

ANQUILOGLOSSIA LINGUAL: RELATO DE CASO**ANKYLOGLOSSIA LINGUAL: CASE REPORT**Jordana Oliveira Monteiro ¹Marconio Lucas de Souza Carvalho ¹Mariana Vargas Lindemaier ²¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos² Mestre Mariana Vargas Lindemaier – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos(Orientadora)

RESUMO: A Anquiloglossia é uma deficiência do sistema estomatognático, representada pelo freio lingual curto, dificultando a fala, mastigação e deglutição. A sua origem é baseada na formação de uma dobra mediana ou membrana mucosa conectada ao assoalho bucal de forma incorreta. Existem evidências, que sua etiologia é de herança genética, que pode ser transmitida de pais para filhos. O diagnóstico precoce possibilita a correção desta anomalia, sendo menos traumático quando realizado após o nascimento, enquanto o freio lingual ainda é uma membrana fina. A cirurgia de frenectomia lingual deve ser indicada para pacientes com problemas fonéticos e funcionais, que o impedem de ter uma vida social tranquila e favorável, dificultando a alfabetização. Diante da importância do assunto, o objetivo do estudo é relatar o caso clínico e o tratamento da Anquiloglossia, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial e multidisciplinar.

Palavras-chave : Anquiloglossia, Odontopediatria.

ABSTRACT : Anquiloglossia is a deficiency of the stomatognathic system, represented by the short lingual brake, making speech difficult, chewing and swallowing. Its origin is based on the formation of a medial fold or mucous membrane incorrectly connected to the buccal floor. There is evidence that its etiology is of genetic inheritance, which can be transmitted from parents to children. Early diagnosis allows the correction of this anomaly, being less traumatic when performed after birth, while the lingual brake is still a thin membrane. Lingual frenectomy

surgery should be indicated for patients with phonetic and functional problems, which prevent them from having a quiet and favorable social life, making literacy difficult. Given the importance of the subject, the objective of the study is to report the clinical case and the treatment of Anquiloglossia, emphasizing the importance of the differential and multidisciplinary diagnosis.

Keywords: Ankyloglossia, Pediatric Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

Sedano et al. (2016) ressaltam que, a língua se une com o assoalho da boca gerando anormalidade, em que a densidade e o comprimento podem variar. Pesquisas apontam que, a maior frequência ocorre em pacientes do sexo masculino e a incidência varia entre 0,02% a 4,8 % (JIMÉNEZ et al.,2014). No aleitamento materno, a criança que possui anquiloglossia tem dificuldades para se alimentar devido à restrita mobilidade da lingual (BURYK et al.,2011). Crianças de 0 a 3 anos de idade estão na fase de aprendizado da deglutição, posicionamento da língua e respiração, as dificuldades provocadas pelo o freio lingual curto tem grande impacto na vida social dessas crianças (MARTINELLI et al.,2013).

O diagnóstico diferencial deve ser realizado pelo Odontopediatra e o Fonoaudiólogo, que são profissionais capacitados para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactentes e crianças (CONSOLARO et al., 2014). A cirurgia de frenectomia lingual deve ser realizada de modo mais precoce possível ou assim que for confirmado o diagnóstico. O protocolo tem a finalidade de prevenir ou minimizar as complicações relacionadas ao mau posicionamento dentário e ao desenvolvimento muscular, os quais ficam prejudicados. O procedimento cirúrgico e a complementação com tratamento Fonoaudiólogo é necessária em alguns casos, a fim de restabelecer a fisiologia normal de deglutição e fonação. Salienta-se que, a execução tardia da frenectomia lingual pode comprometer o bem-estar psíquico e social do paciente (SANTOS et al.,2007). A anquiloglossia lingual causa deglutição atípica, postura anormal da língua, alteração fonética, mastigatória e por fim diastemas entre os incisivos centrais inferiores (BRITO et al.,2008). O diagnóstico precoce possibilita a correção desta anomalia, sendo menos traumático quando realizado após o nascimento, enquanto o freio ainda é uma membrana fina,para isso

realiza-se a frenectomia lingual (TECCO et al., 2015). Deve ser realizada a frenectomia lingual quando o paciente tem problemas fonéticos e funcionais, que o impedem de ter uma vida social tranquila e favorável, dificultando a alfabetização.

Tendo em vista isso, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de frenectomia lingual em criança que apresentava dificuldade na fala devido às anormalidades do freio, e discutir a importância do diagnóstico precoce e tratamento multidisciplinar dessa anomalia.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 4 anos de idade, com experiência odontológica anterior procurou atendimento com seu responsável legal na Clínica Odontológica da ITPAC Porto Nacional, no exame clínico foi observado várias lesões de cárie e comprometimento pulpar. Relatou na queixa principal: “Ela não fala direito e tem dificuldade de dizer as palavras”. A mãe concordou em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, prosseguindo com a anamnese e posteriormente exame clínico.

Durante a anamnese o responsável legal relatou que quando bebê, não teve nenhuma dificuldade na amamentação ou dificuldade de ganhar peso, informando ainda, que a criança sofreu um traumatismo dental com um ano e três meses de idade, procurando atendimento odontológico para extrair o dente amolecido após o trauma. Sobre a higiene oral, constatou-se que, os pais não auxiliavam nas escovações, sem realizar o uso do fio dental e dieta desbalanceada, com excesso de açúcar

No exame clínico intraoral, observou-se inúmeras lesões de cárie em todos os molares decíduos e no incisivo central superior (dente 51), ausência do dente 61 com perda da dimensão horizontal e fechamento de espaço, e por fim cicatriz de fístula nos dentes 52 e 84 (Figura 1- A e C). Avaliou-se a mobilidade da língua, não sendo possível realizar o diagnóstico da Anquiloglossia, devido o freio lingual possuir certa mobilidade, necessitando assim, de avaliação e parecer do Fonoaudiólogo. Foram transmitidas as orientações de dieta e higiene oral ao

responsável, posteriormente realizou-se a profilaxia, radiografia interproximal e adequação do meio bucal com Cimento de Ionômero de Vidro (Riva Self Cure, Brasil) nos dentes que não tinham risco ou comprometimento pulpar.

Nas sessões seguintes, realizou-se restauração em resina composta no dentes 55, na outra no dente 75, depois endodontia do elemento 84 (Figura 1- Letra C) , depois restauração no 85, por fim exodontia do 52 e restauração do elemento 51 (Figura 1- Letra A e B).

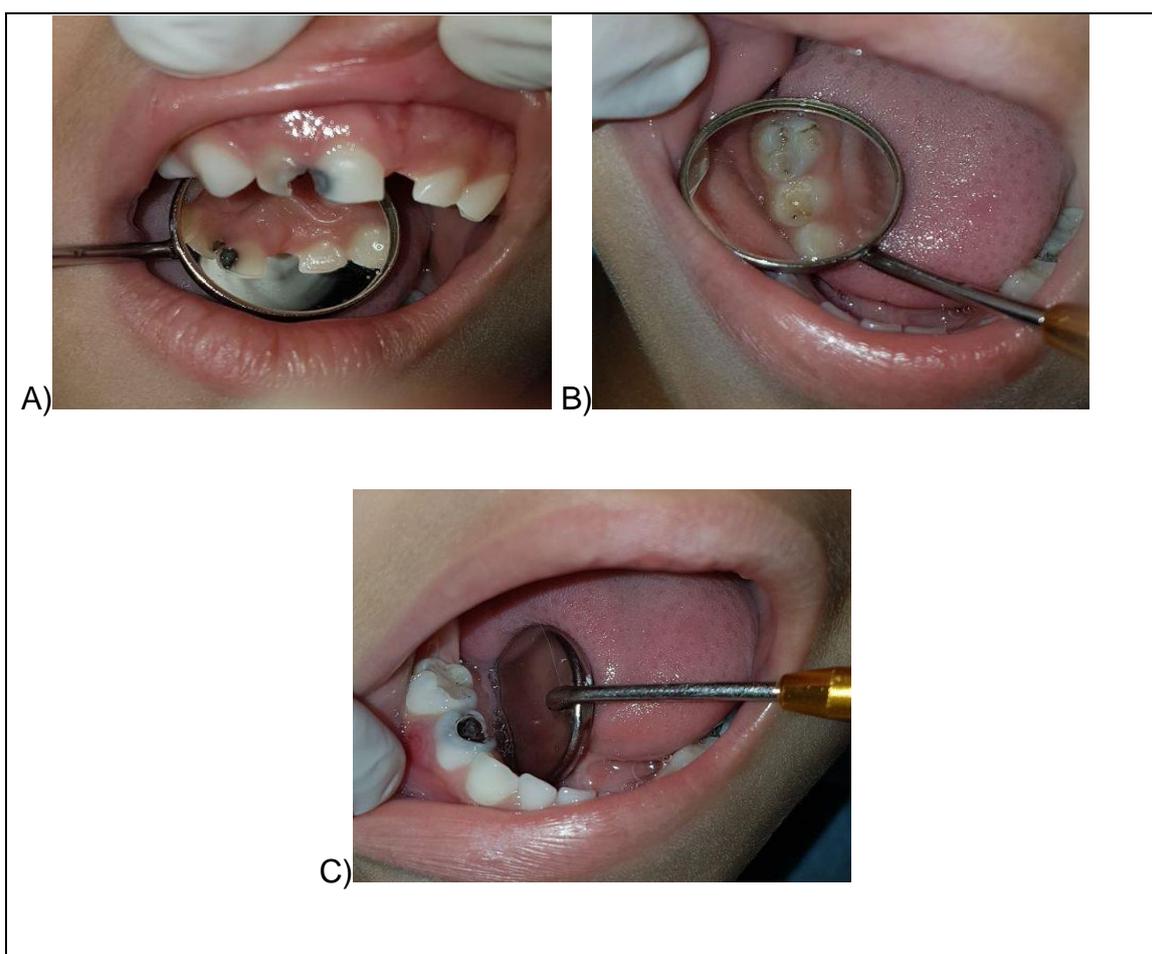


Figura 1: Dentes com lesões cariosas

Fonte: CARVALHO, MONTEIRO,2018

Ao realizar a movimentação da língua, observou-se freio lingual com leve encurtamento, impossibilitando o diagnóstico preciso, diante disto, fez-se necessário encaminhar a paciente para avaliação com a Fonoaudióloga, que constatou, que a criança apresenta frênulo lingual curto, alterando o posicionamento e mobilidade da

língua, dificultando a comunicação oral de alguns fonemas, indicando a cirurgia de frenectomia lingual (Figura 2).



Figura 2: Freio lingual posicionado no ápice

Fonte: CARVALHO, MONTEIRO, 2018

A frenectomia realizou-se pela técnica convencional, a paciente foi submetida à anestesia local com lidocaína a 2%, associado a epinefrina (Alphacaine, DFL), técnica infiltrativa regional do nervo lingual e do nervo alveolar inferior, bilateralmente (Figura 3- Letra A).

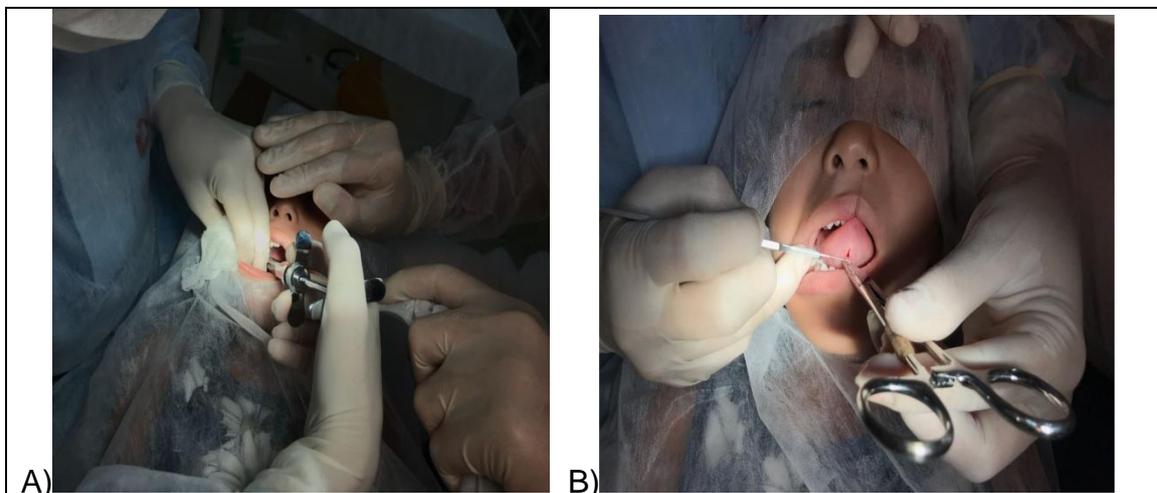


Figura 3: Anestesia e incisão do freio com bisturi

Fonte: CARVALHO, MONTEIRO, 2018

O freio lingual foi fixado com uma pinça tipo Halsted reta, enquanto a língua era elevada por um fio de sutura passado na ponta da língua, a incisão do freio era executada com uma lâmina de bisturi número 15, paralela à superfície ventral do órgão (Figura 3- Letra B). Em seguida, a lâmina de bisturi foi deslizada paralelamente a superfície inferior da pinça de Halsted para secção da porção inferior do freio (Figura 4- LETRA A), conferindo uma forma de triângulo ao tecido retirado (Figura 4- LETRA B). A hemostasia foi realizada através da compressão bidigital com o auxílio de gaze e finalizada com pontos de sutura simples (Figura 4- LETRA C). Utilizou-se fio de sutura reabsorvível para melhor comodidade à paciente. O procedimento cirúrgico ocorreu sem nenhuma intercorrência.

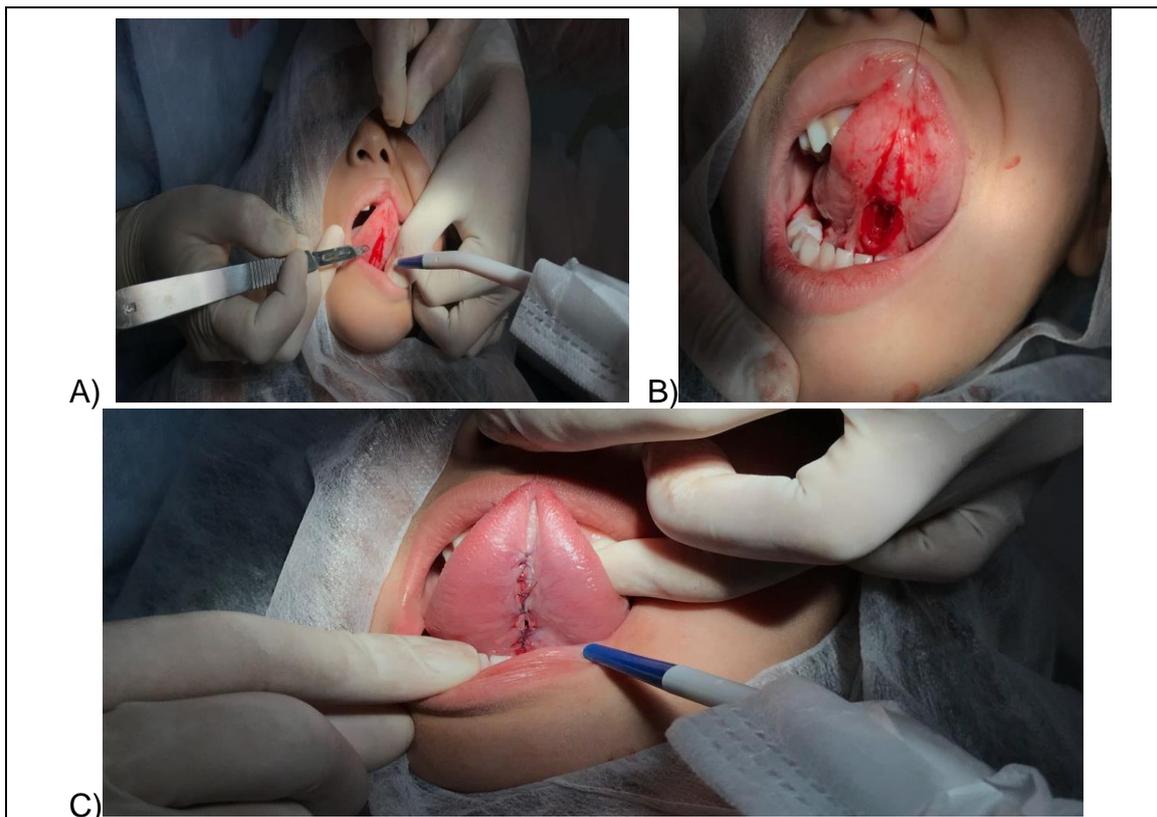


Figura 4: Incisão do freio com bisturi e sutura.

Fonte: CARVALHO, MONTEIRO, 2018

Para pós-operatório recomendou-se repouso, dieta líquida e/ou pastosa, bem como, alimentos em baixa temperatura. Para controle da dor e inflamação foi receitado Alivium de 100mg/ml, 1 gota/Kg de 8 horas por 3 dias. A paciente foi encaminhada para terapia fonética com a Fonoaudióloga para aprimorar a dicção.

3 DISCUSSÃO

O freio lingual é considerado normal quando a sua inserção vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca, já o anteriorizado tem sua inserção na face sublingual ou a qualquer ponto após. A língua possui um papel importante na condução dos alimentos ingeridos, atuação na acomodação dos dentes nos arcos dentários. Um freio lingual muito curto determina a dimensão dos movimentos da língua, lesando sua eficácia para realizar suas funções (KOTLOW,1999; SEDANO et al.,2016). Ao nascimento do paciente do presente estudo, não realizou-se nenhuma avaliação da língua ou da cavidade bucal, com o passar dos anos a mãe percebeu a dificuldade da criança em verbalizar alguns sons e palavras.

No Brasil, validou-se a lei que obriga a execução do protocolo de avaliação do frênulo lingual de bebês nascidos em todos os hospitais e maternidades, públicos ou particulares, precavendo as intercorrências que dificultam o aleitamento natural em decorrência das consequências das alterações da sucção e deglutição, correlacionando a baixa carga nutricional e ablactação antecipada (BALLARD et al.,2002). No caso clínico em questão, relatou-se durante a anamnese que, quando bebê, não apresentou dificuldade na amamentação ou no ganho de peso.

Em alguns casos de Anquiloglossia o paciente necessita de avaliação e de uma equipe multidisciplinar com Fonoaudiólogos e Cirurgião-dentista para o diagnóstico diferencial, posteriormente à cirurgia de frenectomia é de suma importância, para restabelecer as funções da língua (MELO et al., 2011). Na avaliação lingual da paciente em questão encontrou-se dificuldade para realizar o diagnóstico definitivo, devido o freio lingual não apresentar a inserção curta

suficiente para a indicação da cirurgia de frenectomia, deste modo, foi necessário a avaliação da Fonoaudióloga para o diagnóstico exato.

Segundo Haytac e Ozcelik (2006) a frenectomia é uma cirurgia de remoção do freio, que visa eliminar o excesso de tecido livre interdentário, diminuir a pressão dos tecidos gengivais marginais, promovendo a estabilidade e prevenção da recidiva de diastemas e restabelecer a anatomia da região, podendo ser efetuadas de modo simples com material cirúrgico, como o bisturi e pinça ou com um laser de tecidos moles (TOLEDO, 2005).

Em relação à conduta dos freios linguais curtos, a maioria dos Otorrinolaringologistas e Odontólogos concordam com a manobra cirúrgica para frênulos anteriorizados, os Fonoaudiólogos concordam com a cirurgia seguida de fonoterapia, para trabalhar os movimentos da língua, auxiliando na fala de alguns fonemas (SACONATO et al.,2009). Deste modo, após o procedimento cirúrgico a paciente foi encaminhada para fonoterapia, auxiliando assim na pronuncia de alguns fonemas e melhorando a dicção.

Opara et al. (2012) sugerem que, a realização precoce da frenectomia lingual está associada à melhora do aleitamento materno. No estudo Steehler et al. (2012), 86% das mães de pacientes submetidos à frenectomia lingual antes de uma semana de vida, relataram diferença significativa na amamentação, em contrapartida, as mães de bebês que realizaram a cirurgia após uma semana de vida relatam dificuldade de nutrir seus filhos, apresentando cansaço para mamar, postura dos lábios entreabertos e posicionamento da língua nas laterais. O tratamento cirúrgico para anquiloglossia é uma forma benigna para solucionar problemas da língua, sendo este um procedimento rápido, seguro e eficiente.

Existem classificações dos freios linguais que vêm para auxiliar o diagnóstico e o tratamento mais qualificado para o seguinte caso exposto, segundo Kotlow (1999), é uma maneira eficaz para classificar as severidades e graus de anquiloglossia através da medição da língua. Classificando em: Língua livre normal : mais de 16mm (clinicamente aceitável); Classe I : 12mm a 16mm (anquiloglossia leve); Classe II : 8mm a 11mm (anquiloglossia moderada); Classe III : 3mm a 7mm (anquiloglossia severa); Classe IV : menos de 3mm (anquiloglossia completa). Acredita se que, a Anquiloglossia do caso clínico relatado é classificada em Classe I, justificando a dificuldade no diagnóstico.

É necessário que o cirurgião-dentista tenha conhecimento do assunto em questão, para realizar o diagnóstico correto e, conseqüentemente, indicar de forma correta a cirurgia de frenectomia lingual. Observou-se que, o procedimento tem excelentes resultados, sendo eficaz na resolução da Anquiloglossia.

4 CONCLUSÃO

Diante do caso exposto e retorno da paciente, observou-se que o procedimento cirúrgico proporcionou melhora na qualidade de vida, podendo devolver as funções fonéticas, ampliando os movimentos da língua, com auxílio da terapia com a Fonoaudióloga. Destacou-se que a dificuldade do diagnóstico devido a paciente ser introvertida, conversando pouco, deste modo ressaltou-se que, será necessário um acompanhamento multidisciplinar com o Odontopediatra, Fonoaudiólogo e Psicólogos para garantir o desenvolvimento adequado da criança.

5 AGRADECIMENTO

Agradecemos a Deus por conduzir cada etapa deste trabalho, e também aos nossos familiares que estiveram nos apoiando e nos dando forças para que se concretizasse mais uma etapa em nossa vida, em especial, a nossa Orientadora Me. Mariana Vargas Lindemaier que, em todo tempo nos auxiliou para extrair o melhor de nos, e saber que podemos ir muito além do que sonhamos, se acreditarmos e lutarmos pelo o que sonhamos.

Tudo vale a pena se alma não for pequena

Fernando Pessoa.

REFERÊNCIAS

.BURYK ,M; BLOOM, D; SHOPE T. **Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial.** Pediatrics. 2011+[S.I.];128:280-8

BALLARD, JL; AUER, CE; KHOURY JC, Ankyloglossia: assessment, **incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.** Pediatrics. 2002+[S.I.];110:e63.

BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de Junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm

BRITO, SF; MARCHESAN, IQ; BOSCO, CM; CARRILHO MARCHESAN, IQ; BOSCO, CM; CARRILHO ACA, REHDER MI. Frênulo lingual: classificação Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev CEFAC.** 10(3):343-51, 2008+[S.I.].

BRITO, Marchesan et al. **Frênulo lingual:** Classificação e conduta segundo ótica fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n3/v10n3a09> >Acesso em: 28 de março de 2018

CONSOLARO, A. “Teste da linguinha” e a anquiloglossia: as controvérsias do assunto! **Rev Clín Ortod Dental Press.** 13(1):96-104, 2014+[S.I.].

CORRÊA, MS. **Odontopediatria na primeira infância.** 3th ed. São Paulo: Selo Editorial Santos; 2009+[S.I.].

-HAYTAC MC, Ozcelik O. Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scapel techniques. **J Periodontal**. 2006 Nov;77+[S.I.]:1815-1819.

JIMÉNEZ, D; ROMERO, M; GALÁN, I; Martínez, M; PANDO M; PRIETO, C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. **An Pediatr (Barc)** (2014)+[S.I.]; 81(2): 115-119

KLOCARS, T. et al. Familial ankyloglossia (tongue-tie). **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**. 2007+[S.I.];71(8):1321-4.

KOTLOW, L. Ankyloglossia (tongue-tie): a **diagnostic and treatment quandary**. **Quintessence Int**. 30(4)+[S.I.]:259-62, 1999.

MARTINELLI, RL; MARCHESAN, IQ; BERRETIN-FELIX, G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. **Rev CEFAC**. 2014+[S.I.];16:1202-7

MELO, NSFO; LIMA, AAS; FERNANDES, A; SILVA, RPGC. **Anquiloglossia: relato de caso**. **RSBO** 2011 JanMar;8(1):102-7. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n1/a16v8n1.pdf>

OPARA, IP; GABRIEL-JOB, N; OPARA, K. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. **Journal of Medical Case Reports**. 2012+[S.I.];6(77):1-4. doi: 10.1186/1752-1947-6-77

SACONATO, M; GUEDES, ZCF. Estudo da mastigação e da deglutição em crianças e adolescentes com seqüência de Möbius. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** 2009+[S.l.];14(2):165-71.

SANTOS, ES; IMPARATO, JC; ADDE, CA; MOREIRA, LA; PEDRON, IG. Frenectomia a laser (Nd:Yap) em odontopediatria. **Rev Odonto.** 2007+[S.l.];15(29):107-113

SEDANO, HO; CARREON FREYRE, I; GARZA DE LA GARZA, ML; GOMAR, FRANCO CM; GRIMALDO HERNANDEZ C; HERNANDEZ, MONTOYA ME; HIPPE, C; KEENAN, KM; MARTINEZ, BRAVO J; MEDINA, LÓPEZ JA. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 2016+[S.l.];68:300-11

STEELER, MW; STEEHLER, MK; HARLEY, EH. A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol.** 2012+[S.l.];76:1236-40

TECCO, S; BALDINI, A; MUMMOLO, S; MARCHETTI, E; GIUCA, MR; MARZO, G. et al. Frenulectomy of the tongue and the influence of rehabilitation exercises on the sEMG activity of masticatory muscles. **J Electromyogr Kinesiol.** 2015+[S.l.];25:619-28.

WITWYTZYKI, LP; CORDEIRO, MC; COELHO, TTT. Clinical analysis of proposed classification of the lingual frenulum by index and percentage. **Rev CEFAC.** 2014+[S.l.];16(2):537-45. doi: 10.1590/.1982-0216201421112 6