Triagem neonatal da anquiloglossia: risco ou benefício?

Anquiloglossia é uma condição de limitação da movimentação da língua causada por um freio lingual restritivo,[1,2] que apesar de não necessariamente causar problemas,[3] vem sendo sugerida como uma das possíveis causas de dificuldades na amamentação.[1-3] Como são comuns dificuldades iniciais na amamentação, não só pela adaptação inicial relativa à pega e posição do bebê, como também como consequência de outros fatores ou patologias, é preciso critério na determinação do impacto do freio lingual[1], até porque não parece haver relação direta entre o aspecto anatômico e qualquer problema funcional específico do freio lingual.[4,5]

O aumento preocupante nas taxas de frenotomia em bebês ao redor do mundo,[1,2] fez com que muito tenha sido publicado, nos últimos anos, acerca da anquiloglossia.[3] Todavia, a qualidade das publicações ainda não permite que se tenha evidências suficientes para que se defina quais os impactos na vida do indivíduo, qual a melhor forma e o momento para se diagnosticar, assim como quais os benefícios e riscos dos tratamentos, em especial, da frenotomia em bebês.[1-3] O apoio especializado ao manejo na amamentação parece ser um ponto crucial no sucesso da amamentação, diminuindo inclusive a necessidade de frenotomias.[3]

Durante décadas, compreendemos o freio lingual como uma estrutura única de tecido conjuntivo com espessura, elasticidade e local de fixação diversos. No entanto, um estudo anatômico recente constatou que o freio lingual é uma estrutura dinâmica, sendo formado por dobras da fáscia do assoalho bucal formando uma prega na linha média tendo uma morfologia variada, de acordo com as estruturas que são mobilizadas para a movimentação da língua.[4,5]

Mesmo com incertezas e escassez de evidências sobre o tema,[1,2] desde 20/06/2014, a Lei 13.002 tornou obrigatória a realização do teste de triagem neonatal da anquiloglossia em todos os bebês nascidos no território brasileiro.[6] Inicialmente, o teste de triagem era realizado através do exame anatomofuncional do Protocolo de Martinelli, que ficou conhecido, no Brasil, como "Teste da Linguinha", e, internacionalmente, como *Neonatal Tongue Screening Test* (NTST).[7] Desde 2016, com a regulamentação da Lei, o Ministério da Saúde sugere que a avaliação neonatal do freio lingual seja realizada pelo protocolo *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT).[8] Em 2018, foi recomendado o uso da versão ilustrada do BTAT, considerando a anquiloglossia grave quando se pontua 0-3, pontuação 4-5 seria um diagnóstico "duvidoso" e 6-8 freio lingual normal. Além disso, a indicação de necessidade de tratamento cirúrgico deixou de estar unicamente relacionada ao escore do teste, e passou a existir a necessidade da avaliação da amamentação, sendo necessária a presença de algum problema na amamentação para a sugestão da frenotomia.[9]

A Sociedade Brasileira de Pediatria pede a revogação da Lei 13.002 desde que ela foi sancionada, em 2014, discutindo a necessidade de se fazer testes de triagem para o exame do freio lingual, uma vez que tal análise já faz parte do exame físico do recém-nascido, sendo o Brasil o primeiro e único país a implementar a triagem neonatal da anquiloglossia.[10] Mundialmente, os diferentes testes de avaliação da anquiloglossia são indicados quando há uma dificuldade de amamentação, inclusive, o *Picture Tongue Assessment Tool For Tongue-Tie In Breastfed Babies* (TABBY),[11] que é essa versão ilustrada do BTAT, os autores deixam claro a necessidade da avaliação da mamada para a indicação da frenotomia.

Além disso, os novos estudos anatômicos aumentaram as incertezas em torno de quando e como o freio lingual restringe a movimentação da língua e, em que casos essa limitação é suficiente para justificar uma intervenção cirúrgica.[4,5] Observa-se que a literatura ainda não é consensual quando se refere a qual é o melhor teste diagnóstico a ser utilizado para a identificação da anquiloglossia neonatal, não existindo um instrumento ou metodologia padrão-ouro estabelecido para a realização desta avaliação.[1-3] Somado a isso, o fato da Lei 13.002[6] ter sido feita com base no NTST[7] e a sua regulamentação sugerir o uso da *Picture Tongue Assessment Tool For Tongue-Tie In Breastfed Babies* (TABBY)[11] com os pontos de corte do BTAT,[8] faz com que haja grande discussão entre os profissionais sobre qual seria a melhor forma de diagnóstico e a validade de se realizar a um teste de triagem neonatal para a anquiloglossia. Até que ponto, usar um teste que foi desenvolvido e validado para uso em bebês com dificuldades de amamentação, como triagem neonatal, de uma condição que pode ser assintomática, não está levando ao sobrediagnóstico e consequente sobretratamento?

A discussão acerca de quem realiza os testes é outro ponto de controvérsia, nas notas técnicas, o Ministério da Saúde estabelece que o teste para a avaliação do freio lingual poder ser realizado por qualquer profissional treinado. Todavia, o tratamento cirúrgico para liberação do freio

lingual deve ser realizado, exclusivamente, por médicos ou dentistas capacitados.[9]

Embora, o dentista atue essencialmente na cavidade bucal, sendo um dos profissionais que poderia realizar tanto o diagnóstico como o tratamento da anquiloglossia, as nossas associações de classe demoraram para se posicionar oficialmente, diferente das sociedades de pediatria e de fonoaudiologia que já vem discutindo e se posicionando desde a publicação da Lei 13.002, em 2014. E, apesar das notas técnicas contarem com dentistas na equipe, apenas, em 2018, houve um posicionamento oficial da odontologia solicitando a revogação da Lei de triagem neonatal da anquiloglossia.[12]

Nesse cenário de incertezas e, diante do aumento alarmante de frenotomias em bebês,[1,2] da falta de evidência dos benefícios da frenotomia em neonatos,[2] do relato de complicações maiores relacionadas a essa cirurgia,[3,13] e da obrigatoriedade da avaliação do freio lingual no Brasil,[6] é importante que a odontologia discuta, com urgência, esse assunto de forma a estabelecer a melhor prática com base nas evidências para o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia neonatal.

Referências

1. 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. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(5):597-611. doi: 10.1177/0194599820915457. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32283998.

2.American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Management of the Frenulum in Pediatric Patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022-2023/P. TBD.

3.Costa-Romero M, Espínola-Docio B, Paricio-Talayero JM, Díaz-Gómez NM. Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. Arch Argent Pediatr. 2021;119(6):e600-e609. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2021.eng.e600. PMID: 34813240.

4.Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clin Anat. 2019;32(6):749-761. doi: 10.1002/ca.23343. Epub 2019 Feb 19. PMID: 30701608; PMCID: PMC6850428.

5.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.23410. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31116462.

6.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 23 jun 2014. p. 117-A (Seção 1- Edição extra):4. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm

7.Martinelli RLC, Marquesan IQ, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Cartilha do teste de língua: Amamentar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Editorial Pulso; 2014.

8.Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;100(4):F344-8.

9.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica Nº11/2021. Brasília. 2021.

10.Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Neonatologia. Nota de Esclarecimento. 08 agosto 2014. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/nota_esclarecimento-dc_neo.pdf.

11.Ingram J, Copeland M, Johnson D, Emond A. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). Int Breastfeed J. 2019;14:31.

12.Associação Brasileira de Odontopediatria. Nota de esclarecimento: "Posição da Associação Brasileira de Odontopediatria com relação à Lei Federal 13002/14 que instituiu a obrigatoriedade de aplicação nos hospitais e maternidades brasileiros do "Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês" (Teste da Linguinha). Disponível em: https://abodontopediatria.org.br/nota-de-esclarecimento-protocolo-de-avaliacao-do-frenulo-da-lingua-em-bebes-teste-da-linguinha/.

13.Solis-Pazmino P, Kim GS, Lincango-Naranjo E, Prokop L, Ponce OJ, Truong MT. Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020;138:110356. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110356. Epub 2020 Sep 1. PMID: 32927351.

Fernanda Barja-Fidalgo

Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária e Docente Colaboradora do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Professora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Clínica Odontológica e Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Membro Consultor do Departamento Científico em Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro - SOPERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.