

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**LUÍSA LAURA LIMA REIS
SAMUEL SAIDYMON SOARES ALVES**

**ANQUILOGLOSSIA – DA HISTOGÊNESE, E
IMPLICAÇÕES PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS
LEGAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**PATOS DE MINAS
2018**

**LUÍSA LAURA LIMA REIS
SAMUEL SAIDYMON SOARES ALVES**

**ANQUILOGLOSSIA – DA HISTOGÊNESE, E
IMPLICAÇÕES PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS
LEGAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Dra. Aletheia Moraes Rocha

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
Curso de Bacharelado em Odontologia

LUÍSA LAURA LIMA REIS
SAMUEL SAIDYMON SOARES ALVES

**ANQUILOGLOSSIA – DA HISTOGÊNESE, E IMPLICAÇÕES
PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS LEGAIS: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 23 de outubro de 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: Prof.^a Dra. Aletheia Moraes Rocha
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^a Me. Lia Dietrich
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^a Me. Débora Andalécio Ferreira
Faculdade Patos de Minas

**ANQUILOGLOSSIA – DA HISTOGÊNESE, E IMPLICAÇÕES
PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS LEGAIS: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

**ANKYLOGLOSSIA - FROM HISTOGENESIS AND DYSFUNCTIONAL
IMPLICATIONS TO JURIDICAL ASPECTS: A LITERATURE REVIEW**

Luísa Laura Lima Reis ¹

Samuel Saidymon Soares Alves ²

Patrícia Capuço Oliveira ³

Débora Andalécio Ferreira ⁴

Lia Dietrich ⁵

Aletheia Moraes Rocha ⁶

^{1,2} Alunos do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM. Formandos no ano de 2018, saidymon@hotmail.com, luisalaural@gmail.com.

³ Especialista em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO) de Uberlândia. paty_capucci@hotmail.com.

⁴ Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM. Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic. deb_andalecio@yahoo.com.br

⁵ Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM. Mestre em Reabilitação Oral pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU. lia_dietrich@yahoo.com.br

⁶ Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM.
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro -
UFTM. aletheiarocha@yahoo.com.br

Autor para correspondência:

Aletheia Moraes Rocha
Rua Major Gote, 1408
Bairro Centro – Patos de Minas MG
CEP: 38700-001
34-38182300
aletheiarocha@yahoo.com.br

ANQUILOGLOSSIA – DA HISTOGÊNESE, E IMPLICAÇÕES PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS LEGAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RESUMO

A anquiloglossia é uma alteração congênita do frênulo lingual que limita a elevação e protrusão da língua devido à sua curta extensão, tendo repercussão em todo o sistema estomatognático. Este estudo foi realizado consultando as bases de dados PubMed, Bireme, Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e Medline. De 30 artigos encontrados, 9 foram descartados por não se identificarem com os objetivos, que são abordar as consequências desta alteração quando não há intervenção precoce, além das implicações legais previstas. A língua já está totalmente formada no segundo mês de gestação, o frênulo é formado após ocorrer apoptose das células do freio lingual e reabsorção do músculo esquelético em desenvolvimento. A anquiloglossia é classificada em 5 graus, de acordo com sua mobilidade e em 4 tipos de acordo com sua espessura e elasticidade. O teste da linguinha é aplicado em cumprimento de uma lei que o torna obrigatório e não realizá-lo pode abrir margem para consequências funcionais e anatômicas para a mãe e o bebê. O tratamento preconizado é a frenectomia, mas podem ser realizadas a frenotomia e Plastia em Z. Conclui-se que os profissionais de saúde não devem negligenciar o teste evitando o agravo desta condição.

Palavras-chave: Anquiloglossia (Ankyloglossia), Freio lingual, Anormalidades Congênitas, Aleitamento Materno, Sistema Estomatognático.

ABSTRACT

Ankyloglossia is a congenital disorder of the lingual frenulum that limits the elevation and protrusion of the tongue due to its short extension, and has repercussion throughout the stomatognathic system. This study checked the databases of PubMed, Bireme, Google Scholar, Scielo, Lilacs and Medline. Of 30 articles found, nine were discarded because they did not identify with the objectives, which are to address the consequences of Ankyloglossia when there is no early intervention, in addition to the expected legal implications. It is verified in the literature that the tongue is fully formed in the second month of gestation and that the frenulum is formed after apoptosis of the lingual brake cells and reabsorption of the developing skeletal muscle. Therefore, Ankyloglossia is classified in five degrees, according to its mobility, and in four types, according to its thickness and elasticity. The Test of Tongue is applied in compliance of a law and not to make this test can lead to anatomical and functional consequences for the mother and the baby. The recommended treatment is the frenectomy, although frenotomy and Z-Plasty can be used. The conclusion is that the health professionals should not neglect the test, avoiding the aggravation of this condition.

Key Words: Ankyloglossia, Lingual Frenum, Congenital Abnormalities, Breast Feeding, Stomatognathic System.

INTRODUÇÃO

A anquiloglossia, mais conhecida pela população como língua presa, é uma alteração congênita do frênulo lingual que limita a elevação e protrusão da língua devido à curta extensão do mesmo. Esta condição é vista em diferentes fases do desenvolvimento, porém mais comumente na infância e adolescência. As características do frênulo, que restringem a movimentação livre da língua na cavidade oral, são o local da fixação da língua no assoalho bucal, a dimensão e a flexibilidade do tecido. É uma anomalia que tem repercussão em todo o sistema estomatognático, destacam-se as alterações sofridas na mastigação, deglutição, oclusão, respiração, sucção. (1, 2, 3, 4)

A literatura descreve uma incidência maior desta condição em pessoas do sexo masculino do que do sexo feminino, segundo *Baldini et al* a proporção entre homem:mulher é de 1,5:1. (5) Na literatura, a prevalência de anquiloglossia na população sofre uma variação de 0,1% até 10,7%. Se levarmos em conta a idade, os recém-nascidos apresentam variação de 1,72% à 10,7%, enquanto adolescentes e adultos variam de 0,1% à 2,08%. (6)

Em 2014, mais precisamente em 20 de junho, foi promulgada a lei de nº13.002 conhecida como Teste da Linguinha, que é uma técnica precursora criada no Brasil pela fonoaudióloga Roberta Martinelli, que consiste em diagnosticar e tratar previamente as alterações relacionadas ao desenvolvimento da língua, que podem gerar comprometimentos em suas funções. Como justificativa para instituição da mesma, estão as consequências causadas pela alteração do freio lingual tanto para a mãe quanto para o bebê. Portanto, por

meio dela as maternidades e hospitais tem por obrigação realizar o protocolo de avaliação do frênulo lingual em bebês. (7,8)

O teste da linguinha é um protocolo recomendado para pacientes de 0 a 6 meses, período no qual geralmente o recém-nascido ainda não apresenta dentição. Este teste é dividido em três partes, caracterizadas pelo histórico de sucção, avaliação não nutritiva e anatomofuncional. (9)

O presente trabalho possui o objetivo de efetuar uma revisão bibliográfica narrativa acerca dos estudos que abordaram o tema anquiloglossia e suas consequências parafuncionais, enfatizar a importância da identificação precoce da presença de anquiloglossia em recém-nascidos; bem como esclarecer sobre os aspectos legais envolvendo esta condição, uma vez que o não cumprimento do protocolo do teste da linguinha, leva a prejuízos à mãe e ao bebê.

O delineamento do presente estudo caracteriza-o como uma revisão narrativa de literatura, realizada no período de outubro de 2017 à setembro de 2018; através de consultas em base de dados específicos da área da saúde: Pubmed, Google Acadêmico, Scielo, Bireme, Lilacs e Medline. Para tanto, utilizou-se as seguintes palavras-chaves: “teste”, “linguinha”, “cirurgia”, “língua” e “presa”, e descritores em ciência da saúde: “Anquiloglossia”, “Freio lingual”, “Anormalidades Congênitas”, “Aleitamento Materno”, “Sistema Estomatognático”, “Ankyloglossia”, “Lingual Frenum”, “Congenital Abnormalities”, “Breast Feeding” e “Stomatognathic System” correlacionados pelos operadores booleanos “or” e “and”.

Foram encontrados 30 artigos, e destes 9 foram excluídos por não se identificarem totalmente com os objetivos deste estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos e de revisão que abordavam os termos acima mencionados, nas línguas inglesa e portuguesa.

REVISÃO DA LITERATURA

EMBRIOGÊNESE E CARACTERÍSTICAS ANÁTOMO-HISTOLÓGICAS

No segundo mês de gestação, a língua já está totalmente formada, porém seu desenvolvimento tem início quando os arcos faríngeos se encontram na linha média, este evento ocorre por volta da quarta semana de gestação. A partir deste encontro surgem as protuberâncias linguais laterais que tem desenvolvimento rápido e se unem juntamente com o tubérculo ímpar formando os dois terços anteriores da língua. Após isso, ocorre apoptose das células do freio lingual e uma reabsorção do músculo esquelético que está se desenvolvendo, causando uma retração em direção posterior ao ápice formando o frênulo como demonstrado na figura 1. (7,10,11)

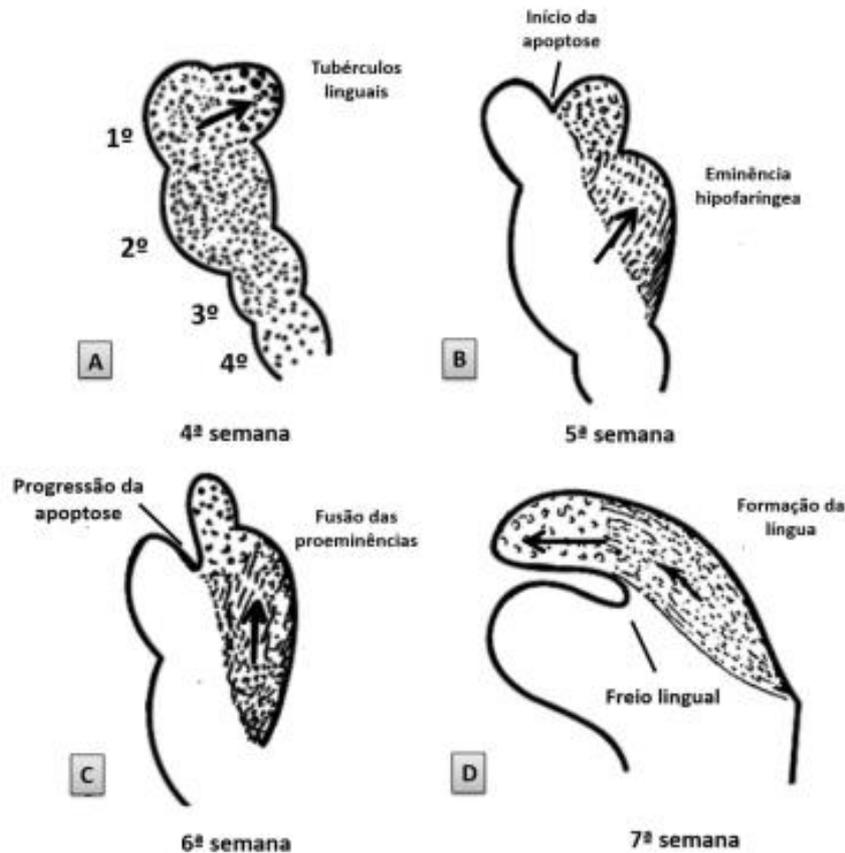


Figura 1. Direção de crescimento da língua (representado pelas setas) e início de sua formação em corte sagital mediano da porção ventral da faringe primitiva. (A) Surgimento dos tubérculos linguais. (B) Surgimento da eminência hipofaríngea e início da apoptose para separar a língua em formação do assoalho da boca. (C) Fusão dos tubérculos com a eminência hipofaríngea. (D) Corpo e raiz da língua formados, e apoptose avançada, restando apenas o freio lingual. Fonte: Campos, 2015. (11)

O frênulo lingual é uma membrana inserida e localizada medialmente ao ventre da língua que a conecta ao assoalho bucal, se estende da gengiva para a região póstero-inferior lingual e recobre a crista alveolar anterior, como visto na figura 2. É constituído por um tecido conjuntivo denso e fibroso, e muitas das vezes de fibras superiores do músculo genioglossos. O prolongamento lingual e a erupção dentária que são resultado do desenvolvimento e crescimento ósseo, leva a migração do frênulo lingual para o centro até que ele se estabeleça em sua posição final com a erupção dentária. Ele parte de uma região mais aderida e segue para outra região que tem maior mobilidade. (1,2,5,10,12,13,14)

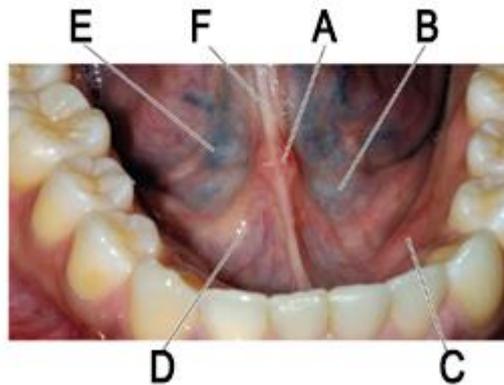


Figura 2. Estruturas do assoalho bucal. (A) Carúncula Lingual. (B) Sulco Sublingual. (C) Toro mandibular. (D) Prega sublingual. (E) Veia sublingual. (F) Frênulo lingual. Fonte: Hiatt, 2011. (14)

CLASSIFICAÇÃO DA ANQUILOGLOSSIA

Quando presentes alterações das funções orofaciais como mastigação, deglutição e fala, fazem necessária a avaliação de toda a anatomia da cavidade bucal e do frênulo lingual pelos profissionais envolvidos. Não é comum seguir um protocolo exclusivo para tal avaliação. Se observado alterações no frênulo, deve ser indicada a intervenção necessária, seja cirúrgica ou não, mas sabe-se que quando há alterações nesta estrutura anatômica geralmente as funções orofaciais ficam realmente comprometidas. (13)

Diante das características clínicas apresentadas, podemos categorizar a gravidade da hipertrofia do frênulo lingual em cinco diferentes graus. O grau 1 apresenta a língua com movimento totalmente livre podendo atingir um ponto mais alto. Pede-se ao paciente para que com a boca aberta, eleve a língua em direção ao palato, nisso a língua atinge um grau perfeito de verticalidade. (15)

No grau 2 existe uma leve aderência do frênulo, apresentado mobilidade quase total da língua. Quando o paciente abre a boca e tenta levar a língua até

um ponto mais alto, há um ligeiro impedimento alcançando apenas $\frac{3}{4}$ do espaço intra-oral, não chegando ao palato. (15)

Há no grau 3 uma hipertrofia com registro de comprometimento moderado da mobilidade lingual, no exame do paciente a língua atinge apenas metade do espaço intra-oral, gerando uma aparência de língua bifurcada ou em formato de coração devido a tensão provocada pela mobilidade lingual restrita. (15)

No grau 4 o frênulo tem um nível bastante reduzido de mobilidade, a língua é rebaixada, mas sua base e o frênulo ainda são observados, este grau é considerado grave, e é um dos indicados para cirurgia. Ao elevar a língua apenas $\frac{1}{4}$ do espaço intra-oral do paciente é obtido, apresentando movimentos reduzidos e assim o desenvolvimento ósseo e demais funções são restringidas. (15)

Por fim, no grau 5 o paciente tem a mobilidade lingual totalmente impedida, sendo considerado o grau mais grave de anquiloglossia, a restrição do movimento impede por sua vez o desenvolvimento normal das estruturas do sistema estomatognático, afetando diretamente suas funções, portanto, faz-se necessário a realização da cirurgia. Então consideram-se como hipertrofia grave os graus 4 e 5 por apresentar um fraco poder de movimentação, enquanto os graus 1, 2 e 3 são considerados normais, somente sendo indicada a cirurgia se houver associação com outra alteração, patologia ou desordem. (15)

	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4	GRAU 5
Movimentação da língua	Totalmente Livre	Quase Total	Comprometimento Moderado	Bastante Reduzido	Totalmente Impedido
Grau de Verticalidade Intra-oral	Perfeita Verticalidade	$\frac{3}{4}$ do espaço intra-oral	$\frac{2}{4}$ do espaço intra-oral	$\frac{1}{4}$ do espaço intra-oral	Não apresenta verticalidade

Tabela 1. Grau de hipertrofia do frênulo lingual. Fonte: Amat, 2016. (15)

O frênulo lingual é classificado quanto ao tipo, que também é uma característica a ser avaliada para o diagnóstico de anquiloglossia, esta classificação leva o nome de Coryllos (Figura 3). Segundo ela, para ser classificado como tipo I, o frênulo deve ser fino e elástico, a língua é ancorada desde a ponta até a crista alveolar e é encontrada em forma de coração. No tipo II o frênulo também se encontra fino e elástico, entretanto, a língua é ancorada a 2-4 mm da ponta até quase perto da crista alveolar. O tipo III caracteriza-se pelo frênulo grosso e fibroelástico, a língua está ancorada do meio da língua ao assoalho da boca. E no tipo IV não é possível visualizar o frênulo, apenas apalpá-lo, tem uma ancoragem submucosa fibrosa que se estende desde a base da língua até o assoalho bucal. (1)

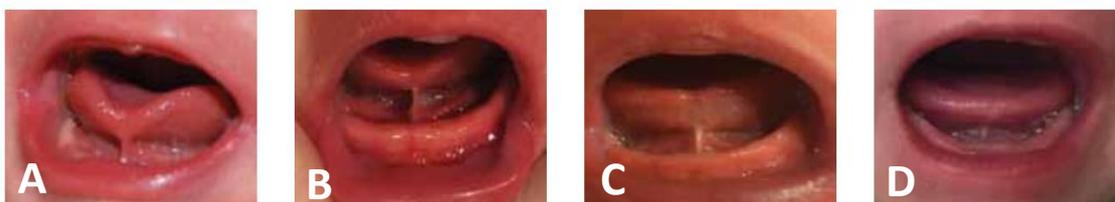


Figura 3. Classificação de Coryllos. (A) Tipo I; (B) Tipo II; (C) Tipo III; (D) Tipo IV. Fonte: Amat, 2017. (1)

LEGISLAÇÃO E O TESTE DA LINGUINHA

O teste da linguinha é uma técnica elaborada pela fonoaudióloga brasileira Roberta Martinelli como parâmetro de avaliação para frênulo de recém-nascidos, e foi instituída lei em 20 de junho de 2014 (Lei 13.002), tornando o teste protocolo obrigatório nas maternidades do Brasil. Como dito anteriormente, o teste consiste de três etapas, na primeira é feita uma anamnese buscando dados que indiquem uma possível hereditariedade de alterações no frênulo e o comportamento do bebê durante o aleitamento. A segunda parte implica em uma avaliação não nutritiva, levando em conta a sucção do bebê de acordo com a protrusão da língua e também a produção de “estalos” durante a sucção. Na terceira etapa é realizada a avaliação anatomofuncional, que leva em consideração quatro quesitos, sendo o primeiro o posicionamento dos lábios, seguido da forma como a língua é posicionada durante o choro, formato da ponta da língua durante o choro e se é possível a visualização do frênulo lingual. Cada uma das etapas tem um valor em pontos que ao final do exame são somados, e se constatado um valor máximo de 13, é sinal de interposição do frênulo nos movimentos. (8,9,10)

Consultando a base de dados do Sistema Único de Saúde - SUS (DATASUS/TABNET), em busca de informações sobre o índice de frenectomias linguais realizadas na região sudeste e em particular na cidade de Patos de Minas, foi constatado que não há separação por parte do sistema dos tipos de frenectomias (lingual e labial), todas estão agrupadas em uma única categoria. Como mencionado, não foram encontrados resultados específicos da frenectomia lingual, sendo possível observar um aumento nos procedimentos realizados após a lei ser implementada, mas não se pode afirmar precisamente que este resultado foi direcionado à frenectomia lingual, para confirmar este resultado são necessários mais estudos. O intervalo da pesquisa foi de junho de 2011 a maio de 2014 (período anterior à lei) e junho de 2014 a julho de 2018 (período posterior à lei). Os dados obtidos estão representados no gráfico a seguir. (16)

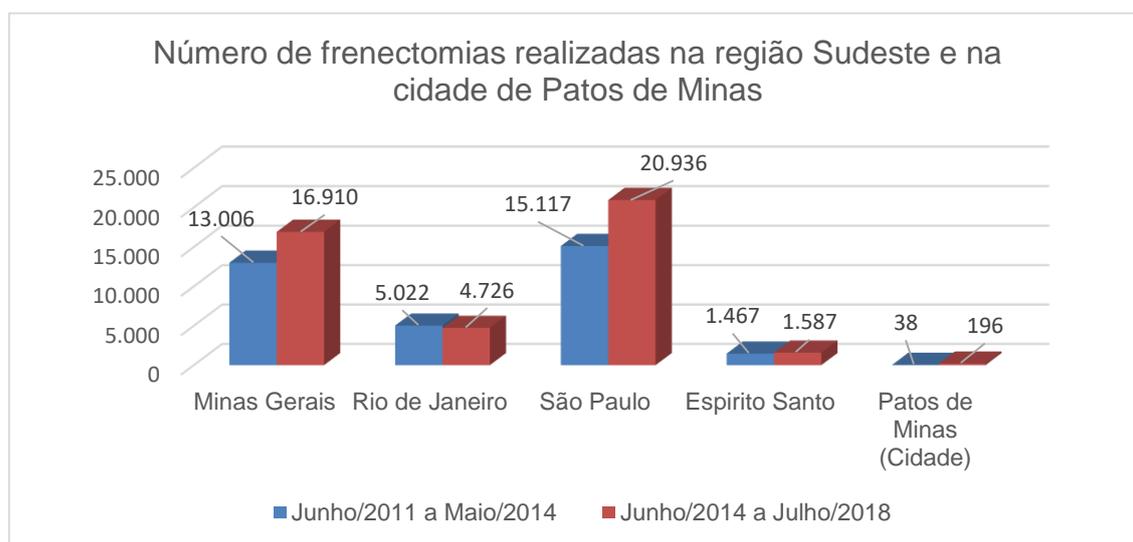


Gráfico 1. Número de frenectomias realizadas na região Sudeste e na cidade de Patos de Minas. Intervalos de Junho de 2011 a Maio de 2014 e de Junho de 2014 a Julho de 2018. Fonte: Datasus, 2018. (16)

CONSEQUÊNCIAS DA ANQUILOGLOSSIA PARA A MÃE E O BEBÊ

O motivo mais comum que leva a mãe a procurar ajuda de um profissional em relação a anquiloglossia, é a dor no momento da amamentação. Pode-se dizer que a frenectomia lingual é responsável por diminuir a sensação dolorosa da mãe durante a alimentação da criança, devido a um estudo realizado nos Estados Unidos com mulheres com mais de 18 anos, após o parto, que procuraram ajuda em uma clínica. Com uma escala visual analógica que ia de 0 a 10, onde 0 significa sem dor e 10 significa dor extremamente grave, essas mulheres foram orientadas a avaliar a dor que sentiam. A média encontrada foi de 5,6 antes da realização da frenectomia, e de 2,7 após a cirurgia. (17)

O reflexo de sucção perdura geralmente até os dois primeiros meses de idade do bebê manifestando-se inicialmente desde o nascimento. Já a amamentação é um processo que dura mais tempo, e é preconizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) que seja feita até os 2 anos de idade da criança. Para que haja um vedamento ideal entre as estruturas bucais do bebê e a mama da mãe, uma postura adequada no momento da amamentação é necessária, tendo o lactente que realizar abertura de boca ampla atingindo de 2 a 3 centímetros da aréola mamária. A língua do bebê precisa alcançar a aréola e alongar o tecido mamário. É importante frisar que a ponta da língua permanece na região anterior possibilitando assim o correto vedamento da boca ao mamilo, criando um vácuo intra-oral. Suas bordas ficam elevadas dando a ela um formato de concha, facilitando na obtenção do leite. Em um caso de anquiloglossia mais severo, as mães relatam que o bebê não consegue atingir a aréola, apenas o

mamilo, portanto não há vedamento e por sua vez não há a criação do vácuo.

(7,10,18)

A anquiloglossia associada à amamentação tem sido debatida com mais frequência, a conscientização a respeito de seus efeitos, o ato de amamentar e a crescente iniciativa para influenciá-la, pode auxiliar no diagnóstico e tratamento da anquiloglossia. Para os recém-nascidos o leite materno é fundamental, o que torna a amamentação extremamente relevante para o bebê. O movimento que a língua realiza é um fator de extrema importância para que o lactante consiga a quantidade suficiente de leite materno. Dentre os problemas apresentados por lactantes incluem sucção ineficaz, ganho de peso desfavorável, suprimento inadequado de leite, podendo a mãe apresentar dor mamilar levando ao desmame precoce. (7,12,18,19)

A mobilidade restringida da ponta da língua, também causa consequências à comunicação da criança, sendo considerado um transtorno articular. Essa mobilidade impede que haja um fechamento total contra o palato não possibilitando a criação da vibração para a emissão correta do som. Os sons de 's', e 'r' são mais comumente afetados, mas existem também outros sons que são menos influenciados, como o 't', 'd', 'l', 'n', 'z' e 'th', sendo estes substituídos por outros sons. O tratamento precoce, geralmente antes dos 5 anos de idade, fornece um melhor prognóstico para problemas relacionados a fala. Aos pacientes de mais idade que foram prejudicados adquirindo hábitos de fala anormais, são indicados exercícios pós-cirúrgicos com a língua e um treinamento de fala, ambos com o auxílio de fonoaudiólogos. (15,20)

TRATAMENTO

Procedimentos cirúrgicos não são tratamentos indicados obrigatoriamente em todos os casos, alguns ainda tem como alternativa a terapia miofuncional que melhora a aderência do frênulo, obtendo resultados que proporcionam maior conforto à mãe e ao bebê. Caso seja necessário realizar o procedimento cirúrgico, a terapia miofuncional é recomendada antes e após a intervenção para que a sucção seja estimulada e a fim de minimizar a retração do tecido cicatricial. (1,19)

Quando é necessário o tratamento cirúrgico, a técnica mais utilizada é a frenectomia, caracterizado pela incisão do tecido mucoso e dissecação do músculo genioglosso. Em recém-nascidos e/ou lactentes pode ser feita também uma frenotomia que consiste em uma incisão feita no sentido anteroposterior do frênulo, porém não há remoção de tecido. É descrita também uma técnica chamada Plastia em Z, que consiste em uma variação de frenulotomia com abas triangulares opostas de 60° alternadas e suturadas. (10,21,22)

A frenotomia é um processo simples onde o frênulo é dividido na linha média ou na face inferior da língua, sendo utilizada para isto uma tesoura de ponta afiada (Figura 4). No momento da intervenção a criança é submetida a contenção usando um cobertor ou equipamento equivalente se for preciso, e se feita no início da infância não se faz necessária a injeção de anestésico, entretanto a literatura descreve o uso de anestésico tópico oftálmico durante o procedimento de frenotomia neonatal. A intervenção precoce, geralmente após o 8º dia de nascimento resulta em um maior impacto na lactação e ganho de

peso. É também regularmente relatado um pequeno sangramento ou poucas complicações após a realização da técnica. Precisa-se de uma segunda cirurgia para a secção total do frênulo lingual, uma vez que esta técnica apenas ameniza as consequências causadas pela anquiloglossia. (1,17,18,23,24)



Figura 4. Frenotomia lingual. Fonte: Amat, 2017. (1)

Como dito anteriormente a frenectomia lingual consiste na secção e remoção do tecido mucoso do frênulo. Antes do procedimento é preciso orientar os pais para que evitem o aleitamento da criança por no mínimo uma hora antes. Faz-se uso do pacote pediátrico para contenção e imobilização dos movimentos da criança durante a cirurgia, e é feito uma infiltração submucosa com solução anestésica com vasoconstritor. Puxa-se a língua suavemente para cima com o auxílio de um instrumental como a tentacânula, e realiza-se uma incisão horizontal romboidal, em seguida, faz-se a dissecação do músculo genioglossos com a ajuda de uma tesoura. Após hemostasia, sutura-se a área operada e recomenda-se à mãe a amamentação imediata (Figura 5). O leite materno contribui para a hemostasia e se relatado a presença de dor ao amamentar, constata-se alívio imediato. (15,24)



Figura 5. Técnica cirúrgica, frenectomia lingual. Fonte: Amat, 2016 (15)

CONCLUSÕES

A anquiloglossia é uma anormalidade congênita que se não diagnosticada e tratada precocemente, pode gerar à mãe e ao bebê consequências no desenvolvimento da fala, dificuldades no aleitamento, entre outros prejuízos. Em 2014, a lei do teste da linguinha foi instituída, obrigando às maternidades brasileiras a realizarem o teste nos recém-nascidos, afim de minimizar estes efeitos. Este procedimento quando realizado logo após o parto, pode ser executado tanto pelo cirurgião-dentista, quanto pelo médico. A presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de uma maternidade é um campo abrangente pouco explorado pelos profissionais, além de ser imprescindível à saúde dos recém-nascidos. Cabe aos profissionais de saúde envolvidos, ater-se ao diagnóstico desta anomalia e executar o protocolo do teste da linguinha no tempo adequado, cumprindo assim a lei e evitando o agravo ocasionado por esta condição.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao professor Roberto Wagner Lopes Góes pela ajuda na pesquisa à base de dados do Sistema Único de Saúde - SUS, e a professora Nayara Franciele Lima pelo conhecimento transmitido, além do apoio na formatação, pesquisa de artigos e questões relacionadas à documentação para a realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Amat EF, Vera TP, Alessi PR, Bueno JN, Padró EF. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *Eur. j. paediatr. dent.* 2017; 18(4):319-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380619>
2. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. Frênulo Lingual: Classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Rev. CEFAC.* 2008; 10(3):343-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n3/v10n3a09.pdf>
3. Vieira EMM, Salineiro FS, Hespanhol D, Muis CR, Jardim Junior EG. Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira. *RGO (Porto Alegre).* 2010; 58(2):215-8. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133531>
4. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. *Rev. CEFAC.* 2009; 11(3):363-369. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a12v11s3.pdf>
5. Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva RPGVC. Anquiloglossia: relato de caso. *RSBO.* 2011; 8(1):102-7. Disponível em: http://vdisk.univille.edu.br/community/depto_odontologia/get/ODONTOLOGIA/RSBO/RSBO_v8_n1_janeiro-marco2011/v8n01a14.pdf

6. Devasya A, Sarpangala M. Familial Ankyloglossia -A Rare Report of three Cases in a Family. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11(2):3-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376808/>
7. Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. *Audiol. Commun. Res.* 2017; (22):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1762.pdf>
8. Medeiros HEGB, Leite CRM, Santos JF, Ribeiro Neto PF, Martinelli RLC, Cavalcanti RVA. Sistema de apoio à decisão na realização e acompanhamento do teste da linguinha. *RBCA.* 2016; 8(1): 104-13. Disponível em: <http://www.seer.upf.br/index.php/rbca/article/view/5729>
9. Ripplinger T. Protocolo para avaliação de frênulo lingual na primeira infância [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2017. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPL_d3ad4059123a423f577f34a48408876a
10. Procopio IMS, Costa VPP, Lia EM. Frenotomia lingual em lactentes. *RFO.* 2017; 22(1):114-119. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6849/4326>
11. Campos B, Susanibar F, Carranza CA, Oliveira NCM. Embriologia do Sistema Estomatognático. In: Susanibar F, Marchesan IQ, Ferreira VJA, Douglas CR, Parra D, Dioses A. *Motricidade Orofacial: fundamentos neuroanatômicos, fisiológicos e linguísticos.* 1. ed. Ribeirão Preto: Book Toy; 2015. p. 23-60.
12. Araújo TR, Barbosa IS, Nascimento ACC, Oliveira LL, Araújo MAV, Jardim JF. Anquiloglossia: Causas consequências e tratamento. *JOAC.* 2016; 2(2):1-6. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/joac/article/view/986/768>
13. Marchesan IQ, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 24(4):409-412. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n4/a20v24n4.pdf>
14. Hiatt JL, Gartner LP. *Anatomia Cabeça & Pescoço.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

15. Amat EF, Vera TP, Amat EF, Bueno JM, Armengol JP, Padró EF. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21(1):39-47. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv21_i1_p39.pdf

16. Portal da Saúde - Ministério da Saúde [Homepage na Internet] DATASUS/TABNET [acesso em 18 set 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qa>

17. Muldoon K, Gallagher L, McGuinness D, Smith V. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):373. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132414>

18. Wakhanrittee J, Khorana J, Kiatipunsodsai S. The outcomes of a frenulotomy on breastfeeding infants followed up for 3 months at Thammasat University Hospital. *Pediatr Surg Int*. 2016; 32(10):945-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27484410>

19. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants. *JAMA*. 2017; (1):1-8. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2636595>

20. Ito Y, Shimizu T, Nakamura T, Takatama C. Effectiveness of tongue-tie division for speech disorder in children. *Nippon shonika gakkai zasshi*. 2015; (57):222-26. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ped.12474>

21. Yousefi J, Tabrizian Namini F, Raisoldadat SM, Hollis R, Ashkezari A, Meara JG. Tongue-tie Repair: Z-Plasty Vs Simple Release. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015; 27(79):127-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938084>

22. Isac C. Frenectomia - Momento Ideal da Intervenção Cirúrgica [Dissertação]. Almada: Instituto Universitário Egas Moniz; 2018. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23511/1/Isac_Cristina.pdf

23. Scherber ACK, Newman J. Office-based frenotomy for ankyloglossia and problematic breastfeeding. *Can. fam. physician.* 2016; 62:570-71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955087/>

24. Silva PI, Vilela JER, Rank RCIC, Rank MS. Frenectomia lingual em bebê: Relato de caso. *Revista Bahiana de Odontologia.* 2016; 7(3):220-227 Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/1006/717>

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Luísa Laura Lima Reis

Aletheia Moraes Rocha

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Samuel Saidymon Soares Alves

Aletheia Moraes Rocha

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA
PÚBLICA**

Eu LUISA LAURA LIMA REIS, matriculado sob o número 007026 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: ANQUILOGLOSSIA - DA HISTOGÊNESE, E IMPLICAÇÕES PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS LEGAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA. E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em ODONTOLOGIA da Faculdade Patos de Minas.

Luísa Laura Lima Reis

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Aletheia Moraes Rocha

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA
PÚBLICA**

Eu SAMUEL SAIDYMON SOARES ALVES, matriculado sob o número 007111 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: ANQUILOGLOSSIA - DA HISTOGÊNESE, E IMPLICAÇÕES PARAFUNCIONAIS AOS ASPECTOS LEGAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em ODONTOLOGIA da Faculdade Patos de Minas.

Samuel Saidymon Soares Alves

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Aletheia Moraes Rocha