

## ABORDAGEM CIRÚRGICA DE FRENECTOMIA LINGUAL: UM RELATO DE CASO

Janaína Viana Coelho<sup>1</sup>  
Dhaênya Sarah Brandão Sousa<sup>1</sup>  
Ricardo Alexandre Gandra<sup>2</sup>  
Walter Barros Leonel<sup>3</sup>  
ricardo.gandra@yahoo.com.br

**ÁREA DE CONHECIMENTO:** Ciências da Saúde

### RESUMO

A anquiloglossia é popularmente conhecida como “língua presa”, pois há uma modificação na inserção do frênulo lingual e caracteriza-se como uma anomalia de desenvolvimento, causada pela presença de frênulo lingual curto. 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 bucal, podendo ainda levar a alterações da fala. A técnica cirúrgica envolve procedimentos simples e pode ser facilmente realizada a nível ambulatorial, sendo necessário somente aplicação de anestesia local. Após o procedimento cirúrgico, é de suma importância o encaminhamento para terapia fonoaudiológica para restabelecer a fisiologia normal da língua. Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de frenectomia lingual realizada em uma paciente atendida na clínica de Odontopediatria da Univértix - Matipó - Minas Gerais. Apenas com o procedimento cirúrgico observou-se melhora na comunicação oral da paciente, melhorando assim a função e a autoestima.

**PALAVRAS-CHAVE:** anquiloglossia; frenectomia; freio lingual.

### 1. INTRODUÇÃO

A anquiloglossia é uma anomalia congênita caracterizada por diferentes tipos de freio lingual, tais como: frênulo curto com inserção no ápice da língua, ou inserção média, podendo ser assintomático ou causar a limitação dos movimentos da língua em graus variados, boca entre-aberta, alterações oclusais e periodontais, postura baixa da mesma na cavidade oral, podendo ainda gerar alterações de fala (BRITO *et al.*, 2008).

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX.

<sup>2</sup> Graduado em Odontologia pela UFVJM. Especialista em Periodontia e Prótese Dentária. Mestrado em clínica Odontológica. Professor de Periodontia UNIVÉRTIX

<sup>3</sup> Graduado em Odontologia. Especialista em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Especialista em Implantodontia. Professor do Curso de Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

O freio lingual não é um tecido muscular, mas constitui-se por uma dobra mediana de membrana mucosa ligando a língua ao assoalho, composto por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas, elásticas e musculares, vasos sanguíneos e células gordurosas, coberto por epitélio pavimentoso estratificado. A fusão da língua com o assoalho da boca gera uma condição chamada anquiloglossia, com etiologia que pode ser de origem hereditária ou não, em que a densidade e espessura podem variar (CÔRREA, *et al.*, 2008).

A técnica cirúrgica envolve procedimentos simples e pode ser facilmente realizada a nível ambulatorial, sendo necessário somente aplicação de anestesia local.

Além do procedimento cirúrgico, a complementação com tratamento fonoaudiológico muitas vezes é necessária a fim de restabelecer a fisiologia normal de deglutição e fonação. É de grande concordância na literatura que, se a cirurgia para correção da anquiloglossia demorar a ser executada, o paciente poderá ter seu bem estar, tanto físico quanto emocional abalados (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de frenectomia lingual realizada em uma paciente atendida na clínica de Odontopediatria da Univértix - Matipó - Minas Gerais.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

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. Encontra-se na estrutura as fibras colágenas elásticas, com revestimento de epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, células adiposas, fibras musculares e vasos sanguíneos (BORSATTO; TORRES; ASSED, 2005).

Uma inserção anormal do freio lingual usualmente consiste em mucosa, com tecido conjuntivo fibroso denso, e, ocasionalmente, em fibras superiores do músculo genioglosso. Essa inserção prende a ponta da língua à parte posterior da superfície do rebordo alveolar da mandíbula (HUPP *et al.*, 2009).

Os freios são estruturas dinâmicas sujeitas a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento do indivíduo. O freio lingual

tem a função de limitar o movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação (VIEIRA, 2012).

Em um estudo onde foi verificada a prevalência do freio lingual alterado e suas implicações na fala, 260 crianças, entre seis e doze anos de idade foram avaliadas por três fonoaudiólogas. Os freios 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 freio aquelas que apresentaram alteração em todas etapas da avaliação. Nos casos de classificação de freio alterado, a fala foi avaliada. Dos indivíduos com freio alterado, 34 (72 %) apresentaram alteração de fala. A prevalência de alteração na fala foi maior no freio curto e anteriorizado (85%), seguido pelo curto (75%) e pelo anteriorizado (58%). Foi verificada uma prevalência de 18% de alteração no freio lingual dentre os escolares avaliados, sem diferença entre os sexos. O freio curto predomina sobre os demais tipos, porém o curto e anteriorizado apresentam maiores implicações na fala. As características de fala mais comuns nestes casos são distorção e articulação trancada (BRAGA *et al.*, 2009).

Devido à 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 “bullying”, causando constrangimento e um grave comprometimento na vida social e à autoestima do paciente (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Os métodos qualitativos de avaliação da anquiloglossia baseiam-se principalmente em seus sintomas, sendo o mais freqüentemente relatado pela literatura e talvez o maior motivador das buscas e encaminhamentos para tratamento cirúrgico através da frenectomia lingual, a dificuldade na articulação da fala (KOTLOW, 1999; MARCHESAN, 2004), com troca ou distorção do fonema “r”. Apesar da articulação da fala melhorar significativamente na grande maioria dos pacientes submetidos à frenectomia lingual, a anquiloglossia não está relacionada com a falha ou atraso no desenvolvimento da fala (MESSNER; LALAKEA, 2002).

O tratamento cirúrgico da anquiloglossia permite a correção imediata de algumas das alterações presentes, devendo, cada caso, ser avaliado isoladamente. Em relação às crianças que apresentam tais anomalias, o acompanhamento clínico é fundamental, pois permite observar a regressão ou permanência da anquiloglossia no

decorrer da idade, bem como avaliar melhor a necessidade de intervenção cirúrgica (OLIVEIRA et al., 2017; VIEIRA et al., 2010). A Academia Americana de Pediatria recomenda a realização do procedimento cirúrgico precocemente, até os 4 ou 5 anos de idade (WEBB; HAO; HONG, 2013).

Os procedimentos utilizados quando há alteração funcional frente a anquiloglossia podem ser frenectomia, a frenuloplastia e a frenotomia ou frenulotomia. Na frenectomia, o cirurgião remove o frênulo lingual; na frenuloplastia, é feita uma reposição cirúrgica do frênulo; e na frenotomia é realizado o corte e divulsão do frênulo lingual sem remoção da porção residual do frênulo. A literatura refere que, em bebês, a frenotomia é o procedimento mais indicado. A cirurgia para liberação do frênulo lingual pode ser realizada por odontólogos e médicos. É um procedimento simples que dura alguns minutos, em alguns casos não requerer pontos (DEVISHREE; GUJJARI; SHUBHASHINI, 2012).

De acordo com Santos (2007), a frenectomia deve ser realizada de modo mais precoce possível ou assim que for dado o diagnóstico. O protocolo tem o propósito de prevenir ou minimizar as implicações relacionadas ao mau posicionamento dentário e ao desenvolvimento muscular, os quais ficam prejudicados. Além do procedimento cirúrgico, a complementação com tratamento fonoaudiológico muitas vezes é necessária a fim de restabelecer a fisiologia normal de deglutição e fonação.

Segundo Corrêa (1998), é importante que profissionais da saúde tenham o conhecimento necessário sobre as características morfológicas de uma cavidade bucal considerada dentro dos padrões da normalidade ao nascimento. Além disso, é importante que saibam reconhecer e diagnosticar de maneira segura e correta as anormalidades em estágios precoces e as prováveis anomalias que se apresentam nestes pacientes pediátricos, com a finalidade de orientar, alertar e/ou tranquilizar os pais ou responsáveis e indicar o tratamento adequado.

### **3.METODOLOGIA**

O trabalho proposto trata-se de um relato de um caso clínico de uma paciente que foi atendida na Clínica odontológica do Complexo da Saúde da Faculdade Vértice-Univértix.

A presente pesquisa é caracterizada pela utilização de um relato de caso. Segundo Lakatos e Marconi (2001), o relato de caso é a descrição de aspectos de

interesse de um único paciente, a partir do acompanhamento de tal, bem como a realização de entrevistas com o mesmo e/ou familiares. O relato pode conter informações sobre a história do paciente, dados do exame de diagnóstico, evolução, tratamento e acompanhamento.

#### 4. DISCUSSÃO

Paciente M. E. I. S, 10 anos de idade, gênero feminino, compareceu à Clínica Odontológica da Univértix para realizar uma avaliação de rotina. Após a assinatura da Autorização para exame, diagnóstico e tratamento pela mãe da paciente, procedeu-se a anamnese e exame clínico. Durante a anamnese observou-se que a mesma tinha dificuldades para pronunciar algumas palavras e às vezes a fala tornava-se incompreensível pelo tom da voz. Através do exame clínico constatou-se que a paciente possuía anquiloglossia, popularmente conhecida como "língua presa", segue abaixo fotografia do caso. (FIGURAS 1 E 2)



FIGURA 1  
Paciente realizando elevação da língua



FIGURA 2  
Paciente realizando elevação da língua

A responsável relatou que a filha já havia realizado acompanhamento fonoaudiológico, porém não concluiu o tratamento. A paciente não é portadora de nenhuma doença sistêmica que contra indicasse a cirurgia. O plano de tratamento foi elaborado pelas alunas e como último procedimento foi agendado o tratamento cirúrgico via frenectomia lingual.

Após paramentação da equipe e paciente, iniciou-se a antissepsia intra-oral utilizando solução de digluconato de clorexidina a 0,12% e extra-oral solução de

digluconato de clorexidina a 2%. Aplicou-se anestesia pela técnica infiltrativa do nervo lingual bilateralmente e anestesia infiltrativa na região sublingual, utilizando lidocaína 2% + epinefrina (adrenalina) 1:1000 000. (FIGURA 3)

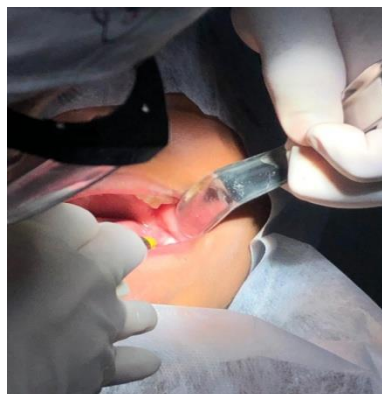


FIGURA 3  
Anestesia infiltrativa sublingual

A língua foi puxada suavemente para expor o freio e procedeu-se a transfixação com um fio de sutura 3.0 Nylon na ponta da língua, facilitando a elevação do órgão. (Figura 4 E 5).



FIGURA 4  
Transfixação lingual



FIGURA 5  
Transfixação lingual

Após a elevação da língua fixou-se o freio com o auxílio de uma pinça hemostática curva, promovendo a proteção das carúnculas da glândula sublingual

(FIGURA 6) e em seguida, com uma lâmina de bisturi número 15 seccionou-se o freio paralelamente à superfície ventral da língua promovendo a remoção do freio fibroso. (FIGURA 7) Realizou-se a manobra de compressão com gaze estéril para promover a hemostasia, neste caso o sangramento foi mínimo. Procedeu-se a dissecação das bordas da incisão para melhorar a movimentação e fechamento da ferida para depois executar a sutura com fio de seda 4.0 com pontos simples. (FIGURA 8)



Figura 6

Proteção das carúnculas da glândula sublingual com pinça hemostática



Figura 7

Freio lingual seccionado e dissecação das bordas



Figura 8

Sutura da ferida cirúrgica com ponto simples

Recomendou-se à paciente repouso absoluto durante 72 horas, dieta líquida e/ou pastosa, bem como alimentos em baixa temperatura e movimentação da língua. Para controle da dor foi prescrito o analgésico Dipirona 500mg/ml, somente em caso de dor. O acompanhamento da criança foi realizado com retorno de uma semana após o procedimento, para remoção da sutura, à avaliação pós cirúrgica o local encontrava-se sem sinais flogísticos e em estado avançado de cicatrização. A mãe relatou que durante o pós-operatório não apresentou nenhuma complicação ou quaisquer intercorrências devido ao procedimento cirúrgico, informou ainda que já notou melhora na fala da criança. Com o sucesso da cirurgia, a paciente foi encaminhada para a terapia fonoaudiológica. A paciente retornará seis meses após a cirurgia de frenectomia para reavaliação e acompanhamento.

De acordo com Hupp (2009), o bloqueio do nervo lingual bilateral e anestesia infiltrativa local na região anterior promovem uma adequada anestesia para a

frenectomia lingual. A ponta da língua é mais bem controlada com a tração de uma sutura. A liberação cirúrgica do freio lingual requer a incisão da inserção do tecido conjuntivo fibroso da base da língua em forma transversal, seguida de um fechamento de direção linear, que é completamente concluída na região anterior da língua. Uma pinça hemostática pode ser colocada na inserção do freio até a base língua por aproximadamente 3 minutos, o que promoverá uma vasoconstrição, permitindo assim um campo cirúrgico sem sangue durante o procedimento cirúrgico.

Após a retirada da pinça hemostática, a incisão é criada através da área previamente marcada com a pinça hemostática. A língua é retraída superiormente, e as margens da ferida são cuidadosamente aproximadas e fechadas paralelamente à linha média da língua. Ocasionalmente, a cirurgia do freio lingual pode ser realizada através de um pequeno procedimento cirúrgico do tecido mole realizado entre a abertura dos ductos da glândula submandibular e a região lingual da mandíbula. Se o acesso for disponível, a frenectomia pode ser feita de maneira similar, devendo ser realizada sobre os ductos da glândula submandibular. Entretanto, se somente uma pequena faixa de tecido existe nessa área, a dissecação localizada suprapariosteal é suficiente para remover a inserção fibrosa da região lingual do rebordo alveolar (HUPP *et al.*, 2009).

A liberação da língua que é realizada exclusivamente através desta técnica é essencial para que a Fonoaudiologia tenha condições posteriores de trabalhar com os exercícios mioterápicos e de instalação e automatização dos fonemas alterados.

Os dados obtidos na elaboração do presente caso clínico corroboram com a literatura ao indicarem que a alteração no freio lingual pode causar impacto nas funções orais primárias, como por exemplo alteração fonética (GOMES *et al.*, 2015).

O caso clínico em questão demonstra que ocorreram melhoras somente com o procedimento cirúrgico, uma vez que o mesmo libera a prega e as fibras musculares, possibilitando a elevação da língua sem movimentos compensatórios associados. A técnica cirúrgica realizada é bastante simples e foi bem aceita pelo paciente, o qual não apresentou queixa e nem sensibilidade pós-operatória. (MARCHESAN; MARTINELLI; GUSMÃO, 2012).

A importância de um diagnóstico precoce está totalmente interligada 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 e irritação do frênulo lingual (WEBB; HAO; HONG, 2013).

Em diferentes graus a cirurgia é eficiente para melhorar a postura e os movimentos da língua, as funções bucais, a postura de lábios, e a comunicação oral (MARCHESAN; MARTINELLI; GUSMÃO, 2012).

Cabe reforçar que a intervenção cirúrgica nos casos de alteração do freio lingual é indicada quando altera alguma função, e no caso em questão alterava a fala conforme relatado anteriormente.

Vale ressaltar que é de suma importância o encaminhamento interdisciplinar para o profissional fonoaudiólogo, permitindo assim que estes profissionais atuem de forma a restabelecer a função que foi comprometida.

## 5. CONCLUSÃO

A intervenção cirúrgica nos casos de alteração do freio lingual é indicada quando altera alguma função, e no caso em questão alterava a fala. Apenas com o procedimento cirúrgico observou-se melhora na comunicação oral da paciente, melhorando assim a função e a autoestima. Sendo assim, após análise do caso inferimos que torna-se necessário que os profissionais estejam atentos, preparados e engajados em realizar o diagnóstico precoce da patologia, uma vez que atuando desta forma evitarão que a criança tenha alterações futuras na fonação, mastigação, deglutição atípica, postura anormal da língua, além de constrangimentos psicológicos e sociais relacionados com esta limitação.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.R. *et al.* Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 9, n. 3, p. 137-156, maio/jun. 2004.

BORSATTO, M.C; TORRES, C.P; ASSED, S. **Cirurgia em Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas; 2005.

BRAGA LAS, SILVA J, PANTUZZO CL, MOTTA AR. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implcações na falade escolares. **Revista CEFAC**. Belo Horizonte, 2009.

BRITO, S. F. D. *et al.* Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Revista Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica**, v.10, n.3, p.343-351, 2008.

BROOKES, A.; BOWLEY, D. M. Tongue tie: the evidence for frenotomy. **Early Human Development**, v.90, n.11, p.765-768, 2014.

CORRÊA, M.S.N.P. *et al.* Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. **Revista Estomatol Herediana**. Lima, Peru vol. 18, núm. 2, pp. 123-127, julho-dezembro, 2008.

CORRÊA, M.S. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1998.  
GRIFFITHS, D.M. Do tongue ties affect breastfeeding? **J Hum Lact**, v.20, n.4, p.409-14, 2004.

DEVISHREE; GUJJARI, S. K.; SHUBHASHINI, P. V. Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v.6, n.9, p.1587-1592, 2012.

ERISSANDRA GOMES; FERNANDO BORBA DE ARAÚJO; JONAS DE ALMEIDA RODRIGUES. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **REV ASSOC PAUL CIR DENT.**, Porto Alegre, RS v.69 n.1, p. 20-24, fev, 2015.

HUPP, James R. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea/ James R. Hupp, Edward Ellis III, Myron R. Tucker ; [tradução Débora Rodrigues da Fonseca... et al.]. - Rio de Janeiro : **Elsevier**, 2009.

KOTLOW, L.A. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. **Quintessence Int**, v.30, n.4, p.259-62, 1999.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. **5 ed. São Paulo: Atlas**, 2001.

MARCHESAN, I.Q.; MARTINELLI, R.L.C., GUSMÃO, R.J. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.24, n.4, p.409-412, 2012.

MARCHESAN, I.Q. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. **Rev CEFAC**, São Paulo-SP, v.6, n.3, p.288-93, jul-set, 2004.

MESSNER, A.; LALAKEA, M. The effect of ankyloglossia on speech in children. **Otolaryngology-Head and Neck Surg**, v.127, n.5, p.539-45, dez, 2002.

NEVILLE, B.W; DAMM, D.D; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral & Maxilofacial. **2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**; 2011.

OLIVEIRA, D.V. *et al.* Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: Relato de caso clínico. **Rev Ciências da Saúde da Amazônia**. Manaus-AM. n. 1, p.76-82, maio,2017.

SANTOS, E.S.R. *et al.* Frenectomia alaser (Nd: YAP) em odontopediatria. **Rev Odonto**. São Bernardo do Campo-SP, v.15 n.29, p.107-113. jan-jun, 2007.

VIEIRA, E.M.M., *et al.* Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira. **RGO - Rev Gaúcha Odontol**. v.58, n.2, p.215-8, 2010.

VIERA, JOANA ISABEL MONTEIRO PAIVA. **Tecnologia Laser em Medicina Dentária–Frenectomia em Foco**. Augusta Silveira, 2012. f.77. Monografia, Licenciatura em Medicina dentária. **Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto, 2012.

WEBB A, HAO W, HONG P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: **A systematic review**. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**. v.77, n.5, p.635-46, maio, 2013.