

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
PATRINE BIRCK**

**FRENECTOMIA LINGUAL EM ADULTOS PELA TÉCNICA
CONVENCIONAL**

**LAGES
2019**

PATRINE BIRCK

**FRENECTOMIA LINGUAL EM ADULTOS PELA TÉCNICA
CONVENCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção de título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Renan Carlos de Ré Silveira

**LAGES
2019**

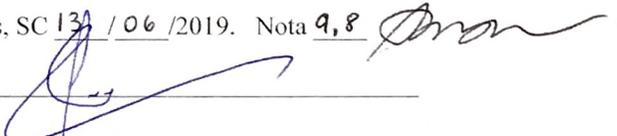
PATRINE BIRCK

**FRENECTOMIA LINGUAL EM ADULTOS PELA TÉCNICA
CONVENCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção de título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Renan Carlos de Ré Silveira

Lages, SC 13 / 06 / 2019. Nota 9,8



Coordenador do curso de Odontologia Lessandro Machry

**LAGES
2019**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Remídio José Birck, minha mãe Salete Nyland Birck, aos meus irmãos Patrícia e Ronaldo, minha afilhada Lorena, meu namorado Gedielson e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar todos os obstáculos e dificuldades.

A esta universidade e seu corpo docente.

Ao meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Agradeço a minha mãe Salete que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai Remídio que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu mesmo com toda a distância.

FRENECTOMIA LINGUAL EM ADULTOS PELA TÉCNICA CONVENCIONAL

Patrine Birck¹
Renan Carlos de Ré Silveira²

RESUMO

Introdução: A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita, definida pela presença de um frênulo lingual hipertrófico. O diagnóstico pode ser feito ao nascimento, podendo persistir até final da infância ou idade adulta. As técnicas cirúrgicas para remoção do freio lingual podem ser classificadas em três procedimentos: frenotomia, frenectomia e a frenuloplastia, podendo ser realizadas com o uso do bisturi (convencional) ou uso do laser. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre as indicações e técnicas da Frenectomia lingual, com ênfase na técnica convencional, com bisturi. Além disso, será relatado um caso de tratamento de frênulo hipertrófico. **Discussão:** A língua é um músculo fundamental e tem um papel muito relevante em todas as funções orais, incluindo a mastigação, durante a fala, na posição dos dentes e na deglutição. O freio lingual curto influencia na higiene bucal, com precária remoção da placa constituindo uma deficiência oral. Na literatura há bastante controvérsia em relação aos critérios de diagnóstico e o tratamento da anquiloglossia. A frenectomia é utilizada na odontopediatria e também em adultos, com a técnica convencional do bisturi ou laser. **Conclusão:** A Anquiloglossia é rara e pode ser encontrada em bebês, adolescentes e adultos. Os motivos mais encontrados para indicação de intervenção cirúrgica é a fala e alguns problemas mecânicos, a abordagem cirúrgica de frênulo hipertrófico com frenectomia pela técnica convencional é um procedimento seguro com resultados satisfatórios.

Palavras-chave: Lingual Frenectomy. Lingual Ankyloglossia. Tongue-Tie.

¹ Acadêmica da 10ª fase do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest.

² Professor do Centro Universitário Unifacvest e Orientador do projeto.

LINGUAL FRENECTOMY IN ADULTS BY THE CONVENTIONAL TECHNIQUE

Patrine Birck¹
Renan Carlos de Ré Silveira²

ABSTRACT

Introduction: Ankyloglossia is a congenital oral anomaly, defined by the presence of a hypertrophic lingual frenulum. The diagnosis can be made at birth and may persist until the end of childhood or adulthood. Surgical techniques for removal of the lingual brake can be classified into three procedures: frenotomy, frenectomy and frenuloplasty, and can be performed with the use of scalpel (conventional) or laser use. **Objective:** The objective of this study is to review the literature on the indications and techniques of lingual phrenectomy, with emphasis on the conventional technique with scalpel. In addition, a case of treatment of hypertrophic frenulum will be reported. **Discussion:** Language is a fundamental muscle and plays a very important role in all oral functions, including chewing, during speech, in the position of the teeth and in swallowing. The short lingual brake influences oral hygiene, with poor removal of the plaque constituting an oral deficiency. There is considerable controversy in the literature regarding the diagnostic criteria and treatment of ankyloglossia. Frenectomy is used in pediatric dentistry and also in adults, with the conventional scalpel or laser technique. **Conclusion:** Ankyloglossia is rare and can be found in infants, adolescents and adults. The most frequent reasons for indication of surgical intervention are speech and some mechanical problems, the surgical approach of hypertrophic frenulum with frenectomy by the conventional technique is a safe procedure with satisfactory results.

Keywords: Lingual Frenectomy. Lingual Ankyloglossia. Tongue-Tie.

¹ Academic of the 10th phase of the Dentistry Course of Unifacvest University Center.

² Professor at the Unifacvest University Center and Project Advisor.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Movimento restritivo da língua em qualquer tentativa de projetar a língua, resultando em fissura na ponta da língua. Forma de coração.....11
- Figura 2. Movimento de levantar a língua. Observou que o freio segurava a ponta da língua, incapacitando tocar o palato com a ponta da língua.....12
- Figura 3. Após a intervenção cirúrgica. Realizado apreensão da língua com fio de sutura. Realizado 11 pontos simples com fio de Sutura 4.0 Seda.....13
- Figura 4. Pós-operatório de 30 dias13

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 RELATO DE CASO.....	11
3 DISCUSSÃO	14
4 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Anquiloglossia é um termo grego – *Ankyloglossia* – onde *agkilos* significa curvas e *glossa* língua, e é também comumente chamada de “gravata” (TSAOUSOGLOU *et al*, 2016; BROOKES & BOWLEV, 2014). A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita, definida pela presença de um frênulo lingual hipertrófico (CHU *et al*, 2009; SANE *et al*, 2014; FRANCIS *et al*, 2015; ELVIRA *et al*, 2016). Em muitos casos, essa condição pode ser assintomática e é solucionada naturalmente se adequando aquela limitação e diminuição da mobilidade lingual, mas em outras ocorrências pode haver a necessidade de uma intervenção cirúrgica (NEGATE *et al*, 2014).

Segundo Jin *et al*, (2018), nos últimos 10 anos, houve um aumento no número de diagnósticos de bebês com anquiloglossia. No Canadá esse aumento foi de mais de 70% e nos Estados Unidos da América de 86,6%, sendo tratadas com a técnica da frenotomia. Os relatos da prevalência do freio lingual variam entre 0,1% a 10,7%, e destes 1,72% a 10,7% são em neonatos e 0,1% a 2,08% em crianças, adolescentes e adultos (NEGATE *et al*, 2014). A anquiloglossia pode ser associada a várias síndromes, como a síndrome de Simosa, Síndrome de Beckwith-Wiedemann, fenda palatina ligada ao cromossomo X, síndrome de Ehlers-Danlos e síndrome Orofaciodigital (FRANCIS *et al*, 2015; TSAOUSOGLOU *et al*, 2016; MAYUR *et al*, 2014).

O diagnóstico pode ser feito ao nascimento, podendo persistir até final da infância ou idade adulta, exibindo padrões distintos desde a ponta da língua até o alvéolo lingual (DOLLBERG *et al*, 2006). Nos pacientes portadores dessa condição são também relatadas dificuldades de fala, provocada pela limitação dos movimentos da língua, em letras como “t”, “d”, “r”, “n” e “l” e palavras como “ta” e “te” (BELMEHDI *et al*, 2018; QUEIROZ MARCHESAN, 2004). Se os indivíduos apresentarem dificuldades de fala, de alimentação ou até sociais, uma intervenção cirúrgica está indicada. O procedimento cirúrgico pode ser realizado em qualquer ciclo da vida, com as indicações adequadas (TANAY & CHAUBALE, 2011). Após o procedimento cirúrgico estes pacientes necessitam de uma instrução e orientação sobre os efeitos em longo prazo, sobre uma possível terapia linguística (NEGATE *et al*, 2014).

Ao se realizar o procedimento de frenectomia lingual, o conhecimento anatômico dos cursos sublingual e intralingual do nervo lingual da região ventral da língua são de suma importância (GRAFF & EVANS, 2003; TOLSTUNOV, 2007; TOURE *et al*, 2005). A região da ponta da língua, possui um ramo do nervo lingual do lado direito e esquerdo, que se aproximam e se distribuem no meio da língua. A dormência da ponta da língua acontece devido

à localização da lesão que atingiu o ramo intralingual e outros ramos menores do nervo lingual (GRAFF *et al*, 2003; TOLSTUNOV *et al*, 2007; TOURE *et al*, 2005; YANG *et al*, 2009), possivelmente como resultado da incisão que é estendida até a ponta da língua (YANG *et al*, 2009).

As técnicas cirúrgicas para remoção do freio lingual podem ser classificadas em três procedimentos. A frenotomia consiste em realizar uma incisão no frênulo, na frenectomia é feita uma excisão completa, com remoção total do frênulo e a frenuloplastia é realizada em âmbito hospitalar, podendo reconstruir e corrigir a anatomia da língua para sua liberação (TANAY & CHAUBALE, 2011; HELLER *et al*, 2005), que resulta em uma abertura mais extensa da língua (MAYUR *et al*, 2014).

Para realizar uma dessas três técnicas, podemos utilizar a técnica convencional do bisturi, realizando a abertura do tecido mole (KARA, 2008). Outra modalidade de tratamento é o uso de laser, e os tipos de lasers usados para esse fim são o dopado de neodímio, ítrio, alumínio e granada (ND, YAG que é minimamente invasiva para soft, em tecidos) dióxido de carbono (CO₂) e os lasers dopados com érbio (Er) (PICK & CALVARD, 1993). Segundo Haytac e Ozcelik, (2006) a incisão de tecido mole oral com o bisturi é mais doloroso em comparação com o laser. O sangramento relacionado a frenectomia convencional e a frenuloplastia é grande, já com o uso do laser esse contratempo é superado, pela excelente hemostasia promovida uma vez que a técnica é realizada sem abertura maior da ferida, além do fechamento primário apropriado da ferida. Uma desvantagem do uso do laser é o acesso ao equipamento, além do custo elevado para a realização do procedimento (MAYUR *et al*, 2014).

Após a cirurgia de frênulo ocorre a liberação dos movimentos da língua, melhorando significativamente o ato de falar, as funções de mastigação e deglutição, é observada no pós-operatório imediato. Em alguns casos pode-se não obter melhora perceptível nas alterações da fala, mas uma articulação aumentada é relatada (CAMARGO *et al*, 2013).

O objetivo desse trabalho é pesquisar na literatura sobre as indicações e técnicas da Frenectomia lingual, com ênfase na técnica convencional, com bisturi. Além disso, será relatado um caso de tratamento de frênulo hipertrófico.

2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, com 28 anos de idade, procurou atendimento na Clínica de Odontologia do Centro Universitário Facvest para uma consulta de rotina. Na anamnese não relatou nenhuma patologia sistêmica. Durante o exame intra-oral foi observada a presença de anquiloglossia, com mobilidade lingual reduzida. Apresentava movimentos restritivos da língua, como em qualquer tentativa de projetar a língua resultou em fissura na ponta da mesma e observou-se uma ponta em forma de coração ou bífida da língua (Fig. 1), em movimentos laterais e ao levantar a língua para cima observou-se que o freio segurava a ponta da língua (Fig. 2). Durante algumas perguntas o paciente relatou somente dificuldade em realizar movimentos de sucção e não relatou problemas na fala. Não foi associada a nenhuma síndrome. Após a consulta inicial, foi realizado um planejamento para realização da intervenção cirúrgica.



Figura 1. Movimento restritivo da língua em qualquer tentativa de projetar a língua, resultando em fissura na ponta da língua. Forma de coração. Fonte: A autora (2019).



Figura 2. Movimento de levantar a língua. Observou que o freio segurava a ponta da língua, incapacitando tocar o palato com a ponta da língua. Fonte: A autora (2019).

O tratamento cirúrgico da anquiloglossia foi realizado sob anestesia local do nervo alveolar inferior esquerdo e direito, base da língua esquerda e direita e ponta da língua, sendo realizadas com solução anestésica com vasoconstritor articaina 4% com epinefrina 1: 100.000 (Articaine 100 - Cloridrato de Articaina e Epinefrina, DFL). A técnica cirúrgica utilizada nesse caso foi a frenectomia com a técnica convencional a bisturi.

A língua foi apreendida e tracionada com um Fio de sutura 3.0 de Nylon (Shalon, Sertix) para o melhor manejo durante a técnica. Com o uso de duas Pinça Mosquito (Pinça Halsted Mosquito Curva # 477412, Quinelato), foi delimitado o local do corte e a seguir realizado com lâmina de bisturi #15 (Solidor, Lamedid), com incisão simples, no sentido vertical, acompanhando a pinça mosquito, após feito à remoção do freio. Em seguida, foi utilizada a tesoura Metzenbaum Romba Curva 18cmm #QT.285.18 (Quinelato) para divulsão dos tecidos. Foi utilizado soro fisiológico 0,9% para irrigação e limpeza do local e uma cuidadosa hemostasia, a sutura foi feita com pontos simples cujo fio foi 4.0 de Seda (Shalon, Sertix) (Fig. 3). Foi prescrito amoxicilina 500 mg, administrada a cada 8 horas, durante 7 dias, Nimesulida 100 mg, a cada 12 horas por 3 dias e Lisador (500mg de dipirona sódica, 10mg de cloridrato de adienina, 5mg de cloridrato de prometazina), a cada 6 horas, durante 3 dias e cloridrato de ciclobenzaprina 5mg a cada 8 horas durante 6 dias. Importante citar que não houve incisão da Caruncúla Sublingual, local de saída do ducto submandibular.



Figura 3. Após a intervenção cirúrgica. Realizado apreensão da língua com fio de sutura. Realizado 11 pontos simples com fio de Sutura 4.0 Seda. Fonte: A autora (2019).

As orientações e cuidados pós-cirúrgicos foram repassadas verbalmente e por escrito ao paciente. O mesmo foi orientado a ingerir alimentos frios, líquidos e pastosos e fazer uma dieta nutritiva por 3 dias e não realizar sucção. Foi recomendado que evitasse exposição ao sol, alimentos quentes e duros além de esforços físicos, pelo menos até o retorno para remoção da sutura. Foi prescrito clorexidina 0.12% para uso oral para bochechos leves e passivos 2 vezes ao dia, iniciando somente 24 horas após a cirurgia.

As avaliações pós-cirúrgicas, foram realizadas após 7 dias, 15 dias (Fig. 4) e 60 dias, para avaliar o desempenho, o desenvolvimento motor da musculatura da língua e a flexibilidade do tecido cicatricial. Foi também avaliado o estado da articulação, fonética e funções orais, e o paciente não apresentou complicações pós-cirúrgica. Após esse período o paciente recebeu alta e, não necessitou ser encaminhado para tratamentos fonoaudiológicos.



Figura 4. Pós-operatório de 30 dias. Fonte: A autora (2019).

3 DISCUSSÃO

A língua é um músculo fundamental e tem um papel muito relevante em todas as funções orais, incluindo a mastigação, durante a fala, na posição dos dentes e na deglutição (CUESTAS *et al*, 2014; SILVA *et al*, 2009). Existem três tipos de freios linguais, o freio fibroso, freio muscular e freio fibromuscular (ESCODA *et al*, 1999; CHIAPASCO, 2004). A anquiloglossia é uma anormalidade mais comum em homens do que em mulheres, com origem desconhecida e idade bastante variada (KLOCKARS, 2007; RICKE *et al*, 2005; CINAR & ONAT, 2005; [KLOCKARS & PITKARANTA, 2009 (B)]. A prevalência da gravata de língua nos recém-nascidos é de 4% da população, [KLOCKARS & PITKARANTA, 2009 (A)] com elevada porcentagem de bebês que apresentavam dificuldades durante a amamentação (BALLARD *et al*, 2002; MESSNER *et al*, 2000; GRIFFITHS, 2004; PRANSKY *et al*, 2015; HAHAM *et al*, 2014; SEGAL *et al*, 2007; WEBB *et al*, 2013). Aponta-se que uma proporção considerável de anquiloglossia é herdada, e exclusivamente ligada à dominância autossômica [KLOCKARS & PITKARANTA, 2009 (B)].

No Brasil, pacientes com anquiloglossia possuem distúrbios mais frequentes de fala com 48,8%, (QUEIROZ MARCHESAN, 2004), mas a incidência da anquiloglossia é rara, e na maioria dos casos, eles são encaminhados aos dentistas por médicos (MESSNER *et al*, 2000). O freio lingual curto influencia na higiene bucal, com precária remoção da placa constituindo uma deficiência oral (CARMEM, 1998; SANE *et al*, 2014). Na literatura há uma carência de informações em adolescentes e adultos, o que pode espelhar em diferenças associadas à incidência de anquiloglossia, considerando ser rara nessa faixa etária (PARADISE, 1990), dessa forma, o relato de caso mostrou-se que na visita de rotina os Cirurgiões Dentistas podem diagnosticar as anquiloglossias dos pacientes de variadas idades e realizar os tratamentos necessários.

Na literatura há bastante controvérsia em relação aos critérios de diagnóstico e o tratamento da anquiloglossia (MESSNER *et al*, 2000) e, desse modo, diversas classificações são sugeridas, o que acarreta em dificuldades no momento de tomar uma decisão no diagnóstico final (CHOI *et al*, 2011). Assim como o presente estudo, CUESTAS *et al*, (2014), realizou o diagnóstico em 35 crianças entre menos de 1 ano e mais de 5 anos, utilizando os mesmos critérios anatômicos, realizando inspeção e palpação no freio lingual e funcional, realizando elevação, extensão e lateralização da língua (CUESTAS *et al*, 2014). Outra forma de diagnosticar a anquiloglossia é no comprometimento funcional na protrusão, a posição do freio no ventre da língua. Durante a protrusão é comum observar a forma da língua de coração ou V

(SEGAL *et al*, 2007; HONG *et al*, 2010; MARCHESAN, 2010). O paciente relatado, durante a protrusão possuía uma forma de coração (Fig. 2.). O motivo mais comum para a indicação da cirurgia do freio lingual é a dificuldade de deglutição, mais precisamente a fala (WEBB *et al*, 2013; PUTHUSSERY *et al*, 2011; DE SANTIS *et al*, 2013; SEGAL *et al*, 2007; ITO *et al*, 2015). Outros motivos incluem problemas mecânicos, como dificuldade em posicionar a língua sobre os lábios (JANG *et al*, 2011; DE SANTIS *et al*, 2013). Já o caso apresentado, o paciente relatou uma maior dificuldade em realizar movimentos de sucção.

Não existe uma conformidade do momento ideal de realizar a intervenção cirúrgica. Alguns autores defendem que deve ser antes de desenvolver a fala (MESSNER *et al*, 2000), após ocorrer uma anormalidade de fala (MESSNER *et al*, 2002), outros relatam que é menos eficiente em crianças mais velhas (FERRÉS-AMAT *et al*, 2016), outros que a idade adulta seria o período ideal e outros em qualquer idade (RUFFOLI *et al*, 2005). Já na frenectomia lingual apresentada foi realizada a intervenção cirúrgica somente na idade adulta, quando o diagnóstico da anquiloglossia foi feito.

No relato de 3 casos de anquiloglossia, um fator importante da anatomia da língua foi apresentado e deve ser considerado, tomando maior cuidado nos casos que o frênulo é anexado altamente na gengiva e se os ductos submandibulares interferem ou não com o frênulo. Em algumas situações os ductos estão localizados no meio do freio, fato que faz com que a intervenção cirúrgica seja mais difícil (TSAOUSOGLU *et al*, 2016). No caso apresentado o freio não estava anexado altamente na gengiva, mas os ductos submandibulares estavam localizados no meio do freio lingual, dificultando no ato cirúrgico.

A literatura sugere que com uma inserção do frênulo lingual na gengiva, um diastema entre os incisivos centrais pode ser desenvolvido (SUTER & BORNSTEIN, 2009; LALAKEA & MESSMER, 2003; FERRÉS-AMAT *et al*, 2016), e também pode ocorrer uma leve recessão gengival nos incisivos centrais inferiores (REDDY *et al*, 2014). No estudo de 101 casos com pacientes de 4 a 14 anos foram realizadas frenectomia e plastia e juntamente com o tratamento para anquiloglossia foi associado a reabilitação miofuncional, que começa uma semana antes da intervenção cirúrgica, assim o paciente aprende o exercício de movimentos da língua sem dor e após a intervenção cirúrgica o paciente já está familiarizado com o exercício e pode realizá-lo com mais sucesso (FERRÉS-AMAT *et al*, 2016). Já neste estudo, não realizou-se nenhum exercício antes e após a cirurgia, nem ao menos encaminhamento para fonoaudióloga.

Existem várias técnicas cirúrgicas para corrigir o frênulo lingual, mas algumas são mais usadas na Odontopediatria, como a frenotomia, frenectomia (JUNQUEIRA *et al*, 2014; SANE *et al*, 2014; MESSNER, 2002, EDMUNDS *et al*, 2012; AMIR *et al*, 2006, SEGAL *et al*, 2007),

já em adultos é realizado a frenectomia e frenuloplastia (GRIFFITHS, 2004; MESSNER, 2000; WRIGHT, 1995). Elas podem ser realizadas com o uso do bisturi conhecida como técnica convencional (GRIFFITHS, 2004; MESSNER, 2000; WRIGHT, 1995; KARA, 2008) ou laser (BULLOCK Jr, 1995; FIOROTTI *et al*, 2004; PUTHUSSERY *et al*, 2011; DE SANTIS *et al*, 2013; ARAS *et al*, 2010; OLIVI *et al*, 2012; JUNQUEIRA *et al*, 2014; PICK & COLWARD *et al*, 1993; LAMBA *et al*, 2015; BULLOCK Jr, 1995). É necessário que o procedimento de intervenção cirúrgica seja realizado por um profissional treinado, que tenha conhecimento e habilidade para controlar o sangramento, caso ele ocorra durante o procedimento (POWER & MURPHY, 2014). No presente estudo, foi utilizado a técnica da frenectomia, com excisão do freio lingual, pela técnica convencional do bisturi, pelo fato da disponibilidade mais acessível dos instrumentais para realização da intervenção.

A frenotomia é uma abordagem cirúrgica que possui bons efeitos pós-operatórios (SEGAL *et al*, 2007), considerado um procedimento simples, seguro e bastante econômico, com resultados em pouco tempo. Ela é realizada em bebês, mais precisamente recém-nascidos que possuem uma gravata lingual. (HOGAN *et al*, 2005; KUPIETZKY & BATZER, 2005; SRINIVASAN *et al*, 2006; WALLACE & CLARKE, 2006). Power, (2015) recomenda que a intervenção pode ser realizada 2 a 3 semanas. Um método de avaliação do freio lingual, para intervenção cirúrgica em frenotomia é o Hazelbaker que fornece uma avaliação quantitativa do empate linguístico e a recomendação de realizar o procedimento (EDMUNDS *et al*, 2012; AMIR *et al*, 2006). A abordagem é feita com anestesia tópica e em alguns casos mesmo sem anestesia, dividindo o frênulo lingual com uma pequena tesoura, na porção mais fina. Na maioria das vezes não é aplicada anestesia local, pois o sangramento e o desconforto são mínimos (HOGAN *et al*, 2005; KUPIETZKY & BATZER, 2005; SRINIVASAN *et al*, 2006; WALLACE & CLARKY, 2006). Da mesma forma, vários autores realizam a intervenção cirúrgica pela técnica convencional, utilizando uma tesoura para realizar a incisão, já neste caso executa-se a frenectomia com a excisão do freio lingual utilizando um bisturi.

Um estudo de 38 pacientes com anquiloglossia e desvio da epiglote e laringe mostrou que após a realização da cirurgia, os bebês choravam mais alto com maior clareza (MUKAI *et al*, 1993). Os bebês com diagnóstico de gravata lingual são consideravelmente mais propensos a serem alimentados exclusivamente com mamadeira até uma semana de idade (RICKE *et al*, 2005). Alguns estudos recentes mostraram baixo indício da associação entre a intervenção cirúrgica do freio lingual e a melhora da amamentação ou dificuldade de amamentar (CHINNADURAI *et al*, 2015; FRANCIS *et al*, 2015).

Há defesa de alguns autores para frenectomia em bebês, (PRANSKY *et al*, 2015; C. O'CALLAHAN & MACARY, 2013; POWER & MURPHY, 2015; SEGAL *et al*, 2007; MARTINELLI *et al*, 2015; HOGAN *et al*, 2005; [KLOCKARS & PITKARANTA, 2009 (B)]. Já a realização da frenotomia e frenectomia são justificadas por outros autores (WEBB *et al*, 2013; JUNQUEIRA *et al*, 2014; SANE *et al*, 2014; MESSNER, 2002).

Para realizar a cirurgia convencional do freio, o autor anestesiou a área, o frênulo foi apreendido com uma pinça hemostática inserida a profundidade do vestíbulo e o freio adjacente à parte superior e as superfícies inferiores da hemostática foram incisadas, onde o freio foi excisado totalmente. Após foi feita uma incisão horizontal para separar as fibras e a ferida foi suturada (KARA, 2008). Neste estudo foi realizado a mesma técnica convencional do bisturi, com os mesmos passos cirúrgicos. Após a frenectomia e frenuloplastia podem ser encontradas algumas complicações raras, como colapso das vias aéreas superiores, infecção, sangramento, úlcera sob a língua, recorrência da anquiloglossia com resultado da cicatriz (GRIFFITHS, 2004; MESSNER, 2000; WRIGHT, 1995), o que não houve no caso realizado.

Muitos autores utilizam o laser para divisão do frênulo lingual, pois na técnica ocorre menos sangramento, sem necessidade de realizar suturas, a cicatrização é mais rápida, deixando mínimo de cicatriz, assim essa técnica seria mais segura e eficaz (BULLOCK Jr, 1995; FIORITTI *et al*, 2004; PUTHUSSERY *et al*, 2011; DE SANTIS *et al*, 2013; ARAS *et al*, 2010; OLIVI *et al*, 2012; JUNQUEIRA *et al*, 2014). Os pacientes tinham uma faixa etária de 3 a 30 anos, diagnosticados com anquiloglossia e na intervenção cirúrgica da frenectomia lingual foi realizada a anestesia local um autor utilizou lidocaína 2% com adrenalina 1: 80.000 (PUTHUSSERY *et al*, 2011), outro autor utilizou lidocaína 2% com epinefrina 1: 100.000 (LAMBA *et al*, 2015) utilizando a técnica do laser, com excisão do frênulo (PUTHUSSERY *et al*, 2011; LAMBA *et al*, 2015). Já no presente estudo foi utilizado articaína 4% com epinefrina 1.100.000. Não houve complicações pós-operatórias (PUTHUSSERY *et al*, 2011). O paciente foi orientado evitar fumar, consumir álcool e alimentos condimentados. Não foi receitado nenhum analgésico mas, antibióticos foram prescritos (LAMBA *et al*, 2015). É possível afirmar que a frenectomia a laser apresenta uma série de vantagens indiscutíveis se comparada à técnica cirúrgica convencional do bisturi (DE SANTIS *et al*, 2013). Menos dor e menos complicações da fala foram relatadas após intervenção cirúrgica o Laser Nd:YAG em comparação com a técnica convencional (frenotomia, frenectomia e frenuloplastia) (KARA, 2008). Neste estudo realizou-se a frenectomia pela técnica convencional, por ser o material mais acessível e de menor custo, obtendo os mesmos resultados pós-operatórios.

4 CONCLUSÃO

A Anquiloglossia é rara e pode ser encontrada em bebês, adolescentes e adultos. Os motivos mais encontrados para indicação de intervenção cirúrgica é a fala e alguns problemas mecânicos. A literatura ainda tem bastante contradição no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, mas a abordagem cirúrgica de frênulo hipertrófico com frenectomia pela técnica convencional é um procedimento seguro com resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

AMIR, L.H; JAMES, J.P; DONATH, S.M. **Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function.** Int Breastfeed J. 2006. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-1-3> Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

ARAS, M.H; GOREGEN, M; GUNGORMUS, M; AKGUL, H.M. **Comparison of diode laser and Er:YAG lasers in the treatment of ankyloglossia.** Photomed Laser Surg, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19743963>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

BALLARD, J.L; AUER, C.E; KHOURY, J.C. **Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.** Pediatrics 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415069>. Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

BELMEHDI, A; HARTI, K.E; WADY, W.E. **Ankyloglossia as an oral functional problem and its surgical management.** Dent Med Probl. Vol. 55, nº2, p. 213-216, April-June of 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30152627>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

BULLOCK, N Jr. **The use of the CO2 laser for lingual frenectomy and excisional biopsy.** Compend Contin Educ Dent, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8598011>. Acesso em: 11 janeiro de 2019.

BROOKES, A; BOWLEY, D.M. **Tongue tie: the evidence for frenotomy.** Early Hum Dev, Vol 90, nº11, p.765-768, November of 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25258296>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

CAMARGO, Z.A. *et al.* **Lingual frenectomy and alveolar tap production: an acoustic and perceptual study.** Logoped Phoniatr Vocol, Vol 38, nº4, p. 157-166, December of 2013, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826654>. Acesso em: 23 de março de 2019.

C. O'CALLAHAN, S.; MACARY, S.; CLEMENTE. **The effect of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding.** Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523198>. Acesso em: 23 de março de 2019.

CARMEN, F (ed). **Tongue tie, from confusion to clarity.** Sydney: Tandem Publications, 1998.

CINAR, F.; ONAT, N. **Prevalence and consequences of a forgotten entity: ankyloglossia.** Plast Reconstr Surg, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15622300>. Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

CUESTAS, G; DEMARCHI, V; MARTÍNEZ CORVALÁN, M.P; RAZETTI, J; BOCCIO, C. **Surgical treatment of short lingual frenulum in children.** Arch Argent Pediatr, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25362917>. Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

CHINNADURAI, S; FRANCIS, D.O; EPSTEIN, R.A; MORAD, A; KOHANIM, S; McPHEETERS, M. **Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review.** Pediatrics, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25941312>. Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

CHOI, Y.S; LIM, J.S; HAN, K.T; LEE, W.S; KIM, M.C. **Ankyloglossia correction: Z-plasty combined with genioglossus myotomy.** J Craniofac Surg, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22134257>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

CHU, M.W; BLOM, D.C. **Posterior ankyloglossia: a case report.** Int J Pediatric Otorhinolaryngol, Vol 73, nº6, p. 881-883, June of 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303646>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

CHIAPASCO, M. **Cirurgia oral: texto y atlas en color: Masson.** Elsevier, 2004.

DE SANTIS, D; GEROSA, R; GRAZIANI, P.F; *et al.* **Lingual frenectomy: a comparison between the conventional surgical and laser procedure.** Minerva Stomatol, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903445>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

DOLLBRG, S; *et al.* **Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study.** J Pediatr Surg, Vol. 41, n° 9, p. 1598-1600, September of 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16952598> Acesso em: 11 de abril de 2019.

EDMUNDS, J; HAZELBAKER, A; MURPHY, J.G; PHILIPP, B. L. **Tongue-tie.** Hum Lact, 2012.

ELVIRA, F.A; *et al.* **Multidisciplinary Management of Ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases.** A protocol, Med Oral Patol Oral Cir Bucal, Vol 21, n°1, p. 39-47, Jane of 2016.

ESCODA, C; *et al.* **Frenillos Bucales.** In: Ediciones Ergon SA, editor. Cirugía Bucal. 1 ed, 1999, p. 577-95.

FERRES-AMAT, E; PASTOR-VERA, T; FERRÉS-AMAT, E; MAREQUE-BUENO, J; PRATS-ARMENGOL, J; FERRÉS-PADRÓ, E. **Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases.** A protocol. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2016, p. 39–47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26595832>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

FIOROTTI, R.C; BERTOLINI, M.M; NICOLA, J.H; NICOLA, E.M. **Early lingual frenectomy assisted by CO2 laser helps prevention and treatment of functional alterations caused by ankyloglossia.** Int J Orofacial Myology, 2004 p. 64–71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15832863> Acesso em: 11 de abril de 2019.

Francis, D.O; KRRISHNASWAMI, S; McPHEETERS, M. **Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review.** Pediatrics, Vol. 135, n°6, June of 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25941303>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

GRAFF, R.S.B; EVANS, R.W. **Lingual nerve injury.** Headache, Vol. 43, n°9, p. 975-983, October 2003.

GRIFFITHS, D.M. **Do tongue ties affect breastfeeding?** J Hum Lact, 2004 p. 409–414. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15479660>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

HHAHAM, A; MAROM, R; MANGEL, L; BOTZER, E; DOLLBERG, S. **Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: a prospective cohort**

series. Breastfeed Med, 2014, p. 438-441. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25238577>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

HAYTAC, M.C; OZCELIK, O. **Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scalpel techniques.** J Periodontol, Vol.77, nº11, p. 1815-1819, November of 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17076605> Acesso em: 23 de abril de 2019.

HELLER, J; GABBAY, J; O'HARA, C; HELLER, M; BRADLEY, J.P. **Improved ankyloglossia correction with four-flap Z-frenuloplasty.** Ann Plast Surg, 2005, p. 623–628. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15900148>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

HOGAN, M; WESTCOTT, C; GRIFFITHS, M; **Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems.** J Paediatr Child Health, 2005, p. 246–250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15953322>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

HONG, P; LAGO, D; SEARGEANT, J; PELLMAN, L; MAGIT, A.E; PRANSKY, S.M. **Defining ankyloglossia: a case series of anterior and posterior tongue ties.** International journal of pediatric otorhinolaryngology, 2010, p. 1003-1006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557951>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

ITO, Y; SHIMIZU, T; NAKAMURA, T; TAKATAMA, C. **Effectiveness of tongue-tie division for speech disorder in children.** Pediatr Int, 2015, p. 222-226. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25142274>. Acesso em: 13 de março de 2019.

JANG, S.J; CHA, B.K; NGAN, P; CHOI, D.S; LEE, S.K; JANG, I. **Relationship between the lingual frenulum and craniofacial morphology in adults.** Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2011, p. 361–367. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21435544>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

JIN, R.R. *et al.* **What does the world think of ankyloglossia?** Acta Paediatr, Vol 107, nº10, p. 1733-1738, October of 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29385272>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

JUNQUEIRA, M.A; CUNHA, N.N; COSTA E SILVA, L.L; ARAÚJO, L.B; MORETTI, A.B; COUTO FILHO, C.E; *et al.* **Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series.** J Appl Oral Sci, 2014, p. 241-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572014000300241. Acesso em: 11 de abril de 2019.

KARA, C. **Evaluation of patient perceptions of frenectomy: a comparison of Nd:YAG laser and conventional techniques.** *Photomed Laser Surg*, 2008, p. 147–152. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18341414>. Acesso em: 13 de março de 2019.

KUPIETZKY, A; BOTZER, E. **Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management.** *Pediatr Dent*, 2005, p. 40–46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15839394>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

KLOCKARS, T. **Familial ankyloglossia (tongue-tie).** *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2007, p. 1321–1324. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17588677>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

KLOCKARS, T; PITKARANTA, A. **Pediatric tongue-tie division: indications, techniques and patient satisfaction.** *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2009, p. 1399–1401, a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19660817>. Acesso em: 23 de abril de 2019. (A)

KLOCKARS, T; PITKARANTA, A. **Inheritance of ankyloglossia (tongue-tie).** *Clin Genet*, 2009, p. 98–99, b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18983637>. Acesso em: 13 de março de 2019. (B)

LLAKEA, M.L; MESSNER, A.H. **Ankyloglossia: does it matter?** *Pediatr Clin North Am*, 2003, p. 381–397. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809329>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

LAMBA, A.K; AGGARWAL, K; FARAZ, F; TANDON, S; CHAWLA, K. **Er, Cr:YSGG laser for the treatment of ankyloglossia.** *Indian J Dent*, 2015, p. 149–152. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558751/>. Acesso em: 13 de março de 2019.

MARCHESAN, I.Q. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua.** *Rev Cefac*, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/09.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

MARTINELLI, R.L; MARCHESAN, I.Q; GUSMÃO, R.J; HONÓRIO, H.M; BERRETIN-FELIX, G. **The effects of frenotomy on breastfeeding.** *J Appl Oral Sci*, 2015, p. 153–157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572015000200007. Acesso em: 07 de maio de 2019.

MAYUR, K; BABITA, P; DARSHANA, K. **A Novel Surgical Pre-suturing Technique for the Management of Ankyloglossia.** *J Surg Tech Case Rep*, Vol. 6, nº 2, p. 49-54, June-December of 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25598942>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

MESSNER, A.H; LALAKEA, M.L; ABY, J; MACMAHON, J; BAIR, E. **Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, p. 36–39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10628708>. Acesso em: 13 de março de 2019.

MESSNER, A.H; LALAKEA, M.L. **The effect of ankyloglossia on speech in children.** Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, p. 539–545. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12501105>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

MESSNER, A.H; LALAKEA, M.L. **Ankyloglossia: controversies in management.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2000 p. 123–131. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10967382>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

MUKAY, S; MUKAI, C; ASAOKA, K. **Congenital ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx: Symptoms and respiratory function in adults.** Ann Otol Rhinol Laryngol, 1993, p. 620–624. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8352487>. Acesso em: 13 de março de 2019.

NEGATE, R.R; *et al.* **Clipping a gravata (língua).** J Indian Soc. Periodontal, Vol 18, nº3, p. 395-398, Mai-June of 2014.

OLIVI, G; SIGNORE, A; OLIVI, M; GENOVESE, M.D. **Lingual frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach.** Eur J Paediatr Dent, 2012 p.101–106. Disponível em: http://admin.ejpd.eu/download/2012_02_03.pdf . Acesso em: 23 de abril de 2019.

PARADISE, J.L. **Evaluation and treatment for ankyloglossia.** Jama, 1990.

PICK, R.M; COLVARD, M.D. **Current status of lasers in soft tissue dental surgery.** J Periodontal, Vol. 64, nº7, p. 589-602, July of 1993.

POWER, R.F; MURPHY, J.F. **Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance.** Arch Dis Child, 2015 p. 489–494. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381293>. Acesso em: 13 de março de 2019.

PUTHUSSERY, F.J; SHEKAR, K; GULATI, A; DOWNIE, I.P. **Use of carbon dioxide laser in lingual frenectomy.** Br J Oral Maxillofac Surg, 2011, p. 580–581. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20728254>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

PRANSKY, S.M; LAGO, D; HONG, P. **Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2015 p. 1714–1717. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255605>. Acesso em: 13 de março de 2019.

QUEIROZ MARCHESAN, I. **Lingual frenulum: classification and speech interference.** Int J Orofacial Myology, 2004, p. 31–38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15832860>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

RICKE, L.A; BAKER, N.J; MADLON-KAY, D.J; DEFOR, T.A. **Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breastfeeding.** J Am Board Fam Pract, 2005, p. 1–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15709057>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

REDY, N.R; MARUDHAPPAN, Y; DEVI, R; NARANG, S. **Clipping the (tongue) tie.** J Indian Soc Periodontol, 2014, p. 395–398.

RUFFOLI, R; GIAMBELLUCA, M.A; SCAVUZZO, M.C; *et al.* **Ankyloglossia: a morphofunctional investigation in children.** Oral Dis, 2005, p. 170–174. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888108>. Acesso em: 13 de março de 2019.

SANE, V.D; *et al.* **Is use of laser really essential for release of tongue-tie?** J Craniofac Surg, Vol 25, nº3, p. 279-280, May of 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24785748>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

SEGAL, L.M; STEPHENSON, R; DAWES, M; FELDMAN, P. **Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review.** Can Fam Physician, 2007, p. 1027–1033. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872781>. Acesso em: 13 de março de 2019.

SILVA, M.C; COSTA, M.L; NEMR, K; MARCHESAN, I.Q. **Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação.** Revista CEFAC, 2009, p. 363-369.

SUTER, V.G; BORNSTEIN, M.M. **Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment.** J Periodontol, 2009, p. 1204–1219. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19656020>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

SRIVASAN, A; DOBRICH, C; MITNICK, H; FELDMAN, P. **Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch.** Breastfeed Med, 2006 p. 216–224. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17661602>. Acesso em: 13 de março de 2019.

TANAY, V; CHAUBALE, M.B.D. **Ankyloglossia and its management.** J Indian Soc. Periodontal, Vol 15, nº3, p. 270-272, July-September of 2011.

TOLSTUNOV, L; *et al.* **Lingual nerve vulnerability: risk analysis and case report.** Compend Contin Edu, Vol. 28, nº1, p. 28-31, December of 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17278629>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

TOURE, G; *et al.* **The intra-lingual course of the nerves of the tongue.** Surg Radiol, Vol 27, nº4, p. 297-302, November of 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16244780>. Acesso em: 13 de março de 2019.

TSAOUSOGLOU, P; *et al.* **Diagnosis and treatment of ankyloglossia: A narrative review and a report of three cases.** Quintessence Int, Vol 47, nº6, p.523-534, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222891>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

WALLACE, H; CLARKE, S. **Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006 p. 1257–1261. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16527363>. Acesso em: 13 de março de 2019.

WEBB, A.N; HAO, W; HONG, P. **The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2013 p. 635–646. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537928>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

WRIGHT, J. **Tongue-tie.** J Paediatr Child Health, 1995, p. 276–278. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7576881>. Acesso em: 13 de março de 2019.

YANG, H.M; *et al.* **Course and distribution of the lingual nerve in the ventral tongue region: anatomical considerations for frenectomy.** J Craniofac Surg, Vol 20, nº5, p. 1359-1363, September of 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19816256>. Acesso em: 13 de março de 2019.

ANEXOS: Passo a Passo de uma frenectomia lingual pela técnica convencional



Ponta da língua foi apreendida e tracionada com fio de sutura Nylon 3.0. Com a pinça mosquito curva foi delimitado o local do corte. Fonte: Tsaousoglou *et al*, (2016).



Realizado incisão do freio superior com lâmina de bisturi #15. Fonte: Tsaousoglou *et al*, (2016).



Excisão completa do freio. Após utilizado uma tesoura metzenbaum romba curva para romper e divulsionar as fibras do tecido. Utilizado soro fisiológico 0,9% para irrigação. Fonte: Tsaousoglou *et al*, (2016).



Sutura com fio de sutura seda 4.0. Fonte: Tsaousoglou *et al*, (2016).

CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIFACVEST
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST –
LAGES - SC

Você está pretendendo tratamento dentário em cujo planejamento constam procedimentos que poderão provocar algumas intercorrências como: **sensibilidade dentinária, dor pós-operatória, edema (inchaço), abertura limitada da boca, fratura óssea, parestesia (sensação de dormência com perda de sensibilidade por longo período ou permanente), equimose ou hematomas (áreas com coloração arroxeadas nas mucosas internas ou na pele externa) e até acidentes trans-operatórios** com estruturas anatómicas vizinhas ao local do procedimento, assim como **hemorragias e infecções**. Muito embora os exames preliminares sejam realizados, não há como impedir que os fatos supracitados possam ocorrer.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, GEDIELSON DA SILVA DAMA
fui informado de maneira clara e por escrito a respeito dos cuidados pós-operatórios, bem como possíveis intercorrências e acidentes compatíveis com o procedimento cirúrgico, estando de acordo com o tratamento proposto.

- Extrações dentárias em geral e de dentes retidos
- Raspagem e alisamento radicular
- Frenectomia lingual
- Biópsia de tecido ósseo ou tecido mole
- Tracionamento dental

Data: 16/09/2018.

Assinatura do paciente ou

responsável: Gedilson da Silva Dama