FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ

LINGUAL FRENOTOMY IN BABY

ALISSON GABRIEL IDELFONSO **BISTAFFA**[1*], TEREZA CRISTINA ROSCHEL **GIFFONI**[2], LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN**[3]

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia no Centro Universitário Ingá-Uningá; **2**. Especialista em Odontopediatria e Saúde Coletiva. Professora Assistente do Centro Universitário Ingá-Uningá; **3.** Doutora em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestre em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo (FOB/USP), Professora Adjunta do Centro Universitário Ingá-Uningá.

* Rua Castro Alves, 728, bloco 3, apto 503, Zona 6, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87015-440. alissongabrielbistaffa@hotmail.com

Recebido em 30/08/2016. **Aceito** para publicação em 16/01/2017

RESUMO

O freio lingual, ou frênulo, é uma estrutura anatômica relevante no ato da sucção, fala e alimentação. Às vezes, pode apresentar alterações em seu tamanho, podendo restringir sua mobilidade e outras tarefas da língua. A fusão completa ou parcial da língua no assoalho da boca é designada como anquiloglossia. Quando indicada, a técnica da frenotomia é um tratamento efetivo. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de frenotomia lingual em um bebê de 38 dias de idade, gênero masculino, atendido na Clínica Integrada de Odontopediatria e Ortodontia do Centro Universitário Ingá – Uningá, vindo indicado por uma fonoaudióloga. Após a anamnese e exame clínico pelo odontólogo, recebeu o diagnóstico de anquiloglossia (com frênulo curto) sendo elaborado um planejamento cirúrgico pela técnica da frenotomia. Após a cirurgia, imediatamente o paciente apresentou melhora na amamentação, que é diretamente relacionada com as funções de sucção e deglutição coordenadas com a respiração, sendo imprescindível a participação dos movimentos da língua. A frenotomia é uma técnica pouco invasiva, com expectativa de dor pós-operatória leve, indicando-se assim a amamentação não-nutritiva ou mesmo artificial imediata ao pós-operatório. Esta técnica cirúrgica é eficiente para melhorar a postura, a mobilidade da língua e suas funções.

PALAVRAS-CHAVE: Freio lingual, procedimentos cirúrgicos, frenotomia.

ABSTRACT

The lingual frenulum is an important anatomical structure in the act of sucking, speech and feeding. Sometimes it can show changes in size and can restrict its mobility and other language tasks. Full or partial melting of the tongue in the mouth floor is designated as ankyloglossia. When indicated, the technique of frenotomy is an effective treatment. The objective of this study was to present a case of lingual frenotomy in a baby 38 days old male, attended the Clinical Pediatric Dentistry and Orthodontics Integrated University Center Inga - Uningá, it has been indicated by a speech therapist. After the anamnesis and clinical examination by the dentist, was diagnosed with ankyloglossia (with short frenulum) being drawn up by the surgical planning technique of frenotomy. After surgery, the patient improved immediately in breastfeeding, which is directly related to the sucking and swallowing functions coordinated with breathing, being indispensable the participation of tongue movements. The frenotomy is a minimally invasive technique, with expected mild postoperative pain, indicating thus non-nutritive breastfeeding or artificial immediate post-operative period. This surgical technique is effective to improve posture, mobility of tongue and its functions.

KEYWORDS: Lingual frenum, surgical procedures, lingual frenotomy, ankyloglossia.

1. INTRODUÇÃO

O freio lingual é uma prega de membrana mucosa localizando-se da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca[1]. Dentro desse contexto é comum observar a ocorrência de uma anormalidade clínica, congênita, denominada de anquiloglossia, que tem maior incidência em recém-nascidos e pode interferir na amamentação[2]. A anquiloglossia também pode ser chamada de anciloglocia, glossopexia e "língua presa" [3,4], manifesta-se como situação clínica de freio lingual anormal, podendo se apresentar curto ou como uma língua fusionada no assoalho da boca[2]. Essa variação anatômica do freio lingual pode ser justificada devido a porção do tecido residual que não sofreu apoptose durante o desenvolvimento embrionário [5].

A língua tem função relevante no transporte de alimentos e deglutição, além da fala[6]. A anquiloglossia influencia na amamentação ao provocar alterações morfofuncionais. Um freio lingual curto diminui os movimentos da língua e prejudica suas funções[7].

A classificação do freio lingual como alterado ou normal é controverso entre os profissionais da saúde. Há divergências também no tangente a indicação cirúrgica[8], executada geralmente por odontólogos e otorrinolaringologistas. Para tanto é necessária uma avaliação multidisciplinar para o diagnóstico da anquiloglossia, necessidade cirúrgica e, escolha da melhor técnica a ser utili-

zada[9]. Segundo Oredsson, Törngren (2010)[10] só se indicam cirurgias quando há significativos comprometimentos das funções orofaciais.

Segundo Alencar (2011)[11], o tratamento conservador da anquiloglossia se caracteriza por exercícios que promovam o alongamento da estrutura do freio lingual através da fonoterapia. Já o tratamento não conservador ou cirúrgico é a frenectomia lingual. O frênulo lingual alterado pode promover no bebê problemas na pega da mama, dificultando a retirada do leite e interferindo no ganho do peso. A indicação cirúrgica criteriosa do frênulo melhorará esta função[12].

A frenotomia pode ser indicada para bebês que apresentem dificuldades na amamentação natural, durante os primeiros meses de vida. Esta cirurgia é realizada após o teste da linguinha, este é realizado em crianças recém-nascidas ou com até seis meses de idade[13].

Hazelbaker (1993)[14] propôs um protocolo para avaliar o freio lingual de bebês até seis meses de idade, onde há a apresentação de vários itens referentes à aparência do freio e propõe que os movimentos da língua sejam avaliados via reflexo, e da sucção não nutritiva. Se houver qualquer restrição da movimentação livre da língua pode resultar no comprometimento das funções e dificultar a amamentação.

De acordo com a literatura[15,16] esta cirurgia em bebês é considerada pouco invasiva, e com um menor desconforto pós-operatório. O protocolo medicamentoso é um analgésico de ação periférica por 24 horas. A primeira dose (de acordo com o peso da criança) deve ser administrada enquanto a criança ainda esteja sob o efeito da anestesia odontológica[16].

Segundo McDonald e Avery (2011)[15] a cirurgia da frenotomia envolve a incisão da inserção fibrosa no periósteo, já a frenectomia lingual envolve a excisão completa do freio e de sua inserção no periósteo, sendo indicada no caso de freio grande e volumoso.

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de frenotomia lingual em um bebê, atendido no Centro Universitário Ingá - Uningá.

2. RELATO DE CASO

Paciente, bebê de 38 dias de idade compareceu à Clínica Integrada VII – Odontopediatria/Ortodontia do Centro Universitário Ingá– Uningá, para avaliação do freio lingual. Na anamnese a mãe relatou dificuldades da criança na amamentação. O paciente foi submetido ao exame clínico (figura 1), recebendo o diagnóstico de anquiloglossia, sendo elaborado o planejamento cirúrgico. O protocolo da frenotomia - cirurgia de anquiloglossia contou com as seguintes etapas: preparo da mesa clínica (figura 2), anestesia tópica com solução oftálmica de cicridrato de proximetacaína 5mg/mL - Anestalcon (Alcon), aplicado na face ventral da língua (figura 3), apreensão do freio lingual com tentacânula e secção do freio lingual com tesoura de ponta reta (figura 4), liberação do freio lingual (figura 5).

Figura 1. Exame clínico inicial- freio lingual curto.

Figura 2. Mesa clínica cirúrgica.

Figura 3. Aplicação de anestésico tópico com cotonete (anestésico oftálmico).

A hemostasia imediata foi realizada com compressa de gaze (figura 6), não havendo necessidade de sutura. Imediatamente após a cirurgia foi orientado que a mãe procedesse à amamentação da criança (peito). Não foi prescrita medicação analgésica pós-operatória. O paciente retornou após 7 dias observando-se a cicatrização (figura 7) e, a mãe relatou melhora na amamentação pelo bebê, sugerindo um favorável prognóstico para o caso.

Figura 4. Apreensão do freio lingual com tentacânula.

Figura 5. Corte do freio lingual com a tesoura – Frenotomia.

Figura 6. Liberação cirúrgica do freio lingual.

Figura 7. Hemostasia imediata com gaze.

Figura 8. Avaliação cirúrgica após 7 dias.

3. DISCUSSÃO

Qualquer problema relacionado a saúde da língua pode ter reflexo nas funções bucais. A anquiloglossia, anomalia oral congênita, se caracteriza por um freio da língua curto, proporcionando diferentes graus de diminuição da mobilidade[17]. O procedimento mais comum para a liberação do freio da língua é a frenectomia lingual[18], no entanto a frenotomia realizada após o teste da linguinha, é indicada para crianças de tenra idade[13], semelhante ao caso reportado, cujo bebê apresentava apenas 38 dias de idade. Divergindo Marchesan (2012)[18] e Avila (2005)[19], relataram não ser frequentes nos consultórios odontológicos ou de otorrinolaringologistas pacientes em tenra idade.

Neste caso, a mãe relatou a dificuldade de amamentação pela criança, concordando com os autores Silva[12] e Viera[2] que citaram uma maior incidência de anquiloglossia em recém-nascidos, podendo afetar sua amamentação, e levá-los a perda de peso.

Há divergências na literatura[5,20] quanto à indicação ou não das cirurgias do freio lingual, com discussões em relação a sua indicação ou não, quando devem ser realizadas, e qual a técnica a ser indicada. A frenectomia é a excisão completa do frênulo incluindo sua incersão ao osso adjacente, a frenotomia se refere a incisão do freio,

resultando em uma remoção parcial, e a frenuloplastia é o corte ou remoção do frênulo por meio de métodos variados para a correção da situação anatômica[5,20]. No entanto segundo Oredsson (2010)[10] não há evidências científicas que favoreçam uma ou outra técnica.

Para Leal (2010)[21] há controvérsias quanto a necessidade da indicação cirúrgica, sendo necessária uma avaliação multidisciplinar para o diagnóstico da anquiloglossia, necessidade cirúrgica, e a escolha do melhor método a ser indicado.

A literatura cita a correção da anquiloglossia em idade precoce, como forma de reduzir complicações aos lactentes[22,23]. No caso apresentado houve uma decisão multidisciplinar (odontólogo e fonoaudióloga) para o diagnóstico e planejamento da cirurgia de frenotomia, visando melhora da qualidade de vida do bebê.

Quanto a técnica a ser utilizada embora a frenectomia seja o procedimento mais comumente utilizado para a liberação do frênulo lingual[5,20], a frenotomia pode ser indicada para bebês com dificuldades na amamentação natural nos primeiros meses de vida[24] como no caso apresentado.

Em relação a técnica cirúrgica, Motta e Alencar (2015)[25] citam o uso da tentacânula, instrumento da área médica, utilizado com tamanho de 15cm, que fará o posicionamento correto da língua e referenciará a incisão, seguido do uso da tesoura cirúrgica, que fará a secção da porção mediana do freio, de maneira análoga ao caso relatado.

Percebe-se controvérsias na literatura, quanto ao uso da terminologia frenotomia e frenectomia. Alencar[11] cita em bebês o uso da frenectomia lingual, realizado com anestésico oftálmico e uma única incisão, semelhante à técnica cirúrgica apresentada neste caso clínico. Ainda sobre a terminologia encontrada na literatura especializada, Marzola (2015)[26] traz o termo frenulotomia como sinônimo de frenotomia. Para Guedes Pinto (2016)[27] a remoção cirúrgica tanto do freio labial quanto do lingual é denominada de frenectomia.

De acordo com Imparato (2015)[13] a cirurgia de frenotomia em bebês é pouco invasiva, e com leve dor pós-operatória.

Em relação ao pós-operatório, segundo a literatura[28,29,7] há controvérsias sobre o uso de técnicas farmacológicas para o controle da dor pós-operatória, com o uso de medicamentos (Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno) ou não, após a frenotomia. Sugerem que se faça a cirurgia antes do horário do aleitamento materno ou artificial, e se coloque o bebê para a sucção nutritiva no peito ou em bicos artificiais, imediatamente após o término da cirurgia.

Esta alternativa inviabiliza a utilização da abordagem farmacológica além de se observar se há liberdade para os movimentos de sucção para o aleitamento. Possibilita que fiquem mais calmos, menos chorosos, diminuindo o estresse e os batimentos cardíacos, que se aceleram em caso de dor, durante os procedimentos invasivos[29], semelhantemente ao caso exposto, onde não se prescreveu fármacos no pós-operatório, mas sim a imediata sucção não- nutritiva.

5. CONCLUSÃO

O exame habitual do freio lingual possibilita a observação de anomalias e o planejamento de medidas preventivas, para as intercorrências durante a fase de amamentação. Neste relato a inserção anômala do freio lingual, alterava a função de amamentação do bebê. A cirurgia de frenotomia deste freio teve um prognóstico favorável, devolvendo as funções da língua, e o paciente apresentou normalidade na amamentação.

REFERÊNCIAS

[1] Pérez Navarro N, Lopez M. Anquiloglossia enniños de 5 a 11 años de edad: diagnóstico y tratamento. Rev Cubana Estomatol 2002; 39(3).

[2] Viera JIMP. Tecnologia Laser em Medicina Dentária – Frenectomia em Foco. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2012.

[3] Gaspar DR. Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral: Anquiloglossia alterações. CEFAC. Fortaleza, 1999.

[4] Shafer, WG. Tratado de patologia bucal. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Interramericana, 1985; 126-128.

[5] Knox I, Tonguetie and frenotomy in thebreastfeedingnewborn. Neoreviews 2010; 11:513-9.

[6] Saconato M, Guedes ZCF, Estudo da mastigação e da deglutição em crianças e adolescentes com sequência de Möblus. RevSocBrasFonoaudiol. 2009;14(2):165-71.

[7] Kotlow L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatmentquandary. Quintessence Int. 1999; 30(4):259-62.

[8] Britto SF. *et al.* Frênulo lingual: Classificação e conduta segunto ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Revista CEFAC, v.10 julho-setembro. São Paulo, 2008.

[9] Leal RAS. Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria. Portugal, 2010.

[10] Oredsson J, Törngren A. Frenotomy in children with ankyloglossia and breast-feeding problems. A simplemethodseemsto render goodresults. Lakartidningen. 2010; 107(10):676-8.

[11] Alencar CJF, Berti GO, Sene T, Imparato JCP. Frenectomia lingual em bebê utilizando eletrocautério e tetracaína: relato de caso. BiewAssoc Paul Cir Dent. 2011; 65(5):340-5.

[12] Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. CEFAC. 2009; 11(Supl3): 363-9.

[13] Imparato JCP. Anuário Odontopediatria clínica: integrada e atual. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2015; 2(1).

[14] Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulumfunction (ATLFF): use in a lactationconsultantprivatepractice [thesis]. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 1993.

[15] McDonald RE, Avery DR. Odontologia para Crianças e Adolescentes. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
[16] Andrade ED. Odontopediatria. In: Terapêutica medicamentosa em Odontologia. 3ª Ed, Artes Médicas, 2014; 137-148.
[17] Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva RPGVC. Anquiloglossia: relato de caso. RSBO. 2011; 8(1):102-7. [Acesso em 29ago. 2016]. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n1/a16v8n1.pdf.
[18] Marchesan IQ, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012; 24(4): 409-12.
[19] Ávila MI. As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município de Itajaí/SC [dissertação] Paraná (PR): Universidade de Tuiuti do Paraná;2005.
[20] Chaubal T, Dixit M. Ankyloglossia and its management. J Indian SocPeriodontol.2011; 15(3):270-3.
[21] Leal RAS. Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria. Portugal, 2010.
[22] Britto SF, *et al.* Frênulo lingual: Classificação e condutaseguntoóticafonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Revista CEFAC, 2008; 10.
[23] Karabulut R, Sönmez K, Türkyilmaz Z, Demiroğullari B, Ozen IO, Bağbanci B, Kale N, Başaklar AC. Ankyloglossia and effects on breast-feeding, speech problems and mechanical/social issues in children. B-ENT. 2008; 4(2):81-5.
[24] SuterVGA, Bornstein MM. Ankyloglossia: Facts and Myths in diagnosis and Treatment. J Periodontol. 2009; 80(8):1204-19.
[25] Motta LFG, Alencar CJF. Cirurgia em Odontopediatria. Guedes Pinto AC. 9. ed. São Paulo: Santos, 2015; 30:441-462.
[26] Marzola C, Hille F, Correa S. *et al*., Tratamento cirúrgico dos frênulos – Visão protética e odontopediátrica. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., 2015; 15(7):389-402.
[27] Odontopediatria / Antonio Carlos Guedes-Pinto, Anna Carolina Volpi Mello Moura. – 9. Ed. – Rio de Janeiro: Santos, 2016.
[28] Amir LH, James JP, M Donath S. Reliability of the hazel baker assessment tool for lingual frenulum function. International Breastfeeding Journal, 2006; 1(3):1-6.
[29] Elserafy FA, Alsaedi SA, Louwrens J, Sadio BB, MersalAy. Oral sucrose and a pacifier for painreliefduringsimple procedures in preterminfants: a randomizedcontrolledtrial. Ann Saudi Med, 2009; 29(3):184-188.