

Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso

Lingual frenulotomy in pediatric patient: case report

Frenectomía lingual en niño: reporte de caso

Priscila Oliveira Marques dos **SANTOS**¹
Helinaldo Corrêa da **CONCEIÇÃO**¹
Gimol Benchimol de Resende **PRESTES**²

¹Acadêmico(a) do Curso de Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde,
Universidade do Estado do Amazonas, UEA 69065-001 Manaus-AM, Brasil

²Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065001 Manaus-AM, Brasil
Doutora – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Odontopediatria, Universidade Federal de
Santa Catarina, UFSC 88040-900, Florianópolis-SC, Brasil

Resumo

Os freios são estruturas dinâmicas sujeitas a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento do indivíduo. Freios labiais possuem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. E o freio lingual tem a função de limitar o movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação. O termo anquiloglossia é utilizado para definir uma situação clínica de um freio lingual anormalmente curto ou uma língua fusionada no soalho da boca, que vulgarmente é designada de língua-presa. Esta pode ser observada em recém-nascidos, crianças, bem como em adolescentes e adultos. Esse trabalho retrata um relato de caso de clínico de uma frenulotomia que é uma das possibilidades de tratamento para anquiloglossia. A mesma foi realizada em paciente pediátrico atendido na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas. Esse trabalho foi de enorme relevância, pois elucidou o caso de uma frenulotomia lingual mostrando seus resultados positivos na resolução do caso e, conseqüente, devolução de função e autoestima, posto que a anquiloglossia como já sabido, interfere no convívio social do indivíduo.

Descritores: Anquiloglossia; Freio Lingual; Cirurgia Bucal.

Abstract

Brakes are dynamic structures subject to variations in shape, size and position during the individual stages of growth of the individual. The lip brakes have the function of limiting the movements of the lips, promoting the stabilization of the midline and avoiding excessive exposure of the gingiva. And the lingual brake has the function of limiting tongue movement to favor swallowing, speech, and phonation. The term ankyloglossia is used to define a clinical situation of an abnormally short lingual brake or a fused tongue on the floor of the mouth, which is usually called tongue-in-prey. This can be observed in neonates, children as well as adolescents and adults. This article describes a clinical case report of a frenulotomy that is one of the possibilities of treatment of ankyloglossia. The same occurred with a pediatric patient in the Dental Polyclinic of the State University of Amazonas. This work was extremely relevant, since it elucidated the case of a lingual frenulotomy showing positive results in the resolution of the case and, consequently, devolution of function and self-esteem, since ankyloglossia, as already known, interferes with the interaction of the individual.

Descriptors: Ankyloglossia; Labial Frenum; Surgery, Oral.

Resumen

Los frenos son estructuras dinámicas sujetas a variaciones en la forma, tamaño y posición durante las diferentes etapas de crecimiento del individuo. Los frenos labiales tienen la función de limitar los movimientos de los labios, promoviendo la estabilización de la línea media e impidiendo la excesiva exposición de la encía. Y el freno lingual tiene la función de limitar el movimiento de la lengua para favorecer la deglución, habla y fonación. El término anquiloglossia se utiliza para definir una situación clínica de un freno lingual anormalmente corto o una lengua fusionada en el suelo de la boca, que vulgarmente se designa de lengua presa. Esta puede ser observada en recién nacidos, niños, así como en adolescentes y adultos. Este trabajo retrata un relato de caso de clínico de una frenectomía que es una de las posibilidades de tratamiento para anquiloglossia. La misma fue realizada en paciente pediátrico atendido en la Policlínica Odontológica de la Universidad del Estado de Amazonas. Este trabajo fue de enorme relevancia, pues elucidó el caso de una frenectomía lingual mostrando sus resultados positivos en la resolución del caso y, consecuentemente, devolución de función y autoestima, puesto que la anquiloglossia como ya sabido, interfiere en la convivencia social del individuo.

Descritores: Anquiloglossia; Frenillo Lingual; Cirugía Bucal.

INTRODUÇÃO

Os freios são estruturas dinâmicas sujeitas a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento do indivíduo. Freios labiais possuem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. Já o freio lingual tem a função de limitar o movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação¹.

O frênulo da língua é uma estrutura em forma de prega mediana de túnica mucosa que se encontra na parte inferior da língua, saindo de uma parte mais fixa até uma parte com mais liberdade de movimento. O “freio lingual” é constituído pelo tecido conjuntivo fibroso e, em alguns casos, de fibras superiores do músculo genioglossos². Encontra-se na estrutura as fibras colágenas elásticas, com revestimento de epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, células adiposas, fibras musculares e vasos sanguíneos³.

A alteração do frênulo da língua pode ocasionar diversas sequelas como manutenção contínua da posição da boca entreaberta, alterações oclusais e periodontais, limitação nos movimentos linguais, postura baixa da língua na cavidade

bucal. Assim, as funções de: mastigação, deglutição e fala podem ficar comprometidas, com dificuldade na articulação precisa de alguns fonemas, podendo ser indicada a intervenção cirúrgica para corrigir as alterações do frênulo da língua, geralmente, sendo realizada por cirurgiões-dentistas e otorrinolaringologistas⁴.

De acordo com a literatura, o frênulo é considerado normal quando a sua inserção vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca. É considerado com inserção anteriorizada quando a inserção na face sublingual ocorre em qualquer ponto após o meio da face sublingual até a ponta da língua. O frênulo é considerado curto, quando mesmo inserido no meio da face sublingual é de tamanho pequeno em relação à normalidade, muitas vezes dificultando o acoplamento da língua no palato duro. O frênulo pode ainda, ser considerado curto com inserção anteriorizada, quando além de curto, apresenta a inserção anteriorizada⁵.

O termo anquiloglossia é utilizado para definir uma situação clínica de um freio lingual anormalmente curto ou uma língua fusionada no soalho da boca, que vulgarmente é designada de língua-presa¹. Constitui uma anomalia do

desenvolvimento caracterizada por alteração no freio da língua que resulta em limitações dos movimentos dessa estrutura, podendo gerar mudanças na fala e deglutição. A modificação da inserção acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual e é visível já no nascimento⁵. Esta pode ser observada em recém-nascidos, crianças, bem como em adolescentes e adultos⁶.

Devido à dificuldade comunicativa causada pela alteração do frênulo lingual, é observado o prejuízo social que esta condição pode causar, tendo em vista que, muitas crianças com tal alteração podem ser vítimas de “bullying”, causando constrangimento e um grave comprometimento na vida social e à autoestima do paciente⁷.

Existem diferentes técnicas para correção das inserções anormais do freio entre elas a frenotomia e a frenectomia. A frenectomia é a remoção total do freio labial ou lingual e a frenotomia realiza a remoção parcial do freio lingual ou a sua reinserção⁸.

O presente trabalho relata caso de frenulotomia lingual realizada em paciente atendido na clínica de Odontopediatria da Universidade do Estado do Amazonas, UEA. Ademais, discute sobre o diagnóstico, diferentes manobras cirúrgicas e medidas terapêuticas no tratamento da anquiloglossia.

CASO CLÍNICO

Paciente G.S.M.A.J, 8 anos de idade, gênero masculino, melanoderma, compareceu a Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas para consulta de rotina. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe do paciente, este foi submetido à anamnese e exame clínico. Na anamnese observou-se que o mesmo tinha dificuldades para pronunciar algumas palavras, principalmente as com a consoante ‘R’. Através do exame clínico constatou-se que o paciente possuía anquiloglossia, popularmente conhecida como ‘língua presa’ (Figura 1). Não foi relatada nenhuma doença sistêmica que contra indicasse a cirurgia.



Figura 1: Características do freio lingual antes da cirurgia.

Inicialmente foi aplicada anestesia tópica sublingual (Benzocaína) com auxílio de haste flexível (cotonete) durante o tempo recomendado (Figura 2), seguida de anestesia infiltrativa na região sublingual bilateralmente, utilizando lidocaína a lidocaína 2% + epinefrina (adrenalina) 1:1000 000. A língua foi puxada suavemente para expor o freio, utilizando o dedo indicador e médio (Figura 3).



Figura 2: Anestesia tópica na região sublingual.



Figura 3: Anestesia infiltrativa sublingual

Então, realizou-se a incisão para secção do freio, com utilização de uma tesoura afiada e de ponta romba. Logo após, foi feita a manobra de compressão com gaze estéril para promover a hemostasia. Verificou-se a secção completa do freio lingual, com a intenção de evitar no futuro uma cirurgia reparadora. Neste caso o sangramento foi mínimo (Figuras 4 e 5).



Figura 4: Secção do freio lingual com tesoura de ponta romba.



Figura 5: Freio lingual seccionado.

Recomendou-se ao paciente repouso, dieta líquida e/ou pastosa, bem como alimentos em baixa temperatura e movimentação da língua. Para controle da dor e inflamação foi receitado Ibuprofeno 100mg/ml, 20 gotas até no máximo 4 vezes ao dia. O acompanhamento da criança foi realizado com retorno de uma semana após o procedimento. A mãe relatou que o pós-operatório não apresentou nenhuma complicação ou quaisquer intercorrências devido ao procedimento cirúrgico. Com o sucesso da cirurgia, o paciente foi encaminhado para a terapia fonoaudiológica. O paciente retornou seis meses após a cirurgia de frenulotomia para acompanhamento (Figuras 6 e 7).



Figura 6: Nova inserção do freio lingual após 6 meses da cirurgia.



Figura 7: Comprimento da língua após 6 meses da cirurgia.

DISCUSSÃO

A preocupação com o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia vem de longa data, porém estudos de avaliação objetiva, com a utilização de instrumentos para triagem e diagnóstico da anquiloglossia em bebês, são descritos somente a partir da década de 1990. Os critérios utilizados para a identificação de anquiloglossia variam muito de estudo para estudo. Muitos autores utilizam critérios baseados nas características físicas da anatomia bucal dos bebês. Critérios incluem também sinais de comprometimento funcional, tais como a incapacidade de projetar a língua e diminuição de sua mobilidade. Outros autores também citam o efeito que anquiloglossia tem sobre a amamentação, causando dor e trauma mamilar⁹. Porém, até o momento não existe um teste validado, considerado padrão-ouro para diagnóstico de anquiloglossia em neonatos, que identifique casos graves e moderados ou que seja recomendado para triagem neonatal.

A importância de um diagnóstico precoce está totalmente interligada com um melhor resultado no tratamento da anquiloglossia. Indivíduos com esta alteração na língua, dependendo da idade, podem apresentar dificuldades na amamentação, fonação, mastigação, deglutição atípica, postura anormal da língua e irritação do frênulo lingual¹⁰.

A maioria da literatura demonstra uma maior proporção dos casos de anquiloglossias no gênero masculino, do que no feminino. Anquiloglossia ou “*tongue-tie*”, termo não médico que significa “língua presa”, é uma malformação anatômica embriológica que normalmente afeta mais os homens numa proporção de 3:1 em relação às mulheres¹¹.

Há controvérsias em relação à etiologia da anquiloglossia. Porém existem algumas evidências que a anquiloglossia pode ser uma alteração geneticamente transmissível, porém os componentes genéticos que regulam o fenótipo e a penetrância nos pacientes afetados são desconhecidos¹². A anquiloglossia pode também ser considerada como resultado da herança genética individual,

sendo transmitida como um caráter autossômico dominante¹³.

O tratamento cirúrgico da anquiloglossia permite a correção imediata de algumas das alterações presentes, devendo, cada caso, ser avaliado isoladamente. Em relação às crianças que apresentam tais anomalias, o acompanhamento clínico é fundamental, pois permite observar a regressão ou permanência da anquiloglossia no decorrer da idade, bem como avaliar melhor a necessidade de intervenção cirúrgica^{14,15}. A Academia Americana de Pediatria recomenda a realização de frenotomia precocemente, até aos 4 ou 5 anos de idade¹⁰. A anquiloglossia manifesta-se, frequentemente, como uma anomalia única. No entanto, pode apresentar-se como uma das características de determinadas síndromes raras como a síndrome da fenda palatina, a de Kindler, a orodigitofacial, a de Simpson- Golabi-Behmel, a de Beckwith-Wiedemann, a de Van der Woude e ainda, a síndrome de Opitz¹⁶⁻²⁰. É de reiterar que a maioria das anquiloglossias são observadas em pessoas sem quaisquer outras anomalias ou doenças congênitas¹⁷. Harris e seus colaboradores verificaram que o consumo de cocaína pelas mães durante a gravidez é um fator de risco para a anquiloglossia. Os bebês de mães com adição ao vício da cocaína apresentam três vezes mais probabilidade de desenvolver anquiloglossia do que os das mães saudáveis²¹.

Na literatura são encontrados diversos artigos que discorrem sobre a anquiloglossia e seu tratamento, entretanto em seu tratamento cirúrgico da anquiloglossia a maioria são relatos de caso e estudos observacionais. Não existe classificação padrão para a anquiloglossia, o que prejudica o consenso diagnóstico. Sugere-se a realização de mais estudos, sobretudo ensaios clínicos controlados, para que sejam construídas evidências científicas que embasem critérios diagnósticos e condutas²².

CONCLUSÃO

O presente trabalho relata frenulotomia lingual mostrando seus resultados positivos na resolução do caso e, conseqüente, devolução de função e autoestima, posto que a anquiloglossia, como já sabido, interfere no convívio social do indivíduo. A técnica cirúrgica utilizada partiu do princípio da técnica de frenulotomia convencional, sendo minimamente alterada sem interferir no sucesso do procedimento. Na impossibilidade de se utilizar os materiais preconizados para as técnicas de frenulotomia, pode-se realizar o pinçamento da língua expondo o freio lingual através de pinçamento bidigital como proposto no relato deste caso, que se mostrou tão eficiente quanto às técnicas convencionais.

REFERÊNCIAS

1. Viera JIMP. Tecnologia Laser em Medicina Dentária– Frenectomia em Foco [monografia]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.
2. Pozza DH, Deyl JT, Cardoso ES, Caçado RP, Oliveira MG. Frenulectomia lingual: revisão de literatura e relato de caso clínico. Rev Odontol UFES. 2003; 5(2):19-25.
3. Borsatto MC, Torres CP, Assed S. Cirurgia em Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 2005.
4. Friggi MNP, Orsi RM, Chelotti A. Técnica cirúrgica pediátrica: frenectomia lingual. J Bras Odontopediatr Odontol Bebe. 1998;1(3):101-15.
5. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. Frênulo Lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Rev CEFAC. 2008; 10(3):343-51.
6. Suter VGA, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol. 2009; 80(8):1204-19.
7. Almeida RR, Garib GB, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastemas interincisivos

- centrais superiores: quando e como intervir? R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2004; 9(3):137-56.
8. Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA, Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. Rev Odontol Araçatuba. 2005; 26(1):61-4.
 9. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. 2007; 53(6):1027-33.
 10. Webb A, Hao W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013; 77(5):635-46.
 11. Olivi G, Signore A, Olivi M, Genovese MD. Lingual Frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. Eur J Paediatr Dent. 2012; 13 (2):101-6.
 12. Silva PI, Vilela JER, Rank RCIC, Rank MS. Frenectomia lingual em bebê: Relato de Caso. Rev Bahiana Odonto. 2016; 7(3):220-7.
 13. Bixler D. Genética clínica na prática odontológica. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.57-76.
 14. Vieira EMM, Salineiro FS, Hespanhol D, Musis CR, Jardim Júnior EG. Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2010; 58(2):215-8
 15. Oliveira DV, Albuquerque GC, Martins VB, Gonçalves FC, Arantes PH. Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: Relato de caso clínico. Rev Ciências da Saúde da Amazônia; 2017;1(S1):76-82
 16. Han S, Kim Y, Choi Y, Lim J, Han K. A study on the genetic inheritance of ankyloglossia based on pedigree analysis. Arch Plast Surg. 2012; 39(4):329-32.
 17. Suter V, Bornstein M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol. 2009; 80(8):1204-19.
 18. Lalakea ML, Messner A. Ankyloglossia: does it matter? Pediatr Clin North Am. 2003; 50(2):381-97.
 19. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. Pediatr Dent. 2005; 27(1):40-6
 20. Pradhan S, Yasmin E, Mehta A. Management of Posterior Ankyloglossia using the Er, Cr: YSGG Laser. Int J Laser Dent. 2012; 2(2):41-6
 21. Harris EF, Friend GW, Tolley EA. Enhanced prevalence of ankyloglossia with maternal cocaine use. Cleft Palate Craniofac J. 1992; 29(1):72-6.
 22. Procópio IMS. Tratamento cirúrgico da anquiloglossia [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Gimol Benchimol de Resende Prestes
gresende@uea.edu.br

Submetido em 18/01/2018

Aceito em 20/02/2018