

Diagnóstico e tratamento da Anquiloglossia em pacientes pediátricos: Uma revisão narrativa

Diagnosis and treatment of Ankyloglossia in pediatric patients: A narrative review

Diagnóstico y tratamiento de la Anquiloglosia en pacientes pediátricos: Una revisión narrativa

Recebido: 08/10/2023 | Revisado: 19/10/2023 | Aceitado: 21/10/2023 | Publicado: 24/10/2023

Monisi Bianni Souza Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2228-8493>
Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil
E-mail: monisibianni@gmail.com

Kamilyly Giovana Dos Santos Lima

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0893-5858>
Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil
E-mail: kamilyly_geovana@yahoo.com.br

Tácio Fragoso Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7836-0925>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: taciofragoso29@gmail.com

Elaine Da Silva Torres

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9867-3524>
Centro Universitário Maurício de Nassau, Brasil
E-mail: Elaineodonto18gmail.com

Raíssa Soares dos Anjos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4766-4272>
Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil
E-mail: raissa.soares@upe.br

Resumo

Objetivou-se em descrever sobre diagnóstico e tratamento da anquiloglossia em pacientes pediátricos por meio de uma revisão de literatura narrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado através das bases de dados periódicos CAPES, PubMed, LILACS e SciELO, os filtros aplicados foram os idiomas Português, Inglês e Espanhol, artigos publicados no período de 2017 a 2023, totalizando 56 artigos selecionados. Os resultados obtidos nesta revisão narrativa observaram que a anquiloglossia é uma alteração que afeta o freio lingual, causando uma limitação nos movimentos da língua, que impactam diretamente em algumas funções, deglutição, mastigação, fonação e amamentação. Alguns estudos relatam que essa condição pode ter origens genéticas, associadas ao cromossomo X autossômicos dominantes ou recessivos. Sua prevalência em neonatos varia de 4% a 16%. Seu diagnóstico é dado por meio de testes que avaliam queixas da mãe, dentre elas dificuldades na amamentação, exames físicos e posicionamento lingual. Seu tratamento pode ser dado de forma conservadora, com acompanhamento fonoaudiólogo, ou não conservadora, que consiste na intervenção cirúrgica. A conclusão desta revisão narrativa aborda as consequências da anquiloglossia e a importância do diagnóstico se procurado precocemente, a fim de que ocorra a escolha do teste mais apropriado para determinar a melhor forma de tratamento.

Palavras-chave: Anquiloglossia; Frênulo lingual; Diagnóstico.

Abstract

The objective was to describe the diagnosis and treatment of ankyloglossia in pediatric patients through a narrative literature review. The bibliographic survey was carried out through the periodic databases CAPES, PubMed, LILACS and SciELO, the filters applied were Portuguese, English and Spanish, articles published in the period from 2017 to 2023, totaling 56 articles selected. The results obtained in this narrative review observed that ankyloglossia is a change that affects the lingual frenulum, causing a limitation in tongue movements, which directly impacts some functions, swallowing, chewing, speaking and breastfeeding. Some studies report that this condition may have genetic origins, associated with the autosomal dominant or recessive X chromosome. Its prevalence in newborns varies from 4% to 16%. Its diagnosis is given through tests that evaluate the mother's complaints, including difficulties in breastfeeding, physical examinations and tongue positioning. Its treatment can be given conservatively, with speech therapist monitoring, or non-conservatively, which consists of surgical intervention. The conclusion of this narrative review addresses the consequences of ankyloglossia and the importance of early diagnosis, so that the most appropriate test can be chosen to determine the best form of treatment.

Keywords: Ankyloglossia; Lingual frenulum; Diagnosis.

Resumen

El objetivo fue describir el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia en pacientes pediátricos a través de una revisión narrativa de la literatura. El levantamiento bibliográfico se realizó a través de las bases de datos periódicas CAPES, PubMed, LILACS y SciELO, los filtros aplicados fueron portugués, inglés y español, artículos publicados en el período de 2017 a 2023, totalizando 56 artículos seleccionados. Los resultados obtenidos en esta revisión narrativa observaron que la anquiloglosia es un cambio que afecta el frenillo lingual, provocando una limitación en los movimientos de la lengua, lo que impacta directamente en algunas funciones, la deglución, la masticación, el habla y la lactancia. Algunos estudios informan que esta condición puede tener orígenes genéticos, asociados con el cromosoma X autosómico dominante o recesivo. Su prevalencia en recién nacidos varía del 4% al 16%. Su diagnóstico se da a través de pruebas que evalúan las quejas de la madre, incluyendo dificultades en la lactancia, exámenes físicos y posición de la lengua. Su tratamiento puede darse de forma conservadora, con seguimiento logopeda, o de forma no conservadora, que consiste en una intervención quirúrgica. La conclusión de esta revisión narrativa aborda las consecuencias de la anquiloglosia y la importancia del diagnóstico precoz, de modo que se pueda elegir la prueba más adecuada para determinar la mejor forma de tratamiento.

Palabras clave: Anquiloglosia; Frenillo lingual; Diagnóstico.

1. Introdução

A língua é o órgão responsável pelo desenvolvimento do sistema estomatognático (Pompéia et al., 2017) estando associado a deglutição, mastigação, fonação e amamentação (Queiroz, 2019). Na região inferior da língua existe uma prega membranosa que se conecta ao assoalho bucal, denominada de freio lingual ou frênulo lingual (Camargo et al., 2017). Uma alteração congênita associada a essa região anatômica é a anquiloglossia, que corresponde a uma faixa curta e apertada de tecido, unindo o ápice da língua ao assoalho da boca. Como consequência, a criança acometida tem limitações na motricidade da língua (Pinto et al., 2019).

A etiologia dessa alteração congênita é a apoptose inadequada do tecido embrionário (Pinto et al., 2019). Algumas pesquisas realizadas no campo da genética concluíram que a anquiloglossia está fortemente associada ao cromossomo X autossômico dominante ou recessivo de origem hereditária. Assim, se os pais carregam esta condição há significativa probabilidade que o filho também tenha essa alteração anatômica (Tunes et al., 2017; ATA et al., 2019).

No tocante a epidemiologia acomete cerca de 4 a 16% de neonatos e proporção masculino-feminino de 5:1 (Pompéia et al., 2017). Para obter o diagnóstico, deve-se verificar se há relato de queixas pela genitora tais quais dificuldade ao efetuar o ato de sucção e baixo peso do bebê (Queiroz, 2019). Além disso, é preconizado o exame físico da cavidade oral e a realização do Teste da Linguinha. Vale salientar que desde 2014 existe uma Lei Federal (nº 13.002) que dispõe a avaliação do frênulo lingual dos bebês, em maternidades, hospitais ou postinho de saúde (Araújo et al., 2020).

Um estudo realizado no Canadá em 2017, evidenciou que a incidência de anquiloglossia aumentou de 6,86 no ano de 2002 para 22,6 no ano de 2014, sendo assim as taxas de frenotomia também aumentam drasticamente de 3,76 no ano de 2002 para 14,7 no ano de 2014 por 1000 nascidos vivos (Joseph et al., 2017), observa que as taxas de Anquiloglossia aumentaram mais de três vezes entre os anos de 2002 e 2014, visto que as taxas de frenotomia também houve um aumento de quatro vezes no mesmo período, isso ocorreu devido a busca pelo diagnóstico precoce, sucedendo o tratamento através da frenotomia entre recém-nascidos (Joseph et al., 2017).

Recentemente, um estudo realizado no município de Uberlândia - MG, teve como objetivo analisar a concordância dos três métodos disponíveis para diagnóstico de anquiloglossia, foram observados os testes AFLEB (Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em Bebês), BTAT (Bristol Tongue Assessment Tool) e o HATLFF (Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function). Participaram estes 32 díades mãe-bebê com média de 46 dias de nascimento, sendo a principal queixa relatada, dificuldades na amamentação. Esse estudo foi realizado no Ambulatório de Avaliação Multiprofissional do Freio Lingual em Bebês, situado no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-FOUFU). Após a análise estatística, verificou-se que a concordância entre o AFLEB e o BTAT foi de 75,00%, enquanto AFLEB e o HATLFF foi de 71,88%, por fim o BTAT e o HATLFF foram também de 71,88%. (Souza, 2019), compara que as variáveis do teste AFLEB

e o BTAT foram de ($p = 0,000$) e HATLFF ($p = 0,048$), quando correlacionadas aos valores das variáveis BTAT e HATLFF ($p = 0,001$), conclui-se que houve uma concordância positiva entre os instrumentos de diagnóstico quanto a indicação para frenotomia (Souza, 2019).

O protocolo de avaliação *Bistrol* (BTAT) é o teste mais recomendado pelo Ministério da Saúde para analisar o freio lingual (Queiroz, 2019). O teste deve ser realizado no mínimo nas primeiras 48 horas e até no máximo 30 dias de vida, assim facilitando o diagnóstico precoce (Martinelli et al., 2016). No teste propriamente dito, é avaliado o tipo de freio em curto, normal ou anteriorizada, observa-se também a língua quanto a limitações, localização do freio e o formato de coração durante a elevação em seu ápice (Witwytzky & Tavares, 2017).

Um estudo realizado no sudeste brasileiro comparou os achados descritos nos diversos testes patológicos realizados em recém-nascidos e bebês. Os autores concluíram que o Teste da Linguinha e o diagnóstico de anquiloglossia foram os mais comuns. Na pesquisa, 22,54% das alterações linguais, ou seja, a cada 10 mil crianças nascidas, 2254 tinham alterações em seu frênulo lingual (Martinelli et al., 2013). É importante salientar que o diagnóstico precoce contribui para uma intervenção terapêutica precoce (Pinto et al., 2019).

O tratamento pode ser obtido de duas formas: o conservador e o não conservador. O conservador é baseado no acompanhamento fonoaudiológico a fim de “alongar” a estrutura do freio pela fonoterapia. Essa modalidade só é eficaz em casos brandos (Oliveira et al., 2019). Já o não conservador se refere ao tratamento cirúrgico que seria a frenectomia retirada total do freio e a frenotomia retirada parcial do freio (Procópio et al., 2017; Junior et al., 2019).

A terapia cirúrgica deve ser realizada o quanto antes, já que a anquiloglossia gera diversas limitações. A dificuldade nos movimentos da língua dificulta o aleitamento materno, impede a pega correta do seio e gera cansaço durante a sucção. Por consequência, o recém-nascido/bebê sofre com perda de peso e a genitora sente dor ao amamentar (Camargo et al., 2017). Vale ressaltar que o aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento cognitivo, psíquico e imunológico do bebê (Oliveira et al., 2019).

Além disso, o posicionamento incorreto da língua interfere no desenvolvimento da mandíbula, dentes, face e funções na cavidade oral (Mateu et al., 2019). Diante do exposto se nota a importância de compreender sobre o diagnóstico de anquiloglossia em pacientes pediátricos para realizar uma conduta terapêutica precoce e amenizar danos à saúde do indivíduo.

O presente estudo tem como objetivo descrever sobre o diagnóstico e tratamento em pacientes pediátricos. Como objetivos específicos, apresentar dados epidemiológicos do Brasil e do mundo, assim como, verificar os protocolos de diagnósticos mais indicados, relatar as consequências da Anquiloglossia e suas formas de tratamento.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa com o objetivo de responder à pergunta condutora: “Quais as características do diagnóstico e tratamento da anquiloglossia em pacientes pediátricos?”. O levantamento bibliográfico foi realizado através do acesso on-line das bases de dados Periódicos CAPES, PubMed, LILACS e SciELO. Foi realizada a pesquisa utilizando os descritores “Frênulo lingual”, “Anquiloglossia”, “Odontopediatria”, “Diagnóstico”, “Frenotomia” e “Frenectomia”, com a intersecção entre os descritores com os operadores booleanos “AND” e “OR” nas equações de busca. Para a formulação deste trabalho foram seguidas as normas metodológicas expostas por Rother (2007).

Os filtros aplicados foram idiomas (português, inglês e espanhol), artigos publicados no período de (2017 a 2023), que abordassem o diagnóstico e o tratamento da anquiloglossia, segundo o ECA (Estatuto Da Criança E Do Adolescente), a população pediátrica é limitada a quem tem até doze anos incompletos.

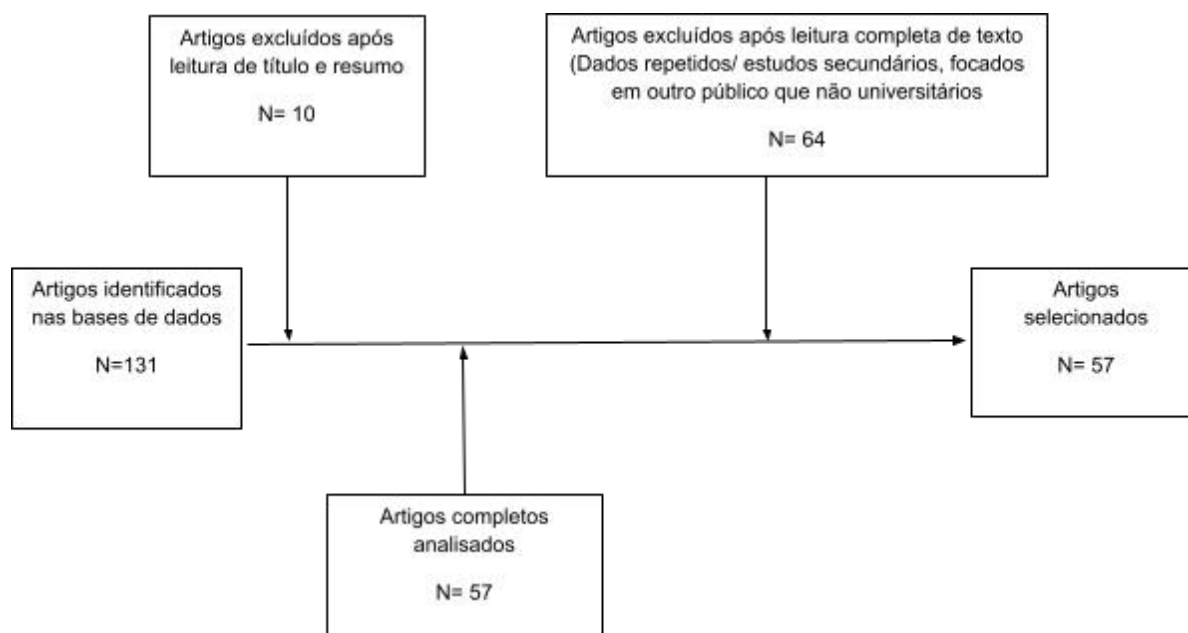
Sendo inclusos os artigos que abordassem pelo menos um dos tópicos no que se refere aos protocolos mais indicados para o diagnóstico de anquiloglossia e os métodos de tratamento existentes. Por outro lado, foram excluídos artigos que não

responderam à pergunta condutora, artigos duplicados, cartas, editoriais, resumos em anais de eventos, artigos sem acesso ao texto completo e revisões (sistemáticas, integrativas ou narrativas) e literatura cinza.

3. Resultados

Foram utilizados 131 artigos nesta revisão narrativa, sendo 74 deles excluídos por não compactuar com o objetivo do trabalho, e 57 deles analisados completamente e utilizados. Esses dados estão compilados no fluxograma.

Figura 1 - Fluxograma de dados sobre a busca para confecção da revisão narrativa.



Fonte: Autoria própria (2023).

4. Discussão

No presente estudo foi avaliado o diagnóstico e tratamento de anquiloglossia na população pediátrica. Embora o tema seja de grande impacto social, nas bases de dados foram encontrados artigos que caracterizam os protocolos de avaliação lingual mais indicados, sendo eles Bistrol Tongue Assessment Tool (BTAT), Protocolo De Avaliação Do Frênulo Lingual Com Escores Para Bebê (AFLEB) e o Hazelbaker Assessment Tool For Lingual Frenulum Function (HATLFF), esses três testes estavam presentes nos 56 artigos selecionados, abordando também as duas formas de tratamento a conservadora (frenotomia) e a não conservadora (frenectomia). Os estudos em escolha, são em sua grande maioria abordagens integradas vivenciadas pelos autores, buscando dados comprobatórios e atualizados nos últimos seis anos.

4.1 Língua: anatomia, funções e desenvolvimento estomatognático

A língua é originada nos primeiros arcos faríngeos, durante a quarta semana de gestação. Nesta fase ocorre a formação dos sulcos laterais que desempenham a função de articulação. As células sofrem apoptose e transladam para a região do dorso, assim esse processo de migração pode ocorrer de forma incompleta ou não. Caso seja incompleta, ocorre a anquiloglossia que compromete a mobilidade lingual e funções orais (Pompéia et al., 2017).

A língua está aderida ao assoalho da boca e conectada a músculos extrínsecos e intrínsecos. O primeiro tem origem nos ossos e vai até a língua e servem para dar forma e movimento ao músculo, sendo eles os músculos genioglosso, hioglosso, estiloglosso e palatoglosso. Os intrínsecos não estão ligados a estruturas vizinhas, apenas a própria língua, sendo assim,

servindo apenas para alterar suas formas (Madeira, 2016).

Em sua face superior, é possível perceber a presença de sulcos em forma de V, onde há um recobrimento de papilas gustativas. Já em sua face inferior, podemos encontrar as veias raninas e o freio lingual. Devido ao posicionamento dessa face, voltada para o assoalho da boca, as suas mucosas são contínuas e semelhantes (Junior, 2019). Na língua, temos a prega franjada que é formada pelas dobras onduladas da mucosa, que recobre a veia profunda da língua e a glândula lingual anterior (Madeira, 2016).

Na face ventral da língua há uma pequena prega revestida por membrana que é notada quando se eleva o órgão de maneira vertical. Localiza-se centralmente e interliga a língua e assoalho bucal. Essa prega é denominada de frênulo ou freio lingual (Fournierromero et al., 2017). Em recém-nascidos ele está aderido ao ápice da língua indo até o processo alveolar. Conforme ocorre o desenvolvimento ósseo o freio passa a ser inserido na face inferior da língua (Queiroz, 2019).

Segundo Costa (2020), o frênulo oral é uma prega de tamanho razoável com revestimento que passa da gengiva, envolvendo a face lingual do rebordo alveolar anterior, composto de tecido conjuntivo fibroso e fibras eminentes do músculo genioglossa. Durante a avaliação, observa-se a estrutura que pode ser classificada em seu diagnóstico como alterado ou normal, o frênulo curto é uma condição anatômica em que o neonato já nasce, podendo ou não impactar na vida do indivíduo (Isac, 2018).

Devido a alterações no frênulo oral, a motricidade da língua pode ser prejudicada o que acarreta problemas no desenvolvimento da mandíbula, deglutição, fonação e aleitamento (Procopio et al., 2017). O aleitamento estimula os músculos mastigatórios iniciando sua maturação e posicionamento. O temporal retrai a mandíbula, o pterigóideo lateral realiza o movimento de propulsão, o milo-hióideo responsável pela deglutição e os masseteres são ativados na mecânica de sucção, enquanto os orbiculares dos lábios superior e inferior desenvolvem a evolução do sistema estomatognático (Pompéia et al., 2017).

Esses músculos devem exercer suas funções em pleno equilíbrio neuromotor para que as mecânicas da mastigação e deglutição sejam eficientes (Almeida, 2018). Portanto, o sistema estomatognático pode ser entendido como uma etapa funcional para o desenvolvimento da maxila, mandíbula, articulação temporomandibular, dentes e periósteo que realiza de modo sinérgico aumento da massa, formação e renovação os tecidos craniofaciais (Cielo et al., 2016).

Além disso, é fundamental a colaboração da mobilidade do órgão, principalmente em neonatos para efetuar o ato de sucção e deglutição de maneira correta, funções estas, primordiais para a amamentação, posteriormente ações como mastigação, fala e produção de sons são essenciais para a ampliação funcional da criança (Queiroz, 2019). A consolidação do frênulo está fortemente relacionado ao desempenho dos movimentos e funções exercidas por esse órgão (Pompéia et al., 2017).

Portanto, existem consequências negativas em relação às disparidades funcionais causadas pela anquiloglossia no tocante ao desenvolvimento do sistema estomatognático. Desse modo, é importante manter o equilíbrio neuromuscular para que sejam obtidos resultados estético-funcionais estáveis. Com isso, faz-se importante o diagnóstico da patologia e a intervenção precoce (Pompéia et al., 2017).

4.2 Anquiloglossia: epidemiologia, diagnóstico e impactos na vida da criança

A anquiloglossia se caracteriza como uma anomalia oral congênita, com base genética de incidência parcial ou total, condição limitante das funções motoras da língua (Witwytzkj & Tavarez, 2017). Clinicamente, pode ser descrita pela inserção acentuada do frênulo oral que se protela até a região do ápice da língua, originando um coração, estendendo até o assoalho lingual próximo da estrutura nomeada de carúncula sublingual (Pompéia et al., 2017).

É possível identificar o freio lingual anormalmente em curto, espesso ou delgado, podendo restringir em diferentes graus de acometimento do órgão. A classificação mais comum é a leve ou parcial, seguido de um frênulo curto, necessitando

ou não de intervenção cirúrgica, outra subdivisão é a grave ou completa, condição mais rara, onde a língua encontra-se unida ao assoalho bucal (Brasil, 2018).

Na literatura é possível encontrar variações de freios, com fixação anteriorizada e curta (Braga et al., 2009). Segundo Junior et al. (2019) o freio lingual com inserção normal, caracteriza-se por uma membrana inserida no meio da face inferior da língua e no assoalho da boca, sendo visível apenas a partir das carúnculas linguais; um freio anteriorizado tem sua inserção acima do normal, ou seja, ele está acima da metade da língua e um freio curto tem sua inserção de maneira correta, porém se apresenta mais curto que o normal, assim, gerando limitação nos movimentos da língua. Já o freio curto e anteriorizado, apresenta características das duas alterações.

O mecanismo patológico ainda é incógnito, contudo, esta condição é de origem hereditária, ou seja, parentes próximos podem manifestá-la. É considerado uma desordem autossômica dominante, por meio do cromossomo X, sendo sua propagação passada entre gerações (Santos et al., 2017). Vale salientar que ao avaliar portadores de anquiloglossia, observa-se que não há nenhuma outra anomalia ou doenças congênitas relacionada com a patologia (Cota et al., 2019).

Entretanto, o consumo de drogas ilícitas no período gestacional dentre os quais se destaca a cocaína, pode influenciar para o risco de anquiloglossia, os bebês de mães usuárias apresentam três vezes mais probabilidades de desenvolver essa patologia do que os bebês de mães saudáveis (Santos et al., 2018).

Pompéia et al. (2017) descreveram que essa condição acomete entre 4 e 16% de neonatos, com propensão em pacientes do gênero masculino na proporção de 5:1. Em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, foi relatado que 22,54% das alterações linguais eram acometidas em bebês, logo a cada 10 mil crianças nascidas, 2254 têm essas alterações. Esse presente estudo teve como finalidade mostrar a incidência de dados do teste da linguinha com outros testes patológicos, observando que o número de anormalidades acometidas é maior no freio oral, esse fato ressalta a relevância de realizar a avaliação, preferencialmente durante o primeiro mês de vida (Martinelli et al., 2013).

Em 2018, foi realizado um estudo observacional e transversal desenvolvido por (Fraga et al., 2021) em uma maternidade pública estadual (Centro de Saúde Amaury de Medeiros- CISAM) com média mensal de 1100 recém-nascidos, avaliados por um período de três meses, na cidade do Recife-PE. O presente estudo consiste na avaliação das amostras descritivas coletadas, onde houve comparação da eficácia entre os dois instrumentos de diagnóstico, o Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) e o Protocolo de Avaliação Do Frênulo Da Língua Para Bebês, popularmente conhecido como "Teste da linguinha" (Fraga et al., 2021).

Após analisar os dados estatísticos, a amostra final totalizou 147 díades mãe-bebê, foram realizadas duas avaliações: inicial e a reavaliação após 15-30 dias. O grau de concordância do BTAT na avaliação inicial foi de 0,99 e a reavaliação foi de 1,00, já o "Teste da linguinha" pontuou 0,90 e 0,99, nas duas avaliações intra e interexaminadores, constatando uma diferença de ($p < 0,001$) entre os dois testes utilizados, representando assim confiabilidade. Foi possível observar também que o diagnóstico de anquiloglossia através do BTAT foi de 4,8%, enquanto o "Teste da Linguinha" totalizou 17% de ocorrências. Com relação a proporção masculino-feminino (Fraga et al., 2021) ainda observa que 25 casos de anquiloglossia avaliados através do "Teste da Linguinha", eram representados por 52% do sexo masculino e 48% eram do sexo feminino, quando comparado ao BTAT, 71,4% eram do sexo feminino e 28,6% eram do sexo masculino, a análise constatou que apesar dos resultados divergentes, não houve nenhuma associação entre anquiloglossia e sexo do recém-nascido que fosse estabelecido pelos dois métodos de avaliação (Fraga et al., 2021).

O teste da linguinha foi instaurado como Lei Federal nº 13.002, em 20 de junho de 2014, determinando que deve ser avaliado o frênulo oral dos bebês, em maternidades, hospitais ou postinho de saúde (Araújo et al., 2020). Com finalidade de implementar essa lei, houve a publicação da Nota Técnica nº 35/2018 com objetivo de orientar a equipe multiprofissional da saúde pública sobre a identificação prévia da anquiloglossia em bebês e estabelecer atendimento dessa população na atenção













básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018).

Para facilitar a avaliação do frênulo lingual e diagnosticar a Anquiloglossia foram criados três testes, dentre eles o primeiro é o Hazelbaker Assessment Tool for lingual Frenulum Function (HATLFF), composto por 5 etapas avaliativas de aparência e 7 etapas para avaliação do frênulo lingual (Amir et al., 2006). Esse protocolo, dar ênfase a aparência da língua (elevação; inserção do frênulo na crista alveolar e na língua; e na sua função (projeção da língua para fora da boca; sucção nutritiva e não nutritiva) (Da Silva, 2020).

O diagnóstico é representado por escores, que são somatórias de cada etapa do protocolo (Da Silva, 2020). Quanto menor o valor total do escore, maior será a probabilidade de existir uma interferência do frênulo, e consequentemente uma indicação cirúrgica, sendo assim, um resultado maior que 12 e até 24, está dentro dos padrões de normalidade (Da Silva, 2020).

O segundo teste desenvolvido foi o Bistol Tongue Assessment Tool (BTAT) que é composto por quatro etapas, sendo elas: avaliação da aparência da ponta da língua (coração, redonda, ou ligeira fenda), fixação do frênulo na crista alveolar (Podendo ser no topo da crista, em sua face interna, ou no assoalho da boca), e a elevação e protrusão da língua (Queiroz, 2019). O compilado dessas etapas estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Protocolo de avaliação da anquiloglossia pelo BTAT.

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

Fonte: Sociedade Brasileira Triagem Neonatal Erros inatos do Metabolismo (2022).

No Quadro 1, é possível visualizar os aspectos de avaliação lingual proposto pelo teste Bistol Tongue Assessment Tool, seguindo o resultado por score.

Atualmente, o teste BTAT é o mais recomendado de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, devido sua facilidade na realização do teste e na identificação de complicações na amamentação (Leônidas & Alves, 2022). A recomendação é de que o teste seja realizado no mínimo nas primeiras 48 horas até os 30 dias no máximo, assim facilitando o diagnóstico prévio, seguido de um tratamento prematuro e eficaz (Martinelli et al., 2016). Caso não seja tratada, poderá gerar consequências irreversíveis, graves em diversas fases da sua vida, entretanto para uma avaliação completa é fundamental que haja uma equipe multidisciplinar, como pediatra, fonoaudiólogo, odontopediatra, além de um clínico geral (Oliveira et al., 2019).

O protocolo Bristol (BTAT) é avaliado através de pontuações que podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3

há indícios de freio lingual curto, nesta situação é sugerido uma nova avaliação durante o aleitamento antes da alta hospitalar, geralmente esses casos são encaminhados para frenotomia, escores entre 4 e 7 são freio linguais sem alteração e iguais a 8 excluem suspeitas de alterações patológicas (Brandão et al., 2018).

Para provar a eficácia deste protocolo foi abordado um estudo com 224 crianças, sendo 126 avaliadas com ambos os protocolos (BTAT) e (HATLFF). Ao final do estudo, foi visto que o BTAT era confiável e simples de ser usado, podendo ser comparado ao HATLFF, que é uma ferramenta mais detalhada. O protocolo também foi aderido às parteiras, que afirmaram ter gostado (Queiroz, 2019).

O terceiro e último teste criado é de origem brasileira e foi nomeado de Protocolo De Avaliação Do Frênulo Lingual Com Escores Para Bebês (AFLEB). Esse método é executado em três etapas: histórico médico, exame anatomofuncional e avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva. (Martinelli et al., 2012). A avaliação do histórico médico, consiste em avaliar questões de conhecimentos gerais e antecedentes, finalizando com perguntas a respeito da amamentação. O exame clínico é realizado para analisar a estrutura anatômica e funcional da língua, observando a postura dos lábios em repouso, tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da língua durante o choro e se é possível visualizar o frênulo lingual. Por fim, é feita a avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva que são os movimentos, posição da língua e deglutição durante o aleitamento (Queiroz, 2019).

Esse teste deve ser realizado no mínimo nas primeiras 48 horas de vida e até os 30 dias no máximo, assim facilitando o diagnóstico prévio, seguido de um tratamento prematuro e eficaz (Martinelli et al., 2016).

Segundo Queiroz (2019) o diagnóstico final vem após a somatória dos resultados isolados das três etapas. Se o resultado for maior ou igual a 13, em cada teste, é possível considerar a interferência do frênulo nos movimentos linguais, porém, em casos de resultados duvidosos, o teste precisa ser refeito.

A seguir, na Tabela 1, é descrito um breve resumo acerca dos três protocolos de avaliação lingual apresentados.

Tabela 1 - Histórico simplificado dos testes de avaliação lingual.

Ano de surgimento	País de Origem	Metodologia	Interpretação de Resultados
HATLFF	1993	-	O método de avaliação é dado por escores, cada característica valendo de 0 a 2. Porém se a soma dos resultados for menor que 12, é indicio que existe complicações no frênulo lingual e indicação para intervenção cirurgica. O valor máximo do escore é 24.
BTAT	2015	Reino Unido	A pontuação de escores são dadas a partir da somatoria de cada etapa, que vai de 0 a 8. Se ao final, o numero obtido for menor que 4, é indicado a intervenção cirurgica. O valor máximo do escore é 8.
AFLEB	2013	Brasil	Os resultados desse metodo é dado pela somatoria de cada etapa. Se o valor for maior ou igual a 13, é sinal que há alterações do frênulo lingual e é necessario intervenção cirurgica. O valor máximo do escore é 25.

Fonte: Autoria própria (2023).

Na Tabela 1 acima, representa de forma simplificada o histórico dos protocolos de avaliação mais utilizados, seguindo de ano de surgimento, país de origem, metodologia e interpretação de resultados de cada teste descrito. Sendo assim, é possível visualizar toda a origem dos três protocolos mais utilizados.

4.3 Consequências da anquiloglossia

Algumas consequências da anquiloglossia são alterações oclusais, periodontais, limitações nas funções motoras

linguais e postura baixa da língua na cavidade oral (Almeida et al., 2017). Por conseguinte, limitações na deglutição, mastigação e fonação podem ocorrer (Santos & Barbosa, 2017). Essas alterações serão discutidas a seguir.

O esforço muscular que ocorre durante a sucção é um preparo físico para posteriormente exercer a função mastigatória. Os movimentos de protrusão e retrusão contínuos estimulam positivamente as articulações temporomandibulares para o progresso da mandíbula, prevenindo assim, a ocorrência de distoclusão. No bebê com anquiloglossia esse esforço muscular é comprometido, o que pode ocasionar problemas no crescimento mandibular (Pompéia et al., 2017).

Alterações no freio lingual podem impactar no desenvolvimento da linguagem oral. O diagnóstico precoce é de extrema importância, pois o tratamento evita alterações na fonação e dificuldades ao se alimentar (Rocha et al., 2018). Além disso, o recém-nascido/bebê com anquiloglossia não consegue realizar protrusão e nem o selamento correto da mandíbula. Observando a limitação da língua, surgem complicações no momento da amamentação que podem causar uma dor mamar e consequentemente afetando o momento mãe-bebê (Barreira, 2019).

A interferência no aleitamento é um grave problema, pois o leite materno é importante para a boa nutrição da criança e um bom progresso na saúde física e emocional dos envolvidos mãe e bebê. Para que isso ocorra o lábio inferior do bebê precisa estar para fora, o queixo apoiado na mama e aréola visivelmente acima da boca do bebê (Junior et al., 2019).

Outrossim, existe relação entre pacientes com anquiloglossia, desmame precoce e complicações respiratórias, como a respiração bucal. É de grande importância também citar que um respirador bucal traz consigo grandes chances de desenvolver outros problemas como rinite alérgica, hipertrofias de adenoide, amigdalites de repetição e a má postura que ocasiona por essa disfunção (Quaglio & Rached, 2019).

O posicionamento anormal da língua pode causar prognatismo mandibular combinado com um desenvolvimento insuficiente da maxila, pelo fato de existir uma grande força anterior, a combinação desses fatores pode causar uma má oclusão Classe III. Em casos de um posicionamento lingual elevado, pode ocorrer projeção da língua e mordida aberta posterior e anterior. O autor também afirma que na presença de forças intensas no movimento de retrusão lingual, ocorra diastemas na linha média nos incisivos centrais inferiores e retrações gengivais (Khan et al., 2017).

Caso a anquiloglossia não seja tratada, o padrão alimentar da criança pode ser observado. Por exemplo, o ato de consumir o sorvete é circunscrito, devido a língua não conseguir exercer sua função normal. Outra limitação descrita na literatura é a incapacidade de tocar instrumentos musicais, como flautas, tubas, clarinetes que necessitam do desempenho lingual (Becker & Mendez, 2020). Na fase pré-escolar, ocorre o impacto no ciclo social e podem ocorrer episódios de *bullying*. Em consequência, problemas com a autoimagem e redução da qualidade de vida (Suzart & Carvalho, 2016).

4.4 Tratamento: benefícios de uma intervenção precoce

Após o diagnóstico é preciso analisar qual a melhor modalidade terapêutica para o caso. Existem duas opções de tratamento: o conservador e o não conservador. O tratamento conservador consiste na fonoterapia, que tem o objetivo de alongar o freio lingual (Oliveira et al., 2019). Já a terapia miofuncional é uma alternativa de tratamento quando não é necessário a intervenção cirúrgica, este consiste no estímulo da musculatura com técnicas intra e extraorais (Arruda et al., 2019). O tratamento não conservador é uma mediação cirúrgica denominada de frenectomia (retirada total do freio) e frenotomia (retirada parcial do freio) (Procópio et al., 2017).

A frenotomia faz correção parcial da membrana posterior da língua, e é indicada para frênulo curto, e pacientes nos primeiros dias de vida que apresentam dificuldades na amamentação (Pinto et al., 2019).

Essa técnica cirúrgica feita de maneira convencional utiliza a tesoura cirúrgica ou bisturi, com o auxílio da tentacânula, sendo assim, possibilitando a separação da língua e do frênulo. É um procedimento bastante simples, mas que requer cuidados e conhecimento da técnica, pois sua desvantagem é que pode haver sangramento excessivo, devido ao frênulo

da criança ser bastante vascularizado e relativamente fino (Prado et al., 2019). Pode-se também ser empregado o eletrocautério, que consegue trazer mais segurança e conforto para o paciente (Da Silva et al., 2020).

Já a Frenectomia é um método cirúrgico mais invasivo, onde consiste na remoção total do tecido mucoso (Procópio et al., 2017). Suas indicações são para pacientes mais velhos, como crianças ou adolescentes, devido ao uso de anestésias e a necessidade de suturas (Recchioni et al., 2021).

A técnica cirúrgica consiste em anestésiar o local a ser trabalhado, confeccionar um corte horizontal do freio lingual, divulsionar os tecidos, e por fim, suturar (Rego, 2017). Porém a técnica convencional ainda tem algumas desvantagens, como sangramento, maior tempo de trabalho e recidivas (Izonal Neto et al., 2014).

5. Conclusão

Com esse trabalho é possível concluir que a Anquiloglossia é uma alteração que afeta seriamente as funções orais e do sistema estomatognático da criança. Diante disso, é fundamental que o diagnóstico aconteça o mais precoce possível e que o melhor teste, dentre os disponíveis, seja escolhido para que uma boa avaliação seja feita, assim, podendo determinar a necessidade de uma intervenção cirúrgica. O ordenamento jurídico brasileiro tem reconhecido a importância dessa avaliação, tornando lei a obrigatoriedade do teste da linguinha em maternidades e assim, diminuindo a incidência de crianças com essa condição. Em razão do tema proposto, é esperado que os cirurgiões dentistas possam conscientizar e manter a população informada acerca dessa alteração, assim, possibilitando cada vez mais o diagnóstico precoce e evitando consequências futuras.

Referências

- Aguiar, F. T. B., Barbosa, I., Araujo, T., Oliveira, L., Gurgel, J., Abrante, J., & Jardim, J. (2017). Relação sobre características anatômicas e a anquiloglossia. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, 3(1), 2448-1726. <http://reservas.fcrs.edu.br/index.php/joac/article/view/1710>.
- Alencar, C. J. F., Berti, G. O., Sene, T., & Imparato, J. C. P. (2011). Frenectomia lingual em bebê utilizando eletrocautério e tetracaína: relato de caso. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 65 (5), 340-345. <https://repositorio.usp.br/item/002243475>.
- Almeida K.R., Leal, T.P., Kubo, H., Castro, T. E. S., & Ortolani, C. L. F. (2018). Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. *Revista CEFAC*, 20(2): 258-262. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820212917>.
- Amir, L. H., James, J. P., & Donath, S. M. (2016). Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-3>.
- Araujo, M. DA C. M., Freitas, R. L., Lima, M. G. DE S., Kozmhinsky, V. M. DA R., Guerra, C. A., Lima, G. M. DE S., Silva, A. V. C., Melo Júnior, P. C., Arnaud, M., Albuquerque, E. C., & Rosenblatt (2020). A Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *Jornal De Pediatria*, 96(3), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.013>.
- Arruda, E. M. G., Campos, F., Vasconcelos, R.G., & Vasconcelos M.G. (2019). Repercussão da Anquiloglossia em neonatos: diagnóstico, classificação, consequências clínicas e tratamento. *Sulavista*, 38 (4), 1107-1126. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117865>.
- Azevedo, A.V., Marinho, J.L., & Barreto, R.C. (2020). Anquiloglossia e Frenectomia: Uma Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 98628-98635. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-376>.
- Barreira, A. C. A. (2019). Frenotomia na anquiloglossia e efeitos na amamentação. Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/42696>.
- Bistaffa, A. G. I., Giffoni, T. C. R., & Franzin, L. C. S. (2017). Frenotomia lingual em bebê. Lingual frenotomy in baby. *Revista UNINGÁ Review*, 29 (2), 18 – 22. <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1964>.
- Braga, L. A. D. S., Silva, J., Pantuzzo, C. L., & Motta, A. R. (2009). Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC*, 11(3), 378-390. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700014>.
- Brandão, C. A., de Marsillac, M. W. S., Barja-Fidalgo, F., & Oliveira, B. H. (2018). Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns?. *International journal of paediatric dentistry*, 28(4), 380-389. <https://doi.org/10.1111/ipd.12369>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Nota Técnica n.º 35. – Anquiloglossia em recém-nascidos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_notas_tecnicas_35.pdf.
- Canto, F. T., Letieri, A.S., Agostini, M., Costa neto, O. C., & Castro, G. F. B. A. (2019). Unusual Case Of Ankyloglossia Recurrence After Frenectomy In A Child With Cerebral Palsy. *Rev. Cient*, 4(2): 56-59. <https://doi.org/10.29327/24816.4.2-10>.

- Camargo, Z., Oliveira, L. R., Canton, P. da C., Reis, N. dos., Rusilo, L. C., & Marchesan, I. (2017). Alterações do frênulo lingual e índices acústicos de qualidade vocal. *Intercâmbio*, 36. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/view/35758>.
- Cielo, C. A., Ribeiro, V. V., Christmann, M. K., Lima, J. P. M., Pacheco-Rubim, A. B., Hoffmann, C. F., & Mattiazzi, Â. L. (2016). Alterações de sistema estomatognático em indivíduos disfônicos. *Rev. CEFAC*, 18(3), 613-25.
- Conceição, L. S., Oliveira, L. A., Santos, B. M., Ribeiro, A. L. R., & ALVES, L. A. C. (2017). Terapêutica cirúrgica da anquiloglossia em lactente utilizando anestesia tópica oftálmica. *J Orofac Invest*, 4(2), 41- 46.
- Cota, A. L. S., Lima Á. V., Pereira, S. K. S., & Nemezio, M.A. (2019). Frenectomia para restituição fono-motricial da língua. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 35, p. e1457. 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e1457.2019>.
- Da Silva, J. B., Sobrinho, J. H. D. S., Moreira, P. D. S., Carlos, A. M. P., & Corrêa, A. K. M. (2020). A importância do teste da linguinha para a cirurgia de frenotomia em lactantes: Uma revisão de literatura. *Revista Brazilian Journal of Development*, 6(12), 95024-95035. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-114>.
- Dantas, I. N. (2022). Anquiloglossia, Frenotomia e Frenulotomia em recém-nascidos: revisão de literatura. *Escola Bahiana de medicina e saúde pública*. <https://repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/6458/1/ISADORA%20NUNES%20DANTAS.pdf>.
- De Oliveira, M. T. P. P., Montenegro, N. C., Da Silva, R. A. D. A., De Carvalho, F. M., Rebouças, P. D., & LOBO, P. L. D. (2019). Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. *Revista da faculdade de Odontologia universidade de passo fundo (RFO UPF)*, 24(1), 73-81. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048444>.
- Fournier, R. C. (2017). Frenectomia: abordagem transdisciplinar. *Rev. Cient. odontol.*, 5(2), 702-732. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999126>.
- Fraga, M. R. B. A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., & De Menezes, V. A. (2021). Diagnóstico de anquiloglossia em recém-nascidos: existe diferença em função do instrumento de avaliação? . *CoDAS*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019209>.
- Gomes, J. D. L., De Freitas, R. C., Da Costa, T. N., & Carlos, A. M. P. (2021). A Anatomia, diagnóstico e tratamento de anquiloglossia na primeira infância. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2),5815-5815. <https://doi.org/10.25248/reas.e5815.2021>.
- Isac, C. (2018). Frenectomia-momento ideal da intervenção cirúrgica. Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina Dentária). Instituto Universitário Egas Moniz, 1(1), 71. <http://hdl.handle.net/10400.26/23511>.
- Junior, W. M. P., Ferreira, L. G., & Vasconcelos, A. C. (2019). Frenectomia na primeira infância. *Revista Saúde Multidisciplinar*, 6(1). <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/95>.
- Khan, S., Sharma, S., & Sharma, V. K. (2017). Ankyloglossia: Surgical management and functional rehabilitation of tongue. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, 28(5), 585–587. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_739_16.
- Leônidas, C., & Alves, C. (SBTEIM) Sociedade Brasileira Triagem Neonatal Erros Inatos do Metabolismo. Avaliação da Anquiloglossia em recém-nascidos (teste da linguinha), 2022. <https://www.sbteim.org.br/teste-da-linguinha.aspx>.
- Lisonek, M., Liu, S., Dzakpasu, S., Moore, A. M., Joseph, K. S., & Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada) (2017). Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatrics & child health*, 22(7), 382–386. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx112>.
- De Oliveira Machado, G., & Rodrigues, I. A. L. C. (2021). Impactos da anquiloglossia em bebês. *Revista Interface-Integrando Fonoaudiologia e Odontologia*, 2(1), 18-57.
- Martinelli, R. L. C. (2014). Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparadas com afirmações da literatura. *Revista CEFAC*.16(4):1202–1207.
- Martinelli, R. L. D. C., Marchesan, I. Q., & Berretin-Felix, G. (2013). Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Revista Cefac*, 15, 599-610. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000032>
- Martinelli, R. L. D. C., Marchesan, I. Q., Lauris, J. R., Honório, H. M., Gusmão, R. J., & Berretin-Felix, G. (2016). Validade e confiabilidade da triagem: "teste da linguinha". *Revista CEFAC*, 18, 1323-1331. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161868716>
- Neto, O. I., Molero, V. C., & Goulart, R. M. (2014). Frenectomia: revisão de literatura. *Uningá Review*, 18(3).
- Neto, R. M., da Silva, A. C. M., Soares, S. F., & Varejão, L. C. (2021). Frênulo lingual-Alterações pós frenectomia lingual. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 27927-27936. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-483>
- De Oliveira, D. A. M., Sanches, I. P. R., & Antonio, R. C. (2019). Frenectomia Lingual: relato de caso. *Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas*, 3(5). <https://doi.org/10.24980/ucsb.v3i5.3414>
- Pereira Junior, W. M., Ferreira, L. G., & Vasconcelos, A. C. (2020). Frenectomia na primeira infância. *Revista saúde ultidisciplinar*, 6(2). <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/95>
- Pinto, A. B. R., Crispim, J. B., de Souza Lopes, T., Stabile, A. M., Santin, G. C., & Fracasso, M. D. L. C. (2019). Conhecimento dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico e conduta para anquiloglossia em bebês. *Saúde e Pesquisa*, 12(2), 233-240. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p233-240>
- Pompéia, L. E., Ilinsky, R. S., Ortolani, C. L. F., & Faltin, K. (2017). A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista Paulista de Pediatria*, 35, 216-221. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017.35.2.00016>
- Prado, C. D. E., Demétrio, R., Nuemberg, A., & Costa, G. (2019). Análise comparativa entre duas técnicas cirurgicas de frenotomia lingual. *Comparative*

analysis between two lingual frenotomy surgical techniques. *Jornal Brasileiro de Pediatria*.

Procópio, I. M. S., Costa, V. P. P., & Lia, E. N. (2017). Frenotomia lingual em lactentes. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 22(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.6849>

Quaglio, C., & Abi Rached, C. D. (2019). Validation of a standard operational procedure: protocol for the evaluation of lingual brake with scorecles for babies. *International Journal of Health Management Review*, 5(1). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v5i1.151>

Queiroz, I. Q. D. (2019). Comparação entre dois protocolos para diagnóstico de Anquiloglossia em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília.

Recchioni, C., Leite, L. A., Gomes, P., Pellicoli, A. S. do P., Meneghetti, R. M., Fernandes, A. L. da S., & Passos, G. C. dos. (2021). Surgical treatment of lingual frenectomy: Case report. *Research, Society and Development*, 10(6), e1110614615. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.14615>

Rego, A. S. T. (2017). *Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica*.

Ribeiro, F. P., do Couto Simonetti, Z. P. R., dos Santos, A. S., Belém, L. C., & de Resende, G. B. (2016). Frenectomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. *Revista da AcBO-ISSN 2316-7262*, 5(1).

Ribeiro, L. P. (2017). O teste da linguinha na visão de Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/25931>

Ribeiro, R. D. C. L., & da Silva, F. M. D. S. (2019). Frenectomia lingual com uso do laser de alta potência em odontopediatria: relato de caso. *Revista Naval de Odontologia*, 46(1). <https://doi.org/10.29327/25149.46.1-6>

Rother, E. T., Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista De Enfermagem*, 28(02). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Da Rocha, M. C. P., Bortolussi, A., & Domingos, J. K. R. (2018). O impacto da anquiloglossia na primeira infância e a importância da identificação precoce: The impact of ankyloglossy at first childhood and the importance of early identification (Doctoral dissertation, [sn]). <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1633596>.

Saar, D. R. G., Vinha, M. L. M., Quintão, R. N., Teixeira, S. J. C., Santos, T. P., Vieira, W. S., & Brandão, M. B. F. (2021). A influência das alterações anatômico-funcionais do freio lingual no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista Científica Facs*, 21(28), 76-84.

Santos, P. O. M. D. (2017). Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/755>

Da Silva, J. B., Santos Sobrinho, J. H. D., Moreira, P. D. S., Carlos, A. M. P., & Corrêa, A. K. M. (2020). A importância do teste da linguinha para a cirurgia de frenotomia em lactentes: revisão de literatura / 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>

Souza, P. A. N. D. (2019). Avaliação de diferentes instrumentos utilizados no diagnóstico de anquiloglossia em bebês. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25478>

Suzart, D. D., & Carvalho, A. R. R. D. (2016). Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares. *Revista cEFAc*, 18, 1332-1339. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618621715>

Witwytzyk, L. P., & Tavares, R. da S. C. R. (2017). Fonoaudiologia e saúde pública: análise bibliométrica. *Distúrbios Da Comunicação*, 29(2), 227–236. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i2p227-236>