

FRENECTOMIA LINGUAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Fabrina Pereira Ribeiro¹, Zeina Paula Reis do Couto Simonetti¹, Adriana Stone dos Santos¹, Leandro Coelho Belém¹, Gimol Benchimol de Resende²

¹Aluna da especialização em Odontopediatria pela Universidade do Estado do Amazonas

²Professora Doutora de Odontopediatria da Universidade do Estado do Amazonas

RESUMO: O freio lingual é uma estrutura anatômica em forma de prega, que está localizado entre o ventre da língua e o assoalho da cavidade bucal, ligando-os. Em alguns casos este freio pode se apresentar curto, impedindo a movimentação adequada do órgão. Tal anormalidade é denominada Anquiloglossia, popularmente conhecida como língua presa, que além da dificuldade de movimentação da língua, também pode comprometer a fonação e mastigação. Com a finalidade de solucionar as sequelas da Anquiloglossia, muitos cirurgiões-dentistas optam por realizar a Frenectomia, cirurgia onde se procede a incisão do freio lingual. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma criança com 04 anos de idade, gênero masculino que procurou atendimento na especialização de Odontopediatria da UEA para tratamento da Anquiloglossia. Quando bem indicada a cirurgia de frenectomia poderá contribuir para o melhor desenvolvimento psíquico-emocional do paciente, visto que proporcionará melhor movimento da língua, bem como melhor pronúncia das palavras.

PALAVRAS-CHAVES:Anquiloglossia, Frenectomia, Freio Lingual

ABSTRACT: The lingual frenulum is an anatomical structure in the form of folds, which is located between the belly of the tongue and the floor of the oral cavity by connecting them. In some cases this brake may present short, preventing the proper movement of the body. This abnormality is called Ankyloglossia, popularly known as tongue-tied, that beyond the language difficulty moving, can also compromise phonation and chewing. In order to solve the consequences of Ankyloglossia, many dentists choose to perform frenectomy, surgery where the incision proceeds of the lingual frenulum. The objective of this study is to report the case of a child with 04-year-old male who sought care in pediatric dentistry specialization UEA to treat Ankyloglossia. When well indicated frenectomy surgery may contrib-

ute to better psycho-emotional development of the patient, as it will provide better language movement and better pronunciation of words.

KEYWORDS: Ankyloglossia, frenectomy, Lingual frenulum.

INTRODUÇÃO

O freio lingual é uma estrutura anatômica em forma de prega, que está localizado entre o ventre da língua e o assoalho da cavidade bucal, ligando-os. É formado por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas elásticas, revestido por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, além de conter células adiposas, fibras musculares e vasos sanguíneos¹. Quando o freio lingual encontra-se fixado muito próximo a ponta da língua, dificultando a movimentação deste órgão, trata-se de um freio lingual curto, também denominado Anquiloglossia ou como conhecido popularmente, Língua presa². O encurtamento do freio lingual pode alterar a fisiologia mecânica da língua, contribuindo para o desenvolvimento inadequado das funções mastigatória, fonológica, bem como na deglutição³. SILVA et al, afirma que são as modificações nos movimentos da língua que levam a alterações na articulação precisa de alguns fonemas⁴. Atualmente relata-se também o prejuízo social que esta condição pode causar, pois, muitas crianças acabam sofrendo “bullying”, levando a um sério comprometimento na vida social e à autoestima do paciente⁵. Com a finalidade de solucionar os danos causados pela anquiloglossia, faz-se necessário a execução da cirurgia de frenectomia, onde remove-se o tecido mucoso que compõe o freio, liberando a língua para realizar todos os movimentos peculiares, como protrusão, elevação até a papila incisiva, bem como o movimento de lateralidade até a comissura labial^{3,6}.

Com o objetivo de mostrar como o diagnóstico precoce e uma técnica de fácil execução podem minimizar os transtornos de uma “língua presa”, será descrito a cirurgia de frenectomia em um paciente odontopediátrico com freio lingual curto e com movimentos do órgão prejudicados.

CASO CLÍNICO

O paciente P.C.S.G., gênero masculino, 4 anos de idade, melanoderma, procurou a Especialização de Odontopediatria da Universidade do Estado do Amazonas para tratar a anquiloglossia. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo pai do paciente, este foi submetido à anamnese e exame clínico.

Na anamnese o pai informou que quando era criança também tinha a “língua presa” e que o filho possuía dificuldade para movimentar a língua. Não foi relatado nenhuma doença sistêmica que contraindicasse a cirurgia. No exame clínico intra-oral foi constado múltiplas lesões de cárie nos molares decíduos, sendo necessário realizar a adequação do meio bucal com Cimento de Ionômero de Vidro (Vitro Fil LC- Nova DFL). Quando verificado a língua, foi possível observar que a mesma possui o freio curto fixado muito próximo ao ápice (Figura 1).



Figura 1: Freio lingual posicionado no ápice. Arquivo pessoal, 2015.

Ao se realizar o movimento de protrusão a língua dobrava, conferindo ao órgão um aspecto de coração (Figura 2), tal condição causava limitação dos movimen-

tos linguais. A cirurgia para remoção do freio lingual foi planejada após essa etapa.

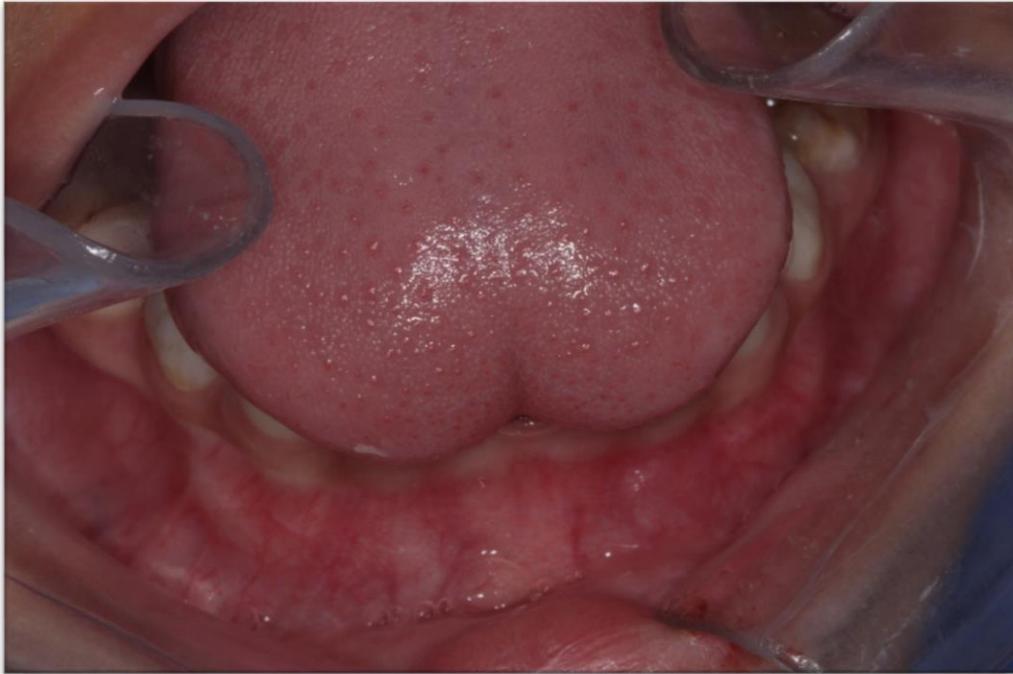


Figura 2: Projeção da língua em formato de coração. Arquivo pessoal, 2015.

A frenectomia foi realizada pela técnica convencional. O paciente foi submetido à anestesia local pela técnica infiltrativa regional do nervo lingual, bilateralmente (Figura 3). Foi utilizado dois tubetes de anestésico, lidocaína à 2% associado a epinefrina (Alphcaine 100-DFL).



Figura 3: Anestesia infiltrativa do nervo lingual. Arquivo pessoal, 2015.

O freio lingual foi fixado com uma pinça tipo Halsted reta enquanto a incisão do freio era executada com uma lâmina de bisturi número 15, paralela à superfície ventral do órgão (Figura 4). Em seguida, a lâmina de bisturi foi deslizada paralelamente a superfície inferior da pinça de Halsted para secção da porção inferior do freio, conferindo uma forma de triângulo ao tecido retirado. A hemostasia foi alcançada através da compressão bidigital com o auxílio de gaze e finalizada com pontos de sutura simples.



Figura 4: Incisão do freio lingual. Arquivo pessoal, 2015.

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

Após um mês da cirurgia foi possível observar o movimento de projeção da língua mais efetivo, sem dobrar, chegando à altura do mento (Figura 5).



Figura 5: Projeção da língua após 1 mês. Arquivo pessoal, 2015.

No movimento de elevação notou-se o freio centralizado no ventre da língua e não mais no ápice como antes (Figura 6). Com o sucesso da cirurgia, o paciente foi encaminhado para terapia fonoaudióloga.



Figura 6: Nova inserção do freio lingual. Arquivo pessoal, 2015.

DISCUSSÃO

Anquiloglossia é uma anormalidade, onde o freio lingual encontra-se fixado em posições muito próximo ao ápice da língua, limitando os movimentos desta estrutura, prejudicando a capacidade de executar suas funções, tais como a pronúncia de certas consoantes e ditongos labiais, bem como acarretar dificuldade de deglutição e mastigação^{7,8}.

No caso clínico relatado neste trabalho, a frenectomia foi realizada devido à dificuldade significativa de mobilidade da língua, fato constatado clinicamente após a verificação da fixação do freio lingual no ápice do órgão, impedindo os movimentos peculiares. Estudos revelam que tais alterações podem causar dificuldade em tocar instrumentos de sopro, bem como problemas de relacionamento social⁷. Há relatos, por exemplo, onde o paciente não apresentou dificuldade de fala, mastigação ou deglutição e ainda assim o responsável solicitou a cirurgia de frenectomia como forma de prevenir frustrações amorosas futuras devido à limitação de movimentos da língua⁹.

Adotou-se a técnica cirúrgica convencional neste caso clínico, onde se inicia 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 da 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 dissecação das bordas da incisão para depois executar a sutura com pontos simples^{1,3}.

Esta técnica foi eleita devido à sua fácil e confiável execução, aliado ao baixo custo. Porém, atualmente a cirurgia realizada com laser de alta potência vem se tornando cada vez mais frequente, apresentando grandes vantagens frente à técnica convencional, dispensando a utilização de rafia para contenção da língua, uso de bisturi e suturas finais, pois o laser provoca vaporização dos tecidos causando hemostasia dos vasos superficiais, evitando o sangramento. Desta forma proporciona maior conforto durante o ato operatório, em menor tempo quando comparado à técnica convencional¹⁰. Esta técnica é indicada para todos os casos, mas em especial em casos onde o paciente apresenta dificuldade de coagulação e cicatrização, pois o laser corta, vaporiza, coagula e esteriliza ao mesmo tempo, este método apresenta redução no edema, trauma e cicatrizes pós-operatórias^{11,12}. Sendo uma das poucas desvantagens da técnica o alto custo.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que afrenectomia deve ser realizada sempre que a Anquiloglossia causar algum prejuízo as funções estomatognáticas de uma criança. Quando bem indicada poderá contribuir para o melhor desenvolvimento psíquico-emocional do paciente, visto que proporcionará melhor movimento da língua, bem como melhor pronúncia das palavras, deve-se sempre considerar os prejuízos à vida social futura de um indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borsatto MC, Torres CP, Assed S. Cirurgia em Odontopediatria. In: Sada S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica / SadaAssed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2005. p. 289 – 239.
2. Gregori C, Motta LFG. Cirurgia em odontologia. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2003. p. 532-552.
3. . Puricelli E, Ponzoni D. Aspectos da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial em odontopediatria. In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica / Orlando Ayrton de Toledo. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 329 - 348.
4. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de Língua Alterado e Interferência na Mastigação. CEFAC. 2009; 11(3): 363-69.
5. 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): 137-156.
6. Marquezan IQ, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. J SocBrasFonoaudiol. 2012; 4(24):409-412.
7. Kotlow L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. 1999; 30(4): 259-62.

8. Neville Bw, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral. In: Neville Bw, Damm DD, Allen CM, BouquotJE. Patologia oral e maxilo facial. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-gan; 2004; p. 1-47.
9. Vieira AR, Vidigal Júnior GM, Teixeira HGC, Oliveira LMC. A importância do tratamento da anquiloglossia e sua relação com o comportamento sexual futuro. RGO. 2004; 52(2): 72-73.
10. Johar K. Fundamentals of laser dentistry. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2011.
11. Izelyamu IN, Saheeb BD, Edetanlen BE. Comparing the 810nm diode laser with conventional surgery in orthodontic soft tissue procedures. Ghana Med J. 2013;3(47):107-111.
12. Kuhn A, Dall'Magro E, Rhoden RM. Visão multidisciplinar dos lasers de Érbio (Er:YAG) e dióxido de carbono (CO₂). Rev. Médica HSVP. 2001;13(29):22-24.