



## ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM LACTENTE COM ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO

Ankyloglossia in an infant: case report

Access this article online	
<b>Quick Response Code:</b>	
	<b>Website:</b> <a href="https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/65805">https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/65805</a>
	<b>DOI:</b> 10.22409/ijosd.v2i70.65805

**Autores:**

**Luryan Carla De Souza**

Especialista em Odontopediatria - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLM), Serra/ES.

**Josiane Ferreira Corteleti**

Doutora em Clínicas Odontológicas com ênfase em Clínica Odontológica – Faculdade SLM, Campinas/SP; Profa. Dra. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade SLM, Serra/ES.

**José Carlos Pettorossi Imparato**

Doutor em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), São Paulo/SP; Professor Livre Docente da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP, São Paulo/SP; Prof. Dr. do Programa de Pós-Graduação da Faculdade SLM, Brasil.

**Ana Paula Martins Gomes**

Doutora em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria – Faculdade Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo/SP; Professora Voluntária da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ES; Profa. Dra. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade SLM, Serra/ES.

**Instituição na qual o trabalho foi realizado:** Faculdade São Leopoldo Mandic, Unidade Grande Vitória, Espírito Santo.

**Endereço para correspondência:** Av. Nossa Senhora da Penha, RS Trade Tower, Salas 918/919, Praia do Canto, Vitória-ES. CEP: 29055-130, Telefone: +55 (27) 99971-7668

**E-mail para correspondência:** [odontopediatria.slm.es@gmail.com](mailto:odontopediatria.slm.es@gmail.com)



## RESUMO

Este trabalho consiste em um relato de caso que visa descrever a abordagem multiprofissional realizada em lactente com diagnóstico de anquiloglossia. Lactente, sexo masculino, 3 meses de idade compareceu para atendimento odontológico em uma Instituição de Ensino Superior Privada, Serra, ES; acompanhada de sua responsável. Foi encaminhado pela Fonoaudiologia do Hospital Estadual Infantil e Maternidade, Vila Velha, Espírito Santo (ES); com indicação sugestiva para frenectomia lingual. No encaminhamento consta escore 8 do "Protocolo de Avaliação do Frênuco da Língua em Bebês", dificuldade na pega, ganho de peso, dor no mamilo da mãe e dilaceração. Em exame, a sucção apresentou ausência de pressão e acoplamento da língua. O freio apresentou inserção curta e no ápice lingual, e língua baixa na cavidade bucal. Apresentou escore 0 na avaliação pelo "Protocolo de Bristol". A frenotomia foi realizada pela técnica convencional por um profissional habilitado e no pós-operatório, terapia com laser de baixa intensidade. Após 6 meses, o bebê retornou com ganho de peso, pega assertiva, sem compensações e liberação dos movimentos da língua. A abordagem multiprofissional possibilitou o diagnóstico precoce da anquiloglossia. A decisão da frenotomia foi baseada na anatomia do freio e na limitação funcional durante a amamentação. A cirurgia mostrou-se uma intervenção eficaz para corrigir a anquiloglossia, e neste caso trouxe ganhos anatômicos e de mobilidade de língua. A continuidade do acompanhamento com a fonoaudióloga e a observação da evolução e desenvolvimento do bebê é necessário para assegurar o sucesso à longo prazo.

**Palavras-chave:** anquiloglossia. frenectomia oral. aleitamento materno. Lactente. recém-nascido.

## ABSTRACT

This work consists of a case report that aims to describe the interdisciplinary approach carried out on an infant diagnosed with ankyloglossia. Infant, male, 3 months old attended for dental care at a Private Higher Education Institution, Serra, ES; accompanied by their guardian. He was referred by Speech Therapy at the State Hospital for Children and Maternity, Vila Velha, Espírito Santo (ES); with a suggestive indication for lingual frenectomy. The referral states score 8 from the 'Tongue Frenulum Assessment Protocol in Babies', difficulty latching on, weight gain, pain in the mother's nipple and tearing. On examination, the suction showed absence of pressure and tongue coupling. The frenulum presented a short insertion at the lingual apex, and the tongue was low in the oral cavity. It presented a score of 0 in the evaluation using the "Bristol Protocol". The



frenotomy was performed using the conventional technique by a qualified professional and in the postoperative period, low-intensity laser therapy was used. After 6 months, the baby returned with weight gain, assertive latch-on, without compensation and release of tongue movements. The multidisciplinary approach enabled the early diagnosis of ankyloglossia. The decision to perform frenotomy was based on the anatomy of the frenulum and functional limitations during breastfeeding. Surgery proved to be an effective intervention to correct ankyloglossia, and in this case it brought anatomical and tongue mobility gains. Continuing follow-up with the speech therapist and observing the baby's progress and development is necessary to ensure long-term success.

**Keywords:** ankyloglossia. oral frenectomy. breast feeding. Infant. infant, newborn.

## INTRODUÇÃO

A anquiloglossia, ou língua presa, é uma malformação congênita comum caracterizada por um frênuco lingual curto e/ou espesso que limita o movimento da língua (CALVO-HENRÍQUEZ ET AL., 2021; WANG ET AL., 2022; CARNINO ET AL., 2024; JONES ET AL., 2024). Tal limitação no movimento da língua pode contribuir para múltiplas deficiências em crianças, como dificuldade de amamentação e deglutição (WANG ET AL., 2022).

O tratamento da anquiloglossia em lactentes pode variar entre abordagens conservadoras e, quando necessário, a cirurgia de frenotomia é indicada. A frenotomia lingual em lactentes com anquiloglossia é geralmente indicada para bebês com anquiloglossia que apresentam dificuldades de amamentação após a falha de outros tratamentos conservadores. Apesar da escassez de evidências científicas, a liberação precoce do frênuco lingual pode diminuir a possibilidade de desmame precoce (DONATI-BOURNE ET AL., 2015), e impactar positivamente a amamentação (JONES ET AL., 2024). É um procedimento de baixo risco e eficaz para melhorar a postura, a dificuldade de amamentação e a dor materna (BRUNNEY ET AL., 2022). Em estudos, a frenotomia foi determinante para o prolongamento da alimentação mista (GUINOT ET AL., 2022). Este trabalho consiste em um relato de caso que visa descrever a abordagem interdisciplinar realizada em lactente com diagnóstico de anquiloglossia.

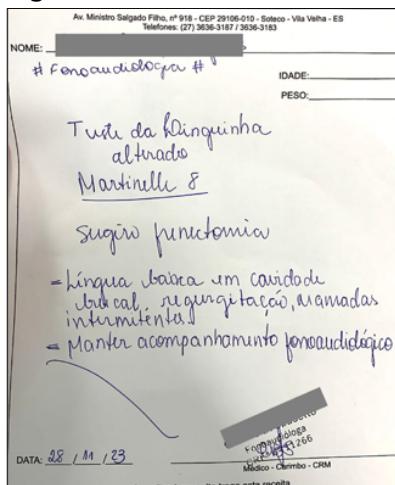


## RELATO DE CASO

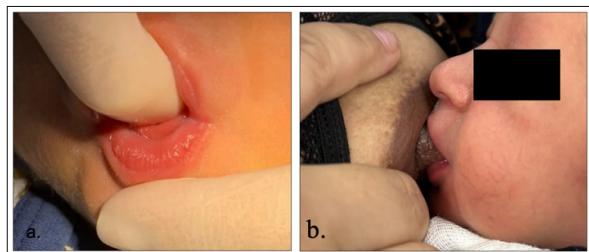
Este caso clínico foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado (CAAE: 78641324.8.0000.5374) de acordo com a resolução CNS N.º 466/2012 e realizado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela responsável. Lactente, 03 meses de idade, sexo masculino, compareceu para atendimento odontológico em uma Instituição de Ensino Superior Privada, Serra, Espírito Santo (ES); acompanhada de sua responsável. Foi encaminhado pela Fonoaudiologia do Hospital Estadual Infantil e Maternidade, Vila Velha, ES; com indicação para “frenectomia lingual” (Figura 1).

No encaminhamento consta escore 8 do "Protocolo de Avaliação do Frênuco da Língua em Bebês" (MARTINELLI, 2013). A avaliação anatomofuncional igual ou maior que 7 considera interferência do frênuco nos movimentos da língua. A mãe queixava-se de dor no mamilo e dilaceração. E o bebê apresentava regurgitação, mamadas intermitentes e posicionamento de língua baixa. Em anamnese, a responsável nega presença de doenças, uso de medicamentos e bicos artificiais.

Inicialmente foi realizado a análise de succção nutritiva e não nutritiva, antes de decidir pela intervenção cirúrgica. A succção apresentou ausência de acoplamento da língua e pressão, dificuldade na pega e ganho de peso do bebê (Figura 2). O exame clínico dos rebordos e tecidos moles foi realizado com o bebê em repouso, durante choro e com manobra de visualização (Figura 3). O freio apresentou inserção curta e no ápice lingual, e língua baixa na cavidade bucal. Apresentou escore 0 na avaliação pelo “Protocolo de Bristol”. E em caso de escore menor ou igual a 3, a interferência na amamentação é atribuída, portanto, ao frênuco lingual e necessita de liberação. Os riscos pertinentes ao procedimento cirúrgico foram repassados e o procedimento foi realizado mediante assinatura do termo de consentimento.

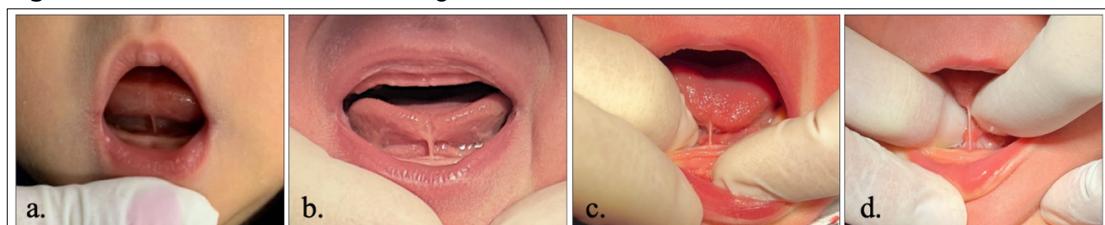
**Figura 1 – Encaminhamento da Fonoaudióloga.**

**Fonte:** Autoria própria.

**Figura 2 – Avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva.**

**Legenda:** a) Avaliação do posicionamento, acoplamento e pressão da língua durante sucção nutritiva e não nutritiva; b) Pequena abertura de boca e pega insatisfatória.

**Fonte:** Autoria própria

**Figura 3 – Exame clínico do freio lingual.**

**Legenda:** a) Exame clínico do freio lingual com o bebê em repouso, de preferência dormindo; b) Exame clínico do freio lingual durante o choro, com a língua apresentando o formato característico de coração; c) Avaliação do nível de inserção do freio lingual - região de rebordo alveolar até o ápice da língua; d) Manobra para visualização do freio.

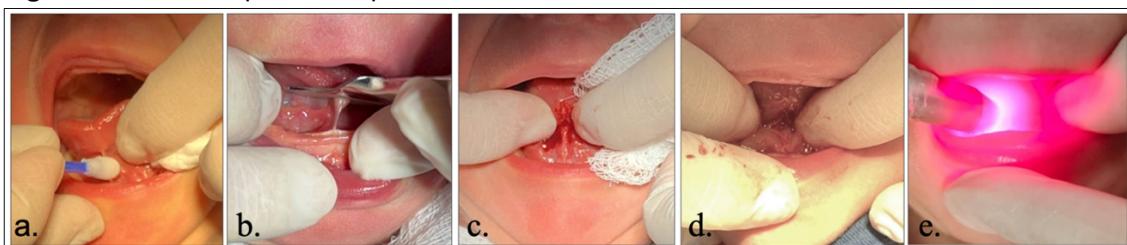
**Fonte:** Autoria própria.

Para o procedimento cirúrgico foi realizado anestesia tópica (Figura 4a) com Lidocaína 5% (EMS) e, anestesia infiltrativa local com Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 2%; DFL, Rio de Janeiro, Brasil), aplicada com agulha extra-curta (AllPrime) e seringa carpule com refluxo. Para immobilizar a língua, foi usada uma tentacâula (Fava), posicionada em 45° para guiar e permitir um corte preciso e controlado. O procedimento cirúrgico de frenotomia

foi realizado por um profissional habilitado e conduzido com segurança, com anestesia tópica e infiltrativa adequadas para a faixa etária, sendo respeitada a dose máxima segura, de 3 mg/kg (tubete anestésico com 36 mg em 1,8 mL). E a seringa carpule com refluxo auxilia na aplicação de anestesia local e evita a injeção accidental de anestésico em vaso sanguíneo.

A técnica cirúrgica foi realizada pelo método convencional, com o uso de uma tesoura de ponta reta. Após o corte, foi realizado a liberação das fibras e hemostasia com gaze estéril embebida em soro fisiológico gelado. Em sequência, de acordo com o protocolo e conduta de biossegurança, foi realizado laserterapia com laser de diodo (*Laser Duo, MMOptics®*). No pós-operatório foi utilizado laser vermelho (660nm), 1 J/cm<sup>2</sup> de energia, com aplicação na região em dois pontos, com distância de 1 cm, para alívio da inflamação e analgesia (Figura 4e).

**Figura 4** – Passos operatórios para frenotomia.



**Legenda:** a) Anestesia tópica; b) Empunhadura e posicionamento da tentacâula; c) Após corte com tesoura; b) Aspecto pós liberação das fibras e hemostasia com soro gelado.; c) Exame clínico do freio lingual em repouso; d) Manobra de visualização; e) Laserterapia.

**Fonte:** Autoria própria

Também foi incentivado o aleitamento materno para proporcionar aconchego e nutrientes importantes para a cicatrização do bebê. A mãe foi orientada a administrar paracetamol em gotas 200mg/mL (1 gota/kg) a cada 6 horas nas primeiras 24 horas, manter as vias aéreas livre e não utilizar bicos. O bebê, também, foi orientado para prática adequada da amamentação, bem como a pega adequada. E por fim, encaminhado para o fonoaudiólogo para acompanhamento pós-operatório.

Após seis meses da frenotomia lingual foi feito o retorno para acompanhamento (Figura 5). A cicatrização do local da cirurgia apresentou-se satisfatória, com ausência de qualquer inflamação ou complicações. A língua apresentava movimentos livres e melhora na pega durante a amamentação. A mãe relatou que a criança se prende ao seio com mais eficácia, não apresenta dor e desconforto, o que facilita a alimentação e ganho de peso saudável. Essa evolução melhorou a experiência da amamentação e contribuirá para introdução alimentar, bem como para o desenvolvimento da fala.

**Figura 5** – Acompanhamento, após 6 meses.



**Legenda:** a) Exame clínico, com manobra de visualização; b) Pega assertiva.

Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

O frênuulo lingual é uma estrutura de tecido conjuntivo submucoso localizado na linha média e quando limita a função da língua, é chamado de língua presa sintomática ou anquiloglossia sintomática (WALSH, TUNKEL, 2017). A língua presa é uma condição que limita a mobilidade da língua devido a presença de frênuulo lingual curto (MESSNER ET AL., 2020). Essa alteração afeta a amamentação, devido à pega ruim do bebê e/ou dor materna (BRUNNEY ET AL., 2022). Em caso de anquiloglossia grave, o movimento restrito da língua afeta a extração do leite e pode causar atrito entre a língua ou gengivas e o mamilo (CORYLLOS ET AL., 2004; HOGAN ET AL., 2005). As complicações para a mãe incluem dor durante a amamentação, deficiência na secreção de leite, ulceração do mamilo, infecção ou sangramento (WALSH, TUNKEL, 2017). Um frênuulo curto tem sido relacionado também, à distúrbios do crescimento craniofacial e má oclusão dentária (BROŽEK-MĄDRY ET AL., 2021; CALVO-HENRÍQUEZ ET AL., 2021). Ainda não é possível entender claramente como e por que a má oclusão ocorre, mas vários fatores podem influenciar a oclusão e o crescimento facial, bem como a genética, a respiração bucal, a deglutição atípica, e outros (CALVO-HENRÍQUEZ ET AL., 2021).

A avaliação do frênuulo lingual em recém-nascidos é importante para o diagnóstico precoce da anquiloglossia a fim de identificar precocemente uma possível interferência na amamentação e estabelecer a conduta adequada em momento oportuno (GUINOT ET AL., 2022). Existem vários sistemas de avaliação e diagnóstico da anquiloglossia. E em todos os hospitais e maternidades brasileiros é recomendado para avaliação do frênuulo lingual em recém-nascidos o uso da versão adaptada do “Protocolo Bristol” e o “Protocolo de Avaliação da Mamada” proposto por UNICEF (BRASIL, 2023). O “Protocolo Bristol” é simples, conciso e o instrumento mais confiável para prever problemas de amamentação (FELDENS ET AL., 2024).



Neste caso clínico, a fonoaudióloga utilizou para diagnóstico o “Protocolo de avaliação do frênuo da língua em bebês” (MARTINELLI, 2013), escore 8. E o operador, o “Protocolo Bristol”, escore 0. No “Protocolo Bristol”, quanto menor o valor, maior o grau de alteração, enquanto no “Protocolo de avaliação do frênuo da língua em bebês”, quanto maior o valor maior o grau da alteração. Os protocolos possuem, portanto, escalas inversas e o ponto de corte para o diagnóstico da alteração do frênuo lingual foi estabelecido respeitando tal diferença.

No “Protocolo de avaliação do frênuo da língua em bebês”, o escore 0 indica a total ausência de alteração e o escore 12, o mais alto grau. Este protocolo consiste em uma avaliação anatomofuncional, ou seja, está incluso a sucção não nutritiva e nutritiva. Já no “Protocolo Bristol”, os escores de 0 a 3 indicam maior comprometimento da função da língua e o escore 8 indica a total ausência de alterações do frênuo lingual. E consiste em uma avaliação anatômica e precisa ter atenção em incluir a avaliação funcional da amamentação, ou seja, a sucção nutritiva e não nutritiva, assim como proposto por Brasil (2023).

Os critérios utilizados para avaliação e classificação do frênuo ainda não são padronizados e isso impossibilita a comparação de resultados e justifica a grande variação na prevalência. Um ponto de concordância entre os autores e pesquisadores da temática é de que o diagnóstico de anquiloglossia não deve considerar apenas as características de aparência anatômica, mas também a função relacionada à limitação do movimento da língua, aspecto crucial na avaliação (MILLS ET AL., 2019).

A anquiloglossia foi diagnosticada em 3-11% dos bebês (KNIGHT ET AL., 2023). Os profissionais que realizam esse diagnóstico necessitam de treinamento prévio (FELDENS ET AL., 2024). O diagnóstico de anquiloglossia envolve um grau de subjetividade por parte do avaliador. E esse cuidado, bem como avaliação *kappa*, possibilita estudos com maior evidência metodológica, a fim de garantir resultados mais concisos. O posicionamento incorreto e a pega são as principais razões por trás das dificuldades observadas para amamentação e não a língua em si (KNIGHT ET AL., 2023).

Um estudo de coorte realizado em três maternidades de capitais brasileiras (Porto Alegre, Salvador e Manaus) evidenciou que a prevalência de anquiloglossia era baixa e seu impacto nas práticas de amamentação podem ser superestimados, e assim levar ao supertratamento cirúrgico em recém-nascidos (FELDENS ET AL., 2024). Apenas 61% dos bebês encaminhados precisou de cirurgia e isto sugere haver um excesso em diagnóstico e ausência de atenção



em outras causas possíveis de dificuldade na amamentação (JONES ET AL., 2024). A abordagem deve ser interdisciplinar e a decisão pela intervenção cirúrgica deve ser indicada após fatores causais serem descartados. Deve ser levado em consideração antes de prosseguir para a frenotomia, as possíveis razões de dificuldade ou cessação de aleitamento materno (dor, problemas emocionais - ansiedade ou depressão; falta de experiência ou orientação para prática adequada da amamentação) (FELDENS ET AL., 2024).

No entanto, a anquiloglossia definida não foi um impedimento para duas das três crianças com essa condição continuarem amamentando aos 12 meses de idade e exclusivamente por 2 e 3 meses. Ao mesmo tempo, é possível que a anquiloglossia definida tenha determinado a cessação precoce de ambos os resultados na outra criança (FELDENS ET AL., 2024). Introduzir novos alimentos antes do período de 4 a 6 meses pode ser perigoso devido a diminuição de ingestão do leite materno (alimento mais rico para o período), e pode levar à deficiência de vitaminas e sais minerais e ao excesso de peso. A introdução alimentar deve ser acompanhada por um profissional.

A frenotomia é geralmente indicada para bebês com anquiloglossia que apresentam dificuldades de amamentação após a falha de outros tratamentos conservadores (DONATI-BOURNE et al., 2015). É um procedimento cirúrgico que divide o frenúlo lingual (BAKER, 2015). É de baixo risco e benéfico quando há uma seleção cuidadosa do paciente (WALSH, TUNKEL, 2017). As contraindicações relativas à frenotomia em lactentes incluem distúrbios neuromusculares, hipotonia, retrognatia e micrognatia, pois a frenotomia lingual pode agravar a glossoptose, obstruir as vias aéreas e complicar a deglutição (MESSNER et al., 2020)

Existe ainda, uma necessidade de pesquisa sobre os possíveis benefícios longitudinais da frenotomia precoce no desenvolvimento craniofacial e na prevenção de maloclusão (POMPÉIA ET AL., 2017; PÓVOA-SANTOS ET AL., 2023; CORDRAY ET AL., 2024). Um estudo clínico randomizado descobriu que a frenotomia pode inclusive, atenuar a gravidade da apneia (VILLA ET AL., 2019; PREEDEEWONG ET AL., 2024; CORDRAY ET AL., 2024). As evidências sobre o tratamento são, portanto, conflitantes (BRUNNEY ET AL., 2022). Debate a decisão de prosseguir com frenotomia ou terapias não cirúrgicas em crianças com anquiloglossia (CORDRAY ET AL., 2024).

Este trabalho enfatiza a importância da avaliação cuidadosa do frenúlo lingual, do correto diagnóstico e a tomada de decisão do tratamento frente aos riscos e benefícios. Vale salientar que o profissional que realiza atendimento ao binômio mãe e bebê deve estar habilitado e apto para o atendimento de lactentes com



limitação/dificuldade no mecanismo de ordenha durante o aleitamento materno. O profissional deve escolher o procedimento que mais se adequa, e intervir, quando necessário, com segurança.

Apesar deste trabalho se tratar de um relato de caso, e de baixa evidência científica, pontos importantes são abordados, como a importância do cuidado multiprofissional frente ao atendimento do binômio mãe e bebê com dificuldade de aleitamento. A partir da experiência frente a esse atendimento, estudos futuros que assegurem essa conduta, bem como com cálculo amostral representativo devem ser estimulados a fim de garantir assertividade nas condutas clínicas frente ao lactente com anquiloglossia.

## CONCLUSÃO

A abordagem multiprofissional possibilitou o diagnóstico precoce, intervenção da anquiloglossia e a consequente manutenção do aleitamento materno, sem dor. Para diagnóstico do freio alterado, foi utilizado dois protocolos e ambos foram eficazes apesar dos valores serem divergentes. No entanto, é importante enfatizar que para utilização do Protocolo de Bristol, deve-se associar a avaliação da mamada do bebê, por ser um protocolo restrito à anatomia do freio.

A partir da avaliação, ambos apresentaram limitação no movimento da língua e necessidade de intervenção cirúrgica. E, portanto, a decisão da frenotomia foi baseada na anatomia do freio e na limitação funcional durante a amamentação. O procedimento foi conduzido com segurança, técnica cirúrgica convencional associada à terapia com laser de baixa potência.

A frenotomia mostrou-se eficaz para corrigir a anquiloglossia, pois trouxe ganhos anatômicos e de mobilidade de língua. Após 6 meses, o bebê retornou com ganho de peso, pega assertiva e liberação dos movimentos da língua. A continuidade do acompanhamento com a fonoaudióloga e a observação da evolução e desenvolvimento do bebê é fundamental para assegurar o sucesso à longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. Calvo-Henríquez C, Neves SM, Branco AM, Lechien JR, Reinoso FB, Rojas XM, O'Connor-Reina C, González-Guijarro I, Martínez Capoccioni G. Relationship between short lingual frenulum and malocclusion. A

multicentre study. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2021 Jul 20:S0001-6519(21)00031-5. doi: 10.1016/j.otorri.2021.01.002. PMID: 34301375.

2. Wang J, Yang X, Hao S, Wang Y. The effect of ankyloglossia and tongue-tie division on speech articulation: A systematic review. *Int J Paediatr Dent*. 2022 Mar;32(2):144-156. doi: 10.1111/ijpd.12802. Epub 2021 May 22. PMID: 33964037.
3. Carnino JM, Rodriguez Lara F, Chan WP, Kennedy DG, Levi JR. Speech Outcomes of Frenectomy for Tongue-Tie Release: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2024 Jun;133(6):566-574. doi: 10.1177/00034894241236234. Epub 2024 Mar 5. PMID: 38444142.
4. Jones H, Hintze J, Walsh M, O'Leary M, Heffernan C. Lingual frenotomy for ankyloglossia in infants with breastfeeding difficulties: a longitudinal observational study. *Eur J Pediatr*. 2024 Dec;183(12):5245-5254. doi: 10.1007/s00431-024-05799-7. Epub 2024 Oct 7. PMID: 39375199.
5. Donati-Bourne J, Batool Z, Hendrickse C, Bowley D. Avaliação e divisão da língua presa: uma intervenção de tempo crítico para otimizar a amamentação. *J Neonatal Surg*. 2015 Jan-Mar;4(1):3. doi: 10.21699/jnsv4i1.265.
6. Bruney TL, Scime NV, Madubueze A, Chaput KH. Systematic review of the evidence for resolution of common breastfeeding problems-Ankyloglossia (Tongue Tie). *Acta Paediatr*. 2022 May;111(5):940-947. doi: 10.1111/apa.16289. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35150472.
7. Guinot F, Carranza N, Ferrés-Amat E, Carranza M, Veloso A. Tongue-tie: incidence and outcomes in breastfeeding after lingual frenotomy in 2333 newborns. *J Clin Pediatr Dent*. 2022 Nov;46(6):33-39. doi: 10.22514/jocpd.2022.023. Epub 2022 Nov 1. PMID: 36624902.
8. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Feliz G. Protocolo de avaliação do frenulo da língua em bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):599-610.
9. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants: A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 Oct 1;143(10):1032-1039. doi: 10.1001/jamaoto.2017.0948. PMID: 28715533.

10. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, Brietzke SE, Darrow DH, Goldstein N, Levi J, Meyer AK, Parikh S, Simons JP, Wohl DL, Lambie E, Satterfield L. Declaração de consenso clínico: Anquiloglossia em crianças. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020 maio;162(5):597-611. doi: 10.1177/0194599820911213.
11. Coryllos E, Watson-Genna C, Salloum A. Congenital tongue tie and its impact on breastfeeding. *Am Acad Pediatr.* 2004;1-6.
12. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Ensaio randomizado e controlado de divisão do freio lingual em bebês com problemas de alimentação. *J Paediatr Child Health.* 2005 maio-junho;41(5-6):246-50. doi: 10.1111/j.1440-1754.2005.00617x.
13. Brożek-Mądry E, Burska Z, Steć Z, Burghard M, Krzeski A. Short lingual frenulum and head-forward posture in children with the risk of obstructive sleep apnea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021 May;144:110699. doi: 10.1016/j.ijporl.2021.110699. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33823467.
14. Brasil. Nota Técnica No 52/2023. Anquiloglossia em recém-nascido. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-conjunta-no-52-2023-cacriad-cgaci-dgci-saps-ms-e-cgsb-desco-saps-ms/view>
15. Feldens CA, Heck ABDS, Rodrigues PH, Coelho EMRB, Vítolo MR, Kramer PF. Ankyloglossia and Breastfeeding Duration: A Multicenter Birth Cohort Study. *Breastfeed Med.* 2024 Jan;19(1):17-25. doi: 10.1089/bfm.2023.0182. PMID: 38241126.
16. Knight M, Ramakrishnan R, Ratushnyak S, et al. Trial Collaborative Group. Frenotomy with breastfeeding support versus breastfeeding support alone for infants with tongue-tie and breastfeeding difficulties: the FROSTTIE RCT. *Health Technol Assess.* 2023 Jul;27(11):1-73. doi: 10.3310/WBBW2302. PMID: 37839892; PMCID: PMC10591207.
17. Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat.* 2019;32(6):824-835. doi: 10.1002/ca.23327.
18. Baker A. Tratamento cirúrgico da anquiloglossia. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;26:28-32. doi: 10.1016/j.otot.2015.01.009.



19. Pompéia LE, Ilinsky RS, Ortolani CLF, Faltin K Júnior. Ankyloglossia and its influence on growth and development of the stomatognathic system. *Rev Paul Pediatr.* 2017 Apr-Jun;35(2):216-221. doi: 10.1590/1984-0462/2017;35;2;00016. PMID: 28977337; PMCID: PMC5496731.
20. Cordray H, Mahendran GN, Tey CS, Nemeth J, Raol N. The Impact of Ankyloglossia Beyond Breastfeeding: A Scoping Review of Potential Symptoms. *Am J Speech Lang Pathol.* 2023 Nov 6;32(6):3048-3063. doi: 10.1044/2023\_AJSLP-23-00169. Epub 2023 Aug 22. PMID: 37606583
21. Póvoa-Santos L, Lacerda-Santos R, Alvarenga-Brant R, Notaro SQ, Souza-Oliveira AC, Occhi-Alexandre IGP, Martins-Pfeifer CC. Ankyloglossia and malocclusion: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2024 Jan;155(1):59-73.e9. doi: 10.1016/j.adaj.2023.09.014. Epub 2023 Nov 22. PMID: 37999659.
22. Villa MP, Evangelisti M, Barreto M, Cecili M, Kaditis A. Short lingual frenulum as a risk factor for sleep-disordered breathing in school-age children. *Sleep Med.* 2020 Feb;66:119-122. doi: 10.1016/j.sleep.2019.09.019. Epub 2019 Oct 23. PMID: 31874353.
23. Preedewong C, Chirakalwasan N, Kaboosaya B. Impact of frenectomy on the oral exercise in patients with ankyloglossia and obstructive sleep apnea: double-blind randomized controlled clinical trials. *Clin Oral Investig.* 2024 Oct 4;28(10):566. doi: 10.1007/s00784-024-05932-8. PMID: 39365358.