

ANQUILOGLOSSIA POSTERIOR COMO CAUSA DE DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO: RELATO DE CASO

POSTERIOR ANKYLOGLOSSIA AS CAUSE OF BREASTFEEDING DIFFICULTIES: A CASE REPORT

MARINA B. B. PEREIRA¹, MARINNA DE S. GONÇALVES², NATHÁLIA O. G. LACERDA², ISMÊNIA S. SALES²,
YVANA DE C. RISPOLI³, AIDA F. COSTA⁴, ILDA M. F. GONÇALVES⁵, WALDEMAR N. DO AMARAL⁶

RESUMO

Anquiloglossia ou língua presa é uma condição congênita caracterizada normalmente por um freio lingual que pode limitar os movimentos da língua. A literatura tem mostrado associação entre anquiloglossia e dificuldades na amamentação e com melhora considerável após o tratamento pelo procedimento de frenotomia. A anquiloglossia tem sido classificada de acordo com a localização da inserção do freio lingual, sendo anterior quando o mesmo está inserido da ponta da língua (forma de coração) até a porção média em sua parte ventral (tipo I e II) e que é mais facilmente reconhecida. A anquiloglossia posterior localiza-se da porção média para porção posterior e menos obviamente identificada. Normalmente a anquiloglossia posterior é caracterizada por um freio grosso e pouco elástico (Tipo III) ou também apresenta-se como um freio submucoso, contra a base da língua, inelástico que é visualizado por meio de manobra e restringe o movimento na base da língua (Tipo IV). Essa alteração no frênuo para o recém-nascido causa dificuldades de alimentação, dispneia da deslocação para a frente da epiglote e da laringe, diminuição da capacidade de selamento bucal, perda de peso e dor mamilar materna. Este estudo reforça a concepção da importância do diagnóstico precoce de anquiloglossia posterior, relatando um caso de recém-nascido com dificuldades de amamentação, em um hospital público localizado em Goiânia – Goiás, cujo diagnóstico de anquiloglossia posterior levou ao tratamento por frenotomia lingual, o que permitiu melhora na amamentação e sua continuidade, trazendo ganho de peso ao bebê, além de maior conforto para a mãe, com a resolução da dor mamilar, aumentando as chances de se estabelecer o aleitamento materno exclusivo ideal para o recém-nascido.

DESCRIPTORIOS: ANQUILOGLOSSIA POSTERIOR, FRENOTOMIA, RECÉM-NASCIDO, AMAMENTAÇÃO, FRÊNULO LINGUAL.

ABSTRACT

Ankyloglossia or tongue-tie, is a congenital condition usually characterized by a lingual frenulum that can limit tongue movements. The literature has shown an association between ankyloglossia and difficulties in breastfeeding and with considerable improvement after treatment by the frenotomy procedure. Ankyloglossia has been classified according to the localization of the lingual frenum insertion, being anterior when it is inserted from the tip of the tongue (heart shape) to the middle portion in its ventral part (type I and II) and which is more easily recognized. Posterior ankyloglossia is located from the middle portion to the posterior portion and less obviously identified. Normally, posterior ankyloglossia is characterized by a thick, non-elastic brake (Type III) or also presents as a submucosal brake against the inelastic base of the tongue, which is visualized by maneuver and restricts movement at the base of the tongue (Type IV). This change in the frenulum for the newborn causes feeding difficulties, dyspnea on the forward movement of the epiglottis and larynx, decreased capacity for oral sealing, loss of weight and maternal nipple pain. This study reinforces the concept of the importance of early diagnosis of posterior ankyloglossia, reporting a case of newborns with

1 - Cirurgiã Dentista. Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares, ABO/DF; Mestre em Medicina Tropical IPTSP/UFG; Doutora em Ciências da Saúde Faculdade de Medicina/UFG.

2 - Acadêmica de Odontologia da UFG.

3 - Cirurgiã-Dentista. Especialista em Odontopediatria. Especialista em Saúde Pública.

4 - Médica. Especialista em Pediatria.

5 - Professora Titular da Faculdade de Odontologia da UFG. Especialista em Odontopediatria USP. Mestre em Odontopediatria UNESP. Especialista em Pacientes Portadores de necessidades especiais CRO-GO. Doutora em Odontopediatria FO/USP.

6 - Médico. Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da FM/UFG.

breastfeeding difficulties, in a public hospital located in Goiânia - Goiás, whose diagnosis of posterior ankyloglossia led to treatment by lingual frenotomy, which improved breastfeeding and its continuity, bringing weight gain to the baby, as well as greater comfort for the mother, with the resolution of nipple pain, increasing the chances of establishing the ideal exclusive breastfeeding for the newborn

KEYWORDS: POSTERIOR ANKYLOGLOSSIA, FRENOTOMY, NEWBORN, BREASTFEEDING, LINGUAL FRENULUM.

INTRODUÇÃO

Denomina-se anquiloglossia um frênulo anormalmente curto e espesso ou delgado que pode restringir em diferentes graus os movimentos da língua¹. O freio lingual é constituído de tecido conjuntivo, no entanto, provavelmente a anquiloglossia tem relação com o desenvolvimento anormal de colágeno e tecido conjuntivo no ventre da língua².

Diversos protocolos de classificações têm sido publicados, mas nenhum tem sido usado consistentemente e muitos são difíceis para a prática clínica^{3,4,5,6}. Existe uma classificação em tipos para a anquiloglossia. Quando anterior, caracteriza-se pela inserção na ponta da língua (Tipo I) ou ligeiramente atrás da ponta (Tipo II). Enquanto a anquiloglossia posterior é caracterizada por um freio grosso e pouco elástico (Tipo III) ou também apresenta-se como um freio submucoso, contra a base da língua, inelástico que é visualizado por meio de manobra e restringe o movimento na base da língua (Tipo IV)⁷⁻⁸. A prevalência de anquiloglossia em bebês³ varia de 0,1% a 12,11%. Isto se deve provavelmente devido aos diferentes critérios de diagnóstico utilizados. Entretanto, a maioria refere-se principalmente a incidência de anquiloglossia anterior⁹. Hong et al, 2010¹⁰ observou que a Anquiloglossia anterior é mais comum e facilmente diagnosticada (94%) quando comparada a anquiloglossia posterior (6%). Outros estudos^{3,11} mostraram prevalência bem maiores da anquiloglossia posterior.

Uma observação importante para detectar a anquiloglossia posterior é fazer o exame físico completo, incluindo a retração da mucosa posterior para que se consiga ver o freio envolvido por mucosa².

Um dos protocolos de avaliação do frênulo da língua para bebês avalia a tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da língua quando elevada, fixação do freio na língua e no assoalho da boca, tempo entre as mamadas, cansaço para mamar, movimento da língua na sucção não nutritiva e tempo da pausa entre grupos de sucções permitindo detectar a interferência do freio lingual nos movimentos da língua¹².

De modo geral, o sintoma mais preocupante em lactantes, em casos de anquiloglossia, seja ela posterior ou anterior, é a incapacidade ou ineficiência na amamentação². Ao se levar em consideração outros casos na literatura pode-se observar que a liberação do freio pode ser realizada com rapidez, segurança e sem anestesia em lactantes com menos de 4 meses de idade¹³

sendo perceptível a melhora na amamentação quando se faz o diagnóstico e tratamento correto para anquiloglossia.

O objetivo desse estudo é relatar um caso de anquiloglossia posterior em recém-nascido com dificuldades de amamentação, avaliar o efeito da frenotomia no desempenho da amamentação e mostrar o relato imediato e após seis meses.

RELATO DO CASO

Paciente recém-nascido, em um hospital público localizado em Goiânia – Goiás. Segundo avaliação da pediatra: recém-nascido termo, adequado para idade gestacional, proveniente de parto normal, sem necessidade de reanimação, Apgar 9 e 10, apresentou dificuldade na amamentação nas primeiras horas de vida e perda de peso, realizando sucção com a gengiva e mordeduras, com mãe referindo dor mamilar. Pelo protocolo de diagnóstico¹² (Teste da Linguinha) não foi considerado alterado. Com 60 horas de vida o recém-nascido apresentava irritabilidade exacerbada e perda ponderal significativa (8% do peso de nascimento).

Os mamilos da mãe estavam doloridos, o bebê os apertava no ato da sucção com pega mamilar. O exame clínico da boca do bebê não mostrou uma anquiloglossia evidente, mas ao se fazer a manobra, retraindo-se o ventre da língua do bebê, observou-se que o frênulo estava inserido na porção média a posterior da superfície inferior da língua, caracterizando um caso de anquiloglossia posterior tipo III (Figura 1).



Figura 1. Foto inicial do frênulo lingual.

Após diagnóstico e avaliação, optou-se pela realização de uma frenotomia lingual. Aplicou-se anestésico tópico Gel-Benzotop (Benzocaína). Logo após, utilizou-se uma pinça hemostática na inserção ventral do frênulo para promover vasoconstrição local com o intuito de diminuir o sangramen-

to. A liberação do frênulo foi realizada com a tesoura Castro Viejo-curta e reta. Fez-se uma compressão leve com gaze após a incisão. O procedimento foi rápido e sem sangramento significativo. A elevação e protrusão da língua foi imediata (Figura 2). O recém-nascido foi colocado para amamentar em seguida.



Figura 2. Foto imediatamente após a frenotomia.

Após a frenotomia observou-se melhora importante na amamentação. A mãe referiu perceber sucção feita com a língua, não dolorosa e sem mordeduras. Após 24 horas do procedimento, o recém-nascido já apresentava ganho de 120 gramas. Foi marcado retorno com sete dias sendo constatado ganho de peso após a alta hospitalar. A mãe relatou que houve resolução completa da dor mamilar e ao entrar em contato sete meses após o procedimento afirmou que foi possível manter o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade.

DISCUSSÃO

Há um protocolo que define o termo anquiloglossia como um frênulo sublingual que altera a aparência e / ou a função da língua do bebê devido à diminuição de comprimento, falta de elasticidade, sendo muito próximo ou dentro da crista gengival¹⁴. Por não ser diagnosticada facilmente, a anquiloglossia posterior, tipo III ou IV, apresenta mais chances de causar dificuldade na amamentação e deglutição, resultando em sintomas significativos para a mãe e o bebê⁷.

Para o recém-nascido a anquiloglossia causa dificuldades de alimentação, dispneia por deslocamento para a frente da epiglote e da laringe, diminuição da capacidade de selamento bucal, perda de peso e dor mamilar materna, além de poder causar também desmame precoce e mastite na mãe e, futuramente, problemas na fala e dificuldade em manter a higiene bucal da criança^{1,10}. A anquiloglossia deve ser tratada o mais cedo possível para minimizar problemas com a amamentação⁷.

A anquiloglossia posterior pode ser tratada com segurança e efetividade, no entanto, tal condição nem sempre é diagnosticada imediatamente, uma vez que o frênulo pode ser escondido e é posterior à cobertura da mucosa². Aqui nós relatamos um caso deste tipo de anquiloglossia é que possível observar uma melhora significativa após a frenotomia tanto para a mãe, com resolução da dor mamilar, quanto para o recém-nascido, que conseguiu seguir com a amamentação, obter um ganho de peso e realizar um aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade.

No entanto, atualmente há estudos que confrontam o diagnóstico de anquiloglossia posterior e a necessidade de frenotomia lingual. De acordo essa linha de raciocínio, o aumento da incidência de problemas na funcionalidade da língua do recém-nascido pode ser explicado devido à complexidade da interação dos comportamentos sociais em relação à amamentação e biologia mãe-bebê. Fatores como o nascimento tecnologicado, falta da modelagem de papéis na amamentação e as lacunas de conhecimento dos médicos, parteiras e enfermeiros sobre amamentação, podem influenciar nas dificuldades neurocomportamentais do aleitamento materno incluindo a função da língua infantil¹⁵.

Por outro lado, há também estudos recentes apresentando resultados positivos após a realização da frenotomia para anquiloglossia posterior^{9,11,16}. Um desses estudos observou melhora imediata na amamentação pós-frenotomia e após duas semanas, sem eventos adversos significativos¹⁶. Um outro possuía uma amostra de 120 pacientes diagnosticados com anquiloglossia posterior, dos quais 91% relataram algum grau de melhora imediata após a frenotomia, com maioria 55% relatando melhora moderada na amamentação¹¹. Um terceiro estudo apontou que 78% dos lactentes que possuíam sintomas de dificuldade de aleitamento materno em sua amostra tinham um freio lingual posterior isolado (anquiloglossia classe III ou classe IV), apresentando melhora significativa após a realização da frenotomia⁹.

De acordo com Hong et al, 2010¹⁰, não existe uma clara definição entre o grau da anquiloglossia com os problemas de amamentação ou com a severidade dos sintomas. Além disso, um protocolo padrão ouro quanto a melhor técnica cirúrgica para os casos de frenotomia, ainda não foi estabelecido. Dessa forma utilizamos a técnica já descrita pela literatura^{17,18}.

O presente estudo reforça a concepção da importância do diagnóstico precoce de anquiloglossia posterior em recém-nascido, reiterando que o tratamento correto através da frenotomia é eficaz, uma vez que permite obter uma melhora na amamentação e sua continuidade, além de trazer um maior conforto para a mãe e para o bebê, aumentando as chances de se estabelecer o aleitamento materno exclusivo ideal para o recém-nascido. Contudo é preciso estabelecer a segurança desse procedimento.

Sendo assim, Anquiloglossia anterior é mais facilmente reconhecida e diagnosticada quando comparada com a Anquiloglossia posterior, que é pobremente identificada mas que pode também apresentar dificuldades na amamentação. O diagnóstico é difícil devido a subjetividade clínica. Entretanto os profissionais de saúde deveriam ter conhecimento desta condição além de pesquisas adicionais serem necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Suter, V.G.; Bornstein, M.M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol.* 2009;80(8),1204-19.
2. Chu MW, Bloom DC, Posterior Ankyloglossia: A case report, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2009; 73:881–883.
- 3 – Walsh, J, Tunkel, D Diagnosis and treatment of anquiloglossia in newborns and infants. A review. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery.* 2017, 1-8.
- 4 -Hazelbaker Assessment for Lingual Frenulum Function. [Acesso em 2 de junho de 2015]. Disponível em: https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf
5. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Felix GB. Protocolo de avaliação do frênilo lingual para bebês: Relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev. Cefac.* 2013;15(3): 599 -610.
6. 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 Nº 25/2018. Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT). 2018.
7. Coryllos E, Watson Genna C, Salloum A. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for Mother and Baby, American Academy of Pediatrics.* 2004 Summer: 1–6.
8. Knox I, Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn, *Neo Reviews* 112010;513–519.
9. Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC, Breastfeeding improvement following tongue tie and lip tie release: A prospective cohort study, *The Laryngoscope* 2017;127:1217-1223.
10. Hong P, Lago D, Seargeant J., Pellman L., Magit AE, Pransky SM, Defining ankyloglossia: a case series of anterior and posterior tongue ties, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2010;74:1003–1006.
11. Pransky SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2015;79:1714–1717.
13. Ballard JL, Auer CE., Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad, *Pediatrics* 2002;110:63–69.
14. Ballard J, Chantry C, Howard CR: ABM Clinical Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 2004. Disponível em: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia-protocol-english.pdf> Acesso em: 12 Jul. 2018.
- 15 Douglas PS, Rethinking “posterior” tongue-tie. *Breastfeed Med* 2013 Dec;8(6):503-6.
16. Benoiton L, Morgan M, Baguley K., Management of posterior ankyloglossia and upper lip ties in a tertiary otolaryngology outpatient clinic. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;88:13-16.
17. Hogan, M.; Westcott, C.; Griffiths, M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*, 2005,41, 246-250.

18. Buryk, M.; Bloom, D.; Shope, T. Efficacy of neonatal release of anquiloglossia: a randomized trial. *Pediatrics.* 2011, 128(2) 280-88.