

Editorial

DIA MUNDIAL DA MOTRICIDADE OROFACIAL “Língua presa, funções orofaciais prejudicadas”

*INTERNATIONAL OROFACIAL MOTRICITY DAY
“Tongue-tie, affected orofacial functions”*

Franklin Susanibar⁽¹⁾

Ricardo Santos⁽²⁾

Irene Marchesan⁽³⁾

⁽¹⁾ Comunidad de Motricidad Orofacial Latinoamericana (CMOL), Lima, Perú.

⁽²⁾ Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF), Lisboa, Portugal.

⁽³⁾ Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), São Paulo, SP, Brasil.

A língua humana é uma das estruturas mais importantes do sistema estomato-gnático, participando de todas as funções orofaciais de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala.

Analisada anatomicamente, a língua é uma estrutura muscular recoberta por mucosa, apresentando, em sua face ventral, uma prega de membrana mucosa denominada frênulo da língua¹⁻². A língua humana é um órgão extremamente complexo, estando ainda em estudo. As evidências que se tem até o momento nos levaram a compreender algumas peculiaridades dessa estrutura que até há alguns anos atrás não se tinha conhecimento. Hoje se sabe que a língua humana é considerada um hidrôstato muscular, e por isso seu volume é constante, tem suporte próprio por meio de sua musculatura intrínseca e uma capacidade de realizar uma variedade de movimentos muito maior que um sistema muscular esquelético³⁻⁴. Além disso, a língua humana possui fibras mais fibras musculares do tipo I em indivíduos que já desenvolveram a fala, sendo que a quantidade dessas fibras varia de acordo com a função de cada músculo da língua⁵. Também é relatado que os músculos extrínsecos ajudam a posicionar adequadamente a língua na cavidade oral. Se a língua está posicionada mais para trás, ocluirá parcial ou totalmente a cavidade faríngea. A obstrução da faringe pela língua é uma das causas da apneia obstrutiva do sono³.

Esses conhecimentos auxiliaram os profissionais a compreender melhor esta estrutura, facilitando sua avaliação, bem como o diagnóstico das suas alterações.

Nesse contexto, uma das estruturas que ganhou importância nas últimas décadas e vem sendo estudada mais detalhadamente é o frênulo da língua.

O frênulo da língua é uma pequena prega de membrana mucosa que conecta a língua ao assoalho da boca¹⁻². Esta estrutura é constituída por mucosa e revestida por um epitélio estratificado pavimentoso, cujas células da camada mais superficial mostram-se nucleadas e com alguns grânulos de queratina no citoplasma. Essas características são comuns à mucosa de toda a cavidade oral⁶. Entretanto, existem algumas particularidades nos diferentes tipos de frênulo, sendo que na anquiloglossia, o frênulo lingual possui fibras colágenas do tipo I, presença de fibras musculares, bem como fibras elásticas agrupadas em feixes e próximas ao epitélio de revestimento. Essa constituição histológica não permite que o frênulo se rompa sozinho ou seja alongado por meio de exercícios⁷.

Baseada em estudos de embriologia, Knox⁸ relata que anquiloglossia é uma anomalia oral congênita, que ocorre quando restos remanescentes de tecido, que deveriam ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário, permanecem na face inferior da língua, restringindo seus movimentos. Quando um bebê nasce com o frênulo lingual alterado, essa alteração permanecerá para o resto da vida, porque o frênulo não modifica seu tamanho, nem sua fixação ao longo da vida⁹.

Quando um frênulo está alterado, dificulta a mobilidade da língua, especialmente do ápice e, por conseguinte, muitas vezes, as funções de sucção, fala, mastigação, higiene oral, deglutição e respiração podem ficar comprometidas¹⁰⁻¹⁵.

Para determinar se um frênulo alterado está ou não comprometendo as funções orofaciais é importante que se avalie as variações anatômicas do frênulo, bem como os movimentos da língua durante essas funções. É um conjunto de características que leva ao diagnóstico das alterações do frênulo lingual. Por isso a importância da elaboração e validação de protocolos específicos para avaliar essa estrutura, na área de Motricidade Orofacial¹⁶⁻¹⁹.

A Motricidade Orofacial é o campo da Fonoaudiologia responsável pelo estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, desenvolvimento, habilitação, aprimoramento e reabilitação das alterações congênitas ou adquiridas do sistema miofuncional orofacial e cervical, assim como das funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala, desde o período gestacional até o processo natural de envelhecimento²⁰⁻²¹.

Sendo assim, o especialista em Motricidade Orofacial está capacitado para avaliar tanto a morfologia do frênulo lingual como as funções orofaciais. Caso as funções estejam comprometidas por causa da limitação dos movimentos da língua ocasionadas pelo frênulo lingual alterado, o especialista não poderá reabilitar as funções sem que o frênulo lingual seja liberado, uma vez que o frênulo lingual não modifica o tamanho e o comprimento por meio de exercícios^{7,22}.

Nesse sentido, os coordenadores internacionais e nacionais do DIA MUNDIAL DA MOTRICIDADE OROFACIAL, decidiram propor para o ano de 2017 o tema: "Língua presa, funções orofaciais prejudicadas".

Em 2016, o tema escolhido foi: "**Respirar: já parou para pensar?**"²³. No mês de comemoração houve a participação de profissionais, sociedades, entidades e universidades da Argentina, Austrália, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, França, Grécia, Itália, Japão, México, Peru, Portugal, Rússia, Espanha, Estados Unidos e Venezuela. Todas as atividades foram registradas na página <http://www.womsd.com/>²⁴.

Esperamos que muito mais pessoas, instituições e países se unam para a difusão do Dia Mundial da Motricidade Orofacial em 2017.

Este tema: "**Língua presa, funções orofaciais prejudicadas**", tem os seguintes objetivos:

- Conscientizar a população sobre a importância do trabalho do especialista em Motricidade Orofacial, ao avaliar e orientar as pessoas com frênulo lingual alterado.
- Conscientizar sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce das alterações do frênulo lingual.
- Conscientizar tanto a população quanto os especialistas em Motricidade Orofacial e outros profissionais afins que o frênulo da língua não pode ser alongado ou modificado por meio de exercícios.

- Fomentar a necessidade de um trabalho transdisciplinar para orientar adequadamente o paciente com frênulo lingual alterado.

O convite está feito! O êxito desse dia só depende da participação de cada um dos profissionais que trabalham nesse âmbito!

REFERÊNCIAS

1. Kenneth NA. Mosby's medical, nursing, e allied health dictionary. 5th ed. St Louis: Missouri; 1998.
2. Singh S, Kent RD. Dictionary of speech-language pathology. San Diego, Califórnia: Singular's; 2000.
3. Sanders I, Mu L. A three-dimensional atlas of human tongue muscles. *Anat Rec (Hoboken)*. 2013;296(7):1102-14.
4. Kier WM, Smith K. Tongues, tentacles, and trunks: The biomechanics of movement in muscular hydrostats. *Zool J Linnean Soc*. 1985;83:307-24.
5. Sanders I, Mu L, Amirali A, Su H, Sobotka S. The human tongue slows down to speak: muscles fibers of the human tongue. *Anat Rec (Hoboken)*. 2013;296(10):1615-27.
6. Junqueira LC, Carneiro J. *Histologia básica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
7. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Gusmão RJ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Histological characteristics of altered human lingual frenulum. *International Journal of Pediatrics and Child Health*. 2014;2:5-9.
8. Knox I. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. *NeoReviews*. 2010;11(9):513-9.
9. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Estudo longitudinal de características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Rev CEFAC*. 2014;16(4):1202-7.
10. Marchesan IQ, Teixeira AD, Cattoni DM. Correlações entre diferentes frênuos linguais e alterações na fala. *Rev Disturb da Comun*. 2010; 22(3):195-200.
11. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan I. Q. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. *Rev CEFAC*. 2009;11(3):363-9.
12. Huang Y, Quo S, Berkowski JA, Guilleminault C. Short Lingual Frenulum an Obstrutive Sleep Apnea in Children. *Int J Pediatr Res*. 2015, 1:1.
13. Guilleminault C, Huseni S, Lo L. A frequent phenotype for paediatric sleep apnoea: short lingual frenulum. *ERJ Open Res*. 2016 Jul 29;2(3).
14. Siegel, Scott A. Aerophagia Induced Reflux in Breastfeeding Infants With Ankyloglossia and Shortened Maxillary Labial Frenula (Tongue and Lip Tie). *Int J Clin Pediatr*. 2016;5(1):6-8.
15. Haham A, Maron R, Mangel L, Botzer E, Dollberg S. Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: a prospective cohort series. *Breastfeed Med*. 2014;9(9):438-41.
16. Marchesan IQ. Lingual frenulum protocol. *Int J Orofacial Myology*. 2012;38:89-103.
17. Marchesan IQ. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. *Rev Cefac*. 2010;12(6):977-89.
18. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):599-610.

19. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. (2012). Lingual Frenulum Protocol with scores for infants. *Internacional Journal of Orofacial Myology*. 38, 104-112.
20. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução n. 320. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. 2006. [acesso em: 2015 jul. 05]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/resolucoes/>
21. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - Departamento de Motricidade Orofacial. Áreas de Domínio em Motricidade Orofacial, 2013. [acesso em: 2015 jun. 10]. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/areas_dominio_mo_pt-br.pdf
22. Marchesan I Q, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Lingual frenulum: changes after frenectomy. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012;24(4):409-12.
23. Susanibar F, Marchesan I, Santos R. World orofacial myofunctional science day. *Rev CEFAC.* 2015;17(5): 1389-93.
24. Dia Mundial da Motricidade Orofacial. Eventos 2016. [acesso em: 2015 jul. 05]. Disponível em: <http://www.womsd.com/>