

Tratamento de anquiloglossia parcial através de frenectomia: relato de caso

Treatment of partial ankyloglossia through frenectomy: a case report

Tratamiento de anquiloglossia parcial a través de frenectomía: reporte de caso

Bruno Firmino de OLIVEIRA¹

José Henrique de Araújo CRUZ²

Raquel Lira Braga da SILVA²

Douglas Benício Barros HENRIQUE¹

¹Cirurgião Dentista, Departamento de Pós-Graduação em Ortodontia, Instituto de Odontologia da Paraíba (IOP) 58400-126 Campina Grande-PB, Brasil

²Graduação em Odontologia, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de Campina Grande, UFCG 58708-110 Patos - PB, Brasil

Resumo

Introdução: A anquiloglossia é uma anormalidade de desenvolvimento, dificultando a amplitude de movimentos da língua e impede que esta cumpra a sua função, traduz-se pela inserção anormal do frênulo lingual na região de ápice lingual. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de anquiloglossia parcial sob tratamento de frenectomia lingual convencional para reabilitação. **Relato do Caso:** Após exame clínico realizou-se antissepsia intraoral com através do bochecho com solução de clorexidina a 0,2% e extraoral com clorexidina a 2%. Posteriormente, sob efeito de anestesia bilateral com Cloridrato de Lidocaína a 2% associado à Epinefrina 1:100.000, laçou-se com fio de sutura seda 3.0 para estabilização pinçou-se com pinça hemostática, então efetuou-se a incisão com lâmina de bisturi nº 15. Em seguida, divulsionou-se com tesoura metzenbaum e a sutura foi feita com fio de sutura seda 4.0. **Conclusão:** O tratamento é realizado por profissionais como cirurgiões dentistas o qual pode ser realizado por meio de intervenções cirúrgicas, como a frenectomia lingual, que consiste na liberação do frênulo lingual por meio de uma incisão quando parcial. O pós operatório deste procedimento demonstra rápida recuperação e previsibilidade positiva quando associada a tratamento fonoaudiológico para uma reeducação.

Descritores: Anquiloglossia; Freio Lingual; Odontologia.

Abstract

Introduction: Ankyloglossia is an abnormality of development, hindering the amplitude of tongue movements and preventing it from fulfilling its function. It is translated by the abnormal insertion of the lingual frenulum in the region of the lingual apex. **Objective:** To report a clinical case of partial ankyloglossia under conventional lingual frenectomy for rehabilitation. **Case Report:** After clinical examination, intraoral antiseptic was performed with the mouthwash with a 0.2% chlorhexidine solution and extraoral with 2% chlorhexidine. Subsequently, under bilateral anesthesia with 2% Lidocaine Hydrochloride associated with Epinephrine 1: 100,000, it was laced with 3.0 silk suture thread to stabilize it with a hemostatic forceps, then the incision was made with a scalpel blade # 15. She was then divulsed with metzenbaum scissors and the suture was made with silk suture yarn 4.0. **Conclusion:** The treatment is performed by professionals such as dental surgeons, which can be performed through surgical interventions such as lingual frenectomy, which consists of the release of the lingual frenulum through an incision when partial. The postoperative of this procedure shows a rapid recovery and positive predictability when associated with speech therapy for re-education.

Descriptors: Ankyloglossia; Lingual Frenum; Dentistry.

Resumen

Introducción: La anquiloglossia es una anomalía de desarrollo, dificultando la amplitud de movimientos de la lengua e impide que ésta cumpla su función, se traduce por la inserción anormal del frénulo lingual en la región de ápice lingual. **Objetivo:** Informar un caso clínico de anquiloglossia parcial bajo tratamiento de frenectomía lingual convencional para rehabilitación. **Relato del Caso:** Después del examen clínico se realizó una antítesis intraoral con a través del enjuague con solución de clorexidina a 0,2% y extraoral con clorexidina al 2%. Posteriormente, bajo efecto de anestesia bilateral con Clorhidrato de Lidocaína al 2% asociado a la Epinefrina 1: 100.000, se lazo con hilo de sutura seda 3.0 para estabilización se pinchó con pinza hemostática, entonces se efectuó la incisión con lámina de bisturí nº 15. A continuación, se divulsó con tijera metzenbaum y la sutura se hizo con hilo de sutura seda 4.0. **Conclusión:** El tratamiento es realizado por profesionales como cirujanos dentistas el cual puede ser realizado por medio de intervenciones quirúrgicas, como la frenectomía lingual, que consiste en la liberación del frénulo lingual por medio de una incisión cuando parcial. El postoperatorio de este procedimiento demuestra rápida recuperación y previsibilidad positiva cuando está asociada al tratamiento fonoaudiológico para una reeducación.

Descriptores: Anquiloglossia; Frenillo Lingual; Odontología.

INTRODUÇÃO

As alterações do frênulo da língua são conhecidas como anquiloglossia ou língua presa, que podem ser caracterizadas como a dobra da ponta da língua para baixo ao projetar-se para fora da boca, formando um coração em seu ápice, o diastema entre os incisivos centrais inferiores, a abrasão ou corte na face inferior da língua e a alteração da deglutição e suas consequências na alimentação, principalmente na fase de amamentação¹, pois o bebê que tem o frênulo da língua alterado pode ter problemas não conseguindo sugar o peito da mãe, interferindo inclusive no ganho de peso^{1,2}.

O frênulo da língua, também conhecido como freio da língua, é uma estrutura que conecta a língua ao assoalho da boca, permitindo a movimentação desta. Não se trata de tecido muscular³, mas de uma prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face póstero-inferior da língua e

recobre a face lingual da crista alveolar anterior³⁻⁵.

Em lactentes, a anquiloglossia pode gerar dificuldades na amamentação, uma vez que a deglutição e a sucção estão associadas à adequada mobilidade da língua. Essa situação pode chegar a causar transtornos de ganho de peso da criança e problemas para a mãe durante o ato de amamentar, como dor, levando a um desmame precoce e prejuízo do desenvolvimento normal da criança^{6,3,7}. Além disso, podem também ocorrer limitações do movimento da língua durante o choro e posteriormente, dificuldades de dicção⁸. Em casos mais severos, a Anquiloglossia pode levar também a deficiência de crescimento da mandíbula se não for tratado⁹.

O diagnóstico deve ser realizado o quanto antes da infância, objetivando-se a imediata remoção do freio para otimizar a amamentação³. A resolução

da Anquiloglossia é cirúrgica, por meio da frenectomia lingual, indicada quando o freio lingual restringe ou dificulta a movimentação da língua e problemas sociais quando mais tardio. Indica-se a frenectomia lingual quando há dificuldades durante a amamentação ou o choro. Já em crianças maiores, a indicação se dá frente a transtornos periodontais e/ou dificuldades de dicção e social⁸.

Diante do exposto, portanto, objetivou-se relatar um caso clínico de anquiloglossia na adolescência tratado a partir de frenectomia lingual convencional sob uso de bisturi.

CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 16 anos de idade, leucoderma, procurou a Clínica de Odontologia do Centro de Saúde Odontominas (Patos-PB) referindo “língua presa”. Durante a anamnese, já pôde ser constatado a dificuldade do paciente de pronunciar determinados fonemas, quadro característico de indivíduos com alterações na motricidade lingual.

Ao exame clínico intraoral, foi evidenciado freio lingual curto, inserido próximo ao ápice da língua e que causava limitação da amplitude dos movimentos do órgão. Durante os testes de fala e deglutição, observou-se que essa inserção baixa do freio causava dificuldade na fala pelo paciente não conseguir tocar a língua na papila incisiva, além do padrão de deglutição se mostrar atípico. A conduta terapêutica compreendeu a frenectomia lingual de forma convencional (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Aspecto inicial do frênulo lingual.



Figura 2: Aspecto inicial da língua com formato de coração.

O paciente foi submetido à anestesia local pela técnica infiltrativa regional do nervo lingual bilateralmente com Cloridrato de Lidocaína a 2% associado à Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine, Nova DFL[®], Brasil), logo após antisepsia extraoral com clorexidina a 2% (Riohex, Rioquímica[®], Brasil) e

intraoral através do bochecho com solução de clorexidina a 0,2% (Periogard, Colgate[®], Brasil) (Figura 3).

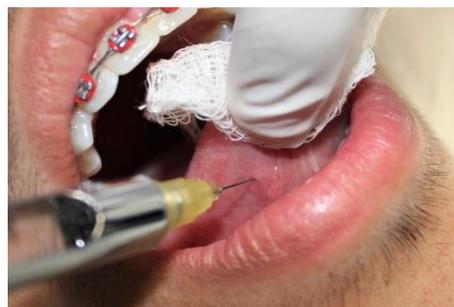


Figura 3: Anestesia bilateral.

Com auxílio do fio de seda 3.0 (Technew[®], Brasil) transfixado no ápice da língua, os tecidos puderam ser mais bem estabilizados e posicionados (Figura 4). Com o órgão elevado, o freio lingual foi então fixado por pinças hemostáticas (Golgran[®], Brasil) enquanto a incisão era executada com lâmina de bisturi de aço inox estéril N^o 15 (Lamedid Solidor[®], Brasil) paralelo à superfície ventral do órgão (Figura 5).



Figura 4: Tracionamento com fio de sutura no ápice lingual.



Figura 5: Pinçamento do frênulo lingual.

Posteriormente, a lâmina de bisturi foi deslizada paralelamente à superfície inferior da pinça para secção da porção inferior do freio, conferindo uma forma triangular ao tecido retirado (Figura 6).

Em seguida, foi executada a divulsão dos tecidos com tesoura de metzenbaum (Golgran[®], Brasil) de forma delicada, contribuindo para a aproximação dos rebordos da ferida cirúrgica e melhorando a síntese (Figura 7). A hemostasia foi alcançada através da compressão bidigital com o auxílio de gaze estéril e finalizada com a sutura simples com fio de seda 4.0 (Technew[®], Brasil) (Figura 8). Foram dadas as orientações pós-operatórias e prescrição medicamentosa (Figura 9).

Passados vinte dias da intervenção cirúrgica, o paciente foi reexaminado e a área operada já estava em processo de cicatrização (Figura 10). As suturas foram então removidas. Nesse período a função da língua foi avaliada e se observou melhoria na capacidade de movimentação. O fato sugeriu um excelente prognóstico para o caso e o paciente foi encaminhado para fonoaudiologia.



Figura 6: Incisão do frênulo sob tração.



Figura 7: Divulsão.

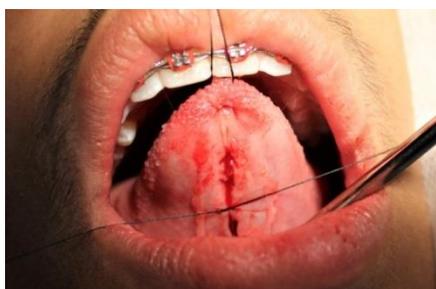


Figura 8: Sutura em ponto simples.



Figura 9: Aspecto final após a sutura.



Figura 10: Pós-operatório de 20 dias.

DISCUSSÃO

Não há dúvidas de que qualquer problema que comprometa a saúde da língua pode refletir seriamente nas funções bucais. A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual³.

A língua possui função importante no transporte de alimentos e na deglutição^{10,11} bem como papel essencial na articulação das palavras¹². Ela tem influência na posição dos dentes nos arcos dentários e na amamentação. Um freio lingual muito curto restringe a amplitude dos movimentos da língua, prejudicando sua capacidade de executar suas funções¹³.

Os dados obtidos na anamnese corroboram com a literatura ao indicarem que a alteração no freio lingual pode causar impacto nas funções orais primárias, como o aleitamento materno, e na aquisição de habilidades aprendidas como a mastigação e a fala^{6,14-16}. A classificação atribuída para a fixação do freio lingual justifica as alterações anatômicas e funcionais encontradas no paciente^{17,18} assim como os achados anatômicos estão de acordo com o descrito na literatura⁶.

Dentre muitas dificuldades relatadas pelo paciente do caso supracitado, a maior delas era a fonação, uma vez que em sua rotina social restringia-se de se relacionar com outras pessoas em razão de sua limitação em articular as palavras línguo-labiais.

O caso clínico aqui exposto corrobora com o estudo de Melo et al.³ do qual anquiloglossia apresentava relevância clínica e social, uma vez que provocava modificações morfofuncionais. A criança exibia dificuldade na fala acompanhada de limitação dos movimentos da língua, além de um padrão de deglutição anormal por causa do freio lingual curto, o qual limitava a amplitude de movimentos da língua. Ela sentia também dificuldade na articulação de palavras labiodentais.

Ressalta-se a importância deste estudo para apresentar à comunidade odontológica a necessidade da intervenção cirúrgica e do trabalho interdisciplinar com a Fonoaudiologia em casos com alteração de freio lingual com repercussão funcional. Muito se tem discutido sobre a relevância do diagnóstico precoce com o objetivo de minimizar as alterações, principalmente para a fala. Alguns estudos tem demonstrado que intervenções precoces, ressaltando a importância de correto diagnóstico, são fundamentais para as funções primárias, como a sucção necessária para o aleitamento materno, bem como para o aprendizado de futuras funções orofaciais aprendidas^{6,14,16}.

O estudo realizado por Gomes et al.¹⁹ revelou que o procedimento cirúrgico, realizado pela Odontopediatria, trouxe ganhos anatômicos e de mobilidade de língua, entretanto, as alterações

funcionais, especialmente a fala, permaneceram após a intervenção, necessitando do tratamento e do acompanhamento fonoaudiológico. O planejamento interdisciplinar mostrou a necessidade da atuação conjunta entre a Fonoaudiologia e a Odontopediatria.

Está claro que, após o procedimento cirúrgico, deve-se orientar o paciente a procurar o fonoaudiólogo para reeducar a língua para articulação das palavras, sobretudo em paciente com mais idade, uma vez que, todo procedimento reabilitador seja ele cirúrgico ou não, realizado precocemente, culmina em prognósticos mais positivos em comparação aos casos em que se procura tarde o tratamento para essa anormalidade.

O tratamento, quando necessário, é realizado por profissionais como cirurgiões-dentistas clínicos gerais, odontopediatras e fonoaudiólogos, o qual pode ser feito por meio de intervenções cirúrgicas, pela frenectomia, que promove a sua liberação por completo, dependendo da faixa etária do paciente²⁰.

CONCLUSÃO

A anquiloglossia é uma anormalidade que embora não tão frequente é preciso ter atenção para identificá-la enquanto precoce, para evitar que problemas fonoaudiológicos se instalem e o paciente consiga ser reabilitado sem grandes transtornos biológicos e sociais. O tratamento pode ser executado por cirurgiões dentistas entre outros profissionais, mas cabe sempre uma avaliação criteriosa deste profissional que está inteiramente habilitado para diagnosticar e tratar.

REFERÊNCIAS

1. Vargas BC, Monnerat, LHP, Favilla EE, Pinto LAPP, Gandelmann IHA, Cavalcante MAA. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? Rev Uningá. 2008;18(1):195-204.
2. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. Rev CEFAC. 2009;11(Suppl3):363-69.
3. Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva RPGVC. Anquiloglossia: Relato de caso. Rev Sul-Bras Odontol. 2011;8(1):102-7.
4. Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. Rev CEFAC. 2004;6(3):288-93.
5. Marchesan IQ, Teixeira AN, Cattoni DM. Correlações entre diferentes frênuos linguais e alterações na fala. Disturb Comun. 2010;22(3):195-200.
6. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. 2007;53(6):1027-33.
7. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Pediatrics. 2008;122(1):e188-94.
8. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Rev CEFAC. 2008;10(3):343-51.
9. Manfro ARG, Manfro R, Bortoluzzi MC. Surgical treatment of ankyloglossia in babies – case report. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39(11):1130-32.
10. Feres MA. Componentes do aparelho estomatognático. In: Petrelli E (ed.). Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1994.
11. Saconato M, Guedes ZCF. Estudo da mastigação e da deglutição em crianças e adolescentes com seqüência de Möbius. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):165-71.
12. Beutnmuller G, Camera V. Reequilíbrio da musculatura orofacial. Rio de Janeiro: Enelivros; 1989.
13. Kotlow L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. 1999;30(4):259-62.
14. Webb AN, 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.
15. Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;127(6):539-45.
16. Berry J, Griffiths M, Westcot C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. Breastfeed Med. 2012; 7(3):189-93.
17. Marchesan IQ. Frênulo da língua: classificação e interferência na fala. Rev CEFAC. 2003; 5(3):341-45.
18. Marchesan IQ, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012;24(4):409-12.
19. Gomes E, Araújo FB, Rodrigues JA. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. Rev Assoc Paul Cir Dent 2015;69(1):20-4.
20. Ferreira LSR, Rosalvo JBN, Abreu LMS, Lacerda MCFV, Silva MFBC, Ribeiro EL. anquiloglossia: revisão de literatura. Ciênc Biol Saúde - UNIT. 2018; 3(3):93-8.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

José Henrique de Araújo Cruz

henrique_araujo1992@hotmail.com

Submetido em 09/10/2018

Aceito em 12/03/2019