

Terapêutica cirúrgica da anquiloglossia em lactente utilizando anestesia tópica oftálmica

Surgical therapy of ankyloglossia in infants using topical ophthalmic anesthesia

Leandro Silva da Conceição^{1,2}, Luiza Abreu de Oliveira¹, Bruno Miranda dos Santos¹,
Ana Lúcia Roselino Ribeiro^{1,3}, Levy Anderson César Alves^{2,4,5}

¹Faculdade de Ciências do Tocantins – FACIT

²Faculdade São Leopoldo Mandic, Unidade Fortaleza/CE.

³Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos - UNITPAC

⁴Universidade de Guarulhos - UNIG.

⁵Universidade Paulista - UNIP

Resumo

Anquiloglossia é caracterizada pelo freio lingual curto, ou inserido muito próximo ao ápice da língua, ocasionalmente podendo obstar algumas tarefas e movimentos linguais, como o ato de sucção, fala e alimentação. Uma consideração importante é que essa anormalidade no freio lingual, poderá interferir no desenvolvimento músculo esquelético dos maxilares do lactente. O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico da terapêutica cirúrgica da anquiloglossia, utilizando anestésico tópico a base de tetracaína 1% e fenilefrina 0,1% (solução anestésica oftálmica estéril), em lactente de 06 meses de idade, com dificuldade de amamentação. O procedimento cirúrgico propiciou melhora na amamentação e deglutição do lactente. O controle da dor no período trans-operatório foi efetivo, uma vez que a tetracaína 1% e fenilefrina 0,1% exibe melhor absorvência em mucosa umedecida, maior profundidade e sumo tempo de ação, pautando-se, nos princípios da odontologia minimamente invasiva.

Palavras-chave: Freio lingual; tetracaína; fenilefrina; anquiloglossia; anestesia.

Abstract

Ankyloglossia is characterized by a short tight lingual frenulum attached very closely to the tongue apex, occasionally hindering some lingual tasks and movements, such as suction, speeching, and feeding. An important consideration is that this abnormality may interfere with the skeletal muscle development of the infant's jaws. The objective of this study is to present a clinical case of ankyloglossia treatment using topical ocular anesthetic based on 1% tetracaine and 0.1% phenylephrine in a 6-month-old infant with breastfeeding difficulties. It can be concluded that the surgical procedure provided an improvement in breastfeeding and swallowing to the infant. The pain control in the trans-operative period was effective as the tetracaine 1% and phenylephrine 0.1% anesthetic, showed better absorbency in moist mucosa, greater depth and high time of action. Based on the principles of minimally invasive dentistry.

Keywords: Lingual frenum; Tetracaine; Phenylephrine; Ankyloglossia; Anesthesia.

INTRODUÇÃO

O freio lingual apresenta-se como uma prega mucosa de tecido conjuntivo rica em fibras colágenas, elásticas, musculares, vasos sanguíneos e células gordurosas, que estende-se da extremidade posterior da crista lingual mediana até a parte média do sulco alveolar lingual interincisivo central. Clinicamente essa estrutura insere-se superiormente no vértice da língua, e inferiormente acima da carúncula sublingual até bordo gengival¹. No neonato o freio estende-se do ápice da língua até base do processo alveolar mandibular, com o decorrer do tempo passa a ocupar a região central da parte anterior da língua. Alterações na inserção ou encurtamento do freio, podem causar desequilíbrio da fisiologia mecânica lingual, restringindo sua normofunção na sucção, mastigação, deglutição e até fonação^{2,3}.

Anquiloglossia é uma anomalia congênita, resultante da inserção curta e/ou anteriorizada do frênulo lingual, podendo ser assintomático ou causar a limitação dos movimentos da língua em graus variados⁴. Considerando aspectos funcionais, o diagnóstico deve ser multiprofissional (pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e odontopediatra), e quanto mais precoce a realização da cirurgia, favorecerá ao paciente o desempenho de plena mobilidade da língua e de suas funções, desde quando bebê até a fase adulta⁵⁻⁸.

O Projeto de Lei nº 4.832/12 conhecido como “Teste da Linguinha”, obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês, em todos os hospitais e maternidades do Brasil, foi sancionado pela Presidência da República e se converteu na Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Com a aprovação dessa lei, o Brasil torna-se o primeiro país a oferecer esse teste em todas as maternidades, abrindo mais um campo de atuação para os profissionais da saúde e beneficiando a população⁹.

Este protocolo permite uma avaliação anatomofuncional do freio lingual, como: os movimentos de função, posição da língua, sucção e deglutição durante a amamentação, auxiliando no diagnóstico para indicação de uma intervenção precoce, se necessária^{10,11}.

Vários tratamentos são propostos para a anquiloglossia, desde a conduta conservadora (consiste em exercícios apropriados que permitem obter o alongamento da estrutura do freio lingual, com auxílio, de fonoterapia) até a terapêutica cirúrgica: 1-frenotomia (compreende uma incisão linear anteroposterior, sem remoção da porção tecidual do freio), 2- frenectomia (define-se pela excisão cirúrgica do tecido mucoso que compõe o freio)^{1,2}.

O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico da terapêutica cirúrgica da anquiloglossia, utilizando anestésico tópico oftálmico a base de tetracaína 1% e fenilefrina 0,1%, em lactente de 06 meses de idade, com dificuldade de amamentação.

CASO CLÍNICO

Paciente lactente de 06 meses de idade, gênero masculino, leucoderma, normoreativo, porém com dificuldade de alimentar-se durante o aleitamento materno. O médico diagnosticou a presença de freio lingual curto e encaminhou o bebê a Clínica Odontológica da FACIT - Faculdade de Ciências do Tocantins. Na primeira consulta foi realizado exame clínico e anamnese, constatando a anquiloglossia (Figura 1) e bom estado de saúde geral da criança. Os pais foram orientados quanto ao procedimento cirúrgico (manejo da criança, posicionamento na cadeira e esclarecimento de dúvidas dos responsáveis).



Figura 1: Anquiloglossia

Na segunda consulta realizou-se a cirurgia. A montagem da mesa foi composta por: cubas com digluconato de clorexidina; pinça para

antissepsia; pinça hemostática; tentacânula; tesoura metzenbaum; anestésico tópico e gaze (Figura 2).



Figura 2: Mesa cirúrgica

Para a antissepsia intra-oral utilizou-se solução de digluconato de clorexidina a 0,12% e extra-oral solução de digluconato de clorexidina a 2%. Para a técnica anestésica procedeu-se a aplicação de anestésico tópico, a base de tetracaína 1% e fenilefrina a 0,1%, fazendo gotejamento no dorso lingual (pinga-se uma gota de cada lado do

freio e espera-se 3 a 5 minutos). O procedimento foi repetido 2 vezes antes da intervenção cirúrgica (Figura 3). Seguindo, realizou-se a elevação da língua com o auxílio da tentacânula e fez-se a diérese com tesoura metzenbaum (Figura 4), observou-se a liberação do freio lingual após a diérese (Figura 5), e fez-se hemostasia com gaze.



Figura 3 - Anestesia tópica



Figura 4 - Diérese



Figura 5 - freio após diérese



Figura 6 - Pós-operatório

Após a cirurgia recomendou-se a amamentação imediata, foi prescrito 7 gotas de paracetamol 200 mg/ml de 6 em 6 horas, durante 24h, recomendações pós-operatórias aos pais (quanto a higiene normal da cavidade bucal e alimentação líquida e pastosa da criança em temperatura ambiente), e agendamento para avaliação e controle de cura após 7 dias (Figura 6).

DISCUSSÃO

A anquiloglossia é uma condição comum com prevalência entre 3,2% e 4,8%, seu

diagnóstico requer profissional capacitado, para elaboração de um plano de tratamento adequado, promovendo uma terapêutica simples e segura ao paciente. Recomenda-se a frenotomia em lactentes cujo freio lingual apresente-se com uma membrana delgada, e frenectomia para crianças mais velhas, cujo freio mostre-se mais fibroso. As complicações pós-cirúrgicas são raras, e a terapia com fonoaudiólogo é importante quando há implicações para a fonação¹²⁻¹⁴.

Um estudo transversal avaliou as habilidades orais de 125 crianças com nove meses de idade, pertencentes à região Macro-

Centro-Oeste do Rio Grande Do Sul entre agosto de 2010 e março de 2011. Pôde-se verificar que a amamentação contribuiu para o amadurecimento orofacial, pois melhorou a capacidade de sucção oral¹⁵.

Uma análise retrospectiva analisou 136 pacientes com anquiloglossia, os dados foram coletados através das informações fornecidas durante a consulta com o cirurgião plástico pediátrico, observaram-se problemas de lactação e experiência anterior e após a intervenção. Os resultados demonstraram problemas durante a amamentação em 69 pacientes (65,7%), dor durante no aleitamento materno foi o problema mais habitual, embora 33 pacientes (31,4%) não apresentaram sintomas. Na maioria dos casos, ocorreu o encaminhamento para realização da cirurgia (85 pacientes [80%])¹⁶.

Avaliou-se a prevalência de anquiloglossia na comunidade indígena Umutina, no município de Barra do Bugres (MT), em diversas faixas etárias (1-20 anos, 21-45 anos e 46-99 anos), apesar da anquiloglossia se apresentar nas etnias da reserva indígena Umutina com frequência elevada [108 índios (37,11%)], a mesma não parece ser responsável por alterações associadas à fonação, mastigação, presença de diastema e problemas periodontais, uma vez que essas alterações foram observadas em baixa frequência e não foram motivos de queixas da população. O sexo masculino apresentou maior prevalência, sendo 57 casos (43,8%), enquanto o sexo feminino apresentou 51 casos (31,7%). A distribuição da faixa etária foi feita após análise de agrupamento

hierárquico, distribuídas em três grupos. A anquiloglossia apresentou maior prevalência na faixa etária de 1- 20 anos, com 65 casos (40,6%)¹⁷.

Alencar et al.¹⁸(2011) indicam a utilização da anestesia tópica a base de tetracaína 1% e fenilefrina 0,1%, como artifício a ser utilizado em nível ambulatorial, pois apresenta boa absorção em mucosa umedecida e efetivo controle da dor transoperatória, corroborando a escolha anestésica do presente estudo, onde também proporcionou maior comodidade e segurança durante sua administração, pois dispensa a utilização de agulhas anestésicas.

Cuestas et al.¹⁹(2014) descreveram a importância do uso da tentacânula durante o procedimento cirúrgico da anquiloglossia, embasando sua utilização no caso clínico apresentado, a qual teve o intuito de promover a estabilidade e visibilidade do campo operatório, garantindo ao cirurgião segurança durante a frenectomia.

CONCLUSÃO

É lícito concluir, que o procedimento cirúrgico propiciou melhora na amamentação e deglutição do lactente, promovendo primazia na qualidade de vida do mesmo.

O controle da dor no período transoperatório, com tetracaína 1% e fenilefrina 0,1% exibe melhor absorvência em mucosa umedecida, maior profundidade e sumo tempo de ação. Pautando-se, nos princípios da odontologia minimamente invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Puricelli E, Ponzoni D. Aspectos da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial em Odontopediatria. In: Toledo AO. Odontopediatria Fundamentos para a prática clínica. Porto Alegre: Premier; 2012. p. 329-48.
2. Mota LFG, Alencar CJF. Cirurgia em Odontopediatria. In: Guedes-Pinto AC, Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2016. p. 441-62.
3. Silva PI, Vilela JER, Rank RCLC, Rank MS. Frenectomia lingual em bebê: relato de caso. Rev Bahiana de Odontologia. 2016;7(3):220-7.
4. Witwytzyk LP, Cordeiro MC, Coelho TTT. Clinical analysis of proposed classification of the lingual frenulum by index and percentage. Rev CEFAC. 2014;16(2):537-45.
5. Consolaro A. Teste da linguinha e a anquiloglossia: as controvérsias do assunto. Rev Clín Ortodon Dental Press. 2014;13(1):96-104.
6. Neto OI, Molero VC, Goulart RM. Frenectomia: revisão de literatura. Uninga Review. 2014;3(18):21-5.
7. Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva RPGVC. Anquiloglossia: relato de caso. RSBO. 2011;8(1):102-7.
8. Dall' Magro AK, Baccega F, Lauxen J, Santos R, Valcanaia TC, Dall' Magro E. Frenectomia lingual: cirurgia a laser X cirurgia convencional. Odonto Science 53 anos FOUPF. 2014;9:69-75.
9. Agostini OS, Teste da linguinha LEI Nº 13.002, DE 20 JUNHO DE 2014.
10. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev CEFAC. 2013;15(3):599-610.
11. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Rev CEFAC. 2012;1(14):138-45.
12. Veysiere A, Kun- Darbois JP, Chatellier A, Caillot A, Bénateau H. Diagnosis and management of ankyloglossia in young children. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2015;116(4):215-20.
13. Junqueira ma, Cunha nno, Silva Ilc, Araújo Ib, Moretti abs, Filho cegc, et al. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. J Appl Oral Sci. 2014;22(3):241-8.
14. Gomes E, Araújo FB, Rodrigues JÁ. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(1):20-4.
15. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Influence of breastfeeding on children's oral skills. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):1-7.
16. Sedano JR, Arroyo IC, Muñoz MDD, Romero CA, Carrera EM, Fraile AG. Anquiloglossia neonatal. ¿Existe un exceso de indicación intervencionista? Acta Pediatr Esp. 2016;74(2):45-9.
17. Vieira EMM, Salineiro FS, Hespanhol D, Musis CR, Junior EGJ. Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2010;58(2):215-18.
18. Alencar CJF, Berti GO, Sene T, Imparato JCP. Frenectomia lingual em bebê utilizando eletrocautério e tetracaína: relato de caso. Rev APCD. 2011;5(65):340-5.
19. Cuestas G, Demarchi V, Corralán MPM, Razelti J, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. Arch Argent Pediatr. 2014;112(6): 567-70.

Corresponding author:

Leandro Silva da Conceição

TO 222 – Gleba Haras - Bairro da Grota – Araguaína/TO

drleandrosc@hotmail.com