

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

DEBORA CYPRESTE

**NECESSIDADE DA FRENECTOMIA LINGUAL SOBRE
DÍADE DA AMAMENTAÇÃO**

**PATOS DE MINAS
2011**

DEBORA CYPRESTE

**NECESSIDADE DA FRENECTOMIA LINGUAL SOBRE
A DÍADE DA AMAMENTAÇÃO**

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

Orientadora: Msd. Débora Andalécio
Ferreira

**PATOS DE MINAS
2011**

NECESSIDADE DA FRENECTOMIA LINGUAL SOBRE A DÍADE DA AMAMENTAÇÃO

Debora Cypreste¹

RESUMO

A frenectomia lingual é um procedimento cirúrgico que visa à correção do freio. **Objetivo:** Este trabalho apresentou como objetivo principal estudar a necessidade da realização deste procedimento em bebês. Evidências mostram que quando estes apresentam língua presa, estão propensos a desenvolver dificuldades durante o aleitamento materno, como por exemplo, pouca transferência de leite e ineficiente trava no mamilo da mãe. Assim, tornou-se relevante caracterizar a anquiloglossia, elucidar a importância da amamentação e os prejuízos causados pelo frênulo lingual alterado durante a mesma. **Metodologia:** Esta pesquisa foi de caráter qualitativo e exploratório, buscando proporcionar maiores informações sobre o assunto estudado. Contemplou um levantamento bibliográfico com base em referenciais teóricos publicados. **Conclusão:** Concluiu-se que a utilização do procedimento cirúrgico como tratamento e as principais indicações ainda são controversos. Estudos adicionais são necessários para determinar uma classificação universalmente aceita, a fim de facilitar a detecção precoce do problema e identificar o tratamento adequado para evitar posteriores danos na díade do aleitamento materno.

Palavras-chave: Frenectomia lingual. Anquiloglossia. Bebês. Amamentação.

1 INTRODUÇÃO

Ballard, Auer e Khoury (2002) descrevem que quando bem realizada, a frenectomia é um procedimento simples, seguro e eficiente que visa à remoção cirúrgica do freio em casos de bebês com anquiloglossia.

¹Graduanda em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Miguel Domingues, 91, Vilage Vete. Carmo do Paranaíba. debby.cyp@hotmail.com.

Existem poucos trabalhos a longo prazo ou consenso sobre o que é um freio lingual alterado, gerando um desafio ao diagnosticar a anquiloglossia e divergências quanto à indicação de tratamento.

Assim, tornou-se relevante, através deste estudo, atingir os seguintes objetivos: caracterizar o freio lingual, elucidar a definição de anquiloglossia, determinar os problemas encontrados durante o aleitamento materno e a importância e indicação do tratamento, a fim de identificar as vantagens apresentadas pela realização da frenectomia lingual.

Wallace e Clarke (2006) citam que quando a língua possui limitação dos movimentos, pode apresentar prejuízos na função. Hall e Renfrew (2005) acrescentam que o bebê pode ter problemas na pega da mama, o que dificulta a transferência do leite, interferindo no ganho de peso. O procedimento cirúrgico para correção do freio, quando bem indicado tem ocasionado melhora da função.

Deste modo, este trabalho se justifica pela importância de compreender os aspectos clínicos dessa anomalia, a fim de determinar as dificuldades por ela causadas e o tratamento a ser indicado.

Segundo Brito et al. (2008) existe considerável controvérsia entre profissionais da saúde com relação à classificação do freio e à indicação cirúrgica ou não. Porém observa-se uma ausência de estudos qualitativos sobre a frenectomia lingual, sendo necessário através deste trabalho, fornecer informações quanto às classificações e abordar as indicações da cirurgia.

A compreensão dos dados observados pôde contribuir para a elaboração de um estudo novo que pudesse fornecer informações para diagnosticar e prevenir o surgimento de alterações funcionais através do tratamento precoce da anquiloglossia.

A pesquisa foi de caráter qualitativo, uma vez que buscou entender um determinado fenômeno e sua profundidade. Por ser a frenectomia lingual um tema pouco conhecido, tornou-se importante confeccionar as bases desta pesquisa através de descrições, comparações e interpretações.

Foi caracterizada como uma pesquisa exploratória, por visar proporcionar maiores informações sobre o assunto investigado, já que este é pouco estudado. Além de registrar, analisar, classificar e interpretar os fenômenos analisados, a pesquisa exploratória procurou identificar seus fatores determinantes.

No que concerne ao procedimento técnico, o estudo contemplou uma pesquisa bibliográfica, ou seja, o problema foi respondido com base em referenciais teóricos publicados com relação à anquiloglossia e frenectomia lingual em bebês como artigos publicados.

Através de um levantamento bibliográfico, a pesquisa reportou e avaliou o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes para o entendimento do assunto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Silva et al. (2009) dizem que pessoas com alteração de frênulo podem apresentar restrições nos movimentos linguais. A frenectomia lingual é um procedimento cirúrgico que visa retornar a mobilidade da língua. Para Kupietzky e Botzer (2005) é imprescindível que o dentista conheça as possíveis patologias bucais do bebê, a fim de que sejam capazes de indicar o tratamento ou encaminhar para o profissional adequado.

Assim, torna-se importante ressaltar que a língua é um órgão muscular localizado no soalho da boca, e segundo Gaspar (1999, p.3) “tem origem do latim língua e do grego glossa”, fixa-se ao osso hióide, mandíbula, processo estilóide e faringe através de músculos. Possui importantes funções na degustação, mastigação, deglutição e fala.

Gaspar (1999) acrescenta que ela divide-se externamente em ápice, onde toca nos incisivos; borda, porção que toca os dentes e gengivas; e dorso, porção central que toca a cavidade oral e orofaringe. A região inferior da língua conecta-se pelo frênulo lingual e a raiz fica sobre o soalho da boca.

O freio lingual é caracterizado por Kotlow (2004) como tecido que une a parte inferior da língua ao soalho bucal. “É uma dobra de mucosa que conecta a linha média da superfície inferior até o soalho da boca.” (HALL; RENFREW, 2005, p. 1211). “No recém nascido tem uma atuação importante no ato de sucção e amamentação” (MELO, G.; ISA; MELO, M., 2007, p.32).

Moss (1996) afirma que a cavidade oral do bebê tem uma membrana que se amplia da língua à região mandibular interna. Esta membrana possibilita que a língua permaneça em posição adequada durante o aleitamento. Depois de um período de desenvolvimento, há uma modificação da membrana em freio lingual que ocasiona uma mudança de inserção e possibilita que a criança estenda a língua. Algumas vezes, tal membrana fica espessa e curta, fazendo com que a ponta da língua fique presa, o que caracteriza a anquiloglossia.

Kupietzky e Botzer (2005) enfatizam que a fixação do freio da língua geralmente fica em torno de um cm posterior à ponta da língua e o rebordo alveolar inferior, deve ser próximo a ou no músculo genioglosso no soalho da boca.

A anquiloglossia ou língua presa é uma “condição que surge quando o freio é anormalmente grosso, preso ou curto. Existem muitas variações e diferentes graus de severidade.” (HALL; RENFREW, 2005, p.1211). Ela pode ser associada com “problemas mecânicos ou sociais, devido à restrição dos movimentos da língua” (MESSNER; LALAKEA, 2000, P.130), gerando prejuízos funcionais.

Suter e Bornstein (2009, p.1204) acrescentam que “etimologicamente, “anquiloglossia” origina das palavras gregas “agkilos” (curva) e “glossa” (língua)” e que esta denominação pode ser utilizada em várias situações, como, quando a língua é presa ao soalho da boca, ou quando o freio lingual apresenta-se curto e grosso.

Ela é uma alteração oral congênita que pode ser observada em qualquer faixa etária. Quando acomete bebês, esses podem apresentar prejuízos durante o aleitamento materno, pois, segundo Melo, G., Isa e Melo M., (2007), interfere na função de sucção que a língua possui. Porém, há poucos trabalhos que encontram a relação entre língua presa e problemas durante o aleitamento materno.

Para Kupietzky e Botzer (2005) e Suter e Bornstein (2009) pode-se diagnosticar a anquiloglossia quando é impossível o paciente tocar o palato com a ponta da língua com a boca aberta. Messner e Lalakea (2000) citam que quando detectada a anquiloglossia, deve-se explicar aos pais a gravidade e possíveis problemas gerados.

Não existe uma classificação específica para determinar estas alterações. Segundo Ávila (2005), nem sempre os profissionais definem um diagnóstico, já que eles se apegam mais às alterações ocasionadas do que aos padrões de normalidade do freio.

Suter e Bornstein (2009) dizem que existem limitações ao comparar estudos sobre a anquiloglossia, já que há divergências quanto à classificação do freio. Eles enfatizam que é necessário haver o estabelecimento de uma classificação universalmente aceita para futuras pesquisas.

Para Kotlow (1999) o freio é considerado clinicamente aceito quando a faixa normal de língua livre é maior que 16 mm. Considera-se anquiloglossia suave (classe I) quando esta medida é de 12 a 16 mm; moderada (classe II) quando a medida é de 8 a 11 mm e severa (classe III) quando de 3 a 7 mm. Pode ser ainda anquiloglossia completa (classe IV) quando a medida é menor que 3 mm. Amir, James e Donath (2006) acrescentam que é extremamente rara a presença de anquiloglossia completa, em que existe uma fusão extensa da língua ao soalho da boca.

Para Marchesan (2004), quando a inserção vai da metade da face lingual inferior até o soalho da boca, o freio é classificado como normal. O freio com inserção anteriorizada é aquele que se insere em qualquer lugar após o centro da face sublingual até a ponta da língua. Ele é curto quando apesar de apresentar-se inserido no centro da face sublingual é pequeno em relação ao normal, podendo dificultar a união da língua com o palato duro. O freio pode ainda, ser considerado curto com inserção anteriorizada, quando além de curto, apresentar a inserção anteriorizada.

Wallace e Clarke (2006) citam que antigamente, acreditava-se que a anquiloglossia gerava alterações na amamentação, assim, após o parto, as parteiras realizavam a divisão do freio. No século 20, o leite de fórmula ganhou popularidade e a técnica anteriormente descrita caiu em desuso, já que a maioria dos bebês que apresentam língua presa consegue amamentar pela mamadeira com sucesso.

Hoje, sabe-se que a amamentação no seio da mãe é fundamental para o desenvolvimento da criança. Renfrew et al. (2009) descrevem que o aleitamento materno é a melhor fonte do ponto de vista nutricional, uma vez que atende as necessidades de crescimento dos bebês e fornece imunidade ativa a certas doenças. O uso de substitutos do leite materno pode ser danoso para a saúde e desenvolvimento do bebê.

Ballard, Auer e Khoury (2002) destacam que pediatras e neonatologistas tem tentado proteger e prolongar a amamentação, pois isto gera benefícios a curto e longo prazo para a mãe e o bebê.

Hogan et al. (2005) citam que como a amamentação teve sua popularidade aumentada na última década, tem havido novo interesse em liberação do freio como um tratamento de escolha para a língua presa. Wallace e Clarke (2006) acrescentam que os consultores de lactação tem se tornado mais informados sobre a doença curável que interfere na amamentação que é a língua presa.

As opiniões quanto a esta alteração variam muito, alguns autores acreditam que a anquiloglossia seja sintomática e outros acham que ela pode desenvolver alguns problemas quando não tratada. Kupietzky e Botzer (2005) acrescentam que as controvérsias quanto à classificação, necessidade de procedimento cirúrgico e momento adequado para tratamento são encontrados na literatura.

Messner et al. (2000) dizem que a maioria dos médicos acredita que a língua presa raramente causa dificuldades durante o aleitamento materno e, por isso, não precisa de correção cirúrgica. Mas Dollberg et al. (2006) acreditam que muitos consultores de amamentação e médicos defendem a idéia de que a anquiloglossia pode ocasionar prejuízos na amamentação como dores no mamilo, ganho de peso abaixo do ideal, e pouca duração da amamentação.

Geddes (2008) explica que as principais causas dadas ao desmame precoce do bebê são o inadequado fornecimento de leite e dor nos mamilos. Ambos os sintomas tem sido ligados à língua presa e, portanto, ela deve ser considerada um fator importante ao analisar mães com dificuldades na amamentação. Mozingo (2000) enfatiza que o desmame prematuro pode ocasionar prejuízos sobre a saúde do bebê e futuros efeitos psicológicos para a mãe.

Ballard, Auer e Khoury (2002) afirmam que pela avaliação nota-se que a recusa da mama pode ser ocasionada pelo insucesso do bebê em obter trava e transferência adequada de leite. Esse baixo fornecimento de leite pode ocorrer devido à incapacidade do bebê de drenar o peito.

Wight (2001) diz que o mecanismo de deglutição do recém-nascido difere do adulto ou criança. O aleitamento começa com o movimento ascendente da mandíbula e língua. Com baixa ação ativa, a língua auxilia no selamento adequado. Ao se afilar, a borda anterior da língua posiciona-se para cima, e inicia uma onda peristáltica em direção a garganta. Simultaneamente, a mandíbula comprime o leite dos ductulos. Em fim, a parte posterior da língua deprime para permitir que o leite

recolha-se na orofaringe antes da deglutição. A restrição dos movimentos linguais deve ser extrema para que interfira na sucção e deglutição.

Quando o freio encontra-se alterado, os movimentos necessários para uma amamentação eficaz tornam-se limitados, gerando prejuízos durante o aleitamento. Ricke et al. (2005) descrevem que para que haja o travamento adequado do seio durante a amamentação, o bebê deve ser capaz de empurrar a borda da gengiva inferior com a língua e circundar em volta da aréola e do bico.

Para Griffiths (2004) a língua presa pode impedir que o bebê gere pressão adequada nos seios lactíferos devido à impossibilidade de colocar aréola suficiente na boca, ocasionando vedação inapropriada. Isso resultará em um baixo estímulo para o reflexo de ejeção de leite, levando a um longo tempo de aleitamento materno e pobre ganho de peso. A mãe apresenta dor e sangramento nos mamilos à medida que o bebê fixa o mamilo na boca e faz compressão entre a gengiva superior e inferior.

Ricke et al. (2005) destacam que a dor sentida pela mãe durante a amamentação de um bebê com anquiloglossia pode ser tão forte que impossibilita que a mãe amamente, o que gera diminuição na transferência de leite para o bebê, além de causar traumas mamilares com posterior infecção e / ou mastite.

Jain (1995) diz que muitos bebês com língua presa têm habilidade de amamentar satisfatoriamente, porém aqueles que apresentam dificuldades não são indicados para a terapia devido à falha no reconhecimento da causa, ou divergências de opiniões dos médicos.

Kupietzky e Botzer (2005) destacam que é importante realizar uma entrevista com a mãe para detectar a presença de alterações durante o aleitamento. É relevante averiguar se o bebê apresenta frustração na mama, incapacidade de conservar uma boa trava ao mamilo ou se a mãe tem experiência de qualquer dor ou desconforto no mamilo durante a amamentação. Na presença de algum desses fatores, um especialista em lactação deve ser consultado para avaliação da amamentação, e quando necessário, o paciente deve ser encaminhado para o tratamento cirúrgico.

Kupietzky e Botzer (2005) sugerem que os possíveis procedimentos cirúrgicos para correção do freio são: frenotomia, que consiste em cortar o freio e frenectomia, onde se realiza a completa excisão do freio. Suter e Bornstein (2009)

acrescentam que não há evidências suficientes na literatura que favorecem nenhuma das opções de procedimentos cirúrgicos para tratar a língua presa.

Knox (2010) descreve a frenotomia como o procedimento realizado sem anestesia e com pouco desconforto para o bebê, onde se divide o freio. Para a divisão do freio utiliza-se gaze para estabilizar a língua e uma lâmina para realizar a divisão na região mais fina. Darshan e Pavithra (2011) enfatizam que este procedimento é simples e o aleitamento materno pode ser realizado logo após, sem gerar incômodo ao bebê. O estudo de Ballard, Chantry e Howard (2004) sugere que a frenotomia é o procedimento de escolha em casos de anquiloglossia parcial por ser um procedimento simples.

Segundo Knox (2010) o procedimento de frenectomia é realizado da mesma forma que a frenotomia, porém geralmente sob anestesia local e ocasionalmente pode ser necessária uma divisão do músculo genioglosso para liberação correta. Kupietzky e Botzer (2005) acrescentam que este é o tratamento indicado em bebês com freio lingual espesso e vascularizado, em que se espera haver sangramento em excesso.

Kotlow (2004) descreve que em média oito mm de espaço entre a inserção do freio e a ponta da língua poderão possibilitar a trava eficaz no mamilo e amamentação correta. Durante o ato cirúrgico é importante evitar vasos e glândulas presentes no soalho bucal. Geralmente, os bebês estão aptos a realizar aleitamento materno logo após o procedimento cirúrgico. As mães freqüentemente relatam alívio da dor e desconforto, aumento na duração do aleitamento e melhora no sono do bebê.

Wright (1995) acrescenta que alguns autores preconizam a utilização de anestésico tópico a fim de controlar a dor e evitar que os pais fiquem preocupados. Outros, no entanto, sugerem o uso de anestésico local para todos os casos, não havendo interferência de idade ou extensão da fixação.

Kupietzky e Botzer (2005) descrevem que o bebê chora apenas enquanto é contido e que se deve estimular a amamentação logo após a finalização do procedimento, não havendo desconforto. Recomenda-se que o bebê receba leite materno por pelo menos algum tempo. É importante alertar os pais de que a presença de um colágeno de fibrina branco pós operatório será observado na região incisada durante os primeiros dias, não representando infecção e sim um processo natural da cicatrização. A antibioticoterapia não é necessária.

Existem diversas dúvidas e controvérsias com relação à indicação ou não de frenectomia lingual. Segundo Messner e Lalakea (2000) em bebês, ela geralmente é indicada quando o freio lingual prejudica os movimentos da língua ou aleitamento materno. Ballard, Auer e Khoury (2002) citam que para gerar benefícios para a mãe e o bebê e prevenir posteriores problemas durante o aleitamento materno, deve-se realizar a frenectomia lingual e corrigir o freio em casos de comprometimento médio a severo.

Ballard, Chantry e Howard (2004) descrevem que os especialistas em amamentação tem favorecido a liberação do freio do bebê a fim de facilitar a amamentação e prolongar essa experiência para a mãe o bebê. Brito et al. (2008) enfatiza que quando a correção do freio é feita numa idade precoce, há diminuição do risco de prejuízos aos lactentes. Hall e Renfrew (2005) e Silva et al. (2009) acrescentam que quando bem indicada, sua realização tem causada uma melhora dessa função.

Suter e Bornstein (2009) sugerem que quando o bebê tem perda de peso associada a dificuldades durante o aleitamento materno, o tratamento escolhido é a frenectomia que deve ser feita de forma precoce a fim de evitar subnutrição ou problemas no desenvolvimento físico e/ou motor.

Segal et al. (2007) enfatizam que a frenectomia geralmente possibilita corrigir os problemas ocasionados pela anquiloglossia durante a amamentação. Geddes (2008) diz que após a realização da mesma, há menos desconforto ao amamentar, já que a língua passa a executar menor compressão do mamilo. Griffiths (2004) acrescenta que é simples, apresenta poucas complicações e gera melhora dos movimentos da língua.

É importante estimular o hábito de realizar inspeção da língua durante exame corriqueiro do bebê. Melo et al. (2011) destacam que o exame do freio lingual permite identificar alterações de inserção e estabelecer medidas preventivas para as irregularidades durante o aleitamento materno.

Messner e Lalakea (2000) alertam que a frenectomia lingual deve ser realizada apenas nos casos em que haja indicação, como facilitar o aleitamento materno, a fim de evitar prejuízos ao mamilo e saúde da mama e melhorar o fornecimento de leite para o bebê.

Messner e Lalakea (2000) enfatizam que não há um meio de indicar quando a anquiloglossia será sintomática, isso interfere na escolha do momento

certo para realizar o procedimento cirúrgico. A operação indiscriminada não deve ser feita, porém, quando precoce pode prevenir os pacientes de certos danos durante e aleitamento materno e futuro constrangimento social. Elas acrescentam ainda que quando a cirurgia é realizada em crianças ou adultos, o resultado é menos efetivo.

Segal et al. (2007) acrescentam que pesquisas devem determinar critérios para diagnosticar o freio lingual alterado. Ainda são necessários estudos para definir a frenectomia e determinar as vantagens que esta pode fornecer, além de determinar se o procedimento deve ser recomendado como forma de facilitar a amamentação e o momento adequado para a realização da mesma.

3 CONCLUSÃO

A anquiloglossia está relacionada a alguns prejuízos durante o aleitamento materno, como a baixa transferência de leite e dor nos mamilos da mãe, podendo causar o desmame prematuro devido à frustração do bebê e desconforto da mãe.

Alguns trabalhos mostram que os procedimentos cirúrgicos são métodos efetivos para tratar díades com dificuldades durante o aleitamento materno, no entanto, estudos adicionais são necessários para avaliar a eficácia da frenectomia como tratamento de escolha.

Para garantir o sucesso dessas técnicas e evitar maiores danos à mãe e ao bebê, enfatiza-se a necessidade de um diagnóstico precoce. Porém, é evidente a ausência de concordância quanto à classificação do freio e indicação de tratamento. Estudos posteriores são importantes para que haja a determinação de uma medida universalmente aceita para facilitar a detecção do problema e conseqüente controle da mesma.

ABSTRACT

Tongue frenectomy is a surgical procedure aimed to correct the frenulum. **Objective:** The main objective of this work was to study the need to perform this procedure in babies. Evidence shows that when they present tongue-tie, they are likely to develop difficulties during breastfeeding, such as low milk transfer and inefficient latch on the nipple of the mother. Thus, it became important to characterize ankyloglossia, elucidate the importance of breastfeeding and the damage caused by altered lingual frenulum during the process. **Methodology:** This research was qualitative and exploratory, seeking to provide more information on the subject studied. It contemplated a literature based on published theoretical. **Conclusion:** We conclude that the use of surgery as a treatment and the main indications are still controversial. Additional studies are needed to determine a universally accepted classification in order to facilitate early detection of the problem and identify the appropriate treatment to prevent further damage to the breastfeeding dyad.

Keywords: Lingual Frenectomy. Ankyloglossia. Babies. Breastfeeding.

REFERÊNCIAS

AMIR, L.H.; JAMES, J.P.; DONATH, S.M. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. **International Breastfeeding Journal**, Austrália, v. 1, n. 3, 2006. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198456852011000100016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14. Mar. 2011.

ÁVILA, M.I. **As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município de Itajaí/SC.** 2005. Dissertação (Mestrado em distúrbios da comunicação), Universidade de Tuiuti do Paraná. Paraná. 2005.

BALLARD, J.; CHANTRY, C.; HOWARD, C. R. (2004). Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. **Academy of Breastfeeding Medicine**. [S.l.], p. 1-5, 2004.

BALLARD, J. L.; AUER, C. E.; KHOURY, J. C. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. **Pediatrics**, Illinois, v. 110, n. 5, 2002.

Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/5/e63>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

BRITO, S. F. et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 10, n. 3, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462008000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mar. 2011.

DARSHAN, H. E.; PAVITHRA, P. M. Tongue Tie: From Confusion to Clarity-A Review. **International Journal of Dental Clinics**, Índia, v. 3, n. 1, p. 48-51, 2011.

DOLLBERG, S. et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. **Journal Of Pediatric Surgery**, Israel, v. 41, p. 1598-1600, 2006.

Disponível em: <http://library.tasmc.org.il/Staff_Publications/publications%202006/dollberg.pdf>. Acesso em: 26 out. 2011.

GASPAR, D. R. **Anquiloglossia: Alterações**. 1999. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Fortaleza, 1999.

Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/4307607a606583605bb286b59211c215.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2011.

GEDDES, D. T. et al. Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound.

Pediatrics, Australia, v. 122, n. 1, p. 188-194, 2008. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/122/1/e188.full>>. Acesso em: 03 out. 2011.

GRIFFITHS, D. M. Do Tongue Ties Affect Breastfeeding? **J Hum Lact**, Inglaterra, v. 20, n. 4, p. 409-414, 2004.

Disponível em: <<http://embracingbirth.biz/documents/DoTongueTiesAffectBreastfeeding.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

HALL, D. M. B.; RENFREW, M. J. Tongue tie: Common problem or old wives' tale?. **Arch Dis Child**, Inglaterra, p. 1211-1215, 2005.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720236/pdf/v090p01211.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

HOGAN, M.; WESTCOTT, C.; & GRIFFITHS, M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 41, 246-250, 2005.

JAIN, E. Tongue-tie: its impact on breastfeeding. **AARN News Lett.** [S.l.], n. 5, v. 51, 1995.

KNOX, I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. **Neoreviews**, Washington, v. 11, n. 9, p. 513-519, 2010. Disponível em: <<http://www.lunilactation.com/KnoxTT.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

KOTLOW, L. A. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. **Quintessence International**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 259-262, 1999. Disponível em: <<http://www.kiddsteeth.com/articles/Ankyloglossia.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

KOTLOW, L. A. Oral Diagnosis of Abnormal Frenum Attachments in Neonates and Infants: Evaluation and Treatment of the Maxillary and Lingual Frenum using the Erbium: YAG Laser. **The Journal of Pediatric Dental Care**, Nova York, v. 10, n. 3, 2004.

Disponível em: <<http://www.kiddsteeth.com/articles/finaslttfrenarticleoct2004.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

KUPIETZKY, A.; BOTZER, E.; Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. **Pediatric Dentistry**, Israel, v. 27, n. 1, p. 40-46, 2005. Disponível em: <<http://www.halavm.co.il/AllSites/400/Assets/tongue%20tie.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

MARCHELAN, I.Q. Lingual Frenulum: Classification and Speech Interference. **International Journal of Orofacial Myology**, São Paulo, p. 31-38, 2004.

MELO, G.; ISA, F. I.; MELO, N. S. F. O. Anquiloglossia: prevalência entre crianças de 0 a 18 meses atendidas em uma unidade de saúde do município de Colombo. **Revista Dens**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 32-32, 2007.

MELO, N. S. F. O. et al. Anquiloglossia: relato de caso. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 102-107, 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198456852011000100016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2011.

MESSNER, A. H. et al. Ankyloglossia: Incidence and Associated Feeding Difficulties. **Archives Otolaryngology**: Head and Neck surgery, Califórnia, v. 126, p. 36-39, 2000. Disponível em: <<http://archotol.ama-assn.org/cgi/reprint/126/1/36>>. Acesso em: 26 out. 2011.

MESSNER, A. H.; LALAKEA, M. L. Ankyloglossia: controversies in management. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Califórnia, p. 123-131, 2000.

MOSS S. J. Crescendo sem cárie. **Quintessence**, São Paulo, 1996.

MOZINGO J. N. et al. "It wasn't working": women's experiences with short-term breastfeeding. **MCN Am J Matern Child Nurs**.p. 120–126, v.3, n.25, 2000.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. **Health Technology Assessment**, [S.l.], v. 13, n. 40, p. 1-173, 2009. Disponível em: <<http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1340.pdf>>. Acesso em 26 out. 2011.

RICKE, L. A. et al. Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feeding. **JABFP**. v. 18, n. 1, Jan/Fev. 2005. Disponível em: <<http://www.jabfp.com/cgi/content/full/18/1/1>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

SEGAL, L. M. et al. Prevalence, Diagnosis, and Treatment of Ankyloglossia. **Physician Family Canadian**, Canadá, v. 53, p. 1027-1033, 2007.

SILVA, M. C. et al. Frênulo da língua alterado e interferência na mastigação. **Rev Cefac**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 363-369, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a12v11s3.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

SUTER, V. G. A.; BORNSTEIN, M. M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. **Journal of Periodontology**, Suíça, v. 80, n. 8, p. 1204-1219, 2009.

WALLACE, H.; CLARKE, S. Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, Inglaterra, p. 1258-1261, 2006.

WRIGHT, J. E. J. Tongue-tie. **Paediatr Child Health** p. 276-278, 1995.

WIGHT, N. E. Management of common breastfeeding issues. **Pediatr Clin North Am.** p. 321-344, 2001.