


TRATAMENTO DE ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊ, NÃO É SÓ UM PIC LINGUAL: RELATO DE CASO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-017>

Data de submissão: 04/01/2025

Data de publicação: 04/02/2025

Bruna Ramos da Costa
Mestre em Odontologia
UFMA

Tacília Machado Bezerra Braga
Doutora em Odontologia
Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

Juliana Cabral Pereira
Graduação em Odontologia
Ceuma

Sandy Alves Silva
Graduação em Odontologia
Centro de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Nádia Vanessa de Carvalho Figueirêdo
Mestre em Odontologia
UFMA

Isabella Melo Claudino Moreira
Mestre em Odontologia
UFMA

Lavínia Kaline Nascimento Chaves
Graduação em Odontologia
UFPE

Franklin Monteiro de Sousa
Graduação em odontologia
UFMA

RESUMO

Anquiloglossia é uma anomalia congênita que pode ser corrigida por meio de técnicas cirúrgicas do tipo: frenotomia, frenectomia ou frenuloplastia. O objetivo do presente trabalho é demonstrar, por meio de um relato de caso clínico a importância dos cuidados durante a cirurgia de freio lingual em bebês. Paciente A.L.G., sexo feminino, 3 meses de vida, foi encaminhado pelo fonoaudiólogo para atendimento, com o diagnóstico de anquiloglossia. Na anamnese a mãe relatou dificuldade na amamentação com dores e fissuras mamárias, além de muita irritabilidade da bebê ao pegar o peito. Durante o exame clínico constatou um freio delgado na porção mais anterior e com a porção mais posterior espessa. Sua inserção era em ponta de língua e crista alveolar. Então foi realizada a cirurgia de frenectomia lingual sob anestesia local, utilizando um método frio para remoção do freio. No momento do

procedimento foi identificado um vaso bem calibroso, o que levou à interrupção do procedimento cirúrgico, para evitar riscos de sangramento abundante. Paciente foi encaminhada para a fonoterapia e após seis meses retornou sem nenhuma alteração e com uma boa mobilidade de língua. A abordagem clínica e multiprofissional de forma responsável é o principal fator para sucesso o tratamento da anquiloglossia, minimizando desconfortos e riscos ao bebê. Este estudo relatou a importância de uma intervenção cirúrgica bem empregada com base na literatura e com um acompanhamento, o que comprovou a eficácia do procedimento quando realizado de maneira precoce e prudente.

Palavras-chave: Odontopediatria. Anquiloglossia. Recém-Nascido.

1 INTRODUÇÃO

O frênulo ou freio lingual é definido como uma estrutura dinâmica constituído por tecido conjuntivo fibro-denso, vasos sanguíneos, fâscias musculares, fibras colágenas tipo I e III e fibras de elastina tipo III. Localizado na linha média do ventre lingual e no assoalho bucal, esta estrutura tipo diafragma suspende a língua e as estruturas do assoalho da boca dentro do arco da mandíbula, criando um equilíbrio entre mobilidade e estabilidade. (BRITO ET AL., 2008; GHADERI ET AL., 2014; BAXTER ET AL., 2018 MILLS ET AL., 2020)

A anquiloglossia é uma anomalia congênita comumente conhecida como língua presa, é o distúrbio mais comum da morfologia da língua caracterizada por freio lingual inadequadamente preso (muito curto ou espesso), restringindo seus movimentos, impactando muitas vezes na amamentação, respiração, mastigação, deglutição, fonação e até mesmo a postura corporal. (ALMEIDA ET AL., 2018; WALSH; BENOIT, 2019; ZAGHI ET AL., 2019; FIORAVANTI ET AL., 2021; HAND ET AL., 2020) A incidência de anquiloglossia relatada na literatura varia de 0,02% a 10,7% Essa discrepância, em parte, pode estar relacionada a diferentes métodos de avaliação e classificações utilizadas para diagnosticar essa entidade patológica. (BALLARD ET AL., 2002; EDMUNDS ET AL., 2011; OLIVI ET AL., 2021)

As evidências científicas mostram inúmeras classificações para anquiloglossia. (KOTLOW, 1999; MARCHESAN ET AL., 2012) Uma das mais reconhecidas é a classificação de Kotlow, que avalia o comprimento da parte livre da língua e mede a distância da ponta da língua até o local de fixação da broca na língua. Outra, a classificação de Coryllos, descreve a aparência do frênulo e local de fixação. (KOTLOW, 1999; GRIFFITHS, 2006) A classificação de Todd-Hogan mostra divisão em freio anterior e posterior. As classificações funcionais foram descritas por Hazelbaker, Amir, Martinelli e Marchesan. Dentre os listados, Marchesan descreveu a classificação clinicamente útil que mede a diferença (dada em porcentagem) entre a abertura máxima da boca com a língua apoiada no fundo da boca e com a língua tocando a papila palatina. (AMIR ET AL., 2006; MARCHESAN ET AL., 2012; MARTINELLI ET AL., 2012; HAZELBAKER, 2017)

No Brasil, o teste da linguinha (Protocolo de Martinelli) virou Lei nº 13.002, no dia 20 de junho de 2014, tendo obrigatoriedade a aplicação do protocolo de avaliação do freio lingual em todos os recém-nascidos vivos. (BRASIL, 2014) O diagnóstico dos freios alterados necessita de uma abordagem interdisciplinar, por meio de profissionais da área da saúde habilitados, capazes de realizar uma avaliação funcional, da anatomia, e da sucção. (MESQUITA NETTO; VIEIRA, 2020)

O tratamento da anquiloglossia é por meio de intervenção cirúrgica realizada nas estruturas que constroem o freio lingual, sempre associados com exercícios miofuncionais realizados antes e

após o procedimento. (ZAGHI ET AL., 2019; FIORAVANTI ET AL., 2021; TRIPODI ET AL., 2021). Outros tratamentos médicos complementares incluem terapia craniossacral, terapia miofuncional orofacial, quiropraxia e naturopatia. (WALSH; BENOIT, 2019)

Os procedimentos cirúrgicos mais comuns para tratamento da anquiloglossia são frenotomia, frenectomia e frenuloplastia. (ZAGHI ET AL., 2019; KIM ET AL., 2020) Podendo ser realizado pelo método convencional com tesoura/bisturi, eletrocautério ou laser. (OLIVI ET AL., 2021; OLIVI ET AL., 2012)

Tendo em vista toda anatomia e as estruturas que compõem o freio lingual, a cirurgia apresenta riscos reduzidos, porém mesmo sendo um procedimento rápido, não se pode relativizar, principalmente quando se trata de bebês que ainda apresentam uma imaturidade fisiológica dos órgãos e sistemas. Podendo ocorrer complicações no pós-operatório, como dor, sangramento excessivo, edema, inflamação e em alguns casos infecção. Além da possibilidade de lesionar estruturas vizinhas, se a técnica for executada de forma incorreta. (AMÁVEL, 2020)

Dessa forma o objetivo do presente trabalho é demonstrar, por meio de um relato de caso clínico a importância dos cuidados durante a cirurgia de freio lingual em bebês.

2 RELATO DE CASO

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade CEUMA, foi realizado o atendimento do paciente A.L.G., gênero feminino, 3 meses de vida, nascido em uma maternidade em São José de Ribamar, com 2,110kg, foi encaminhado pelo fonoaudiólogo para atendimento na clínica escola Ana Lúcia Chaves da Universidade CEUMA, com o diagnóstico de anquiloglossia. No decorrer da anamnese a mãe relatou a dificuldade durante a amamentação, com dor e fissuras mamárias, além de escorrer leite pelas comissuras labiais. Durante a avaliação da sucção foi verificado um ritmo lento com poucas sucções e pausas longas, além de estalos da língua durante a amamentação.

Para avaliação do freio, foi aplicado o protocolo de Martinelli (MARTINELLI ET AL., 2012- ANEXO 1) onde foi observado presença de um freio lingual delgado na porção mais anterior e espesso mais para posterior. O freio estava inserido no ápice lingual e crista alveolar anterior, que ao ser projetada formava um aspecto de coração, sendo visualizada com a manobra (Figura 1). Logo após a avaliação do freio observou-se a presença de manta branca na língua (Figura 2).

Figura 1 - Aspecto inicial do freio lingual



Figura 2 - Presença de manta branca



Após anamnese e exame clínico, iniciou-se o tratamento cirúrgico para a anquiloglossia, sendo frenectomia a técnica mais adequada. Dessa maneira, foi realizado a anestesia infiltrativa com anestésico do tipo lidocaína 2% com vasoconstrictor epinefrina 1:100.000. Depois da dessensibilização da região, a língua foi imobilizada usando a tentacânula (Figura 3). E em seguida foi realizada a incisão utilizando a tesoura Íris reta. No momento do procedimento foi identificado um vaso bem calibroso, o que levou à interrupção do procedimento cirúrgico, para evitar riscos de sangramento abundante. (Figura 4).

Figura 3 - Uso da tentacânula para imobilização do freio

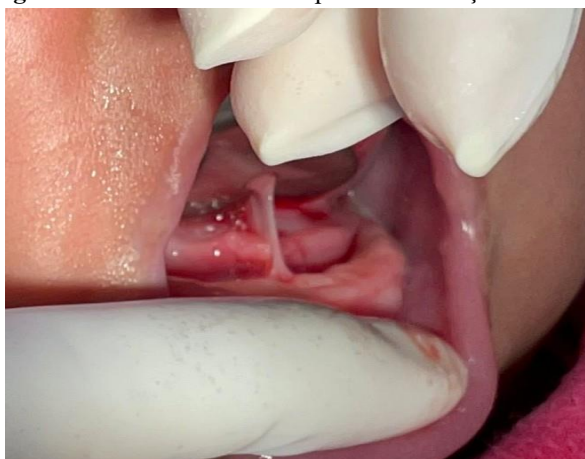


Figura 4 - Presença do vaso calibroso



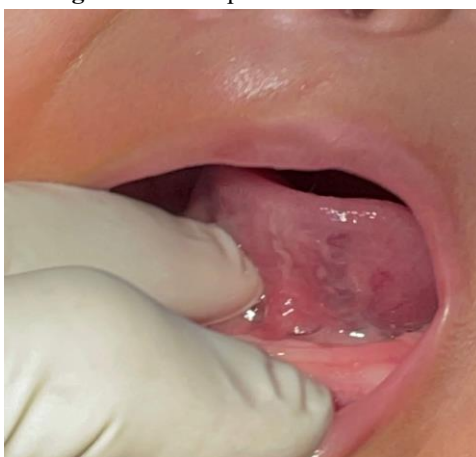
Figura 5 - Pós-operatório imediato



Ao término do procedimento (Figura 5) a paciente foi consecutivamente levada ao peito materno, e já foi observada pela mãe a diferença no esforço de sucção da mama, o que atestou o êxito da intervenção cirúrgica. Posteriormente a cirurgia, a mãe recebeu as recomendações pós-operatórias, e em caso de dor ou febre, foi orientada a intervir com analgésicos.

A paciente foi encaminhada para a fonoterapia. Após 7 dias foi realizado uma consulta de retorno para avaliar a evolução do caso, e observou-se uma fina película esbranquiçada, uma característica habitual durante o processo de cicatrização (Figura 6). Após seis meses a bebê retornou sem nenhuma alteração e com uma boa mobilidade de língua.

Figura 6 - Pós-operatório de 7 dias



Pós-operatório de 6 meses (Figura 8). Observa-se uma mobilidade de língua satisfatória, pela qual a mãe relatou que o bebê está se alimentando com frutas e legumes.

Figura 7 - Pós-operatório de 6 meses



Foi observado também, após 6 meses uma reinserção do freio mais para posterior do ventre lingual sem comprometer a mobilidade e a função (Figura 8).

Figura 8 - Reinserção do freio mais para posterior do ventre lingual



3 DISCUSSÃO

Durante a avaliação do recém-nascido por meio do protocolo proposto por Martinelli, ocorreu a necessidade de realizar a intervenção cirúrgica, já que a anquiloglossia, ocasiona diversos fatores que prejudicam diretamente na saúde do bebê, pelo qual observam-se queixas maternas com relação a dor, interrupção da amamentação, falta de leite, perda de peso pelo bebê e outros agravos como dificuldades na higiene bucal. Evidencia-se desta forma, a necessidade de atitudes integrativas para o correto diagnóstico e decisão cirúrgica precoce visando a qualidade de vida no binômio mãe-bebê. (MESQUITA NETTO e VIEIRA 2020).

A presença de um freio língual alterado, trará consequências em períodos importantes do desenvolvimento do indivíduo. Uma língua mal posicionada não permite que as arcadas dentárias se formem adequadamente, limita o crescimento da mandíbula e durante a introdução alimentar o bebê poderá engasgar-se e ter seletividade alimentar. No futuro poderá prejudicar a fala, postura corporal

e até mesmo nos relacionamentos afetivos. (PANTANO, 2017; MAZZONI ET AL., 2021; SCOPPA; PIRINO, 2019).

Por conta disso, atualmente o teste da linguinha tem como principal objetivo identificar precocemente a anquiloglossia em recém-nascidos por meio do protocolo proposto por Martinelli. Na maternidade, essa avaliação é realizada nas primeiras 24 horas de vida do bebê, essa avaliação é obrigatória segundo a Lei nº 13.002/2014. Associada ao exame, é indicada a avaliação da mamada, considerando que a anomalia da língua é capaz de levar dificuldades na pega, ocasionando assim perda de peso do recém-nascido além dos fatores que colaboram para o desmame antecipado. (MARTINS, 2016). No caso apresentado nesse trabalho, a bebê realizou o teste da linguinha somente após 2 meses de nascida, já tendo impacto na amamentação e no peso da criança. Após a aplicação do protocolo de Martinelli et al. (2013) foi observado um escore elevado considerando então interferências do freio nos movimentos linguais, levando assim ao diagnóstico de anquiloglossia. Observando também, através do protocolo que o paciente tinha dificuldade em segurar o mamilo durante a amamentação, e realizava estalos devido a interferência causada no freio.

As técnicas mais comuns para o reparo do freio são as frenotomias, frenectomias ou frenuloplastias, pela qual se diferem quanto a sua extensão. A frenotomia é o pequeno corte com tesoura ou bisturi, já a frenectomia trata-se da remoção física do tecido por excisão, ablação ou vaporização. A frenuloplastia é a técnica de cortes múltiplos, na qual duas áreas de retalho triangulares são rotacionadas e suturadas para formar o Z. Elas podem ser executadas através de bisturi elétrico, tesouras, eletrocautério ou lasers. O freio lingual é uma prega membranosa de tecido mucoso, que liga a superfície ventral da língua ao assoalho da boca de um lado e ao osso basal da mandíbula do outro lado. Em alguns indivíduos, as fibras do freio estão presas à ponta da língua, restringindo assim seus movimentos fisiológicos e por esse motivo é necessário à sua intervenção cirúrgica. (VARANDAN ET AL., 2019; BAXTER, 2018)

Por se tratar de uma área muito delicada, onde encontram-se glândulas salivares importantes, vasos bem calibrosos, artérias e nervos, é necessária uma intervenção responsável e cuidadosa a fim de não expor o bebê a grandes riscos e desconforto. Em vista disso, podem acontecer complicações pós-operatórias, que são classificadas da seguinte forma: complicações que surgem imediatamente a poucas horas após a frenectomia lingual (complicações intraoperatórias ou imediatas) e complicações que surgem alguns dias a semanas após a frenectomia (complicações pós-operatórias ou tardias). Dentre elas estão as hemorragias, formação de cistos de retenção salivar (rânula, mucocele), fibrose, hematomas, parestesia da língua, infecções no espaço submandibular etc. (VARANDAN ET AL., 2019)

A principal etiologia do sangramento intraoperatório excessivo após a frenectomia é devido à lesão acidental dos vasos sanguíneos maiores ou menores (artéria submentoniana ou sublingual) durante a excisão do freio. Cerca de 3-8% dos episódios de sangramento são observados na prática clínica durante ou após a frenectomia (BALLARD; CHANTRY; HOWARD, 2004; MARCHESAN ET AL., 2004; OLIVI ET AL., 2012). A lesão da anastomose da artéria sublingual com os capilares terminais da artéria alveolar inferior do outro lado do freio lingual é a mais frequente lesada durante a frenectomia lingual (KHAN ET AL., 2017). A lesão acidental das veias linguais superficiais e profundas (varizes linguais) também pode induzir sangramento durante a cirurgia. Portanto, uma incisão profunda e longa que se estenda além da língua no tecido gengival ou mucoso na face lingual da mandíbula anterior deve ser evitada para evitar lesões nos ramos do canal alveolar inferior e seu plexo anastomosante (KLEPÁČEK; SKULEC, 1994; ROSANO ET AL., 2008). O sangramento intraoperatório durante a frenectomia lingual deve ser tratado identificando-se primeiro a fonte e o tipo de sangramento (arterial, capilar ou venoso). Inicialmente a hemostasia deve ser imediatamente tentado pela aplicação de uma pressão utilizando agentes hemostáticos locais, como uma esponja de colágeno absorvível, celulose oxidada, hemocoagulase, trombina tópica, entre outros. Se um vaso sanguíneo de tamanho médio ou grande for cortado, suturas cirúrgicas na superfície ventral da língua deve ser realizada imediatamente (MARCHESAN ET AL., 2004; OLIVI ET AL., 2012). Adjuntos como eletrocautério, cauterização química com pacotes de nitrato de prata e lasers também podem ser usados para controlar o sangramento.

No presente caso durante a intervenção cirúrgica foi observado um vaso calibroso logo após o rompimento do freio, o que levou a interrupção do procedimento para evitar risco de sangramento abundante. Embora a frenectomia lingual seja um procedimento cirúrgico comum e relativamente simples, o freio lingual está inserido em uma região muito delicada o que torna o local vulnerável a várias complicações intra e pós-operatórias. Portanto, o conhecimento abrangente e a compreensão das várias etiologias das complicações associadas à frenectomia lingual são de suma importância para fornecer cuidados pós-operatórios ideais e alcançar bons resultados clínicos e satisfação geral do paciente. (VARANDAN ET AL., 2019)

4 CONCLUSÃO

A abordagem clínica e multiprofissional de forma responsável é o principal fator para sucesso o tratamento da anquiloglossia, evitando desconforto ao bebê e levando a um aumento de sua qualidade de vida. Este estudo relatou a importância de uma intervenção cirúrgica bem empregada,

com base na literatura e com um acompanhamento, o que comprovou a eficácia do procedimento quando realizado de maneira precoce e prudente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kleber Rosa de et al. Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. *Revista CEFAC*, v. 20, p. 258-262, 2018.

AMÁVEL, Rui. Frenectomia. *Saúde Bemestar.pt*, Jornal online, 18 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/frenectomia/>. Acesso em 18 de maio de 2022.

AMIR, Lisa H.; JAMES, Jennifer P.; DONATH, Susan M. Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *International Breastfeeding Journal*, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2006.

ARADZENKA, Isabelle. O que é a frenectomia lingual e por que ela influencia na amamentação? *Bebê.com.br*, Jornal online, 26 de setembro de 2021. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/developmento-infantil/o-que-e-a-frenectomia-lingual-e-por-que-ela-influencia-na-amamentacao/>. Acesso em 18 de maio de 2022.

BALLARD, J.; CHANTRY, C.; HOWARD, C. R. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Number 11: Mastitis. *Acad Breastfeed Med*, 2004.

BALLARD, Jeanne L.; AUER, Christine E.; KHOURY, Jane C. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*, v. 110, n. 5, p. e63-e63, 2002.

BAXTER, Richard et al. Functional improvements of speech, feeding, and sleep after lingual frenectomy tongue-tie release: a prospective cohort study. *Clinical pediatrics*, v. 59, n. 9-10, p. 885-892, 2020.

BAXTER, 2018 (Tongue-Tied, p.74).

BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. *Diário Oficial da União*, 2014.

BRITO, Suellen Ferro de et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Revista CEFAC*, v. 10, n. 3, p. 343-351, 2008.

EDMUNDS, Janet; MILES, Sandra; FULBROOK, Paul. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Review*, v. 19, n. 1, p. 19-26, 2011.

FIORAVANTI, Miriam et al. The Efficacy of Lingual Laser Frenectomy in Pediatric OSAS: A Randomized Double-Blinded and Controlled Clinical Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 11, p. 6112, 2021.

GHAHERI, Bobak A. et al. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *The Laryngoscope*, v. 127, n. 5, p. 1217-1223, 2017.

GRIFFITHS, M. Tongue ties and breast feeding. *Archives of Disease in Childhood*, v. 91, n. 6, p. 542-542, 2006.

HAND, P. et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1: Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release. *European Journal of Paediatric Dentistry*, v. 21, n. 4, p. 309-317, 2020.

HAZELBAKER, Alison K. Assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF). *Clinical Lactation*, v. 8, n. 3, p. 132-133, 2017.

KHAN, Shadab et al. Ankyloglossia: Surgical management and functional rehabilitation of tongue. *Indian Journal of Dental Research*, v. 28, n. 5, p. 585, 2017.

KIM, Tae Hoon et al. Comparison of simple frenotomy with 4-flap Z-frenuloplasty in treatment for ankyloglossia with articulation difficulty: A prospective randomized study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 136, p. 110146, 2020.

KLEPÁČEK, I.; SKULEC, R. Relation between lingual nerve, submandibular gland duct and mandibular body in the sublingual space. *Acta chirurgiae plasticae*, v. 36, n. 1, p. 26-27, 1994.

KOTLOW, Lawrence A. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence international*, v. 30, n. 4, 1999.

MARCHESAN, Irene Queiroz; MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; GUSMÃO, Reinaldo Jordão. Lingual frenulum: changes after frenectomy. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 24, p. 409-412, 2012.

MARCHESAN, Queiroz et al. Lingual frenulum: classification and speech interference. *The International journal of orofacial myology: official publication of the International Association of Orofacial Myology*, v. 30, p. 31-38, 2004.

MARTINELLI, R.L.C et al. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev. CEFAC*, v.14, n.1, p.138-145, jan-fev, 2012.

MARTINELLI, RL de C.; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETIN-FELIX, Giédre. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofacial Myology*, v. 38, p. 104-12, 2012.

MARTINS, Graziela de Souza Queiroz. Língua presa pode prejudicar a amamentação e respiração. *Hospital Sírio Libanês, Jornal Online*, 06 de janeiro de 2016. Disponível em: <https://hospitalsiriolibanes.org.br/blog/otorrinolaringologia/lingua-presa-pode-prejudicar-a-amamentacao-e-a-respiracao>. Acesso em 19 de maio de 2022.

MESQUITA NETTO, Gabriele Magalhães; VIEIRA, Letícia. O teste da linguinha e a importância da frenectomia precoce. *CEMOI, Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva, Jornal online*, 24 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.cemoi.com.br/o-teste-da-linguinha-e-a-importancia-da-frenotomia-precoce/>. Acesso em 18 de maio de 2022.

MILLS, Nikki et al. Understanding the lingual frenulum: histological structure, tissue composition, and implications for tongue tie surgery. *International Journal of Otolaryngology*, v. 2020, 2020.

OLIVI, G. et al. Lingual frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. *Eur J Paediatr Dent*, v. 13, n. 2, p. 101-6, 2012.

OLIVI, G. et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 2: Lingual frenum release. Functional surgical approach. *European journal of paediatric dentistry*, v. 22, n. 2, p. 47- 54, 2021.

PANTANO, Mariana. Teste da linguinha - o que dizem os especialistas?. Em foco APCD, São Paulo/SP, 20 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.apcd.org.br/index.php/noticias/933/em-foco/20-06-2017/teste-da-linguinha-o-que-dizem-os-especialistas>. Acesso em 19 de maio de 2022.

PEREIRA JUNIOR, Walter Mariano; FERREIRA, Laiane Galhardo; VASCONCELOS, Artur Cunha. Frenectomia na primeira infância. *Revista Saúde Multidisciplinar*, v. 6, n. 2, 2019.

ROSANO, G. et al. Evaluation of anterior mandible anatomy in oral surgery. *Italian Oral Surgery*, v. 7, n. 2, p. 7-14, 2008.

SCOPPA, Fabio; PIRINO, Alessio. Is there a relationship between body posture and tongue posture? Glosso-postural syndrome between myth and reality. *Acta Medica Mediterranea*, v. 35, p. 1897-1907, 2019.

TRIPODI, D. et al. Short lingual frenulum: From diagnosis to laser and speech-language therapy. *European journal of paediatric dentistry*, v. 22, n. 2, p. 71-74, 2021.

VARADAN, Manjusha et al. Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, v. 120, n. 6, p. 549-553, 2019.

WALSH, Jonathan; BENOIT, Margo McKenna. Ankyloglossia and other oral ties. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 52, n. 5, p. 795-811, 2019.

ZAGHI, Soroush et al. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, v. 4, n. 5, p. 489-496, 2019.