Vol.7, No.2, 145-152 (2018) RvACBO
ISSN 2316-7262

MOLDAGEM DE LAMINADOS CERÂMICOS COM TÉCNICA MODIFICADA EM TRÊS PASSOS: RELATO DE CASO

Karlla Almeida Vieira[1], Fernanda Guimarães Machado[1]

[1] Professora Titular Centro Universitário CESMAC.
[2] Especialista em Odontopediatria ABO – Alagoas, Brasil.

Autor Correspondente
Karlla Almeida Vieira
R. da Harmônia - Farol,
57081-350, Maceió, Alagoas
akarllavieira@gmail.com

Recebido em 25 de novembro (2017) | Aceito em 20 de dezembro (2017)

RESUMO

A anquiloglossia é caracterizada por um freio língua curto, que resulta na limitação dos movimentos da mesma. Sua etiologia ainda é desconhecida e pode estar associada a diversas síndromes. Este artigo científico teve como objetivo relatar um caso de Frenectomia Lingual como opção de tratamento frente a anquiloglossia. Alguns estudos apontam ter predileção pelo sexo masculino. Poucos são os protocolos existentes para avaliação do freio lingual, atualmente existe o "teste da linguinha" que é um Protocolo de avaliação do Frênulo lingual para bebês. Para realizar um bom diagnóstico o profissional deve ter profundo conhecimento das estruturas orofaciais. Pacientes que apresentam anquiloglossia têm algumas funções prejudicadas: sucção, mastigação, fala entre outros. Os tratamentos indicados para a anomalia vão desde a fonoterapia que é o mais conservador, até os mais invasivos como a cirurgia de remoção de freio (frenectomia). A indicação do tipo de tratamento e se tratar ou não, dependerá da fase da criança e da possível consequência que a mesma já sofreu. Se tratada precocemente a anquiloglossia não implicará em um desmame precoce nem numa alteração na fala, quando relacionados a língua-presa. Dentre as técnicas de frenectomia atualmente empregadas, a convencional realizada com tesoura ou lâmina de bisturi, ainda é a mais empregada, seguindo-se com a realizada com bisturi elétrico, e por fim a técnica de frenectomia à laser, que embora muito facilitadora e promissora, ainda sofre alto grau de rejeição por parte do profissionais por seu alto custo para aquisição e necessidade de um treinamento mais minuncioso.

Palavras-chave: Freio lingual; Língua; Freio.

ABSTRACT

The Ankyloglossia is characterized by a short tongue bridle, which results in limitation of movement thereof. Its etiology is still unknown and may be associated with various syndromes. This scientific study aimed to report a case of frenulectomy Lingual as front treatment option to Ankyloglossia. Some studies point to have a predominance of males. There are few existing protocols for assessing the lingual frenulum, currently there is a "test of tongue" which is a frenulum assessment protocol lingual baby. To make a proper diagnosis professional should have deep knowledge of orofacial structures. Patients with Ankyloglossia have some impaired functions: sucking, chewing, talking to each other. The treatments indicated for the anomaly range from speech therapy that is the most conservative to the most invasive as the brake removal surgery (frenulectomy). The indication of the type of treatment and whether or not it will depend on the child's stage and the possible consequence that it has suffered. If treated early the Ankyloglossia not result in early weaning or a change in speech, when related the tongue-tie. Among the frenulectomy techniques currently employed conventional, performed with scissors or scalpel blade, is still the most used, followed with performed with electrocautery, and finally the frenulectomy technique of laser, which although very promising and facilitator , still suffers high degree of rejection by the professionals for its high cost to purchase and need for more minuncioso training.

Key-words: Lingual frenulum. Tongue. Bridle. Frenulum.

1. INTRODUÇÃO

Ao nascimento, o bebê inicia o estabelecimento de

Copyright © 2016 Openly accessible at http://www.rvacbo.com.br/

vínculos com o mundo através da cavidade bucal. Estando intimamente interligadas com as funções que o acompanharão por toda vida, boca e face do recém-nascido representam o maior meio de funções sociomotoras integrada [1].

Localizada na cavidade bucal a língua é um órgão altamente ativo. Executa ativamente as funções de sucção, deglutição, mastigação e fala. Em sua face inferior, localiza-se uma pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca, chamada frênulo ou freio da língua [2]). O freio lingual, por vezes, pode apresentar alterações no seu tamanho, dificultando algumas funções da língua inclusive podendo restringir a sua mobilidade.

Conhecida como língua presa, a anquiloglossia é uma anomalia do desenvolvimento classificada como uma alteração no freio lingual que resulta em limitações dos movimentos dessa estrutura, podendo resultar em mudanças na fala e na deglutição. Visível já ao nascimento e até a fase adulta, a modificação no local de inserção do frênulo acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual [3].

Para Guedes-Pinto (1995) a anquiloglossia é caracterizada pelo aparecimento do freio lingual curto ou com sua inserção muito próxima à ponta da língua, de aspecto geralmente fibroso ou até mesmo muscular, resultando numa sensação de língua presa. Ainda desconhecida, sua etiopatogenia sengundo Isaacsoon (2014) pode estar associada à mutações genéticas, acompanhadas ou não por outras alterações congênitas, como exemplo a fenda palatina ou hipodontia.

A depender do critério de diagnóstico empregado e da população estudada, a prevalência da anquiloglossia encontrada nas bases literárias varia de menos de 1% a 10,7%. Os meios de diagnóstico não são uniformes e os dados da literatura em sua grande parte são provenientes de série de casos ou estudos observacionais [4].

Esta variação em se diagnosticar a anquiloglossia, pode ser devido a ausência de metodologias específicas para avaliação do freio lingual. Apenas um protocolo foi proposto para avaliação em bebês de até seis meses de idade, neste é possível observar diversas imagens referentes à aparência do freio, possibilitando uma visão ampla para o avaliador examinar os movimentos da língua via reflexo e sucção [5].

Atualmente foi desenvolvido o "Teste da Linguinha" como auxílio no diagnóstico desta anomalia de desenvolvimento. O exame da língua é executado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês [6].

Uma vez diagnosticada esta anomalia, dois tipos de tratamento podem ser sugeridos: o conservador e não – conservador. No tratamento conservador da anquiloglossia, fonoaudólogos atuam através da da fonoterapia, buscando conseguir ao fim do tratamento o alongamento da estrutura do freio lingual. O tratamento não – conservador ou cirúrgico é a frenectomia lingual, que pode ser realizada de forma convencional (tesoura, bisturi ou bisturi elétrico) ou com laser [7].

Com base no exposto, fica evidente a importância do estudo e realização da frenectomia, levando em conta a somatória dos benefícios que a cirurgia devolve ao paciente, como a possibilidade de sucção e deglutição, movimentos diretamente relacionados com a amamentação e fonação onde a participação da língua é fundamental.

O presente trabalho teve como objetivo apresentar um relato de caso de frenectomia realizado na clínica de especialização em Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia em Alagoas (ABO/AL).

2. Revisão de Literatura

O freio (ou frênulo) lingual é caracterizado como uma "prega" de membrana mucosa, localizado a partir da gengiva, cobrindo a face lingual da crista alveolar-anterior até a face póstero-inferior da língua [8]. Este freio é constituído por tecido fibrodenso e, em determinadas vezes, também por fibras superiores do músculo genioglosso [9].

Segundo Navarro e López (2002), dentre as funções bucais que estão intimamente ligadas a língua estão as de sucção e deglutição. A manutenção da língua entre os rodetes gengivais e os movimentos ondulares realizados no momento da deglutição mantém uma relação funcional com todos os ossos e músculos faciais, e com o frênulo lingual particularmente.

À medida que existe desenvolvimento e crescimento ósseo no sentido do aumento da dimensão vertical, bem como alongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual migra para sua porção central, da face anterior da língua, até ocupar sua inserção definitiva com a erupção dos segundos molares decíduos [11].

Kupietzky e Botzer (2005), relataram sobre a fixação

do frênulo lingual nos recém-nascidos, que normalmente deve ser cerca de 1 cm posterior ao ápice da língua. Já a fixação deste é no assoalho da boca, próximo ou no músuculo genioglosso. Por vezes o freio lingual apresenta alterações no seu tamanho, dificultando algumas funções da língua e restringindo a sua mobilidade.

Para Knox (2010), a alteração do frênulo lingual, denominada anquiloglossia e popularmente conhecida como língua presa, é uma anomalia congênita, ocorrendo quando uma pequena porção de tecido, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário, permanece na face sublingual da língua, restringindo seus movimentos, podendo gerar mudanças nas funções (fala, deglutição, entre outras) desenvolvidas pela língua.

A alteração da inserção do freio pode variar desde a ponta da língua até o rebordo alveolar lingual podendo esta ser visualizada desde o nascimento e acompanhada até a idade adulta [12]. A definição da alteração varia desde uma simples descrição de língua que funciona com menor atividade, até a descrição de freio curto, espesso, muscular ou fibroso [13].

Existe na literatura fonoaudiológica variados termos para classificar o freio lingual como alterado: frênulo com inserção anteriorizada, definindo aquele que se insere em qualquer ponto na face inferior da língua, do meio pra frente ou relativamente próximo ao ápice, dificultando sua elevação; freio da língua curto que, mesmo inserido em local adequado, é de tamanho pequeno, dificultando movimentos isolados da língua e/ou a realização das funções orofaciais; e ainda outra classificação chamada de freio curto com inserção anteriorizada, sendo este de menor tamanho e com inserção à frente da metade da face inferior da língua [14]. Quanto a sua etiologia Lalakea e Messner (2003) afirmam que, pode estar associada a certas síndromes (Síndrome Orodigital em associação com palato fissurado).

Segundo Soares, Ferrari e Faria (2012), sua epidemiologia aponta incidência de 0,02% a 4,8% na população. Acomete cerca de 1% a 4,8% dos neonatos e é comum entre mulheres. Enquanto Suter (2009) afirma que quanto ao gênero os homens parecem ser mais afetados que as mulheres. O diagnóstico das variações anatômicas do freio requer do avaliador aprofundado conhecimento da anatomia língua e bucal, para identificar se os achados anatômicos são capazes de comprometer a movimentação da língua e por consequência as funções orais [15].

O exame do freio lingual deve considerar os aspectos clínicos e funcionais da língua. Knox (2010) propôs a inspeção visual do freio lingual em recém-nascidos através da observação de sinais e sintomas relatados pelas mães, para indicar a necessidade ou não do tratamento cirúrgico. Quanto às mães, observou-se que as maiores queixas eram: trauma e dor nos mamilos, diminuição na produção de leite com ductos obstruídos; sentimentos de frustração e desânimo para amamentar e possibilidade desmame precoce. Já nos recém-nascidos, o aspecto clínico mais frequente foi a dificuldade na "pega" do mamilo e a mastigação do mesmo [16].

Existe considerável controvérsia entre os profissionais da saúde com relação a como classificar um frênulo como normal ou alterado. A controvérsia também existe com relação à indicação ou não de cirurgia [17]. Esta contestação sobre a remoção do freio lingual é justifcável devido a existência de poucos protocolos específicos para analisar o freio. A literatura só relata a avaliação do freio, através do protocolo de Halzelbaker em 1993 para crianças de até seis meses e o exame através de inspeção visual do frênulo da língua de Knox em 2010. Atualmente, a lei 13.002/2014 está em vigor, e obriga a realização do Protocolo de Avaliação do frênulo da língua em bebês.

De acordo com Martinelli (2013) a realização do teste da linguinha é simples e rápida, o profissional da saúde capacitado para realizar o procedimento, deve elevar a língua do bebê para verificar se a mesma está presa, e também observar o bebê chorando e sendo amamentado. Durante a amamentação, é feita a avaliação anatômica e da força de sucção, além da análise dos batimentos cardíacos e da respiração [18].

A proposta desse protocolo foi um grande avanço para o diagnóstico da interferência do frênulo nos movimentos da língua durante a amamentação. Sua execução é obrigatória em hospitais e maternidades públicas e particulares do Brasil. Entretanto sua aplicação se mostrou muito complexa e longa, indicando necessidade de adequações para se tornar um instrumento rápido e de fácil aplicação [19]. A existência de um protocolo bem embasado, provido de escores e executado por diversos avaliadores, resultará em uma diminuição considerável no número de controvérsias sobre as possíveis alterações do freio [20], levando a um mais aprofundado conhecimento da anomalia.

Esta anomalia que resulta na limitação dos movimento da língua , pode interferir diretamente na fala e amamentação, prejudicando ainda a higienização bucal da criança [21]. Por causar a diminuição dos movimentos

da língua, a anquiloglossia afeta a amamentação do lactante, pois o vedamento do mamilo com a língua é inadequado e pode gerar dor e desconforto a mãe na hora da mamada. Com a amamentação dificultada o lactante pode ter dificuldade em ganhar peso [22].

Marchesan (1993) aponta as inúmeras alterações resultantes de um freio lingual curto, várias relacionadas com as funções estomatognáticas: sucção, mastigação, deglutição e até mesmo respiração. Como opção para corrigir estas alterações, a liberação do freio através de cirurgia tem promovido grandes avanços [23].

A indicação cirúrgica depende do local que está fixado o freio; a cirurgia é mais executada quando o mesmo se encontra fixo em uma posição mais anterior da língua. No caso de freios menos fibrosos é indicada apenas a terapia da fala (fonoterapia). Já em freios curtos e anteriorizados quase sempre a indicação da remoção do freio é a melhor opção, não só devido às implicações na fala, como também na mobilidade, mastigação e deglutição [24]. De acordo com Yeh (2008) em muitos casos está recomendada a cirurgia antes mesmo que o paciente comece a falar, sendo considerada esta fase a mais tranquila para a execução do procedimento cirúrgico, podendo ser realizado sem anestesia. Com o desenvolvimento da criança a realização da cirurgia pode se tornar mais dificultosa, pois o freio lingual vai ficando mais estreito e vascularizado, os dentes vão erupcionando podendo diminuir o campo de acesso a estrutura lingual e ainda é comum o paciente odontopediátrico tornar-se menos cooperativo.

Em crianças maiores a indicação de cirurgias estão diretamente relacionadas quando a anomalia está associada a um freio demasiadamente curto, chegando a alterar a produção de determinados sons, a movimentação da língua e causando sérias alterações periodontais [25], indicando-se neste momento a frenectomia lingual.

A frenectomia é um procedimento cirúrgico que objetiva o corte ou divisão do freio. Por poder ser executado sem anestesia local e com desconforto mínimo, ele é um procedimento mais fácil para o paciente odontopediátrico. Entretanto, alguns autores recomendam o uso de anestésico tópico para controle da dor e alívio das preocupações que muitas vezes os pais apresentam [26].

Marchesan (2010) afirma que alguns profissionais da área da saúde referem os pacientes para fonoterapia antes da cirurgia. Entretanto, nem sempre a terapia fonoaudiológica traz resultados satisfatórios, visto que a alteração do frênulo é mecânica. O resultado só será suficiente se a alteração não for severa [27]. Como precursora de todas as técnicas a frenectomia convencional, utiliza tesoura e/ou lâmina de bisturi, promovendo a remoção do freio lingual por meio de incisão [28].

- **Técnica Convencional: Frenectomia**

Marchesan (2010) afirma que alguns profissionais da área da saúde referem os pacientes para fonoterapia antes da cirurgia. Entretanto, nem sempre a terapia fonoaudiológica traz resultados satisfatórios, visto que a alteração do frênulo é mecânica. O resultado só será suficiente se a alteração não for severa [27]. Como precursora de todas as técnicas a frenectomia convencional, utiliza tesoura e/ou lâmina de bisturi, promovendo a remoção do freio lingual por meio de incisão [28].

Com os mesmos princípios básicos, as técnicas convencionais seguem os seguintes passos clínicos: anestesia a nível regional, infiltrando os nervos linguais bilateralmente, em seguida realiza-se a transfixação da língua com fio de sutura pela estrutura muscular próximo à ponta da língua (isto vai manter a língua elevada e numa posição superior, facilitando o acesso direto ao freio lingual), com a tesoura cirúrgica ou lâmina de bisturi secciona-se o freio, na sua porção mediana, tendo cuidado para que não haja um corte excessivo; antes de completar a sutura, efetuada por pontos simples, está recomendado que o paciente execute movimentos livres da língua [29].

Como opção para se obter a transfixação da língua, de acordo com Guedes- Pinto (2012) pode-se também utilizar outra técnica, a qual utiliza um instrumental chamado tentacânula. Afirma ainda, que em odontologia, especificamente na frenectomia lingual, esse instrumento será utilizado na posição contrária à da original, não só servindo para posicionar corretamente a língua, mas também através de sua discreta abertura, posicionar o freio de tal forma, que permita ao operador servir-se de referência para a incisão [30].

Ainda sobre a técnica de frenectomia lingual convencional, segundo Haytac (2006) a literatura relata casos de pacientes com sintomatologia dolorosa e sangramento pós-cirúrgico, assim como o desconforto provocado pela sutura e gosto de sangue, o que causaria

um aumento no mal estar durante o período de reparação. Mesmo apesentando algumas desvantagens, de acordo com Trevisan (2010) esta técnica ainda é a mais utilizada atualmente, seguida pelo bisturi elétrico ou eletrocautério [31].

- **Frenectomia com bisturi elétrico**

Quanto ao bisturi elétrico, Pollack (2000) afirma que é um equipamento que gera correntes de alta frequência permitindo incisionar tecidos moles. As principais vantagens deste método são as incisões sem hemorragia ou com mínima hemorragia, devido a imediata cauterização dos tecidos, proporcionando uma cirurgia limpa [32]. A eletrocirurgia apresenta, também, algumas contraindicações, como por exemplo, não pode ser praticada junto com gases explosivos ou líquidos inflamáveis como éter ou álcool. Seu uso deve ser limitado em pacientes portadores de marca-passo, pois as ondas emitidas interferem em seu funcionamento, se estes não forem dotados de um recobrimento especial [33]. Segundo Krejci, Kalkwarf, Hohenstein (1987) os procedimentos eletrocirúrgicos quando impropriamente controlados podem causar alterações adversas no tecido conjuntivo atrasando o processo de cicatrização.

- **Frenectomia à laser**

Para o atendimento em odontopediatria, o emprego de técnicas simples, rápidas, precisas, menos desgastantes e invasivas ao paciente, é sempre uma excelente opção [34]. Incontestavelmente, a frenectomia a laser é um procedimento que preenche estes quesitos, pelas grandes vantagens que têm sido relacionadas a sua utilização, desde a necessidade de menor quantidade de anestésico, como a redução do sangramento e esterilização da ferida [35].

Existem vários tipos de laser (Diodo, CO2, Nd:YAG, argônio), que de acordo com suas características (comprimento e onda, potência, forma de emissão, entre outras) interagem de maneira diferentes com os tecidos [36]. Na visão de Pick e Colvard (1993), o que é importante no modo de operação é a forma como os lasers são utilizados: se com maior profundidade de corte e menor diâmetro de ação, apresentando a função semelhante a uma lâmina de bisturi, no modo focado; ou se desfocado, atingindo apenas as camadas mais superficiais dos tecidos, como se recomenda na frenectomia.

De acordo com Trevisan (2010), apesar das inúmeras vantagens do laser, o que justifica ainda não ser o instrumento mais utilizado é o seu alto valor para aquisição. O trabalho e acompanhamento fonoaudiológico para a reabilitação pós-cirúrgica condiciona ao indivíduo a possibilidade de melhor conforto para a mastigação e deglutição, uma vez que os próprios pacientes e responsáveis se direcionam ao padrão estético da fala, já que a articulação dos fonemas é o que mais facilmente se observa. O bom desenvolvimento da motricidade oral favorecerá consequentemente o estabelecimento da força muscular orofacial, proporcionando condições satisfatórias para a execução das atividades antes alteradas [37].

3. Relato de Caso

A responsável pelo paciente A.E.S, gênero masculino, 4 anos de idade, raça branca, procurou a Clínica de Especialização em Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia em Macéio/AL. A mãe relatou complicação por parte da criança na pronúncia dos ditongos labiodentais. Além disso preocupava-se com o aprendizado do filho na escola. Durante a anamnese, a mãe afirmou que o filho apresentou dificuldade durante o período de amamentação, afirmando que a criança não conseguia segurar o mamilo por causa da "língua presa".

O exame clínico intrabucal evidenciou um freio lingual curto, com inserção na base do assoalho e na ponta da língua, limitando a protrusão da língua para fora da boca e fazendo esta se dobrar. A condição encontrada não permitia um padrão de alimentação normal. O menor exibia claras dificuldades ao falar, associados à limitação dos movimentos linguais. Optou-se como tratamento pela frenectomia lingual convencional, já que esta ainda é a mais utilizada e de fácil acesso, por ser realizada com instrumentos convencionais (Figura 1).

Figura 1: Aspecto clínico da língua em repouso

- **Técnica cirúrgica**

Primeiro passo foi a anestesia tópica na ponta língua, seguindo com a anestesia a nível regional, infiltrando-se os nervos linguais de ambos os lados. Depois realizou-se a imobilização da língua, através da técnica de transfixação, feita na estrutura muscular, situada próximo à ponta da língua. A transfixação permitiu que a língua se mantivesse elevada e em uma posição superior, conferindo assim uma melhor visibilidade e acesso ao freio (Figura 2).

Figura 2: Transfixação da língua com fio de sutura, permitindo o tracionamento para facilitar o acesso e visualização

Com o auxílio de uma lâmina de bisturi nº15, seccionou-se o freio, na sua porção mediana, com muito cuidado, para não haver o corte excessivo. Logo após foi recomendado que o paciente executasse movimentos livres da língua, e então finalizou-se com a sutura através de fios de seda 4.0, efetuada em pontos simples.

Durante a cirurgia foram utilizadas técnica de abordagem comportamental. Ao fim do procedimento foi indicada uma dieta leve no pós-operatório, e marcada consulta para remoção dos pontos após uma semana. Nesta consulta a cicatrização apresentava-se dentro do perfil de normalidade, onde se constatou um bom prognóstico de acordo com toda a literatura verificada.

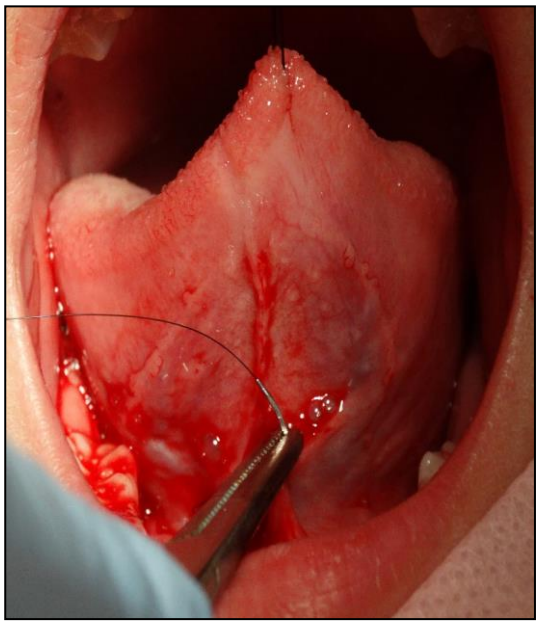

Figura 3: Sutura com fio de seda 4-0.

4. 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 lingual [38-40].

O pediatra, o odontopediatra e o clínico geral são os profissionais capacitados para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactantes e crianças. Cabe ao médico o diagnóstico das manifestações presentes na boca dos bebês no início da vida, ao dentista, geralmente examinar as crianças a partir do período de erupção dos dentes decíduos (por volta dos 6 meses de idade). Atualmente com o advento da Odontologia para bebês, a

atenção precoce antes do nascimento dos dentes tornou-se possível o diagnóstico de alterações bucais, como dente neonatal, pré-natal e anquiloglossia [41].

No relato de caso aqui descrito, a anquiloglossia tinha relevância clínica e social. A criança sofria com a limitação do movimento da língua e ainda exibia dificuldade na fala, além de um padrão de deglutição alterado. A principal dificuldade observada era na articulação das palavras labiodentais, concordando com Marchesan (2003), que afirmou que os problemas mais comuns estão relacionados às dificuldades de articulação da fala. Observou-se também que o menor apresentou limitações ao tentar realizar movimentos articulatórios mais detalhados, o que reduzia a abertura de boca e sua habilidade em formar palavras, como afirmou Navarro (2002), quando disse que a criança poderia apresentar limitações na articulação de determinadas palavras e movimentos [41-43].

A técnica cirúrgica empregada, foi a frenectomia lingual convencional, ainda a mais utilizada atualmente (TREVISAN, 2010), com menor custo para o paciente e profissional quando comparada à outras técnicas mais recentes, e de forma de execução mais simples. Como afirma Junqueira (2014), a frenectomia é a técnica mais indicada para crianças e bebês com anquiloglossia, por ser simples e rápida quanto a sua execução, já podendo ser realizada no consultório dentário em uma das consultas iniciais [38-43].

5. Conclusões

É lícito concluir que por vezes é muito difícil diagnosticar a necessidade da cirurgia de frenectomia lingual, pois as várias definições da anomalia e pesquisas sobre esta e sua necessidade de remoção do freio, nem sempre são devidamente esclarecidas. Existem algumas contradições quando a execução da cirurgia, mas esta pode estar justificada, devido a problemas de pronúncias de certas letras, que são originados devido às limitações de vários movimentos orofaciais. Existe um maior consenso quando a cirurgia é aplicada na fase de amamentação, acreditando que com a anquiloglossia corrigida neste momento, a transferência do leite para o bebê através da "pega" será facilitada. Para um efetivo diagnóstico e tratamento é importante contar com uma equipe multidisciplinar: pediatra, cirurgião-dentista e fonoaudiólogo. Como opções de tratamento existe a técnica mais conservadora, com o auxílio da fonoterapia; e as não conservadoras como as cirurgias de frenectomia convencionais e à laser. A técnica a laser favorece bastante quando o paciente em questão é o odontopediátrico, por sua série de benefícios com relação a trans e pós-operatório; porém é um procedimento que a maioria dos profissionais ainda não realizam, por ser uma técnica que ainda está sendo estudado e exigir um treinamento específico do cirurgião, entretanto a maior barreira é o auto custo de aquisição do equipamento.

Pioneira, a técnica de frenectomia lingual convencional nos dias atuais ainda é a mais utilizada, e melhor aceita pelo profissionais da odontologia, por já ser praticada há muito tempo, não exigir um investimento maior e não apresentar riscos que outras técnicas por vezes apresentam.

REFERÊNCIAS

[1] Arnabat Domínguez, j.; Gay Escoda, c.; Berini Aytés, l. Electrocirurgia: conocimientos básicos para su aplicación en Odontologia. Odontostomol. E Implantoprot., mar., 1993.

[2] Ávilla, M.I. As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município Itajaí/SC. [dissertação] Paraná (PR): Universidade de Tuiuti do Paraná; 2005.

[3] Brito, S.F. et al. Frênulo Lingual: Classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Rev CEFAC. 2008. jul/set;10(3): 343-351.

[4] Brugnera Júnior., A.; Pinheiro, B.L.A. Lasers na odontologia moderna. 1998. São Paulo.

[5] Corrêa, M.S.N.O. Odontopediatria na primeira infância. 3. Ed. São Paulo: Santos; 2009. P.942.

[6] Corrêa, M.S.N.P. el at. Psicologia em odontopediatria. [s.l], 2002.

[7] Duarte, A.C. Odontopediatria e seus protocolos de atendimento. 6. Ed. São Paulo: Santos, 2001.

[8] Farias, B.C. et al. Cirúrgias Periodontais Estéticas: revisão de literatura. Int[J]Dent. 2009 jul/set; 8(3): 160-166.

[9] Floken, J.E. Electrosurgical Management of Soft Tissues and Restorative Dentistry. Dent. Clin. North Am., v. 24, 1980.

[10] Forlenza, G.R. et al. 2010. Ankyloglossia, exclusive breastfeeding, and failure to thrive. Pediatrics 125: e 15000- e 1504.

[11] Friggi, M.N.P; Orsi, R.M; Chelotti, A. Técnica cirúrgica pediátrica: frenectomia lingual. J Bras Odontopediatr Odontol. Bebe. 1998; 1(3):101-15.

[12] Gaspar, D.R. Anquiloglossia: Alterações [monografia]. Fortaleza: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.

[13] Genovese, W.J.; et al. Utilização do laser Neodímio-YAP em cirurgias de tecido mole. Revista Assoc Paul Cirurg

Dent v. 56, supl., p.19, jun. 2002.

[14] Gonçalves, C.S; Fereiro, M.C. Estudo da relação entre presença de frênulo lingual curto e/ou anteriorização e a dorsalização do fone na articulação da fala. Rev CEFAC. 2006 Jan/Mar; 8(1):56-60.

[15] Guedes-Pinto, A.C. Odontopediatria. 5. ed. São Paulo: Santos, 1995.

[16] Guedes-Pinto, A.C. Odontopediatria. 8. ed. São Paulo: Santos, 2012.

[17] Haytac, C.M. Evolution of potient perception after frenectomy operations: a comparasion of carbon dioxide laser and techniques J. Periodontal, v. 77, n. 11, p. 1815-1819, 2006.

[18] Hazelbaker, A.K. The assessment tool for lingual frenulum function (AT LFF): use in a lactation consultant private practice [thesis]. Passadena, CA:Pacifc Oaks College; 1993.

[19] Isaacson, G.C. Ankyloglossia (tongue -tie) in infants an children. 2014. http://www.uptodate.com/online Acesso em 20/02/2015.

[20] Junqueira, M.A.; et al. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case serie. J Appl Oral Sci. 2014 May-Jun; 22(3): 241-248.

[21] Karabucut, R. et al. Ankyloglossia and effects on breast – feeding, spreach problems and mechanud, social essues in children. B – Ent. 2008; 4(2):81-5.

[22] Knox, I. Tongue tie and frenectomy in the breastfeeding newborn. Neo Reviews 2010;11(9): 513-9.

[23] Kotlow, L. Ankiloglossia (tongue-tie): a diagnostic and tratament quandary. Quintessence Int. 1999;30(4): 259-262.

[24] Krejci, R.F.; Kalkwarf,K.L.; Honenstein, K. Electrosurgery – a biological approach. J. Clin. Periodontal, v. 14, p. 557-563, 1987.

[25] Kupietzky, A; Botzer, E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical sugestions for diagnosis and menagement. Pediatric Dent. 2005;27(1): 40-6.

[26] Lalakea, M.L; Messner, A.H. Ankiloglossia: does it matter? Pediatr. Clin. Nort. Am., v. 50, n. 2, p 381 – 397; apr 2003.

[27] Martinelli, R.L.C. Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês [dissertação]. Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.

[28] Marchesan, I.Q. Frênulo de língua: classificação e interferência na fala. Rev CEFAC.2003;5(4):341-5.

[29] Marchesan, I. Q. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. Rev CEFAC. 2004;6(3): 288-293.

[30] Marchesan, I.Q. Motricidade Oral: Visão Clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo, Pancast Edit., 1993.

[31] Marchesan, I.Q. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. Rev Cefac 2010;12(6):977-89.

[32] Melo, N.S.F.O.de. et al. Anquiloglossia: relato de caso. Paraná: Curitiba, 2010.

[33] Moreira, L.A.; et al.. Estudo comparativo clínico entre os lasers cirúrgicos Neodímio-YAP e CO2 na remoção de hemangioma e hiperplasia fibrosa inflamatória. Revista Assoc Paul Cirurg Dent v. 56, supl., p. 27, jun. 2002.

[34] Navarro, N.P; López, M. Anquiloglossia em niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamento. Rev Cubana. Estomatos. 2002; 39(3): 3-7.

[35] Orlando, A. de. T. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica; 333-335, 3ª. Ed., São Paulo: Editorial Premier, 2005.

[36] Pick, R.M.; Colvard, M.D.. Current status of lasers in soft tissue dental sugery. J Periodotal v.64, n. 7, p. 589-602, July 1993.

[37] Pollack, S.V.; Carruthers, A.; Grekin, R.C. The history of electrosurgery. Dermatol. Surg., v. 26, p. 904-908, 2000.

[38] Silva, M.C. et al. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. Rev CEFAC. 2009;11(3).

[39] Soares, D.R; Ferrari, L. M; Faria, M. D. Anquiloglossia em bebês: Relato de casos clínicos. Revista FUNEC científica – Multidisciplinar. v. 1, n.2(2012). p.1-3.

[40] Stedman, T.C. Dicionários médico. 27. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

[41] Sutter, V.G; Bornstein, N.M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. I Periodontal. 2009;80(8): 1204-19.

[42] Trevisan, M.S.F. Avaliação da dor e da reparação clínica em pacientes submetidos à frenectomia com lasers de diodo(808 nm) ou Er,Cr:YSGG ou por teécnica convencional. 2010.

[43] Yeh, M. Outpatient division of tongue – tie without anesthesia in infants and children. World J Pediatric. 2008;4(2):106-108.