



REALIZAÇÃO DE FRENOTOMIA LINGUAL EM RECÉM-NASCIDO COM FENDA LABIOPALATINA: RELATO DE CASO

Performing Lingual Frenotomy in Newborn With Cleft Lip and Palate: Case Report

Laís Karla Viana Araújo¹; Manoelly Anyelle Pessoa Dias Dantas¹; Luécio Bezerra de Melo¹;
Vitor Matheus da Silva Luna¹; Erika Lira de Oliveira²; Rodolfo Freitas Dantas².

¹Acadêmico de Odontologia do Centro Universitário UNIESP, Cabedelo – Paraíba - Brasil

²Professor de Odontologia do Centro Universitário UNIESP, Cabedelo – Paraíba - Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Rodolfo Freitas Dantas – Br 230, Condomínio Village Intermars - CEP: 58106-402. Email:
Rodolfodantasodonto@gmail.com.

Resumo

Introdução: Constituído por uma prega de tecido conjuntivo, o freio lingual é responsável pela união da língua ao rebordo. Pode interferir diretamente nos movimentos da língua, influenciando na qualidade da mastigação, fonética e até mesmo fatores sociais e psicológicos futuros. A odontologia hospitalar pode ser definida como a prática que visa cuidar das mudanças do ambiente bucal, e para isto, é necessária uma equipe multidisciplinar, trabalhando de forma humanizada, auxiliando de forma efetiva na melhoria do prognóstico e qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é explanar sobre procedimento de frenotomia lingual feita antes da alta hospitalar em recém-nascido com fissura labio-palatina. **Relato de caso:** O caso trata de um paciente diagnosticado pelo serviço de fonoaudiologia do Hospital Maternidade Divino Amor, em Parnamirim – RN, com anquiloglossia, sendo o paciente também diagnosticado com fissura labiopalatina unilateral. Foi realizado o procedimento de frenotomia pelo cirurgião-dentista, antes que tivesse tido a alta hospitalar, com auxílio do instrumental tentacânula, tesoura íris e soro fisiológico. E após isto, a criança que apresentava dificuldade na amamentação, demonstrou melhora significativa imediatamente após o procedimento. **Conclusão:** Uma equipe multiprofissional trabalhando em conjunto desde diagnóstico até tratamento e posterior acompanhamento, a frenotomia lingual resultará em um melhor desenvolvimento psíquico-emocional do paciente, devolvendo as funções da língua ao sistema estomatognático.

Descritores: Odontologia Hospitalar. Anquiloglossia. Freio Lingual.



Abstract

Introduction: Consisting of a connective tissue fold, the lingual brake is responsible for the union of the tongue to the edge. It can directly interfere with language movements, influencing chewing quality, phonetics and even future social and psychological factors. Hospital dentistry can be defined as the practice that aims to take care of changes in the oral environment, and for this, a multidisciplinary team is needed, working in a humanized way, effectively assisting in improving the prognosis and quality of life of the patient. **Objective:** The objective of this study is to explain about the lingual phrenotomy procedure performed before hospital discharge in newborns with cleft lip and palate. **Case report:** The case deals with a patient diagnosed by the speech therapy service of the Hospital Maternidade Divino Amor, in Parnamirim - RN, with ankyloglossia, and the patient was also diagnosed with unilateral cleft lip and palate. The phrenotomy procedure was performed by the dentist before he had been discharged from the hospital, with the help of the instrumental tentacanula, iris scissors and saline solution. And after that, the child who presented difficulty in breastfeeding, showed significant improvement immediately after the procedure. **Conclusion:** A multidisciplinary team working together from diagnosis to treatment and subsequent follow-up, lingual phrenotomy will result in a better psychic-emotional development of the patient, returning the functions of the tongue to the stomatognathic system.

Keywords: Hospital Dentistry. Ankyloglossia. Lingual Frenum.

Introdução

Na quarta semana de gravidez, a língua inicia-se no primeiro, segundo e terceiro arcos faríngeos. Durante esse tempo, o sulco se estende por toda a estrutura, de modo que pode se mover livremente, exceto na área onde o frênulo da língua se fixa (originalmente na ponta da língua). À medida que o desenvolvimento ocorre, as células do frênulo sofrem apoptose e tendem a migrar distalmente para a área dorsal interna da língua. Nesse momento, o controle celular pode ser perturbado e a migração pode não ser completa ou mesmo ocorrer, resultando a anquiloglossia¹.

Foram relatados dificuldades por mulheres a amamentação associadas à língua presa, pois o movimento da língua é restringido, dificultando a extração do leite materno, consequentemente, gerando problemas de peso ao bebê, como também feridas aos mamilos e dor materna por haver atrito entre a língua ou gengiva e o seio. Vale ressaltar que, além de haver um problema durante a amamentação, existe também a preocupação de que a anquiloglossia possa persistir após o período neonatal. Porque, devido à redução da mobilidade da língua, podem ocorrer problemas relacionados à fala. No entanto, pais preocupados costumam perguntar ao pediatra sobre futuros problemas nas articulações. Com o desenvolvimento da fala, algumas crianças podem ter dificuldade em pronunciar várias letras ou combinações de letras², afetando seu convívio social.

O diagnóstico dessa anormalidade no recém-nascido, ainda em ambiente hospitalar é realizado através do teste da linguinha por meio de um fluxograma estabelecido pela equipe,



nos casos mais graves, a abordagem cirúrgica de liberação do freio lingual deve ser realizada antes da alta hospitalar e o recém-nascido (RN) é agendado para acompanhamento no ambulatório de Saúde Bucal do hospital³.

O tratamento mais comum da anquiloglossia infantil é a frenotomia, que é realizada através da incisão de vários milímetros no frênulo lingual. Este procedimento é rápido com corte conservador e geralmente sem presença de sangue após a cirurgia, em virtude do frênulo lingual ser pouco vascularizado. Ele é indicado quando o bebê apresenta dificuldade durante a amamentação, tendo em vista que, apresenta desconforto mínimo para a criança e podem ser amamentadas logo em seguida ao procedimento. Esta técnica corrige a restrição da mobilidade da língua, permitindo assim, uma alimentação mais eficaz que atrai benefícios a saúde sistêmica do paciente⁴.

Além disso, vale destacar que as fissuras orofaciais, especialmente a fenda labial (CL) e a fenda (CP), são os defeitos congênitos craniofaciais mais comuns em humanos e representam um enorme fardo pessoal e social. Os indivíduos afetados também apresentam dificuldades para se alimentar e desenvolvem problemas na fala, audição e odontológicos. Apesar da fissura possa ser reparada por cirurgia, além da terapia fonoaudiológica, os pacientes costumam ser submetidos a múltiplas cirurgias craniofaciais e odontológicas. Diante disso, o paciente pode ser psicossocialmente afetado ao longo da vida através da deformidade⁵.

O objetivo deste trabalho é explanar através de relato de caso, a importância da assistência hospitalar, oferecida pela odontologia, exemplificando, pelo caso descrito no trabalho, um paciente com fissura labiopalatina em recém-nascido diagnosticado com anquiloglossia.

Relato de Caso

O diagnóstico da Anquiloglossia, no Hospital Maternidade Divino Amor, no Rio Grande do Norte, na cidade de Parnamirim, é realizado pela equipe de fonoaudiologia. Nesta Maternidade há uma rede integrada de profissionais, que atuam isoladamente com suas respectivas funções, integrada e com o mesmo fim: ofertar qualidade de vida em todos os seus aspectos.

Após ter sido diagnosticado, o recém-nascido é encaminhado para a equipe de cirurgiões-dentistas plantonistas naquela Maternidade, que atendem ao chamado, inicialmente com uma consulta, onde será realizada anamnese detalhada, investigando a saúde da criança, alguns indícios que servem de alerta para a tomada de decisão no tratamento, como coagulopatias, por exemplo.

Na consulta, é realizado o condicionamento psicológico para a mãe/responsável, explicando a necessidade e os benefícios do procedimento, visto que, é um momento de

extrema delicadeza, diante de todas as emoções vivenciadas que o nascimento de um filho trás. Também é realizada educação da saúde para o responsável, onde é realizado algumas orientações sobre higiene e cuidados com a saúde bucal, da mãe e da criança (Figura 1 e Figura 2).

O termo de consentimento foi assinado pela mãe/responsável, autorizando a realização do procedimento de frenotomia.

Neste caso, o paciente tinha fissura labiopalatina, o que demandava alguns cuidados especiais. E o procedimento de frenotomia foi agendado para 48 horas após o nascimento.

O procedimento foi realizado na sala da odontologia, onde a mãe/responsável todo tempo estava presente. O condicionamento foi feito com um lençol estéril, onde imobilizamos com muito cuidado o corpo, para evitar acidentes. E a cabeça da criança é contida de forma sutil, para evitar movimentações bruscas. Utilizou-se para o procedimento tentacânula, gaze estéril, tesoura íris, soro fisiológico a 0,9% refrigerado e um anestésico local do tipo éster (benzocaína).

Após a contenção, secamos a região do freio lingual com gaze e aplicamos com gaze também um pequeno incremento de benzotop. Esperamos o tempo de 30 segundos, e então foi distendido o freio lingual o auxílio da tentacânula e realizada a incisão com a tesoura íris. Para auxiliar no sangramento, que foi mínimo, utilizamos uma gaze estéril embebida de soro fisiológico refrigerado, para realizar a compressão no local da incisão. Não sendo necessário realizar sutura, foi solicitado que a mãe amamentasse a criança.

A diferença na sucção foi relatada pela mãe naquele momento, e é algo que contribui diretamente no quadro geral daquele recém-nascido (Figura 3).

Foi solicitado o retorno com 7 dias, e nenhuma intercorrência foi relatada. A mãe relatou melhora no quadro nutricional e ganho de peso.



Figura 1: Imagem iniciada realizada na anamnese.



Figura 2 : Imagem iniciada realizada na anamnese



Figura 3: Imagem da mãe amamentando após a cirurgia realizada.

Discussão

O frênulo da língua é uma prega da membrana mucosa que abrange a parte do assoalho da boca até a linha média da parte inferior da língua. Ajuda a equilibrar a base da língua e geralmente não interfere no movimento da ponta da língua. A língua amarrada, conhecida como a anquiloglossia, é uma condição na qual o frênulo lingual tem uma inserção anterior perto da ponta da língua que pode ser excepcionalmente curta, apertada e grossa. Isso pode fazer com que a ponta da língua praticamente grude no assoalho da boca, resultando em movimento restrito da ponta da língua. Logo, a causa exata da "língua presa" não é evidente. Porém, fatores genéticos podem desempenhar um papel, porque algumas famílias são propensas a essa situação. A prevalência em recém-nascidos varia entre 0,52% a 21%^{6,7}.

Em 2012, Martinelli et al sugeriu um plano com base na revisão de literatura, incluindo dividido em história clínica, avaliação da função anatômica e atração não nutritiva e nutritiva. Os Testes de Linguinha podem ser realizados por profissionais de saúde qualificados, como fonoaudiólogo, pediatra e cirurgião-dentista. As recomendações deste programa são uma



etapa importante no diagnóstico da interferência do frênulo nos movimentos da língua durante a amamentação⁸.

Os frênuos são classificados como curtos, anteriorizado e curto com fixação anteriorizada, assim, quanto mais anteriorizado for a fixação do frênulo maior será a dificuldade de movimentação da língua. Quanto aos frênuos curtos, estes no geral, causam maiores alterações de fala ou mesmo de mobilidade da língua, e quase sempre se observa menor abertura de boca durante a fala. Pode-se observar clinicamente que pessoas com frênulo curto mantêm a língua baixa no assoalho da boca, aumentando a possibilidade de fala imprecisa, além de serem frequentemente confundidos com o frênulo normal. Embora o frênulo mais mais curto não causem grandes alterações na mobilidade ou na mastigação e de deglutição, eles são os que causam mais imprecisões na fala em comparação ao frênulo anteriorizado⁹.

Dessa forma, cada tipo de frênulo possui características próprias, os métodos clínico de terapia da fala variam de pessoa para pessoa. No caso dos frênuos curtos, por não apresentar alterações funcionais importantes, a fonoterapia é necessária por dois a três meses. Se esse método for ineficaz, a cirurgia é necessária. No frênulo anterior, a indicação cirúrgica depende da fixação, quanto mais anteriormente fixado, maior será a indicação cirúrgica, caso contrário, utiliza-se fonoterapia. Em suma, nos frênuos curtos e anteriorizados, a cirurgia é sempre necessário devido aos efeitos na fala, mobilidade, mastigação e deglutição¹⁰.

A limitação da mobilidade da língua pode ser devido ao estágio da vida do paciente. Logo, no recém-nascido causa a amamentação inadequada, já nas crianças, estão relacionadas à fala. Entre os adolescentes e adultos, existem problemas mecânicos, sociais e psicológicos.

No entanto, quando os bebês apresentam essas dificuldades ao se alimentar, a frenotomia é indicada. Essa técnica, consiste na liberação do freio lingual por meio de uma incisão, a qual pode ser executada pelos cirurgiões-dentistas. Enquanto, as crianças com mais de 2 anos de idade, para liberar por completo o freio lingual, é necessário ser realizado um procedimento cirúrgico chamado de frenectomia. Esse consiste, uma melhora na movimentação da língua, na articulação dos sons e da fala¹¹.

Motta e Alencar (2015) 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. Um freio labial capaz de provocar certas anomalias ou problemas, como por exemplo um diastema entre incisivos superiores, problemas protéticos, doença periodontal associada ao acúmulo de alimentos, problemas na higienização bucal e na movimentação dos lábios. É necessário ter maior cuidado nos casos



em crianças, onde o diastema interincisivo é reparado espontaneamente na maior parte das situações logo após a irrupção dos caninos superiores¹¹.

Há controvérsias na literatura sobre a necessidade de anestesia local para frenotomia neonatal. A American Academy of Pediatric Dentistry apontou que embora a frenotomia possa ser realizada sem anestesia local, ela recomenda fortemente o uso de gel anestésico local para aliviar a dor e reduzir as preocupações dos pais. O Dr. Newman usando a anestesia local, descobriu que o bebê chorava mais e não conseguia mamar imediatamente após a operação. Ele agora acredita que a amamentação e o contato com a pele imediatamente após a frenotomia, bem como o paracetamol, se necessário, fornecem analgesia suficiente para a operação¹².

Estudos objetivaram discutir sobre a anestesia local realizada durante esses procedimentos cirúrgicos e o uso de novos anestésicos locais diferentes da benzocaína, por se tratar de um anestésico local cuja base é um éster e reage com certa hipersensibilidade relacionados. Em um dos estudos, foi realizada a frenotomia lingual com anestesia oftálmica local (cloridrato de tetracaína). Recomenda-se o uso deste anestésico (colírio) para procedimentos de controle da dor (principalmente cirurgia ocular), que apresenta melhor absorção na membrana mucosa úmida, maior profundidade e maior tempo de ação. Ademais, a sutura é realizada em apenas nos casos estritamente necessários, além de um rigoroso acompanhamento pós-operatório, também sendo todos os pacientes encaminhados para o fonoaudiólogo¹³.

Além disso, o laser cirúrgico vem sendo empregado frequentemente nas diversas especialidades odontológicas, sendo esta técnica uma terapia inovadora, segura e eficaz para frenotomia em crianças e adolescentes. Possui menor tempo de trabalho operacional, cauterização de tecidos e esterelização e a hemostasia, ademais, requer menos complicações pós-operatórios e a recidiva é ausente, sendo dispensado a utilização de sutura no paciente. Portanto, uma intervenção precoce é aconselhável para reduzir o aparecimento de alterações correlacionadas com a anquiloglossia. O acompanhamento deve ser de forma multidisciplinar, através de pediatras, fonoaudiólogos e odontopediatras são fundamentais para um correto diagnóstico e indicação cirúrgica e fonoterápico, diminuindo assim, os impactos negativos causada pela anquiloglossia¹⁴.

Conclusão

A frenotomia lingual deve ser realizada em recém nascidos, com a participação da equipe multidisciplinar. A fim de promover um diagnóstico adequado, contribuindo para o estabelecimento e desenvolvimento das funções bucais e nutricionais. A qual possibilita uma qualidade de vida melhor para o paciente, prevenindo alguns problemas, como: fonação, e

interação psicossocial. Reconhecendo a importância do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar, contribuindo para um atendimento humanizado.

Referências

1. Pompéia LE, Ilinsky RS, Ortolani CLF, Faltin Júnior K. a Influência Da Anquiloglossia No Crescimento E Desenvolvimento Do Sistema Estomatognático. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(2):216–21.
2. Muldoon K, Gallagher L, McGuinness D, Smith V. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): A prospective before and after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1–9.
3. Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, Copeland M, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014;99(3):189–95.
4. Procopio IMS, Costa VPP, Lia EN. Frenotomia lingual em lactentes. *Rev da Fac Odontol - UPF.* 2017;22(1):114–9.
5. Xavier MM de APC. Anquiloglossia em pacientes pediátricos. 2014;1–35.
6. Zhang M, Lee ASJ. The investing layer of the deep cervical fascia does not exist between the sternocleidomastoid and trapezius muscles. *Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2002;127(5):452–4.
7. Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. *Audiol - Commun Res.* 2017;22(0):1–7.
8. Lopes de Castro Martinelli R, Queiroz Marchesan I, Berretin-Felix G. Lingual frenulum evaluation protocol for infants: relationship between anatomic and functional aspects. *Mai-Jun.* 2013;15(3):599–610.
9. Marchesan IQ, Teixeira AN, Cattoni DM. Correlações entre diferentes frênuos linguais e alterações na fala. *Distúrbios da Comun.* 2010;22(3):195–200.
10. Braga LA dos S, Silva J da, Pantuzzo CL, Motta AR. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC.* 2009;11(suppl 3):378–90.



11. Bistaffa AGI, Giffoni TCR, Franzin LC da S. Frenotomia Lingual Em Bebê. Rev UNINGÁ Rev. 2017;29(2):18–22.
12. Kenny-Scherber AC, Ibclc C, Newman J, Faap F. Office-based frenotomy for ankyloglossia and problematic breastfeeding Technique for tongue-tie release. Can Fam Physician • Le Médecin Fam Can. 2016;62:570–1.
13. Teles Portela De Oliveira M, Cavalcante Montenegro N, Domingues Alves da Silva RA, Matias de Carvalho F, Diniz Rebouças P, Leal Dantas Lobo P. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. Rev da Fac Odontol - UPF. 2019;24(1):73–81.
14. Olivi G, Signore A, Olivi M, Genovese MD. Olivi Functional Eval Post Frenectomy Eur Ped Dent 2012. 2012;101–6.