

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANNY CAROLINY SILVA GOMES

NAYARA RIBEIRO FONTES

FRENOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE INFANTIL:
RELATO DE CASO

Aracaju

2019

ANNY CAROLINY SILVA GOMES
NAYARA RIBEIRO FONTES

FRENOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE INFANTIL:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

VANESSA DOS SANTOS VIANA

Aracaju

2019

ANNY CAROLINY SILVA GOMES

NAYARA RIBEIRO FONTES

FRENOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE INFANTIL:
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Orientador:

1º Examinador:

2º Examinador:

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientador(a) do(a) discente Anny Caroliny Silva Gomes e Nayara Ribeiro Fontes atesto que o trabalho intitulado: “Frenotomia Lingual em Paciente Infantil: Relato de Caso” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador(a)

FRENOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE INFANTIL

RELATO DE CASO

Anny Caroliny Silva Gomes^a, Nayara Ribeiro Fontes^a

Vanessa dos Santos Viana^b

^a*Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^b*Professora Adjunta do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

RESUMO

O freio lingual, ou frênulo, é uma estrutura anatômica relevante no ato da sucção, fala e alimentação. Às vezes, pode apresentar alterações em seu tamanho, podendo restringir sua mobilidade e outras tarefas da língua. A fusão completa ou parcial da língua no assoalho da boca é designada como anquiloglossia. Quando indicada, a técnica da frenotomia é um tratamento efetivo. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de frenotomia lingual em uma criança de 4 anos de idade, gênero masculino, atendido na Clínica de Saúde da Família Amilka do Amor Cardoso – Santa Luzia do Itanhy, vindo indicado por uma fonoaudióloga. Após a anamnese e exame clínico pelo odontólogo, recebeu o diagnóstico de anquiloglossia (frênulo curto) sendo elaborado um planejamento cirúrgico pela técnica da frenotomia. Após sete dias, o paciente apresentou melhora na fala que é diretamente relacionada com as funções de sucção e deglutição coordenadas com a respiração, sendo imprescindível a participação dos movimentos da língua. A frenotomia é uma técnica pouco invasiva quando realizada precocemente, com expectativa de dor pós-operatória leve, indicando-se assim a amamentação não-nutritiva ou mesmo artificial imediata ao pós-operatório. Esta técnica cirúrgica é eficiente para melhorar a postura, mobilidade da língua e suas funções.

PALAVRAS-CHAVE: Freio lingual; Procedimentos cirúrgicos; Frenotomia.

ABSTRACT

The lingual brake, or frenulum, is a relevant anatomical structure in the act of sucking, speaking and feeding. Sometimes it may change in size and may restrict your mobility and other language tasks. The complete or partial fusion of the tongue on the floor of the mouth is called ankyloglossia. When indicated, the frenotomy technique is an effective treatment. The aim of this study was to present a case of lingual frenotomy in a 4 - year - old male child attending the Amilka do Amor Cardoso Family Health Clinic - Santa Luzia do Itanhy, indicated by a speech therapist. After anamnesis and clinical examination by the dentist, he was diagnosed with ankyloglossia (short frenulum) and a surgical planning by the frenotomy technique was elaborated. After surgery, the patient immediately presented speech improvement, which is directly related to the suction and swallowing functions coordinated with breathing, and the participation of tongue movements is essential. Frenotomy is a little invasive technique when performed early, with expectation of mild postoperative pain, thus indicating non-nutritive or even artificial breastfeeding immediately after the operation. This surgical technique is effective for improving posture, tongue mobility and its functions.

KEYWORD: Lingual brake; Surgical procedures; Frenotomy.

1. INTRODUÇÃO

O freio lingual é uma prega de membrana mucosa composta por tecido conjuntivo fibroso, muscular ou de ambos que conectam os lábios e as bochechas à mucosa alveolar, à gengiva, ao periósteo subjacente e, por vezes, por fibras superiores do músculo genioglosso. Localiza-se da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca (PÉREZ et al, 2002).

É comum observar a ocorrência de uma anormalidade clínica, tendo uma maior incidência em recém-nascidos (VIEIRA, 2012), conhecida como anquiloglossia também pode ser chamada de anciloglocia, glossopexia e “língua presa” (GASPAR, 1999; SHAFER, 1985), manifesta-se como freio lingual anormal, podendo se apresentar curto ou como uma língua fusionada no assoalho da boca (PÉREZ et al, 2002). Essa variação anatômica do freio lingual pode ser justificada devido a porção do tecido residual que não sofreu apoptose durante o desenvolvimento embrionário (KNOX, 2010). Esta anormalidade além de interferir na amamentação que pode ainda dificultar a escovação dentária e provocar uma movimentação da gengiva marginal facilitando o aparecimento de doença periodontal, causado pelo acúmulo de placa bacteriana (IMPARATO, 2015).

A língua tem função relevante no transporte de alimentos e deglutição, além da fala, com isso, o freio lingual curto diminui os movimentos da língua e prejudica suas devidas funções. É necessário realizar uma avaliação multidisciplinar para o diagnóstico da anquiloglossia, avaliar a necessidade cirúrgica e, escolha da melhor técnica a ser utilizada (LEAL, 2010). Segundo Oredsson e Torngrem (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 lingual.

Diante dessa anormalidade, a frenectomia tem sido o procedimento cirúrgico mais indicado para tratar alterações do freio labial, lingual e bridas. O procedimento

cirúrgico objetiva a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas, bem como a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais. (ALMEIDA, 2006).

A frenotomia pode ser indicada para bebês que apresentem dificuldades na amamentação natural, durante os primeiros meses de vida. Esta cirurgia é realizada após o Teste da Linguinha (TL), este é realizado em crianças recém-nascidas ou com até seis meses de idade. Caso exista alguma anomalia na movimentação da língua durante a sucção por parte do bebê tem-se como efeito uma dor persistente no mamilo materno, lesões na área e problemas no amparo da pega (AGOSTINI, 2014).

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).

O pré-natal odontológico além de garantir a assistência do tratamento das doenças bucais, possui um perfil informativo e esclarecedor quanto aos cuidados básicos de higiene, alimentação, suplementação de flúor e cálcio, hábitos deletérios, dentre outros que possam interferir na saúde do futuro bebê (HOCHNADEL DB, 2011). Hoje em dia, ainda há falta de informação de gestantes em relação ao conhecimento ao TL. A frenotomia precoce pode reduzir o potencial de gerar alterações tardias, tais como: comprometimento fonético, má oclusões, problemas de mastigação, estresse psicológico, limitação em realizar higiene oral (KNOX, 2010; CHINNADURAI, 2015). Vale ressaltar que a frenotomia em neonatos é um procedimento simples, com baixo risco de complicações, e que pode ser realizado sem anestesia (INGRAM, 2015).

Martinelli (2012) desenvolveu um protocolo de avaliação do frênulo da língua para bebês denominado TL, com a finalidade de identificar se este limita os movimentos da mesma. Frente à importância do diagnóstico e da necessidade de indicação de tratamento precoce de limitações dos movimentos da língua causados pela anquiloglossia, o Ministério da Saúde brasileiro promulgou, em 20 de junho de 2014, a lei número 13.002 que torna obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, popularmente intitulado como TL, nas primeiras 48 horas de vida do neonato, em todos os hospitais e maternidades do território nacional (AGOSTINI, 2014). Segundo a lei, o teste deve ser feito por um profissional de saúde habilitado e ser realizado seguindo o protocolo de avaliação que é dividido em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva. Preferencialmente o teste deve ser realizado durante o primeiro mês de vida (GARCIA OJ, 2008).

De acordo com a literatura esta cirurgia em bebês é considerada pouco invasiva, e com um menor desconforto pós-operatório. O protocolo medicamentoso é um analgésico de ação periférica por 24 horas. A primeira dose (de acordo com o peso da criança) deve ser administrada enquanto a criança ainda esteja sob o efeito da anestesia odontológica. (MCDONALD, 2011; ANDRADE, 2014). Existem técnicas farmacológicas para o controle da dor pós-operatória com o uso de medicamentos, que se faça a cirurgia antes do horário do aleitamento materno ou artificial, ou 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).

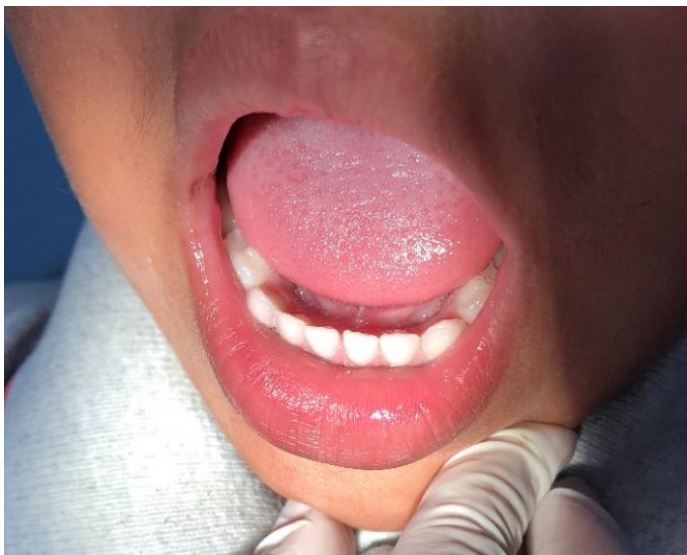
Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de um paciente de quatro anos de idade submetido a uma cirurgia de frenotomia lingual.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.G.C.R., 4 anos de idade, sexo masculino, ASA I, compareceu à Clínica de Saúde da Família Amilka do Amor Cardoso – Santa Luzia do Itanhy, encaminhado pela fonoaudióloga, a qual observou o frênulo lingual encurtado e dificuldade na produção de fonemas. Na anamnese a mãe relatou dificuldades na amamentação por

sentir muita dor nos seios e dificuldade de sucção, deglutição e fala. O paciente foi submetido ao exame clínico (figura 1), foi realizado o levantamento da língua, analisado a forma, a inserção e o repouso dos lábios (figura 2). Diante de todas informações coletadas concluímos o diagnóstico de anquiloglossia, seguindo com a elaboração do planejamento cirúrgico.

Figura 1. Exame clínico inicial.



Fonte: Caso clínico

Figura 2. Movimentos curtos da língua.



Fonte: Caso clínico

Durante o atendimento foram utilizadas algumas das técnicas de manejo como a dizer -mostrar - fazer, controle de voz e comunicação não verbal. Foi mostrado na sua mão a funcionalidade de alguns instrumentos, como o sugador, jatinho de água e ar, funcionamento da cadeira odontológica e foi dado um par de luvas para que ele se sentisse mais confortável e tranquilo com aquele tipo de material.

Inicialmente o atendimento foi feito com o paciente sozinho na cadeira, mas no momento do procedimento cirúrgico a mãe precisou sentar-se e ajudar na contenção física segurando os pés da criança.

O protocolo da frenotomia - cirurgia de anquiloglossia contou com as seguintes etapas: preparo da mesa clínica com tentacânula, tesoura de ponta reta, pinça clínica, carpule, anestésico tópico (figura 3), além da gaze e algodão estéril, foi realizado anestesia tópica com benzocaína e algodão estéril envolto na pinça (figura 4), anestesia local com lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 com agulha curta (figura 5), aplicado na face ventral da língua anestesiando o nervo lingual, apreensão do freio lingual com

tentacânula (figura 6) e secção do freio lingual com tesoura de ponta reta – frenotomia (figura 7), liberando assim o freio lingual (figura 8).

Figura 3. Materiais cirúrgicos: tentacânula, tesoura ponta reta, pinça clínica, carpule, anestésico tópico.



Fonte: Caso clínico

Figura 4. Aplicação de anestésico tópico com algodão.



Fonte: Caso clínico

Figura 5. Anestesia local com lidocaína + epinefrina 1:100.000 com agulha curta.



Fonte: Caso clínico

Figura 6. Apreensão do freio lingual com tentacânula.



Fonte: Caso clínico

Figura 7. Secção do freio lingual com tesoura ponta reta – Frenotomia.



Fonte: Caso clínico

Figura 8. Liberação cirúrgica do freio lingual



Fonte: Caso clínico

A hemostasia imediata foi realizada com compressa de gaze (figura 9), não havendo necessidade de sutura. Imediatamente após a cirurgia foi orientado que a mãe procedesse à amamentação da criança (peito), não sendo prescrita medicação analgésica pós-operatória.

Figura 9. Hemostasia imediata com gaze.



Fonte: Caso clínico

Figura 10. Resultado da liberação do freio lingual após hemostasia imediata.



Fonte: Caso clínico

Ao final do procedimento foi utilizado mais uma técnica de manejo que foi o reforço positivo, foi entregue para criança bolas de assopro, desenho para pintar com lápis de cor. O paciente retornou após sete dias observando-se a cicatrização (figura 11) e a mãe relatou melhora na deglutição, amamentação e fala, sugerindo um favorável prognóstico para o caso.

Figura 11. Resultado após sete dias.



Fonte: Caso clínico

3. DISCUSSÃO

A anquiloglossia, anomalia oral congênita, se caracteriza por um freio da língua curto, proporcionando diferentes graus de diminuição da mobilidade. Qualquer problema relacionado a saúde da língua pode ter reflexo nas funções bucais (MELO et al., LIMA et al., FERNANDES et al., SILVA et al., 2016). O procedimento mais comum para a liberação do freio da língua é a frenectomia lingual (MARCHESAN et al., MARTINELLI et al., GUSMÃO et al., 2012), no entanto a frenotomia realizada após o Teste da Linguinha (TL), é indicada para crianças geralmente menores de 10 anos (IMPARATO et al., 2015). Diante do caso descrito a mãe relatou que o paciente não tinha realizado o teste da linguinha quando bebê e pelo fato do mesmo apresentar apenas quatro anos de idade, optamos pela frenotomia por ser um procedimento menos invasivo e mais indicado para o caso.

Os dados obtidos na anamnese colaboram com a literatura ao indicarem que a alteração no freio lingual pode causar impacto nas funções orais primárias, como o aleitamento materno, e na aquisição de habilidades aprendidas como a mastigação e a fala (SEGAL et al., 2007; WEBB et al., 2013; MESSNER et al., 2002; BERRY et al., 2012). A classificação atribuída para a fixação do freio lingual justifica as alterações anatômicas e funcionais encontradas no paciente (MARCHESAN et al., 2003; MARCHESAN et al., 2012) assim como os achados anatômicos estão de acordo com o descrito na literatura (SEGAL et al., 2007).

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, semelhante à técnica cirúrgica apresentada neste caso clínico. Ainda sobre a terminologia encontrada na literatura especializada, 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 caso clínico em questão demonstra que ocorreram melhoras somente com o procedimento cirúrgico, entretanto essas são especialmente decorrentes dos itens das provas anatômicas. Justifica-se tal achado na medida em que o procedimento de frenectomia libera a prega e as fibras musculares, possibilitando a elevação da língua sem movimentos compensatórios associados (MARCHESAN et al., 2012; NAIMER et al., 2003). Segundo Knox (2010) e Chaubal (2011) há divergências na literatura quanto à indicação ou não das cirurgias do freio lingual, com discussões em relação a sua indicação ou não, quando devem ser realizadas, e qual a técnica a ser indicada. A frenectomia é a excisão completa do frênulo incluindo sua inserção ao osso adjacente, a frenotomia se refere a incisão do freio, resultando em uma remoção parcial, e a frenuloplastia é o corte ou remoção do frênulo por meio de métodos variados para a correção da situação anatômica. No entanto segundo Oredsson (2010) não há evidências científicas que favoreçam uma ou outra técnica.

No caso descrito, aparentemente não foi realizado o teste da linguinha quando pequeno, a mãe não apresentava conhecimento sobre o assunto e só procurou o

cirurgião-dentista após ser encaminhada pelo fonoaudiólogo. Pomini (2018), fez uma pesquisa na qual observou que o número de gestantes familiarizadas com o teste ainda é baixo, acentuando assim a necessidade da abordagem educativa de qualidade do TL durante o período gestacional. Porém, segundo Felden (2005), além da baixa disseminação popular sobre o TL, outro fator relacionado com o baixo conhecimento refere-se à falta de conhecimento teórico científico por parte dos profissionais da saúde sobre alterações bucais. Além da falta de base científica, falta interdisciplinaridade entre medicina e odontologia, e entre agentes comunitários da saúde e médicos, podem estar contribuindo para uma baixa ou equivocada disseminação do TL.

Para Leal (2010) há controvérsias quanto a necessidade da indicação cirúrgica, sendo necessária uma avaliação multidisciplinar para o diagnóstico da anquiloglossia, necessidade cirúrgica, e a escolha do melhor método a ser indicado.

A literatura cita a correção da anquiloglossia em idade precoce, como forma de reduzir complicações (BRITTO et al., 2008; KARABULUT et al., SONMEZ et al., TURKYILMAZ et al., DEMIROGULLARI et al., OZEN et al., BAGBANCI et al., KALE et al., BASAKLAR et al., 2008). No caso apresentado houve uma decisão multidisciplinar (odontólogo e fonoaudióloga) para o diagnóstico e planejamento da cirurgia de frenotomia, visando melhora da qualidade de vida do bebê.

Quanto à técnica a ser utilizada, embora a frenectomia seja o procedimento mais comumente utilizado para a liberação do frênulo lingual (KNOX et al., 2010; CHAUBAL et al., 2011), a frenotomia pode ser indicada para bebês com dificuldades na amamentação natural nos primeiros meses de vida (SUTER et al., BORNSTEIN et al., 2009). No caso relatado, o paciente apresentava dificuldade leve ao ser amamentado, por consequente o que levou a mãe a procura da fonoaudióloga foi a fonação do mesmo, assim por vez, ao analisarmos o frênulo lingual do próprio, pudemos observar que apresentava uma fixação entre o terço médio e o ápice e na crista alveolar, não sendo tão complexo e não necessitando de uma cirurgia mais invasiva, assim optando-se pelo tratamento da frenotomia lingual.

Em relação à técnica cirúrgica, Motta e Alencar (2015) citam o uso da tentacânula, instrumento da área médica, utilizado com tamanho de 15cm, que fará o posicionamento correto da língua e referenciará a incisão, seguido do uso da tesoura cirúrgica, que fará a secção da porção mediana do freio, de maneira análoga ao caso relatado.

Em relação ao pós-operatório, segundo a literatura (KOTLOW et al., 1999; AMIR et al., 2006; ELSERAFY et al., 2009) há controvérsias sobre o uso de técnicas farmacológicas para o controle da dor pós-operatória, com o uso de medicamentos (Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno) ou não, após a frenotomia. Sugerem que se faça a cirurgia antes do horário do aleitamento materno ou artificial, e se coloque o bebê para a sucção nutritiva no peito ou em bicos artificiais, imediatamente após o término da cirurgia. No caso apresentado o procedimento cirúrgico aconteceu no turno da manhã e logo após foi solicitado que a mãe colocasse para amamentar, já que ela relatou que o mesmo ainda estava na fase de amamentação.

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 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), semelhantemente ao caso exposto, onde não se prescreveu fármacos no pós-operatório, mas sim a sucção não-nutritiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a frenotomia lingual deve ser realizada sempre que a aquiloglossia causar algum prejuízo as funções estomatognáticas de uma criança, sendo muito utilizada em neonatos, trazendo resultados satisfatórios, como melhor movimentação da língua, melhor pronúncia das palavras, contribuindo para o melhor desenvolvimento psíquico-emocional do paciente.

A frenotomia lingual é tão utilizada quanto a frenectomia, sendo uma técnica menos invasiva e com prognóstico bom. Em relação ao pós-operatório pode-se orientar a amamentação imediata, após o procedimento, como também prescrição medicamentosa de analgésico de ação periférica.

Vale ressaltar que, atualmente, mesmo com o protocolo de avaliação conhecido como “teste da linguinha”, este ainda é desconhecido por muitas gestantes, por fatores como deficiência no pré-natal, desconhecimento científico médico e desavença da equipe multidisciplinar.

5. REFERÊNCIAS

- AGOSTINI O.S. **Teste da linguinha**. LEI Nº 13.002, DE 20 JUNHO DE 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.
- ALENCAR C.J.F.; BERTI G.O.; SENE T.; IMPARATO J.C.P. **Frenectomia lingual em bebê utilizando eletrocautério e tetracaína: relato de caso**. BiewAssoc Paul Cir Dent. 2011; 65(5):340-5.
- ALMEIDA R.A.S. **Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria**. Portugal, 2006.
- ALMEIDA C. **Tratamento cirúrgico dos frênuos – Visão protética e odontopediátrica**. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., 2006; 15(7):389-402.
- ANDRADE E.D. **Odontopediatria**. In: **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 3ª Ed, Artes Médicas, 2014; 137-148.
- AVEY M.I. **As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município de Itajaí/SC [dissertação]**. Paraná (PR): Universidade de Tuiuti do Paraná; 2011.
- CHINNADURAI M.M. **Ankyloglossia: Facts and Myths in diagnosis and Treatment**. J Periodontol. 2015; 80(8):1204-19.
- GARCIA O.J. **Orientações no pré-natal: O que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada**. Rev. Gestão e Saúde. 2008; 4(2): 1988-2000.
- GASPAR D.R. **Monografia De Conclusão Do Curso De Especialização Em Motricidade Oral: Anquiloglossia Alterações**. CEFAC. Fortaleza, 1999.
- HAZELBAKER A.K. **The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice [thesis]**. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 1993.

- HOCHNADEL D.B. **The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice [thesis]**. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 2011.
- IMPARATO J.C.P. **Anuário Odontopediatria clínica: integrada e atual**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2015; 2(1).
- INGRAM A.C. **Freios orais: Complicações clínicas e tratamento cirúrgico. 2015. 56 p. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária)** - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, [S.1.], 2015.
- KARKOW I.K.; PANKIW P.M.; GODOI V.C.; COSTA C.C.; FUJINAGA C.I. **Frênulo Lingual E Sua Relação Com Aleitamento Materno: Compreensão De Uma Equipe De Saúde**. *Distúrb Comun, São Paulo*, 31(1): 77-86, março, 2019.
- KNOX I. **Tonguetie And Frenotomy In Thebreastfeeding Newborn**. *Neoreviews* 2010; 11:5139.
- MARTINELLI R.L.C.; MARCHESAN I.Q.; RODRIGUES A.C.; FELIX G.B. – **Protocolo de Avaliação Do Frênulo Da Língua Em Bebês**. *Revista CEFAC*, vol. 14, núm. 1, 2012, pp. 138-145.
- MARTINELLI R.L.C. – **Relação Entre As Características Anatômicas Do Frênulo Lingual E As Funções De Sucção E Deglutição Em Bebês**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, 2013.
- MCDONALD R.E.; AVERY D.R. **Odontologia para Crianças e Adolescentes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- OLIVEIRA M.T.P.; MONTENEGRO N.C.; Anderson Domingues Alves da SILVA 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, jan./abr. 2019.

- OREDSSON J.; TORNGREN A. **Frenotomy in children with ankyloglossia and breast-feeding problems. A simple method seemsto render good results.** Lakartidningen. 2010; 107(10):676-8.
- PENHA E.S.; A.K.A.2, CHAGAS P.O.; RIBEIRO L.P. – GUÊNES GMT L.A.D.C.; Rosana de Araújo Rosendo¹, Camila Helena Machado da Costa FIGUEIREDO C.H.M.C. - **Teste Da Linguinha: As Gestantes Sabem Do Que Se Trata?** Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091.
- PÉREZ NAVARRO N.; LOPEZ M. **Anquiloglossia En Niños de 5 a 11 Años de Edad: Diagnóstico y Tratamiento.** Rev Cubana Estomatol 2002; 39(3).
- POMINI M.C.; BORDIN D.; MARTINS P.R.D.; TWANY DEMOGALSKI J.; FADEL C.B.; ALVES F.B.T. - **Conhecimento de gestantes sobre o teste da linguinha em neonatos.** Rev Odontol UNESP, 2018 Nov-Dec; 47(6): 341-347.
- 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, jan./abr. 2017.
- RIPPLINGER T. – **Protocolo Para Avaliação De Frênulo Lingual Na Primeira Infância.** 127f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.
- SHAFER, W.G. **Tratado de Patologia Bucal**, 4^o ed. Rio de Janeiro: Editora Interramericana, 1985; 126 - 128.
- TUNES F.A.; GIFFONI T.C.R.; GOYA S.; FRANZIN L.C.S. - **Frenotomia Lingual Em Paciente Com Paralisia Cerebral: Relato De Caso.** Revista UNINGÁ Vol.51(2), pp.27-31 (Jan- Mar 2017).

- VIERA J.I.M.P. **Tecnologia Laser em Medicina Dentária Frenectomia em Foco.** Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2012.