



RELATO DE CASO

Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: Relato de caso clínico.

Dirceu Virgolino de Oliveira¹, Gustavo Cavalcanti de Albuquerque², Valber Barbosa Martins³, Fabiano Conrado Gonçalves⁴, Pedro Henrique Arantes⁵

¹ R1 do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas

² Professor Mestre da Universidade do Estado do Amazonas

³ Professor Mestre da Universidade do Estado do Amazonas

⁴ R3 do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas

⁵ R3 do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas.

Endereço eletrônico: drdirceuvirgolino@gmail.com

Resumo

Introdução: O freio da língua, ou frênulo, é uma prega mucosa mediana que aparece distendida no assoalho da boca quando a ponta da lingual é erguida até o palato. Quando alterado, pode ser constituído por mucosa, tecido conjuntivo fibroso denso e fibras superiores do músculo genioglosso e classificado como curto, com inserção anteriorizada, ou curto e com inserção anteriorizada. Tal alteração recebe o nome de anquiloglossia. **Objetivo e relato do caso:** Descrever uma caso de anquiloglossia numa adolescente de 17 anos de idade, encaminhada à Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade IAES, com o diagnóstico de anquiloglossia, freio lingual curto e com inserção anteriorizada. Tratado por frenectomia. **Conclusão:** A cirurgia de frenectomia conseguiu devolver parte das funções normais da língua à paciente.

Palavras-chaves: freio lingual; anquiloglossia; frenectomia

Abstract

Introduction: The brake of the tongue or frenulum, is a median fold mucosa that appears stretched on the floor of the mouth when the tip of the tongue is raised to the palate. When amended, may consist of mucosa, dense fibrous tissue and the upper fibers of the genioglossus muscle and classified as short with anterior insertion, or short with anterior insertion. This change is called ankyloglossia. **Objective and account of the case:** To describe a case of ankyloglossia a 17-year-old, was referred to the Clinic of Maxillofacial Surgery and the Faculty IAES, diagnosed with ankyloglossia, brake lingual short with anterior insertion. Treated by frenectomy. **Conclusion:** The surgery frenectomy could return part of the normal language of the patient.



Keywords: Brake lingual; ankyloglossia; frenectomy

Introdução

O freio da língua, ou frênulo, é uma prega mucosa mediana que aparece distendida no assoalho da boca quando a ponta da lingual é erguida até o palato, segundo Madeira (2001)¹. Quando alterado pode ser constituído por mucosa, tecido conjuntivo fibroso denso e fibras superiores do músculo genioglosso^{2, 3}.

Histologicamente o freio lingual é composto por um tecido conjuntivo rico em fibras colágenas e elásticas, com algumas fibras musculares, vasos sanguíneos e células gordurosas, e recoberto por um epitélio pavimentoso estratificado⁴.

Anquiloglossia, anciloglocia, glossopexia ou até mesmo “língua presa” são apenas algumas nomenclaturas que dizem respeito ao freio lingual encurtado ou de sua inserção perto da ponta da língua^{5, 6}. É uma anomalia do desenvolvimento caracterizada por poder resultar em limitações dos movimentos da língua, boca entre-aberta, alterações oclusais e periodontais, postura baixa da mesma na cavidade oral, podendo ainda gerar alterações de fala⁷.

Segundo Brito (2008)⁷, o frênulo é considerado normal quando a sua inserção vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca. É considerado com inserção anteriorizada quando a inserção na face sublingual ocorre em qualquer ponto após o meio da face sublingual até a ponta da língua. O frênulo é considerado curto, quando mesmo inserido no meio da face sublingual é de tamanho pequeno em relação à normalidade, muitas vezes dificultando o acoplamento da língua no palato do ro. O frênulo pode ainda, ser considerado curto com inserção anteriorizada, quando além de curto, apresentar a inserção anteriorizada.

Para Santos (2007)⁸, 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.

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.

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de anquiloglossia em uma jovem de 17 anos, evidenciando as características clínicas e o tratamento recomendado para essa condição.

Relato de Caso

Paciente C. R. L. C. caucasiana, 17 anos compareceu ao serviço de residência em CTBMF da Universidade do Estado do Amazonas por meio de encaminhamento do Centro de Especialidades Odontológicas da Prefeitura de Manaus com o diagnóstico de “língua presa” e indicação de frenectomia.

Ao exame clínico constatou-se que a anatomia do freio lingual prejudicava a pronúncia de alguns fonemas, dificultava a protrusão da língua para fora da boca e fazia esta se dobrar, o mesmo foi classificado como curto e com inserção anteriorizada, indo da mucosa gengival entre os incisivos centrais inferiores até o ápice da língua (figura 1). Optou-se então pela frenectomia lingual.

Figura 1: Aspecto clínico.





Fonte:Dirceu V. Oliveira et AL

Foi anestesiado bilateralmente, com mepivacaina 2% mais corbadrina 1:20.000, por bloqueio regional do nervo lingual e feita infiltrações locais para obter hemostasia da região. Um reparo foi feito na ponta da língua para poder tracioná-la (figura 2). Duas incisões paralelas ao freio lingual foram feita e seguidas de divulsão do tecido fibroso até unir as incisões, partindo da ponta da língua até sua porção mais inferior, tendo cuidado para não lesar nenhum vaso sanguíneo e manter a integridade dos ductos de Warton. As porções mais laterais das incisões no ventre da língua também foram divulsionadas para possibilitar a união das margens com a sutura. A porção alveolar do freio também foi removida. Na porção ventral da língua foi feita uma sutura contínua, na região de saída dos ductos salivares das glândulas submandibulares permaneceu cruenta e na porção alveolar foi feita sutura com pontos simples (figura 3), o fio usado foi do tipo reabsorvível, multifilamentar de poliglactina 4.0 (VICRYL* ETHICON).

Figura 2: Reparo na ponta da língua



Fonte: Dirceu V. Oliveira et al



Figura 3: Sutura contínua no ventre da língua; pontos isolados na porção alveolar; e a região de saída dos ductos de Warton permaneceu cruenta.



Fonte: Dirceu V. Oliveira et al

Após sete dias a paciente retornou para remoção da sutura, onde pode ser observado processo cicatricial dentro dos padrões da normalidade (figura 4). A língua encontrava-se com maior capacidade de movimentação e não mais presa pelo freio lingual ao assoalho da boca. A paciente foi orientada a procurar tratamento com fonoaudiólogo para ter melhores ganhos com o resultado do procedimento cirúrgico. O prognóstico é excelente.

Figura 4: Aspecto clínico com pós-operatório de 7 dias.





Fonte: Dirceu V. Oliveira et al

Discussão

A anquiloglossia é uma anomalia congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual⁴.

Os médicos, frequentemente, demoram a recomendar o tratamento de uma inserção curta lingual a menos que haja dificuldades óbvias na fala ou na amamentação⁹. Existe considerada controvérsia entre os profissionais da saúde com relação a como classificar um frênulo como normal ou alterado assim como também em relação à indicação ou não de cirurgia⁷.

A classificação adotada neste trabalho é a proposta por Marchesan (2004)⁹ onde o freio da língua pode ser classificado como normal, curto, com inserção anteriorizada, ou curto e com inserção anteriorizada.

Os critérios para desconsiderar a opção de tratamento cirúrgico podem ser os mesmos usados, segundo Kotlow (1999)¹⁰, para determinar quando a língua possui os movimentos funcionais normais. São eles, a ponta da língua deve ser capaz de protruir-se para fora da boca sem dobrar-se, ser capaz de umedecer os lábios superior e inferior facilmente, sem esforço. Quando a língua está retraída, não deve tensionar o tecido lingual dos dentes anteriores. Também não deve exercer força excessiva nos dentes anteriores mandibulares. O freio lingual deve permitir um padrão de deglutição normal e não deve criar um diastema entre os incisivos centrais inferiores. Em crianças, a face inferior da língua não deve exibir abrasão. O freio não deve impedir uma criança de segurar o mamilo da mãe durante a amamentação. Crianças não devem exibir dificuldades na fala associados à limitação dos movimentos da língua.

Conclusão



A cirurgia de frenectomia conseguiu devolver parte das funções normais da língua à paciente e seus benefícios serão aumentados com a continuidade do tratamento com um fonoaudiólogo.

Referências

1. Madeira, MC. Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2001.
2. De Freitas, R. Tratado de cirurgia bulcomaxilofacil. 1.ed. São Paulo: Santos, 2006.
3. Miloro, M et al. Princípios de Cirurgia Bucocomaxilofacial de Peterson. 2.ed. São Paulo: Santos, 2008.
4. MELO, NSOet al. Anquiloglossia: relato de caso. **RSBO**.8(1):102-7; Jan-Mar 2011.
5. Gaspar, DR. Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral: Anquiloglossia alterações. CEFAC. Fortaleza, 1999.
6. Shafer, WG et al. Tratado de patologia bucal. 4.ed. Rio de Janeiro : Editora Interramericana, 1985. p. 126-128.
7. Brito, SFet al. Frênulo Lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.10, n.3, 343-351, jul-set, 2008.
8. Santos ESR, Imparato JCP, Adde CA, Moreira LA, Pedron IG. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em odontopediatria. **Rev Odonto**. 2007;15(29):107-13.
9. Marchesan, IQ. Lingual frenulum: classification and speech interference. **Int JOrofacial Myology**. 30:31-8; 2004.
10. Kotlow, LA. Ankyloglossia (tonque-tie): a diagnostic and treatment quandary. **Quintessence Int**. 30(4):259-62; 1999.