

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ESTHÉFANI DA SILVA NUNES  
LAURA FERREIRA FREITAS CARDOSO  
MARIA EDUARDA NATIVIDADE NETO KOLLNBERGER**

**A IMPORTÂNCIA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE  
ANQUILOGLOSSIA NO BEBÊ**

**VOLTA REDONDA**

**2024**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**A IMPORTÂNCIA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE  
ANQUILOGLOSSIA NO BEBÊ**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunas: Esthéfani da Silva Nunes

Laura Ferreira Freitas Cardoso

Maria Eduarda Natividade Neto Kollnberger

Orientador: Cláudio Valente Viana

Coorientador: Dagoberto Martins de Oliveira

**VOLTA REDONDA**

**2024**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

N972i Nunes, Esthéfani da Silva

A importância de diagnóstico e tratamento de anquiloglossia no bebê. / Esthéfani da Silva Nunes; Laura Ferreira Freitas Cardoso; Maria Eduarda Natividade Neto Kollnberger. – Volta Redonda: UniFOA, 2024. 34 p. II

Orientador (a): Prof. Dr. Cláudio Valente Viana

Coorientador (a): Prof. Me. Dagoberto Martins de Oliveira

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2024.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: *A importância do diagnóstico e Tratamento de anguilomania no Bêbê*

Elaborado por *Stephanie de Silva Nunes*  
*Sandra Ferreira Freitas Cardoso*  
*Maria Eduarda Natividade Neto Kollnsperger*

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do UniFOA.

Aprovado em *04* de *junho* de *2024*

Banca Avaliadora:

*claudio valente viana*  
Prof. Orientador .....  
titulação: *Dr. Utop* ..... docente do UniFOA

*Roberto Martins de Oliveira*  
Prof. Avaliador .....  
titulação: *Mestre* ..... docente do UniFOA

*Carolina Patrícia Babilio*  
Prof. Avaliador .....  
titulação: *Doutor* ..... docente do UniFOA

## DEDICATÓRIA

*“Dedico esta monografia à minha família pela fé e confiança demonstrada. Aos meus amigos, pelo apoio incondicional. Aos professores, pelo simples fato de estarem dispostos a ensinar. Ao meu orientador pela paciência demonstrada no decorrer deste trabalho. Enfim, a todos, que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.”*

*Esthéfani da Silva Nunes*

*“Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força por ter chegado até aqui. A todos os meus familiares pelo apoio e incentivo. A minha filha por nunca deixar eu desistir e ter forças para realizar meu sonho. Ao meu orientador Claudio Valente por toda paciência e dedicação para que esse trabalho fosse concluído.”*

*Laura Ferreira Freitas Cardoso*

*“Dedico esse trabalho aos meus pais, Célia e Ludwig que são responsáveis por todo incentivo dessa conquista. Aos meus amigos por todo apoio demonstrado. Aos professores que fizeram parte desse trajeto e em destaque meu professor orientador Claudio Valente por toda paciência e dedicação para que esse trabalho fosse concluído.”*

*Maria Eduarda Natividade Neto Kollnberger*

## AGRADECIMENTOS

*“A Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. Meus pais e irmão, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava a realização desse trabalho. Ao meu trio Laura e Maria Eduarda, pelo apoio incondicional, sem elas esse caminho seria mais difícil. Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.”*

*Esthéfani da Silva Nunes*

*“Agradeço a Deus, que em sua infinita graça, permitiu-me alcançar este sonho, iluminando minha mente e fortalecendo meu coração. Ao meu esposo Douglas e sogro Célio que não mediram esforços para me ajudar com todos os custos durante o curso. A minha filha Lara que foi minha grande inspiração para continuar em frente com muita garra e determinação. Aos meus pais Milene e Rondineli que transformaram meus medos em fé e força para continuar. Aos meus irmãos Kayque e Isabella que sempre acreditaram em mim. A Minha avó do coração Maria Emília e minha sogra Katia que foram minha rede de apoio durante todos esses anos de estudos. As minhas queridas avós Sônia e Lourdes que foram essenciais na minha vida e serão sempre levadas no meu coração. As minhas amigas Maria Eduarda e Esthéfani que estão comigo desde o início dessa trajetória. Ao meu orientador professor Cláudio Valente, que com muita maestria nos orientou e incentivou durante esse trabalho. Por fim, minha mensagem de agradecimento a todos que cruzaram meu caminho durante esta fase, cada um de vocês deixou uma marca indelével em minha jornada, contribuindo para o meu crescimento e sucesso.”*

*Laura Ferreira Freitas Cardoso*

*“Agradeço a Deus e a espiritualidade pela minha vida e permissão que esse sonho se concluísse. Agradeço ao meu vô pela oportunidade dada e pela confiança deposita em mim. Aos meus pais, Célia e Ludwig, que me deram apoio*

*e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, e que não mediram esforços para que esse sonho se realizasse. Aos meus irmãos e amigos que estiveram ao meu lado e acreditaram que eu era capaz. Ao meu orientador Cláudio Valente que foi paciente e compartilhou seus conhecimentos que fizeram grande diferença no resultado desse trabalho. Por último e não menos importante, agradeço ao meu trio, Esthéfani e Laura pela parceria desde o começo, não só na faculdade, mas também na vida.”*

*Maria Eduarda Natividade Neto Kollnberger*

## EPÍGRAFE

“Ama-se mais o que se conquista com esforço.”

Benjamin Disraeli

## RESUMO

O freio lingual é uma estrutura anatômica de extrema importância para funções essenciais que a língua exerce, como: sucção, deglutição, mastigação e fonação. A Anquiloglossia é uma anomalia oral congênita de desenvolvimento caracterizada pelo freio lingual hipertrofiado e/ou encurtado limitando os movimentos da língua, permitindo diagnóstico imediato após o nascimento (antes de 1 ano de idade). O diagnóstico precoce deve ser feito através do teste da linguinha, que é uma avaliação na região sublingual para verificar a estrutura e o tamanho lingual e, conseqüentemente, a mobilidade da língua (do freio lingual – não se vê a mobilidade do freio). O tratamento, quando necessário, pode ser feito através de uma intervenção cirúrgica muito simples, podendo ser utilizado o bisturi tradicional com cabo número 3 e lâmina número 11 e/ou, mais recente, o laser de alta potência. Este trabalho tem como objetivo analisar artigos sobre o freio lingual hipertrofiado ou encurtado, valorizando o diagnóstico e tratamento devido para prevenir problemas imediatos e futuros ao paciente.

Palavras-chave: Freio lingual; Anquiloglossia; Recém-nascido.

## **ABSTRACT**

The lingual frenulum is an anatomical structure of extreme importance for essential human functions such as: sucking, swallowing, chewing and speaking. Ankyloglossia, which is a congenital developmental oral anomaly characterized by hypertrophied and/or shortened lingual frenulum, limiting tongue movements, allowing diagnosis before 1 year of age. Early diagnosis must be made through the tongue test, which is an evaluation in the sublingual region to check the size and mobility of the lingual frenulum. Treatment, when necessary, can be carried out through a very simple surgical intervention, using a traditional scalpel and/or, more recently, a high-power laser. This work aims to analyze articles about the hypertrophied or shortened lingual frenulum, valuing the diagnosis and treatment to prevent immediate and future problems for the patient.

Keywords: Tongue frenum; Ankyloglossia; Newborn.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Parte I - Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.....	17
Figura 2: Parte Anatomofuncional.....	18
Figura 3: Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.....	19
Figura 4: Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.....	19
Figura 5: : Parte II – Avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva.....	20
Figura 6: Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT).....	21
Figura 7: Aspecto clínico da língua em repouso.....	28
Figura 8: A projeção da língua impedida pela anquiloglossia.....	28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Exame Neonatal.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.1 Importância do Teste da Linguinha.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.2 Diagnóstico.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Freio Lingual: Desenvolvimento, Anatomia e Histologia.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Anquiloglossia: Definição e Característica Anatomofuncional.....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Causas Imediatas e Futuras resultantes da Anquiloglossia.....</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Tratamento cirúrgico da Anquiloglossia.....</b>	<b>25</b>
<b>3.6 Dificuldades que pesquisadores encontram sobre o tema.....</b>	<b>26</b>
<b>3.7 Caso Clínico.....</b>	<b>27</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Anquiloglossia é o nome dado a uma anomalia sublingual, popularmente chamado de “língua presa”, onde o freio lingual é muito curto limitando os movimentos da língua. A etiologia dessa anomalia é indefinida (SOARES; FERRARI; FARIA, 2012).

A anquiloglossia em recém-nascidos pode gerar desconforto e dificuldade na amamentação, interferindo diretamente na sucção e deglutição. Essa alteração durante o aleitamento pode causar a perda de peso no bebê e dor no mamilo da mãe, o que pode levar ao desmame precoce e prejuízo do desenvolvimento da criança, visto que o leite materno é fonte de muita nutrição (MELO et al., 2011).

Após o nascimento do bebê, são realizados diversos tipos de testes, como teste do pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho e o da linguinha. O teste da linguinha é importante para avaliação do freio lingual curto, sendo uma técnica simples, indolor e rápida (SILVA et al., 2016). Devido a Lei federal nº 13.002, esse procedimento passou a ser obrigatório em todas as maternidades para diagnosticar a anquiloglossia de forma precoce (MARTINELLI, 2013).

O diagnóstico deve ser realizado por um profissional da saúde, em sua grande maioria, cirurgião dentista ou fonoaudiólogos, antes da alta hospitalar e dentro dos primeiros 3 dias de vida, que por meio de um exame clínico, levantará a língua do bebê e medirá o nível de inserção do freio, avaliando se as funções se apresentam prejudicadas (SILVA et al., 2016).

Se necessário a intervenção cirúrgica, pode ser feita a frenectomia lingual, indicada quando o freio limita e/ou dificulta a movimentação da língua. Indica-se a frenotomia quando apresentado dificuldade no aleitamento materno (OLIVEIRA et al., 2019). O uso do laser de baixa potência pode ser incluído como tratamento pós-operatório, já que há evidências que mostram ser eficaz na diminuição de edema, trauma, melhor recuperação e hemostasia logo após a aplicação da primeira sessão (RIBEIRO; SILVA, 2019).

No recém-nascido, para a frenotomia lingual, geralmente a anestesia infiltrativa pode ser dispensada, já que o freio lingual é composto de tecido conjuntivo fibroso com baixa inervação, sendo a anestesia tópica suficiente. Por tratar-se de apenas uma secção do freio o procedimento é muito simples, rápido e indolor, assim como seu pós-operatório, livre de complicações, desde que a incisão não alcance o musculo genioglosso (VALENTE, 2003).

O objetivo deste estudo foi relatar como se realiza o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia que visa melhorar a coordenação entre sucção, respiração e deglutição do bebê durante a amamentação, evitando também problemas futuros na fonação, psicológicos, mecânicos e sociais.

## 2 METODOLOGIA

Para a elaboração deste estudo, optou-se pela pesquisa bibliográfica em materiais selecionados por sua relevância com o tema proposto, indexados nas bases de dados Scholar Google, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e de patologia oral, nos idiomas português e inglês, utilizando como palavras chaves: Freio lingual; Anquiloglossia; Recém-nascido. Para a construção do referencial teórico foram utilizadas obras que datam dos anos 2000 até os mais recentes de 2023. O levantamento da literatura foi iniciado em outubro de 2023, usando autores da parte textual a fim de promover tal discussão. Como exemplo, citamos MARTINELLI, 2013 (relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês). Diante disso, visou-se abranger e relatar como se realiza o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia que visa melhorar a coordenação entre sucção, respiração e deglutição do bebê durante a amamentação, evitando também problemas futuros na fonação, psicológicos, mecânicos e sociais.

## **3 REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1 Exame Neonatal**

#### **3.1.1 Importância do Teste da Linguinha**

Na área da saúde testa-se o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de sistemas modernos que proporcionam a população inúmeros benefícios na busca de uma melhor qualidade de vida (MEDEIROS et al., 2016).

Os exames neonatais que são submetidos em recém-nascidos é uma avaliação geral da saúde que são importantes para o diagnóstico precoce de doenças, permitindo começar cedo o tratamento para diminuir ou eliminar possíveis fatores que são prejudiciais para o paciente. Tem-se disponível os seguintes exames: pezinho, olhinho, coraçãozinho, orelhinha e linguinha, em que são avaliadas as condições auditivas, visual, sanguínea, saturação de oxigênio e de movimentação da língua. De uma forma geral, esses exames avaliam os aspectos que auxiliam algum fator que compromete a saúde do paciente (HONG et al., 2010).

No teste da linguinha, o exame é clínico e serve para a avaliar a existência de alterações na estrutura da língua, como freio lingual curto que é conhecido clinicamente como anquiloglossia, popularmente conhecida como “língua presa” (HONG et al., 2010).

O comprometimento das funções da língua pode resultar diretamente com a amamentação. Essa anomalia pode limitar a movimentação da língua, causando problemas no bebê como cansaço para mamar e fazer com que abandonem a amamentação, causando um desmame precoce, prejudicando a saúde do bebê, já que o leite materno é de extrema importância nutritiva para o bebê. A sucção e deglutição estão diretamente relacionadas com a amamentação e a participação dos movimentos da língua são fundamentais para evitar problemas imediatos e futuros para o paciente (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN-FELIX, 2013).

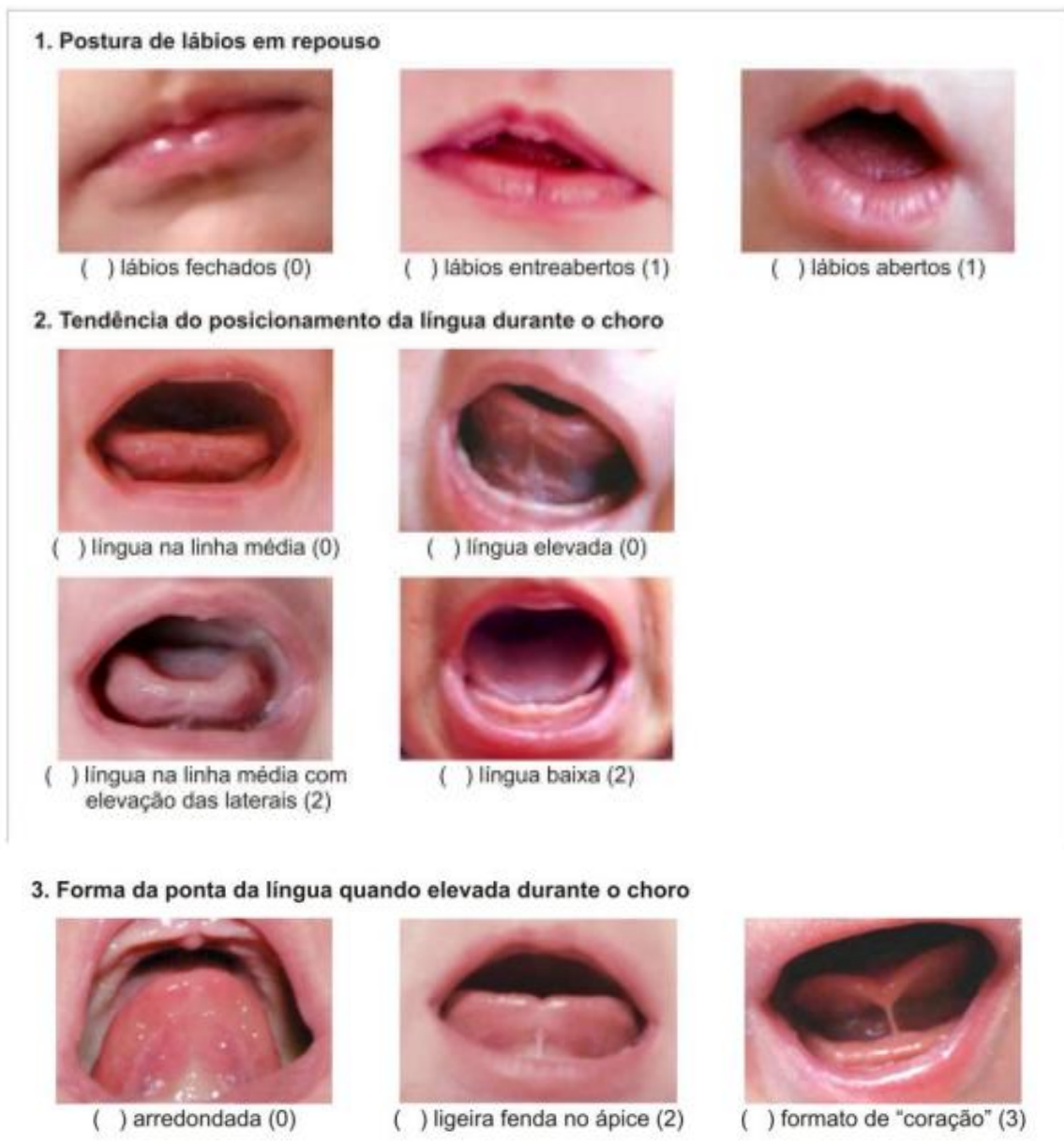
### 3.1.2 Diagnóstico

Segundo Martinelli (2013), diagnosticar a anquiloglossia total não é difícil, pois ela é muito visível; mas diferenciar as variações anatômicas do freio requer conhecimento bastante aprofundado da anatomia da língua e do assoalho da boca para identificar se os achados anatômicos podem comprometer a movimentação da língua e conseqüentemente, as funções orais.

Em bebês, a amamentação está diretamente relacionada com as funções de sucção e deglutição, coordenadas com a respiração. Em ambas, a participação dos movimentos da língua é fundamental. Sendo assim, qualquer restrição à livre movimentação da língua pode resultar no comprometimento das funções, dificultando a amamentação, porém, não foram encontrados na literatura estudos acerca dessa relação. Essa dificuldade para amamentar pode levar ao desmame precoce e/ou baixo ganho de peso, comprometendo o desenvolvimento dos bebês (MARTINELLI, 2013).

HISTÓRIA CLÍNICA	
Nome: _____	DN: __/__/____
Data do Exame: __/__/____	Gênero: M ( ) F ( )
Informante: _____	
Endereço: _____ No: _____	
Bairro: _____	Cidade/Estado: _____ CEP: _____
Fones: Residencial: ( ) _____	Trabalho: ( ) _____ Celular: ( ) _____
Endereço eletrônico: _____	
Nome do pai: _____	
Nome da mãe: _____	
<b>Antecedentes Familiares</b> (investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)	
( ) não ( ) sim Quem e qual o problema: _____	
Problemas de Saúde ( ) não ( ) sim Quais: _____	
<b>Amamentação:</b>	
- tempo entre as mamadas: ( ) 3h ( ) entre 1h e 2h ( ) 1/2h ou menos	
- cansaço para mamar? ( ) não ( ) sim	
- dor nos mamilos? ( ) não ( ) sim	
- ferimento nos mamilos? ( ) não ( ) sim	
A criança está com dificuldade de sugar?	
( ) não ( ) sim Se sim qual(is) dificuldade(s)? _____	

Figura 1: Parte I - Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.  
Fonte: MARTINELLI, 2013.



Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0    Pior resultado= 6

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

Figura 2: Parte Anatomofuncional.  
Fonte: MARTINELLI, 2013.

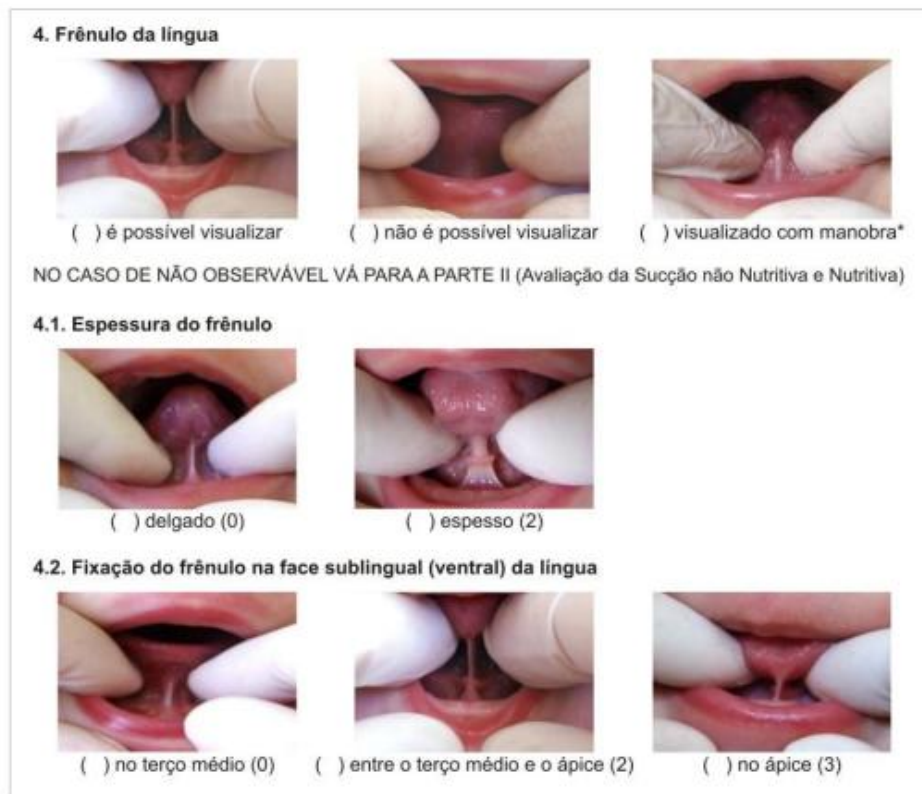


Figura 3: Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.  
Fonte: MARTINELLI, 2013.

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



( ) visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



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

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

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

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

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

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

Figura 4: Protocolo de avaliação do freio lingual em bebês.  
Fonte: MARTINELLI, 2013.

<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 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 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 type="checkbox"/> inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)	
<b>2.3. "Morde" o mamilo</b>	
<input 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 type="checkbox"/> sim	(1)

Figura 5: Parte II – Avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva.  
 Fonte: MARTINELLI, 2013.

Na avaliação das funções orofaciais são avaliadas a sucção não nutritiva e a sucção nutritiva. São realizados registros audiovisuais da sucção nutritiva para análise posterior. A avaliação da sucção não nutritiva é avaliada com a introdução do dedo mínimo enluvado na boca do bebê para sugar durante 2 minutos. É observada se a movimentação da língua ocorre de forma coordenada, com movimentos ântero-posteriores de língua ou incoordenada; se o canolamento da língua está presente (ocorrendo a elevação das margens laterais e presença de sulco na região central da língua), ocorre pouco ou está ausente. É verificada a força da sucção, e classificada como forte (quando houver compressão com força contra o palato, encontrando resistência à retirada do dedo do avaliador da cavidade oral) ou fraca (quando houver pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo do avaliador) (MARTINELLI, 2013).

O Protocolo Bristol foi desenvolvido com base em prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker. Ele fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento. A tradução do protocolo foi revisada e aprovada por seus autores Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond, da Universidade de Bristol no Reino Unido e um estudo multicêntrico está sendo desenhado para avaliar sua implementação no contexto brasileiro. Os elementos do BTAT são demonstrados a seguir (HAZELBAKER, 2015).

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

\* tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol, Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond.

Figura 6: Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT).

Fonte: HAZELBAKER, 2015

Em relação aos 4 aspectos para avaliação do frênulo lingual: 1. A aparência da ponta da língua é considerada uma das principais formas de avaliar a anquiloglossia. É frequentemente notada pelos pais e por isso pode ser útil para explicar a presença de anquiloglossia. 2. A fixação do frênulo no alvéolo

inferior permite avaliar a presença de anquiloglossia quando sua aparência não é tão visível. Em geral, tem reflexo na aparência da língua com a boca bem aberta. 3. Elevação da língua é fácil de observar enquanto o bebê está acordado ou, idealmente, quando está chorando. Esse é o item que tem se mostrado mais difícil de avaliar e requer conhecimento do avaliador quanto à elevação normal da língua de um recém-nascido. 4. Protrusão da língua. Se o bebê está dormindo e o avaliador é incapaz de provocar protrusão da língua, os pais deverão ser alertados para observar o quanto seu bebê pode projetar sua língua. Maior projeção da língua costuma ser o primeiro sinal de melhora observado pelos pais após a frenotomia (HAZELBAKER, 2015).

### **3.2 Freio lingual: Desenvolvimento, Anatomia e Histologia**

O desenvolvimento da língua acontece na quarta semana de vida intrauterina, onde surgem as protuberâncias línguas laterais, que se alargam e se encontram umas com as outras e com o tubérculo ímpar para a formação de uma grande massa. Acontecendo a formação da mucosa e dos terços anteriores da língua (PROCOPIO; COSTA; LIA, 2017).

Após o acontecimento da formação da base da língua, ocorre a morte celular programada, chamada apoptose, e reabsorção do musculo esquelético que se desenvolve na região anterior ventral e, normalmente, o único elo de ligação é uma fina faixa de tecido, formando o freio lingual. Acontecem alguns distúrbios que podem resultar na inserção do freio, que é mais larga e encurtada (MORITA et al., 2004). O freio lingual é responsável pela limitação dos movimentos que a língua faz, sendo os responsáveis por sua mobilidade os 17 músculos linguais que ali existe, entre eles intrínsecos e extrínsecos, durante o período embrionário, o tecido restante limita alguns dos graus de movimentação, levando o paciente a apresentar este tipo de anomalia (MARTINELLI, 2012).

O freio está localizado abaixo da língua, entre o ventre da língua e o assoalho da cavidade bucal, tendo a função limitar a projeção lingual (de interligá-los - tirar), sendo uma estrutura anatômica em forma de prega. Em alguns casos, clinicamente observado, este freio pode se apresentar curto, isso

levará ao impedimento de movimentações adequadas do órgão, que além de causar dificuldade de movimentação da língua, também pode comprometer a fonação e a mastigação (FERREIRA et al., 2018).

A anomalia de anquiloglossia é formada por freio curto ou hipertrofiado composto por tecido conjuntivo fibroso, onde se projeta e se insere na face anterior, fato que pode influenciar no desenvolvimento da mordida aberta anterior. É observada em 1,7% a 4,4% dos recém-nascidos e é quatro vezes mais comum em meninos (NEVILLE, 2009). A alteração lingual pode ocorrer desde a ponta da língua, até o rebordo alveolar lingual (BRITO et al., 2008).

Há divergências entre dois tipos de anquiloglossia, em que uma se trata da fusão total da língua ao interior da boca, sendo essa denominada total e a mais geral, descrita como parcial, onde só a inserção curta se destaca (XAVIER, 2014).

### **3.3 Anquiloglossia: Definição e Característica Anatomofuncional**

Marchesan, Hernandez e Ribeiro (2001) visam a importância da capacitação do profissional que irá realizar o exame clínico e avaliar o freio lingual. O avaliador deve ter conhecimento dos padrões de normalidade e fisiologia da cavidade oral, como os aspectos da língua em posição habitual, mobilidade e movimento da língua durante o choro e amamentação do bebê. O freio poderá ser classificado em normal ou alterado.

A língua tem relação direta com o processo de deglutição e sucção em relação aos seus movimentos. Uma alteração anatômica importante interfere diretamente na capacidade de movimentação, que é uma de suas principais funções, gerando dificuldades para o desmame precoce e perda de peso do recém-nascido. Essa alteração interfere negativamente no desenvolvimento do bebê (WONG et al., 2017).

O freio lingual está localizado na região sublingual como uma prega mediana que permite o movimento livre da língua. Quando esse movimento não é livre, tem-se uma alteração que se chama anquiloglossia, que consiste em um freio lingual curto ou até mesmo ausente (BRAGA; PANTUZZO; MOTTA, 2009).

A anquiloglossia, popular “língua presa”, é uma condição congênita, anomalia de desenvolvimento na qual a membrana debaixo da língua é muito curta ou pode estar presa muito próxima da ponta da língua dificultando a protusão da língua, essa alteração já é visível desde o nascimento e detectada através do exame clínico neonatal, denominado teste da linguinha, feito pelo médico, cirurgião-dentista ou fonoaudiólogo em até 48 horas (GARCIA-POLA; GARCIA-MARTIN; GONZALEZ-GARCIA, 2002).

Essa alteração na língua acontece devido a uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose (morte celular) durante seu desenvolvimento, e que permanece na face ventral da língua, causando alteração de inserção e comprimento (MARCHESAN, 2003).

Os fonoaudiólogos e médicos de maneira geral fazem o diagnóstico caracterizando “língua presa” a partir das funções que a língua exerce, ou seja, quando a língua tem seus movimentos comprometidos. O freio também se caracteriza como alterado, a partir do posicionamento e da flacidez da língua (MARCHESAN, 2003).

Quando o freio curto é diagnosticado, o médico imediatamente encaminha esse bebê para um cirurgião dentista buco-maxilo-facial para realização da intervenção cirúrgica (MARTINELLI, 2016). Recentemente também pode ser encaminhado para o especialista em odontologia hospitalar.

### **3.4 Causas Imediatas e Futuras resultantes da Anquiloglossia**

Recém-nascidos com problemas na língua podem apresentar dificuldades que afetam tanto o bebê quanto a mãe. Os problemas mais percebidos incluem dificuldades na pega, sinais de frustração como chacoalhar a cabeça, dor no mamilo da mãe, incluindo hemorragias, rachaduras e ulcerações, causando sinais de insatisfação por parte do bebê (BROOKES; BOWLEY, 2014).

As principais características é quando se tem o freio lingual anormalmente curto, inserido próximo ou no ápice da língua, dificultando sua elevação ao tocar no palato, dificuldade de protrusão da língua, assumindo um formato de coração

e dificuldade de realização de movimentos de lateralidade (SOARES; FERRARI; FARIA, 2012).

Essas limitações interferem na amamentação, que podem resultar em desmame precoce, dificuldade de ganho de peso, vedamento inadequado no mamilo e na sucção, sendo um desconforto para a mãe (SILVA et al., 2009). A sucção deve ser sempre coordenada com a respiração, é importante que o nariz do bebê esteja sempre livre para que ele possa respirar corretamente, para evitar que ele seja um respirador bucal por adquirir um mal hábito durante a amamentação (CINTRA; CASTRO; CINTRA, 2014). Interferências acontecem também ao deglutir, uma das principais funções que a língua exerce. Essas são as causas imediatas que o freio curto causa para uma recém-nascido.

Futuramente, quando não diagnosticada, a “língua presa” pode causar transtornos para o paciente tendo interferências na mastigação, que é uma das principais funções do sistema estomatognático, para que essa função seja desenvolvida corretamente com eficiência é importante que todas as estruturas envolvidas nessa atividade estejam integras (LIMA et al., 2006).

Na fala a interferência acontece nos sons de “s”, “z”, “r” e “lh”, que são os mais frequentes (MARCHESAN, 2003). Crianças com problemas de dicção podem sofrer bullying e apresentar problemas psicológicos durante a infância até sua juventude, tendo problemas de desenvolvimento na escola e na vida social (COTA et al., 2019).

### **3.5 Tratamento cirúrgico da Anquiloglossia**

A cirurgia de correção do freio lingual em recém-nascidos tem indicação em casos que apresentam anquiloglossia, ou seja, freio lingual curto aderido a língua, ao assoalho da boca até o rebordo gengival, causando uma limitação de movimentos da língua. Casos assim devem ser observados com maiores critérios para imediata intervenção cirúrgica (CONSOLARO, 2014).

Temos três tipos de cirurgias para correção dessa anomalia em bebês. Segundo Marchesan, Hernandez e Ribeiro (2001) a Frenotomia, remoção parcial do freio é uma pequena incisão realizada para correção de freio, mais conhecida

como “alívio”, mais realizada em recém-nascidos ou até 1 (um) ano de vida. Frenectomia é a remoção total do freio, necessitando de anestesia local ou até mesmo geral em alguns casos. Frenuloplastia é retirada parcial do freio lingual ou o seu reposicionamento.

A frenotomia é um procedimento simples com baixa possibilidade de complicações pós-operatórias. A técnica empregada consiste em anestesia tópica da mucosa do freio lingual, seguida de incisão de 3 a 4 milímetros de profundidade na região mais delgada do mesmo, por ser pouco vascularizada (GEDDES et al., 2008). Esta incisão deve ser feita apenas no tecido fibroso, isquêmico pela baixa vascularização e estender-se até observar uma área mais avermelhada, que é o músculo genioglosso bem vascularizado. Caso este músculo seja atingido haverá sangramento e necessidade de hemostasia, geralmente exigindo uma sutura (valente, 2003).

Os benefícios do procedimento para o bebê são a melhora na postura e mobilidade da língua, e na postura do lábio, o que contribui para garantir os benefícios da amamentação, como o ganho de peso, através do correto vedamento do lábio no mamilo, além de evitar problemas futuros como a língua presa, podendo interferir até no psicológico da criança (PETERSON, 2009).

### **3.6 Dificuldades que pesquisadores encontram sobre o tema**

Ao nascimento o bebê é submetido ao exame neonatal teste da linguinha, quando vários dados são coletados. Um fator importante a ser observado é a forma como esses dados são coletados: de forma manual em prontuários de papel, e como se dá o seu armazenamento: empilhados em gavetas ou em determinado espaço físico. Esses fatores implicam diretamente na disponibilidade, dificultando a pesquisa de informações sobre esse tema (MEDEIROS et al., 2016).

Hoje em dia é possível a utilização de sistemas computacionais para dar suporte e auxiliar os profissionais de saúde em ambientes hospitalares. Os sistemas que temos hoje, em uma visão geral da tecnologia, poderiam ser aplicados em conjunto com alguma técnica inteligente de software, facilitando

assim a vida dos profissionais da saúde e pesquisadores interessados no caso. Esses sistemas já existem em outras áreas como na neurologia para ajudar os médicos a analisar, modelar e esclarecer dados clínicos complexos por meio de uma ampla gama de aplicações (DONGARRA, 2003).

O exame de avaliação de freio lingual em bebês foi um protocolo estabelecido e formulado pela Dra. Roberta Lopes de Castro Martinelli que colocou o nome de “Teste da Linguinha”, tendo como objetivo padronizar esta avaliação. Esse teste observa as questões anatomofuncionais e deve ser realizado nas primeiras 48 horas após o nascimento do bebê, sendo assim, permite uma triagem de casos mais graves em relação aos procedimentos cirúrgicos que são realizados ainda na maternidade, e casos em que será realizado um reteste em 30 dias, aplicando assim um protocolo de uma forma completa (MARTINELLI et al., 2016).

### **3.7 Caso Clínico**

Paciente, gênero feminino, 2 anos de idade, raça branca, e sua mãe procuraram a Clínica de Puericultura do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. A mãe relatou complicação por parte da criança para alimentar-se e alteração na pronúncia de ditongos labiodentais. Além disso, preocupava-se com o aprendizado da garota, pois esta iria para a escola. Na anamnese a mãe disse que a filha teve dificuldade durante o aleitamento materno em virtude de a língua presa impedi-la de segurar o mamilo ao longo da amamentação. O exame clínico intraoral evidenciou freio lingual curto que limitava a amplitude de movimentos da língua e com inserção próxima à ponta da língua (figura 1). A inserção na base e na ponta da língua dificultava a protrusão da língua para fora da boca e fazia está se dobrar (figura 2). Tal condição não permitia um padrão de deglutição normal. A menina exibia dificuldades na fala associadas à limitação dos movimentos linguais. Recomendou-se como tratamento frenectomia, com anestésico tópico aplicado na face inferior da língua. Depois que a anestesia se completou, uma pinça hemostática serviu para segurar o freio, e um instrumento eletrocirúrgico foi usado para liberá-lo. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de sutura 4.0 (catgut).

Dispensou-se a criança após a mãe receber instruções a fim de evitar hemorragias pós-operatórias e tratar o desconforto com analgésicos não narcóticos. Passados sete dias da intervenção cirúrgica, a paciente foi reexaminada e a área operada já estava em processo de cicatrização. Nesse período a função da língua foi avaliada e se observou melhoria na capacidade de movimentação. O fato sugeriu um excelente prognóstico para o caso (MELO et.al, 2011).



Figura 7: Aspecto clínico da língua em repouso.

Fonte: MELO et.al, 2011.



Figura 8: A projeção da língua impedida pela anquiloglossia.

Fonte: MELO et.al, 2011.

## 4 DISCUSSÃO

Na área da saúde buscamos o aperfeiçoamento de sistemas para proporcionar benefícios para uma melhor qualidade de vida (MEDEIROS et al., 2016). Destacam-se exames neonatais em recém-nascidos para uma avaliação geral da saúde, importante para o diagnóstico de doenças, avaliando os aspectos que auxiliam algum fator que compromete a saúde do paciente (HONG et al., 2010).

O exame é clínico, chamado “teste da linguinha” e serve para avaliar a existência de alterações na estrutura da língua, como freio lingual curto que é a anquiloglossia, popularmente conhecida como “língua presa” (HONG et al., 2010). O comprometimento das funções da língua pode resultar em problemas imediatos e futuros para o bebê (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN-FELIX, 2013).

A utilização de sistemas computacionais para o auxílio de profissionais de saúde em ambientes hospitalares poderia ser mais eficaz se aplicados em conjunto com algum software, já que esses sistemas já existem em outras áreas (DONGARRA, 2003). Esse método de diagnóstico é essencial para levantamentos estatísticos e colabora na obtenção de bons resultados.

O teste da linguinha foi um protocolo estabelecido e formulado pela Dra. Roberta Lopes de Castro Martinelli. O objetivo foi padronizar esta avaliação observando questões anatomofuncionais (MARTINELLI et al., 2016).

A língua começa a se desenvolver na quarta semana de vida intrauterina (PROCOPIO, 2017). Após a formação da base da língua, tem-se a formação do freio lingual. (MORITA, 2004). O freio conecta a língua ao assoalho bucal. Com o desenvolvimento da criança o freio lingual migra para a posição central ocupando assim a sua posição definitiva (BRITO, 2008). Sendo responsável pela mobilidade e se estende de uma parte mais fixa para uma parte com maior liberdade de movimentos (MELO et al., 2011).

Marchesan, Hernandez e Ribeiro (2001) visam a importância do profissional em ter conhecimento dos padrões de normalidade para realização do teste a linguinha. O freio é uma prega que permite o movimento livre da língua quando esse movimento não é livre, tem-se uma alteração que consiste em um freio lingual curto ou até mesmo ausente (BRAGA; PANTUZZO; MOTTA, 2009).

Recém-nascidos com problemas na língua podem apresentar dificuldades que afetam tanto o bebê quanto a mãe (BROOKES; BOWLEY, 2014). As principais características quando se tem o freio lingual curto é dificuldade de protusão da língua, assumindo um formato de coração e dificuldade de realização de movimentos de lateralidade (SOARES; FERRARI; FARIA, 2012).

A popular “língua presa”, denominada anquiloglossia é uma condição na qual a membrana é curta, localizada abaixo da língua, já visível desde o nascimento e detectada através do teste da linguinha (GARCIA-POLA; GARCIA-MARTIN; GONZALEZ-GARCIA, 2002). Assim que diagnosticada a “língua presa” o médico imediatamente encaminha esse bebê para um cirurgião dentista buco-maxilo-facial para realização da intervenção cirúrgica (MARTINELLI, 2016).

As dificuldades também envolvem a mãe, tendo dor no mamilo, hemorragias, rachaduras e ulcerados, deixando o bebê com insatisfação (BROOKES; BOWLEY, 2014). Além de dificuldade de elevação ao tocar no palato, protusão da língua, e de realização de movimentos de lateralidade (SOARES; FERRARI; FARIA, 2012). São limitações que interferem na amamentação, resultando no desmame precoce.

Quando não diagnosticada, a língua presa causa transtornos tendo interferências na mastigação (LIMA et al., 2006) e na fala (MARCHESAN, 2003). Crianças com problemas de dicção podem sofrer bullying e apresentar problemas psicológicos durante a infância (COTA et al., 2019).

O tratamento é feito através de uma cirurgia de correção do freio lingual. (CONSOLARO, 2013). Marchesan et al. (2001) diz que a Frenotomia, remoção parcial do freio, mais conhecida como “alívio”, realizada em recém-nascidos ou até 1 (um) ano de vida é a melhor opção para bebê diagnosticados com

anquiloglossia. Esse procedimento é simples e com baixa possibilidade de complicações pós-operatórias (GEDDES et al., 2008). Tendo como benefícios para o bebê a melhora na postura e mobilidade da língua, e na postura do lábio, garantindo mais qualidade de vida (PETERSON, 2009).

Pesquisares interessados no assunto encontram dificuldades sobre o tema, esses fatos implicam na disparidade, dificultando a pesquisa de informações, são eles: forma em que os dados são coletados (MEDEIROS et al., 2016). Hoje já é possível a utilização de sistemas computacionais em ambientes hospitalares (DONGARRA, 2003; MARTINELLI et al., 2016).

O caso clínico relata uma criança de 2 anos, do sexo feminino, queixando-se de complicação por parte da criança para alimentar-se e alteração na pronúncia de ditongos labiodentais. O diagnóstico concluído depois de exame foi de freio lingual curto. O tratamento foi realizado através da frenectomia. O pós-operatório foi satisfatório e o fato sugeriu um excelente prognóstico (MELO et.al, 2011).

## 5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a importância do conhecimento sobre o exame neonatal clínico teste da linguinha pode evitar problemas imediatos e futuros ao bebê e a mãe, proporcionando uma melhor qualidade de vida, além de prevenir transtornos psicológicos na infância. É de extrema importância colocar esse teste como prioridade entre os testes realizados após o nascimento.

No caso clínico, conclui-se que o exame rotineiro do freio lingual possibilita encontrar anomalias de sua inserção e delinear medidas preventivas para as intercorrências no período de aleitamento materno. No presente relato a inserção anormal da língua alterava de modo significativo as funções de deglutição, os movimentos da língua, a fala e a articulação das palavras. A cirurgia do freio lingual devolveu as funções da língua ao sistema estomatognático da paciente.

## 6 REFERÊNCIAS

BRAGA, L.A.S.; PANTUZZO, C.A.; MOTTA, A.R. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. **Rev Cefac**, São Paulo. v.11, n.3, p.378-90, 2009.

BRITO, S.F. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.10, n.3, p.34-36, 2008.

BROOKES, A.; BOWLEY, D. M. Tongue tie: The evidence for frenotomy. **In: Early Human Development**, England. v. 90, n. 11, p.765-768, 2014.

CINTRA, C.F.S.; CASTRO, F.F.M.; CINTRA, P.P.V. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo. v. 14, n. 6, p.36-39, 2014.

CONSOLARO, A. "Teste da Linguinha" e a anquiloglossia: As controvérsias do assunto. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá. v. 14, n. 1, p.96-104, 2014.

COTA, A. L. S.; ÁVILA V.L.; PEREIRA, S.K.S.; NEMEZIO, M. A. Frenectomia para restituição fono-motricial da língua. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo. v. 35, n.35, p.1457, 2019.

DONGARRA, J.; FOSTER, I.; FOX, G.; GROPP, W.; KENNEDY, K.; TORCZAN, L.; WHITE, A. **Sourcebook of Parallel Computing**. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers Inc., 2003.

EDMUNDS, J.; MILES, S.; FULBROOK, P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. **Breastfeeding Review**, Miami, v.19, n.1, p.19-26, 2011.

FERREIRA, L. DE S. R.; ROSALVO, J. B. N.; ABREU, L. M. S.; LACERDA, M. C. F. V.; SILVA, M. F. B.C.; RIBEIRO, E. L. Anquiloglossia: Revisão de Literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**. Pernambuco, v.3, n.3, p.93-45, 2018.

GARCIA-POLA, M.J.; GARCIA-MARTIN, J.M.; GONZALEZ-GARCIA, M. Prevalence of oral lesions in the 6 years-old pediatric population of Oviedo (Spain). **Med Oral**, Lisboa. v.7, n.3, p.184-191, 2002.

GEDDES, D.T.; LANGTON, D.B.; GOLLOW, I.; JACOBS, L.A.; HARTMANN, P.E.; SIMMER, K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. **Pediatrics**, Burlington. v. 122, p.188-94, 2008.

HAZELBAKER Assessment for Lingual Frenulum Function. [Acesso em 2 de junho de 2015]; Disponível em:

[https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/currentresidents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker\\_frenum.pdf](https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/currentresidents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf).

HONG, P.; LAGO, D.; SEARGEANT, J.; PELLMAN, L.; MAGIT, A.E.; PRANSKY, S.M. Defining ankyloglossia: A case series of anterior and posterior tongue ties. **In: International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. San Diego, Elsevier Ireland Ltd, v.74, n.2010, p.1003-1006, 2010.

LIMA, R.M.F.; FREIRE, O.C.B.; NEPOMUCENO, J.L.; STAMPFORD, S.; CUNHA D.A.; SILVA, H.J. Padrão mastigatório em crianças de 5 a 7 anos: suas relações com o crescimento craniofacial e hábitos alimentares. **Rev Cefac**, São Paulo. v. 8, n. 2, p. 205-15, 2003.

MARCHESAN, I.; HERNANDEZ, A.M.; RIBEIRO, F. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MARCHESAN, I.Q. Frênulo da língua: classificação e interferência na fala. **Rev Cefac**, São Paulo, n.5, p.341-45, 2003.

MARTINELLI, R. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês**. São Paulo, 2013.

MARTINELLI, R. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês**. 2013. 48p. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2013.

MARTINELLI, R.L.C. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.14, n.1, p.138-145, 2012.

MARTINELLI, R.L.C.; MARCHESAN, I.Q.; BERRETIN-FELIX, G. Teste da Linguinha em bebês. **Rev. Cefac**, São Paulo, v.15 n.3, p.30-35, 2013.

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**, São Paulo, v.18, n.6, p.1323-1331, 2016.

MEDEIROS H.E.G.B.; LEITE, C.R.M.L.; SANTOS, J.F.; NETO, P.F.R.; MARTINELLI, R.L.C.; CAVALCANTI, R.V.A. Tudo que você precisa saber sobre Anquiloglossia. **Revista Brasileira de computação Aplicada**, Passo Fundo. v.8, n.1, p.104-113, 2016.

MELO, V.S.F.O., LIMA, A.A.S.; FERNANDES, A. Anquiloglossia: relato de caso. **Rev Sul-Bras Odontol**, Joinville. v.8, n.7, p.102-07, 2011.

MELO; N.S.F.O.; LIMA; A.A.S.; FERNANDES; A. GUIMARÃES; R.P.; SILVA; C. Anquiloglossia: relato de caso (Ankyloglossia: case report). **RSBO**, v.8, n.1, p.102-7, 2011.

MORITA, H.; MAZERBOURG, S.; BOULEY, D.M.; LUO, C.W.; KAWAMURA, K.; KUWABARA, Y.; BARIBAULT, H.; TIAN, H.; HSUEH, A.J.W. Neonatal Lethality of LGR5 Null Mice Is Associated with Ankyloglossia and

Gastrointestinal Distension. **Mol Cell Biol**, San Francisco. v. 24, n. 22, p. 9736–9743, 2004.

NEVILLE, B.W. **Patologia oral e maxilofacial**. 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, B.F.; CRUZ, J.H.A.; SILVA, R.L.B.; HENRIQUE, D.B.B. Tratamento de anquiloglossia parcial através de frenectomia: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, Paraíba, v. 8, n. 9, p. 510-514. 2019.

PETERSON, L.J. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2009.

PROCOPIO, I.M.S.; COSTA, V.P.P.; LIA, E.N. Revisão relacionando a anquiloglossia e o seu tratamento. **RFO**, Passo Fundo, v.22, n.1, p.114-119, 2017.

RIBEIRO, R.; SILVA, F. Lingual Frenectomy With High-power Laser In Pediatric Patients: Case Report. **Rev. Nav. Odon. Brasil**, San Diego, v.46, n.1, p.37- 41, 2019.

SILVA, P.I.; VILELA, J.E.R.; RANK, R.C.L.C.R.; RANK, M.S. Frenectomia Lingual Em Bebê: Relato De Caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, Bahia, v.7, n.3, p.220-227, 2016.

SOARES, D.R.F.; FERRARI, L.M.; FARIA, M.D. Anquiloglossia em bebês: relato de casos clínicos. **Rev Funec Cient Multidisc**, São Paulo. v.1, p.1-13, 2012.

SOARES, D.R.F.; FERRARI, L.M.; FARIA, M.D. Anquiloglossia em bebês: relato de casos clínicos. **Rev Funec Cient Multidisc**, São Paulo. v.1, n.9, p.1-13, 2012.

VALENTE, C. **Técnicas Cirúrgicas Bucais e Maxilofaciais**. 1ª. ed.; Rio de Janeiro; Ed Revinter, 2003.

WONG, K.; PATEL, P.; COHEN, M.B.; LEVI, J.R. Breastfeeding infants with ankyloglossia: insight into mothers' experiences. **Breastfeed Med**, New Rochelle, v.12, n.2, p.86-90, 2017.

XAVIER, M.M.A.P.C. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos**. 2014. 56p. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, 2014.