

## FRENECTOMIA LINGUAL PARA CORREÇÃO DE ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO

### TONGUE FRENECTOMY FOR CORRECTION OF ANKYLOGLOSSIA: CASE REPORT

Gisele Pereira de Almeida<sup>1</sup>, Gabriel Henrique Silva Gonçalves<sup>1</sup>, Isabela De Carvalho Matias Pinho<sup>1</sup>, Larissa Preda Da Silva Xavier<sup>1</sup>, Lisandra Alves Alencar<sup>1</sup>, Paulo José Figueredo Junior<sup>2</sup>, Uander De Castro Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia-, Goiás, Brasil.

<sup>2</sup>Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialização em Implantodontia pela Faculdade de Tecnologia do Ipê / Instituto Kennedy de Odontologia, Especialista em Periodontia pela Associação Odontológica de Ribeirão Preto-SP (AORP) / Faculdade de Tecnologia Ippeo, Professor da Faculdade Evangélica de Goianésia.

<sup>3</sup>Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis; Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas de Goiás HC/UFG, Professor da Faculdade Evangélica de Goianésia.

**Resumo:** 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. 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. Pode ser observada em recém-nascidos, crianças, bem como em adolescentes e adultos. Objetivo: relatar um caso clínico de frenectomia lingual realizado em paciente atendido na Clínica de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. Descrição do caso clínico: Paciente, LFSM, 18 anos de idade, compareceu à clínica integrada IV para tratamento odontológico, o mesmo foi submetido ao exame clínico, onde observou-se anquiloglossia restringindo a mobilidade lingual (movimentos de lateralidade, elevação e protrusão). O paciente apresentava dificuldade de algumas pronúncias de encontros consonantais. Elaborou-se então o planejamento cirúrgico, que contou com as seguintes etapas: antisepsia intraoral com solução de clorexidina a 0,12% e extraoral com clorexidina a 2%. A Técnica anestésica realizada foi o bloqueio do nervo lingual bilateral, com Cloridrato de Lidocaína a 2% associado à Epinefrina 1:100.000, imobilização da língua com fio de sutura 5.0 de nylon, para estabilização foi utilizado uma pinça hemostática, então efetuou-se a incisão com lâmina de bisturi N° 15, seccionamento do freio na porção mediana. Em seguida, divulsionou-se utilizando a pinça hemostática e a sutura foi feita com fio de sutura nylon 5.0 com pontos isolados do tipo simples. O paciente foi orientado quanto as recomendações pós operatórias e agendado para o retorno para avaliação e remoção da sutura. Conclui-se que a frenectomia mostrou-se eficiente para melhorar a postura e mobilidade da língua, funções orais e da comunicação, interferindo positivamente na qualidade de vida do paciente. 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. O pós operatório deste procedimento demonstra rápida recuperação e previsibilidade positiva quando associada a tratamento com fonoaudiólogo para uma reeducação.

**Palavras-chaves:** Frenectomia lingual, anomalia, anquiloglossia.

**Abstract:** The term ankyloglossia is used to define a clinical situation of an abnormally short lingual bridle or a tongue fused to the floor of the mouth, which is commonly referred to as a prey tongue. Ankyloglossia is a developmental abnormality, hindering the range of movement of the tongue and preventing it from fulfilling its function, which results in the abnormal insertion of the lingual frenulum in the region of the lingual apex. It can be seen in newborns, children, as well as in adolescents and adults. Objective: to report a clinical case of lingual frenectomy performed on a patient seen at the Dentistry Clinic of Faculdade Evangélica de Goianésia. Description of the clinical case: Patient, LFSM, 18 years old, attended the integrated clinic IV for dental treatment, he underwent a clinical examination, where ankyloglossia was observed restricting the lingual mobility (laterality, elevation and protrusion movements). The patient had difficulties with some pronunciation of consonant clusters. The surgical planning was then elaborated, which included the following steps: intraoral antiseptics with 0.12% chlorhexidine solution and extraoral with 2% chlorhexidine. The anesthetic technique performed was the bilateral lingual nerve block, with 2% Lidocaine Hydrochloride associated with Epinephrine 1: 100,000, immobilization of the tongue with 5.0 nylon suture, for stabilization a hemostatic forceps was used, then the incision with No. 15 scalpel blade, sectioning the brake at the median. Then, he was demulsified using a hemostatic forceps and a suture was made with 5.0 nylon suture with determined stitches of simple type. The patient was instructed on postoperative recommendations and scheduled to return for evaluation and removal of the suture. It is concluded that a frenectomy is known to be efficient to improve posture and mobility of the tongue, oral functions and communication, positively interfering in the patient's quality of life. The treatment is performed by professionals such as dental surgeons which can be performed through surgical interventions, such as lingual frenectomy, which consists of releasing the lingual frenulum through an incision. The postoperative period of this procedure is fast recovery and positive predictability when associated with speech therapy for reeducation.

**Keywords:** Lingual frenectomy, anomaly, ankyloglossia.

## 1. INTRODUÇÃO

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<sup>15</sup>.

O frênulo lingual, 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 muscular<sup>9</sup>, mas de uma prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face pósterio-inferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior<sup>9</sup>.

O “freio lingual” é constituído por um tecido conjuntivo fibro denso e, em alguns casos, de fibras superiores do músculo genioglosso<sup>13</sup>. Encontra-se na estrutura as fibras colágenas elásticas, com revestimento de epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, células adiposas, fibras musculares e vasos sanguíneos<sup>8</sup>.

As alterações do frênuo 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 na alimentação<sup>13</sup>.

A alteração do frênuo 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 oral. 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 frênuo da língua, geralmente, sendo realizada por cirurgiões-Dentistas<sup>4</sup>.

Em bebês e crianças a anquiloglossia pode gerar dificuldades na amamentação, uma vez que a deglutição e a sucção estão associadas à adequada mobilidade da língua. Com a dificuldade de se alimentar pode acarretar perda de peso e desmame precoce, gerando um prejuízo no desenvolvimento da criança<sup>3,9,11</sup>. O diagnóstico deve ser realizado o quanto antes da infância, objetivando-se a imediata remoção do freio para otimizar a amamentação<sup>9</sup>.

O tratamento da Anquiloglossia é cirúrgica, por meio da frenectomia lingual, indicada quando o freio lingual restringe ou dificulta a movimentação da língua. 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 social<sup>8</sup>. A

técnica da frenectomia é a remoção total do freio labial ou lingual onde se realiza a remoção parcial do freio lingual ou a sua reinserção<sup>7</sup>.

Esse trabalho tem o objetivo de relatar um caso mostrando a importância de uma correta conduta clínica e cirúrgica frente a um caso de frenectomia lingual.

## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 18 anos de idade, ASA 1, procurou a Clínica de Odontologia de Ensino da faculdade Evangélica de Goianésia com queixa principal de “língua presa”. 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 pois o mesmo não conseguiu tocar a língua na papila incisiva. A conduta terapêutica compreendeu a frenectomia lingual de forma convencional. (Figura 1 e 2). O paciente foi submetido antissepsia intraoral através do bochecho com solução de clorexidina a 0,12% e extraoral com clorexidina a 2%. A Técnica anestésica realizada foi bloqueio do nervo lingual bilateral, com Cloridrato de Lidocaína a 2% associado à Epinefrina 1:100.000.(Figura 3). Com auxílio do fio de nylon 5.0, transfixado no ápice da língua, os tecidos puderam ser mais bem estabilizados e posicionados (Figura 4). Em seguida, foi executada a divulsão dos tecidos com pinça hemostática de forma delicada, contribuindo para a aproximação dos rebordos da ferida cirúrgica e melhorando a síntese (Figura 7). A hemostasia foi alcançada através da sutura de ponto simples com fio de nylon 5.0 (Figura 8, 9,10). Foi realizada a prescrição medicamentosa :Amoxicilina 500 mg, por via oral 01 cápsula de 08/08h durante 07 dias, Dipirona 500 mg, por via oral de 06/06h por 03 dias e Ibuprofeno 600 mg, por via oral de 08/08 horas por 03 dias.Orientação pós cirúrgico (Figura 11). Após sete dias da intervenção cirúrgica foi realizado a remoção da sutura e avaliado a função da língua. Observou-se melhoria na capacidade de

movimentação e, dessa forma o paciente foi orientado a fazer movimentos repetitivos com a língua e procurasse um tratamento com fonoaudiólogo para otimizar os resultados.(Figura,12,13,14 e 15).



**Figura 1.** Aspecto inicial do frênulo lingual.



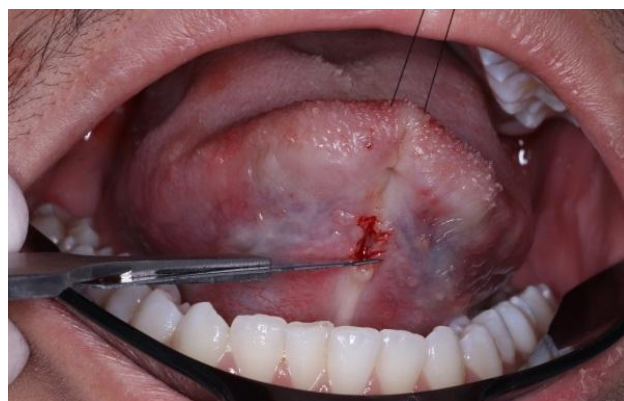
**Figura 2.** Aspecto inicial da língua com formato de coração.



**Figura 3.** Anestesia bilateral.



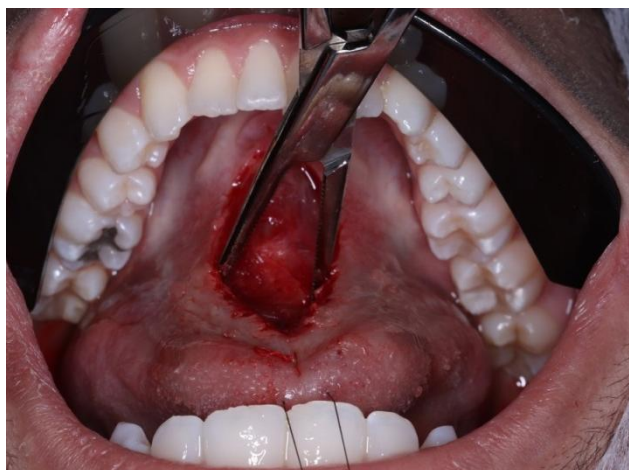
**Figura 4.** Tracionamento com fio de sutura no ápice lingual.



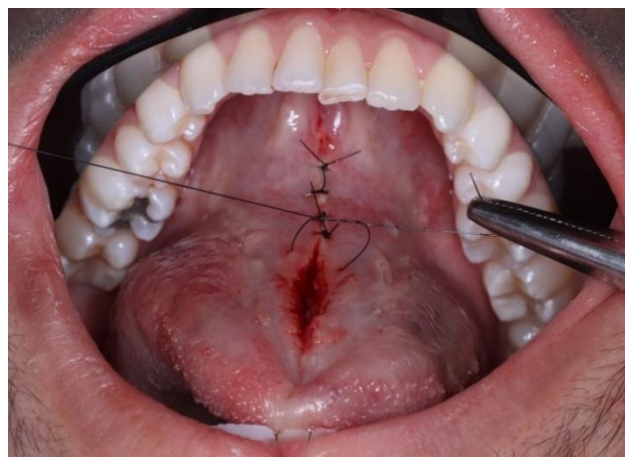
**Figura 5.** Início da incisão do frênulo com lâmina de bisturi nº15.



**Figura 6.** Frênulo totalmente incisionado.



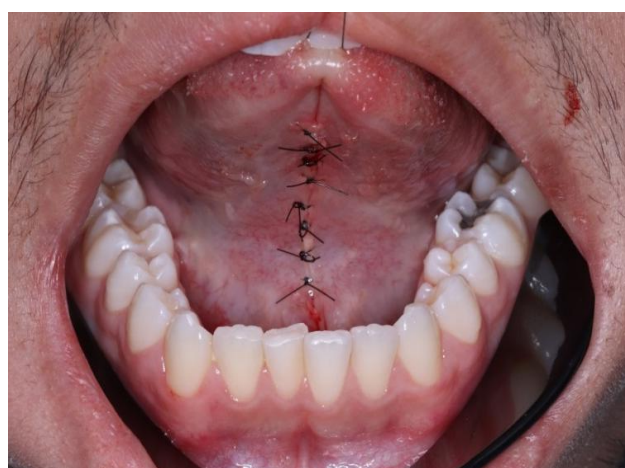
**Figura 7.** Divulsão.



**Figura 10.** Sutura em ponto simples.



**Figura 8.** Sutura em ponto simples.



**Figura 11.** Aspecto final da sutura com ponto do tipo simples .



**Figura 9.** Confecção da sutura utilizando fio de sutura tipo nylon 5.0.



**Figura 12.** Pós-cirúrgico.



**Figura 13.** Pós –Cirúrgico, em movimento de lateralidade.



**Figura 14.** Cicatrização

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual<sup>3</sup>.

A língua possui função importante no transporte de alimentos e na deglutição<sup>3,11</sup>, bem como papel essencial na articulação das palavras<sup>1</sup>. A língua 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 funções<sup>8</sup>.

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 mulheres<sup>10</sup>. 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 desconhecidos<sup>11</sup>. A anquiloglossia pode também ser considerada como resultado da herança genética individual, sendo transmitida como um caráter autossômico dominante<sup>2</sup>.

O caso clínico aqui exposto corrobora com o estudo de Melo et al.(9) do qual anquiloglossia apresentava relevância clínica e social, uma vez que provocava modificações morfofuncionais.

O adolescente exibia limitação dos movimentos da língua, além de um padrão de freio lingual curto, o qual limitava a amplitude de movimentos da língua.

É de suma importância 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.

O tratamento cirúrgico da anquiloglossia permite a correção imediata de algumas das alterações presentes, devendo, cada caso, ser avaliado isoladamente. Em relação às crianças portadoras desta anomalia, 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<sup>14</sup>.

O estudo realizado por Gomes et al<sup>5</sup>, revelou que o procedimento cirúrgico, realizado por cirurgiões-Dentistas juntamente com tratamento com fonoaudiólogos, trouxe ganhos anatômicos e de mobilidade de língua, entretanto, as alterações funcionais, especialmente a fala, permaneceram após a intervenção.

No que se refere a técnica cirúrgica do freio lingual, considera que em termos estatísticos, cerca de 40% dos pacientes intervencionados a partir da V-plastia obtém melhoria no nível da fala. Enfatiza-se que a técnica da Z-plastia e a V-plastia, são mais seguras e eficaz, visto que a mesma diminui a possibilidade de recorrência de anquiloglossia, que 64% dos pacientes demonstram total recuperação dos problemas de articulação de sons e 91% apresentam melhoria na fala<sup>6,16</sup>.

Esse trabalho foi de enorme relevância, pois elucidou o caso de uma frenectomia lingual mostrando seus resultados positivos na resolução do caso e, conseqüente, devolução de função e auto-estima, posto que a anquiloglossia, como já sabido interfere no convívio social do indivíduo. Pode-se concluir que a frenectomia é um procedimento cirúrgico simples, seguro e eficaz que consiste na realização de uma incisão no freio lingual e promove o retorno da auto-estima e qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. BEUTNMULLER G, CAMERA V. **Reequilíbrio da musculatura orofacial**. Rio de Janeiro: Enelivros; 1989.
2. BIXLER D. **Genética clínica na prática odontológica**. In: McDonald RE, Avery DR. **Odontopediatria**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.57-76.
3. FERES MA. **Componentes do aparelho estomatognático**. In: Petrelli E (ed.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise; 1994.
4. FRIGGI MNP, ORSI RM, CHELOTTI A. **Técnica cirúrgica pediátrica: frenectomia lingual**. **J Bras OdontopediatrOdontol. Bebe**. Curitiba: 1998, 1(3), p.101-15.
5. 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.
6. ISAC C. **Frenectomia – momento ideal da intervenção cirúrgica**. 2018. 59 f. Dissertação(Mestrado)\_Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2018.
7. KINA JR, LUVIZUTO ER, MACEDO APA, KINA M. **Frenectomia com enxerto gengival livre: Caso Clínico**. **Rev Odont de Araçatuba**. 2005; 26(1):61-4.
8. KOTLOW L. **Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary**. **Quintessence Int**. 1999;30(4):259-62.
9. MELO NSFO, LIMA AAS, FERNANDES A, SILVA RPGVC. **Anquiloglossia: Relato de caso**. **Rev SulBras Odontol**. 2011;8(1):102-7.
10. OLIVI G, SIGNORE A, OLIVI M, GENOVESE MD. **Lingual Frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach**. **European Journal of Paediatric Dentistry**. 2012 13 (2):101-6.
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. SILVA PI, VILELA JER, RANK RCLC, RANK MS. **Frenectomia lingual em bebê: Relato de Caso**. **Verbahianaodonto.v7n3**.1006.
13. VARGAS BC, MONNERAT, LHP, FAVILLA EE, PINTO LAPF, GANDELMANN IHA, CAVALCANTE MAA. **Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual?** **Rev Uningá**. 2008;18(1):195-204.
14. VIEIRA EMM et al. **Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira**. **RGO - Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 215-218, abr./jun. 2010).
15. VIERA JIMP. **Tecnologia Laser em Medicina Dentária –Frenectomia em Foco**. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2012.
16. Xavier MMAPC. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos**. 2014. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)\_Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.