

**Escola de Ciências
da Saúde**



Mayara Oliveira da Silva

Rachel Lira Cunha

Frenotomia em Recém Nascidos: Uma revisão de literatura

Rio de Janeiro, RJ.

2023

Mayara Oliveira da Silva

Rachel Lira Cunha

Frenotomia em Recém Nascidos: Uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy", como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Luciana Alves Herdy da Silva

Rio de Janeiro – RJ.

2023

Mayara Oliveira da Silva

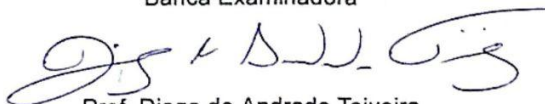
Rachel Lira Cunha

Frenotomia em Recém Nascidos: Uma revisão de literatura

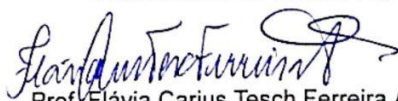
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 15 de Junho de 2023.

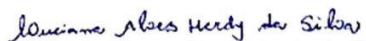
Banca Examinadora



Prof. Diego de Andrade Teixeira
Universidade do Grande Rio



Prof. Flávia Carius Tesch Ferreira Alves
Universidade do Grande Rio



Prof. Luciana Alves Herdy da Silva
Universidade do Grande Rio

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar através da revisão de literatura o tema casos anquiloglossia e a indicação da frenotomia em recém-nascidos e crianças em fase de amamentação, a fim de não comprometer funções essenciais para a vida. As informações utilizadas para a realização deste estudo foram pesquisadas em artigos publicados em bases de dados. Também foram acrescentadas informações a partir de leitura realizada em livros que tratam do assunto. A presença de frênulo curto em recém-nascidos é considerada um sinal de alerta para possíveis dificuldades na amamentação. A maioria dos casos corresponde a tipos que não causam problemas ou que podem ser facilmente resolvidos. Estudos randomizados, prospectivos e de acompanhamento de longo prazo também são necessários para determinar se o procedimento de frenotomia deve ser recomendado, em crianças maiores.

Palavras-chaves: anquiloglossia, língua presa, frenotomia, amamentação, problemas de amamentação, duração da amamentação.

ABSTRACT

The present work aims to present, through a literature review, the theme cases of ankyloglossia and the indication of frenotomy in newborns and children in the breastfeeding phase, in order not to compromise essential functions for life. The information used to carry out this study was researched in articles published in databases. Information was also added from the reading carried out in books that deal with the subject. The presence of a short frenulum in newborns is considered a warning sign for possible breastfeeding difficulties. Most cases correspond to types that do not cause problems or can be easily resolved. Randomized, prospective, and long-term follow-up studies are also needed to determine whether the frenotomy procedure should be recommended in older children.

Keywords: ankyloglossia, tongue-tied, frenotomy, breastfeeding, breastfeeding problems, duration of breastfeeding.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
3 DISCUSSÃO	10
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1 INTRODUÇÃO

A anquiloglossia, das palavras gregas “agkilos” para torto e “glossa” para língua, popularmente conhecido como “língua presa”, é uma anomalia congênita, causada pela presença de freio lingual curto, inserção do músculo genioglosso excessivamente espessa ou pela associação de ambos causando fusão completa ou parcial da língua ao assoalho da boca, resultando na limitação dos seus movimentos¹.

Durante o desenvolvimento embrionário, quando não ocorre a apoptose completa do frênulo, o tecido residual pode comprometer a mobilidade lingual e, conseqüentemente, as funções orais, podendo levar à anquiloglossia². Em recém-nascidos o efeito da anquiloglossia pode interferir na amamentação, fazendo com que o recém-nascido tenha dificuldade na sucção e deglutição, gerando desconforto e podendo levar ao desmame precoce. Para as mães, as queixas são os problemas na amamentação, como dor nos mamilos ou dificuldade da criança no momento de acoplar ao seio². Nesses casos, é indicado verificar outros fatores que possam influenciar e, se necessário, é aconselhável a realização imediata de procedimento cirúrgico de frenotomia para otimização da amamentação. O tratamento cirúrgico é realizado por meio da frenotomia, que é um procedimento cirúrgico seguro e eficaz que consiste na realização de uma incisão e liberação do freio lingual.

A partir da implementação da Lei nº 13.002/2014³, tornou-se obrigatória a avaliação da criança dentro das primeiras 48 horas a partir do seu nascimento, a fim de diagnosticar se o recém-nascido possui essa alteração. O exame em recém-nascidos observa os aspectos físicos da língua, as limitações durante o choro e durante a amamentação. As crianças maiores podem apresentar problemas periodontais e dificuldades de dicção, e em ambos os casos são indicados a realização de procedimentos cirúrgicos, no caso de crianças maiores, a frenectomia.

O presente trabalho busca através de revisão de literatura analisar a anquiloglossia e a realização da frenotomia em recém-nascidos. O estudo apresenta a definição de anquiloglossia, suas características e possíveis complicações, assim como a frenotomia como uma indicação de procedimento para resolução do problema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os termos “língua presa” e “anquiloglossia” são geralmente usados como sinônimos para representar a condição na qual o movimento da língua é avaliado como limitado⁴. Essa limitação geralmente é atribuída ao frênulo pois ele “prende” a língua (na base da cavidade

oral), com o próprio frênulo muitas vezes sendo chamado de “língua presa”. O frênulo lingual foi descrito em alguns textos como uma prega mucosa da linha média que passa entre a superfície inferior da língua e o assoalho da boca⁵. O freio lingual deve ser considerado uma estrutura anatômica normal, onde estudos apontam que 99,5% dos bebês saudáveis observados e relatados como tendo um freio lingual observável e/ou palpável⁶.

A anquiloglossia, enquanto uma anomalia congênita, resulta na limitação dos seus movimentos linguais e a severidade com que aparece nos indivíduos pode variar desde uma leve anormalidade sem significado clínico até uma língua completamente fixada no assoalho da boca. Também pode ser um achado isolado, ou pode ser encontrado como sinais de certas síndromes de malformação congênita do indivíduo. Geralmente é aceito que a anquiloglossia não é um diagnóstico puramente anatômico ou baseado apenas na aparência, e que a limitação do movimento da língua é crucial na realização do diagnóstico e na decisão de tratamento⁷.

Existem sistemas de classificação para a anquiloglossia. Esses sistemas partem da premissa de classificação baseada no uso da característica única da aparência visual do frênulo lingual para categorizá-lo em um grau de “língua presa”⁴. Ou seja, consideram a aparência da língua para dar o diagnóstico e a classificação da anquiloglossia. Como as categorias desses sistemas de classificação abrangem uma enorme gama de variações possíveis da aparência do frênulo, elas permitem que qualquer frênulo seja classificado como uma “língua presa” e, portanto, seja rotulado como “anormal”⁴. Isso facilita diagnósticos errôneos e cria dilemas sobre quando a aparência de um frênulo lingual pode ser considerada normal e potencialmente impulsiona uma tendência internacional para uma taxa crescente de diagnóstico de anquiloglossia, relatada no Canadá, Estados Unidos da América e Austrália⁸.

No Brasil, com a obrigatoriedade da realização do Teste da Linguinha, pautado na Lei nº 13.002/2014³, são classificadas as variações anatômicas e o formato da língua do bebê nas primeiras 48 horas de vida, por meio de triagem neonatal. A partir da avaliação anatomofuncional, verificam-se a função da postura do lábio em repouso, posição da língua durante o choro, formato da ponta da língua, frênulo da língua, fixação do frênulo na face sublingual da língua, fixação do frênulo no assoalho da boca, sucção e deglutição durante a amamentação. Este protocolo contém escores, com pontuações que vão de zero, que indicam normalidade e a partir do número um em ordem crescente indicando características de alteração, visando a importância de estabelecer um parâmetro para o estudo de caso e a definição de tratamento⁹.

A anquiloglossia em crianças pode levar a uma série de problemas, dentre os mais frequentes estão as dificuldades na amamentação, problemas de fala, problemas na dentição, podendo também resultar na dificuldade da higiene bucal e constrangimento em outras fases da vida do indivíduo, como por exemplo, com colegas durante a infância e a adolescência decorrentes da dificuldade/diferença na fala do indivíduo¹⁰.

Tratando-se da anquiloglossia nos primeiros anos de vida, é possível encontrar divergências entre a comunidade médica acerca das dificuldades na amamentação causadas pela anquiloglossia¹⁰. Porém, estudos apontam que a anquiloglossia em lactentes está associada a uma incidência de 25% a 60% de dificuldades com a amamentação, como dor e danos nas mamas maternas, produção insuficiente de leite, ingurgitamento mamário e recusa da mama por parte da criança¹⁰.

Estudos demonstraram que, para cada dia de dor materna durante as 3 semanas iniciais de amamentação, há um risco de 10% a 26% de interrupção da amamentação, tanto por parte da criança por não conseguir a pega correta quanto da mãe devido ao incômodo sentido^{11,12}. Para os bebês com dificuldades de amamentação, os sintomas mais comumente associados à anquiloglossia no recém-nascido incluem, nas mães, dor no mamilo durante a amamentação, irritação da pele do mamilo e pega superficial/insuficiente^{11,12,13}.

Se um bebê foi diagnosticado com anquiloglossia e há problemas de amamentação – particularmente dor materna associada à pega, que não melhora com tratamento conservador (por exemplo, posicionamento, protetores de mamilo) – então é sugerido que seja realizada alguma intervenção - cirúrgica ou não cirúrgica - para solução do problema. Nesse caso, uma frenotomia lingual costuma ser o procedimento mais indicado e deve ser realizada o mais rápido possível para diminuir a probabilidade de a mãe abandonar a amamentação¹³.

A anquiloglossia pode ser um caso isolado de um indivíduo ou de origem familiar, podendo fazer parte de síndromes congênitas raras, como síndrome de Moebius, síndrome de Beckwith Wiedemann, síndrome orofaciodigital e fenda palatina ligada ao cromossomo X. Acredita-se que os casos de anquiloglossia isolada e em associação com uma síndrome compartilham um componente genético¹⁴. O frênulo curto típico da anquiloglossia foi apontado também como causa de problemas de fala e má oclusão. No entanto, até o momento, não há evidências que confirmem a associação entre anquiloglossia e problemas de dicção, ou que uma frenotomia possa prevenir problemas futuros¹⁴.

Uma menor mobilidade da língua durante o período de desenvolvimento fetal pode determinar uma alteração na formação do palato, podendo resultar em apinhamento

dentário¹⁵. Estudos apontam que a fenda palatina com anquiloglossia é uma condição herdada como um distúrbio semi dominante ligado ao cromossomo X previamente descrito em várias grandes famílias de diferentes origens étnicas, e tem sido objeto de vários estudos que localizaram o gene causador em Xq21¹⁶, e que podem causar/apresentar agenesia dentária síndrômica e não síndrômica e dentes supranumerários em pessoas da mesma família¹⁷.

A Lei 13.002/2014³ tornou obrigatória a realização do teste de triagem neonatal da anquiloglossia em todos os bebês nascidos no território brasileiro. Inicialmente, o teste de triagem era realizado através do exame anátomo funcional do Protocolo de Martinelli, que ficou conhecido, no Brasil, como “Teste da Linguinha”, e, internacionalmente, como Neonatal Tongue Screening Test (NTST)¹⁸. Essa triagem, que foi validada nacionalmente, avalia se a criança deverá ou não ser submetida à cirurgia de frenotomia, buscando o não comprometimento das funções de sugar, morder, triturar, engolir e falar¹⁹. O teste é composto por três partes: histórico clínico, avaliação anátomo-funcional e avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva do paciente. O teste é simples: basta elevar a língua do bebê para verificar o frênulo¹⁹. A atenção precoce antes do nascimento dos dentes é fundamental para o diagnóstico de alterações bucais. Os escores considerados para a resposta de cada uma das partes do teste são “perfeito”, “aceitável” ou “função prejudicada”⁹. O teste é um exame complementar simples, que visa um diagnóstico precoce e consequentemente um tratamento preventivo futuro, visto que um tratamento tardio poderá causar consequentemente, interferência nas funções orais por não haver estimulação do movimento da língua⁹.

A frenotomia e a frenuloplastia são os dois principais procedimentos cirúrgicos utilizados no tratamento da anquiloglossia em crianças em fase de amamentação²⁰.

A frenotomia, ou corte do frênulo, é o procedimento mais adotado para ser realizado em crianças porque é relativamente rápido e fácil de realizar²⁰. A criança é contida fisicamente com faixas e colocada em decúbito dorsal na mesa de exame, enquanto um assistente apóia sua cabeça e pescoço. O clínico/cirurgião eleva a língua, expondo o frênulo que é então incisado com tesoura afiada, reta e de ponta romba²¹. Em crianças com mais de 4 meses, geralmente é necessário o uso de anestesia devido à força e consciência do bebê. Nos primeiros meses, no entanto, o procedimento pode ser realizado sem anestesia e com desconforto mínimo para a criança. Porém, a analgesia quase sempre ocorre nos procedimentos^{13,15}. A incisão gerada pela frenotomia geralmente não é suturada e, na maioria das vezes, a criança se recupera rapidamente do procedimento e é capaz de se

alimentar logo depois. Em crianças em fase de amamentação, a frenotomia geralmente é realizada sem analgesia²².

Alguns estudos apontam possíveis complicações decorrentes do procedimento de frenotomia, sendo a mais comum o sangramento pós cirúrgico ou hemorragia. Alguns casos foram relatados por pediatras hospitalares, e as apresentações mais comuns foram dificuldades de alimentação, seguidas de eventos respiratórios como apneia, hemorragia e perda de peso. A maioria das hemorragias pós-frenotomia seriam consideradas menores e de autoresolução, portanto, não apresenta necessidade de ida ao hospital^{10,15,22}.

A frenuloplastia é o procedimento no qual é feita a remoção completa do frênulo. É um procedimento mais invasivo e mais difícil do que uma frenotomia (por isso deve ser realizado por um profissional de saúde qualificado). É realizada sob anestesia geral ou com anestesia do nervo lingual. O procedimento convencional é feito com bisturi e com o auxílio de um direcionador ranhurado ou pinça para guiar a incisão e requer suturas¹³. O método é escolhido de acordo com a gravidade dos sintomas e o comprimento do frênulo de um paciente⁷.

Muito se discute dentre a comunidade científica sobre os diagnósticos e procedimentos realizados em recém nascidos, desde quais características justificam realmente a existência da anquiloglossia até quem realiza os procedimentos de frenotomia. Notas técnicas do Ministério da Saúde estabelecem que o teste para a avaliação do freio lingual pode ser realizado por qualquer profissional treinado, embora os procedimentos cirúrgicos devam ser realizados por médicos ou dentistas capacitados²⁰.

3 DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos selecionados para compor essa pesquisa, é possível verificar que não há um consenso na comunidade médica a respeito do assunto. Parte dos estudos apresenta a anquiloglossia como um condição relativamente comum na população de recém-nascidos e representa uma proporção significativa das causas dos problemas de amamentação, podendo causar a pega deficiente do bebê e a dor nos mamilos maternos¹³. A anquiloglossia provoca uma série de alterações estomatognáticas e fonoaudiológicas no bebê, podendo também contribuir para seu desmame precoce¹.

Compreender a anatomia do frênulo fornece informações cruciais para orientar o exame clínico da estrutura e função do frênulo lingual, tomada de decisão em relação à frenotomia e uma avaliação dos riscos ou complicações potenciais ao recomendar ou prosseguir com o procedimento⁴. Muitos estudos demonstram que existe uma melhoria real

e imediata da amamentação, detectável pela mãe, que se mantém e não parece ser devida a um efeito placebo²¹. Nos estudos analisados, a frenotomia demonstrou ser um procedimento seguro e eficaz para tratamento do frênulo lingual curto nos pacientes. A exploração da cavidade oral deve ser uma revisão sistemática nos recém-nascidos, bebês e crianças, e se concentrar na presença de anquiloglossia, para não deixar de lado sua detecção. Os médicos precisam estar atentos à preocupação dos pais sobre tais condições e fornecer informações para intervenção, quando for clinicamente indicada, informando sobre os potenciais benefícios a cirurgia¹⁵. A frenotomia também se mostra como uma opção para crianças mais velhas com articulação da fala e/ou outros problemas sociais mecânicos, mas as evidências são limitadas e de qualidade relativamente baixa²⁰. São necessários mais estudos, a fim de a seleção de pacientes e avaliações de resultados nessas áreas. Espera-se que tais protocolos resultem em uma melhor compreensão das controvérsias em torno da anquiloglossia em crianças e leve a um cuidado mais centrado na família¹¹.

Evidências de estudos atualmente disponíveis, os autores propõem que a frenotomia seja vista como uma abordagem segura, eficaz e prática para o tratamento de dificuldades de amamentação em bebês com anquiloglossia, nos quais explicações alternativas para má alimentação e déficit de crescimento foram devidamente avaliadas¹⁰. Ainda assim, existe uma dificuldade em comparar estudos abordando os problemas e resultados de tratamento associados à anquiloglossia devido à falta de uma definição uniformemente aceita pela comunidade médica. Como a anquiloglossia é um problema interdisciplinar, com dentistas de diferentes especialidades atendendo regularmente pacientes com a chamada "língua presa", uma classificação universalmente aceita parece urgente, a fim de facilitar diagnósticos e tratamentos⁷. Os autores muito discutem sobre a necessidade de protocolos de avaliação prévia. Afirmam que o diagnóstico precoce por meio do protocolo como o Teste da Linguinha no Brasil, ou Hazelbaker¹⁴, são de suma importância para a detecção e o tratamento de anquiloglossia, colaborando como bem-estar e a qualidade de vida dos bebês, após a cirurgia de frenotomia^{9,14}.

O protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês foi desenvolvido a partir de uma proposta teórica e depende de sua aplicabilidade para se configurar como um teste válido. Espera-se que o mesmo possa auxiliar os profissionais da saúde a avaliar e diagnosticar as variações anatômicas do frênulo e sua possível interferência na amamentação, norteadas condutas eficazes e promovendo uma prática baseada em evidências². No Brasil, recomenda-se a continuidade das pesquisas na área da triagem neonatal, neste caso, em especial nos Testes da Linguinha. Em vários aspectos, a realização destes protocolos conta com possibilidades de aprimoramento, desde o planejamento da triagem, das condições em que são realizados os exames, até a melhoria

do custo-efetividade dos procedimentos de triagem, envolvendo a orientação profissionais de outras especialidade médicas às famílias dos bebês triados e o monitoramento desses bebês, tendo em vista que a triagem é apenas a entrada para o recém nascido no sistema de saúde¹⁹.

Alguns estudos apresentam dados que concluem que a causa da anquiloglossia possa estar ligada diretamente à um defeito da linha média ligada ao cromossomo X, podendo variar na gravidade da expressão¹⁶. Ao considerar a presença de anomalias dentárias dentro de uma mesma família, uma análise de genes candidatos associados à patogênese da agenesia dentária e dentes supranumerários também deve ser realizada¹⁷.

Ainda que existam confirmações a respeito da importância dos protocolos de avaliação e dos procedimentos cirúrgicos (em especial a frenotomia), como não há consenso existem incertezas e, diante do aumento significativo de frenotomias em bebês, da falta de evidência dos benefícios da frenotomia em neonatos, do relato de complicações maiores relacionadas a essa cirurgia, e da obrigatoriedade da avaliação do freio lingual no Brasil, é importante que a odontologia discuta, com urgência, esse assunto de forma a estabelecer a melhor prática com base nas evidências para o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia neonatal¹⁸. Foram observados grandes aumentos temporais e variações espaciais substanciais nas taxas de anquiloglossia e frenotomia, o que pode indicar um viés de suspeita diagnóstica e o aumento do uso de um procedimento cirúrgico potencialmente desnecessário entre lactentes⁸.

Ainda não existem evidências suficientes na literatura para tirar conclusões sólidas sobre o momento ideal da cirurgia para anquiloglossia. Além disso, nenhum método cirúrgico específico pode ser favorecido em detrimento de outros ou sugerido como modalidade de escolha, como no caso da frenotomia. Mesmo que complicações graves durante ou após a cirurgia não sejam relatadas com frequência na literatura, alguns resultados insatisfatórios foram descritos e recidivas foram observadas⁷. Má alimentação, dor, sangramento, perda de peso entre outras, são complicações importantes que requerem avaliação e internação hospitalar. Os profissionais de saúde e pais/famílias precisam estar cientes de tais possibilidades²².

A anquiloglossia se apresenta como uma condição comum em recém nascido, podendo estar associada a problemas de amamentação, pega diferente do bebê e dor nos mamilos maternos, além de alterações estomatognáticas, fonoaudióloga e desmame precoce. Diante do conhecimento da anatomia do frênulo lingual e suas funções, o diagnóstico de anquiloglossia pode ser eficaz e a indicação do melhor tratamento, a

frenotomia pode ser considerada uma alternativa de tratamento segura para a anquiloglossia em crianças pequenas levando em consideração suas vantagens, afetividade, risco e resultados^{4,21,15,10} já em crianças com maior idade. Quando presentes em outras fases da vida, os sintomas de anquiloglossia muitas vezes não são notados e podem contribuir a um sentimento de constrangimento social, o que demonstra a necessidade de mais estudos que viabilizem protocolos de diagnóstico e tratamento²⁰.

Existe um consenso que a frenotomia é uma alternativa de tratamento seguro e eficaz na resolução das dificuldades na amamentação, na alimentação e déficit de crescimento^{20,11,10,9}. Sendo a anquiloglossia uma situação multidisciplinar questiona-se a necessidade de elevar uma classificação universal como legislação brasileira através do protocolo do teste da linguinha, que visando diagnóstico e tratamento precoce a fim de colocando-se com bem estar e qualidade de vida do bebê e famílias^{7,14,9,2,19}.

A etiologia da anquiloglossia ainda é desconhecida, porém há associações da sua presença relacionada ao cromossomo X, bem como sua associação a outras anomalias como agenesia dentária e dentes supranumerários^{16,17}.

Há de se avaliar a efetividade da frenotomia como alternativa de tratamento para a anquiloglossia em recém nascidos, lactentes, bem como o momento ideal para realização da mesma, mesmo sabendo que o procedimento é seguro não se deve deixar de orientar profissionais de saúde, pais e famílias sobre os riscos^{18,8,7,22}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão de literatura base desse trabalho podemos concluir:

- 1- Existe concordância sobre a frenotomia como alternativa de tratamento para a anquiloglossia;
- 2 - Diagnóstico é essencial para orientação. A dificuldade na amamentação indica a necessidade de um diagnóstico precoce e assertivo de anquiloglossia ;
- 3 - Após o diagnóstico, o melhor tratamento deve ser efetuado, seja ele cirúrgico ou conservador
- 4 - Outros estudos devem ser realizados a fim de elucidar as questões relacionadas ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . Junior WMP, Ferreira LG, Vasconcelos A C. Frenectomia na primeira infância. Revista Saúde Multidisciplinar. 2019;6(2):2-7.
<https://fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/12/16-FRENECTOMIA-NA-PRIMEIRA-INFA%CC%82NCIA.pdf> (Acesso em 29 de setembro de 2022).
- 2 . Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Rev. CEFAC. 2012;14(01):138-45.
- 3 . Planalto.gov.br. 2023. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm
- 4 Mills N, Pransky S M, Geddes D T, & Mirjalili S A. What is tongue-tied? Defining the anatomy of the lingual frenulum in situ. (2019) Clinical Anatomy, 32(6), 749-761.
- 5 Sinnatamby CS, Último RJ. 2011. Anatomia de Last: Regional e Aplicado. Edimburgo. Nova York: Churchill Livingstone/Elsevier. Smith K, Kier W. 1989. Troncos, língua e tentáculos: movendo-se com esqueletos de músculo. *Am J Sci* 77:28-35.
- 6 . Haham A, Marom R, Mangel L, Botzer E, Dollberg S. 2014. Prevalência das dificuldades de amamentação em recém-nascidos com frênulo lingual: uma série de coorte prospectiva. *Amamentar Med* 9:438–441.
- 7 Suter V, Bornstein M. 2009. Anquiloglossia: Fatos e mitos no diagnóstico e tratamento. *J Periodontol* 80:1204–1219.
- 8 Joseph K, Kinniburgh B, Metcalfe A, Razaz N, Sabr Y, Lisonkova S. 2016. Tendências temporais em anquiloglossia e frenotomia em British Columbia, Canadá, 2004-2013: um estudo de base populacional. *CMJA Open* 4:E33–E40.
- 9 Da Silva, J.B., Santos Sobrinho, J.H.D., Moreira, P.D.S., Carlos, A.M.P., & Corrêa, A.K.M. (2020). The importance of tongue test for frenotomy surgery in infants: literature review *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 95024–95035.
<https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-114>
- 10 Segal, LM, Stephenson R, Dawes M, & Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodological review. *Canadian Family Physician*, 53(6), 1027-1033.
- 11 Schwartz K, d'Arcy H, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Fatores associados ao desmame nos primeiros 3 meses pós-parto. *J Fam Pract* 2002;51(5):439-44.
- 12 Messner A H, Walsh J, Rosenfeld R M, Schwartz S R, Ishman S L, Baldassari C, ... & Satterfield L. Declaração de consenso clínico: anquiloglossia em crianças. (2020) *Otorrinolaringologia – Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 162(5), 597-611.
- 13 Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Anquiloglossia: avaliação, incidência e efeito da frenuloplastia na diáde de amamentação. *Pediatria*. 2002;110(5):e63.
- 14 Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants. A review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 143(10):1032-9.
- 15 Cuestas G, Demarchi V, Martínez Corvalán MP, Razetti J, Boccio C. Tratamento cirúrgico do frênulo lingual curto em crianças. *Arch Argentina Pediatr*. 2014; 112(6):567-70

- 16 Bjornsson, A., Arnason, A. & Tippet, P. Fenda palatina ligada ao cromossomo X e anquiloglossia em uma família islandesa. *Fenda Palatina J.*26, 3–8 (1989).
- 17 Acevedo A C, Da Fonseca J. A C, Grinham J, Doudney K, Gomes R R, De Paula L M, & Stanier P. (2010). Anquiloglossia autossômica dominante e anomalias do número de dentes. *Jornal de Pesquisa Odontológica*, 89(2), 128-132.
- 18 Barja-Fidalgo F. Triagem neonatal da anquiloglossia:risco ou benefício? *Revista Científica do CRO-RJ* [Internet]. 2023 May [cited 26AD Apr]; Disponível em: <https://cro-rj.org.br/revcientifica/index.php/revista/article/view/322/169>
- 19 Soares Brazorotto J. Análise da Implementação de Inovação no Fluxo da Triagem Neonatal Fonoaudiológica. [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/download/15984/10791>
- 20 Lalakea ML, Messner AH. Frenotomia e frenuloplastia: se, quando e como. *Técnicas Operatórias em Otorrinolaringologia Pediátrica* 2002;13(1):93–7. [DOI: 10.1053/otot.2002.32157]
- 21 Berry J, Griffiths M, Westcott C. Um estudo duplo-cego, randomizado e controlado da divisão da língua presa e seu efeito imediato na amamentação. *Medicina de amamentação* 2012;7(3):189–93. PUBMED: 21999476]
- 22 Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complicações após frenotomia para anquiloglossia: um estudo prospectivo de 24 meses da Unidade de Vigilância Pediátrica da Nova Zelândia. *Revista de Pediatria e Saúde Infantil*. 2019 Nov 12;56(4):557–62.