

FRENECTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE CASO

LINGUAL FRENECTOMY IN BABIES: CASE REPORT

*Palloma Inácio Silva**, *Joana Estela Rezende Vilela***, *Rise C. Luata Costa Rank****, *Marcos Sampaio Rank*****

Autora para correspondência: Rise C. Luata Costa Rank - riserank@yahoo.com.br

*Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UnirG, Tocantins, Brasil.

**Especialista em Saúde Pública. Professora Adjunta na disciplina de Odontopediatria e Saúde Pública do Curso de Odontologia, Centro Universitário UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

***Doutora em Odontopediatria. Professora Titular da disciplina de Odontopediatria, Centro Universitário UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

****Graduado em Odontologia, Cirurgião dentista do Programa de Atendimento Odontológico Precoce “Boquinha do bebê”, Município de Gurupi, TO, Brasil.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O freio lingual é composto por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas, elásticas e musculares, vasos sanguíneos e células gordurosas, coberto por epitélio pavimentoso estratificado, mas quando este se insere na parte anteroposterior do rebordo gengival ou no assoalho da boca e ponta da língua, esta anomalia é chamada de anquiloglossia. Este ponto de inserção é um fator determinante para a elasticidade e mobilidade da língua, que pode limitar as funções de sucção, mastigação, deglutição e até a produção dos sons. **OBJETIVO:** Descrever um relato de caso de frenectomia em bebê com 4 meses de idade com dificuldade de amamentação, atendida na Clínica Odontológica Universitária, diagnosticada com o “Teste da linguinha” no Projeto de extensão de Atendimento Odontológico Precoce. **DESCRIÇÃO DO CASO:** A criança apresentava freio lingual curto e espesso, optando-se pela realização da frenectomia lingual. **CONCLUSÃO:** A frenectomia reduziu a dor da mãe no aleitamento materno, melhorou a amamentação e a deglutição da criança, o que promoveu uma importante medida preventiva para evitar intercorrências futuras devido às disfunções da língua.

PALAVRAS-CHAVES: Freio lingual; Cirurgia; Anormalidade; Criança, Odontopediatria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The lingual frenulum is composed of connective tissue rich in collagen, elastic and muscle fibers, blood vessels and fat cells, covered by stratified squamous epithelium, but when it occurs in the anteroposterior part of the gingival line or the floor of the mouth and tip of the tongue, this anomaly is called ankyloglossia. This insertion point is a determining factor for elasticity and tongue mobility, which may limit sucking, chewing, swallowing and even the production of sounds. **OBJECTIVE:** Describe a case report of frenectomy in a 4 month old baby with difficulty in breastfeeding, attended by the University Dental Clinic, diagnosed with the “Lingual test” in the Early Dental Care Extension Project. **CASE REPORT:** The child presents a short and thick lingual frenulum, opting for performing of a lingual frenectomy. **CONCLUSION:** The frenectomy reduced the mother’s pain with breastfeeding, improved feeding and swallowing by the child which promoted an important preventive measure to avoid future complications due to language disorders.

KEYWORDS: Lingual frenulum; Surgery; Abnormality; Child, Pediatric Dentistry.

INTRODUÇÃO

A língua é um órgão móvel, composto de músculo esquelético que se liga à cartilagem hioide, à mandíbula e aos processos estilóides do osso temporal. Este órgão é fundamental para todas as funções orais, por isso, alterações na função da língua podem comprometer todas as funções estomatognáticas¹.

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 estratificado². 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 variar³.

As alterações na inserção do freio lingual podem causar distúrbios da fala, dentição, deglutição, dificuldade de sucção durante a amamentação. Além de problemas fisiológicos, o frênulo curto pode gerar transtorno psicológico entre a mãe e o bebê durante o aleitamento materno⁴.

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 variados⁵. O frênulo lingual, no recém-nascido, se posiciona desde o ápice da língua até a base do processo alveolar mandibular, de acordo com crescimento ósseo da criança, ele migra para sua posição central, ocupando sua posição definitiva⁶.

Odontólogos, fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas coincidem quanto à caracterização e à classificação do frênulo lingual, no entanto divergem na conduta da frenectomia e fonoterapia, ou apenas frenectomia em casos de freio curto e curto anteriorizado, pois não há consenso entre os mesmos sobre a indicação, quando intervir e o tipo de intervenção cirúrgica².

O Projeto de Lei nº 4832/2012 obriga a realização do protocolo “Teste da Linguinha” de avaliação do

frênulo da língua dos bebês, em todos os hospitais e maternidades do Brasil, foi transformado na Lei nº13.002 de 20 de junho de 2014. Com a aprovação dessa lei, o Brasil tornou-se o primeiro país a oferecer esta avaliação em todas as maternidades, abrindo mais um campo de atuação para os profissionais da saúde e beneficiando a população⁷. Martinelli propôs este protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês, que será utilizado por fonoaudiólogos nas maternidades. Este protocolo permite uma avaliação anatomofuncional, para verificar os aspectos gerais do freio lingual como os movimentos de função, posição da língua, sucção e deglutição durante a amamentação, auxiliando no diagnóstico para indicação de uma intervenção precoce, se necessária⁸.

O tratamento cirúrgico proposto da anquiloglossia, por ser uma condição benigna, é a frenectomia ou frenotomia que requer cuidados e atenção do cirurgião. Quando é necessária a intervenção cirúrgica, o pediatra, odontopediatra ou o otorrinolaringologista são os profissionais que geralmente a realizam. A frenectomia é uma proposta segura, prática e eficaz no tratamento de bebês com dificuldades de amamentação.⁽⁴⁾ O procedimento cirúrgico consiste em anestesia local com uma incisão horizontal do freio lingual, utilizando instrumentos de incisão a fim de permitir a mobilidade da língua⁹.

Estudos ^{6,10} verificaram a maior prevalência no sexo masculino e a incidência varia entre 0,02% a 4,8%. No período da amamentação a anquiloglossia causa dificuldades no aleitamento materno na maioria dos casos. As pesquisas usam critérios e idades distintas para a avaliação e diagnóstico da anquiloglossia, no entanto os resultados são semelhantes¹¹.

A idade é um fator determinante para avaliar as necessidades da criança, o tipo de correção cirúrgica, ou mesmo de terapia com uma equipe multidisciplinar envolvendo psicólogo, fonoaudiólogo, cirurgião dentista e otorrinolaringologista, a fim de restabelecer o sistema estomatognático, psíquico e social do paciente¹².

Este estudo demonstra um caso clínico de frenectomia em criança de 4 meses de idade, com diagnóstico de anquiloglossia e indicação cirúrgica pela odontopediatra.

CASO CLÍNICO

Os responsáveis pelo paciente do sexo masculino de 4 meses de idade, levaram a criança para inscrição no Programa de atendimento odontológico precoce “Boquinha do Bebê”, que faz parte de um projeto de extensão Universitária. Esta criança foi examinada clinicamente pelos acadêmicos e pela professora de odontopediatria. Detectou-se na anamnese que a criança tinha dificuldade em mamar ao peito, pois pausava várias vezes, engasgava e chorava de fome. Assim a mãe iniciou o uso de mamadeira para auxiliar na alimentação. A mãe ainda relatou dor durante o aleitamento devido a criança tentar morder mamilo, o que a desestimulava a continuidade do aleitamento. Ao perguntar, se ela sabia que a língua do bebê estava “presa”, ela se assustou, pois disse desconhecer este fato. Ela pariu o bebê no Hospital Público da cidade, mas não houve orientação pelas fonoaudiólogas do hospital.

Para a avaliação do frênulo da língua dos bebês, a equipe do programa usou o protocolo do “Teste da Linguinha”, em que constatou-se frênulo curto com inserção anteriorizada, que parecia dificultar os movimentos normais da língua.

Ao ser questionada a respeito de parentes com esta anomalia na língua, a mãe relatou que ela só falou aos 8 anos, ainda tendo dificuldades para falar corretamente e que seu outro filho tinha 3 anos e falava muito pouco até o momento. Desta forma, foi recomendado o procedimento cirúrgico de frenectomia para o bebê, com o devido agendamento na Clínica.

Para o pré-cirúrgico, solicitou-se aos pais que evitassem aleitar a criança uma hora antes do procedimento, para evitar vômito. Para a cirurgia, a bandeja clínica era composta de tentacânula, carpule com anestésico local (Lidocaína a 3%), gaze estéril e tesoura afiada.

Utilizou-se contenção física do bebê com o uso de lençol para o pacote, devido à imaturidade da criança, para auxiliar a contenção dos movimentos durante o procedimento. A mãe auxiliou na contenção, em que o bebê foi colocado na cadeira do cirurgião dentista com os membros inferiores no colo dela. Ainda foi necessário um auxiliar para

ajustar e apoiar a cabeça da criança, impedindo sua movimentação.

O procedimento cirúrgico iniciou, com uma gaze com anestésico tópico (Benzocaína) sublingual durante dois minutos, em seguida realizou-se anestesia infiltrativa na região sublingual. A língua foi puxada suavemente para expor o freio, com o auxílio da tentacânula, e realizou-se a incisão com a tesoura, logo após houve a hemostasia com gaze estéril. Verificou-se a secção completa do freio lingual, a fim de evitar no futuro de uma cirurgia reparadora. Neste caso o sangramento foi mínimo. Recomendou-se amamentação imediata no pós-operatório e analgésico.

Trenta dias depois, a condição clínica da criança era melhor do que antes da cirurgia, a mãe relatou que agora ela estava mamando mais, seu seio parou de machucar, e ele não engasgava tanto.



Fig. 1 - Instrumental utilizado para realizar a frenectomia.

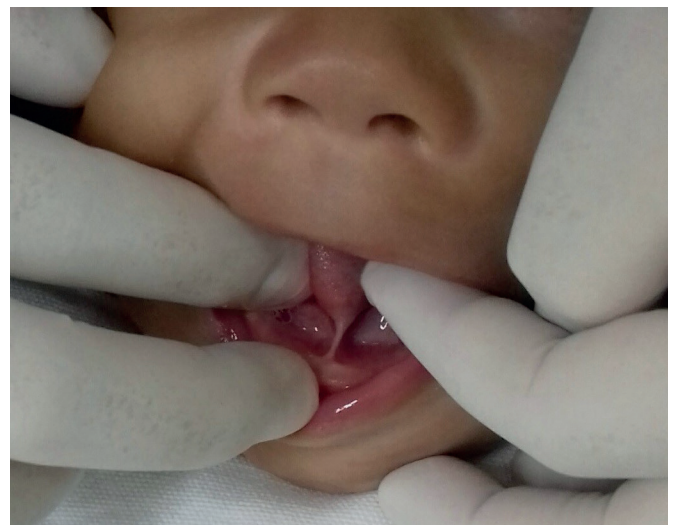


Fig. 2 - Exposição do freio lingual curto.



Fig. 3 - Exposição do freio lingual com o uso da tentacânula e secção com o uso de tesoura cirúrgica.



Fig. 6 - Frênulo lingual após 30 dias do procedimento cirúrgico.



Fig. 4 - Exposição do freio seccionado.



Fig. 5 - Amamentação pós-cirúrgica.

DISCUSSÃO

No caso mencionado, o freio lingual da criança era curto tipo II de acordo com a classificação anatômica de Coryllos⁶, o que restringia a amplitude dos movimentos da língua. Anquiloglossia apresentou relevância clínica, pois a criança apresentava dificuldade na amamentação, realizando várias pausas na mamada e machucando o mamilo da mãe. Sabe-se que a anquiloglossia produz um maior esforço durante a deglutição causando modificações morfofuncionais da língua¹³. A língua apresenta um papel fundamental na deglutição e no transporte de alimentos, quando esta anomalia se apresenta, pode comprometer a função da língua em graus variados^{8,12}. Indivíduos com esta alteração na língua, dependendo da idade, podem apresentar dificuldades na amamentação, fonação, mastigação, deglutição atípica, postura anormal da língua, diastema entre os incisivos centrais inferiores, irritação do frênulo lingual ou periodontopatias².

A correção cirúrgica da anquiloglossia é menos traumática quando realizada após o nascimento até os quatro meses de vida, enquanto o freio ainda é uma membrana delgada. Desta forma, quanto mais precoce for a cirurgia, o contato da língua no palato promoverá um selamento durante a sucção em que possibilitará sua função normal por meio do aleitamento materno¹⁴. A correção cirúrgica em crianças mais velhas, por volta de 5 anos de idade, requer uma técnica mais invasiva, pois a densidade

do freio lingual torna-se mais espesso e fibroso, podendo comprometer o crescimento mandibular^{9,11}, e também, ocasionar problemas no sistema estomatognático, psíquico e social do paciente¹⁵.

A literatura relata diversas técnicas anestésicas para a frenectomia^{3,9,12}, a indicação depende da necessidade de cada paciente. Corrêa et al.³ relata que a frenotomia neonatal secciona parcialmente o freio lingual da criança na primeira consulta com o uso de anestésico tópico oftálmico, necessitando de uma cirurgia complementar no futuro. Desta forma, a cirurgia apenas suaviza as complicações causadas pelo freio lingual, pois será necessário submeter à criança a uma segunda frenectomia para secção total do frênulo lingual. Neste presente caso, utilizou-se a técnica de anestesia infiltrativa sublingual bilateral para secção do freio lingual, o que apresentou resultados satisfatórios.

Navarro e Lopez⁹ recomendam a técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior bilateral pois segundo o autor promove uma melhor visibilidade do campo operatório. Na cirurgia aqui apresentada a técnica anestesia infiltrativa sublingual bilateral não dificultou o acesso ao campo operatório. Entretanto, Cuestas et al.¹⁶ recomenda a anestesia geral para a cirurgia de frenectomia em pacientes jovens, pois devido a idade é possível de ter alguma complicação, como um sangramento cirúrgico, além de garantir ao paciente menor possibilidade da necessidade de uma nova frenectomia.

A tentacânula tem o intuito de promover a estabilidade e visibilidade do campo operatório, garantindo ao cirurgião segurança durante a frenectomia¹⁶. Por isso, neste caso cirúrgico a tentacânula e tesoura foram utilizados. Apesar de existirem várias técnicas cirúrgicas indicadas e utilizadas nas frenectomias linguais¹¹.

Algumas possíveis complicações pós-operatórias podem ocorrer na região que foi realizada a cirurgia, principalmente se realizada por profissionais desqualificados. Infecções ou hemorragia causada pelo rompimento da artéria lingual, asfixia causada pela parestesia da língua e lesão de tecidos moles ocorreram quando parteiras realizaram o procedimento⁴. No entanto, no caso relatado a secção do freio ocorreu sem danos e complicações na região sublingual, pois não houve hemorragia

atípica, a técnica anestésica de escolha permitiu à criança uma sensibilidade parcial da língua, permitindo uma deglutição normal, o que diminuiu o risco de asfixia. A indicação pós-operatória foi amamentação imediata, pois conforme Corrêa et al.³ a amamentação pode ser retomada logo após a frenectomia, o leite materno auxilia na hemostasia e em casos de dor no seio durante o aleitamento, as mães relatam que o alívio foi imediato.

Esta criança, apesar de receber o diagnóstico bucal da fonoaudióloga no Hospital Materno em que nasceu, a anquiloglossia só foi detectada aos 4 meses de idade, quando a mãe levou o bebê para o atendimento odontológico precoce do programa de extensão universitária. Não adianta existir um protocolo de diagnóstico como o “Teste da linguinha” instituído como lei no país, se os profissionais responsáveis pelo diagnóstico não o utilizarem corretamente. O ideal era um protocolo de diagnóstico e classificação de forma uniforme pelos centros mundiais de saúde, para auxiliar a sequência de condutas a serem tomadas, o que poderia facilitar as decisões dos profissionais⁶, além de possibilitar levantamento de dados epidemiológicos para estudos e pesquisas.

A mãe relatou após 30 dias da cirurgia, que não houve necessidade de analgésico pós-operatório, a criança amamentou mais e com menos pausas. Afirmou ainda “agora amamentar é um prazer, antes era sofrimento”, pois sentiu maior conforto e satisfação durante o aleitamento. Quanto mais cedo corrigir cirurgicamente a anquiloglossia da criança, por profissionais qualificados com procedimento eficaz e seguro, será possível alcançar benefícios significativos¹⁰. Crianças de 0 a 3 anos de idades estão em fase de aprendizado de deglutição, posicionamento da língua e respiração, as dificuldades provocadas pelo freio lingual, pode interferir na alimentação, respiração causando um impacto crítico sobre a função normal e no desenvolvimento do complexo orofacial. Apresentando desenvolvimento atípico dos músculos da mastigação, o paciente se torna desprovido de memória muscular, sofrendo uma reeducação funcional de forma automática^{8,12}.

Quanto à etiologia, existem algumas evidências que anquiloglossia pode ser alteração geneticamente transmissível, porém os componentes genéticos que

regulam o fenótipo e a penetrância nos pacientes afetados são desconhecidos. No estudo de Klockars¹⁷, em uma família finlandesa abrangendo quatro gerações com 15 membros afetados pela anquiloglossia, o traço genético de herança foi considerado autossômico dominante e parecia estar presente nesta família. Jiménez et al.⁸ encontraram na Espanha, em que na maioria dos casos de crianças com anquiloglossia (86%), havia história familiar de primeiro grau de parentesco: pais ou irmãos. Neste relato de caso, constatou-se que a mãe e o irmão da criança apresentavam anquiloglossia. Ainda são necessários mais estudos e pesquisas para melhor conhecimento da etiologia, apesar de existir protocolos de diagnóstico, é importante que eles sejam realmente utilizados e padronizados, com a finalidade de orientação dos responsáveis e encaminhamento para tratamento desta alteração estomatognática.

CONCLUSÃO

A frenectomia lingual neste caso reduziu a dor da mãe no aleitamento materno, melhorou a amamentação e deglutição da criança, o que promoveu uma importante medida preventiva para evitar intercorrências futuras devido as disfunções da língua. Esta criança receberá acompanhamento até os cinco anos de idade pelo programa de atendimento odontológico precoce.

Procedimentos cirúrgicos precoces na anquiloglossia, quando indicados pelos profissionais, podem evitar que a criança tenha alterações futuras na fonação, mastigação, deglutição atípica, postura anormal da língua, diastema entre os incisivos centrais inferiores, irritação do frênulo lingual ou periodontopatias, além de constrangimentos psicológicos e sociais relacionados com esta limitação.

REFERÊNCIAS

1. Lima RMF, Freire OCB, Nepomuceno Filho JL, Stampford S, Cunha DA, Silva HJ. Padrão mastigatório em crianças de 5 a 7 anos: suas relações com o crescimento craniofacial e hábitos alimentares. *Revista CEFAC*. 2006;8(2):205-15.
2. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Rev CEFAC*. 2008;10(3):343-51.
3. Corrêa MSNP, Abanto JA, Corrêa FNP, Bonini GAVC, Alves FBT. Anquiloglossia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Ver Estomatol Herediana*. 2008;18(2):123-7.
4. Opara IP, Gabriel-Job N, Opara K. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. *Journal of Medical Case Reports*. 2012;6(77):1-4. doi: 10.1186/1752-1947-6-77
5. Witwytzkij LP, Cordeiro MC, Coelho TTT. Clinical analysis of proposed classification of the lingual frenulum by index and percentage. *Rev CEFAC*. 2014;16(2):537-45. doi: 10.1590/1982-0216201421112
6. Jiménez DG, Romero MC, Galán IR, Martínez MTG, Pando MCR, Prieto CL. Prevalence of ankyloglossia in newborns in Asturias (Spain). *Anales de Pediatría*. 2014;81(2):115-9. doi: 10.1016/j.anpede.2013.10.007
7. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix, G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):138-45.
8. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):599-610.
9. Navarro, NP, López M. Anquiloglossia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Estomatol*. 2002;39(3):282-301.

10. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2011;128(2):280-8. doi: 10.1542/peds.2011-0077

11. Junqueira MA, Cunha NNO, Silva LLC, Araújo LB, Moretti ABS. Filho CEGC, et al. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. *J Appl Oral Sci*. 2014;22(3):241-8. doi: 10.1590/1678-775720130629

12. Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva, RPGVC. Anquiloglossia: relato de caso. *RSBO*. 2011;8(1):102-7.

13. Sedano JR, Arroyo IC, Muñoz MDD, Romero CA, Carrera EM, Fraile AG. Anquiloglosia neonatal. Existe un exceso de indicación intervencionista? *Acta Pediatr Esp*. 2016;74(2):45-49.

14. 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 13 masticatory muscles. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2015;25(4):619-628. doi: 10.1016/j.jelekin.2015.04.003

15. Veyssiere A, Kun-Darboisa JD, Paulusc C, Chatelliera A, Caillota A, Bénateau H. Diagnosis and management of ankyloglossia in young children. *Ver Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2015; 116: 215-20. doi: 10.1016/j.revsto.2015.06.003

16. Cuesta G, Demarchi V, Corvalán MPM, Razetti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch. argent. pediatr*. 2014;112(6):567-70. doi: 10.5546/aap.2014.567

17. Klockars T. Familial ankyloglossia (tongue-tie). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(8):1321-4. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.05.018