

UNIVERSIDADE TIRADENTES

LARISSA DIAS DE OLIVEIRA  
NATÁLIA DA PAIXÃO MENEZES

FRENOTOMIA EM BEBÊ COM ANQUILOGLOSSIA:  
RELATO DE CASO

Aracaju

2019

LARISSA DIAS DE OLIVEIRA  
NATÁLIA DA PAIXÃO MENEZES

FRENOTOMIA EM BEBÊ COM ANQUILOGLOSSIA:  
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.

Profa. Msc. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju

2019

LARISSA DIAS DE OLIVEIRA  
NATÁLIA DA PAIXÃO MENEZES

FRENOTOMIA EM BEBÊ COM ANQUILOGLOSSIA:  
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

---

*Prof. Orientador:* \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

# FRENOTOMIA EM BEBÊ COM ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO

Natália da Paixão Menezes<sup>(a)</sup>, Larissa Dias de Oliveira<sup>(a)</sup>,  
Vanessa dos Santos Viana<sup>(b)</sup>

*<sup>(a)</sup>Graduandos em Odontologia - Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup> Professora Assistente do curso de Odontologia - Universidade Tiradentes;*

## RESUMO

O desenvolvimento da cavidade oral inicia-se ainda na vida intrauterina e fatores hereditários podem afetar esse ciclo de desenvolvimento. Durante o período de formação a língua e suas estruturas estão sujeitas a sofrer alterações. Uma anomalia bastante comum sofrida pelo freio lingual é a anquiloglossia, a qual é descrita como uma condição congênita que limita os movimentos pelos quais a língua é responsável como: sugar, engolir, falar e mastigar. Para diagnosticá-la, é necessário um exame clínico minucioso e o quanto antes for feito, maiores serão as chances de se obter um tratamento de sucesso. Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de anquiloglossia em um bebê de 4 meses de idade com indicação cirúrgica de frenotomia lingual com a finalidade de devolver as funções da língua bem como a manutenção do aleitamento materno do bebê. Ao tratarmos a anquiloglossia precocemente, além de devolver as funções da língua, evitamos problemas futuros como as má oclusões.

## PALAVRAS-CHAVE

Anquiloglossia, frenotomia, bebê.

## ABSTRACT

The development of the oral cavity begins in intrauterine life and hereditary factors, or not, may affect this developmental cycle. During the period of formation the language and its structures are subject to change. A very common anomaly suffered by the lingual breake is ankyloglossia, which is described as a congenital condition that limits the movements by which the tongue is responsible as sucking, swallowing, speaking and chewing. To diagnose it, a thorough clinical examination is required and the sooner it is done, the grater the chances of successful treatment. This paper aims to present a clinical case of ankyloglossia in a 4-month-old baby with surgical indication of lingual frenotomy in order to restore tongue functions as well as the maintenance of breastfeeding. By treating ankyloglossia early, in addition to returning tongue functions, we avoid future problems such as malocclusions.

## KEYWORDS

Ankyloglossia, frenotomy, baby.

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da cavidade oral inicia-se ainda na vida intrauterina e fatores hereditários, ou não, podem afetar esse ciclo de desenvolvimento, fazendo com que a criança desenvolva alguma síndrome ou anomalia. A cavidade oral começa a se formar a partir da 3ª semana de vida intrauterina. Na 7ª semana, invaginações epiteliais aprofundam-se no tecido conjuntivo, originando o sulco labial e a lâmina dentária. No período compreendido entre o 18º dia e a 7ª semana de gestação, o embrião está mais propício a sofrer alterações de desenvolvimento decorrente de distúrbios sistêmicos maternos como, por exemplo, as fendas labiopalatinas. É neste período, mais especificamente entre a 4ª e 8ª semana, que ocorre a formação da língua e suas estruturas (CORRÊA, 2011).

Já na 12ª semana de vida intrauterina ocorre o desenvolvimento do reflexo de sucção e entre a 18ª e a 22ª semana, inicia-se a sucção. Entretanto, o reflexo de sucção associado ao ato de abrir a boca e projetar a língua para frente só é observado a partir da 28ª semana de vida intrauterina. Por fim, somente entre a 32ª e 34ª semanas é que o feto já consegue deglutir o suficiente para a sua nutrição extrauterina (Walter, 2014). É durante esse período de formação da língua que, simultaneamente, ocorre o desenvolvimento do frênulo lingual. E, assim como outras estruturas, este também está sujeito a sofrer alterações de desenvolvimento (WALTER, 2014).

O frênulo ou freio lingual é uma membrana localizada na face ventral da língua que, ao nascimento, é esperado que desapareça. Entretanto, muitas vezes ele permanece e, desde que não interfira nas funções da língua, não é necessário removê-lo. Para garantir que não há interferências, é necessário fazer uma avaliação através de um exame clínico minucioso (XAVIER, 2014). Uma anomalia bastante comum sofrida pelo freio lingual é a anquiloglossia, mais conhecida como “língua presa”, a qual é descrita como uma condição congênita e hereditária, muitas vezes ignorada, que está presente desde o nascimento. Tal alteração surge ainda no período de gravidez, quando uma pequena porção de tecido que deveria desaparecer durante o desenvolvimento do bebê permanece na parte baixa da língua, limitando assim, os movimentos pelos quais ela é responsável como: sugar, engolir, falar e mastigar (MARTINELLI et al., 2014).

A etiologia da anquiloglossia ainda é desconhecida. Entretanto, algumas síndromes estão associadas a essa anomalia como é o caso da síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Simosa e síndrome de Beckwith-Wiedemann (JUNQUEIRA et al., 2014).

O freio lingual sem alteração alguma, possui duas inserções: uma superior (lingual) e outra inferior (no pavimento da boca), abaixo do processo alveolar inferior. Na anquiloglossia, além de apresentar-se curto (quando não permite os movimentos adequados e amplos), o freio lingual impede uma sucção adequada e provoca na língua uma deformação quadrangular quando a mesma é elevada ao palato. Ele também pode ser considerado anteriorizado, quando a sua inserção na face ventral da língua é mais para anterior que a porção média dessa mesma face até a extremidade da língua (XAVIER, 2014).

Um estudo realizado em 2013, na Universidade de São Paulo, mostrou que a cada 10 mil crianças que nascem, 2254 possuem alteração do frênulo lingual (22,54% de ocorrência). Portanto, em 2014, foi sancionada, no Brasil, a lei nº 13.002, a qual torna obrigatório em todos os hospitais e maternidades do país a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês - mais conhecido como Teste da Linguinha. Este deve ser realizado por um profissional capacitado da área da saúde como por exemplo, um odontopediatra ou fonoaudiólogo. Dessa forma, é possível obter um diagnóstico precoce e um tratamento de sucesso, evitando assim, problemas futuros (MARTINELLI et al., 2014).

Quando não se conhecem as várias dificuldades advindas da anquiloglossia, esta alteração pode acompanhar os indivíduos até a vida adulta. Durante os primeiros meses de vida, a “língua presa” dificulta a amamentação, o que pode gerar situações estressantes tanto para o bebê quanto para a mãe. Já em crianças, jovens e adultos, quando não diagnosticada e tratada precocemente, a anquiloglossia pode implicar em diversos aspectos da vida, desde os mais simples como mastigação/deglutição e higiene oral, até mesmo gerar dificuldades na dicção, o que, por sua vez, afeta a comunicação e conseqüentemente o relacionamento social com os membros da família ou de grupos sociais e até mesmo o desenvolvimento profissional do indivíduo (MARTINELLI et al., 2014; XAVIER, 2014).

Lactentes que possuem alterações na língua podem apresentar dificuldade de sucção, o que afeta tanto o bebê quanto a mãe. Os problemas mais percebidos

incluem dificuldades na pega (incluindo sinais de frustração, como chacoalhar a cabeça), dor no peito materno (incluindo hemorragias, mamilos rachados ou ulcerados) e gestos de insatisfação por parte do bebê, como amamentação contínua, geralmente com agitação (DE ALMEIDA et al., 2018). Tal dificuldade na pega acaba afetando as funções de sucção e deglutição do bebê, as quais estão relacionadas à adequada mobilidade da língua, o que pode gerar uma recusa do seio materno. Essa situação pode gerar uma diminuição da progressão normal do peso da criança, desconforto para a mãe durante a amamentação, e assim, levando a um desmame precoce e conseqüente prejuízo do desenvolvimento normal da criança. Em casos mais graves, pode interferir no crescimento da mandíbula, no desenvolvimento do sistema estomatognático e, conseqüentemente, favorecer o desenvolvimento de má-oclusões (PROCÓPICO, 2014).

Profissionais da área da saúde como odontólogos, fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, utilizam condutas semelhantes no momento da realização de um diagnóstico precoce, pois concordam quanto às características anatomofuncionais e à classificação do frênulo lingual. No entanto há uma distinção entre eles quanto a melhor forma de tratamento para liberação do frênulo. Essas divergências estão relacionadas às indicações, quando realizar a cirurgia e o tipo de intervenção. Muitas vezes é necessário intervir com uma terapia multidisciplinar, afim de restabelecer o sistema estomatognático, psíquico e social do paciente. Quando a cirurgia é necessária para o tratamento, geralmente é realizada por um odontopediatra, otorrinolaringologista ou pediatra (o procedimento cirúrgico consiste em anestesia local, incisão horizontal do freio lingual para a frenectomia ou o “pic” quando indicada a frenotomia, são as manobras utilizadas a fim de permitir a mobilidade da língua (SILVA et al., 2016).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma criança de 4 meses de idade, com diagnóstico de anquiloglossia e indicação cirúrgica de frenotomia lingual pela odontopediatra.

## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente G.M.B, 4 meses, do gênero masculino, leucoderma, nascido de parto cesárea e pesando 6,7Kg, compareceu à Clínica Odontológica da Unit para atendimento pois, segundo o relato da mãe o paciente tinha a “língua presa”, e foi através da pediatra, no 1º mês de vida, que ela descobriu tal condição. Esta, dificultava a protrusão da língua, apreensão/ sucção do seio durante a extração do leite materno e não permitia que o bebê emitisse alguns sons comuns dessa idade. A médica pediatra indicou a realização da cirurgia do freio lingual somente aos 6 meses de idade. Porém, pelo fato de que a mãe estava preocupada com tal situação, buscou ajuda a uma Odontopediatra, a qual confirmou a necessidade da frenotomia lingual, mas preferiu aguardar 3 meses para observar se com o desenvolvimento da criança ocorria uma melhora. Como não ocorreu, a cirurgia foi agendada. O fato do bebê não conseguir projetar a língua anteriormente, gerou um sentimento de frustração tanto para o lactente quanto para a mãe, o que, algumas vezes levava à rejeição do seio. Ela relatou, também, que ele emitia sons, semelhantes a estalos, durante a amamentação. Foi relatado também que a mãe havia tentado dar complemento alimentar (leite de fórmula) utilizando a mamadeira mas que ele havia rejeitado. Entretanto, o paciente continuava mamando.

A avaliação foi realizada utilizando o Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês proposto por Martinelli et al. (2014). Tal protocolo avalia três quesitos: história clínica, aspecto anátomo-funcional e a sucção nutritiva e não nutritiva. Para essa avaliação foi utilizado uma manobra de inspeção na qual os dedos indicadores do cirurgião-dentista são inseridos na região sublingual de forma que ocorra a elevação da língua e o consequente tracionamento do freio lingual.

Na história clínica, foi investigado se haviam casos de alteração de frênulo lingual na família, se o paciente possuía algum problema de saúde e aspectos relacionados à amamentação, os quais podem ser vistos na imagem 1.



Imagem 1: História clínica do paciente do Protocolo de Avaliação proposto por Martinelli (2012).  
Total da soma dos escores = 4.

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

Problemas de Saúde  
 não  sim Quais: \_\_\_\_\_

---

Amamentação:

- tempo entre as mamadas:	<input type="checkbox"/> 2h ou mais (0)	<input checked="" type="checkbox"/> 1h ou menos (2)
- cansaço para mamar?	<input type="checkbox"/> não (0)	<input checked="" type="checkbox"/> sim (1)
- mama um pouquinho e dorme?	<input checked="" type="checkbox"/> não (0)	<input type="checkbox"/> sim (1)
- vai soltando o mamilo?	<input type="checkbox"/> não (0)	<input checked="" type="checkbox"/> sim (1)
- morde o mamilo?	<input checked="" type="checkbox"/> não (0)	<input type="checkbox"/> sim (2)

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

FONTE: caso clínico pesquisado

Após realizar todas as perguntas referentes à história clínica, foi realizada a soma dos scores. O total foi 4, sendo que, quando a soma dos itens for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Na avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, foram investigados aspectos relacionados à movimentação da língua, ao ritmo da sucção, a coordenação entre sucção/deglutição/respiração, quanto ao hábito de morder o mamilo e se o bebê fazia estalos de língua durante a sucção, os quais podem ser vistos na imagem 2. Sendo assim, a soma dos scores desta avaliação foi de 4 ao total, sendo que, quando a soma da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua (onde 0 é o melhor resultado e 5 o pior)

Imagem 2: Avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva do paciente do Protocolo de Avaliação proposto por Martinelli (2012). Total da soma dos scores = 4.

<b>1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)</b>	
<b>1.1. Movimento da língua</b>	
<input type="checkbox"/> adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente	(0)
<input checked="" type="checkbox"/> inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção	(1)
<b>2. Sucção Nutritiva na Amamentação</b> (na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)	
<b>2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)</b>	
<input type="checkbox"/> várias sucções seguidas com pausas curtas	(0)
<input checked="" type="checkbox"/> poucas sucções com pausas longas	(1)
<b>2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração</b>	
<input type="checkbox"/> adequada (0)	(equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)
<input checked="" type="checkbox"/> inadequada (1)	(tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)
<b>2.3. "Morde" o mamilo</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> não (0)	
<input type="checkbox"/> sim (1)	
<b>2.4. Estalos de língua durante a sucção</b>	
<input type="checkbox"/> não (0)	
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	

FONTE: caso clínico pesquisado

No exame clínico, para avaliação anatomofuncional, foi observado a postura dos lábios em repouso (imagens 3 e 3.1), tendência do posicionamento da língua durante o choro (imagens 4 e 4.1), forma da ponta da língua quando elevada durante o choro (imagens 5 e 5.1), o frênulo da língua (imagens 6 e 6.1), espessura do frênulo (imagens 7 e 7.1), fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua (imagens 8 e 8.1) e fixação do frênulo no assoalho da boca (imagens 9 e 9.1).

Após a completa avaliação anatomofuncional, foi realizada a soma dos scores, totalizando 7. Sendo que, quando a soma dos itens das imagens 6, 7, 8 e 9 for igual ou maior que 3 (sendo 0 o melhor resultado e 6 o pior resultado), pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. E quando a soma dos itens das imagens 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 for igual ou maior que 7 (sendo 0 o melhor resultado e 12 o pior resultado), pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Imagem 3: Postura dos lábios em repouso do Protocolo proposto por Martinelli.

**1. Postura de lábios em repouso**



lábios fechados (0)



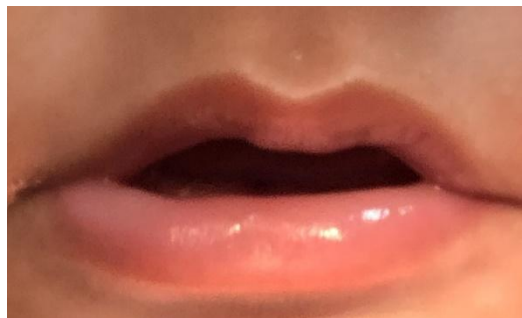
lábios entreabertos (1)



lábios abertos (1)

FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

Imagem 3.1: Postura dos lábios em repouso do paciente. Lábios entreabertos (escore 1).



FONTE: caso clínico pesquisado

Imagem 4: Tendência do posicionamento da língua durante o choro do Protocolo proposto por Martinelli (2012).

**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)

FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

Imagem 4.1: Tendência do posicionamento da língua do paciente durante o choro. Língua baixa (escore2).



FONTE: caso clínico pesquisado

Imagem 5: Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro do Protocolo proposto por Martinelli.

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



( ) arredondada (0)



( ) ligeira fenda no ápice (2)



( ) formato de "coração" (3)

FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

Imagem 5.1: Forma da ponta da língua do paciente quando elevada durante o choro. Ligeira fenda no ápice (escore 2).



FONTE: caso clínico pesquisado

Imagem 6: Visualização do frênulo da língua do Protocolo proposto por Martinelli.

#### 4. Frênulo da língua



FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

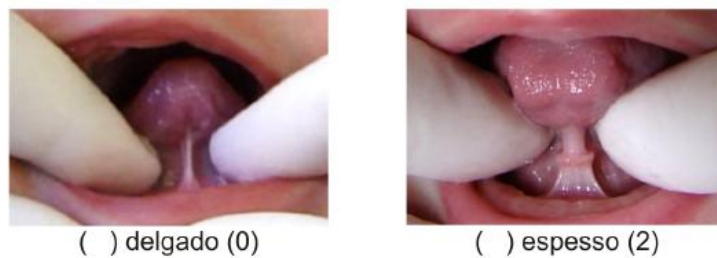
Imagem 6.1: Visualização do frênulo da língua do paciente com o auxílio da manobra de inspeção.



FONTE: caso clínico pesquisado

Imagem 7: Avaliação da espessura do frênulo do Protocolo proposto por Martinelli.

#### 4.1. Espessura do frênulo



FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

Imagem 7.1: Avaliação da espessura do frênulo do paciente. Frênulo delgado (escore 0).



FONTE: caso clínico pesquisado



Imagem 8: Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua do Protocolo proposto por Martinelli.

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



FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

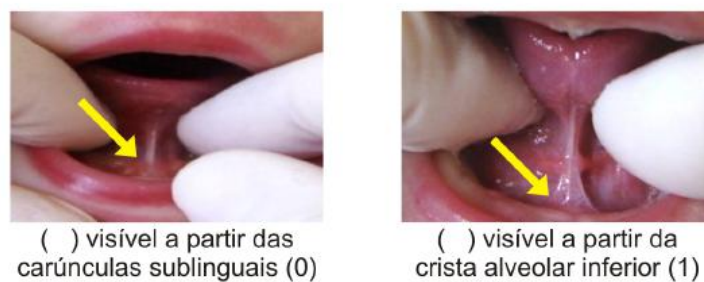
Imagem 8.1: Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua entre o terço médio e o ápice (escore 2).



FONTE: caso clínico pesquisado

Imagem 9: Fixação do frênulo no assoalho da boca do Protocolo proposto por Martinelli.

#### 4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



FONTE: (MARTINELLI et al., 2012)

Imagem 9.1: Fixação do frênulo no assoalho da boca a partir das carúnculas sublinguais (escore 0).



FONTE: caso clínico pesquisado

Após toda a avaliação clínica e consequente constatação da anquiloglossia, deu-se início à cirurgia de frenotomia lingual. Para que fosse possível realizá-la, foi necessário realizar uma contenção física, na qual, um dos responsáveis teve que sentar na cadeira odontológica com os braços ao redor do paciente de forma que fosse possível restringir os movimentos dele. Além disso, foi necessário outra pessoa para segurar a cabeça do bebê para evitar movimentos indesejados durante a cirurgia. Tal contenção pode ser observada na imagem 10.

Imagem 10: Contenção física para que a frenotomia pudesse ser realizada



FONTE: caso clínico pesquisado

Para realizar a técnica cirúrgica foram necessários anestésico tópico, uma seringa carpule com aspiração, agulha extra-curta, utilizando um tubete de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.00, tesoura de ponta reta e gaze (imagem 11).

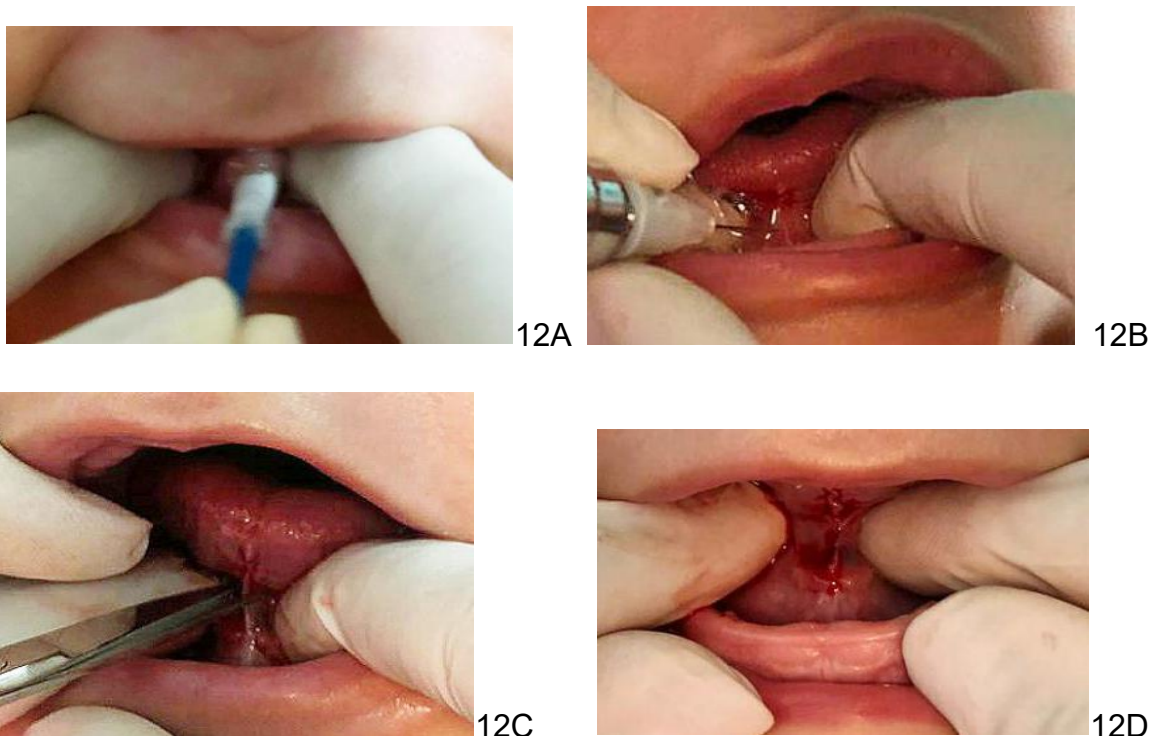
Imagem 11: Mesa cirúrgica para realização da frenotomia lingual



FONTE: caso clínico pesquisado

Com a mesa pronta e a contenção realizada, deu-se início a cirurgia. Para que fosse possível visualizar o freio, foi necessário inserir os dedos indicadores na região sublingual de forma que projetasse a língua do paciente em direção ao palato, provocando o tracionamento do freio lingual. Feito isso, a base do freio lingual foi secada com gaze e em seguida, foi realizada a anestesia tópica (imagem 12A) para que a dor causada pela punção da agulha fosse menor. Então, com a carpule e a agulha extra-curta, realizou-se a anestesia local em cada lado da base do frênulo lingual (imagem 12B). Em seguida, foi realizado o “pique” do freio com a tesoura (imagem 12C e 12D) e o controle da hemorragia com compressa de gaze para finalizar a cirurgia. Não foi necessário suturar. Imediatamente após a cirurgia, a mãe foi instruída a amamentar o bebê para auxiliar no processo de cicatrização (imagem 13).

Imagem 12: (12A) Anestesia tópica; (12B) Anestesia local; (12C) “Pique” do freio lingual; (12D) Aspecto final.



FONTE: caso clínico pesquisado

Imediatamente após a frenotomia, já foi possível observar mudanças. Inicialmente, notamos que o paciente não emitiu sons ao ser amamentado e logo em seguida a mãe relatou que sentiu um diferença da “pega” do seio. Ela relatou que estava conseguindo sentir a língua do bebê pressionando o mamilo, o que antes não era



possível - e uma sucção mais intensa - quando comparada com o pré-cirúrgico. Com o aumento da força de sucção, a quantidade de leite extraída também foi maior, o que fez ele engasgar.

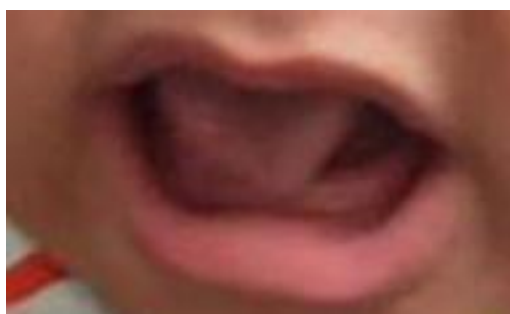
Imagem 13: Paciente sendo amamentado logo após a realização da frenotomia.



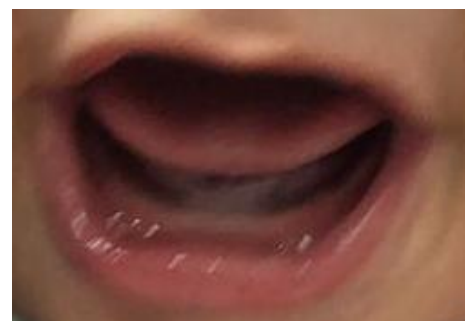
FONTE: caso clínico pesquisado

Outra mudança foi que o lactente, durante o choro, já estava conseguindo projetar a língua além do bordo incisal, o que antes não era realizado (Imagem 14 A e B).

Imagem 14: Pós-operatório imediato; (14A) Língua protruída sobre o rebordo incisal; (14B) Língua elevada durante o choro.



14A



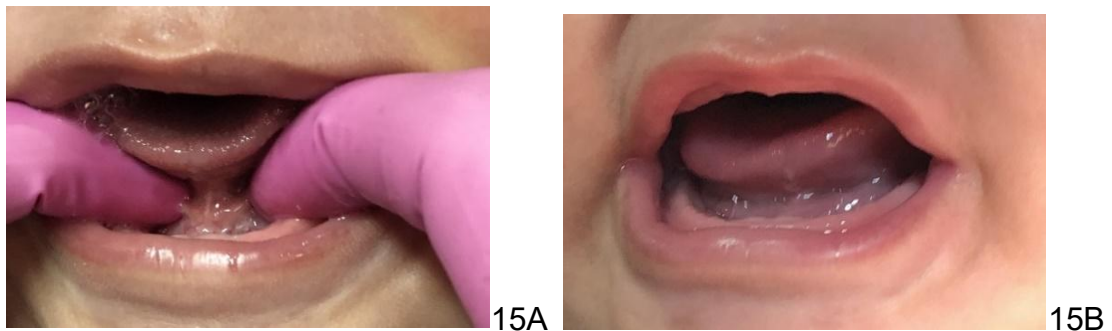
14B

FONTE: caso clínico pesquisado

Após uma semana, a responsável retornou com o paciente para que pudesse ser realizado o acompanhamento pós-operatório da frenotomia, na qual observou-se a cicatrização, os aspectos anatomofuncionais e a sucção nutritiva e não nutritiva. Além disso, foi discutido o aspecto psicológico dos responsáveis, comparando os

seus pensamentos pré-frenotomia e pós-frenotomia. A cicatrização (imagem 15A) ocorreu como o esperado, de forma positiva. Com relação aos aspectos anatomofuncionais, a língua apresentava-se em posição elevada durante o choro e com o ápice arredondado (Imagem 15B). A mãe contou que o paciente havia desenvolvido algumas habilidades nunca antes vistas como, o “besourinho” e o hábito de emitir barulhos incompreensíveis. E, além disso, ele estava gritando mais com a língua para fora e, quando levava algum objeto à boca, era possível ver a língua.

Imagem 15: Pós-operatório de 1 semana; (15A) Cicatrização do freio lingual; (15B) Posição da língua e formato do ápice durante o choro.



FONTE: caso clínico pesquisado

Foi relatado pela mãe, que o bebê estava fazendo uma melhor apreensão do seio e que dava para sentir a língua pressionando o mamilo contra o palato. Dessa forma, as sucções passaram a ser mais longas, sem pausas e, além de estar mamando por mais tempo, ele passou a pedir o seio mais vezes. Assim como no seio, a sucção não-nutritiva na mamadeira estava ocorrendo de forma mais rápida. Por estar mamando mais vezes, ele também passou a gorgar mais. Também foi relatado que os estalos durante a sucção não existiam mais.

Ao abordar em entrevista sobre os aspectos psicológicos com os genitores do paciente, foi relatado que após o diagnóstico de anquiloglossia surgiram preocupações com relação ao desenvolvimento psicossocial da criança, com risco de sofrer bullying em idade escolar. Passado 1 semana da cirurgia, e devido a todas as mudanças observadas, foi relatado que não existia mais essa preocupação.

Após 1 mês desde a cirurgia, foi realizada mais uma avaliação. As diferenças observadas desde a última consulta foram: o bebê não solta mais o mamilo durante a

amamentação, realizando, assim, uma apreensão maior do seio. Houve um ganho de 800g no peso corporal do bebê, (um ganho acima do esperado, mas dentro da normalidade). Está mamando por mais tempo e demorando a pedir o peito de novo. Não está mais gorfando várias vezes. Não dá mais respiradas profundas durante a amamentação como era visto antes da cirurgia. Foi observado, também, que a cirurgia obteve um prognóstico favorável com relação à cicatrização (imagem 16A e 16B).

Imagem16: Pós-operatório de 1 mês; (16A) e (16B) Imagens finais do freio lingual cicatrizado.



FONTE: caso clínico pesquisado

Até o presente momento, apenas foi realizado o acompanhamento até 1 mês após a frenotomia. A próxima consulta de avaliação está marcada para quando completar os 6 meses após a cirurgia.

### 3 DISCUSSÃO

A anquiloglossia é descrita como uma condição congênita e hereditária, na qual a língua tem os seus movimentos limitados pelo freio lingual curto e/ou espesso. O principal movimento a ser afetado é o de protrusão da língua, pois nessas condições, a sua extremidade não consegue ultrapassar o bordo incisal dos incisivos inferiores. O freio lingual sem alteração alguma, possui duas inserções: uma superior (lingual) e outra inferior (no pavimento da boca), abaixo do processo alveolar inferior (MIRANDA et al., 2016; POMINI et al., 2018; XAVIER, 2014; ).

Essa alteração do frênulo lingual está comumente associado a dificuldades na amamentação e, posteriormente, na fala. No caso apresentado, a alteração está relacionada à dificuldade na amamentação. Além disso, indivíduos com este tipo de alteração podem ainda apresentar dificuldade na mastigação, deglutição atípica,

postura anormal da língua e alteração no desenvolvimento mandibular (SILVA et al., 2016).

Entretanto, através de uma pesquisa realizada por Karkow et al. (2019), na qual foram entrevistados diversos profissionais da área da saúde, foi possível observar três pontos de vista diferentes em relação à interferência do freio lingual encurtado na amamentação. Há os profissionais que acreditam que existe uma interferência direta do frênulo alterado na amamentação que envolve tanto a dificuldade na pega do seio, quanto à minimização do movimento da língua, o que acaba dificultando a sucção. Estes profissionais acreditam que a liberação do freio lingual tem como consequência a melhora na ordenha.

Ainda na pesquisa de Karkow et al. (2019), outros profissionais da área da saúde apresentaram uma opinião totalmente divergente da anterior, pois acreditam que o frênulo encurtado não acarreta dificuldades na amamentação. Por fim, ainda houveram profissionais que defenderam a idéia de que ocorre uma adaptação tanto da mãe quanto do bebê frente às adversidades que o frênulo lingual alterado pode causar. Assim como na amamentação, esta pesquisa mostrou que, em relação à fala, os profissionais também possuem opiniões divergentes.

Segundo Martinelli et al. (2014), após um estudo realizado com 109 mães de bebês com freio lingual curto, nos quais foi realizada a frenotomia, foi possível observar melhorias relacionadas à amamentação. Antes de realizar o procedimento cirúrgico, os principais sintomas relatados pelas mães foram: fadiga durante a amamentação, longas pausas entre as sucções, períodos curtos entre as mamadas, sons durante a amamentação e dor no mamilo. Logo após a frenotomia, foi possível observar que os sintomas em relação à amamentação e a coordenação entre sucção/deglutição/respiração melhoraram. Tal estudo, e seus resultados, corroboram com o que foi relatado neste caso clínico. Com exceção da dor no mamilo, todos os sintomas encontrados antes da cirurgia e todas as melhorias observadas após a frenotomia, foram observadas.

Embora haja falta de consenso quanto à classificação das alterações de frênulo, atualmente, muitos estudos confirmam a interferência dessas alterações na amamentação de bebês, o que foi constatado neste trabalho, em que o paciente

apresentava dificuldades na amamentação (FERRÉS-AMAT et al., 2016; MARTINELLI, 2012).

Apesar da não existir uma padronização da forma de diagnosticar a anquiloglossia, em 2014, o Brasil tornou -se o primeiro país a sancionar uma lei, a qual torna obrigatório em todos os hospitais e maternidades do país a realização do Protocolo de Avaliação do frênulo da Língua em bebês - mais conhecido como Teste da Linguinha. A realização deste protocolo é de extrema importância na obtenção de um diagnóstico correto e conseqüentemente, em um tratamento precoce (MARTINELLI et al., 2014). Sabendo disso, e comparando com o caso clínico relatado, é notório que, apesar da lei ser vigente, não é uma realidade pois o Teste da Linguinha não foi realizado no paciente quando este ainda estava na maternidade.

Ainda segundo Martinelli et al. (2014), o teste da linguinha deve ser realizado o mais cedo possível, de preferência, no primeiro mês de vida para que não se tenha dificuldades na amamentação e, conseqüentemente, a perda de peso ou até mesmo o desmame precoce. Tal afirmação corrobora com o que foi dito por Silva et al. (2016) quando ele cita as conseqüências que a anquiloglossia pode gerar. E as deficiências de desenvolvimento anatomofuncionais encontradas no paciente deste caso clínico confirmam o que foi dito por esses dois autores.

Um estudo feito por Pomini et al. (2018), verificou que um número baixo de gestantes conhece o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Apesar de 18% já terem ouvido falar sobre o assunto, a maioria não tem conhecimento sobre a finalidade (93%), o período de realização (92%) e sobre o procedimento de frenotomia (92%). Esses são fatores que demonstram a falta de disseminação e do acesso ao conhecimento da população sobre o Teste da Linguinha. Neste trabalho, a mãe não conhecia o teste, quando ele deveria ser realizado, o que era anquiloglossia, suas conseqüências e tratamentos. Confirmando assim, os resultados do estudo feito por Pomini et al. (2018).

Vale ressaltar que a consulta odontológica no período pré-natal é fundamental e que, neste momento, compete ao dentista, além de oferecer assistência odontológica à gestante, possibilitar à mesma o acesso à informação sobre a saúde bucal do bebê e a importância do aleitamento materno (AMINI et al, 2010; POMINI et al., 2018).

Neste relato de caso a intervenção cirúrgica indicada e realizada foi a frenotomia lingual em um bebê de 4 meses em que o mesmo possuía um freio de espessura delgada, o que proporcionou a obtenção de um prognóstico favorável com melhoras significativas. A correção cirúrgica da anquiloglossia é menos traumática quando realizada após o nascimento até os quatro meses de vida, enquanto o freio lingual ainda é uma membrana delgada (TECCO et al., 2015).

Em crianças mais velhas, por volta dos 5 anos de idade, a correção cirúrgica requer uma técnica mais invasiva, pois o freio lingual se torna mais espesso e fibroso, o que pode ocasionar problemas no sistema estomatognático, psíquico e social da criança, podendo haver a necessidade de terapia com uma equipe multidisciplinar envolvendo psicólogo, fonoaudiólogo, cirurgião-dentista e otorrinolaringologista (SILVA et al., 2016).

Não há parâmetros objetivos quanto ao momento da cirurgia. No entanto, a mesma deve ser realizada antes que a criança se desenvolva padrões anormais de deglutição e fala. Quando o procedimento é realizado em crianças mais velhas, elas devem ser encaminhadas a um fonoaudiólogo para restabelecer as funções normais da língua (JUNQUEIRA et al., 2014). Tal situação pode ser observada neste caso clínico, no momento em que a mãe relatou que procurou ajuda à odontopediatra, a qual confirmou a necessidade da frenotomia lingual pois a anquiloglossia dificultava a protrusão da língua e a apreensão/sucção do seio, impedindo que o bebê realizasse a deglutição do leite corretamente.

Com relação à técnica cirúrgica, Marzola et al. (2015), definiu algumas técnicas que podem ser realizadas em casos de anquiloglossia para liberação do freio lingual, destacando-se entre elas: a frenectomia com a excisão total do frênulo (duplo pinçamento e pinçamento único) e a frenotomia com a secção do frênulo, sem a remoção do mesmo. No caso clínico apresentado, após ter sido realizada uma avaliação criteriosa pré-operatória, a técnica escolhida foi a frenotomia, na qual foi feita a anestesia tópica, anestesia local em cada lado da base do frênulo lingual e em seguida, foi realizado o “pique” do freio com a tesoura, não sendo necessária sutura.

Segundo Bistaffa et al. (2017), a frenotomia em bebês é considerada pouco invasiva e com um menor desconforto pós-operatório. Entretanto há controvérsias na literatura 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 cirurgia.

No mesmo artigo, Bistaffa et al. (2017), ainda sugeriu que a cirurgia fosse realizada antes do horário do aleitamento materno ou artificial, e que a mãe colocasse o bebê para a sucção nutritiva no peito ou em bicos artificiais, imediatamente após o término da cirurgia. Esta alternativa elimina a utilização da abordagem farmacológica além de se observar a liberação dos movimentos da língua de sucção para o aleitamento, semelhantemente ao caso exposto, onde não se prescreveu fármacos no pós-operatório, tendo a imediata sucção nutritiva como necessária para uma boa cicatrização do frênulo lingual.

Em um estudo realizado pela *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* demonstra incerteza a respeito dos benefícios da correção cirúrgica da anquiloglossia com relação a situações clinicamente relevantes, como: prevenção da interrupção precoce do aleitamento materno, aumento da duração da amamentação, crescimento e ganho de peso da criança. No caso clínico apresentado nesse artigo, foi possível observar após a cirurgia, que o lactente passou a mamar por mais tempo e houve ganho de peso satisfatório para idade (800g) que apresentou-se acima do esperado, mas dentro da normalidade, concordando com o estudo acima. Confirmando desta forma, que a frenotomia contribuiu com a melhora no aleitamento materno e com o crescimento e ganho de peso do bebê.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante os primeiros meses de vida, a anquiloglossia é uma anomalia que dificulta a amamentação, o que pode gerar dificuldades tanto para a mãe quanto para o bebê. Já em crianças mais velhas, essa anomalia pode ocasionar problemas no sistema estomatognático, dificuldades com a fala e, conseqüentemente afetando os sistemas psíquico e social das mesmas. O diagnóstico realizado por meio de protocolo específico é de fundamental importância, proporcionando segurança para a indicação da intervenção precoce, evitando assim que os problemas relacionados a essa anomalia se agravem no futuro. Observa-se que a indicação pela cirurgia de frenotomia apresenta um prognóstico favorável, devolvendo as funções da língua, bem como a manutenção do aleitamento materno.

## 5 REFERÊNCIAS

- 1- A, ROWAN-LEGG, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. **Ankyloglossia and breastfeeding**. Paediatric Child Health 2015; 20(4):209-218.
- 2- AMINI, H., CASIMASSIMO, P.S. **Prenatal dental care: a review**. Gen Dent. 2010 May-Jun;58(3):176-80. PMID:20478796.
- 3- BISTAFFA, A.G.I., GIFFONI, T.C.R., FRANZIN, L.C.D.S. Frenotomia lingual em bebê. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 29, ed. 2, p. 18-22, 2017.
- 4- BASTIANI, C., COTA, A.L.S., PROVENZANO, M.G.A., FRACASSO, M.L.C., HONÓRIO, H.M., RIOS, D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol Clín-Cient**. 2010 Abr-Jun;9(2):155-60.
- 5- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Frenectomy for the correction of ankyloglossia: a review of clinical effectiveness and guidelines. **CADTH** Ottawa, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK373454/>> Acesso em: 15 set. 2019
- 6- CORRÊA, M.S.N.P., **Odontopediatria na Primeira Infância**. Cap.11. In: MOREIRA, MÁRCIA. Desenvolvimento Anatomofuncional da Boca. 3ª. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., p. 127-129. 2011. ISBN 978-85-7288-784-7.
- 7- DE ALMEIDA, K.R., LEAL, T.P., KUBO, H., CASTRO, T.E.S., ORTOLANI, C.L.A.F. Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso: Lingual frenotomy in a newborn, from diagnosis to surgery: a case report. **Revista Cefac - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 258-262, 2018.
- 8- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Brasília, DF; **Agora é lei: 'Teste da Linguinha' é publicado no Diário Oficial da União**. 25 jun. 2014. Disponível: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2014/06/>>. Acesso em: 25 de setembro de 2019
- 9- FERRÉS-AMAT, E., PASTOR-VERA, T., RODRÍGUEZ-ALESSI, P., FERRÉS-AMAT, E., MAREQUE-BUENO, J., FERRÉS-PADRÓ, E. Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the Newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy, and Frenotomy. **Case Reports in Pediatrics**, [s. l.], v. 2016, p. 1-5, 2016.



Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/cripe/2016/3010594/>> Acesso em: 18 outubro de 2019.

- 10- GUEDES-PINTO, A.C., MELLO-MOURA, A.C.V., **Odontopediatria**. Cap. 30. *In*: MOTTA, L.F.G., ALENCAR, C.J.F. Cirurgia em Odontopediatria. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., p. 456-459. 2017. 818 p. ISBN 978-85-277-2866-9
- 11- JUNQUEIRA, Marina Azevedo; CUNHA, Mayara Nery Oliveira; SILVA, Lidiane Lucas Costa e; ARAÚJO, Leandro Borges; MORETTI, Anna Beatriz Silveira; FILHO, Carlos Eduardo Gomes Couto; SAKAY, Vivien Thiemy. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children:: a case series. **J Appl Oral Sci.**, Alfenas- MG, v. 22, ed. 3, p. 241-8, Janeiro 2014.
- 12- KARKOW, I.K., PANKIW, P.M., GODOI, V.C.D., COSTA, C.D.C., FUJINAGA, C.I. Frênulo lingual e sua relação com aleitamento materno: Compreensão de uma equipe de saúde. **UNICENTRO**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 77-86, 2019.
- 13- MARTINELLI, R.L.D.C., MARCHESAN, I.Q., GUSMÃO, J.R., BERRETIN-FELIX, G. **Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor**. São José dos Campos- SP: Pulso Editorial, 2014. Cartilha.
- 14- MARTINELLI, R.L.C., MARCHESAN, I.Q., LAURIS, J.R., HONÓRIO, H.M., GUSMÃO, R.J., BERRETIN-FELIX, G. Validade e confiabilidade da triagem: “teste da linguinha”. **Rev. CEFAC** 2016; 18(6): 1323-31.
- 15- MARCIONE, E.S.S., COELHO, F.G., SOUZA, C.B., FRANÇA, E.C.L. Classificação anatômica: do frênulo lingual em bebês. **Revista : CEFAC**, Goiânia, ano 2016, v. 18, n. 5, p. 1042-1049, 17 jun. 2016.
- 16- MARTINELLI, R.L.D.C., MARCHESAN, I.Q., BERRETIN-FELIX, G., GUSMÃO, R.J., HONÓRIO, H.M. The effects of frenotomy breastfeeding. **J appl oral sci**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 153-7, 2015.
- 17- MARTINELLI, R.L.C., MARCHESAN, I.Q., RODRIGUES, A.C., BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev CEFAC. 2012**; 14 (1): 138-145.
- 18- MARTINELLI, R.L.D.C., MARCHESAN, I.Q., BERRETIN-FELIX, G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual: Comparado com afirmações da literatura. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 4, p. 1202-1207, 2014.

- 19- MARZOLA, C., HILLE, F., CORRÊA, S., JÚNIOR, A.J.D.F. Tratamento cirúrgico dos frênulos: Visão protética e odontopediátrica. **Rev. Odontologia (ATO)**, São Paulo, v. 15, ed. 7, p. 389-402, 2015.
- 20- MIRANDA, P.P., CARDOSO, C.L., GOMES, E. Interventions in the Alteration on Lingual Frenum: Systematic Review. **International Archives of Otorhinolaryngology**, Rio de Janeiro, v. 20, ed. 3, p. 275-280, 2016.
- 21- MOIMAZ, S.A.S., Rocha, N.B., SALIBA, O., GARBIN, C.A.S. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**. 2007 Jan-Mar;19(1):39-45.
- 22- POMINI, M.C., BORDIN, D., MARTINS, P.R.D., DEMOGALSKI, J.T., FADEL, C.B., ALVES, F.B.T. Conhecimento de gestantes sobre o teste da linguinha em neonatos: Knowledge of pregnant women about the neonatal tongue screening test. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, p. 341-347, Nov-Dec 2018.
- 23- POMPÉIA, L.E., ILINSKY, R.S., ORTOLANI, C.L.F., JÚNIOR, K.F. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, ed. 2, p. 216-221, 2017.
- 24- PROCÓPIO, I.M.S. **Tratamento cirúrgico da anquiloglossia**. Orientador: Profª. Dra. Érica Negrini Lia. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- 25- SILVA, Andreza Gomes; ARAÚJO, Aryelle Braga; DIAS, Francine Ellen Oliveira; DE SÁ, Letícia Rodrigues T. A.; HERINGER, Mônica Rodrigues Coelho. Caracterização do frênulo lingual em bebês: Usuários de uma unidade básica de saúde na cidade de Ipatinga-MG. **Única cadernos acadêmicos**, Ipatinga-MG, 2015.
- 26- SILVA, P.I., VILELA, J.E.R., RANK, R.C.L.C., RANK, M.S. Frenectomia lingual em bebê: Relato de caso. **Revista Bahiana : de Odontologia**, [S. l.], ano 2016, v. 7, n. 3, p. 220-227, 30 set. 2016.
- 27- TECCO, Simona; BALDINI, Alberto; MUMOLO, Stefano; MARCHETTI, Enrico; GIUCA, Maria Rita; MARZO, Giuseppe; GHERLONE, Enrico Felice. Frenulectomy of the tongue: and the influence of rehabilitation exercises on the sEMG activity of masticatory muscles. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, [S. l.], v. 25, n. 4, 15 ago. 2015. 619-628, p. 565-722.

- 28- Venancio, S.I., Toma, T.S., Buccini, G.S., Sanches, M.T.C., Araújo, C.L., Figueiró, M.F. **Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia.** Parecer técnico científico. Instituto de Saúde, São Paulo, 2015.
- 29- WALTER, L.R.D.F., LEMOS, L.V.F.M., MYAKI, S.I., ZUANON, Â.C.C. **Manual de Odontologia para bebês.** Cap. 2. Pré-natal odontológico- Odontologia intrauterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. 1ª. ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda., p. 13-25. 2014. ISBN 978-85-367-0226-1
- 30- XAVIER, M.C. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos.** Orientador: Professora Doutora Alda Reis Tavares. 2014. 47 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Universidade de Lisboa, Lisboa- PT, 2014.