

Declaração de Posição da Academia de Medicina da Amamentação (*Academy of Breastfeeding Medicine – ABM*) em Anquiloglossia na Dupla Mãe/Bebê

Yvonne LeFort,¹ Amy Evans,^{2,3} Verity Livingstone,⁴ Pamela Douglas,^{5,6} Nanette Dahlquist,⁷ Brian Donnelly,⁸ Kathy Leeper,⁹ Earl Harley,¹⁰ Susan Lappin¹¹; e Academia de Medicina da Amamentação

Introdução

Nos últimos anos, tem havido um aumento significativo no interesse por anquiloglossia e língua presa, como pode ser visto pelo aumento do número de trabalhos publicados.¹ Isso caminha juntamente com um aumento chamativo de diagnósticos e tratamentos de língua presa no mundo todo.²⁻⁴ Apesar dessa realidade, existe falta de consenso em relação ao diagnóstico e tratamento da língua presa ao redor do mundo e entre os profissionais de saúde.⁵

A falta de estudos baseados em evidências de alta qualidade, incluindo ensaios randomizados controlados e dados longitudinais, para orientar clínicos a desenvolver o manejo ideal dessa condição é problemático. Em resposta a essa situação, a *Academy of Breastfeeding Medicine – ABM*, reuniu uma força-tarefa de especialistas – clínicos que trabalharam extensivamente nesta área – para fornecer uma declaração de posição que reúne e sintetiza a evidência em língua presa disponível. A nossa esperança é que todos aqueles que atendem mães que amamentam e seus bebês, tenham acesso a esse documento e forneçam um cuidado mais consistente e colaborativo.

Background

A experiência clínica tem identificado na anquiloglossia neonatal, ou “língua presa”, uma potencial origem de desconforto e trauma mamilar materno, e como um fator dificultador da transferência de leite materno pelo lactente, sendo, portanto, considerado um fator de risco para desmame precoce.⁶

A língua presa existe quando a amplitude de movimentos da língua, e consequentemente a sua função, está reduzida, devido à presença de um freio sublingual restritivo. Estudos recentes de anatomia, acerca da microanatomia do freio sublingual, mostraram que o freio não é apenas uma discreta

estrutura ou banda histológica. O freio sublingual é uma dobra de tecido que fica aparente quando a língua eleva e tensiona o assoalho bucal. Essa dobra é sempre composta de mucosa oral. Algumas vezes, essa dobra também contém fásia do assoalho bucal, ou fásia e músculo genioglossos, que permanecem como uma variação anatômica normal.^{7,8}

Imagens por ultrassom identificaram que movimentos específicos da língua e a proximidade posicional do mamilo relativamente à junção do palato duro com palato mole do lactente estão associados com amamentação efetiva e confortável. Quando a língua sobe e desce dentro da cavidade oral, acompanhando a excursão da mandíbula, a pressão negativa varia, facilitando a transferência de leite durante a amamentação. Um aumento no vácuo, ou na pressão negativa, acontece quando a língua é rebaixada, contrariamente, a redução da pressão negativa acontece quando a língua se eleva.^{9,10} É sabido também que a presença e sensação tátil de tecido mamário na cavidade oral leva a um reflexo de excursão da mandíbula, que a língua acompanha, gerando vácuo no contexto do vedamento bucal.¹¹

Considerações Clínicas

Um freio sublingual restritivo, levando a limitação da movimentação da língua, pode gerar um impedimento funcional significativo para uma pega adequada, sucção e transferência de leite pelo lactente, assim como desconforto e trauma mamilar e areolar materno durante a mamada, resultando em um aumento do risco de desmame precoce.^{6,12}

Queixas subjetivas das mães que amamentam bebês com língua presa incluem, dificuldade para acoplar o bebê ao seio, dor no mamilo, drenagem ineficaz da mama, mamadas com tempo prolongado, bebê pouco saciado quando se alimenta diretamente ao seio. Achados objetivos podem incluir mamilos amassados e/ou traumatizados, estase do leite no seio, ganho de

¹Milford Breastfeeding Clinic, Auckland, New Zealand.

²Center for Breastfeeding Medicine, Community Regional Medical Center, Fresno, California, USA.

³UCSF-Fresno, Fresno, California, USA.

⁴Vancouver Breastfeeding Clinic, Department of Family Medicine, UBC, Vancouver, Canada.

⁵Maternity Newborn and Families Research Collaborative MHIQ, Griffith University, Queensland, Australia.

⁶Discipline of General Practice, University of Queensland, Queensland, Australia.

⁷Westside Breastfeeding Center, Hillsboro Pediatric Clinic, Hillsboro, Oregon, USA.

⁸General Pediatrician, Allegheny Health Network, Pediatrics Adjunct Professor Pediatrics, Carlow University, Clinical Instructor of Pediatrics, Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.

⁹Milkworks Non-profit Breastfeeding Center, Lincoln and Omaha, Nebraska, USA.

¹⁰School of Medicine, Georgetown University, Washington, District of Columbia, USA.

¹¹Family Medicine, Dalhousie University, Director of Newborn Services, IWK Hospital and Medical Direct Collaborative Breastfeeding, Halifax, Canada.

peso inadequado do lactente devido a transferência/ingesta insuficiente de leite do seio.¹³⁻¹⁶ Como esses não são problemas comuns de duplas mãe/bebê, é importante ressaltar que eles podem ser inapropriadamente atribuídos a um freio sublingual normal, que foi rotulado de “restrito”. A importância de realizar uma avaliação ampla e habilidosa da amamentação, incluindo considerar diagnósticos diferenciais, e avaliando esses potenciais fatores de confusão, não pode ser subestimada.¹⁷

Avaliação e Diagnóstico

Várias ferramentas relativas ao movimento da língua na presença de um freio sublingual potencialmente restritivo foram publicadas com o objetivo de ajudar o profissional a determinar se um lactente necessita de intervenção cirúrgica.¹⁸⁻²³ Essas ferramentas variam muito nos quesitos avaliados, na complexidade, e também na confiabilidade da ferramenta entre avaliadores. Nenhuma ferramenta é destinada a ser usada na prática clínica como o único meio de decisão se uma frenotomia é indicada ou não. Uma decisão como essa só deve ser feita em conjunto com uma avaliação habilidosa de amamentação.²⁴

Uma avaliação clínica detalhada da amamentação, antes da decisão de tratar uma língua presa, deve incluir anamnese e exame físico materno, procurando evidência de trauma mamilar e drenagem ineficiente da mama, e a história clínica e exame físico do bebê, com ênfase nos achados anatômicos orais. Observação direta da mamada é essencial. O potencial impacto de qualquer variação anatômica, como a língua presa, na habilidade do lactente em transferir leite do seio, necessita uma avaliação durante a mamada, que inclui conforto materno e evidência de transferência de leite por deglutição audível e/ou visível.²⁵ Pesar o bebê antes e após a mamada, em uma balança infantil digital, pode sugerir a quantidade de leite ingerida naquela específica mamada, mas não pode ser interpretado como aplicável a todas as mamadas do dia da dupla mãe/bebê.

Manejo Conservador/Expectante

Muitos problemas na amamentação podem ser superados com suporte habilidoso. Mudando a pega e a posição e com uso temporário de intermediários de silicone e suplementação com leite materno ordenhado quando necessário, muitos desafios da amamentação podem ser melhorados se não resolvidos. Com o tempo, a habilidade do bebê acoplar efetivamente pode melhorar com o crescimento.^{26,27} Entretanto, assim como não há evidência de alta qualidade sobre a eficácia da frenotomia para língua presa, também não há evidência da eficácia de estratégias não-cirúrgicas para a gama de problemas que as mães podem encontrar e o seu seguimento de longo prazo.

Manejo Cirúrgico

Entre as diversas publicações sobre língua presa dos últimos 20 anos, ao menos cinco ensaios clínicos randomizados e controlados foram realizados, comparando o desfecho de lactentes tratados cirurgicamente versus manejados não-cirurgicamente para anquiloglossia. Esses estudos foram analisados em uma revisão de 2017 da *Cochrane Database Systematic Reviews*.²⁸ Todos os cinco estudos foram considerados limitados em diversos pontos-chave, como a falta de padronização na definição de língua presa e no método de tratamento, as amostras pequenas, e falta de seguimento de longo prazo. Entretanto, em uma análise agrupada, a frenotomia foi relacionada com menor dor mamilar nas mães. Os autores apontam que muitas questões permanecem sem resposta, incluindo o momento adequado para a frenotomia e o desfecho de longo prazo para grupo de lactentes tratado versus não-tratado.

Indicações para Frenotomia

A língua presa clássica é uma dobra de mucosa e algumas vezes fásia, que é visível à elevação da língua e que restringe a sua função. Se na avaliação é verificado que está restringindo significativamente a função da língua do bebê, em relação à amamentação, a frenotomia pode ser oferecida.

Como qualquer intervenção, deve ser uma decisão conjunta entre o profissional e a família, incorporando os valores e preferências familiares, com atenção aos riscos e benefícios de cada alternativa. Se o manejo conservador é escolhido, o seguimento em um local onde a amamentação possa ser avaliada e a frenotomia realizada se houver indicação futura, deve ser oferecido à família.

Como língua presa é um diagnóstico funcional, a presença isolada de um freio sublingual, uma estrutura anatômica comum e normal, não é indicação para intervenção cirúrgica.²⁹⁻³¹ A liberação cirúrgica de um freio sublingual restritivo, uma língua presa “clássica”, pode ser uma intervenção efetiva se dor mamilar e/ou baixa transferência de leite não pode ser corrigido oportunamente através de medidas conservadoras.^{24,32-38}

Métodos de Frenotomia

Existem diversos métodos de frenotomia que podem ser realizados, conforme a experiência de cada profissional. O objetivo geral é realizar o procedimento de maneira minimamente invasiva, dividindo efetivamente o freio sublingual para liberar a restrição da língua e restaurar uma amplitude de movimento, permitindo uma amamentação confortável e efetiva. Todos profissionais que realizam frenotomias devem estar atentos aos riscos do procedimento, que devem ser comunicados claramente aos pais, através de termo de consentimento informado por escrito. Esses profissionais devem estar preparados para fornecer manejo pós-cirúrgico imediato e suporte necessário.³⁰

O uso de tesouras para tratar “língua presa clássica” tem uma longa história e continua sendo o padrão-ouro. Além disso, bisturi, eletrocautério e *lasers* são atualmente utilizados para realizar frenotomias. Até o momento não há estudos publicados que comparem os instrumentos cirúrgicos ou métodos utilizados para realizar frenotomias. Existem, entretanto, alguns estudos com animais que passam por cirurgia oral, onde incisões com bisturi a frio cicatrizaram mais rápido que incisões feitas com *laser* de diodo, possivelmente devido ao dano por temperatura ao freio e tecidos subjacentes quando o *laser* é utilizado.^{39,40} Esses princípios podem ser aplicáveis a incisões na mucosa oral humana.⁴¹

Incisões mais profundas no tecido oral, além da incisão clássica para língua presa, em lactentes amamentados, tem perigos específicos e requerem um alto nível de habilidade e atenção para evitar risco de sangramento, formação de hematoma, dano em tecidos colaterais, ou lesão em nervos que podem resultar em parestesia ou dormência da língua.⁴² Não é possível visualizar todos os ramos do nervo lingual e bebês são incapazes de relatar qualquer perda de sensação na língua.⁸ Dor após o procedimento devido a incisões muito grandes podem resultar em aversão oral em um lactente.^{43,44} Existe um caso publicado de aversão oral relacionada a infecção por *staphylococcus* na ferida da frenotomia, e alguns outros casos reportados de hemorragia com risco de vida^{45,46} o que mostra as possíveis complicações mais sérias de uma frenotomia.

Cuidados Pós Frenotomia

Os membros dessa força tarefa acreditam que o seguimento clínico após frenotomia é indispensável. Fazendo isso, o profissional pode avaliar a efetividade da cirurgia e documentar a ocorrência de qualquer evento adverso ou complicação do lactente – incluindo sangramento prolongado, dor persistente, infecção no sítio cirúrgico, e/ou aversão oral,

anotando qualquer piora ou parada da amamentação após o procedimento. Auxílio extra com a amamentação deve ser oferecido quando necessário.

Não existe evidência para amparar a prescrição de manipulação oral após procedimento ou alongamentos na incisão ou próximo dela. Da mesma forma, não existe evidência ou diretrizes seguras que amparem o uso de substâncias tóxicas no sítio cirúrgico após a frenotomia.

A prática de tratar cirurgicamente outros freios intraorais ou periorais, além do freio sublingual, não é apoiada por evidência publicada que mostre aumento da transferência de leite ou redução do trauma mamilar materno.⁴¹ O freio labial superior, especificamente, é uma estrutura normal com evidência pobre de que a intervenção pode melhorar a amamentação, não podendo, portanto, ser recomendado. Além disso, cirurgia para liberar “freios bucais” não deve ser realizada.⁴⁷⁻⁵⁰

Conclusão

Na presença de um freio sublingual restritivo, frenotomia pode ser uma maneira efetiva de aumentar o conforto materno e a transferência de leite pelo bebê. Oferecer esse serviço pode prevenir desmame precoce.

Entretanto, a decisão de tratar um bebê requer um alto nível de habilidade, julgamento e discernimento.

Existe uma necessidade constante de pesquisa de alta qualidade nas seguintes áreas específicas relacionadas ao tratamento da língua presa:

1. Uma definição clara de “língua presa”, que faça a diferenciação com o freio sublingual normal.
2. O tamanho da incisão sublingual necessária para o melhor desfecho da amamentação.
3. Documentação consistente de efeitos adversos imediatos e no longo prazo após procedimentos cirúrgicos de todos os métodos.
4. Identificação do melhor instrumento cirúrgico e técnica para frenotomia.
5. Os subsequentes desfechos de longo prazo após frenotomia em relação a efetividade e duração da amamentação.

Declaração de Conflitos de Interesse

Os autores são profissionais que praticam Medicina da Amamentação (*Breastfeeding Medicine*) e todos contribuíram com este documento. Não há nenhum conflito de interesse financeiro entre os autores que seja necessário esclarecer.

Informação de Financiamento

Não houve financiamento de nenhum tipo para ser produzida a presente Declaração de Posição.

Tradução para Português-BR por:

Giovana M. Rorato, MD, IBCLC

Referências

1. Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB. A dramatic increase in tongue-tie related articles: A 67-year systematic review. *Breastfeed Med* 2014;12:410–414.
2. Joseph KS, Kinniburgh B, Metcalfe A, et al. Temporal trends in Ankyloglossia and frenotomy in British Columbia Canada 2004–2014: A population-based study. *CMAJ Open* 2016;4:E33–E40.
3. Kapoor V, Douglas P, Hill P, et al. Frenotomy for tongue-tie in Australian Children, 2006–2016, an increasing problem. *Med J Australia* 2018;208:88–89.
4. Walsh J, Links A, Boss E, et al. Ankyloglossia and lingual frenotomy: National trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997–2012. *Oto Head Neck Surg* 2017;156:735–740.
5. Jin RR, Sutcliffe A, Vento M, et al. What does the world think of tongue tie? *Acta Paediatr* 2018;107:1733–1738.
6. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2015;23:11–16.
7. Mills N, Pransky S, Geddes D, et al. What is a tongue-tie? Defining the Anatomy of the in-situ Frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:749–761.
8. Mills N, Keough N, Geddes D, et al. Defining the anatomy of the neonatal frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:824–835.
9. Geddes DT, Langton D, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
10. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, et al. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: A case series. *Acta Paediatr* (Oslo, Norway: 1992) 2010;99:301–303.
11. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018;58:145–155.
12. Scott JA, Binns C, Oddy W, et al. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a Cohort Study. *Pediatrics* 2006;117:e646–e655.
13. Wright JE. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 1995;31:276–278.
14. Messener AH, Lalakea L, Aby J, et al. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:36–39.
15. Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lactat* 2004;4:409–414.
16. Ricke LA, Baker N, Madlon-Kay DJ, et al. Newborn tongue-tie: Prevalence and effect on Breastfeeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:326.
17. Caloway C, Hersh C, Baars R, et al. Association of Feeding Evaluation with frenotomy rates in Infants with Breastfeeding Difficulties. *JAMA Oto Head Neck Surg* 2019;145:817–822.
18. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2010.
19. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2012.
20. Srinivasan A, Al Khoury A, Puzhko S, et al. Frenotomy in infants with breastfeeding problems. *J Hum Lactat* 2019;35:706–712.
21. Marchesan IQ. Lingual frenulum protocol. *Int J Orofac Myol* 2012;38:89–103.
22. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2015;100:F344–F349.
23. Ingram J, Copeland M, Johnson D, et al. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J* 2019;14:31.
24. Schlatter S-M, Schupp W, Otten J-E, et al. The Role of tongue-tie in breastfeeding problems—a prospective observational study. *Acta Paediatr* 2019;108:2214–2221.
25. Riordan J, Gill-Hopple K, Angeron J. Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk Intake. *J Hum Lactat* 2005;21:406–412.
26. Lalakea ML, Messener AH. Ankyloglossia does it Matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381–397.
27. Douglas PS. Making sense of studies that claim benefit of Frenotomy in the absence of classic Tongue-tie. *J Hum Lactat* 2017;33:519–523.

28. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011065.
29. Haham A, Marom R, Mangel L, et al. Prevalence of Breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: Prospective cohort study. *Breastfeed Med* 2014;9:438–441.
30. Power RF and Murphy JF. Tongue-tie and frenectomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489–494.
31. Walker R, Messing S, Rosen-Carole C, et al. Defining tip to frenulum length for Ankyloglossia and its impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med* 2018;13:204–210.
32. Hogan M, Wescott C, Griffiths M. A Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246–250.
33. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006;1:216–224.
34. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni F. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breastfed infants with Ankyloglossia: A randomized prospective study. *J Plastic Surg* 2006;41:1598–1600.
35. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280.
36. Kumar M and Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr* 2012;101:687–689.
37. O'Callahan C, Mccary S, Clemente, S. The effects of officebased frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Ped Otol* 2013;77:827–832.
38. Ramoser G, Guoth-Gumberger M, Baumgartner-Sigl S, et al. Frenotomy for tongue-tie (frenulum linguae breve) showed improved symptoms in the short and long-term follow up. *Acta Paediatr* 2019;108:1861–1866.
39. Morosolli ARC, Veeck EB, Niccoli-Filho W, et al. Healing process after surgical treatment with scalpel electrocautery and laser radiation. *Lasers Med Sci* 2010;25:93–100.
40. D'Arcangelo C, Di Maio FDN, Prospero GD, et al. A preliminary study of healing of diode laser versus scalpel incisions in rat oral tissue: A comparison of clinical, histological and immunochemical results. *Oral Surg Oral Path Oral Radiol Endodont* 2007;103:764–773.
41. Romeo U, Russo C, Palaia G, et al. Biopsy of different oral tissue lesions by KTP and diode laser: Histological evaluation. *Sci World J* 2014;6.
42. Varadan M, Chopra A, Sanghavi AD, et al. Etiology and clinical recommendations to manage complications following lingual frenectomy: A critical review. *J Stomatol Maxillofac Surg* 2019;120:549–553.
43. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and other oral ties. *Otolaryngol Clin North Am* 2019;52:795–811.
44. Hale M, Mills N, Edmunds L, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health* 2019;56:557–562.
45. Reid N, Rajput N. Acute feed refusal followed by Staphylococcus aureus wound infection after tongue-tie release. *J Paediatr Child Health* 2014;50:1030–1031.
46. Kim DH, Dickie A, Shih ACH, Graham ME. Delayed hemorrhage following laser frenotomy leading to hypovolemic shock. *Breastfeed Med* 2021;346–348.
47. Messener AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162:597–611.
48. Rizeq N, Wasserteil N, Mimouni F, et al. Upper lip tie and breastfeeding: A systematic review. *Breastfeed Med* 2019;14:83–87.
49. Douglas P, Cameron A, Cichero J, et al. Australian Collaboration for Infant Oral Research ACIOR Position Statement: Upper lip tie, buccal ties and the role of frenotomy in infants. *Austr Dental Pract* 2018.
50. Santa Maria C, Aby J, Truong MT, et al. The Superior Labial Frenulum in Newborns: What is normal? *Global Pediatr Health* 2017;4:1–6.

Correspondência para:
 Yvonne LeFort, MD, FRNZCGP, FCFP, FABM, IBCLC
 Milford Breastfeeding Clinic
 50 East Coast Rd Milford
 Auckland 0620
 New Zealand

E-mail: milfordbreastfeedingclinic@gmail.com