



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

PRISCILA OLIVEIRA MARQUES DOS SANTOS

Manaus – AM

2017



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

PRISCILA OLIVEIRA MARQUES DOS SANTOS

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso apresentado ao curso graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof. Dr. Gimol Benchimol de Resende Prestes

Manaus – AM

2017



**Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia**

TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Priscila Oliveira Marques dos Santos** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gimol Benchimol de Resende', is written above a horizontal line.

Profa. Dra. Gimol Benchimol de Resende (Orientador)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mareo Fiori', is written above a horizontal line.

Profa. Msc. Mareo Fiori

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Antonio Jorge A. Vasconcelos II', is written above a horizontal line.

Prof. Esp. Antonio Jorge A. Vasconcelos II

Manaus, 20 de junho de 2017.



Escola Superior de Ciências da Saúde
Av. Carvalho Leal, N. 1777, Cachoeirinha,
CEP: 69065-001 / Manaus-AM
www.uea.edu.br

*Dedico este trabalho à Deus,
minha família e meus amigos. Sem
qualquer um deles não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida. Ainda, pelo discernimento e sabedoria para trilhar essa longa e exaustiva jornada acadêmica.

Aos meus pais Francisco Marques e Natália Soares que não mediram esforços, dentro dos seus limites financeiros para me manter em um curso cujo gasto é muito elevado. E ainda, mesmo que em distância física, pelas palavras de carinho nos momentos em que eu não tinha mais estruturas psicológicas para prosseguir.

Aos meus irmãos Patricia, Patrick Ernane, Ana Paula, Paulo Silas e João Jessé. Mas em especial a Ana Paula e João Jessé, aqueles que foram um dos que mais contribuíram para a realização desse sonho.

Aos meus sobrinhos César Eduardo, Alisson Gustavo, Alan Cristian, Andrew Manoel, Nátaly, Francisco Neto, Matheus Ernan, João Gabriel, Jorge Guilherme e Ana Melissa. Por todo o carinho, amor e doçura que têm. Vocês com certeza são um referencial de filhos pra mim, e uma injeção de ânimo pra continuar lutando.

À Telma Souza. Professora do Ensino Médio, amiga e grande incentivadora. Lembro-me como se hoje fosse, da minha aprovação no vestibular, e com isso me vem a memória as minhas preocupações de onde morar e manter meu sustento. Porque teria que me deslocar de cidade. Pois residia no interior do Amazonas e o curso seria na Capital. Recordo ainda dela me dizendo que iria falar com sua irmã Sônia Souza para me receber em sua residência. Assim foi, toda a família Souza me recebeu como se fosse parte da mesma. Sou grata a todos por isso!

Aos meus amigos Rosania Brito, Milca Cunha, Keila Alves, Rayan Fernandes, Bruno Gonçalves, Brenda Cordeiro, Euderley Gomes, Denize Souza, Jéssika Brito, Cátia Nunes, Maíra Gonzaga e Thayná Machado. Por todo companheirismo, fidelidade, lealdade e parceira durante essa jornada.

À minha amiga Rita Dariene pela amizade e auxílio na confecção dessa monografia.

Às minhas companheiras de apartamento, Carmem Costa e Larissa Reis. Por toda a compressão e apoio nos momentos difíceis.

À minha prima Neyla Almeida, por ter sido minha fiadora junto a AFEAM. Sem esse financiamento para aquisição de meus materiais odontológicos, sem dúvida que não teria como prosseguir em meu curso.

À minha orientadora Gimol Benchimol de Resende Prestes, por ter me passado conhecimento e tranquilidade durante o procedimento cirúrgico.

A todos os professores da graduação. Pois cada um acrescentou e foi de suma importância em determinado estágio da minha vida acadêmica.

Aos funcionários da Policlínica Odontológica da UEA, pelo convívio, respeito e serviço prestado.

À Universidade do Estado do Amazonas pela honra de fazer parte desse cenário de grandes nomes da docência e discência do Amazonas.

A todos os moradores e funcionários da Casa do Estudante da UEA. Local onde foi meu lar por longos e maravilhosos anos.

A todas as pessoas que embora não tenha citado em particularidade, mas que foram imprescindíveis nessa caminhada. Sintam-se lembrados, abraçados e tenham minha eterna gratidão.

*“Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem
perder o bem que poderíamos conquistar
se não fosse o medo de tentar.”*

(William Shakespeare)

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 fonação¹. 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. Esta pode ser observada em recém-nascidos, crianças, bem como em adolescentes e adultos⁶. 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 auto-estima, posto que a anquiloglossia, como já sabido interfere no convívio social do indivíduo.

Palavras Chave: Anquiloglossia, Frenulotomia, Freio lingual

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.¹ 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-prey¹. This can be observed in neonates, children as well as adolescents and adults⁶. 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.

Key words: Ankyloglossia, Frenulotomy, Lingual brake

Lista de Figuras

Figura 1: Características do freio lingual antes da cirurgia.....	20
Figura 2: Anestesia tópica na região sublingual.....	21
Figura 3: Anestesia infiltrativa sublingual.....	21
Figura 4: Secção do freio lingual com tesoura de ponta romba.....	22
Figura 5: Freio lingual seccionado.....	22
Figura 6: Nova inserção do freio lingual após 6 meses da cirurgia.....	23
Figura 7: Comprimento da língua após 6 meses de cirurgia.....	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Prevalência das alterações dos freios	15
3.2 Etiologia e Diagnostico da Anquiloglossia	16
3.3 Tratamento cirúrgico: Frenulotomia.....	17
3.4 Tratamento Cirúrgico Convencional	18
3.5 Tratamento cirúrgico a laser	19
4. RELATO DE CASO	20
5. DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERÊNCIAS	28
8. ANEXOS	32

1. 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. E 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 fibrodenso e, em alguns casos, de fibras superiores do músculo genioglosso². 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 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 frênulo da língua, geralmente, sendo realizada por odontólogos 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. Esta pode ser observada em recém-nascidos, crianças, bem como em adolescentes e adultos⁶.

Devido a 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 “bullyng”, 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 relato de caso a seguir é de suma importância, pois demonstra a conduta clínica e cirúrgica de frenulotomia lingual realizada em um paciente atendido na clínica de Odontopediatria da Universidade do Estado do Amazonas. E ainda, discute sobre o diagnóstico e diferentes manobras cirúrgicas e medidas terapêuticas no tratamento da anquiloglossia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Demonstrar e discutir um relato de caso clínico de uma frenulotomia realizada em paciente pediátrico atendido na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas.

2.2. Objetivos específicos

Demonstrar um tratamento cirúrgico em paciente pediátrico, com intuito de melhorar a qualidade fonética e funcional do paciente.

Comparar com a literatura diferentes possibilidades de tratamento para a anquiloglossia.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prevalência das alterações dos freios

Foram avaliados por três fonoaudiólogas os frênuos linguais de 260 crianças com idades variando entre 6 e 12 anos. Os frênuos foram classificados por meio de inspeção visual, medidas empregando-se paquímetro e avaliação da tensão, mobilidade e posicionamento da língua. Foram consideradas crianças com alteração de frênulo aquelas que apresentaram alteração em todas etapas da avaliação. Nos casos de classificação de frênulo alterado, a fala foi avaliada. Os dados encontrados revelaram que das 260 crianças avaliadas 47 (18%), apresentaram alteração de frênulo, sendo 28 (60%), classificados como curtos; 12 (25%) como anteriorizados e 7 (15%) como curtos e anteriorizados. Não houve diferença entre os sexos. Dos indivíduos com frênulo alterado, 34 (72 %) apresentaram alteração de fala. A prevalência de alteração na fala foi maior no frênulo curto e anteriorizado (85%), seguido pelo curto (75%) e pelo anteriorizado (58%). As implicações de fala mais encontradas foram distorção e articulação trancada⁹.

Relatou que cinquenta e três sujeitos que nunca haviam se submetido a fonoterapia ou a cirurgia do frênulo lingual foram avaliados por um fonoaudiólogo em 2010. Esses sujeitos foram encaminhados para avaliação fonoaudiológica por professores, pediatras e dentistas de Brotas (SP), e suspeitou-se de alteração de frênulo em 14 (26,4%) deles. Nenhum dos sujeitos apresentava síndromes genéticas, alterações auditivas, cognitivas ou motoras. Aplicou-se um protocolo com escores, específico para avaliação de frênulo lingual, quando havia suspeita de alteração do frênulo. Dez sujeitos entre 2 e 33 anos, sendo oito homens e duas mulheres, apresentaram alteração no frênulo lingual e em funções orofaciais¹⁰.

Estudou a anquiloglossia em 108 (37,11%) índios. O sexo masculino apresentou maior prevalência, sendo 57 casos (43,8%), enquanto o sexo feminino apresentou

51(31,7%) dos casos. A distribuição da faixa etária foi feita após análise de agrupamento hierárquico, distribuídas em três grupos: 1-20 anos, 21-45 anos e 46-99 anos. Sendo que a anquiloglossia apresentou maior prevalência na faixa etária de 1- 20 anos, com 65 casos (40,6%)¹¹.

3.2 Etiologia e Diagnostico da Anquiloglossia

A anquiloglossia conhecida como língua presa, sua forma popular 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 nascimento ¹².

A anquiloglossia é hereditária e, normalmente, são os parentes próximos como a mãe e o pai que podem manifestá-la ^{13, 14 e 15}.

Esta sua natureza hereditária tem ainda de ser elucidada, mas tem vindo a ser sugerido que seja uma desordem autossômica dominante, sendo a sua transmissão entre gerações feita através do cromossoma X ¹⁵.

O mecanismo exato etiopatogênico da anquiloglossia mantém-se ainda desconhecido ^{16 e 15}.

A anquiloglossia manifesta-se, frequentemente, como uma anomalia única. No entanto, pode apresentar-se como uma das características de determinadas síndromes raras como o síndrome da fenda palatina, o de Kindler, o orodigitofacial, o de Simpson-Golabi-Behmel, o de Beckwith-Wiedemann, o de Van der Woude e ainda, a síndrome de Opitz ^{17,18, 16, 15 e 19}.

É de reiterar que a maioria das anquiloglossias são observadas em pessoas sem quaisquer outras anomalias ou doenças congênitas ¹⁶.

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 saudáveis ²⁰.

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 mamilar ²¹. 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.

3.3 Tratamento cirúrgico: Frenulotomia

A intervenção mais comumente utilizada para o manejo da anquiloglossia é a frenotomia ou frenulotomia, que consiste na divisão (corte) do frênulo lingual. Outros procedimentos incluem a frenuloplastia (frenotomia com utilização de suturas) e frenectomia ou frenulectomia (excisão do frênulo lingual)²².

A frenotomia é um procedimento cirúrgico que pode ser efetuado em ambulatório por médicos otorrinolaringologistas, pediatras e cirurgiões dentistas. Coloca-se o bebê em supinação, com os cotovelos fletidos e seguros por um assistente. Este tem ainda de estabilizar com o dedo indicador o mento e, desta forma, o cirurgião dentista eleva a língua com uma sonda cânula ou com os seus próprios dedos para expor o freio lingual.

Procede-se a incisão com tesoura esterilizada, em cerca de 2 a 3 mm de profundidade, na sua porção mais delgada da inserção lingual. Estende-se até à vizinhança do músculo genioglosso. Todo o procedimento deve ser realizado com cautela, evitando-se lesar tecido vascular, o músculo genioglosso, a gengiva mandibular e os ductos submandibulares ou de Wharton. Logo após de se obter o controle da hemorragia, o recém-nascido é colocado a mamar ^{17, 23 e 24}.

A frenotomia é um procedimento cirúrgico simples, seguro e eficaz que consiste na realização de uma incisão no freio lingual ^{25, 23, 14 e 25}.

A Academia Americana de Pediatria e a Associação Americana de Amamentação recomendam a realização de frenotomia precocemente, até aos 4 ou 5 anos de idade ²⁶.

Este procedimento tem poucas complicações destacando a hemorragia e a recorrência da anquiloglossia. A hemorragia é facilmente controlável através de compressão com uma gaze esterilizada ^{26, 24 e 27}. A anquiloglossia recorrente apresenta uma taxa de 3,7% que se deve na maioria dos casos, à formação em excesso de tecido cicatricial no tecido incisionado ²⁷.

3.4 Tratamento Cirúrgico Convencional

Inicia-se a cirurgia pela técnica anestésica infiltrativa do nervo lingual bilateralmente. Com o paciente anestesiado pode-se transfixar com um fio de sutura a ponta da língua, facilitando a elevação do órgão. Porém, alguns autores preferem que o auxiliar promova a elevação segurando a ponta língua com o auxílio de uma gaze. Outros lançam mão de um instrumento chamado tentacânula, com o mesmo objetivo. Após a elevação da língua deve-se fixar o freio com o auxílio de uma pinça mosquito ou Halsted reta, em seguida, com uma lâmina de bisturi número 15 secciona-se o freio paralelamente

à superfície ventral da língua, logo após, com outra pinça paralela e sobre as carúnculas, fixa-se em profundidade a porção inferior do freio, então secciona-se o freio deslizando o bisturi pelas faces internas das pinças, promovendo a remoção do freio fibroso. É aconselhável realizar a dissecção das bordas da incisão para depois executar a sutura com pontos simples^{27 e 28}.

3.5 Tratamento cirúrgico a laser

São vários os autores que elegem a cirurgia a laser. Pois é um método simples e rápido de executar, bem aceito e tolerado pelos pacientes. Requer o mínimo de anestesia, são bactericidas, geralmente não ocorre sangramento e o período pós-operatório é assintomático e sem recidivas.

Na cirurgia tem vindo a ser apreciada a utilização de laser de alta intensidade de potência, apresentado vários benefícios devido às suas características e versatilidade. A sua utilização vai reduzir o tempo cirúrgico pois cortam, vaporizam, coagulam e esterilizam. A visibilidade do local cirúrgico é melhor e este apresenta-se mais limpo pois o trauma é reduzido durante a intervenção, ocorre uma melhor hemostasia, visto que este vai bloqueando e coagulando pequenos vasos na linha de incisão. Como na cirurgia a laser as suturas não são necessárias, este apresenta uma redução do edema, do trauma e das cicatrizes pós-operatórias. Neste tipo de cirurgia a quantidade de anestesia é reduzida. A montagem do campo operatório tradicional também é dispensada, tal como a utilização de diversos instrumentos, o que pode facilitar a aceitação da cirurgia por parte do paciente odontopediátrico^{29, 30 e 31}.

4. RELATO DE CASO

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'. Não foi relatada nenhuma doença sistêmica que contra indicasse a cirurgia (Figura 1).



Figura 1: Características do freio lingual antes da cirurgia

O procedimento cirúrgico iniciou, com a anestesia tópica sublingual com (Benzocaína), aplicada com auxílio de haste flexível (cotonete) durante o tempo recomendado (Figura 2).



Figura 2: Anestesia tópica na região sublingual

Seguido de anestesia infiltrativa na região sublingual bilateralmente, utilizando lidocaína a 2%. A língua foi puxada suavemente para expor o freio, utilizando o dedo indicador e médio (Figura 3).



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 (Figura 4 e 5).



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



Figura 5: Freio lingual seccionado

Para o pós-operatório foi recomendado repouso para o paciente, dieta líquida e/ou pastosa, bem como, alimentos em baixa temperatura e movimentação da língua. Para controle da dor e inflamação foi receitado Ibuprofeno de 100mg/ml.

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 o procedimento cirúrgico.

Com o sucesso da cirurgia, o paciente foi encaminhado para terapia fonoaudiológica.

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 4: Comprimento da língua após 6 meses de cirurgia

5. DISCUSSÃO

A importância de um diagnóstico precoce está totalmente interligado 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, irritação do frênulo lingual²⁶.

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 mulheres³².

Há controvérsias em relação a 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 desconhecidos³³. A anquiloglossia pode também ser considerada como resultado da herança genética individual, sendo transmitida como um caráter autossômico dominante³⁴.

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 cirúrgica³⁵.

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 a realização de

mais estudos, sobretudo ensaios clínicos controlados, para que sejam construídas evidências científicas que embasem critérios diagnósticos e condutas³⁶.

6. CONCLUSÃO

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 auto-estima, posto que a anquiloglossia, como já sabido interfere no convívio social do indivíduo.

A técnica cirúrgica utilizada para a frenulotomia relatada neste caso 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 as técnicas convencionais.

7. REFERÊNCIAS

1. Viera JIMP. Tecnologia Laser em Medicina Dentária –Frenectomia em Foco. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2012.
2. Pozza DH; Deyl JT; Cardoso ES; Cançado RP; Oliveira MG. Frenulectomia lingual: revisão de literatura e relato de caso clínico. Rev Odontol UFES. Vitória: 2003; 5(2), p.19-25.
3. Borsatto MC; Torres CP; Assed S. Cirurgia em Odontopediatria. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2005. p. 289-239.
4. Friggi MNP; Orsi RM; Chelotti A. Técnica cirúrgica pediátrica: frenectomia lingual. J Bras OdontopediatrOdontol. Bebe. Curitiba: 1998, 1(3), p.101-15.
5. De Brito SF; et al, Frênulo Lingual: Classificação E Conduta Segundo Ótica Fonoaudiológica, Odontológica e Otorrinolaringológica. Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.3, 343-351, jul-set, 2008.
6. Suter VGA, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontal. 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 OrtodonOrtop facial. 2004; 9(3), p.137-156.
8. Kina, JR; Luvizuto, ER; Macedo, AP. A; Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: Caso Clínico. Rev Odont de Araçatuba. 2005; 26(1):61-4.
9. Braga LAS; da Silva J; Pantuzzo CL; Motta AR. Rev CEFAC, v.11, Supl3, 378-390, 2009.
10. Marchesan IQ; Martinelli RLC; Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. J SocBrasFonoaudiol. 2012;24(4):409-12

11. 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.
12. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Rev CEFAC. 2008 Jul-Sep;10(3):343-51.
13. Berg, K. Tongue-Tie (Ankyloglossia) and Breastfeeding: A Review. J Hum Lact (1990); 6 (3):109-12
14. Northcutt, M. The Lingual Frenum, J Clin Orthod (2009); 43(9):557-65
15. 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):329–332.
16. Suter, V., Bornstein, M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. J Periodontol (2009); 80(8):1204-19
17. Lalakea, M., Messner, A. Ankyloglossia: does it matter? Pediatr Clin N Am (2003);50: 381-397
18. Kupietzky, A., Botzer, E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. Pediatr Dent (2005); 27(1):40-6
19. Pradhan, S., Yasmin, E., Mehta, A. Management of Posterior Ankyloglossia using the Er, Cr: YSGG Laser. Int J Laser Dent (2012); 2(2):41-46
20. Harris, E., Friend, G., Tolley, E. Enhanced prevalence of ankyloglossia with maternal cocaine use. Cleft Palate Craniofac J (2005); 26:1962-1967
21. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. [periódicos na Internet] 2007; 53(6):1027-33. [Acesso em 2 de junho de 2015]. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949218/pdf/0531027.pdf>

22. Geddes, D., Langton, D., Gollow, I., Jacobs, L., Hartmann, P., Simmer, K. Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics* (2008); 122(1):e188-94.
23. Buryk, M., Bloom, D., Shope T. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial. *Pediatrics* (2011); 128(2): 280-8
24. Segal L., Stephenson, R., Dawen, M., Feldman, P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician* (2007); 53:1027-1033
25. Ballard, J., Auer, C. Khouury, J. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad, *Pediatrics*. 2002; Nov;110(5):e63.
26. 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.
27. Borsatto MC, Torres CP, Assed S. Cirurgia em Odontopediatria. In: Sada S. *Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica / Sada Assed*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2005. p. 289 – 239.
28. Puricelli E, Ponzoni D. Aspectos da cirurgia e traumatologia bucomaxilo-facial em odontopediatria. In: Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica / Orlando Ayrton de Toledo*. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 329 - 348.
29. Santos ES, Imperato JC, Adde CA, Moreira LA, Pedron IG. Frenectomia a laser (Nd:Yap) em odontopediatria. *Rev Odonto*. 2007;15(29):107-113
30. Bagga S, Bhat M, Bhat GS, Thomas BS. Esthetic management of the upper labial frenum: a novel frenectomy technique. *Quintessence int*. 2006;37:819-823.
31. Gomes AS, Lopes MW, Ribeiro CM. Radiação laser: aplicações em cirurgia oral. *Inter journal of Dentistry*. 2010 jan/mar;6(1):17-20

32. 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.
33. Silva PI; Vilela, JER; Rank, RCLC; Rank, MS. Frenectomia lingual em bebê: Relato de Caso. *Verbahianaodonto.v7n3.1006*.
34. Bixler D. Genética clínica na prática odontológica. In: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.57-76.
35. 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).
36. Procópio IMS. *Tratamento cirúrgico da anquiloglossia (monografia)*, Brasília 2014.

8. ANEXOS

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

1

AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UEA

Paciente: Gustavo Augusto de Azevedo Cerqueira Júnior

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Manaus, 22 de novembro de 2016.

Assinatura do Paciente

X [Assinatura]
Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente