

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

RENATA BELOMO DIOMENA

ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

BAURU

2011

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

RENATA BELOMO DIOMENA

ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências e Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Aparicio Fiúza de Carvalho Dekon.

BAURU

2011

RENATA BELOMO DIOMENA

ANQUILOGLOSSIA; RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências e Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Aparicio Fiúza de Carvalho Dekon.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Aparicio Fiúza de Carvalho Dekon

Dr. Leandro Holgado

Dra. Gabriela Zuin Ferreira

BAURU

2011

“Dedico esta conquista à meu
filho, razão pelo qual me
empenhei a sempre seguir em
frente”

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao Dr. Aparicio Fiúza de Carvalho Dekon a forma como orientou o meu trabalho. Sua orientação foi para mim de grande utilidade, assim como suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu dando grande suporte. Estou grata também pela liberdade de ação a mim permitida, decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal.

Também agradeço a Fonoaudióloga Gabriela Zuin Ferreira do HRAC que me ajudou com o conteúdo de Fonoaudiologia tornando o trabalho mais completo.

Aos meus familiares, que mais do que me proporcionar uma boa infância e vida acadêmica, formaram os fundamentos do meu caráter. Obrigada por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável, mesmo separados por tantos quilômetros.

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos”

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

A Anquiloglossia é uma anomalia do desenvolvimento da língua, conhecida popularmente como “língua presa” que apresenta suas características clínicas específicas. O objetivo desse trabalho é justamente discutir os aspectos de anormalidade que caracterizam essa alteração, suas formas de tratamento, incluindo o fonoaudiológico, exemplificando o quadro com um caso que foi tratado na clínica de Odontologia da Universidade Sagrado Coração.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
OBJETIVOS.....	09
JUSTIFICATIVA.....	10
REVISÃO DE LITERATURA.....	11
DESCRIÇÃO DE CASO CLINICO.....	15
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA.....	18
DISCUSSÃO.....	20
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	22

INTRODUÇÃO

A Anquiloglossia é uma anomalia do desenvolvimento da língua, conhecida popularmente como “língua presa”, é caracterizada pelo freio lingual curto, pela inserção do músculo genioglosso muito espesso ou pela associação de ambos, causando a fusão parcial ou completa da língua ao assoalho da boca. É uma condição comumente observada em recém-nascidos, crianças e em adultos não é raro observar casos de anquiloglossia leve, porém raramente observam-se casos graves. Esta pode contribuir para problemas de fonação, também na amamentação e deglutição.

O pediatra e o obstetra no contato inicial com o bebê podem ter condições de fazer um diagnóstico precoce e indicarem o tratamento, porém na ausência destes, o fonoaudiólogo deve fazê-lo quando a criança apresenta dificuldades na fala e na deglutição. O odontopediatra que acompanha a criança por toda a sua infância tem a possibilidade de diagnosticar e tratar o problema, sabendo observar os seguintes sinais: ápice da língua, abertura bucal, a dificuldade de movimentar a língua, dificuldade na amamentação, articulação da fala e dificuldade de colocar a língua no palato.

O tratamento indicado nos casos em que o recém-nascido tem problemas específicos de amamentação é a frenulotomia, que consiste na liberação do freio lingual com reparo plástico, assim como crianças e adultos. Porém as crianças pequenas que necessitam da frenulotomia, é indicado que se espere pelo menos a idade de 4 a 5 anos para ser realizada a cirurgia, porque o freio lingual geralmente é curto ao nascimento, sendo impossível avaliar o grau da inserção definitivo nesse período.

O tratamento pós-operatório realizado com a fonoaudioterapia, é realizado como modo de exercitar os músculos linguais, devolvendo os movimentos linguais que antes eram alterados devido à anquiloglossia, possibilitando a melhoria na dicção e deglutição.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O trabalho tem como objetivo geral abordar de forma discursiva um caso clínico de Anquiloglossia, relatando desde a anatomia lingual à fase de diagnóstico bem como o plano de tratamento instituído.

Objetivos específicos

- Apresentar a Anatomia Lingual
- Apresentar os diferentes tipos de Frênulos
- Apresentar a Anquiloglossia, etiologia, características clínicas e diagnóstico;
- Os tipos de tratamento;
- Exemplificar com um caso clínico;
- Discutir a escolha da técnica aplicada;
- Apresentar a atuação do fonoaudiólogo na reabilitação

JUSTIFICATIVA

Como todo processo cirúrgico, a frenulotomia deve ser muito bem indicada, observando as necessidades e dificuldades que ela apresenta. Um bom diagnóstico é imprescindível para um bom prognóstico. Além disso, deve-se valorizar a importância do fonoaudiólogo quanto ao diagnóstico. Segundo Brito et al. (2008), 60% dos cirurgiões-dentistas e otorrinolaringologistas consultados preconizam apenas a cirurgia como método de escolha para a resolução de freios curtos anteriorizados, enquanto que apenas 36,7% dos fonoaudiólogos concordam com esse tratamento simples, sendo que os demais indicam a terapia fonoaudiológica em conjunto com a cirurgia.

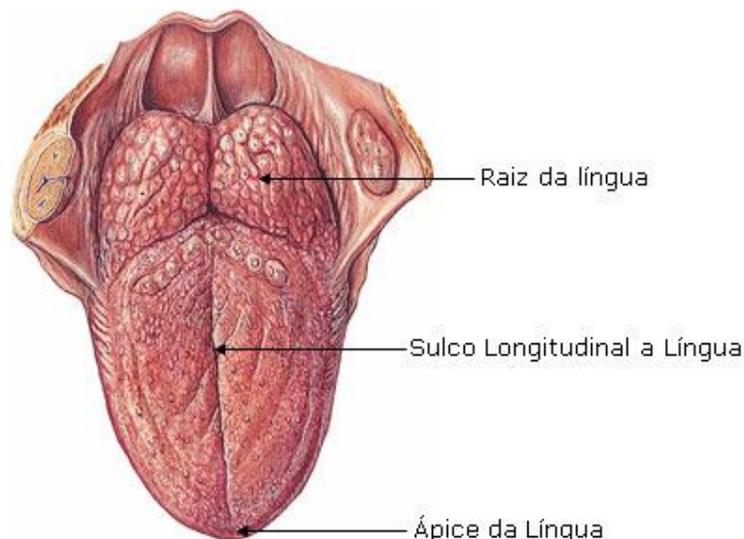
Corrêa et al. (2009) afirmam que toda criança recém-nascida possuindo dificuldades na amamentação pela presença do freio lingual deve ser considerada apta para realização da frenulotomia, porém, enfatiza a importância da ação do cirurgião-dentista conjuntamente com o pediatra e fonoaudiólogo para se estabelecer o melhor tratamento. Forlenza et al. (2010), Segal et al. (2007) e Ballard, Auer e Khoury (2002) afirmam que a frenulotomia pode ser considerado um meio seguro, eficaz e prático para casos de anquiloglossia em crianças.

Antes de qualquer procedimento clínico ou cirúrgico, cada paciente deve ser examinado criteriosamente, levando em consideração a idade, dificuldades na mastigação, deglutição, fonação e movimentação da língua, necessidades protéticas, presença de alterações oclusais e periodontais, e em casos de recém-nascidos, se há dificuldades na sucção. Analisado cada fator, tanto o fonoaudiólogo quanto o odontólogo devem ser consultados, a fim de traçar um plano de tratamento satisfatório (conservador, sempre que possível), oferecendo ao paciente um bom prognóstico.

REVISÃO DE LITERATURA

A língua, órgão muscular no assoalho da boca com origem do latim lingua e do grego glossa, presa por músculos ao osso hióide, à mandíbula, ao processo estilóide e à faringe, é de suma importância para a sensação na degustação, mastigação, processos fisiológicos para deglutição e linguagem verbalizada.

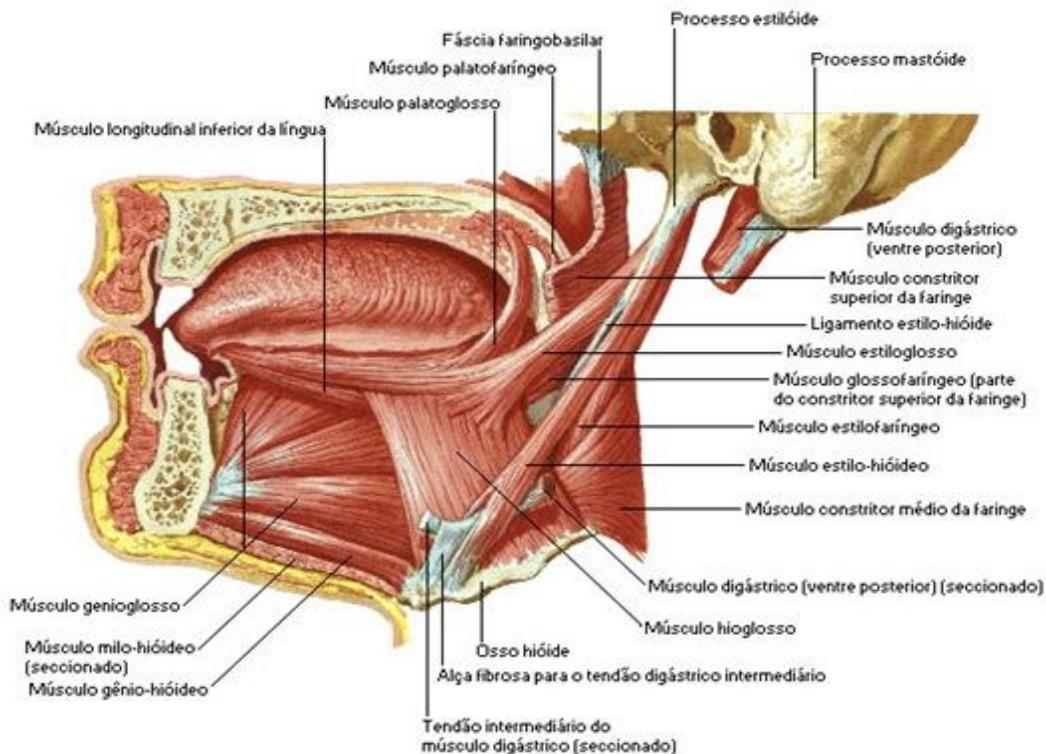
Apresenta-se dividida externamente em ápice (ponta) tocando rotineiramente nos incisivos, borda, que é a parte que encosta com as gengivas e os dentes, enquanto o dorso é a porção central mais volumosa aborrendo cavidade bucal e orofaringe. A superfície inferior da língua encontra-se presa ao assoalho da boca por uma prega mediana de membrana mucosa, o frênulo da língua. A raiz é a parte que repousa sobre o soalho da boca.



FONTE: NETTER, Frank. H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed 2000

A musculatura lingual se divide em grupos de músculos intrínsecos, que são responsáveis pelo formato da língua, e extrínsecos, dando movimentação e sustentação. Os músculos genioglossos são músculos em forma de leque, que constituem o corpo da parte posterior da língua, é principalmente um depressor, sua parte posterior traciona a língua para frente. Logo, a inserção dos genioglossos na mandíbula evita que a língua caia para trás e

obstrua a respiração como relatam Gardner et al. (1978). Para Issler (1987) esses músculos têm função de elevar a língua, abaixar sua porção mediana, trazendo-a para trás, e movimentação da ponta para cima ou para baixo. MYSAK (1988) menciona este grupo muscular o qual, quando fibrosado, dá uma condição de freio lingual curto e grosso.



FONTE: NETTER, Frank. H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed 2000

Anquiloglossia, anciloglocia, glossopexia ou até mesmo língua presa são apenas algumas nomenclaturas que dizem respeito ao freio lingual encurtado. Em 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.

Segundo Brito et al (2008) a modificação da inserção acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual e é visível já no nascimento. 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.

Inúmeras alterações são encontradas por conta de um freio lingual curto, principalmente no que diz respeito às funções estomatognáticas: sucção, mastigação, deglutição e até mesmo a respiração. Pelo fato da língua se posicionar na mandíbula, com seu peso, um possível prognatismo dessa região dificulta a oclusão labial, como também uma precisa articulação.

Neville; Allen; Bouquot (2004) afirmam que 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.

O termo "língua livre" é definido como o comprimento da língua desde a inserção do freio lingual na base da língua até a ponta da língua. Devido à língua ser um músculo, que em crianças jovens é flexível e, frequentemente, difícil de estabilizar, esta medida é determinada posicionando-se um instrumento dental no ponto de inserção e aproximando-se à ponta da língua. A medida de Boley é então usada para medir esta distância. Clinicamente aceitável, média normal de "língua-livre", maior do que 16 mm. Então classifica-se a anquiloglossia em quatro classes, que estão a seguir:

Classe I: anquiloglossia suave: 12 a 16 mm;

Classe II: anquiloglossia moderada: 8 a 11 mm;

Classe III: anquiloglossia severa : 3 a 7 mm;

Classe IV: anquiloglossia completa: menos de 3mm.

Apesar de ser uma entidade clínica bastante reconhecida, a anquiloglossia em crianças menores de um ano representa um desafio quanto ao seu diagnóstico para os cirurgiões dentistas (Kotlow, 1999). 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.

Os critérios clínicos utilizados para diagnosticar a anquiloglosia variam grandemente na literatura. Muitos autores usam critérios embasados nas características físicas da anatomia oral do paciente.

O exame do freio lingual deve considerar os aspectos clínicos e funcionais da língua. Ballard e Krouy (2002) citam a avaliação do freio lingual para a indicação de frenulotomia quando há dificuldade de pega da criança durante o aleitamento e dor nos mamilos da mãe.

Frente ao diagnóstico de tal alteração o cirurgião dentista deve optar por um plano de tratamento que consta como conservador ou cirúrgico. Entre os tipos de tratamento cirúrgico, descrevemos aqui algumas filosofias que são defendidas por autores da área.

Peterson (1993) defende a incisão da inserção do tecido conectivo fibroso da base da língua de modo transversal, seguida de fechamento numa direção linear a qual libera completamente a porção anterior da língua. Uma pinça hemostática é presa na inserção por três minutos para fornecer vasoconstricção, então, uma incisão é feita na área previamente pinçada. A atenção é redobrada para os vasos sanguíneos na face inferior da língua, região do assoalho da boca e aos ductos da glândula submandibular e sublingual, os quais devem ser protegidos durante a incisão e sutura.

Já Kruguer (1987) usa uma técnica especial de nome V-Y, utilizada somente em adultos. O vértice do V se posiciona num setor de inserção da língua, só que de forma invertida. Tal V é tracionado para cima, para que o freio fique tenso e possa favorecer um corte de tesoura na inserção superior. Então, diseca-se a musculatura lingual de suas inserções baixas, liberando o freio de suas conexões musculares. Com um gancho fino, puxa-se o vértice do V invertido para cima, suturando as bordas, resultando em um formato da letra Y também invertida. O cirurgião dentista deve tomar cuidado especial com a caixa fibrosa, pequena e tensa, sem deixar excesso de tecido fibrosado.

Howe (1995) considera mais conveniente passar uma sutura pela ponta da língua, o freio é tensionado, enquanto seu ligamento abaixo da superfície da língua é dividido transversalmente e suturado verticalmente. A divisão do freio deve ser de meia polegada de comprimento para aliviar a tensão. Caso o frênulo seja muito próximo à ponta, ele deve ser dividido verticalmente e suturado horizontalmente.

RELATO DE CASO CLINICO:

Paciente de oito anos, leucoderma, sem detecção de problemas sistêmicos durante anamnese foi encaminhado para avaliação e tratamento. Ao exame clínico apresentava encurtamento do frênulo lingual pela inserção muito próxima à ponta da língua, impedindo a protrusão normal do órgão (Fig. 1). O método reabilitador escolhido para o caso foi a realização da frenulectomia lingual pela técnica da simples secção como proposto por Howe (1995).



FIGURA 1

Foi aplicada anestesia terminal infiltrativa na base do frênulo, seguida de tracionamento da língua em direção ao palato com fio de sutura (Fig. 2).



FIGURA 2

Com uma tesoura reta de ponta fina faz-se um seccionamento rápido do freio no dorso do ápice lingual (Fig. 3).



FIGURA 3

Com uma tesoura reta de ponta romba realiza-se o descolamento tecidual, propiciando maior mobilidade do órgão desde o ápice (Fig. 4) até a base.



FIGURA 4

Após o total descolamento do freio até a base da língua, a língua é protruída para averiguação de sua mobilidade (Fig. 5)



FIGURA 5

Com fio de sutura de seda 3-0 é feita a coaptação dos tecidos envolvidos sempre com a língua tracionada sentido palatino (Fig. 6).

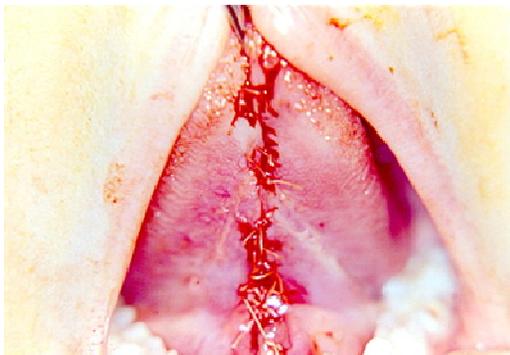


FIGURA 6

Após uma semana, o paciente retorna para remoção da sutura, onde se observa a melhora da elevação da língua (Fig. 7), além da melhora na protrusão da mesma.



FUGURA 7

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA

Um frênulo lingual com inserções diferentes das normais modifica a fisiologia e a mecânica da língua, podendo também provocar alterações anatômicas e funcionais em outras estruturas da boca como dentes e tecidos gengivais adjacentes (Corrêa et al., 2008; Silva, Costa, Nemr e Marchesan, 2009). A capacidade mastigatória e de deglutição, desde o período da amamentação, também pode ser prejudicada por uma língua com pouca motricidade (Marchesan, 2004). Um estudo demonstrou que indivíduos com alteração do frênulo têm 5,447 vezes mais chance de apresentar alteração na mobilidade da língua que indivíduos com frênulo normal. Quanto ao modo de mastigação, a trituração ocorria com os dentes posteriores em 100% dos indivíduos do grupo controle (com frênulo normal). No entanto, aqueles que apresentavam alteração do frênulo lingual, 47% mastigavam usando os dentes posteriores e 53% utilizavam os dentes anteriores e/ou faziam amassamento alimentar com a língua (Silva, Costa, Nemr e Marchesan, 2009).

No que se refere à fonética, a fala destes indivíduos pode ser caracterizada por uma imprecisão da articulação, pouca abertura da boca, distorções ou substituições do fonema /r/, sendo este o mais afetado (Marchesan, 2004; Navarro, López, 2002). Além deste fonema, podem ocorrer alterações nos sons /t/, /d/, /n/, /l/ e africadas (Gonçalves e Ferreira, 2006). Tais pacientes também apresentam uma postura de língua no assoalho da boca, dificultando a posição correta para respiração nasal (Marchesan, 2004).

Messner (2002) demonstrou que os pais se preocupam com atividades diárias e com a vida social destes pacientes, tais como a dificuldade em lambe os lábios ou sorvete, tocar instrumentos e até beijar.

A terapia fonoaudiológica é fundamental, pois nestes casos visa colaborar para melhorar a mobilidade e pontos articulatórios corretos, propiciando uma fala com melhor inteligibilidade e uma língua com funcionalidade.

Após a realização da frenulotomia lingual, o fonoaudiólogo deve observar o posicionamento da língua em repouso, apoio da mesma na papila palatina durante a deglutição, assim como estimular seu controle e adequar sua movimentação (Sánchez, Gonzales, Pérez, Sánchez, Prado, Zorrilla, Lopes, 1999). Para corrigir o posicionamento da

língua em repouso pode-se lançar mão do auxílio de espátulas, toques com o dedo na papila palatina e, em caso de crianças usa-se biju, chocolate em pó ou hóstia (Gomes, Proença, Limongi, 2002).

Para a correção do fonema /r/, quando alterado, trabalha-se exercícios de força, mobilidade e treinos para agilidade. Por outro lado, para os fonemas /t/, /d/, /n/, /l/ deve-se estimular a percepção da região ântero-medial de língua e seu ponto articulatório. (Camiotto, Reis, Gaeta, 2005).

Para melhorar a motricidade da musculatura lingual, os exercícios mais citados são elevação de ponta com estalo, vibração e sucção (Fig. 8), protrusão em afilamento (Fig. 9), alargamento e alongamento com protrusão (Fig. 10), retração com a ponta rebaixada, lateralização e rotação (Gomes, Proença, Limongi, 2002). Outros exercícios utilizados são o estreitar e alargar a língua para fora da boca, com ponta apoiada em espátula (sem movimentá-la para frente e para trás como visto na Fig. 11) e a citação repetida e rápida da palavra “pedede” para melhorar a mobilidade e agilidade (Camiotto, Reis, Gaeta, 2005).



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10

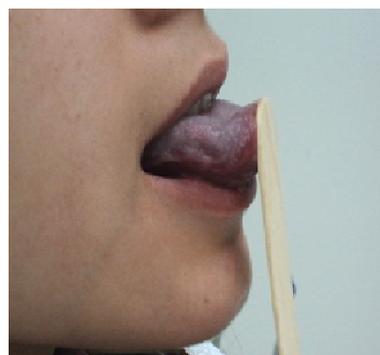


FIGURA 11

DISCUSSÃO

Como todo processo cirúrgico, a frenulotomia deve ser muito bem indicada, observando as necessidades e dificuldades que ele apresenta. Um bom diagnóstico é imprescindível para um bom prognóstico.

Além disso, deve-se valorizar a importância do fonoaudiólogo quanto ao diagnóstico e tratamento. Embora alguns cirurgiões-dentistas e otorrinolaringologistas preconizem apenas a cirurgia como método de escolha para a resolução de freios curtos anteriorizados, a maioria dos fonoaudiólogos indica a terapia fonoarticulatória para melhora da motricidade e verbalização (Brito et al., 2008).

Vários autores como Forlenza et al. (2010), Segal et al. (2007) e Ballard, Auer e Khoury (2002) consideram a abordagem cirúrgica como um meio seguro, eficaz e prático para casos de anquiloglossia em crianças, porém as intervenções nos primeiros meses só devem ser indicadas quando na dificuldade extrema de aleitamento (Corrêa et al., 2009).

A atuação conjunta de profissionais da área médica, odontológica e fonoaudiológica, independente de quem parta o diagnóstico, é primordial para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

O tratamento da anquiloglossia, dependendo do seu grau, deve considerar uma abordagem cirúrgica e fonoarticulatória para a sua resolução, evitando assim que pacientes desenvolvam problemas periodontais, oclusais e de motricidade lingual no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BALLARD JL, KHOURY JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breast feeding dyad. *Pediatr.* 2002 *Pediatr.* 2002 Nov;110(5):1-6.

CAMPIOTTO AR; REIS DM; GAETA, RT. Princípios da intervenção fonoaudiológica nos distúrbios miofuncionais orofaciais. In: Filho OL, organizador. *Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo: Tecmedd; 2004. p. 735-40.

CORRÊA, MSNP; ABANTO, JÁ; CORRÊA FNP; BONINI, GAVC, ALVES, FBT. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana.* 2008; 18(2):123-127.

GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. *Anatomia: Estudo Regional do corpo.* 4ed. Rio de Janeiro, Guanabara/Koogan Edit.,1978.

GOMES, P. et al. i,2002. Avaliação e terapia da motricidade oral. In: *Temas de fonoaudiologia.* FERREIRA LP. São Paulo: Loyola,2002.9 ed.

GONÇALVES, CS; FERREIRO, MC. Estudo da relação entre presença de frênulo lingual curto e/ou anteriorizado e a dorsalização do fone [r] na articulação da fala. *Rev CEFAC, São Paulo, v.8, n.1, 56-60, jan-mar, 2006.*

HOWE, G.L. *Cirurgia oral menor.* 3ed. São Paulo, Santos Edit.,1995.

ISSLER, S. *Articulação e Linguagem.* 3ed. São Paulo, Lovise Edit.,1996

KOTLOW L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int.* 1999;30(4):259-62.

KRUGER, E. *Técnica cirúrgica para odontólogos.* 1ed. São Paulo, Quintessence Publishing Co., Inc.,1987.

MARCHESAN, IQ. Frênulo de língua: classificação e interferência na fala. Rev CEFAC 2003; 5(3):341-5.

MARCHESAN, IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. Rev CEFAC 2004; 6(3):288-93.

MARCHESAN, IQ. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. Rev. CEFAC. 2010 Nov-Dez; 12(6):977-989.

MESNNER, AH; LALAKEA, ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Rochester, v. 127, n. 6, p. 539-545, Dec. 2002.

MYSAK, E.D. Patologias do sistema da fala: Identificação dos distúrbios da fala, princípios de exame e tratamento. 2ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu.,1988.

NAVARRO, NP; LÓPEZ M. Anquiloglossia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Estomatol. 2002;39(3):3-7.

NEVILLE, WB; ALLEN, MC; BOUQUOT, EJ. Patologia Patologia oral e maxilo facial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

PETERSON, L.J. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara/Koogan Edit.,1993.

SÁNCHEZ, GR GONZAVELES, VL; PÉREZ, LG; SANCHEZ, CF; PRADO, IF; AZCONA, JLZ; LÓPES, RCVC. Sección Del frenillo sublingual. Son lãs indicaciones correctas? Cir Pediatr. 1999; v 12, n 4, 161-164.

SILVA, MC; COSTA, MLVCM; NEMR, NK; MARCHESAN, IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. Rev. CEFAC. 2009; 11(supl.3); 363-9.