

ANQUILOGLOSSIA: UM ESTUDO ACERCA DA IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE

ANKYLOGLOSSIA: A STUDY ON THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT

Evilly Rodrigues Favalessa¹
Maria Luiza Cordeiro Ribeiro²

RESUMO: Introdução: A anomalia congênita caracterizada por um freio lingual anormalmente curto, chamada popularmente de “língua presa”, e tecnicamente de Anquiloglossia, pode ser observada em recém-nascidos, crianças ou adultos. Nessa perspectiva, a pesquisa aborda a importância do diagnóstico precoce, bem como os impactos na vida adulta do paciente não tratado e o questionamento se existe idade ideal para tratar o freio lingual anquilosado. **Objetivos:** Analisar a necessidade da aplicação de anestesia local infiltrativa para a realização do procedimento. Contextualizar os impactos da anquiloglossia neonatal no aleitamento materno e sucção nutritiva; compreender o papel do cirurgião dentista na identificação e tratamento para que o freio lingual curto não seja subdiagnosticado e conseqüentemente subtratado. **Método:** Para a realização deste artigo, foram coletados dados por meio de pesquisa bibliográfica de artigos e livros adequados para uma revisão metodológica de estudos sobre vários aspectos da anquiloglossia nos bancos de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scielo e MEDLINE; e análise de conteúdo documental de prontuários, conduzido pela abordagem de cunho qualitativo. **Resultados:** Em vista disso, é esperado que as informações trazidas sejam proveitosas para que pais e responsáveis entendam a gravidade da língua presa que afeta as funções da criança e procurem atendimento médico e odontológico precocemente – nos primeiros dias de vida - para a realização do exame, e se necessário, a cirurgia para seus filhos. E que o estudo seja um marco para que profissionais da área odontológica compreendam a necessidade da anestesia local para a frenotomia.

5659

Palavras-chave: Língua presa. Anquiloglossia. Frenotomia. Diagnóstico precoce. Anestesia local.

ABSTRACT: Introduction: A congenital anomaly characterized by an abnormally short lingual frenulum, popularly called "tongue tie", and technically ankyloglossia, can be

¹Formanda em Odontologia Faculdades de Ciências Sociais Aplicadas, (FACISA), Itamaraju BA.

²Odontopediatra, Fundação de apoio à Pesquisa e Estudo na Área da Saúde, (FAPES), São Paulo SP.

observed in newborns, children or adults. From this perspective, the research addresses the importance of early diagnosis, as well as the impacts on the adult life of untreated patients and the question of whether there is an ideal age to treat ankylosed lingual frenulum. **Objectives:** To analyze the need for infiltrative local anesthesia to perform the procedure. Contextualize the impacts of neonatal ankyloglossia on breastfeeding and nutritive sucking; Understand the role of the dental surgeon in identification and treatment so that the lingual frenulum brevis is not underdiagnosed and consequently undertreated. **Method:** For the purpose of this article, data were collected through a bibliographic search of articles and books suitable for a methodological review of studies on various aspects of ankyloglossia in the following databases: Virtual Health Library (VHL), PubMed, Scielo and MEDLINE; and analysis of the documentary content of medical records, conducted by the qualitative approach. **Results:** In view of this, it is expected that the information provided will be useful for parents and guardians to understand the severity of tongue tie that affects the child's functions and to seek medical and dental care early - in the first days of life - to perform the exam, and if necessary, surgery for their children. And that the study is a milestone for dental professionals to understand the need for local anesthesia for frenotomy.

Keywords: Tongue tie. Ankyloglossia. Frenotomy. Early diagnosis. Local anaesthesia.

1. INTRODUÇÃO

A anquiloglossia é uma condição caracterizada pela presença de um freio lingual curto ou espesso, que pode afetar a mobilidade da língua e a fala, além de poder interferir na amamentação, sucção e deglutição em recém-nascidos, por isso a pesquisa vem tratar acerca da importância do diagnóstico precoce, para que não prejudique o crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê.

A língua presa restringe movimentos fisiológicos e resulta em várias anormalidades funcionais de comportamento e fala, como o ceceo anterior e lateral, atraso e deterioração na fala, dificuldade de amamentação e engasgo. Assim sendo, existe idade ideal para tratar o freio lingual anquilosado?

A dor neonatal existe e não deve ser subestimada. Nesse sentido, o estudo vem analisar a real necessidade da frenotomia ser realizada com critério, sob protocolo e com anestesia local sempre. Contextualizar os impactos da anquiloglossia no recém nascido no aleitamento materno e na sucção nutritiva. Compreender o papel do cirurgião-dentista na identificação e abordagem do paciente com língua presa, bem como sua intervenção terapêutica, pois embora seja uma condição relativamente comum, muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada em crianças. Nesse sentido, o papel do cirurgião-dentista mostra-se fundamental na sua identificação e no seu tratamento, a fim de garantir o

desenvolvimento adequado das funções orais e prevenir futuras complicações, por isso a importância da capacitação, para resolver intercorrências.

O interesse por este tema se deu a partir da tamanha influência na qualidade de vida, que um diagnóstico e tratamento feitos na primeira infância, tem na vida de um indivíduo. Desde o início de sua adaptação no mundo, em meio a tantas dificuldades em aprender a se expressar, o bebê com o freio lingual anquilosado se depara com o obstáculo da amamentação de não conseguir sugar a mama, por uma anormalidade que pode ser resolvida facilmente. Além do que, quanto mais cedo for feito o procedimento, menor será a invasividade, melhor cicatrização e menor tempo clínico de fonoaudiólogo se necessário. Assim, fica nítido os benefícios de um tratamento precoce, e é com esse intuito de trazer informações seguras e relevantes para a comunidade acadêmica e profissional que o estudo foi feito.

A metodologia utilizada para a revisão bibliográfica é documental de cunho qualitativo. Trata-se de uma revisão integrativa, baseada em artigos científicos disponíveis nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scielo e MEDLINE, utilizando os seguintes descritores: "Odontopediatria", "Anquiloglossia" e "Frenectomia", publicados entre 2008 e 2020, estudos publicados em inglês, português e espanhol foram considerados para inclusão nesta revisão.

O primeiro uso do termo "anquiloglossia" na literatura médica foi na década de 1960, quando Wallace AF definiu a língua travada como "uma condição na qual a ponta da língua não pode ser projetada além dos dentes incisivos inferiores por causa de um frênulo lingual curto, muitas vezes contendo tecido cicatricial". E desde então veio sendo estudado seus impactos na vida do indivíduo acometido, bem como o bem estar das lactantes.

O papel do odontopediatra no tratamento da anquiloglossia na primeira infância é primeiramente acolher a família, que muitas vezes, chega no consultório em desespero com o seio da mãe ferido, mastites de repetição, bebê não ganha o peso ideal pois não está se alimentando corretamente, dificultando a pega por conta do freio lingual curto. Sendo assim, o papel do odontopediatra é tratar daquele mini paciente com zelo, respeito e com técnica anestésica correta, sem dor.

A dor de procedimentos em neonatos tem sido uma preocupação nas últimas duas décadas. Embora haja melhorias significativas ao longo do tempo, a frequência de procedimentos dolorosos permanece alta e o uso de analgesia ainda é baixo. Prova disso é que ainda hoje alguns profissionais realizam a frenotomia sem o uso de anestesia local.

Existem fortes evidências disponíveis mostrando a relevância e as possibilidades de manejo da dor associada a procedimentos invasivos, porém os neonatos parecem ainda não se beneficiar desse conhecimento.

Espera-se que o estudo seja muito benéfico para todos os pediatras, dentistas, fonoaudiólogos, consultores de lactação e otorrinolaringologistas aumentarem seus conhecimentos sobre a avaliação do frênulo lingual curto e seus efeitos na mobilidade da língua. Assim, ao diagnosticar a língua presa precocemente, a curto e longo prazo, consequências como desmame precoce, distúrbios articulares, dentes desalinhados e dificuldades sociais poderiam ser evitadas, pois o diagnóstico precoce justificaria o tratamento precoce.

2. METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, foi adotada uma metodologia baseada em análise integrativa da literatura disponível em plataformas científicas de publicação. A revisão permite uma análise aprofundada e crítica das informações encontradas na literatura, proporcionando uma visão mais completa e abrangente do assunto em estudo. Essa metodologia foi escolhida devido à sua eficácia em integrar e analisar diversos estudos e publicações relacionados à anquiloglossia, a fim de obter uma compreensão abrangente sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce dessa condição.

5662

A metodologia é capaz de estruturar estratégias, proporcionar uma compreensão e análise do mundo através da construção do conhecimento. Praça explica que “o método científico pode ser definido como um conjunto de etapas e instrumentos pelo qual o pesquisador científico, direciona seu projeto de trabalho com critérios de caráter científico para alcançar dados que suportam ou não sua teoria inicial. (CIRIBELLI, 2003, *apud*. PRAÇA, 2015, p. 72).

Este trabalho utiliza uma abordagem bibliográfica e documental para investigar o tema. A análise dos estudos selecionados foi realizada por meio de uma leitura cuidadosa e crítica, visando extrair informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Nessa etapa, foram identificadas as principais contribuições de cada estudo para a compreensão da anquiloglossia, seus diagnósticos, classificações e abordagens de tratamento.

Inicialmente, foram analisados 53 artigos e 2 livros relacionados ao tema. Essa seleção ampla permitiu uma visão abrangente do assunto, a fim de estabelecer um panorama inicial e identificar as lacunas no conhecimento existente. Contudo, para garantir a qualidade e a relevância dos estudos considerados, apenas 17 artigos foram selecionados para servir como

base para esta pesquisa. Ao longo da pesquisa, foram considerados estudos do tipo relato de caso, meta-análise e revisão sistemática.

A busca por informação ocorreu em diferentes fontes, incluindo o acervo bibliotecário da FACISA, bem como em bancos de dados renomados, como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE/PUBMED). Essas fontes foram escolhidas por sua reputação e capacidade de fornecer acesso a uma ampla gama de artigos científicos, teses e dissertações.

Para orientar a busca, foram utilizados descritores específicos relacionados ao tema, como "Odontopediatria", "Anquiloglossia" e "Freio Lingual". A combinação desses descritores permitiu a obtenção de resultados mais relevantes e direcionados.

Após a definição das bases de acervos para pesquisa, foram definidas quais as palavras-chave que seriam utilizadas para identificação e busca de artigos científicos. As palavras-chave utilizadas foram seis: Língua Presa (1), utilizado por ser o nome popular da anquiloglossia, Frenotomia (2) por ser o tratamento cirúrgico dessa condição, Diagnóstico Precoce (3), para entender a importância do tratamento desde a infância, por fim, Anestesia Local (4) com o objetivo de identificar artigos que abordassem diferentes tratamentos. O período selecionado para pesquisa de artigos científicos foram publicações de 2008 até 2020, totalizando 12 anos de pesquisas publicadas.

3. BREVE PASSEIO PELA HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA

A odontologia tem uma longa história que remonta à antiguidade. A manutenção dos dentes era uma questão de sobrevivência, e sem os dentes, o ser humano encontrava problemas para comer e se comunicar, dois fatores importantes.

Este capítulo faz um passeio pela profissão, para isso é necessário voltar em meados de 3.700 a.C. no Egito, país que foi forte colaborador na medicina e em estudos com o corpo humano. Dessa época, foram encontrados manuscritos com citações sobre problemas bucais, como dores de dente e feridas gengivais. É no Egito, também, o registro do que seria o primeiro dentista: Resy-Ra foi o primeiro a receber o título de profissional do cuidado dentário.

A odontologia surgiu da necessidade do homem lidar com a dor e a perda dentária. Entre os mamíferos carnívoros, a perda dos dentes é um dos motivos mais importantes de morte, pois impede os animais de caçar, se alimentar e dificultam a sua defesa. Inicialmente denominada "arte dentária", a odontologia evoluiu

através dos tempos até se tornar uma Ciência da Saúde. (DONATELLI LILIANA, 2016).

Bastante tempo depois, já em meados do século XVII, Pierre Fauchard (1678- 1761) um Francês, dito como “o pai da Odontologia moderna” teve contribuição significativa para a ciência da saúde bucal, enquanto médicos e cirurgiões evitavam fazer extrações dentárias pois muitas vezes levava o paciente a óbito. Por uma solicitação feita ao governo francês com finalidade de regular o exercício da arte dentária, foi que surgiu então a profissão de dentista, exercida por profissionais mais preparados.

Com Pierre Fauchard, constitui-se, assim, a Odontologia como uma profissão autônoma de grande futuro e de enorme contribuição para o desenvolvimento geral das artes médicas. (FILGUEIRAS FILHO, 2005).

Foi Fauchard quem realizou grandes feitos que foram cruciais para a profissão até os dias atuais. Ele foi pioneiro em tratar pacientes na cadeira odontologia e a utilizar materiais para obturação dentaria. Antes dele, os procedimentos odontológicos se resumiam a exodontia e mais uma vez Pierre foi inovador criando ferramentas como instrumentos para extração e brocas, além de dentaduras esculpidas em osso ou marfim.

E marcando a história da odontologia, descreveu a anatomia da boca, suas funções básicas e os principais sintomas de algumas patologias orais.

ANATOMIA LINGUAL

A partir dessas escritas da anatomia normal do ser humano que são descobertas as anomalias, características que fogem da normalidade com prejuízo da função. A abordagem deste artigo será especialmente sobre o freio lingual.

A língua humana é uma das estruturas mais importantes do sistema estomatognático, participando de todas as funções orofaciais de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala. (SUSANIBAR, 2017)

A língua é dividida em duas regiões: **superfície dorsal** - caracterizada por sua irregularidade e por ser recoberta por eminências chamadas papilas gustativas. E a **superfície ventral** – a parte de baixo, caracterizada por ser lisa, sem a presença de papilas linguais, sendo revestida por membrana mucosa, onde está localizado o frênulo da língua.

Histologicamente o frênulo lingual é composto por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas e elásticas, com algumas fibras musculares, vasos sanguíneos, células gordurosas e recoberto por um epitélio pavimentoso estratificado (MELO et al., 2011).

Quando este se insere na parte anteroposterior do rebordo gengival ou no assoalho da boca e ponta língua, é classificado como uma anomalia congênita, chamada de

anquiloglossia, o que pode interferir nas atividades do dia a dia, como na amamentação em bebês e no falar e comer em crianças de mais idade.

Recentemente, a abordagem mudou de definições baseadas apenas na anatomia da fixação do frênulo para um foco mais funcional nos sintomas causados. Ou seja, se houver anormalidade na anatomia do freio, e ainda sim o indivíduo conseguir executar suas funções como falar, mamar e movimentar a língua normalmente, é isso que é levado em consideração para a indicação ou não do tratamento.

O frênulo lingual, de acordo com a The International Affiliation of Tongue and Lip Tie Professionals quando não interfere na função normal da língua, é chamada de “língua presa assintomática”, podendo, entretanto o freio estar apenas um pouco anquilosado, interferindo não muito na execução da função da língua e muitas vezes ser resolvido com tratamento fonoaudiólogo.

O frênulo lingual é um remanescente de tecido na linha média entre a superfície inferior da língua e o assoalho da boca. Quando interfere com a função normal da língua, é chamada de “língua presa sintomática” ou “anquiloglossia sintomática”. (IATP, 2018)

A anquiloglossia pode ocorrer de forma total ou parcial, causando limitação dos movimentos da língua em diferentes graus. Em sua forma total, há uma melhor visualização e diagnóstico, porém, para suas variações anatômicas, é necessário um conhecimento aprofundado da anatomia da língua e assoalho da boca, a fim de verificar um comprometimento das funções orais.

5665

CLASSIFICAÇÃO

Para diagnosticar o quadro os profissionais se viram com necessidade de um protocolo padrão a seguir. Com isso, como não existe uma definição geralmente aceita de língua presa, um instrumento quantitativo foi desenvolvido: a Ferramenta de Avaliação Hazelbaker para a Função do Frênulo Lingual (HATLFF).

Por causa das minhas experiências pessoais com anquiloglossia e minha frustração com a falta de uma maneira formal de avaliar sua presença em lactentes, eu queria desenvolver uma abordagem de avaliação que tornasse mais fácil determinar a extensão do impacto que a língua presa teve na mobilidade da língua. (ALISON HAZELBAKER, 1993)

Durante os exames que eram feitos para avaliar a Função do Frênulo Lingual, era necessário a opinião de vários avaliadores e estes achavam difícil chegar a um acordo sobre o comprimento e a elasticidade do frênulo, mas a aparência da língua e a fixação do frênulo

à língua e à crista foram mais fáceis de concordar. Assim, ficou claro que o HATLFF não era uma ferramenta de triagem ideal. Então foi desenvolvido o Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) com base na prática clínica e tendo como referência o HATLFF.

O BTAT fornece uma medida objetiva, clara e simples da gravidade da língua presa, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento.

Existem diversos protocolos de avaliação do freio lingual, os mais usados são: Bristol e Martinelli para bebês que mamam, e o Marchesan para a avaliação em crianças maiores, leva em consideração as funções orofaciais que já devem estar sendo feitas. O Protocolo Bristol é anatômico, quando menor o escore o – 3, mais grave o grau de anquiloglossia, entre 4 – 5 suspeita de anquiloglossia, devendo avaliar a mamada, e 6 – 8 sem alteração no freio.

O Protocolo de Martinelli diferente do Bristol é mais detalhado leva em consideração a função, avalia a criança chorando, mamando e dormindo. No entanto, os profissionais que realizam o teste da linguinha nas maternidades relutam em usá-lo por ser mais extenso, preferindo utilizar o de Bristol.

No Brasil, foi criado o projeto de Lei nº 4832/2012, que obriga a realização do Teste da Linguinha em todos os hospitais e maternidades do país. Posteriormente, foi transformado na Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual, com base nas evidências científicas disponíveis, recomendando a utilização do Protocolo Bristol através de um profissional capacitado da equipe de saúde.

Art. 1º É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. (BRASIL, 2014)

Entretanto, mesmo que a legislação assegure ao neonato e a puérpera essa assistência ainda na maternidade ou hospital, essa realidade ainda não atingiu todas as regiões do país, principalmente nos interiores que são escassos de recursos para a realização dessa nova adequação. Se a maternidade ou hospital não oferecer esse serviço, pediatra ou profissional de saúde que estejam acompanhando o bebê, na primeira consulta, deverão encaminhá-lo para um local de referência para realizar o exame.

Com a aprovação dessa lei, o Brasil tornou-se o primeiro país a oferecer esta avaliação nas maternidades, abrindo mais um campo de atuação para os profissionais da saúde e

beneficiando a população. Contudo, o teste da linguinha ainda não consta na Cartilha do Ministério da Saúde, juntamente com os outros testes obrigatórios para recém nascidos.

ANESTESIA LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DA FRENOTOMIA

A dor de procedimentos em neonatos tem sido uma preocupação nas últimas duas décadas. Embora haja um avanço significativo na medicina com o passar dos anos, a frequência de procedimentos dolorosos em recém nascidos permanece alta e o uso de analgesia ainda é baixo. Prova disso é que ainda hoje acredita-se que a frenotomia possa ser realizada sem o uso de anestesia local.

Evidências reforçam que a exposição precoce à dor pode afetar o neurodesenvolvimento e futuras respostas à dor na infância e na idade adulta (Grunau et al., 2006; Walker et al., 2009).

Estudos atuais -2016- comprovam que há estímulo de dor ao cortar essa membrana mucosa que liga a superfície ventral da língua ao assoalho da boca.

Embora haja melhorias significativas ao longo do tempo, a frequência de procedimentos dolorosos realizados em recém nascidos hospitalizados com analgesia insuficiente permanece alta.

Apesar das fortes evidências disponíveis mostrando a relevância e as possibilidades de manejo da dor associada a procedimentos invasivos, os neonatos parecem não se beneficiar desse conhecimento.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como “uma sensação ou experiência emocional desagradável causada por um dano tecidual real ou potencial e descrita em termos de tal dano.” (IASP, 2008)

Foram observados nas crianças monitoradas para a realização de estudos estímulos dolorosos, alteração de cortisol, alteração de pressão, alteração de respiração e de frequência cardíaca. Não existe justificativa para permitir dor aguda em nenhuma idade.

Embora a frenotomia seja um procedimento minimamente invasivo, é uma cirurgia que merece toda atenção e cuidado. Então, se houver indicação, deve ser feito primeiro a anestesia tópica, com o gel anestésico, para o maior conforto, e depois realizar a técnica de anestesia infiltrativa no local, de forma segura, para finalmente realizar a divisão do freio.

Um recém-nascido deixando o útero da mãe, um ambiente confortável e seguro, não deve, de maneira alguma, ser exposto a uma dor aguda desnecessária. Sempre que necessário,

esse procedimento deve ser feito sob anestesia local para o bem estar da criança, família e segurança de trabalho profissional.

O Grupo de Controle de Dor Neonatal (*Neonatal Pain-Control Group*) destaca que a inabilidade de comunicar verbalmente não pode negar a possibilidade que um indivíduo esteja experimentando dor e, portanto, precisando de tratamento apropriado para aliviá-la. (ANAND et al., 2006)

A dor aguda durante o procedimento é um dos estímulos adversos mais comuns experimentados por crianças pequenas, sabe-se que está associado ao aumento do sofrimento infantil. Apesar dos efeitos que a dor aguda pode ter em lactentes, muitas vezes ela é tratada inadequadamente, e espera-se que os médicos façam todos os esforços para prevenir a dor e aliviar o sofrimento.

Estímulos dolorosos em bebês podem afetar o sistema nervoso central. Os neonatos exibem respostas bioquímicas, fisiológicas e comportamentais em reação ao sofrimento em procedimentos invasivos. Portanto, os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos prematuros (BARTOCCI, BERGQVIST, LAGERCRANT, & ANAND, 2006).

Procedimentos dolorosos são realizados com frequência e muitas vezes com manejo inadequado de uma dor que existe e não deve ser subestimada. A frenotomia precisa ser realizada com critério, sob protocolo e com anestesia local sempre.

Vias neurológicas envolvidas na percepção dolorosa se encontram plenamente desenvolvidas na 29^o semana de vida intra uterina e muitas vezes essa dor é subestimada. É importante entender que qualquer lesão ou procedimento que cause dor no adulto também será doloroso na criança.

IMPACTOS DA ANQUILOGLOSSIA NO ALEITAMENTO MATERNO E SUCÇÃO NUTRITIVA

Desde o início da década de 1990, começou a investigar sobre possíveis complicações que dificultavam o aleitamento materno e vários estudos de caso de bebês com língua presa, apresentando problemas de alimentação, como pega ineficaz, pega dolorosa e baixo ganho de peso foram publicados.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que as mães em todo o mundo amamentem – quando for possível - exclusivamente os bebês durante os primeiros seis meses de vida da criança para alcançar crescimento, desenvolvimento e saúde ideais. Depois disso, deve ser introduzido alimentos complementares e continuar a amamentação até quando for cômodo e prazeroso para mãe e filho.

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe, pai, bebê e demais pessoas que convivem com a família. Nesse período, o pediatra não deve poupar esforços para garantir que mães/bebês/famílias sejam assistidos de acordo com as suas necessidades. (GIUGLIANI, 2022)

Entretanto, a língua presa representa uma proporção significativa dos impedimentos identificados para o sucesso da amamentação, isso porque o bebê apresenta dificuldade em pegar ou ficar agarrado na mama, má pega, perda frequente da pega, alimentação prolongada, irritabilidade durante a mamada, baixo ganho de peso ou incapacidade de amamentar. No exame físico, pode ser encontrada restrição da mobilidade da língua, deformidade da língua em forma de coração, ondulações ou restrição da protrusão da língua.

O diagnóstico de língua presa depende da avaliação da estrutura e função do freio lingual. Os sistemas de classificação diagnóstica variam desde a simples inspeção visual e palpação do frênulo, até um sistema de classificação multiescala mais complexo, como o Protocolo de Bristol, que fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia. Esse método avalia a aparência da ponta da língua, fixação do frênulo no alvéolo inferior, elevação e protrusão da língua.

Quando o bebê mama, a língua se move com peristaltismo sobre os seios lactíferos maternos, vedando com os lábios para sugar e extrair o leite. No momento em que o movimento da língua do bebê é restrito, como é o caso da língua presa severa, a redução do movimento pode afetar a extração do leite e pode haver fricção entre a língua ou gengiva e o mamilo, causando danos ao seio acarretando em dor na lactante. Esta situação deve ser tratada o quanto antes, pois gera fissuras na mama, além da frustração materna e infantil, ansiedade materna, sentimentos de fracasso ou desnaturação e conseqüentemente desmame precoce.

A anquiloglossia tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação. (VENANCIO SI et al, 2015)

Nos últimos anos, com o reconhecimento e incentivo da amamentação exclusiva como o modo primário ideal de alimentação infantil, a justificativa para a frenotomia mudou: o objetivo principal hoje é melhorar a mamada ao invés de melhorar os problemas de fala, reacendendo o debate histórico sobre o papel da língua presa nas dificuldades da amamentação, que é fundamental para a saúde do neonato, pois é sabido que o leite materno é o melhor e mais completo alimento que um bebê pode ter.

Pesquisas afirmam que a maioria dos consultores de lactação acreditam que a língua presa é uma causa frequente de dificuldades na amamentação infantil que podem ser resolvidas por frenotomia. Em contraste marcante, 90% dos pediatras e 70% dos otorrinolaringologistas acreditam que a língua presa nunca, ou raramente, causa um problema de alimentação.

[...] a língua com frênulo curto é uma entidade clínica significativa que deve ser tratada o mais cedo possível para minimizar os problemas de amamentação. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA E O INSTITUTO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADOS, 2020)

Dado que a amamentação beneficia tanto os bebês quanto as mães, é imprescindível que esta condição seja tratada o quanto antes para não prejudicar a amamentação.

O tratamento do freio lingual anquilosado, por ser uma condição benigna, é a frenectomia ou frenotomia. Quando é necessária intervenção cirúrgica, o pediatra ou o odontopediatra são os profissionais que geralmente a realizam. A frenectomia é uma cirurgia segura, prática e eficaz no tratamento de bebês com dificuldades de amamentação. O procedimento cirúrgico consiste em anestesia local com uma incisão horizontal do freio lingual, utilizando instrumentos de incisão a fim de permitir a mobilidade da língua. Esta técnica reduz a dor nos mamilos maternos e melhora consideravelmente a capacidade dos bebês de pegar o seio e sugar com eficácia.

A transferência de leite, o crescimento infantil, a dor mamilar materna e a patologia da mama podem melhorar significativamente após a frenuloplastia. Quando realizada com cuidado e com técnica estéril, é um procedimento simples, seguro e eficaz para díades com dificuldade de amamentação secundária à anquiloglossia neonatal.

Cada vez mais recém-nascidos e lactentes estão sendo diagnosticados, e muitos lactentes e supostas dificuldades associadas à amamentação estão sendo diagnosticados e tratados nos primeiros dias de vida. O aumento da conscientização sobre a influência da anquiloglossia na amamentação e o aumento das iniciativas nacionais e globais de apoio à amamentação são essenciais para esse aumento no diagnóstico e tratamento.

A mãe de um bebê com freio lingual curto pode sentir dor ao amamentar, ulceração do mamilo, sangramento do mamilo, baixa descida do leite devido à sucção inadequada do bebê, mastite, infecções nos mamilos, ou esvaziamento incompleto. No entanto, esses sintomas não são exclusivos da anquiloglossia, por isso é de suma importância que seja diagnosticado por um profissional qualificado na área.

PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA DA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA ANQUILOGLOSSIA

A Odontologia é uma das ciências da saúde, objetiva a prevenção e o tratamento dos problemas da boca, das glândulas salivares, dentes, mucosa, gengiva, ossos, músculos, inervação e vasculatura da face, bochechas, lábios e língua, e tem como foco a promoção da saúde do homem na sua integralidade, em harmonia com o meio ambiente.

Assim, é possível compreender o papel do CD na identificação e tratamento da língua presa, realizando a frenectomia, que é a excisão completa, ou seja, remoção de todo o frenulo; e frenotomia, um procedimento que consiste em cortar o frênulo lingual para “soltar” a base da língua do assoalho da boca, podendo ser feito com bisturi, eletro cautério, ou tesoura fina afiada.

Muito se discute acerca da necessidade ou não de intervenção cirúrgica. Artigos antigos alegam que o freio lingual curto acompanha o crescimento da língua e estruturas adjacentes e até os 5 anos de idade, o freio da criança se torna normal. Isso já foi comprovado que é inverídico. Em vista disso, estudos histológicos comprovam que o frênulo lingual não se rompe, nem se alonga, pois sua estrutura histológica não permite que isso ocorra.

[...] se o frênulo lingual não se modificou com o crescimento e desenvolvimento até o primeiro ano de vida, provavelmente não apresentará modificações nos anos seguintes. (MARTINELLI et al. 2014)

5671

Assim que a restrição dos movimentos da língua for diagnosticada, seja pelo pediatra, fonoaudiólogo ou odontopediatra, condutas eficazes devem ser tomadas, principalmente para evitar o desmame precoce.

Portanto, esperar até 5 anos de idade para fazer o diagnóstico das alterações do frênulo lingual e definir conduta, poderá comprometer a amamentação e o desenvolvimento das funções orofaciais. (MARTINELLI et al. 2014)

Atualmente tem se presenciado uma avalanche de negligências na avaliação e no acompanhamento de crianças tratadas acerca do freio lingual anquilosado. O cirurgião dentista é um profissional capacitado para identificar, diagnosticar e tratar a anquiloglossia.

Vários médicos realizam a frenotomia: dentistas, cirurgiões, pediatras, obstetras, otorrinolaringologistas e clínicos gerais. No entanto, a frenectomia é realizada apenas por cirurgiões dentistas, que são profissionais aptos para avaliar o quadro clínico, diagnosticar e tratar a disfunção, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Além de estar preparado em casos adversos de intercorrências, o dentista é habilitado para acompanhar o desenvolvimento da criança e prevenir possíveis complicações decorrentes da língua presa.

Em muitos casos a terapia fonoaudiológica não consegue introduzir o fonema R / L, e indica a frenectomia, mas o cirurgião dentista precisa estar capacitado para saber a indicação correta ou se é uma outra situação, por exemplo, a alteração do processamento auditivo central a criança não consegue diferenciar o “RA” do barata e o “LA” da laranja. A criança não consegue fazer pois não sabe qual fonema usar naquela situação, então se trabalha a audição e se vê que não era o freio de lingual.

A idade é um fator determinante para avaliar as necessidades da criança, o tipo de correção cirúrgica, ou mesmo de terapia com uma equipe multidisciplinar envolvendo psicólogo, fonoaudiólogo, cirurgião dentista e otorrinolaringologista, a fim de restabelecer o sistema estomatognático, psíquico e social do paciente.

Em crianças de idade mais avançada e adultos, a língua presa resulta em alterações no articulares, uma língua que fica baixa, não estimula o palato a crescer e começa a defasar o crescimento transversal dos maxilares. Outras complicações futuras são a dentição anormal e incapacidade de tocar instrumentos de sopro.

5672

Isso gera um impacto negativo na vida adulta, comprometendo a fala, pronúncias, qualidade de vida, interação social reduzida devido a problemas de comunicação, dificuldade em beijar por não movimentar a língua, dificuldade em mastigar os alimentos, consequentemente aumentando o risco de cárie dentária, doença periodontal e má oclusão devido à higiene bucal alterada e postura da língua.

CONCLUSÃO

Com o aprofundamento das pesquisas voltadas para a anquiloglossia, foi possível afirmar que esta, é uma condição que vai muito além de um freio lingual curto, podendo interferir na vida de um indivíduo desde o momento de seu nascimento com a mamada pois é um momento em que o bebe vive da sucção e deglutição de liquido, perpassando por toda sua vida, com problemas na fala e socialização até sua velhice.

Com esse estudo pode-se concluir que não existe um protocolo ideal para realizar o teste da linguinha, mas sim aquele que o profissional domina e se sente seguro para tal.

Tanto o Bristol quanto o Martinelli, protocolos citados nesta pesquisa, são completos e fáceis de usar, com ilustrações que garantem a melhor precisão no momento do exame.

Fica claro também, que existe a melhor idade para tratar o freio anquilosado, é sabido que pacientes que realmente tinham indicação para a frenotomia e a realizaram nos primeiros dias de vida possuem melhor cicatrização, menor tempo cirúrgico e menor tempo de terapia fonoaudiológica quando necessário, além de benefícios por uma vida toda.

O capítulo 6 discorre acerca da importância da utilização de anestesia local infiltrativa para a realização da bipartição do freio. Um procedimento considerado simples, mas ainda sim sendo um corte merece total atenção por parte dos profissionais que realizam cirurgia em bebês, pois a odontopediatria/pediatria deve ser realizada com humanização, e realizar um corte em um ser vivo sem anestesia não é humano.

O capítulo 7 faz uma abordagem muito interessante acerca da amamentação, pois ainda hoje muitas mães não tem acesso à informação segura. A amamentação é a melhor prática para garantir uma nutrição adequada, crescimento correto do complexo craniofacial e saúde geral do bebê, é preciso que essa informação seja passada e disseminada para que não introduzam na vida dos recém nascidos os hábitos deletérios, como chupeta e mamadeira que são comprovados que causam o desmame precoce.

O capítulo 8, último desta pesquisa, aborda a importância do papel do cirurgião dentista na identificação e tratamento da anquiloglossia. Pois é ele quem mais estuda com foco esta área e está calibrado a distinguir anormalidades. Fica claro os benefícios para o paciente de uma equipe multidisciplinar, contando com dentistas, pediatras, e fonoaudiólogos trabalhando em conjunto, assistindo ao paciente em suas mais diversas necessidades.

Todavia anquiloglossia não impede aquisição de fala, criança que não fala não é porque está com a língua presa. A anquiloglossia causa alteração articulatória, a criança não vai fazer um ou outro fonema, mas vai falar e se comunicar. Concluo, portanto ressaltando a importância do diagnóstico e tratamento precoce das alterações do frênulo lingual, e espero que sejam feitos novos estudos sobre frênulo lingual anquilosado para chegar a novas conclusões.

REFERÊNCIAS

VARADAN, M, et al. **Etiologia e recomendações clínicas para o manejo das complicações após Frenectomia lingual: uma revisão crítica.** J Stomatol Oral Maxillofac Surg (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jjormas.2019.06.003>.

CUNHA, Robson Frederico; SILVA, Janaína Zavitoski; FARIA, Max Douglas. **Clinical Approach of Ankyloglossia in Babies: Report of Two Cases.** The Journal of Clinical Pediatric Dentistry Volume 32, Number 4. 2008.

SEGAL LM; STEPHENSON R; DAWES M; FELDMAN P. **Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review.** Can Fam Physician. 2007 Jun;53(6):1027-33. PMID: 17872781; PMCID: PMC1949218.

BALLARD, JL; AUER, CE; KHOURY, JC. **Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.** Pediatrics. 2002 Nov;110(5):e63. doi: 10.1542/peds.110.5.e63. PMID: 12415069.

SUTER, VG; BORNSTEIN, MM. **Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment.** J Periodontol. 2009 Aug;80(8):1204-19. doi: 10.1902/jop.2009.090086. PMID: 19656020.

BRITO, Suellen Ferro de Brito; MARCHESAN Irene Queiroz; DE BOSCO, Cyntia Monteiro; CARRILHO, Alessandra Caxeta Alves; REHDER, Maria Inês. **Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica.** Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.3, 343-351, jul-set, 2008.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; RODRIGUES, Antonio de Castro; FELIX, Giédre Berretin. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês.** Rev. CEFAC. Janeiro, 2012.

SILVA, Palloma Inácio; VILELA, Joana Estela Rezende; RANK, Rise C. Iuata Costa; RANK, Marcos Sampaio. **Frenectomia lingual em bebê: relato de caso.** Revista Bahiana de Odontologia. 2016.

5674

KHAN, U; MACPHERSON, J; BEZUHLY, M; HONG, P. **Comparison of Frenotomy Techniques for the Treatment of Ankyloglossia in Children: A Systematic Review.** Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2020;163(3):428-443. doi:10.1177/0194599820917619.

O'SHEA, JE; FOSTER, JP; O'DONNELL, CPF; BREATHNACH, D; JACOBS, SE; TODD, DA; DAVIS, PG. **Frenotomy for tongue-tie in newborn infants.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011065. DOI: 10.1002/14651858.CD011065.pub2.

SHAVIT, I; PERI-Front, Y; ROSEN-Walther, A; GRUNAU, RE; NEUMAN, G; NACHMANI, O; KOREN, G; AIZENBUD D. **A Randomized Trial to Evaluate the Effect of Two Topical Anesthetics on Pain Response During Frenotomy in Young Infants.** Pain Med. 2017 Feb 1;18(2):356-362. doi: 10.1093/pm/pnw097. PMID: 28204733.

RAMOSER, G; GUÓTH-Gumberger, M; BAUMGARTNER-Sigl, S; ZOEGGELER, T; SCHOLL-Bürgi, S; KARALL, D. **Frenotomy for tongue-tie (frenulum linguae breve) showed improved symptoms in the short- and long-term follow-up.** Acta Paediatr. 2019 Oct;108(10):1861-1866. doi: 10.1111/apa.14811. Epub 2019 Apr 29. PMID: 30968969.

CRUZ, MD; FERNANDES, AM; OLIVEIRA, CR. **Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies.** Eur J Pain. 2016 Apr;20(4):489-98. doi: 10.1002/ejp.757. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26223408.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; FELIX, Berretin G. **Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura.** Rev CEFAC [Internet].2014Jul;16(4):1202-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-021620149913>

PUCKETT, RM; OFFRINGA, M. **Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776

INGRAM, Jenny; JOHNSON, Debbie; COPELAND, Marion; CHURCHILL, Cathy; TAYLOR, Hazel; EMOND, Alan. **The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification.** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015 Jul;100(4):F344-8. doi: 10.1136/archdischild-2014-307503. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25877288; PMCID: PMC4484383.

AMIR LH, JAMES JP, DONATH SM. **Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function.** Int Breastfeed J. 2006 Mar 9;1(1):3. doi: 10.1186/1746-4358-1-3. PMID: 16722609; PMCID: PMC1464379.