

**UNIVERSIDADE TIRADENTES**

**GABRIELA SANTANA SANTOS  
JOÃO PEDRO FONTES DE MACÊDO**

**FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE  
CASO**

**ARACAJU  
2020**

GABRIELA SANTANA SANTOS  
JOÃO PEDRO FONTES DE MACÊDO

FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE  
CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a 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  
2020

GABRIELA SANTANA SANTOS  
JOÃO PEDRO FONTES DE MACÊDO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE  
CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a 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

Aprovado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

---

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

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana, orientadora dos discentes, Gabriela Santana Santos e João Pedro Fontes de Macêdo, atesto que o trabalho intitulado: **“FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE CASO”**, está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designada por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual Para Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Orientadora

# FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE CASO

**Gabriela Santana Santos<sup>(a)</sup>, João Pedro Fontes de Macêdo<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 frênulo da língua é uma estrutura anatômica que situa-se entre o ventre da língua e o assoalho da cavidade bucal com o propósito de manter estas duas estruturas unidas entre si. Anquiloglossia, popularmente conhecida como língua presa, tem como característica principal a dificuldade de movimentação da língua e pode comprometer a fonação e mastigação. O diagnóstico é baseado principalmente na aparência da língua e na sua função, causado pela restrição dos movimentos. Tendo então uma necessidade de estabelecer critérios anatômicos e funcionais para o diagnóstico de anquiloglossia e bem como seu grau de severidade. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um bebê de 28 dias de vida, com diagnóstico de anquiloglossia e indicação cirúrgica de frenotomia lingual associando-o com dados atuais e pertinentes encontrados na literatura científica. A avaliação do frênulo da língua em bebês é de suma importância para diagnosticar as variações anatômicas do frênulo e sua possível interferência na amamentação, norteando condutas eficazes e promovendo uma prática baseada em evidências.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Anquiloglossia, recém-nascido, frenotomia.

## **ABSTRACT**

The tongue frenulum is an anatomical structure that lies between the belly of the tongue and the floor of the oral cavity in order to keep these two structures together. Ankyloglossia, popularly known as tongue-tied, has as main characteristic the difficulty of tongue movement and can compromise phonation and chewing. The diagnosis is based mainly on the appearance of the tongue and its function, caused by restricted movement. Then having a need to establish anatomical and functional criteria for the diagnosis of ankyloglossia and its degree of severity. The objective of this work is to report the clinical case of a 28-day-old baby, diagnosed with ankyloglossia and surgical indication of lingual frenotomy, associating it with current and pertinent data found in the scientific literature. The assessment of the frenulum of the tongue in babies is of paramount importance to diagnose anatomical variations of the frenulum and its possible interference with breastfeeding, guiding effective behaviors and promoting an evidence-based practice.

## **KEYWORDS**

Ankyloglossia, newborn, frenotomy.

## 1. INTRODUÇÃO

O frênulo da língua é uma estrutura anatômica que situa-se entre o ventre da língua e o assoalho da cavidade bucal com o propósito de manter estas duas estruturas unidas entre si. Histologicamente constituído por tecido conjuntivo, revestido por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, adipócitos, fibras musculares e vasos sanguíneos (GUEDES-PINTO e MOURA, 2016).

O freio lingual pode sofrer alterações no seu desenvolvimento, sendo que, a anquiloglossia, também conhecida como “língua presa” ou como “freio lingual curto” é uma anomalia bastante comum. Esta é descrita como uma condição congênita e hereditária, presente desde o nascimento. Esta alteração surge no período da gravidez durante a formação embrionária, limitando assim, os movimentos linguais pelos quais são responsáveis pelo ato de sugar, engolir, falar e mastigar (MARTINELLI *et al.*, 2014).

O diagnóstico é baseado principalmente na aparência da língua e na sua função, causado pela restrição dos movimentos. Há uma necessidade de estabelecer critérios anatômicos e funcionais para o diagnóstico de anquiloglossia e bem como seu grau de severidade (PEREZ-AGUIRRE, SOTO-BARRERAS e LOYOLA-RODRIGUEZ, 2018).

Dito isso, é necessário fazer a realização do protocolo para avaliação do frênulo lingual, mais conhecido como Teste da Linguinha. Este, deve ser realizado por profissionais capacitados da área da saúde, como odontopediatra ou fonoaudiólogo, a fim de traçar um diagnóstico precoce e estabelecer um tratamento correto, e assim, evitar possíveis problemas futuros (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Foi relatado que entre 4,2% e 16% a população de recém-nascidos, sendo ela mais comum em homens, com hereditariedade (SEGAL *et al.*, 2007). Essa prevalência é devido à falta de diretrizes para a triagem em recém-nascidos. Ao longo do tempo o número de casos relatados de freio lingual curto foi crescendo exponencialmente. Dentro da base de dados norte-americana de aproximadamente 7 milhões de hospitalizações, o diagnóstico de anquiloglossia aumentou gradualmente de 3.934 em 1997 para 32.837 crianças em 2012 (AMITAI, SHENTAL e ATKINS-MANELIS, 2020). Há uma grande variação na

estimativa de prevalência que é parcialmente explicada pela falta de concordância quanto aos critérios clínicos para o diagnóstico (PEREZ-AGUIRRE, SOTO-BARRERAS e LOYOLA-RODRIGUEZ, 2018).

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

A anquiloglossia em crianças pode levar a várias complicações, tais quais, dificuldades na amamentação, problemas na fala, deficiência na higiene oral e até mesmo *bullying* vindo de outras crianças na infância e adolescência. O efeito de anquiloglossia na amamentação ainda é discutido pois alguns autores defendem que os efeitos diminuem bastante depois dos 3 primeiros meses de vida, porém, para outros autores é extremamente necessária a intervenção cirúrgica para impedir possíveis problemas futuros como o desmame precoce e disfunções na fala (ARAUJO, FREITAS e LIMA, 2019).

A amamentação é muito importante na contribuição para bebês saudáveis (OMS, 2001). Os objetivos organizacionais afirmam a importância do aleitamento materno, apesar de não haver diretrizes universais para ajudar na triagem ou no cuidado de bebês com anquiloglossia. Quando a amamentação não é possível, pode haver estresse emocional e a culpa colocados nas mães por meio de um provedor e um impulso organizacional (BORRA, LACOVOU e SEVILLA, 2015). A anquiloglossia é fator complicado no sucesso da amamentação (MANIPON, IKUTA e ZUKOWSKY, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS 2001), recomendou a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida. O Healthy People 2020 (Centros de Controle e Prevenção de Doenças [CDC], 2018), que tem como objetivo aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida de 14,1% em 2006 para 25% em 2020 nos Estados Unidos. Segundo os resultados dos dados mais recentes mostra que o objetivo pode ser alcançado, devido a 24,9% dos bebês terem sido amamentados exclusivamente em 2015, tendo assim o conhecimento e a importância do aleitamento materno para mães e bebês. Tendo em vista que, foi demonstrado a redução do risco de câncer de mama e ovário em mulheres (LUAN *et al.*, 2013).

O motivo mais frequente e relatado pelas mães para a interrupção do aleitamento materno mais que o previsto é a presença de dor nos mamilos (KENT *et al.*, 2015). Apesar do desconforto na alimentação que possa ocorrer por várias razões, a anquiloglossia é um motivo para as mães procurarem tratamento para o desconforto na amamentação (KOTLOW, 2004).

O tratamento preconizado deve ser o cirúrgico, e de acordo com o caso realiza-se a técnica de frenotomia ou frenectomia. A frenotomia é uma técnica simples, efetiva e de baixo custo. A associação interdisciplinar com a fonoaudiologia muitas vezes se faz importante para um melhor prognóstico (GOMES; ARAÚJO e RODRIGUES, 2015; GANESAN, GIRGIS e MITCHELL, 2019).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um bebê de 28 dias de vida, com diagnóstico de anquiloglossia e indicação cirúrgica de frenotomia lingual associando-o com dados atuais e pertinentes encontrados na literatura científica.



## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente L.G.M.G, 28 dias de vida, do gênero masculino, leucoderma, nascido de parto cesáreo e pesando 3kg e 820g, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes para atendimento, pois segundo o relato da mãe o paciente tinha “língua presa” e foi encaminhado pelo Pediatra nos primeiros dias de vida, na qual a mãe descobriu tal condição. Esta condição dificultava a protusão da língua, apreensão/sucção do seio durante a extração do leite materno, tinha dificuldade na deglutição, engasgava durante a amamentação e cansava imediatamente. O médico Pediatra indicou a realização da cirurgia do freio lingual assim que a mãe fosse ao especialista. A mãe preocupada e procurando o melhor para o seu bebê com tal situação, procurou uma Odontopediatra, a qual confirmou a necessidade da frenotomia lingual, o qual foi decidido fazer logo em seguida. O fato do bebê não conseguir se alimentar adequadamente gerou um sentimento de frustração na mãe devido a falsa impressão de rejeição do seio.

A avaliação foi realizada utilizando o Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês proposto por Martinelli *et. al.* (2013). Esse protocolo avalia três quesitos: a história clínica, o aspecto anátomo-funcional e a sucção nutritiva e não nutritiva. Nesta 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.

Através da história clínica, foi investigado se haviam casos na família de alteração de frênulo lingual, se o paciente possuía algum problema de saúde e aspectos relacionados à amamentação, como mostra na figura 1.

Figura 1: História clínica do paciente do Protocolo de Avaliação proposto por Martinelli. Total da soma dos escores = 8.

**Antecedentes Familiares**  
 (investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)

não (0)  sim (1) Quem e qual o problema: Mãe, avó, Genética

**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 type="checkbox"/> não (0)	<input checked="" type="checkbox"/> sim (1)
- vai soltando o mamilo?	<input type="checkbox"/> não (0)	<input checked="" type="checkbox"/> sim (1)
- morde o mamilo?	<input type="checkbox"/> não (0)	<input checked="" type="checkbox"/> sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado: 0 - Pior resultado: 5  
 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 a realização de todas as perguntas referentes à história clínica do paciente, foi realizado a soma dos escores. O total de escores foi de 8, sendo que, quando as somas dos itens forem iguais ou maiores que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua, sendo assim o referente valor do paciente foi um resultado ruim.

Durante a avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, foram observados aspectos relacionados à movimentação da língua, ao ritmo da sucção, a coordenação entre sucção/deglutição/respiração, relação ao hábito de morder o mamilo e se o bebê fazia estalos de língua durante a sucção. A soma do escore desta avaliação foi de 4 no total. Se o valor for maior ou igual a 2, no que se refere a soma da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva pode se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua, onde 0 é o melhor resultado e 5 é pior, como mostra na figura 2.

Figura 2: Avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva do paciente do Protocolo de Avaliação proposto por Martinelli. Total da soma dos escores = 5.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FRÊNULO DA LINGUA COM ESCORES PARA BEBÊS <sup>18</sup>	
PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA E NUTRITIVA	
<b>1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)</b>	
1.1 Movimento da línguaNome da Mãe	
<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 (na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)</b>	
2.1 Ritmo da Sucção	
<input type="checkbox"/> várias sucções seguidas com pausas curtas	(0)
<input checked="" type="checkbox"/> poucas sucções com pausas longas	(1)
2.2 Coordenação entre a sucção/deglutição/respiração	
<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)	
2.3 “Morde” o mamilo	
<input type="checkbox"/> não	(0)
<input checked="" type="checkbox"/> sim	(1)
2.4 Estalos de língua durante a sucção	
<input type="checkbox"/> não	(0)
<input checked="" type="checkbox"/> sim	(1)

**FONTE: Caso clínico pesquisado**

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

Após a avaliação completa anátomo-funcional, realizou-se a soma dos escores, totalizando 6. Sendo que, a soma dos itens das figuras 6, 7, 8 e 9 for igual ou maior que 3, sendo 0 o melhor resultado e 6 o pior resultado, pode considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Quando a soma das figuras 1, 2, 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 considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

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

**1. Postura de lábios em repouso**



( ) lábios fechados (0)



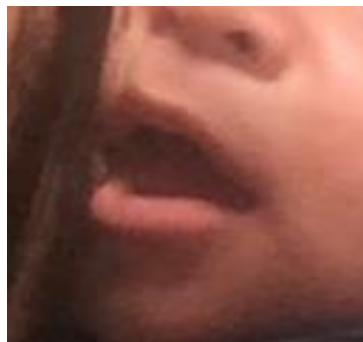
( ) lábios entreabertos (1)



( ) lábios abertos (1)

**FONTE: MARTINELLI *et. al.*, 2013**

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



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Figura 4: Tendência do posicionamento da língua durante o choro do Protocolo proposto por Martinelli.

**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.*, 2013**

Figura 4.1: Tendência do posicionamento da língua do paciente (escore 2)



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Figura 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.*, 2013**

Figura 5.1: Forma da ponta da língua do paciente quando elevada durante o choro.



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

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

#### 4. Frênulo da língua



( ) é possível visualizar



( ) não é possível visualizar



( ) visualizado com manobra\*

**FONTE: MARTINELLI *et. al.*, 2013**

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



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

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

#### 4.1. Espessura do frênulo



( ) delgado (0)



( ) espesso (2)

**FONTE: MARTINELLI *et. al.*, 2013**

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



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Figura 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



( ) no terço médio (0)



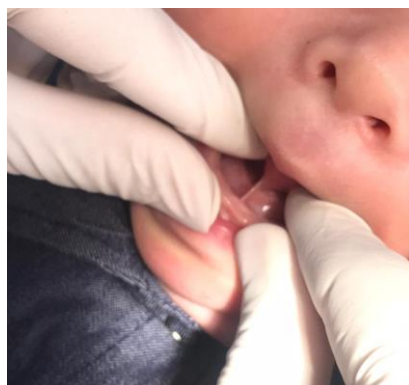
( ) entre o terço médio e o ápice (2)



( ) no ápice (3)

**FONTE: MARTINELLI *et. al.*, 2013**

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



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Após a avaliação clínica e o diagnóstico da anquiloglossia, foi dado início à cirurgia de frenotomia lingual. Para realizá-la foi necessário realizar uma contenção física, tendo então um termo de consentimento assinado por um dos responsáveis. Foi necessário que um responsável sentasse na cadeira odontológica com os braços ao redor do paciente de forma que fosse possível restringir os movimentos do bebê. Além disso, é necessário o auxílio de uma outra pessoa para segurar a cabeça e assim, evitar movimentos indesejados durante a cirurgia. A contenção pode ser observada na figura 10.

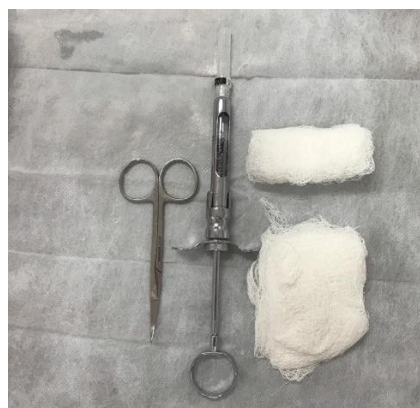
Figura 9: Contenção física para que a frenotomia pudesse ser realizada.



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Para a realização da técnica cirúrgica foram necessários anestésico tópico, uma seringa carpule com aspiração, uma agulha extra-curta, utilizando um tubete anestésico de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.00, uma tesoura de ponta reta e gaze (figura 10).

Figura 10: Mesa cirúrgica para realização da frenotomia lingual.



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

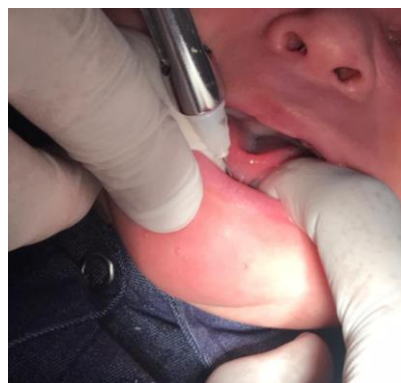


Com a mesa finalizada e a contenção realizada, iniciou-se a cirurgia. Para que fosse possível visualizar o freio lingual, foi necessário inserir os dedos indicadores na região sublingual de forma que projetasse a língua do paciente em direção ao palato, provocando o tracionamento do freio lingual. Feito isso, foi utilizada a gaze para secar a base do freio lingual e em seguida, foi realizada anestesia tópica (figura 11.1) para diminuir a dor da punção da agulha. Em seguida, foi utilizada a carpule e a agulha extra-curta, realizou-se a anestesia local em cada lado da base do frênulo lingual (figura 11.2). Após a anestesia local, foi realizado o “picote” do freio lingual com a tesoura (figura 11.3 e 11.4) e controle da hemorragia com compressa de gaze para finalizar a cirurgia, não havendo necessidade de suturar. Após a cirurgia, a mãe foi instruída a amamentar o bebê imediatamente para auxiliar no processo de cicatrização (figura 11).

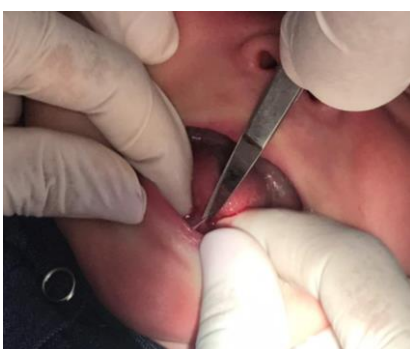
Figura 11: (11.1) Anestesia tópica; (11.2) Anestesia local; (11.3) Picote do freio lingual; (11.4) Aspecto final.



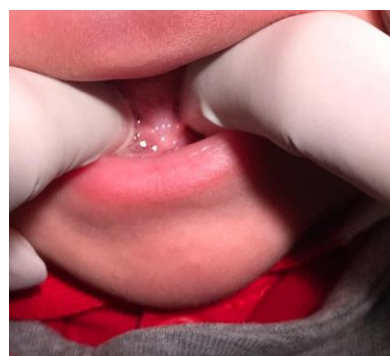
11.1



11.2



11.3



11.4

**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Após a frenotomia lingual, foi possível observar algumas mudanças. Inicialmente, notamos que o paciente não se cansava, não se engasgava e não emitia sons ao ser amamentado, logo em seguida a mãe relatou que sentiu a diferença na forma de “pegar” no seio. Ela relatou também que estava sentindo a língua do bebê pressionando o mamilo, o que antes não era possível e uma sucção mais intensa, quando comparado com o pré-cirúrgico. E com o aumento da força de sucção, a quantidade de leite a ser extraída foi maior.

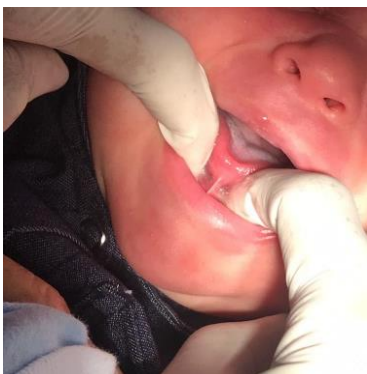
Figura 12: Paciente sendo alimentado logo após a realização da frenotomia.



**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Após a realização do procedimento cirúrgico, foi possível observar de imediato, durante o choro, uma maior projeção da língua, o qual não era possível visualizar no pré-operatório.

Figura 13: Pós-operatório imediato; (13.1) Língua protruída sobre o rebordo incisal; (13.2) Língua elevada durante o choro.



13.1



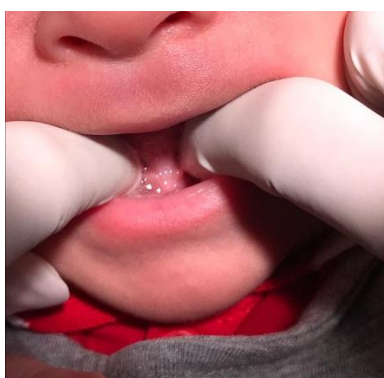
13.2

**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Após quinze dias, a mãe retornou com o paciente para ser realizado o acompanhamento pós-operatório da frenotomia, na qual foi observada a cicatrização, os aspectos anátomos-funcionais e a sucção nutritiva e não-nutritiva.

A cicatrização (figura 14.1) ocorreu de forma positiva. Em relação aos aspectos anátomo-funcionais, a posição da língua apresentava-se elevada com o ápice arredondado durante o choro (figura 14.2).

Figura 14: Pós-operatório de 1 semana; (14.1) Cicatrização do freio lingual; (14.2) Posição da língua e formato do ápice durante o choro.



14.1



14.2

**FONTE: Caso clínico pesquisado**

A mãe relatou que o paciente havia desenvolvido algumas habilidades e que melhorou muito na amamentação, fazendo uma melhor apreensão do seio e que dava para sentir a língua pressionando o mamilo contra o palato. Então, as sucções passaram a ser mais longas, sem pausas, sem cansaço, mamando por mais tempo e ele passou a pedir mais vezes o seio.

No primeiro mês após a cirurgia, com realização de uma nova avaliação, foram constatadas diferenças significativas, como: uma melhor apreensão no mamilo, além da não soltura durante a amamentação, otimizando a alimentação e nutrição do mesmo. Dito isso, o bebê conseguiu mamar durante um período de tempo maior, conseguindo um maior intervalo de tempo entre as alimentações, houve também melhoras na respiração durante a amamentação, a qual não era notadas antes da cirurgia. Além disso, a cirurgia obteve um prognóstico favorável com relação a cicatrização (figura 15.1 e 15.2).

Figura 15: Pós-operatório de 1 mês; (15.1) e (15.2) Imagens finais do freio lingual cicatrizado.



15.1



15.2

**FONTE: Caso clínico pesquisado**

Até então, o acompanhamento só foi realizado até 1 mês após a frenotomia lingual. A próxima consulta para avaliação será feita após o bebê completar 6 meses após cirurgia.

### 3. DISCUSSÃO

A anquiloglossia é uma condição anatômica em que a criança nasce com o freio lingual, ou frênulo da língua, limitado de seus movimentos íntegros por maior fixação na cavidade bucal. Nesse sentido, as crianças portadoras de tal condição estão suscetíveis a problemas de ingestão, mastigação, sucção, e de locomoção da língua, o que compromete a fala e a nutrição, além disso, essa condição pode expor a crianças a eventuais situações de engasgo (MARTINELLI *et al.*, 2014).

De acordo com o observado em pesquisas, a condição de anquiloglossia interferia direta e significativamente na amamentação. Nesses casos, a queixa principal estava relacionada com a dificuldade da mãe de prover o leite e com a dificuldade de sucção do recém-nascido (CAMPANHA; MARTINELLI; PALHARES, 2019; HILL, 2019; MERRIT, 2019; FRAGA, FREITAS e LIMA, 2020). Neste caso clínico supracitado, a mãe também apresentava queixas com relação a amamentação, como na literatura, além de apresentar asfixia durante a sucção e dificuldade na amamentação.

Analizou-se a importância da anamnese nas consultas odontológicas, pois, através desta foi possível identificar que os dados obtidos, corroboraram com as implicações descritas na literatura no tocante aos casos de anquiloglossia e sua repercussão nas crianças afetadas por esta (GOMES, ARAÚJO e RODRIGUES, 2015; FRAGA, 2019).

Através de análises de estudos recentes, verificou-se a imprescindibilidade da detecção precoce desta condição anátomo-funcional em bebês, bem como os benefícios trazidos por esta, entre eles o aumento das chances de tratamento eficaz, diminuição dos riscos de comprometimento da saúde bucal destas crianças, bem como maior conforto na amamentação tanto do recém-nascido quanto da puérpera (OLIVEIRA, 2017; MERRIT 2019; PINTO, CRISPIM e LOPES, 2019).

Segundo Martinelli, Marchesan e Lauris (2016) e Martinelli (2014), esta condição pode ser descoberta já na Triagem Neonatal através do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês - “teste da linguinha” -, que deve ser executado como exame de rotina em maternidades e hospitais por profissionais habilitados. O profissional fonoaudiólogo é o principal profissional responsável pela

execução deste exame, quando a anquiloglossia é detectada, o mesmo deve realizar encaminhamento para os profissionais pediatra, odontopediatra e clínico geral, que estão aptos a realizar o procedimento de frenotomia lingual. Neste caso relatado foi realizado pelos estudantes de odontologia orientados pela professora odontopediatra seguindo as recomendações de Martinelli e fazendo o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês com escores.

Segundo Perez-Aguirre, Soto-Barreras e Loyola-Rodriguez (2018) o desenvolvimento da anquiloglossia estava intimamente relacionado a fatores pré-natais e perinatais. Confirmando o observado no estudo de Amitai (2020) no qual foi possível identificar uma leve prevalência do surgimento de casos de anquiloglossia em crianças na quais as mães tinham realizado a suplementação do uso de ácido fólico em comparação com as que tinham usado menos esta medicação, durante as consultas de pré-natal. O segundo estudo, no entanto, aborda a necessidade de mais estudos experimentais direcionados a esta temática, para que seja elencada com maior fidedignidade a associação entre o aparecimento dessa condição subsequente da suplementação pelo ácido fólico.

Segundo Gomes, Araújo e Rodrigues (2015) e Caloway, Hersh e Baars (2019) mais de 50% das crianças submetidas ao procedimento de frenotomia lingual isolada, apresentaram bons resultados durante o pós-operatório, sem manifestações de complicações consequentes do procedimento cirúrgico. Ambos corroboram o evidenciado com o paciente do devido estudo, que após submetido a cirurgia, apresentou progressão na amamentação, aumento de peso, e melhora da sucção com perda da capacidade de engasgo ou asfixia.

Em contrapartida, estudos atuais realizados Halle, Mills e Edmonds (2019) e Varadan, Chopra e Sanghavi (2019) evidenciam a ocorrência de complicações pós-operatórias, derivadas da frenotomia, causando manifestações alarmantes, tais como, má alimentação, perda de peso, eventos respiratórios, dor, sangramento excessivo ou hemorragias, formação de retenção de cisto ou rânula, desenvolvimento de novo distúrbio da fala ou agravamento do distúrbio da fala existente. Ainda em Varadan *et al.* (2019) nota-se manifestações clínicas mais graves. Enfatiza-se a obtenção de dados inéditos nestes estudos, estudos anteriores contrapõem os resultados obtidos nestes.

Segundo a literatura, no que diz respeito aos aspectos epidemiológicos desta condição, há uma predileção para o seu aparecimento em crianças do sexo masculino, no caso clínico apresentado, a criança era do sexo masculino, e possuía histórico familiar de anquiloglossia. As maiores chances do desenvolvimento da anquiloglossia estava relacionada a fatores hereditários da mesma ou de alguma manifestação clínica na língua (JOSEPH, KINNIBURGH e METCALFE, 2016; PEREZ-AGUIRRE, SOTO-BARRERAS e LOYOLA-RODRIGUEZ, 2018; GANESAN, GIRGIS e MITCHELL, 2019; HILL *et al.*, 2019; DIXON, GRAY e ELLIOT, 2018).

O presente estudo apresenta algumas limitações, por tratar-se de um relato de experiência, do qual compõe a base da pirâmide de evidência, além disso, o paciente submetido a cirurgia de frenotomia lingual apresentava apenas 28 dias de vida, fato que impede a observação da evolução desta medida terapêutica quanto ao aspecto da fala deste indivíduo, que ainda não havia sido despertada.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A anquiloglossia é uma anomalia bastante comum que dificulta a amamentação, podendo assim, levar a grandes desafios e dificuldades tanto para a mãe quanto para o bebê. Quando despercebida, essa anomalia pode causar várias complicações, tais quais, no sistema estomatognático, problemas na fala, deficiência na higiene oral, conseqüentemente afetando os sistemas psíquicos e sociais da criança na infância e adolescência. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para proporcionar segurança na indicação da intervenção, que é realizada por meio de um protocolo específico, evitando assim, problemas futuros. Nota-se que a indicação cirúrgica de frenotomia lingual aponta um prognóstico favorável, devolvendo a integralidade das funções da língua e melhora no aleitamento materno.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMITAI, Y.; SHENTAL, H.; ATKINS-MANELIS, L. Pre-conceptual folic acid supplementation: A possible cause for the increasing rates of ankyloglossia. **Medical Hypotheses**, v. 134, p. 109508, 2020.
2. ARAÚJO, M.C.M.; FREITAS, R.L.; LIMA, M.G.S. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. **Jornal de pediatria**, 2019.
3. BORRA, C.; IACOVU, M.; SEVILLA, A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 4, p. 897-907, 2015.
4. CALOWAY, C.; HERSH, C. J.; BAARS, R. et al. Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery**, v. 145, n. 9, p. 817-822, 2019.
5. CAMPANHA, S. M. A.; MARTINELLI, R. L. C.; & PALHARES, D. B. Association between ankyloglossia and breastfeeding. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Vol. 31, nº 1, pág: e20170264, 2019.
6. 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 fevereiro de 2020
7. DIXON, B.; GRAY, J.; ELLIOT, N. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, vol. 113, p. 156-163, 2018.
8. FRAGA, L. S. Diagnóstico precoce da síndrome de Gardner: a importância da anamnese odontológica. 2019.
9. FRAGA, M.R.B.A.; BARRETO, K.A.; LIRA, T.C.B. Is the Occurrence of Ankyloglossia in Newborns Associated with Breastfeeding Difficulties?. **Breastfeeding Medicine**, vol. 15, nº 2, 2020.

10. GANESAN, K.; GIRGIS, S.; MITCHELL, S. Lingual frenotomy in neonates: past, present, and future. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, vol. 57, págs. 207-213, 2019.
11. GOMES, E.; ARAÚJO, F. B.; RODRIGUES, J. A. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 69, n. 1, p. 20-24, 2015.
12. HALE, M.; MILLS, N.; EDMONDS, L. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. **Journal of paediatrics and child health**, 2019.
13. HILL, R. Implications of Ankyloglossia on Breastfeeding. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, vol. 44, n. 2, p. 73-79, 2019.
14. JOSEPH, K. S.; KINNIBURGH, B.; METCALFE, A. Temporal trends in ankyloglossia and frenotomy in British Columbia, Canada, 2004-2013: a population-based study. **CMAJ open**, v. 4, n. 1, p. E33, 2016.
15. JUNQUEIRA, M.A.; CUNHA, N.N.; COSTA E SILVA L.L.; ARAÚJO L.B. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. **Journal of Applied Oral Science**, v. 22, n. 3, p. 241-248, 2014.
16. KENT, J. C.; ASHTON, E.; HARDWICK, C. M.; ROWAN, M. K. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. **International journal of environmental research and public health**, v. 12, n. 10, p. 12247-12263, 2015.
17. KOTLOW, L. A. Oral diagnosis of abnormal frenum attachments in neonates and infants: evaluation and treatment of the maxillary and lingual frenum using the Erbium: YAG laser. **J Pediatr Dent Care**, v. 10, n. 3, p. 11-14, 2004.
18. LUAN, N. N.; WU, Q. J.; GONG, T. T.; VOGTMANN, E. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. **The American journal of clinical nutrition**, v. 98, n. 4, p. 1020-1031, 2013
19. MANIPON, C.; IKUTA, L. M.; ZUKOWSKY, K. Anquiloglossia e a criança que amamenta. **Avanços no Cuidado Neonatal** , vol. 16, nº. 2, pág. 108-113, 2016.

20. MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Revista Cefac**, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.
21. MARTINELLI, R. L. C. Cartilha do Teste da Linguinha: Para Mamar, Falar e Viver Melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014.
22. MARTINELLI, R. L. D. C.; MARCHESAN, I. Q.; LAURIS, J. R. Validade e confiabilidade da triagem:" teste da linguinha". **Revista CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1323-1331, 2016.
23. MERRIT, L.S. The Effect of Tongue-Tie and Lip-Tie on Breastfeeding. **The Journal for Nurse Practitioners**, vol. 15, n. 5, p. 356-360, 2019.
24. GUEDES-PINTO, ANTONIO CARLOS, ANNA-CAROLINA Volpi Mello Moura.–9, Odontopediatria. Ed.–Rio de Janeiro:Santos, 2016.
25. OLIVEIRA, Y. A. Prevalência da anquiloglossia em lactentes: estudo retrospectivo. 2017.
26. PEREZ-AGUIRRE, B.; SOTO-BARRERAS, U.; LOYOLA-RODRIGUEZ, J. P. Oral findings and its association with prenatal and perinatal factors in newborns. **Korean journal of pediatrics**, v. 61, n. 9, p. 279, 2018.
27. PINTO, A. B. R.; CRISPIM, J. B.; LOPES, T. S. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico e conduta para anquiloglossia em bebês. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 233-240, 2019.
28. VARADAN, M.; CHOPRA, A.; SANGHAVI, A. D. Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**, vol. 120, nº. 6, p. 549-553, 2019.
29. SEGAL, L. M.; STEPHENSON, R.; DAWES, M.; FELDMAN, P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. **Canadian Family Physician**, v. 53, n. 6, p. 1027-1033, 2007.
30. World Health Organization (WHO). *The optimal duration of exclusive breastfeeding*: report of an expert consultation. Geneva: WHO; 2001.

# ANEXO 1

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, Davilanny dos Santos Menezes, RG nº 36526690, residente à rua/avenida Academia Yviana de Aguiar Silva, bloco 9, apartamento 104, nº, Bairro Yapongá, na cidade de Aracaju/SE, estado de Sergipe, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Luca Gabriel Gomes Gomes, idade 1 mês anos, RG , CPF , que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Vanessa Viana

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 12 de Agosto de 2019.

Davilanny dos Santos Menezes

Assinatura do responsável pelo paciente.

CPF: 068.032.145-40

RG: 36526690

Vanessa dos Santos Viana

Assinatura do profissional responsável

CPF: 006.026.345-80

RG: 1304995

## ANEXO 2



UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE ODONTOLOGIA

CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL

### CONSENTIMENTO PARA CONTENÇÃO FÍSICA

Nome do paciente: Lucas Gabriel Soares Gomes Idade: 1 mês

Nome do pai: Ricardo Mário Gomes Filho

Nome da mãe: Dauranny dos Santos Mendes

A imobilização parcial ou completa da criança, às vezes, se faz necessária para proteger o paciente e a equipe de trabalho contra acidentes, no momento do tratamento dentário. O objetivo da contenção física é evitar ou reduzir a realização de movimentos bruscos pela criança e é executada pelo professor responsável pelas disciplinas de Estágio Infantil I e II e Odontopediatria da Universidade Tiradentes, bem como pelos auxiliares e pais ou responsáveis, com ou sem o auxílio de acessórios (Papoose-Board). Esse método está indicado para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamento e são incapazes de cooperar por falta de maturidade, problemas físicos ou mentais ou nos casos de pacientes não cooperadores, que precisam de tratamento, porém, não permitem a realização do mesmo. A contenção física será realizada somente em casos absolutamente necessários, em que todas as outras técnicas de manejo comportamental não foram suficientes para a realização do atendimento odontológico.

Eu, Dauranny dos Santos Mendes, após ter sido esclarecido (a) a respeito dos objetivos e indicações da contenção física e da necessidade do uso da técnica em meu (minha) filho (a), autorizo sua execução em meu (minha) filho (a) Lucas Gabriel Soares Gomes. O paciente é incapaz de consentir legalmente, pois tem menos de 18 anos de idade, portanto, autorizo a aplicação da técnica.

Aracaju, 12 de agosto de 2019.

Assinatura: Dauranny dos Santos Mendes RG 3632 6690  
( ) pai  mãe ( ) responsável: grau de parentesco \_\_\_\_\_