente (ALMEIDA, 2006).

Percebe-se controvérsias na literatura, quanto ao uso da terminologia frenotomia e frenectomia. Alencar (2011) cita em bebês o uso da frenectomia lingual, realizado com anestésico e uma única incisão, Marzola (2015) traz o termo frenulotomia como sinônimo de frenotomia. Para Guedes Pinto (2016) a remoção cirúrgica tanto do freio labial quanto do lingual é denominada de frenectomia.

O procedimento é realizado com a aplicação de anestésico tópico na face ventral da língua, seguida da infiltração de anestésico local nos dois lados do freio lingual (Kotlow, 1999). De acordo com Dusara e seus colaboradores (2014) indicam o uso de anestesia local com a lidocaína com vasoconstritor.

É indicado que se faça a cirurgia antes do horário do aleitamento materno ou artificial, e que se coloque o bebê para a sucção nutritiva no peito ou em bicos artificiais

imediatamente após o término da cirurgia (KOTLOW et al., 1999; AMIR et al., 2006; ELSERAFY et al., 2009).

Esta alternativa evita a utilização da abordagem farmacológica além de se observar se há liberdade para os movimentos de sucção para o aleitamento. Possibilita que os bebês fiquem mais calmos, menos chorosos, diminuindo assim o estresse, em caso de dor, durante os procedimentos invasivos (ELSERAFY et al., 2009; ALSAEDI et al., 2009; LOUWRENS et al., 2009; SADIO et al., 2009; MERSAL et al., 2009).

4- DISCUSSÃO

A prevalência da Anquiloglossia é baixa, mas sua variação pode estar relacionada às diferentes definições e metodologias utilizadas para a realização dos estudos. A última revisão sistemática sobre o assunto observou uma prevalência de 10% ao usar uma ferramenta de avaliação padronizada em comparação com 7% ao usar o exame visual clínico sozinho (Hill, Lee and Pados, 2020).

Campanha, Martinelli e Palhares (2021) ressaltaram a posição de lábios e língua em recém-nascidos com Anquiloglossia. Uma possível explicação para seus achados pode ser o fato de que, até os seis meses de idade, a língua, lábios e mandíbula se movem como uma unidade (Meredith, 1953), não dissociando seus movimentos. Portanto, se a língua permanecer baixa na cavidade oral, a mandíbula abaixa, fazendo com que os lábios se abram.

Santos-Neto e colaboradores (2009) ressaltam que a posição dos lábios entreabertos e da língua no assoalho da boca em repouso estão associadas à respiração oral.

Em relação a influencia da Anquiloglossia sobre a amamentação, dados conflitantes são encontrados na literatura. Um estudo relatou que a anquiloglossia foi responsável por 12,8% dos problemas graves de amamentação (BALLARD, AUER AND KHOURY, 2002). Uma revisão sistemática relatou que nem todos os bebês com anquiloglossia têm problemas de amamentação e muitos se adaptam a essa condição (WEBB, HAO AND HONG, 2013).

A justificativa para as dificuldades de amamentação resultantes da anquiloglossia é que movimentos anormais e restritos da língua podem causar dor

persistente nos mamilos, sangramento, mamilos rachados/ulcerados e mastite em mães cujos bebês têm essa condição (MESSNER ET AL., 2000; BURYK, BLOOM AND SHOPE, 2011).

Estudos de frenotomia para aliviar a anquiloglossia neonatal mostraram consistentemente um benefício (HOGAN, WESTCOTT AND GRIFFITHS, 2005; DOLLBERG ET AL., 2006). No entanto, muitos artigos de opinião continuam a contestar a utilidade desse procedimento (WRIGHT, 1995; OBLADEN, 2009). Uma pesquisa com 831 profissionais de saúde relatou que os pediatras eram mais propensos a recomendar contra a frenotomia realizada no estágio do recém-nascido, enquanto os consultores de lactação foram o principal impulso para propor a intervenção cirúrgica (BALLARD ET AL., 2002).

Messner e Lalakea (2002) conduziram um estudo prospectivo de 30 pacientes com anquiloglossia submetidos à frenotomia e foram capazes de mostrar melhora objetiva significativa na mobilidade da língua, protrusão, elevação e resultados da fala (MESSNER AND LALAKEA, 2002). Um observou melhora da mobilidade da língua em neonatos submetidos à frenotomia por dificuldade de amamentação, apresentando melhores resultados de fala aos 3 anos de idade quando comparados aos indivíduos que recusaram a intervenção cirúrgica (WALLS et al., 2014). A avaliação multiprofissional é essencial nos casos de recém-nascidos com anquiloglossia, por isso exame habitual como o teste da linguinha deveria ser implementado nos hospitais e para isso o auxílio de vários profissionais como obstetra, fonouadilogo, odontólogo, psicólogo entres outros são tão importantes. Esses profissionais poderão dar um melhor diagnóstico e um planejamento da cirurgia de frenotomia, caso necessário visando melhora da qualidade de vida do bebê. De acordo com Imperato (2015) a cirurgia de frenotomia em bebês é pouco invasiva e com leve dor pós-operatória.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreamento de casos graves de anquiloglossia pode prevenir que a criança tenha dificuldades na abocanhadura da aréola, na deglutição e sucção. Dessa forma, proporciona melhor qualidade de vida para mãe e bebê (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Nos

casos que houver necessidade, a intervenção cirúrgica é simples e apresenta baixos riscos de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Mediante um estudo sobre a anquiloglossia, pode-se concluir que existem várias dúvidas a respeito dessa anomalia, visto que há diferentes opiniões com relação a seu correto diagnóstico, suas implicações na vida do recém-nascido, principalmente se tratando de amamentação e se a indicação do tratamento é realmente pertinente.

A frenotomia lingual em bebês mostrou-se uma técnica cirúrgica conservadora, eficaz e segura, quando bem indicada e quando adotadas as precauções necessárias para o tratamento de anquiloglossia em bebês, de modo que há garantias de melhoras na qualidade de vida.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINI, O. S. **Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor**. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014. Disponível em: <http://www.abramofono.com.br/wpcontent/uploads/2014/10/testelinguinha_2014_livro.pdf>. Acesso em: 23 agosto. 2021.

ALENCAR CJF, BERTI GO, SENE T, IMPARATO JCP. **Frenectomia lingual em bebê utilizando eletrocautério e tetracaína: relato de caso**. BiewAssoc Paul CirDent. 2011;

ALMEIDA, K. R.; LEAL, T. P.; KUBO, H.; CASTRO, T. E. S.; ORTOLANI, C. L. F. **Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso**. Rev CEFAC, v. 20, n. 2, p. 258-262, 2018.

BURYK M, BLOOM D, SHOPE T. **Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial**. Pediatrics. 2011.

BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. **Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad**. Pediatrics.

CAMPANHA SMA, MARTINELLI RLC, PALHARES DB. **Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia**. Cogas. 2021.

DOLLBERG S, BOTZER E, GRUNIS E, MIMOUNI FB. **Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study**. J Pediatr Surg. 2006.

HAHAM A, MAROM R, MANGEL L, BOTZER E, DOLLBERG S. **Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: a prospective cohort series**. Breastfeed Med. 2014.

HILL RR, LEE CS, PADOS BF. **The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis**. Pediatr Res. 2020.

HOGAN M, WESTCOTT C, GRIFFITHS M. **Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems.** J Paediatr Child Health, 2005.

IMPARATO JCP. **Anuário Odontopediatria clínica: integrada e atual.** Nova Odessa, SP: Napoleão, 2015.

J.L. BALLARD, C.E. AUER, J.C. KHOURY **Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad** Pediatrics, 2002.

KNOX I. **Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn.** Neo Reviews. 2010;11(9):513-9.

LEVI, Jessica; RUSSELL, Kimberly. XIV. **Manual de otorrinolaringologia pediátrica da iapo.** 2011.

MARTINELLI, E. MARCHESAN, I.Q. LAURIS, HEITOR MARQUES HONÓRIO, REINALDO JORDÃO GUSMÃO, GIÉDRE BERRETIN-FELIX. **Validade e confiabilidade da triagem: "teste da linguinha"** Rev. CEFAC 18 (6), 2016.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. **Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** Rev Cefac, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.

MARMET C, SHELL E, MARMET R. **Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems.** J Hum Lact. 1990.

MARTINELLI RLC, et al. **Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** Revista CEFAC, 2013.

MARTINELLI RLC, MARCHESAN IQ, RODRIGUES AC, BERRETIN-FELIX G. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês.** Rev. CEFAC. 2012.

MELO, N. S. F. O.; LIMA, A. A. S.; FERNANDES, A.; SILVA, R. P. G. V. C. **Anquiloglossia: relato de caso.** RSBO, v. 8, n.1, p.102-107, 2011.

MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, MACMAHON J, BAIR E. **Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2000.

MEREDITH HV. **Crescimento da largura da cabeça durante os primeiros doze anos de vida.** Pediatria. 1953; 12 (4): 411-29. PMID: 13099912.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas.** Coordenação geral de saúde da criança e aleitamento materno. Nota técnica nº 35/2018- Anquiloglossia em recém-nascidos; 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf>. Acesso em: 23 agosto. 2021.

OLIVEIRA, M. T. P.; MONTENEGRO, N. C.; SILVA, R. A. D. A.; CARVALHO, F. M.; REBOUÇAS, P. D.; LOBO, P. L. D. **Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos.** RFO UPF, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 73-81, 2019.

OLIVEIRA DAM, et al. **Frenectomia Lingual: Relato De Caso.** Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas, 2019.

OBLADEN M. **Much ado about nothing: two millenia of controversy on tongue-tie.** Neonatology. 2010.

POMPÉIA LE, ILINSKY RS, ORTOLANI CLF, FALTIN JÚNIOR K. **A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático.** Rev Paul Pediatr 2017.

PROCOPIO, I. M. S.; COSTA, V. P. P.; LIA, E. N. Frenotomia lingual em lactentes. **RFO**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 114-119, 2017.

SANTOS-NETO ET, BARBOSA RW, OLIVEIRA AE, ZANDONADE E. **Fatores associados ao surgimento da respiração bucal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009.

SEGAL LM, STEPHENSON R, DAWES M, FELDMAN P. **Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review.** Can Fam Physician. 2007

SOUZA-OLIVEIRA AC, CRUZ PV, BENDO CB, BATISTA WC, BOUZADA MCF, MARTINS CC. **Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? A cross-sectional study.** J Clin Transl Res. 2021.

WALLS A, PIERCE M, WANG H, STEEHLER A, STEEHLER M, HARLEY EH JR. **Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014.

WALLS A, PIERCE M, WANG H, STEEHLER A, STEEHLER M, HARLEY JR EH. **Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy.** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2014; 78:128-31.

WRIGHT JE. **Tongue-tie.** J Paediatr Child Health. 1995.

7- Anexos

ANEXO I

MRTINELLI ET AL., 2013

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

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.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

4. Frênulo da língua



() é possível visualizar



() não é possível visualizar



() visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do frênulo



() delgado (0)



() espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



() no terço médio (0)



() entre o terço médio e o ápice (2)

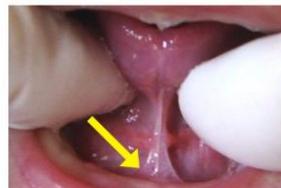


() no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



() visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



() visível a partir da crista alveolar inferior (1)

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma do ítem 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (ítems 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos ítems 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA

1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)

1.1. Movimento da língua

- adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)
- inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

(na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)

2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)

- várias sucções seguidas com pausas curtas (0)
- poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

- adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)
- inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. “Morde” o mamilo

- não (0)
- sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

- não (0)
- sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Rev Cefac**, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.