

Artigo de Relato de Caso

Case Report Article

Anquiloglossia: relato de caso

Ankyloglossia: case report

Norma Suely Falcão de Oliveira Melo¹
Antonio Adilson Soares de Lima¹
Ângela Fernandes¹
Regina Paula Guimarães V. Cavalcanti da Silva¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Norma Suely Falcão de Oliveira Melo
Rua Martin Afonso, n.º 2.915/14 – Bigorrrilho
Curitiba – PR
E-mail: normamel@ufpr.br

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

Recebido em 10/8/2009. Aceito em 28/6/2010.

Received for publication: August 10, 2009. Accepted for publication: June 28, 2010.

Palavras-chave:

freio lingual; cirurgia;
anormalidade.

Resumo

Introdução: O freio lingual é uma estrutura anatômica que tem importante participação no ato da sucção, fala e alimentação. Um freio lingual curto e aderido ao soalho bucal dificulta os movimentos da língua, o que pode prejudicar as diversas funções dessa estrutura. Tal alteração é denominada clinicamente pelo termo anquiloglossia.

Objetivo e relato de caso: Descrever um caso de anquiloglossia numa criança do sexo feminino, com 2 anos de idade, atendida na Clínica de Puericultura do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. A menina teve o diagnóstico de anquiloglossia do tipo II e foi tratada por frenectomia. **Conclusão:** O exame rotineiro do freio lingual permite a identificação de anormalidades de sua inserção e possibilita medidas preventivas para as intercorrências no período do aleitamento materno.

Keywords: lingual frenum; surgery; abnormalities.

Abstract

Introduction: The lingual frenulum is an anatomic structure that plays an important role in the act of suction, speech and feeding. A short and adhered lingual frenulum obstructs the tongue movement. This can impair the diverse functions of this structure. This alteration is called ankyloglossia. **Objective and case report:** The aim of this article is to relate a case of ankyloglossia in a female child of two-years old who was examined in the Clinic of Child Care of the Department of Pediatrics, Federal University of Paraná. The child was diagnosed with type II ankyloglossia and treated by frenectomy. **Conclusion:** The routine examination of the lingual frenulum permits the identification of insertion abnormalities and enables the establishment of preventive measures for complications during the period of breastfeeding.

Introdução

O freio lingual, ou frênulo da língua, conecta esta ao assoalho da boca, permitindo o movimento livre da língua. Não se trata de tecido muscular, mas uma prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face posteroinferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior. O freio lingual é formado por tecido conjuntivo fibroso e, muitas vezes, por fibras superiores do músculo genioglossos. À medida que há desenvolvimento e crescimento ósseo com prolongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual migra para a posição central até ocupar a sua posição definitiva com o nascimento dos dentes. Classifica-se o frênulo lingual em curto, com fixação anteriorizada e curto com fixação anteriorizada [5, 6, 7, 17, 18]. Madeira (1993) [19] descreve o freio como uma parte da mucosa oral que forma uma dobra ondulada determinando uma prega franjada. Essa estrutura recobre a veia profunda da língua e a glândula lingual anterior perto do ápice.

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 estratificado [14].

A anquiloglossia, conhecida como língua presa, sua forma popular, constitui uma anomalia do desenvolvimento caracterizada

por alteração no freio da língua que resulta em limitações dos movimentos dessa estrutura, podendo gerar mudanças na fala e deglutição. A modificação da inserção acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual e é visível já no nascimento [6]. Sua definição varia desde uma vaga descrição de língua que funciona com a extensão da atividade menor que a normal até a descrição de freio curto, espesso, muscular ou fibroso [17].

A fusão da língua com o soalho da boca mostra-se uma condição rara; a anquiloglossia parcial é mais comum. Essa anormalidade dificulta os movimentos da língua, principalmente na pronúncia de certas consoantes e ditongos labiodentais [21]. Apesar de ser uma entidade clínica bastante reconhecida, a anquiloglossia em crianças menores de 1 ano representa um desafio quanto ao seu diagnóstico para os cirurgiões-dentistas [17]. Além disso, ela interfere também no processo de escovação e, por conseguinte, favorece risco de acúmulo de placa, instalação de inflamação tecidual e recessão gengival [33].

O exame do freio lingual deve considerar os aspectos clínicos e funcionais da língua. Ballard e Kroury (2002) [3] citam a avaliação do freio lingual segundo Hazelbaker (tabela I) para a indicação de frenectomia quando há dificuldade de pega da criança durante o aleitamento e dor nos mamilos da mãe.

Tabela I - Avaliação do freio lingual conforme Hazelbaker

Aspectos clínicos	Função
Aspecto da língua quando é levantada 2: Redondo ou quadrado 1: Ligeira fenda na ponta aparente 0: Formato de coração ou de V	Lateralização 2: Completa 1: Corpo da língua, mas não a ponta da língua 0: Nenhuma
Elasticidade do freio 2: Muito elástico 1: Moderadamente elástico 0: Pouca ou nenhuma elasticidade	Elevação da língua 2: Ponta da língua no meio da boca 1: Somente a ponta na borda do meio da boca 0: A ponta está abaixo do rebordo alveolar inferior ou sobe para o meio da boca com o fechamento da mandíbula
Comprimento do frênulo quando a língua é levantada 2: Maior que 1 cm 1: 1 cm 0: Menor que 1 cm	Extensão da língua 2: A ponta sobre o lábio inferior 1: A ponta somente sobre a gengiva 0: Nenhuma das alternativas; anterior ou protuberância no meio da língua
Inserção do frênulo na língua 2: Posterior à ponta 1: Na ponta 0: Ponta em forma de V	Depressão do corpo da língua 2: Completa 1: Moderada 0: Pequena ou nenhuma
Inserção do frênulo no rebordo alveolar inferior 2: Inserção no soalho da boca ou bem abaixo do rebordo 1: Inserção logo abaixo do rebordo 0: Inserção no rebordo	Peristaltismo 2: Completo 1: Moderado ou parcial 0: Pequeno ou nenhum
	Movimento brusco da língua 2: Nenhum 1: Periódico 0: Frequente ou em cada sucção

A boca do bebê possui uma pequena membrana que se estende da língua à face interna da mandíbula. Tal membrana mantém a língua em posição correta durante a amamentação. Após alguns dias de desenvolvimento da criança, a membrana transforma-se no freio lingual e modifica a sua inserção. Desse modo, a criança será capaz de esticar a língua para frente. Em alguns casos, a membrana torna-se mais espessa e curta e a ponta da língua fica presa, determinando anquiloglossia [20, 29, 32].

A língua tem papel importante na deglutição. No momento da amamentação o mamilo é comprimido e achatado pela língua do bebê contra a papila palatina. A criança realiza a preensão do mamilo com os lábios e a língua, fazendo um vedamento formado, por cima, pelo lábio superior e, por baixo, pela ponta da língua e pelo lábio inferior [1]. Ocasionalmente os recém-nascidos e lactentes apresentam movimentos orais atípicos da língua capazes de intervir na amamentação. Esses distúrbios bucais podem ser alterações transitórias do funcionamento bucal ou características individuais anatômicas. O correto movimento da

língua favorece o encaixe adequado entre a boca do bebê e a mama de sua mãe. As disfunções bucais, quando presentes, levam a pouco ganho de peso ou desmame precoce. A amamentação de crianças com anquiloglossia muitas vezes é inadequada e traz desconforto e dor às mães [27, 30]. Caso as alterações não sejam corrigidas, elas vão gerar prejuízos na amamentação [24].

A frenectomia permite o retorno da mobilidade lingual, e não se forma nenhuma aderência depois da incisão horizontal do freio (com tesoura e sob anestesia local). Em algumas situações, repete-se a intervenção cirúrgica para obter êxito na mobilidade da articulação da língua [11, 13, 22]. Para Santos *et al.* (2007) [25], 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. Os

autores salientam que, se a frenectomia demorar a ser executada, o bem-estar psíquico e social do paciente ficará comprometido.

Um estudo com ultrassonografia submental foi realizado para determinar a efetividade da frenectomia em crianças que apresentavam dificuldade na amamentação. Os resultados revelaram que houve menor compressão do mamilo pela língua após a frenectomia, o que acarretou menor desconforto na amamentação, segundo as mães [12].

Baldini *et al.* (2001) [2] efetuaram um levantamento da prevalência de alterações bucais em crianças com idade de 0 a 2 anos. A incidência de anquiloglossia em crianças entre 0 e 3 meses e 4 e 12 meses é de 1,59 e 1,49%, respectivamente. A anomalia mostrou-se mais recorrente nas meninas. De acordo com Vieira (2004) [31], a ocorrência da anquiloglossia é de cerca de um indivíduo a cada 300 nascimentos. Por outro lado, uma pesquisa semelhante com recém-nascidos no México demonstrou que a anquiloglossia na população estudada ficou em torno de 11% [10]. Essa mesma investigação apontou que a anormalidade acometeu mais os sujeitos do sexo masculino do que os do feminino (relação homem:mulher – 1,5:1).

Em uma população de 621 crianças com idade entre 0 e 6 meses, as alterações bucais mais prevalentes foram os cistos de inclusão, que compreendem os nódulos de Bohn, as pérolas de Epstein e os cistos da lâmina dentária; não houve nenhum caso de anquiloglossia [26].

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de anquiloglossia em criança, enfatizando as características clínicas e o tratamento recomendado.

Relato de caso

Os responsáveis pela paciente, gênero feminino, 2 anos de idade, raça branca, procuraram a Clínica de Puericultura do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. A mãe relatou complicação por parte da criança para alimentar-se e alteração na pronúncia de ditongos labiodentais. Além disso, preocupava-se com o aprendizado da garota, pois esta iria para a escola. Na anamnese a mãe disse que a filha teve dificuldade durante o aleitamento materno em virtude de a língua presa impedi-la de segurar o mamilo ao longo da amamentação.

O exame clínico intraoral evidenciou freio lingual curto que limitava a amplitude de movimentos da língua e com inserção próxima à ponta da língua

(figura 1). A inserção na base e na ponta da língua dificultava a protrusão da língua para fora da boca e fazia esta se dobrar (figura 2). Tal condição não permitia um padrão de deglutição normal. A menina exibia dificuldades na fala associadas à limitação dos movimentos linguais. Recomendou-se como tratamento frenectomia, com anestésico tópico aplicado na face inferior da língua. Depois que a anestesia se completou, uma pinça hemostática serviu para segurar o freio, e um instrumento eletrocirúrgico foi usado para liberá-lo. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de sutura 4.0 (catgut). Dispensou-se a criança após a mãe receber instruções a fim de evitar hemorragias pós-operatórias e tratar o desconforto com analgésicos não narcóticos. Passados sete dias da intervenção cirúrgica, a paciente foi reexaminada e a área operada já estava em processo de cicatrização. Nesse período a função da língua foi avaliada e se observou melhoria na capacidade de movimentação. O fato sugeriu um excelente prognóstico para o caso.



Figura 1 - Aspecto clínico da língua em repouso



Figura 2 - A projeção da língua impedida pela anquiloglossia

Discussão

Não há dúvidas de que qualquer problema que comprometa a saúde da língua pode refletir seriamente nas funções bucais. A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual.

A língua possui função importante no transporte de alimentos e na deglutição [9, 23], bem como papel essencial na articulação das palavras [4]. Ela tem influência na posição dos dentes nos arcos dentários e na amamentação. Um freio lingual muito curto restringe a amplitude dos movimentos da língua, prejudicando sua capacidade de executar suas funções [17].

No caso mencionado a anquiloglossia apresentava relevância clínica e social, uma vez que provocava modificações morfofuncionais. A criança exibia dificuldade na fala acompanhada de limitação dos movimentos da língua, além de um padrão de deglutição anormal por causa do freio lingual curto, o qual limitava a amplitude de movimentos da língua. Ela sentia também dificuldade na articulação de palavras labiodentais.

Bebês com frênulo da língua alterado podem ter problemas na pega da mama, complicando a retirada do leite e interferindo no ganho de peso. A liberação cirúrgica do frênulo, quando criteriosamente indicada, promove melhora dessa função [28].

A correção da anquiloglossia numa idade precoce reduz o risco de complicações aos lactentes, e a frenectomia deve ser executada quando há interferência na deglutição e na fala [6, 13, 16].

O pediatra, o odontopediatra e o clínico geral são os profissionais capacitados para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactentes e crianças. Cabe ao primeiro o diagnóstico das manifestações presentes na boca dos bebês no início da vida. O segundo, geralmente, examina as crianças a partir do período da erupção dos dentes decíduos (por volta dos 6 meses de idade). Com o advento da Odontologia para bebês, a atenção precoce antes do nascimento dos dentes tornou possível o diagnóstico de alterações bucais, como dente neonatal, pré-natal e anquiloglossia [7].

A avaliação de problemas no freio lingual permitirá a identificação de anormalidades de sua inserção e prevenção de alterações das funções de deglutição e fala pela correção cirúrgica da anquiloglossia.

Conclusão

O exame rotineiro do freio lingual possibilita encontrar anomalias de sua inserção e delinear medidas preventivas para as intercorrências no período de aleitamento materno. No presente relato a inserção anormal da língua alterava de modo significativo as funções de deglutição, os movimentos da língua, a fala e a articulação das palavras. A cirurgia do freio lingual devolveu as funções da língua ao sistema estomatognático da paciente.

Referências

1. Andrade CF, Gullo AC. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causas das fissuras/rachaduras mamilares. *Ped São Paulo*. 1993;15:28-33.
2. Baldini MH, Lopes CML, Scheidt WA. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa. *Pesq Odontol Bras*. 2001 Oct-Dec;15(4):302-7.
3. Ballard JL, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatr*. 2002 Nov;110(5):1-6.
4. Beutnmuller G, Camera V. *Reequilíbrio da musculatura orofacial*. Rio de Janeiro: Enelivros; 1989.
5. Braga LAS, Pantuzzo CA, Motta AR. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC*. 2009;11(Supl3):378-90.
6. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. **Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica**. *Rev CEFAC*. 2008 Jul-Sep;10(3):343-51.
7. Correia MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 3. ed. São Paulo: Santos; 2009. p. 942.
8. Cunha RF, Silva JZ, Faria MD. Clinical approach of ankyloglossia in babies: report of two cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2008;32(4):277-81.
9. Feres MA. Componentes do aparelho estomatognático. In: Petrelli E (ed.). *Ortodontia para fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise; 1994.

10. Freudenberger S, Santos Díaz MA, Bravo JM, Sedano HO. **Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates.** *J Dent Child (Chic)*. 2008 Sep-Dec;75(3):280-6.
11. Friggi MNP, Orsi RM, Chelotti A. Técnica cirúrgica pediátrica – frenectomia lingual. *J Bras Odontop Odonto Bebê*. 1998 Jul-Sep;1(3):102-15.
12. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008 Jul;122(1):188-94.
13. Graziane M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1976.
14. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 7. ed. São Paulo: Livraria Santos; 2003.
15. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*. 2005 May;41(5):246-50.
16. Karabulut R, Sönmez K, Türkyilmaz Z, Demiroğullari B, Ozen IO, Bağbanci B et al. Ankyloglossia and effects on breast-feeding, speech problems and mechanical/social issues in children. *B-ENT*. 2008;4(2):81-5.
17. Kotlow L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int*. 1999;30(4):259-62.
18. Lopes CML, Baldani MH, Scheidt WA. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês de Ponta Grossa – PR – Brasil. *Pesq Odontol Bras*. 2001 Oct-Dec;15(4):302-7.
19. Madeira MC. *Bases anátomo-funcionais para prática odontológica*. São Paulo: Savier; 1993.
20. Moss SJ. *Crescendo sem cárie*. São Paulo: Quintessence; 1996.
21. Neville WB, Allen MC, Bouquot EJ. *Patologia oral e maxilo facial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
22. Ostapiuk B. Tongue mobility in ankyloglossia with regard to articulation. *Ann Acad Med Stetin*. 2006;52(3):37-47.
23. Saconato M, Guedes ZCF. Estudo da mastigação e da deglutição em crianças e adolescentes com seqüência de Möbius. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(2):165-71.
24. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr*. 2004 Nov;80(5):155-62.
25. Santos ESR, Imparato JCP, Adde CA, Moreira LA, Pedron IG. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em odontopediatria. *Rev Odonto*. 2007;15(29):107-13.
26. Santos FFC, Pinho JRO, Libério AS, Cruz MCFN. Prevalência de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. *Rev Odonto Ciênc*. 2009;24(1):77-80.
27. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician*. 2007;53(6):1027-33.
28. Silva MC, Costa MLVCM, Nemr K, Marchesan IQ. **Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação.** *Rev CEFAC*. 2009;11(Supl3):363-9.
29. Usberti AC. *Odontopediatria clínica*. São Paulo: Santos; 1991.
30. Váldez V, Sanchez AP, Labbok M. Técnicas de amamentação. In: Váldez V, Sanchez AP, Labbok M (eds.). *Manejo clínico da amamentação*. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
31. Vieira AR. Anquiloglossia e sua relação com o comportamento sexual futuro. *RGO*. 2004 Apr-Jun;52(2):72-3.
32. Walter L, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
33. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2006 Nov-Dec;11(6):45-51.

Como citar este artigo:

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