



Especialização em

DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

2023/2024

UC 4 – INTERVENÇÃO NAS DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

Módulo 14: Avaliação e intervenção nas disfunções orais
na amamentação em idade pediátrica

Docente: Fga Dr.^a. Vanessa Felipe de Deus

vanessafelipededeus@hotmail.com

PAP



13 de Janeiro de 2024

INSTITUTO EPAP

Avaliação e intervenção nas disfunções orais na amamentação em idade pediátrica

FGA. MS. VANESSA FELIPE DE DEUS





Vanessa Felipe de Deus

FONOAUDIÓLOGA

ESPECIALISTA EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO (RIS-GHC)

MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (FAMED - UFRGS)

TERAPEUTA DO CONCEITO NEUROEVOLUTIVO BOBATH

CONSULTORA EM ALEITAMENTO MATERNO





Disfunções orais



Manejo clínico das disfunções orais na amamentação

Clinical management of oral disorders in breastfeeding

Maria Teresa C. Sanches*

Resumo

Objetivo: Abordar os aspectos relacionados com a detecção precoce e o manejo clínico das disfunções orais na amamentação.

Fontes de dados: Revisão bibliográfica com enfoque no manejo clínico das disfunções orais em crianças amamentadas, utilizando artigos científicos, livros técnicos, teses e publicações nacionais e internacionais.

Síntese dos dados: As disfunções orais (desordens da sucção do bebê), se não corrigidas precocemente, podem gerar ações inadequadas, prejudicando o desempenho satisfatório entre mãe e bebê na mamada. Os profissionais de saúde podem contribuir nesses casos, reconhecendo e intervindo precocemente através de capacitação para a avaliação da mamada e para o manejo clínico adequado das disfunções orais. No manejo clínico para bebês com dificuldades na amamentação, devem ser considerados os aspectos relevantes da fisiologia oral e observação da amamentação para essa prática. Destaca-se a importância do trabalho de uma equipe interdisciplinar e das precauções necessárias quanto ao treino oral desses bebês, bem como a necessidade de acompanhamento por especialista treinado nos casos mais complexos.

Conclusão: As disfunções orais do bebê na amamentação podem ser corrigidas, desde que identificadas precocemente. Os profissionais de saúde podem auxiliar mães e bebês a superar essa dificuldade, capacitando-se para realizar uma prática clínica adequada na amamentação.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S155-S162: Amamentação, recém-nascido, comportamento de sucção.

Abstract

Objective: To address aspects associated with the early detection and clinical management of oral disorders in breastfeeding.

Source of data: Review of bibliographic sources (research articles, technical books, dissertations and national and international publications) focused on the clinical management of oral disorders in breastfed babies.

Summary of the findings: Suction disorders may lead to inadequate actions that can compromise the mother/baby relation during breastfeeding. Healthcare professionals may have an important role in these cases, as they can early detect such disorders. For that end, they must be able to assess breastfeeding and be prepared to manage oral disorders clinically. In the clinical management of babies with breastfeeding difficulties significant aspects of the oral physiology and breastfeeding observation should be considered. We stress the importance of an interdisciplinary team work and the need for oral training and specialized care in most complex cases.

Conclusion: The baby's oral disorders in breastfeeding can be corrected if they were early detected. Healthcare professionals may help mothers and babies to overcome these problems if they have knowledge that enable them to perform right clinical procedures.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S155-S162: Breastfeeding, newborn, suction behavior.



disfunções orais

SÃO MOVIMENTOS ORAIS ATÍPICOS DURANTE A MAMADA DE RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES, OS QUAIS PODEM CAUSAR DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO DECORRENTES DE ALTERAÇÕES TRANSITÓRIAS DO PRÓPRIO FUNCIONAMENTO ORAL, OU MESMO DE ALGUMAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS ANATÔMICAS QUE DIFICULTAM O ENCAIXE ADEQUADO ENTRE A BOCA DO LACTENTE E A MAMA MATERNA OU, AINDA, DE FATORES IATROGÊNICOS. PODEM GERAR:

- TRAUMAS E/OU LESÕES MAMILARES
- BAIXO GANHO PONDERAL
- DESMAME PRECOCE

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

ETIOLOGIA

LACTENTES COM COMORBIDADES

OCASIONADAS POR DIVERSOS FATORES: INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, BAIXO PESO AO NASCER (EM ESPECIAL, PREMATURIDADE), DISTÚRBIOS METABÓLICOS, ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, SÍNDROMES E ANOMALIAS CONGÊNITAS (FISSURAS LABIOPALATINAS E SUBMUCOSAS, ANQUILOGLOSSIA E LARINGOMALÁCIA).

ALGUMAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO DE **BEBÊS PREMATUROS** COMO, POR EXEMPLO, INTUBAÇÃO PROLONGADA E USO DE SONDAS ORO OU NASOGÁSTRICAS, TAMBÉM PODEM INTERFERIR NO DESENVOLVIMENTO NORMAL DA COORDENAÇÃO SUCÇÃO/DEGLUTIÇÃO/RESPIRAÇÃO, BEM COMO OCASIONAR PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS, DEVIDO AO REFLUXO GASTROESOFÁGICO E ASPIRAÇÃO.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



ETIOLOGIA

LACTENTES SAUDÁVEIS E/OU A TERMO

disfunções orais

NESTE CASO, AS DISFUNÇÕES ORAIS PODEM SER CONSEQUÊNCIA DE IMATURIDADE NEUROLÓGICA DO RN, DOR FACIAL (COMO A DECORRENTE DO USO DE FÓRCEPS), CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS INDIVIDUAIS E FATORES IATROGÊNICOS, COMO O USO DE BICOS ARTIFICIAIS.

ESTIMA-SE QUE 5-6% DOS LACTENTES A TERMO, EUTRÓFICOS E SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS APRESENTAM DISFUNÇÕES ORAIS E NECESSITAM DE MANOBRAS ESPECIAIS PARA OBTER SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

ETIOLOGIA



ALTERAÇÕES ANATÔMICAS DA MÃE

- MAMILOS POUCO ELÁSTICOS
- MAMILOS PLANOS
- MAMILOS INVERTIDOS
- MAMILOS EXCESSIVAMENTE LONGOS

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

ETIOLOGIA



ALTERAÇÕES
ANATÔMICAS DO BEBÊ

- PALATO MAIS ALTO
- MANDÍBULA MAIS RETRAÍDA OU RETROGNATIA
- ANQUILOGLOSSIA

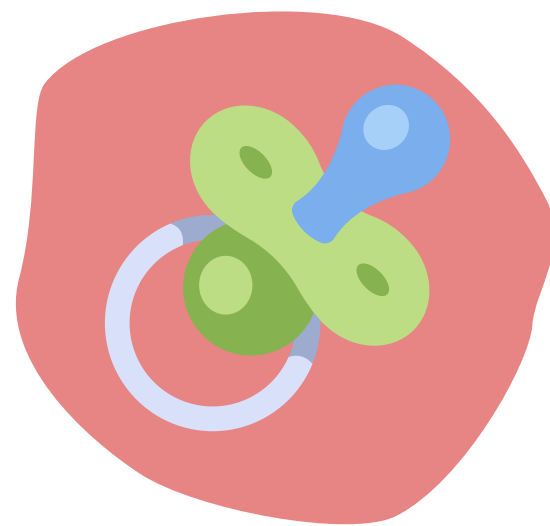
MAIOR DIFICULDADE NA PEGA NO SEIO MATERNO

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

ETIOLOGIA



CONFUSÃO DE BICOS

DEVIDO À HABILIDADE LIMITADA DO NEONATO DE ADAPTAR-SE À DIVERSAS CONFIGURAÇÕES ORAIS, O LACTENTE PODE APRESENTAR TAL ALTERAÇÃO QUE, SE PERSISTENTE, PODERÁ ACERRETRAR EM DESMAME PRECOCE.

- MAMADEIRAS
- CHUPETAS
- PROTETORES DE MAMILOS

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

LOGO APÓS O NASCIMENTO, ALGUNS LACTENTES APRESENTAM INCOORDENAÇÃO DOS REFLEXOS ORAIS, NECESSITANDO DE ALGUNS DIAS PARA DESENVOLVER UM PADRÃO MAIS MADURO, O QUE PODE OCORRER SIMULTANEAMENTE AO PROCESSO DE APOJADURA, NO TERCEIRO OU QUARTO DIA PÓS-PARTO.

**AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA CONSIDERANDO O
AMADURECIMENTO FISIOLÓGICO FUNCIONAL**

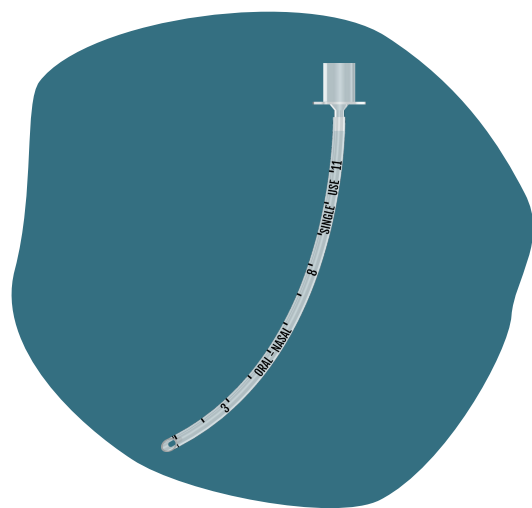
SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



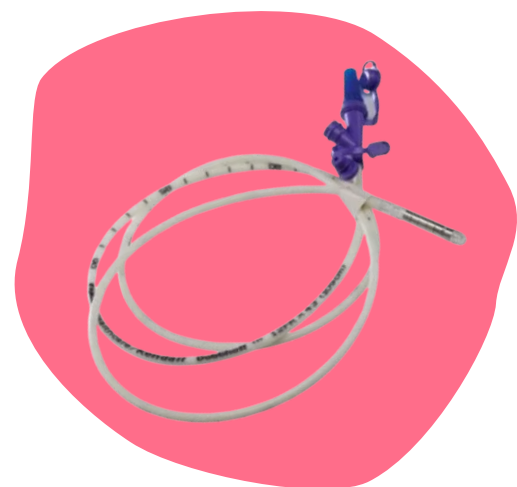
disfunções orais

ETIOLOGIA

POPULAÇÃO PEDIÁTRICA



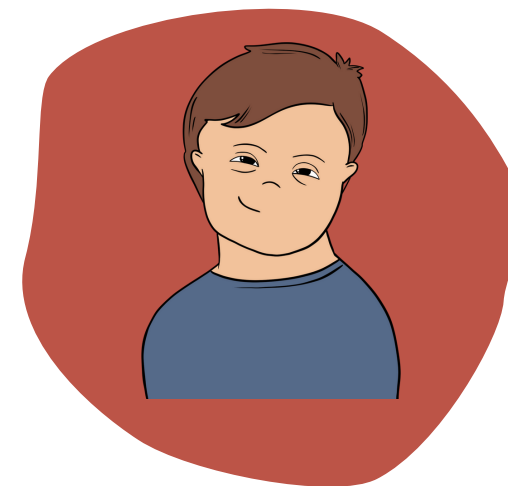
TOT POR PERÍODO
PROLONGADO



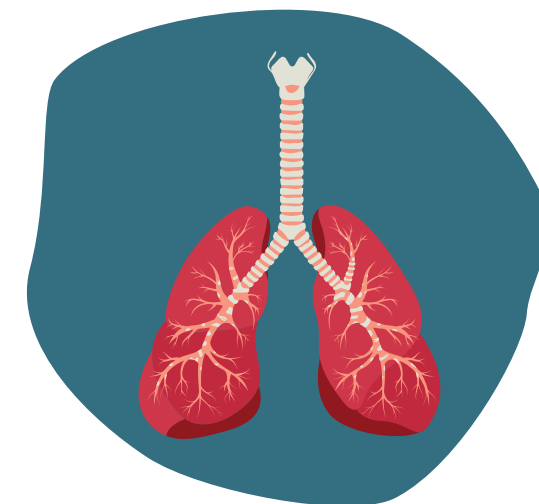
TEMPO DE PRIVAÇÃO
ORAL



CONDIÇÃO
NEUROLÓGICA



CONDIÇÕES COM
REPERCUSSÃO ORAL



PATOLOGIA TRATO
AERODIGESTIVO



disfunções orais

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

EMBORA AS DISFUNÇÕES ORAIS SEJAM PASSÍVEIS DE SEREM REVERTIDAS PRECOCEMENTE, AS AÇÕES ENTRE NUTRIZ/LACTENTE NAS PRIMEIRAS MAMADAS RAPIDAMENTE SE TORNAM HÁBITOS BEM ESTABELECIDOS, DIFÍCEIS DE MUDAR, PRINCIPALMENTE EM RELAÇÃO AO PADRÃO DE SUCÇÃO DO RN. POR ESSE MOTIVO, A AVALIAÇÃO DETALHADA DA MAMADA E AÇÕES ESPECÍFICAS PARA A CORREÇÃO DE ALTERAÇÕES SÃO MUITO IMPORTANTES LOGO NO INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.

avaliação

EM CASOS DE DISFUNÇÕES ORAIS





disfunções orais

QUEM PODE E DEVE AVALIAR A SUCÇÃO DE FORMA QUALIFICADA?

O FONOAUDIÓLOGO É O PROFISSIONAL HABILITADO PARA AVALIAR E, SE NECESSÁRIO, ESTIMULAR A SUCÇÃO DO LACTENTE.

RESOLUÇÃO CFFA N°661, DE 30 DE MARÇO DE 2022

@FONOAUDIOLOGIADOURADA



disfunções orais

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA



AVALIAÇÃO DA PESSOA
QUE AMAMENTA



AVALIAÇÃO DO
LACTENTE



AVALIAÇÃO DA
MAMADA

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA PESSOA QUE AMAMENTA

É IMPORTANTE ATENTAR PARA AS CONDIÇÕES GERAIS DAS MAMAS E MAMILOS, OBSERVANDO INGURGITAMENTO E TRAUMAS MAMILARES, SITUAÇÕES QUE DIFICULTAM A AMAMENTAÇÃO. TAMBÉM É IMPORTANTE OBSERVAR O VÍNCULO ENTRE NUTRIZ E LACTENTE PELA FORMA DE SEGURAR O BEBÊ, TOQUES FÍSICOS DURANTE A MAMADA E CONTATO VISUAL. NUMA AVALIAÇÃO EFETIVA DA MAMADA, DEVE-SE OBSERVAR A DUPLA ANTES, DURANTE E DEPOIS DA MAMADA, COM O OBJETIVO DE CONFERIR O GRAU DE SATISFAÇÃO DO BEBÊ E DE CONFORTO (AUSÊNCIA DE DOR) DA PESSOA QUE AMAMENTA.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA PESSOA QUE AMAMENTA



ANAMNESE

- HISTÓRICO DA NUTRIZ
- GRAVIDEZ
- DADOS DO PARTO
- CONDIÇÕES DE NASCIMENTO
- CONDIÇÕES DE LACTAÇÃO E DA AMAMENTAÇÃO ATUAL E PRÉVIAS

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA PESSOA QUE AMAMENTA



EXAME CLÍNICO

- **MAMAS:** FLÁCIDAS? VOLUMOSAS? INGURGITADAS? CHEIAS? PRESENÇA DE NÓDULOS E/OU OUTRAS ALTERAÇÕES?
- **COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR:** FLEXÍVEL OU RÍGIDO?
- **MAMILOS:** PROTRUSOS? CURTOS? INVERTIDOS? PLANOS? VOLUMOSOS?
 - ÍNTEGROS OU LESIONADOS?
 - COM FISSURA? ESCORIAÇÃO? HIPEREMIA? VESÍCULA? ETC..
- **PRODUÇÃO LÁCTEA:** AUSENTE? ADEQUADA? ALTA? HIPER GALACTIA?

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE



EXAME CLÍNICO

- POSTURA GLOBAL
- ESTADO DE ALERTA
- PADRÃO RESPIRATÓRIO: EUPNÉICO? TAQUIPNÉICO? SINAIS DE ESFORÇO RESPIRATÓRIO?
- AVALIAÇÃO DO REFLEXOS ORAIS: PROCURA, SUCÇÃO, DEGLUTIÇÃO, MORDIDA, VÔMITO E TOSSE.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

2



EXAME CLÍNICO

- SNN:
 - FORÇA: DIMINUÍDA? ADEQUADA? AUMENTADA?
 - RITMO: ADEQUADO? INADEQUADO?
 - MOBILIDADE DE LÍNGUA: ADEQUADA? RESTRITA? PADRÃO MORDEDOR? PADRÃO DE AMASSAMENTO? CANOLAMENTO?

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

FORÇA= MANUTENÇÃO DO PADRÃO DE SNN
MEDIANTE CONTRA RESISTÊNCIA DO AVALIADOR

RITMO= MANUTENÇÃO DO N° DE SUCÇÕES/GRUPO
AO LONGO DO ESTÍMULO

MOBILIDADE= CAPACIDADE DE
ELEVAÇÃO, PROTRUSÃO E
CANOLAMENTO LINGUAL
ADEQUADOS





2



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

EXAME CLÍNICO

- N° DE SUCÇÕES POR PAUSA
- AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FRÊNULO LINGUAL
- AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS ÓRGÃOS FONOARTICULATÓRIOS
 - ASPECTO
 - TÔNUS
 - POSTURA
 - MOBILIDADE

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

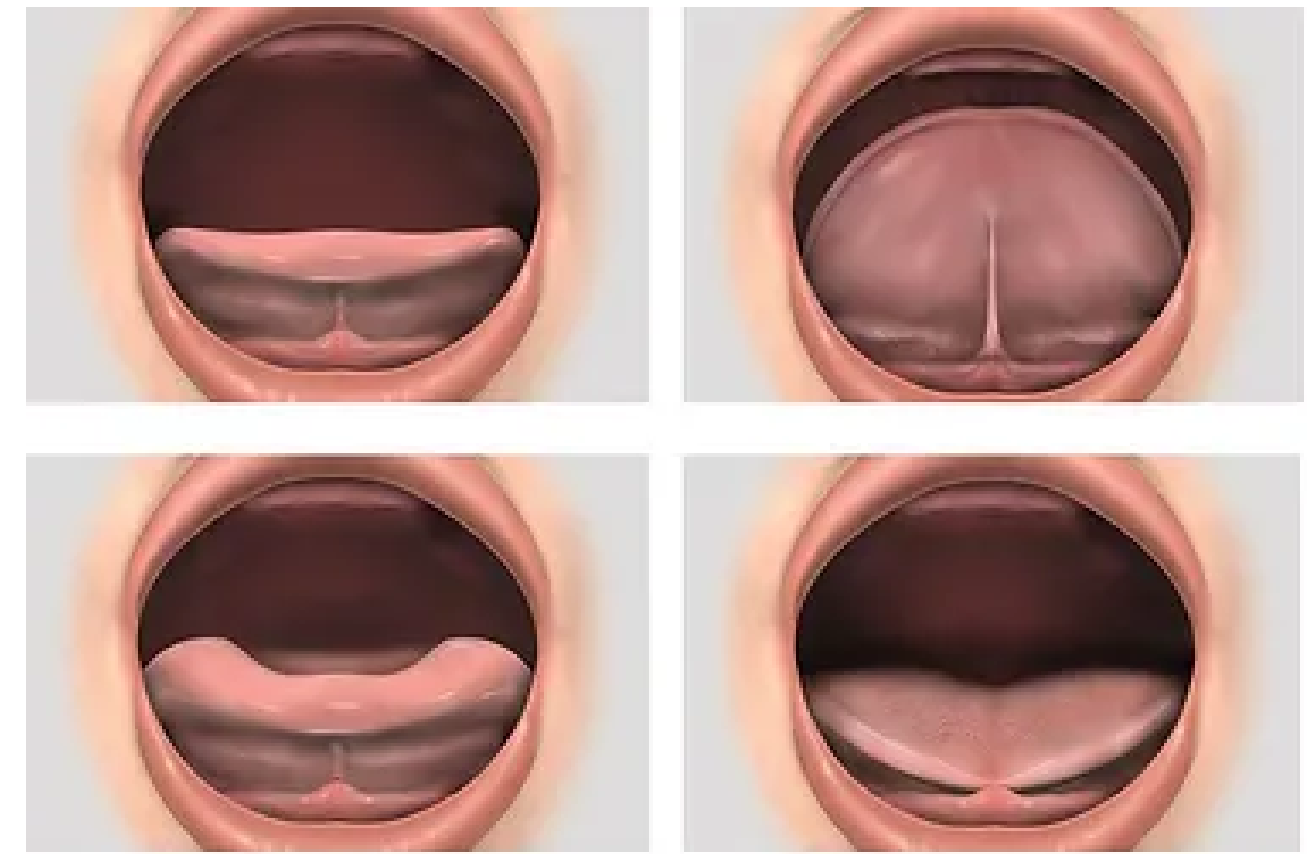
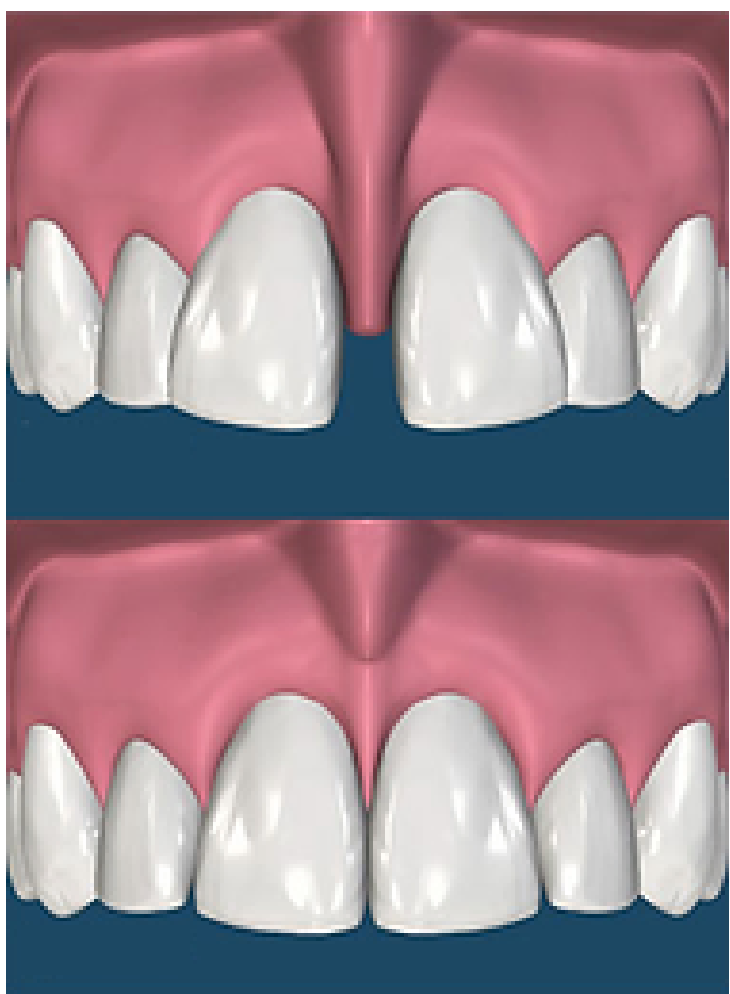
NÃO SE INDICA FRENOTOMIA LABIAL EM
BEBÊS COM A JUSTIFICATIVA DE MELHORA
NO ALEITAMENTO MATERNO

NÃO HÁ PLAUSIBILIDADE BIOLÓGICA OU CLÍNICA



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE





Lesões mamilares



HIPEREMIA

Rubor da pele do mamilo ou da mama, ocasionado por vasodilatação capilar.



ESCORIAÇÃO

O tecido mamilar apresenta a epiderme levantada, deixando parte da derme descoberta e esfolada.



FISSURA

Comprometimento da epiderme ou da derme (forma de fenda) localizando-se na junção mamilo-areolar e/ou na superfície do mamilo.



Lesões mamilares



EROSÃO

Apresenta desgastes do relevo ou remoção de toda sua epiderme ou derme, deixando o mamilo em forma de cratera (buraco).



VESÍCULA

Apresenta-se superficialmente no mamilo, em forma de vesículas arredondadas, íntegras ou rompidas, pode ter secreção transparente, clara ou aguada.



DILACERAÇÃO

Apresenta ruptura em região areolar e/ou mamilar. Deixando o mamilo com aparência de rasgado.



Lesões mamilares



Fonte: BRASIL (2009b).



Fonte: BRASIL (2009b).



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

PARA A AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA, O EXAMINADOR DEVE INTRODUIZIR O DEDO MÍNIMO ENLUVADO NA BOCA DO LACTENTE, PARA FACILITAR A PERCEPÇÃO DOS MOVIMENTOS DA LÍNGUA. PRESSIONA-SE O PALATO DURO CONTRA A POLPA DO DEDO (UNHA PARA BAIXO), DE FORMA A ESTIMULAR O REFLEXO DE SUCÇÃO. EM RESPOSTA, NA SUCÇÃO VIGOROSA E ADEQUADA, A LÍNGUA DEVE ENVOLVER O DEDO, ULTRAPASSANDO A GENGIVA INFERIOR, EXECUTANDO UM MOVIMENTO ONDULATÓRIO, DA PONTA PARA A BASE, SENDO QUE A PONTA PERMANECE PROJETADA NA PARTE ANTERIOR DA BOCA. OS LÁBIOS DEVEM ESTAR RELAXADOS E PERMANECER ABERTOS, SEM TENSÃO.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

EM RELAÇÃO À PEGA E À ORDENHA DO LACTENTE, É IMPORTANTE OBSERVAR COMO SE DESENCARDEIAM OS REFLEXOS ORAIS, SE O LACTENTE DEMONSTRA SINAIS DE FOME E PROCURA E SE ESTÁ ALERTA E ORGANIZADO PARA A MAMADA. QUANTO À PEGA, É IMPORTANTE VERIFICAR SE O QUEIXO TOCA A MAMA, SE OS LÁBIOS ESTÃO VOLTADOS PARA FORA, REALIZANDO UM CORRETO VEDAMENTO LABIAL, E SE UMA ÁREA MAIOR DE ARÉOLA É VISÍVEL ACIMA DA BOCA DO LACTENTE. DEVE-SE OBSERVAR TAMBÉM SE A LÍNGUA ENVOLVE INFERIORMENTE O COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR DURANTE A SUCÇÃO. OS MOVIMENTOS DE ORDENHA DA MANDÍBULA DEVEM SER SUAVES, COORDENADOS COM O RITMO DE DEGLUTIÇÃO E RESPIRAÇÃO, SEM A PARTICIPAÇÃO DO MÚSCULO BUCINADOR (AUSÊNCIA DE COVINHAS), E AS SUCÇÕES DEVEM SER LENTAS E PROFUNDAS, COM PAUSAS.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DO LACTENTE

O COMPORTAMENTO DOS BEBÊS DEVE SER CONSIDERADO NA AVALIAÇÃO DA MAMADA, POIS PODE INTERFERIR NO SEU DESEMPENHO. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS DEVEM SER OFERECIDAS PARA QUE CADA MÃE COMPREENDA A SINGULARIDADE DO SEU FILHO, FACILITANDO O PROCESSO.

LACTENTE AGITADO X LACTENTE SONOLENTO X LACTENTE GULOSO

NECESSIDADE DE SE RESPEITAR A ORGANIZAÇÃO GLOBAL, ORAL E COMPORTAMENTO DO BEBÊ PARA QUE ESTE RESPONDA ADEQUADAMENTE, UTILIZANDO DA MELHOR MANEIRA OS REFLEXOS DE PROCURA E SUCÇÃO NA AMAMENTAÇÃO.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



A AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DEMONSTROU QUE A TÉCNICA CORRETA DE SUCÇÃO TEM FORTE INFLUÊNCIA SOBRE A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

RICHARD L, ALADE MO. SUCKING TECHNIQUE AND ITS EFFECTS ON SUCCESS OF BREASTFEEDING. BIRTH 1992; 19:185-9.
SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA MAMADA

NA AVALIAÇÃO DA MAMADA É IMPORTANTE OBSERVAR DOIS PONTOS-CHAVE: **POSICIONAMENTO E PEGA**. A POSIÇÃO DESFAVORÁVEL DA MÃE E/OU DO BEBÊ NA AMAMENTAÇÃO DIFICULTA O POSICIONAMENTO CORRETO DA BOCA DO BEBÊ EM RELAÇÃO AO COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR, RESULTANDO NA PEGA INCORRETA. ESTA, POR SUA VEZ, INTERFERE NA DINÂMICA DE SUCÇÃO E EXTRAÇÃO LÁCTEA, PODENDO GERAR TRAUMAS MAMILARES, DOR E DESCONFORTO PARA A MÃE, DIFICULTANDO INCLUSIVE A CONTINUIDADE DO ALEITAMENTO, CASO NÃO SEJA DEVIDAMENTE CORRIGIDA.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA MAMADA

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MAMADA

PROPOSTO PELO UNICEF
ADAPTADO POR CARVALHAES & CORREA (2003)

CARVALHAES MABL, CORREA CRH. IDENTIFICAÇÃO DE DIFICULDADES NO INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO MEDIANTE APLICAÇÃO DE PROTOCOLO. J PEDIATR. 2003; 79(1):13-20..

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
<p>Posição</p> <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> Escore posição 1	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados <input type="checkbox"/> Escore posição 2
<p>Respostas</p> <input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, fsgadas) <input type="checkbox"/> Escore resposta 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite <input type="checkbox"/> Escore resposta 2
<p>Estabelecimento de laços afetivos</p> <input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho <input type="checkbox"/> Escore afetivo 1	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam <input type="checkbox"/> Escore afetivo 2
<p>Anatomia</p> <input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada <input type="checkbox"/> Escore anatomia 1	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas <input type="checkbox"/> Escore anatomia 2
<p>Sucção</p> <input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 1	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 2

Adaptado de UNICEF¹¹.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA MAMADA

PROTOCOLO LATCH

	0	1	2	Totais
L				
Pega	Muito sonolento ou relutante Não consegue sustentar a pega ou sucção	Tentativas repetidas para sustentar a pega ou sucção Segura o mamilo na boca Estimular para sugar	Agarra a mama Língua abaixada Lábios curvados para fora Sucção rítmica	
A				
Deglutição audível	Nenhuma	Um pouco, com estímulo	Espontânea e intermitente (<24 horas de vida) Espontânea e frequente (>24 horas de vida)	
T				
Tipo de mamilo	Invertido	Plano	Protruso (Após estimulação)	
C				
Conforto (Mama/mamilo)	Ingurgitada Com fissura, sangrando, grandes vesículas ou equimoses Desconforto Severo	Cheia Avermelhado/ pequenas vesículas ou equimoses Desconforto suave/moderado	Macias Não dolorosas	
H				
Colo (Posicionamento)	Ajuda completa (Equipe segura o bebê à mama)	Ajuda mínima (por exemplo, elevar a cabeça na cabeceira da cama, colocar travesseiros para apoio) Ensinar a mãe em uma mama, depois ela faz no outro lado Equipe segura o bebê, depois a mãe assume	Sem ajuda da equipe Mãe capaz de posicionar e segurar o bebê	

JENSEN D, WALLACE S, KELSAY P. LATCH: A BREASTFEEDING CHARTING SYSTEM AND DOCUMENTATION TOOL. JOURNAL OF OBSTETRIC, GYNECOLOGIC & NEONATAL NURSING, 23(1), 27-32. 1994.



disfunções orais

AVALIAÇÃO DA MAMADA

PROTOCOLO LATCH

CADA UM DOS CINCO COMPONENTES DE AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO RECEBE UM ESCORE NUMÉRICO DE 0 A 2, REPRESENTANDO A MESMA FORMA DO BOLETIM DE APGAR PARA UMA PONTUAÇÃO MÁXIMA DE 10 PONTOS.

L A T C H

LATCH: REFERE-SE À QUALIDADE DA PEGA DA CRIANÇA

AUDIBLE SWALLOWING: POSSIBILIDADE DE OUVIR A DEGLUTIÇÃO DO BEBÊ ENQUANTO MAMA

TYPE OF NIPLE: AVALIA O TIPO DE MAMILO

COMFORT: NÍVEL DE CONFORTO DA MÃE EM RELAÇÃO À MAMA E AO MAMILO

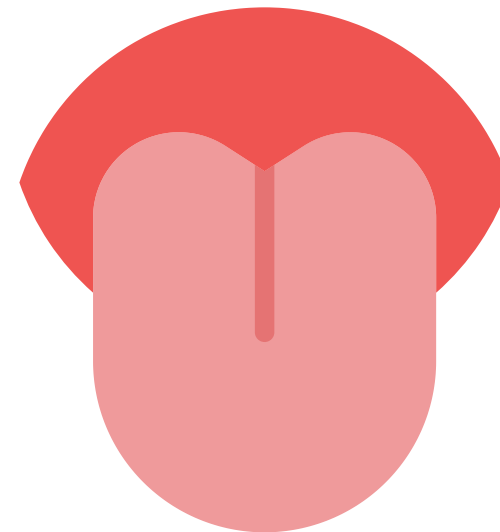
HOLD: FATO DE A MÃE PRECISAR OU NÃO DE AUXÍLIO PARA POSICIONAR O LACTENTE

JENSEN D, WALLACE S, KELSAY P. LATCH: A BREASTFEEDING CHARTING SYSTEM AND DOCUMENTATION TOOL. JOURNAL OF OBSTETRIC, GYNECOLOGIC & NEONATAL NURSING, 23(1), 27-32. 1994.



disfunções orais

DENTRE OS PRINCIPAIS ACHADOS CLÍNICOS NOS QUADROS DE DISFUNÇÃO ORAL, ESTÃO:
PRESENÇA DE PADRÃO MORDEDOR, LÍNGUA POSTERIORIZADA, PADRÃO MOTOR ORAL
DESORGANIZADO E SNN INEFETIVA.



intervenção

MANEJO CLÍNICO DO AM NA
VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS





intervenção

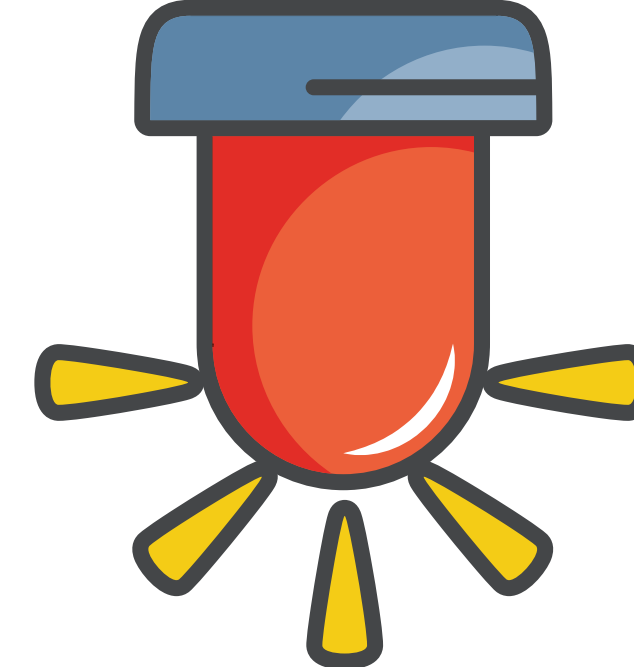
MANEJO CLÍNICO DO AM NA VIGÊNCIA DAS DISFUNÇÕES ORAIS

RE
DEVE-SE ATUAR COM O BEBÊ EM ESTADO DE ALERTA, DE FORMA ORGANIZADA, E SUGERE-SE UTILIZAR APROXIMADAMENTE 2 A 5 MINUTOS PARA A ESTIMULAÇÃO, NÃO ULTRAPASSANDO ESSE TEMPO PARA NÃO CORRER O RISCO DE GERAR ESTRESSE NO LACTENTE.
DE



intervenção

MANEJO CLÍNICO DO AM NA VIGÊNCIA DAS DISFUNÇÕES ORAIS





intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Reflexo de procura e sucção débeis	Antes da mamada, os reflexos mostram-se pouco ativos, irregulares, com força diminuída.	Inicialmente, estimular suavemente o reflexo de procura, tocando os lábios do bebê, principalmente o inferior, e as bochechas. Mediante a resposta de procura do bebê, estimular o reflexo de sucção, três a quatro vezes, antes da mamada. Em paralelo, esvaziar um pouco a mama e colocar o bebê no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado. Repetir a operação várias vezes, até que a sucção se fortaleça.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Lábios invertidos	Os lábios, principalmente o inferior, permanecem voltados para dentro, mesmo após a resposta do reflexo de procura, quando o bebê abocanha o peito.	Manobra de facilitação labial: <ul style="list-style-type: none">- se a pega ocorrer no local correto, puxar delicadamente os lábios para fora. Se o bebê estiver mamando apenas no mamilo, é preciso reposicioná-lo e, então, acertar os lábios;- se o padrão inadequado persistir, manter a manobra labial durante toda a mamada, até que o bebê consiga fazê-lo sozinho.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Padrão mordedor	Ocorre quando a mandíbula realiza movimentos repetitivos de cima para baixo, causando abertura e fechamento da boca, podendo levar ao contato traumático das gengivas contra o mamilo.	Manobra de facilitação: <ul style="list-style-type: none">- inicialmente, estimular o reflexo de procura do bebê várias vezes e facilitar o encaixe adequado ao peito;- durante a mamada, dar contenção à mandíbula, apoiando-a delicadamente, com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua na sucção.
Tensão oral excessiva	A musculatura perioral apresenta um aumento do tônus, dificultando a abertura correta da boca, bem como a manutenção dessa abertura.	Estimular várias vezes o reflexo de procura do bebê antes de colocá-lo no peito, até observar que este realiza uma abertura ampla da boca e a musculatura perioral ceder à tensão excessiva. Só então permitir que o bebê faça a pega corretamente. Se o padrão inadequado persistir, realizar a manobra citada no padrão mordedor.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Língua posteriorizada	Língua permanece na porção posterior da cavidade oral durante a sucção.	Utilizar a técnica do treino oral da sucção, puxando gentilmente a língua para a frente.
Língua hipertônica, em posição alta na cavidade oral	A língua permanece alta na cavidade oral quando o peito é introduzido, formando uma barreira contra o peito.	Delicadamente, introduzir o dedo mínimo enluvado na boca do bebê e abaixar a língua algumas vezes. Em seguida, utilizar a técnica do treino da sucção.

SANCHES, MTC. MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO. J PEDIATR (RIO J). 2004;80(5 SUPL):S155-162.



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

E OS CASOS DE FRÊNULO
POSTERIOR?

intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS: FRÊNULO POSTERIOR



1

Frenotomia

2

**Frenotomia +
Osteopatia +
Fonoterapia**

3

**Sem indicação
cirúrgica**



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS: FRÊNULO POSTERIOR

1

Frenotomia

2

**Frenotomia +
Osteopatia +
Fonoterapia**

3

**Sem indicação
cirúrgica**



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS

E OS CASOS DE FRÊNULO
POSTERIOR?

QUAL O MANEJO??



intervenção

MASSAGEM LENTA E PROFUNDA

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS: FRÊNULO POSTERIOR/DUVIDOSOS

01



ALONGAMENTO
PASSIVO
CERVICAL

02

LIBERAÇÃO
MIOFASCIAL:
CERVICAL,
FRONTAL,
TEMPORAIS,
MASSETER, E
MM EXTRÍNSECA
DE LÍNGUA

03



MANOBRAS DE
ROTAÇÃO

04



TAPING + SNN

* IMAGENS MERAMENTE ILUSTRATIVAS



intervenção

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS: FRÊNULO POSTERIOR

3

**Sem indicação
cirúrgica**

SE A FONOAUDIOLOGIA É A PROFISSÃO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E MANEJO DA SUCÇÃO E DAS DISFUNÇÕES ORAIS DECORRENTE DELA, EM QUE MOMENTO DEVEMOS REALIZAR ENCAMINHAMENTOS PARA OUTRAS ÁREAS?



casos clínicos

BRONQUIOLITE

REAÇÃO BRÔNQUICA INFLAMATÓRIA EM CRIANÇAS PEQUENAS E BEBÊS. QUASE SEMPRE CAUSADA POR UM VÍRUS. A DOENÇA COSTUMA OCORRER DURANTE OS MESES DE INVERNO. A CONDIÇÃO COMEÇA COMO UM RESFRIADO COMUM. PROGRIDE PARA TOSSE, CHIADO E, ÀS VEZES, DIFICULDADE EM RESPIRAR. OS SINTOMAS PODEM DURAR DE UMA SEMANA A UM MÊS. É POSSÍVEL TRATAR A BRONQUIOLITE COM CUIDADOS DOMICILIARES NA MAIORIA DOS CASOS. CASOS GRAVES NECESSITAM DE HOSPITALIZAÇÃO.

sintomas:

FALTA DE AR, RESPIRAÇÃO RÁPIDA, RESPIRAÇÃO SIBILANTE, DIFICULDADE AO RESPIRAR OU RESPIRAÇÃO SUPERFICIAL, FEBRE, MAL-ESTAR, PERDA DE APETITE, TOSSE E/OU CONGESTÃO NASAL



casos clínicos

BRONQUIOLITE

Quais as implicações fonoaudiológicas?

Qual o manejo clínico indicado?



casos clínicos

BRONQUIOLITE





casos clínicos

BRONQUIOLITE COM VM PROLONGADA

Quais as implicações fonoaudiológicas?

Qual o manejo clínico indicado?





casos clínicos

BRONQUIOLITE COM VM PROLONGADA





casos clínicos

BRONQUIOLITE COM VM PROLONGADA





casos clínicos

NOTA DE INTERNAÇÃO - SOP

IDADE: 1 MÊS E 21 DIAS | PESO: 4,1 KG | DI: 04/12/21

MI: ESFORÇO RESPIRATÓRIO

NASCIDO DE PC, A TERMO, FIG, RECEBE SM EXCLUSIVO | # MÃE E IRMÃO ASMÁTICOS

INTERNAÇÃO NESTE HOSPITAL 15-20/11, POR BQLT MIPAS E TR COVID NR, HMC NEGATIVA, RX DE TÓRAX SP; NOVA INTERNAÇÃO 22/11-01/12 PELO MESMO QUADRO, NA OCASIÃO MÃE COM TR COVID POSITIVO, PCTE MIPAS E TR COVID NR, APRESENTOU EPISÓDIO DE ENGASGO, RX COMPATÍVEL COM BCP ASPIRATIVA, FEZ USO DE AMOXI+CLAV 25-30/11

RECEBE: - SM | - O2 1L/MIN | - AVAS | - SINTOMÁTICOS SM

HDA: PACIENTE TRAZIDO A EMERGÊNCIA PELA MÃE. ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL ENTRE OS DIAS 22/11 E 01/12 APÓS INICIAR COM QUADRO DE OBSTRUÇÃO NASAL, FEBRE E ESFORÇO PARA RESPIRAR. FEZ USO DE O2 ATÉ 3L/MIN, COM SUSPENSÃO EM 30/11 E USO DE SNE APÓS EPISÓDIO DE ENGASGO QUE RESULTOU EM ASPIRAÇÃO, RETORNANDO AO SEIO EM 29/11. TEVE ALTA EM 01/12 PELA MANHÃ, ESTAVA BEM EM CASA, SEM ESFORÇOR. TEVE CONSULTA NO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA EM 03/12 COM AVAS DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO MUCOIDE. NEGA FEBRE E OUTROS SINTOMAS. NA CHEGADA EM BEG, CHOROSO, COM TIRAGEM FURCULAR E SUBCOSTAL, COM FR 52MRPM E SAT 99%, AP RUDE COM SIBILOS. REALIZADA AVAS, MANTENDO TIRAGEM SUBCOSTAL. REALIZOU RX DE TÓRAX, SEM FC APARENTE. INTERNA COM O2 A 1 L/MIN E AVAS.



casos clínicos

HPP: INTERNAÇÃO NESTE HOSPITAL 15-20/11 E 22/12-01/21 POR QUADRO DE BRONQUIOLITE. NEGA OUTRAS DOENÇAS OU INTERNAÇÕES. NEGA ALERGIAS. VACINAS EM DIA.

HON: MÃE COM PE E 2 CESÁRIAS PRÉVIAS, SEM OUTRAS INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO, NASCEU NESTE HOSPITAL DE PC COM IG 39+2 SEM, APGAR 8/8, PN 2670 G (PIG). TRIAGENS NEONATAIS SEM ALTERAÇÕES. APRESENTOU HIPOGLICEMIA NA 1ª HORA DE VIDA.

HFS: MORA EM UMA CASA EM POA COM OS PAIS E IRMÃOS DE 6 E 9 ANOS. MÃE E IRMÃO ASMÁTICOS, DEMAIS HÍGIDOS, SEM TABAGISTAS NO DOMICÍLIO, TEM GATO E CACHORRO DE ESTIMAÇÃO.

AO EXAME: BEG, DORMINDO, REATIVO AO MANUSEIO, CORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO COM O2 A 1L/MIN, AFEBRIL, FNT

AC: BNF, RR, 2T, SS | AP: MVRD, ALGUNS RONCOS, TSC MODERADA, TE PROLONGADO, FR 45

OROSCOPIA NA CHEGADA: SEM ALTERAÇÕES | OTOSCOPIA NA CHEGADA: SEM ALTERAÇÕES

ABDOME: RHA PRESENTES, NORMOTENSO, SEM MASSAS OU MEGALIAS PALPÁVEIS

EXTREMIDADES AQUECIDAS E BEM PERFUNDIDAS | PELE SEM LESÕES OU SUFUSÕES | SEM SINAIS MENÍNGEOS

SV CHEGADA: FC 156 BPM | FR 52 IRPM | TEMP 37,3°C | SAT O2 99% EM AA

EXAMES: - RX DE TÓRAX: SEM FOCO DE CONSOLIDAÇÃO. ATELECTASIA RETROCARDIACA?

IMPRESSÃO: - BRONQUIOLITE, ALTA HOSPITALAR HÁ 3 DIAS PELO MESMO QUADRO

CONDUTA: - CONVERSO COM A MÃE | - AGUARDA TR COVID E MIPAS | - DEMAIS MANTIDO E CONFORME INTERCORRÊNCIAS

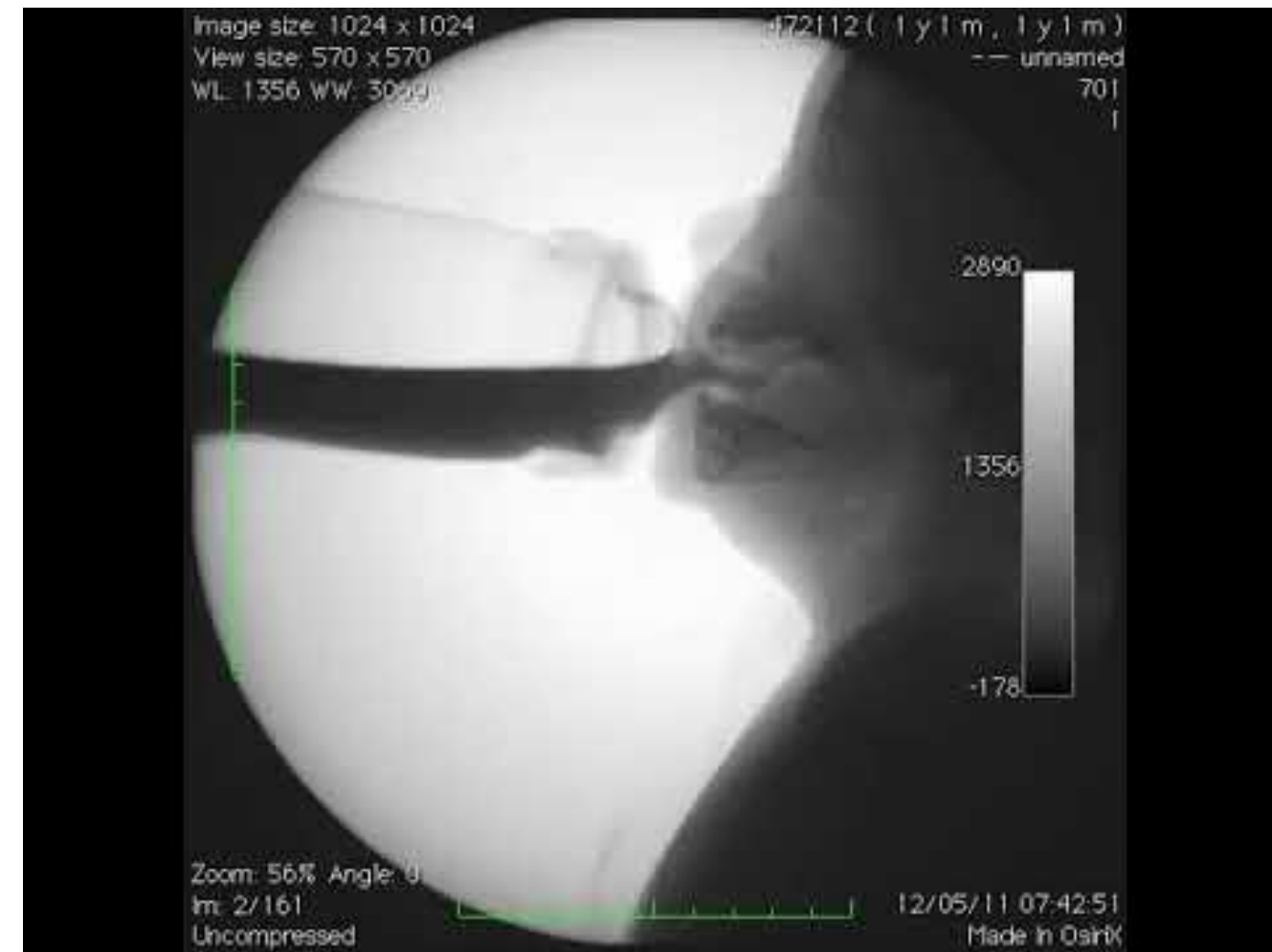
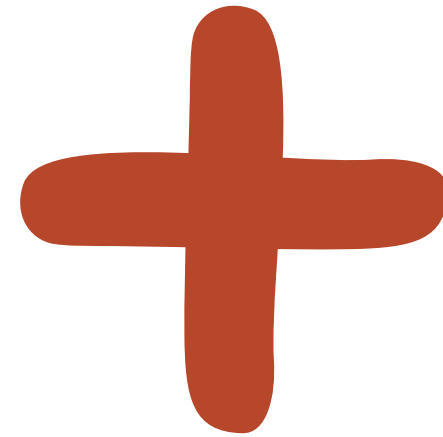


casos clínicos

Qual o manejo clínico indicado?



casos clínicos





casos clínicos

FISSURA LABIOPALATINA

Quais as implicações fonoaudiológicas?

Qual o manejo clínico indicado?





casos clínicos

FISSURA LABIOPALATINA





casos clínicos

FISSURA LABIOPALATINA





casos clínicos

GLOSSOPTOSE

DESLOCAMENTO POSTERIOR DA LÍNGUA EM DIREÇÃO À FARINGE. É UMA CARACTERÍSTICA FREQUENTE EM SÍNDROMES COMO A SÍNDROME DE PIERRE ROBIN E A SÍNDROME DE DOWN E ASSOCIADA COM OBSTRUÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS DURANTE O SONO (APNEIA DO SONO TIPO OBSTRUTIVA).

prejuízos:

DIFICULDADE DE ALIMENTAÇÃO E OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR TIPOS 1 E 2 (MAIS FREQUENTE E GRAVES NO PERÍODO PÓS-NATAL IMEDIATO E NEONATAL)



casos clínicos

GLOSSOPTOSE

Quais as implicações fonoaudiológicas?

Qual o manejo clínico indicado?

referências





referências

Maternal and Child Health Journal (2022) 26:1727–1731
<https://doi.org/10.1007/s10995-022-03454-x>



Post Frenotomy Massage for Ankyloglossia in Infants—Does It Improve Breastfeeding and Reduce Recurrence?

Kailas P. Bhandarkar^{1,2} · Talib Dar¹ · Laura Karia¹ · Manasvi Upadhyaya¹

Accepted: 9 June 2022 / Published online: 18 June 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2022

Abstract

Objectives Frenotomy is performed in breast fed infants who experience difficulty in latching after failed conservative management for ankyloglossia or tongue-tie. Though parents sometimes enquire about massage after frenotomy, neither published evidence nor clinical consensus supports this. The aim of our study was to assess if there was significant difference in breast feeding or recurrence rate between those infants who had post frenotomy massage and those who did not.

Methods A retrospective study was conducted in a tertiary Children's hospital from January 2018 to December 2018. The tongue-tie service consisted of five pediatric surgical consultants, three of whom routinely advice post frenotomy massage. As a result, we had two groups to compare -massage and non-massage group. Total sample size (n = 599) consisted of those who were advised massage (n = 282) and those who were not advised massage (n = 317).

Results Overall recurrence rate was 4/599 (0.66%) and this did not achieve statistical significance between the two groups. Breast feeding rates were also similar in both the groups. However, it is interesting to note that only 43.5% of those advised massage adhered to the massage regimen.

Conclusions Improvement in breast feeding and recurrence after frenotomy were similar between massage and non-massage groups. This confirms the lack of any additional benefit of post frenotomy massage. This study assists clinicians with decision making not to advise massage as it is unlikely to benefit infants with tongue-tie.

Keywords Breast feeding · Tongue-tie · Ankyloglossia · Frenotomy · Massage



referências

Maternal and Child Health Journal (2022) 26:1727–1731
<https://doi.org/10.1007/s10995-022-03454-x>



Post Frenotomy Massage for Ankyloglossia in Infants—Does It Improve Breastfeeding and Reduce Recurrence?

Kailas P. Bhandarkar^{1,2} · Talib Dar¹ · Laura Karia¹ · Manasvi Upadhyaya¹

Accepted: 9 June 2022 / Published online: 18 June 2022
© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Singapore Pte Ltd.

SEM COMPROVAÇÃO DE EFICÁCIA

Background: While there is no consensus on the efficacy of post-frenotomy massage, some studies have suggested that it may improve breastfeeding and reduce recurrence. However, others have found no significant difference. This study aims to evaluate the efficacy of post-frenotomy massage in improving breastfeeding and reducing recurrence in infants with ankyloglossia.

Methods A retrospective study was conducted in a tertiary Children's hospital from January 2018 to December 2018. The tongue-tie service consisted of five pediatric surgical consultants, three of whom routinely advice post frenotomy massage. As a result, we had two groups to compare -massage and non-massage group. Total sample size (n = 599) consisted of those who were advised massage (n = 282) and those who were not advised massage (n = 317).

Results Overall recurrence rate was 4/599 (0.66%) and this did not achieve statistical significance between the two groups. Breast feeding rates were also similar in both the groups. However, it is interesting to note that only 43.5% of those advised massage adhered to the massage regimen.

Conclusions Improvement in breast feeding and recurrence after frenotomy were similar between massage and non-massage groups. This confirms the lack of any additional benefit of post frenotomy massage. This study assists clinicians with decision making not to advise massage as it is unlikely to benefit infants with tongue-tie.

Keywords Breast feeding · Tongue-tie · Ankyloglossia · Frenotomy · Massage

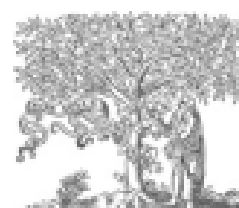
referências



G Model
PEDOT-5457; No. of Pages 4

ARTICLE IN PRESS

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology xxx (2010) xxx–xxx



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijporl



Defining ankyloglossia: A case series of anterior and posterior tongue ties

Paul Hong*, Denise Lago, Judi Seargeant, Lauren Pellman, Anthony E. Magit, Seth M. Pransky

Division of Pediatric Otolaryngology, Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of California, Children's Specialists of San Diego, 3030 Children's Way, Suite 402, San Diego, CA 92123, United States

ARTICLE INFO

Article history:

Received 18 March 2010

Received in revised form 18 May 2010

Accepted 23 May 2010

Available online xxx

Keywords:

Ankyloglossia

Posterior Ankyloglossia

Frenotomy

Tongue tie release

Breastfeeding difficulties

ABSTRACT

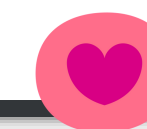
Introduction: Ankyloglossia is a congenital condition in which tongue mobility is limited due to an abnormality of the lingual frenulum. The impact of ankyloglossia on breastfeeding is poorly understood but there is a recent trend toward more recognition of this condition and early intervention when needed. Currently, there lacks clear definition of ankyloglossia and different subtypes have been proposed with no clinical correlation.

Objective: To determine the prevalence of anterior versus posterior ankyloglossia in a large series of consecutive patients and to assess clinical outcomes after frenotomy.

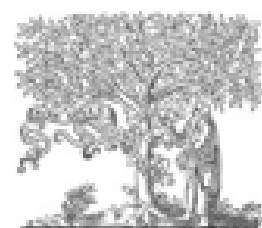
Methods: Retrospective chart review of patients from July 2007 to July 2009 who were diagnosed with ankyloglossia and underwent office frenotomy. Baseline characteristics, specific feeding issues, type of ankyloglossia, and clinical outcomes after frenotomy were reviewed.

Results: Of the 341 total patients, 322 (94%) had anterior ankyloglossia and 19 (6%) had posterior ankyloglossia. Median age at presentation was 2.7 weeks (range 1 day of life to 24 weeks); 227 were males and 114 were females. Revision frenotomy rates were significantly higher for the posterior ankyloglossia group (2.7% anterior and 31.1% posterior, $p = 0.009$).

referências



International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 77 (2013) 827–832



ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijporl



The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding

Cliff O'Callahan^{a,*}, Susan Macary^b, Stephanie Clemente^c

^a Family Practice Residency Program, Middlesex Hospital, Middletown, CT, United States

^b Opportunity Knocks for Middletown's Young Children Collaborative, Family Advocacy Program, Middlesex Hospital, 28 Crescent Street, Middletown, CT 06457, United States

^c Department of Chemistry, Wesleyan University, Middletown, CT, United States

ARTICLE INFO

Article history:

Received 15 December 2012

Received in revised form 17 February 2013

Accepted 24 February 2013

Available online 22 March 2013

Keywords:

Ankyloglossia

Tongue-tie

Frenotomy

Breastfeeding

Pediatric primary care

Pediatric otorhinolaryngology

ABSTRACT

Objectives: The objectives of this study were to assess the effect of office-based frenotomy on reversing breastfeeding difficulties among infants with problematic ankyloglossia, and to examine characteristics associated with anterior and posterior ankyloglossia.

Methods: Mothers of infants who underwent a frenotomy for ankyloglossia from December 2006 through March 2011 completed a post-intervention web-based survey about breastfeeding difficulties they experienced before and after the frenotomy. Maternal-infant dyads had been referred from health providers to a primary care practice for assessment of ankyloglossia. Infants were subsequently classified as having no ankyloglossia, anterior (Type I or Type II) or posterior (Type III or Type IV).

Results: There were 311 infants evaluated for ankyloglossia and 299 (95%) underwent a frenotomy. Most infants were classified as having Type III (36%) or IV (49%) ankyloglossia compared to only 16% with anterior (Type I and Type II combined). Differences by classification type were found for gender ($P = .016$), age ($P = .017$), and maxillary tie ($P = .005$). Among survey respondents ($n = 157$), infant latching significantly improved ($P < .001$) from pre- to post-intervention for infants with posterior ankyloglossia. Both the presence and severity of nipple pain decreased from pre- to post-intervention

referências

Summer 2004



American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Section on Breastfeeding

Breastfeeding: Best for Baby and Mother

INSIDE THIS ISSUE:

Congenital Tongue-Tie and Its
Impact on Breastfeeding

Pediatricians Needed to Make
National Breastfeeding
Awareness Campaign Successful

The California Perinatal Quality
Care Collaborative

Chapter Breastfeeding
Coordinator Reports from
California, Florida and Indiana

Join the Section on
Breastfeeding



CONGENITAL TONGUE-TIE AND ITS IMPACT ON BREASTFEEDING

By Elizabeth Coryllos, MD, MSs, FAAP, FACS, FRCS(c), IBCLC
Catherine Watson Genna, BS, IBCLC
Alexander C. Salloum, MD, MA

Introduction

Many of today's practicing physicians were taught that treatment of tongue-tie, (ankyloglossia) is an outdated concept – a relic of times past. Among breastfeeding specialists tongue-tie has emerged as a recognized cause of breastfeeding difficulties - and a very easily corrected one.^{7,8,10,15, 14, 19}

During the last several decades of predominant bottle-feeding, tongue-tie was relegated to the status of a "non-problem" because of the lack of significant impact upon bottle feeding behaviors. The goal of this article is to alert pediatricians to the po-

tential link between tongue-tie and breastfeeding problems in order to expedite intervention in symptomatic cases.

Background Information

Tongue-tie (ankyloglossia, tight frenulum) is a condition in which the bottom of the tongue is tethered to the floor of the mouth by a membrane (frenulum) so that the tongue's range of motion is unduly restricted. This may result in various oral development, feeding, speech, swallowing, and associated problems. Genetic factors are suspected, as tongue-tie is frequently familial. Tongue-ties can be divided into

four types, according to how close to the tip of the tongue the leading edge of the frenulum is attached:

Type 1 is the attachment of the frenulum to the tip of the tongue, usually in front of the alveolar ridge in the lower lip sulcus.

Type 2 is two to four mm behind the tongue tip and attaches on or just behind the alveolar ridge.

Type 3 tongue-tie is the attachment to the mid-tongue and the

[continued on p 2]

PEDIATRICIANS NEEDED TO MAKE NATIONAL BREASTFEEDING AWARENESS CAMPAIGN SUCCESSFUL

referências



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijporl



Case report

Posterior ankyloglossia: A case report

Michael W. Chu^{a,*}, David C. Bloom^b

^a Department of Otolaryngology – Head & Neck Surgery, Eastern Virginia Medical School, 600 Gresham Drive, Suite 1100, Norfolk, VA 23507, USA

^b Department of Otolaryngology – Head & Neck Surgery, United States Naval Hospital, Okinawa, Japan

ARTICLE INFO

Article history:
Received 6 October 2008
Received in revised form 10 February 2009
Accepted 12 February 2009
Available online 20 March 2009

Keywords:
Posterior ankyloglossia
Tongue-tie
Frenulectomy
Frenuloplasty

ABSTRACT

Ankyloglossia, or tongue-tie, refers to an abnormally short lingual frenulum. Ankyloglossia is a recognized but poorly defined condition and has been reported to cause feeding difficulties, dysarthria, dyspnea, and social or mechanical problems. In infants, the most concerning symptoms are feeding difficulties and inability to breastfeed. While a recent trend toward breastfeeding has brought frenulectomy back into favor, the literature regarding treatment remains inconclusive. We report a case of posterior ankyloglossia with anterior mucosal hooding and a simple, safe, and effective way to treat it to improve breastfeeding.

© 2009 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Ankyloglossia, or tongue-tie, refers to an abnormally short lingual frenulum. Ankyloglossia is derived from the Greek words 'ankylo' meaning stiff and 'glossa' meaning tongue. However, there remains controversy concerning the precise definition of ankyloglossia, its causal relationship to infant symptoms, and its management.

speech articulation problems involving lingual alveolar sounds /l/ and interdental sounds /th/; and social and mechanical problems (inability to lick lips, maintain oral hygiene, play wind instruments, enjoy ice cream cones, blow bubbles, and French kiss) [1,6]. In infants, the most concerning symptoms are breastfeeding difficulties related to ineffective latching, decreased ability to create a seal, poor weight gain, and maternal nipple pain.

The management of ankyloglossia varies among different



**Agradecemos por sua
atenção!**



www.institutoepap.com

LEMO

Laboratório de Estudos em
Motricidade Orofacial · UFRGS



foni
ssima

atuar com afeto

MD14 . Avaliação e Intervenção nas Disfunções Oraais na Amamentação em idade pediátrica

VANESSAFELIPEDEDEUS@HOTMAIL.COM

 @FONISSIMA