

## TRATAMENTO DA ANQUILOGLOSSIA: REVISÃO DE LITERATURA

Emilly Laiane Almeida da Silva<sup>1</sup>  
João Ricardo Batistão da Silva<sup>2</sup>  
Bruno Brasil Marechal<sup>3</sup>

**RESUMO:** A língua é um importante estrutura que influencia a fala, a nutrição, a deglutição e a amamentação. A anquiloglossia (ou língua presa) é uma anomalia caracterizada por um frênulo lingual anormalmente curto que limita os movimentos da língua, prejudicando sua capacidade de executar suas funções. As técnicas cirúrgicas mais comuns para a remoção do freio lingual são a frenotomia, a frenectomia, a frenuloplastia e a cirurgia com uso de laser. A literatura relata que a anquiloglossia é considerada rara e pode ser encontrada em bebês, adolescentes e adultos. O objetivo desse trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a anquiloglossia, seu diagnóstico e tratamento. Conclui-se que, é necessário que o cirurgião dentista conheça as indicações de cada técnica cirúrgica e escolha a que mais se adequa com o diagnóstico do paciente, com o objetivo de promover o reestabelecimento das funções motoras da língua e um bom pós-operatório ao paciente.

1172

**Palavras-chave:** Frênulo lingual. Anquiloglossia. Cirurgia.

**ABSTRACT:** The tongue is an important structure that influences speech, nutrition, swallowing and breastfeeding. Ankyloglossia (or tongue-tie) is an anomaly characterized by an abnormally short lingual frenulum that limits tongue movements, impairing its ability to perform its functions. The most common surgical techniques for lingual frenulum removal are frenotomy, frenectomy, frenuloplasty, and laser surgery. The literature reports that ankyloglossia is considered rare and can be found in babies, adolescents and adults. The objective of this work is to present a review of the literature on ankyloglossia, its diagnosis and treatment. It is concluded that it is necessary for the dental surgeon to know the indications of each surgical technique and choose the one that best suits the patient's diagnosis, in order to promote the reestablishment of the motor functions of the tongue and a good postoperative period when patient.

**Keywords:** Lingual frenulum. Ankyloglossia. Surgery.

<sup>1</sup> Graduanda em Odontologia pela Universidade Brasil - campus Fernandópolis.

<sup>2</sup> Cirurgião Dentista pela Universidade Brasil. Especialista em Prótese Dentária pelo IBEO - Universidade Redentor. Especialista em Implantodontia pela Universidade Brasil. Mestrando em Implantodontia pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic (Campinas).

<sup>3</sup> Graduado em odontologia pela UFPE. Especialista em CTBMF pelo HGV - FACSETTE. Mest. Implantodontia- SLMANDIC.

## 1 INTRODUÇÃO

A anquiloglossia ou “língua presa”, é uma condição congênita, caracterizada por um frênulo lingual curto. (MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, et al. 2000;126:36-9.; LALAKEA ML, MESSNER AH. 2003; 50:381-97.; WEBB AN, HAO W, HONG P. 2013;77:635-46.; KUPIETZKY A, BOTZER E. 2005;27:40-6.; TSAOUSOGLU P, TOPOUZELIS N, VOUIROS I, et al. 2016;47:523-34)

O frênulo ou “freio lingual” é uma estrutura que intercomunica a língua ao assoalho da boca, envolvendo-se a movimentação desta. (DE OLIVEIRA et al.,2017)

A anquiloglossia foi especificamente definido como limitações dos movimentos linguais ocasionada pela morfologia do frênulo, impedindo que a língua toque o palato duro e/ou avance mais de 2mm horizontalmente além dos incisivos inferiores. (DIRETOR PJ. 1991; 39:252-253.)

Em alguns casos, pode apresentar-se assintomática e resolver-se espontaneamente ao longo do tempo, mas a maioria dos pacientes apresentam padrões clínicos com problemas fonéticos, disfunção de sucção e amamentação, juntamente com demais obstruções mecânicas e impactos psicológicos de natureza social. Em particular, para o envolvimento fonético, o tratamento cirúrgico pode produzir resultado satisfatório. Portanto, a correção cirúrgica é necessária para tratamento da anquiloglossia. (MESSNER AH, LALAKEA ML. 2002; 127:539-545)

Normalmente, após o nascimento e durante os primeiros anos de crescimento e desenvolvimento da criança, o frênulo retrai, mas em alguns casos esse frênulo não retrocede. Como consequência a mobilidade da língua é prejudicada em graus variados, de leve a grave, dependendo do caso. (WRIGHT J. 1995;31: 276-278.; BHATTAD MS, BALIGA MS, KRIPLANI R.:2013:185803)

Nos séculos XVIII as parteiras usavam as unhas para dividir o frênulo lingual. (HORTON CE, CRAWFORD HH, ADAMSON JE, et al. 1969;6:8-23.)

A frenotomia (liberação simples do frênulo) e frenuloplastia (liberação com reparo) são os procedimentos cirúrgicos mais comuns, usando várias técnicas como: frenectomia, frenuloplastia em Z de quatro retalhos ou horizontal-vertical, e com uso de laser de diodo. (HONG P, LAGO D, SARGENTO J, et al. 2010;74:1003-6.; JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al. 2014;22:241-8.; CHOI YS, LIM JS, HAN KT, et al. 2011;22:2238-40.; HELLER J, GABBAY J, O'HARA C, et al. 2005;54:623-8)

As intervenções cirúrgicas são absolutamente seguras em qualquer idade. (FOURNIER-ROMERO et al.,2017)

## 2 OBJETIVO(S)

O objetivo desse trabalho é apresentar uma revisão de literatura acerca das alterações clínicas da anquiloglossia: diagnóstico e tratamentos.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

A anquiloglossia ou “língua presa”, é uma condição congênita, caracterizada por um frênulo lingual curto. (MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, et al. 2000;126:36-9.; LALAKEA ML, MESSNER AH. 2003; 50:381-97.; WEBB AN, HAO W, HONG P. 2013;77:635-46.; KUPIETZKY A, BOTZER E. 2005;27:40-6.; TSAOUSOGLU P, TOPOUZELIS N, VOUIROS I, et al. 2016;47:523-34)

O diagnóstico é baseado no exame clínico. A aparência e a mobilidade da língua, juntamente com a fixação, a inserção e o encurtamento do frênulo lingual devem ser examinados e avaliados. (TSAOUSOGLU et al.)

A língua é muitas vezes em forma de coração ou V na ponta, o que é causado pela amarração da mesma. Na anquiloglossia, sua mobilidade é restrita. Uma característica típica em casos de limitação severa dessa mobilidade é a incapacidade de lambe os lábios. Sua protrusão é limitada e a ponta não pode ultrapassar o lábio inferior. Em alguns casos ela não pode se projetar mais de 1 a 2 mm além dos incisivos inferiores. Sua elevação também é uma característica prejudicada, desde uma incapacidade completa de elevação até um certo grau de elevação. (HELLER J, GABBAY J, O'HARA C, HELLER M, BRADLEY JP. 2005;54: 623-628.)

Pode apresentar-se com diferentes tipos clínicos, desde uma forma branda com apenas um frênulo lingual anormalmente curto e espesso até uma forma mais grave com a língua fundida ao assoalho da boca. A estrutura do corpo do frênulo é composta por tecido conjuntivo, fibroso, denso, frouxo e queratinizado. (KOTLOW LA. 1999;30: 259-262.; JAMILIAN A, FATTAHI FH, KOOTANAYI NG. 2014;15: 33-35.; MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, MACMAHON J, BAIR E. 2000;126: 36-39.; CHU MW, BLOOM DC. 2009;73: 881-883.) Inserindo-se na ponta da língua ou próximo a ela de um lado e com

inserção alta na gengiva lingual do outro lado. (LALAKEA ML, MESSNER AH. 2003; 50:381-397.; BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. 2002;110: 1-6)

A anquiloglossia pode ser observada em recém-nascidos, bem como em crianças e adolescentes, mas em algumas pessoas essa situação permanece não diagnosticada, apesar dos possíveis problemas bucais ou funcionais associados. (TSAOUSOGLU et al.)

Anquiloglossia pode ser detectada à nascença, sendo, por isso, muito importante que o dentista avalie e diagnostique a tempo, informando os pais da necessidade de seu tratamento e das consequências da não realização do mesmo. (WILLIAMS & WALDRON, 1985)

O paciente pode ser assintomático ou ter dificuldades na amamentação, articulação da fala e tarefas mecânicas como lambe os lábios, beijar e limpar a cavidade oral. Também é relatado que a anquiloglossia pode afetar o desenvolvimento maxilofacial, (MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, et al. 2000;126:36-9.; LALAKEA ML, MESSNER AH. 2003; 50:381-97.; WEBB AN, HAO W, HONG P. 2013;77:635-46.; KUPIETZKY A, BOTZER E. 2005;27:40-6.; TSAOUSOGLU P, TOPOUZELIS N, VOUIROS I, et al. 2016;47:523-34.; YOON AJ, ZAGHI S, HA S, et al. 2017;20:237-44)

A cirurgia deve ser considerada em qualquer estágio da vida. (JÚNIOR, 2012; CHAUBAL, 2011)

O primeiro passo no manejo da anquiloglossia é considerar a necessidade ou não de intervenção cirúrgica com base nos possíveis problemas associados: mobilidade da língua, amamentação em neonatos, fala, má oclusão e recessão gengival. A intervenção cirúrgica da anquiloglossia pode ser realizada sem anestesia ou sob anestesia local ou, menos frequentemente, geral. (KLOCKARS T, PITKÄRANTA A. 2009;73: 1399-1401.)

Três técnicas convencionais, principalmente cirúrgicas, são descritas na literatura: (BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. 2002;110: 1-6.; YOON AJ, ZAGHI S, HA S, ET AL. 2017;20:237-44.; MESSNER AH, LALAKEA ML. 2000;54: 123-131.; HELLER J, GABBAY J, O'HARA C, HELLER M, BRADLEY JP.; 2005;54: 623-628.; KUPIETZKY A, BOTZER E.; 2005;27: 40-46.) frenotomia (corte/divisão do frênulo lingual), frenectomia (excisão completa do frênulo lingual) e frenuloplastia (permite reconstruir o musculo da língua utilizando vários métodos, como frenuloplastia horizontal-vertical, frenuloplastia em Z de quatro retalhos e miotomia genioglossa).

Também há a cirurgia à laser que representa uma verdadeira inovação tecnológica, sendo mais conveniente para os pacientes por haver menor sangramento, ausência de suturas, cicatrização mais rápida e mínima formação de cicatriz. (DE SANTIS D, GEROSA R, GRAZIANI PF, et al. Epub ahead of print, 1 ago 2013.; LAMBA AK, AGGARWAL K, FARAZ F, TANDON S, CHAWLA K.: 2015;6: 149-152.; VESCO PJ.: 2007;8: 15-19.; ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜŸ M, AKGÜL HM.: 2010;28: 173-177.; KARA C.: 2008;26: 147-152.; OLIVI G, SIGNORE A, OLIVI M, GENOVESE MD.: 2012;13: 101-106.; JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, ET AL.: 2014;22: 241-248.) Muito bom para pacientes que sofrem de ansiedade odontológica.

### 3.1 FRENOTOMIA

Esse tipo de cirurgia é um procedimento relativamente simples e seguro, com resultados adequados em um curto espaço de tempo. É a abordagem terapêutica de escolha em recém-nascidos com anquiloglossia (para dificuldades de amamentação), retraindo a língua com um retrator (ou com os dedos) e dividindo o frênulo lingual com tesoura pequena. É rápido e relativamente fácil de se realizar com anestésico tópico Benzocaína 20% e, em alguns casos, até sem anestesia. Geralmente não é necessário anestesia local, pois o desconforto e o sangramento são mínimos. (HOGAN M, WESTCOTT C, GRIFFITHS M.: 2005;41: 246-250.; KUPIETZKY A, BOTZER E.: 2005;27: 40-46.; SRINIVASAN A, DOBRICH C, MITNICK H, FELDMAN P.: 2006;1: 216-224.; WALLACE H, CLARKE S.: 2006;70: 1257-1261.)

1176

Em lactentes, indica-se a frenotomia quando há dificuldades durante a amamentação. Já em crianças maiores, a indicação é realizada para a correção dos problemas de hipomolidade lingual. (BRITO SF, MARCHESAN IQ, BOSCO CM, CARRILHO ACA, REHDER MI.: 2008;10:343-51.)

As contraindicações relativas à frenotomia infantil incluem retrognatia, micrognatia, distúrbio neuromuscular, hipotonia e coagulopatia. (HUANG Y, QUO S, BERKOWSKI JA, GUILLEMINAULT C.: 2015;1(1).; WALSH F, KELLY D. 1995;80(5):1066-1067.)

### 3.2 FRENECTOMIA

A indicação para frenectomia é controversa em recém-nascidos e depende da resposta funcional da língua nos movimentos para ordenha durante a amamentação feita pelo lactente, mas nos demais pacientes justifica-se por necessidade fonética, ortodôntica e para

facilitar a adaptação de próteses removíveis. Após criteriosa avaliação da função da língua, na presença de anquiloglossia significativa, a frenectomia mostrou ser um facilitador para a amamentação nos casos com indicação cirúrgica (SANCHES, 2004; BALLARD; AUER; KHOURY, 2002)

Na frenectomia é realizada uma excisão completa, com remoção total do frênulo (TANAY & CHAUBALE, 2011; HELLER et al, 2005). Para realizar a mesma, com incisão simples é administrado a anestesia local no nervo alveolar inferior e lingual. Em seguida é realizado o tracionamento da língua através da técnica glossorrafia, inserindo um fio de sutura no ápice da língua. A incisão no frênulo é realizada com lâmina de bisturi 11 ou 15; as inserções musculares na base da ferida devem ser removidas com tesouras, realizando divulsão tecidual. Antes de iniciar a sutura é importante confirmar a melhoria da mobilidade da língua (os fios de sutura utilizados são os 3.0 ou 4.0 e são preferíveis os fios reabsorvíveis, porque é mais doloroso conseguir a remoção do fio não reabsorvível) e o paciente permanece sob avaliação. (GOMES et al., 2015)

Durante a cirurgia, estar sempre atento à incisão para evitar o comprometimento do ducto de Wharton e das carúnculas linguais. (ESCODA & AYTÉS, 2004)

### 3.3 FRENULOPLASTIA

Este procedimento cirúrgico é uma opção viável para aqueles pacientes que se apresentam na infância ou na idade adulta com déficits persistentes secundários à anquiloglossia.

O termo frenuloplastia está caindo em desuso, sendo indicada apenas para casos de glossopatia, quando ocorre macroglossia e tumores. Deve ser utilizado quando incisões e suturas são realizadas, como nas técnicas horizontal-vertical e Z-frenuloplastias e frenectomia. (KLOCKARS T, PITKÄRANTA A. 2008;26: 147-152) O método é escolhido de acordo com a gravidade dos sintomas e o comprimento do frênulo de um paciente. (SUTER VG, BORNSTEIN MM. 2009;80:1204Y1219; BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC.;110:e63; HELLER J, GABBAY J, O'HARA C. 2005;54:623Y628)

Pode ser realizada em crianças e adultos (geralmente para a maioria dos pacientes com mais de 1 a 2 anos de idade), pois nessa idade, as chances de recorrência são reduzidas. A frenuloplastia pode ser realizada sob anestesia geral em crianças escolar e pacientes mais

velhos não cooperativos ou sob anestesia local em consultório particular em crianças e adultos em idade cooperativa. (GRAY SD, PARKIN JL. 3ª ed, 1996: 989-991.)

Na técnica horizontal-vertical, elevação da ponta da língua é realizada com fio de sutura para expor o frênulo. Uma marcação é feita no meio do frênulo de forma horizontal aproximadamente do mesmo comprimento que o frênulo. Depois, marcaína 0,25% com injeção de epinefrina é aplicada. Lâmina bisturi 15 é usado para fazer a incisão. As tesouras são usadas para realizar a diérese do tecido profundo para liberar as camadas musculares unidas, e a hemostasia é obtida com cauterizador Bovie. Realizada a retração da língua (com ajuda do fio de sutura), a ferida horizontal é convertida em ferida vertical que será fechada com pontos crômicos 4-0 interrompidos. (2005 LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS)

Na técnica Z-frenuloplastia de 4 retalhos, após a aplicação da anestesia, um fio de sutura é colocado na ponta da língua e usado para retraindo a mesma superiormente para expor o frênulo. Inicialmente o frênulo é marcado da ponta da língua até a base na superfície lingual do alvéolo. Após esse passo, duas linhas perpendiculares foram feitas de cada lado da língua, uma em sua ponta e outra no assoalho da boca, na base. Finalmente, duas linhas foram feitas para bissectar a perpendicular 90 graus a 45 graus. Assim em um lado da ponta da língua foram marcados dois retalhos. Do outro lado, na base da língua foram marcados dois retalhos. Os retalhos foram marcados cerca de 2 cm ou cerca de 20% mais longos que o frênulo. Em seguida, marcaína a 0,25% e epinefrina foram injetadas. Lâmina 15 é utilizada para incisar as marcações. Tesoura de tenotomia foram utilizadas para mobilizar totalmente os retalhos de forma levemente espessa para incluir algum tecido glandular na base dos retalhos. O fio de sutura amarrada na língua é puxado e os retalhos transpostos. A hemostasia é obtida e os retalhos transpostos foram suturados com pontos crômicos de 4-0 interrompidos. (2005 LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS)

### 3.4 CIRURGIA COM LASER DE DIODO

O laser de diodo mudou as abordagens de tratamento, devido à capacidade do laser de corte e coagulação conseqüentemente, ausência de pontos e cicatrização mais rápida da mucosa oral. (ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜYÜ M, AKGÜL HM: 2010, 28:173-177.; JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al. 2014, 22:241-248.; ANGIERO F, PARMA L, CRIPPA R, BENEDICENTI S: 2012, 27:383-388.)

A técnica cirúrgica consiste na aplicação de uma pequena quantidade do anestésico tópico Benzocaína 20%, que por vezes é suficiente ao procedimento, e com o aparelho seguir o eixo vertical do frênulo até que a ferida apresente um formato linear, posteriormente, o laser aplicado transversalmente até que a ferida tome uma forma romboidal. (COSTA, 2013)

Há uma tendência recente para a cirurgia a laser por uma infinidade de razões, incluindo menor tempo operatório, cauterização e esterilização concomitantes do tecido, hemostasia, menor necessidade de anestésico local, profundidade uniforme da incisão e melhor visualização devido à falta de instrumentos interpostos. (MH ARAS, et al.: (2) (2010) 173-177.; C. KARA, (2) (2008) 147-152.; FJ PUTHUSSERY, et al., Surg. 49 (7) (2011) 580-581.)

Essas vantagens clínicas tornam-se ainda mais evidentes no tratamento de crianças com anquiloglossia, aumentando muito sua aceitabilidade. Isso também é aplicável em adultos jovens que sofrem de ansiedade odontológica. (ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜY M, AKGÜL HM: 2010, 28:173-177.) No entanto, a principal desvantagem são os elevados custos para aquisição dos aparelhos a laser. (SILVA, HEWERTON LUIS, SILVA, JAIRSON JOSÉ DA, ALMEIDA, LUÍS FERNANDO DE. SALUSVITA, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.)

### 3.5 COMPLICAÇÕES EM TRATAMENTOS

Complicações após frenotomia, frenectomia e frenulopastia incluem má alimentação, sangramento, infecção, dor, úlcera sob a língua, disfunção lingual, anomalias deglutitórias e recorrência de anquiloglossia como resultado de cicatrização. (WRIGHT J.: 1995;31: 276-278; MESSNER AH, LALAKEA ML. 2000;54: 123-131.; SÁNCHEZ-RUIZ I, GONZÁLEZ LANDA G, PÉREZ GONZÁLEZ V, e outros.:1999;12: 161-164.; GRIFFITHS DM.: 2004;20: 409-414.) Raramente, a recorrência da anquiloglossia pode ser causada por cicatriz, mas quando ocorre, a manifestação clínica é menos intensa do que antes do primeiro tratamento. A anquiloglossia recorrente geralmente responde efetivamente à cirurgia de revisão. (MESSNER AH, LALAKEA ML.: 2000;54: 123-131.) Para evitar essa complicação, recomenda-se que os pacientes realizem exercícios de língua por alguns meses no pós-operatório.

A cirurgia a laser de diodo representa a modalidade de tratamento mais adequada para anquiloglossia em pacientes de todas as idades, pois é segura, não invasiva, decisiva, sem maiores complicações e alta aceitação pelos pais e pacientes jovens.

### 3.6 COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA ENTRE AS TÉCNICAS DESCRITAS

A abordagem cirúrgica convencional é conhecida por ser bastante invasiva e pouco tolerada pelos pacientes, ao contrário da cirurgia à laser com diodo que representa uma verdadeira inovação no que diz respeito à ausência de sangramento transoperatório e de pontos, redução do edema pós-operatório e cicatrização mais rápida da mucosa. (ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜY M, AKGÜL HM: 2010, 28:173-177.; JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al.: 2014, 22:241-248.; ANGIERO F, PARMA L, CRIPPA R, BENEDICENTI S: 2012, 27:383-388.)

Por outro lado, as técnicas cirúrgicas oferecem melhor organização das fibras musculares durante o período de cicatrização em comparação com as técnicas de laser e eletrocautério, embora tenha sido menos eficaz quanto ao sangramento e dor pós-operatória. (REDDY NR, MARUDHAPPAN Y, DEVI R, NARANG S.: 2014;18: 395-398.)

A realização de tais tratamentos cirúrgicos por laser de diodo é relativamente mais fácil para o cirurgião oral do que a cirurgia de bisturi convencional. Pois, de fato, a possibilidade de cortar e coagular ao mesmo tempo sem causar danos térmicos aos tecidos envolvidos, é a principal característica do uso do laser de diodo em cirurgia oral.

Além disso, o tempo operatório com laser de diodo é extremamente reduzido em comparação com a cirurgia convencional. (ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜY M, AKGÜL HM: 2010, 28:173-177.; JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al.: 2014, 22:241-248.; ANGIERO F, PARMA L, CRIPPA R, BENEDICENTI S: 2012, 27:383-388.) No caso de pacientes pouco cooperativos, a sedação leve e consciente pode reduzir a ansiedade odontológica em crianças ou adultos e facilitar o procedimento. (REPHAELI R, REHKTMAN D, GROSS I, WEISER G: 2020, 22:5-7.; DELL'OLIO F, CAPODIFERRO S, LORUSSO P, et al.: 2019, 11:e6508.; GIULIANI M, TUMBARELLO M, MARINO M, et al.: 2011, 9:204-210.; RUNGSIYANONT S, VACHAROTAYANGUL P, LAM-UBOL A, ANANWORANICH J, PHANUPHAK P, PHANUPHAK N: 2012, 24:1584-1590.)

A frenuloplastia em Z de 4 retalhos é uma nova técnica cirúrgica que é superior à frenuloplastia horizontal para vertical em termos de melhora do alongamento do comprimento da língua, ganho de protrusão da língua e correção da articulação para pacientes com anquiloglossia sintomática. (2005 LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS)

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anquiloglossia é observada em um número considerável de lactentes, crianças e adultos.

O diagnóstico e a intervenção precoce (de preferência, na primeira infância) em pacientes com anquiloglossia é fundamental para o desenvolvimento morfo-funcional da criança e do adolescente.

A abordagem cirúrgica é um procedimento relativamente simples e seguro, levando a resultados satisfatórios em curto espaço de tempo.

É necessário que o cirurgião dentista conheça as indicações de cada técnica cirúrgica e escolha a que mais se adequa com o diagnóstico do paciente, com o objetivo de promover o reestabelecimento das funções motoras da língua e um bom pós-operatório ao paciente.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA 2006 apud SILVA et al., **Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas**. SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

ANGIERO F, PARMA L, CRIPPA R, BENEDICENTI S: **Laser de diodo (808 nm) aplicado a lesões de tecidos moles orais: um estudo retrospectivo para avaliar o diagnóstico histopatológico e avaliar o dano físico**. Lasers Med Sci. 2012, 27:383-388. 10.1007/s10103-011-0900-7

ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜYÜ M, AKGÜL HM: **Comparação de laser de diodo e lasers Er:YAG no tratamento da anquiloglossia**. Cirurgia a Laser Fotomed. 2010, 28:173-177. 10.1089/fo.2009.2498

ARAS MH, GÖREGEN M, GÜNGÖRMÜYÜ M, AKGÜL HM. **Comparação do laser de diodo e do laser Er:YAG no tratamento da anquiloglossia**. Photomed Laser Surg 2010;28: 173-177.

BALLARD; AUER; KHOURY, **Anquiloglossia: Avaliação, Incidência e Efeito da Frenuloplastia na Díade de Aleitamento Materno**. Published 1 November 2002;110:e63.Medicine; Pediatrics.

BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. **Anquiloglossia: avaliação, incidência e efeito da frenuloplastia na díade da amamentação.** *Pediatria* 2002;110:e63

BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. **Anquiloglossia: avaliação, incidência e efeito da frenuloplastia na díade da amamentação.** *Pediatria* 2002;110: 1-6

BHATTAD MS, BALIGA MS, KRIPLANI R. **Diretrizes clínicas e manejo da anquiloglossia com seguimento de 1 ano: relato de 3 casos.** *Representante de Caso Dent* 2013; 2013:185803

BRINKMANN S, REILLY S, MEARA JG. **Manejo da língua presa em crianças: uma pesquisa com cirurgias pediátricas na Austrália.** *J Pediatr Saude Infantil* 2004;40: 600-605.

BRITO SF, MARCHESAN IQ, BOSCO CM, CARRILHO ACA, REHDER MI. **Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica.** *Ver CEFAC* 2008; 10:343-51.

CHAUBAL, **Anquiloglossia e seu manejo.** *J Indian Soc Periodontol.* 2011 Jul;15(3):270-2. doi: 10.4103/0972-124X.85673.

CHOI YS, LIM JS, HAN KT, et al. **Correção da anquiloglossia: Z-plastia combinada com miotomia genioglossa.** *J Craniofac Surg.* 2011; 22:2238-40.

CHU MW, BLOOM DC. **Anquiloglossia posterior: relato de caso.** *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73: 881-883.

C. KARA, **Avaliação das percepções do paciente de frenectomia: Uma comparação do laser Nd:YAG e técnicas convencionais,** *Photomed Laser Surg* 26 (2) (2008) 147-152, <https://doi.org/10.1089/pho.2007.2153>.

COSTA, 2013

DELL'OLIO F, CAPODIFERRO S, LORUSSO P, et al.: **Sedação consciente leve em pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio com necessidade de exodontia: um estudo observacional.** *Cureus.* 2019, 11:e6508. 10.7759/cureus.6508

DE OLIVEIRA et al., 2004

DE SANTIS D, GEROSA R, GRAZIANI PF, et al. **Frenectomia lingual: uma comparação entre o procedimento cirúrgico convencional e a laser** (Epub ahead of print, 1 ago 2013). *Minerva Stomatol.*

DIRETOR PJ. **Anquiloglossia: uma revisão da literatura.** *Gen Dent.* 1991; 39:252-253.

ESCODA & AYTÉS, **Tratado de cirugía bucal.** Print Book, Spanish, 2004.

FJ PUTHUSSERY, et al., **Uso de laser de dióxido de carbono em frenectomia lingual**, Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 49 (7) (2011) 580-581, <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.07.010>.

FOURNIER-ROMERO et al., **Frenectomia: abordagem transdisciplinar**. Rev. cient. Odontol.; 5(2): 720-732, jul. -Dic. 2017

GIULIANI M, TUMBARELLO M, MARINO M, et al.: **Comportamento de higienistas dentais em relação a pacientes HIVpositivos na era da terapia antirretroviral altamente ativa: uma pesquisa piloto**. Int J Dent Hyg. 2011, 9:204-210.10.1111 /j.1601-5037. 2010.00472.x

GOMES et al., 2015

GRAY SD, PARKIN JL. **Malformações congênitas da boca e faringe**. In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA (eds). Otorrinolaringologia Pediátrica, 3ª ed. Filadélfia: WB Saunders, 1996: 989-991.

GRIFFITHS DM. **Os laços de língua afetam a amamentação?** J Hum Lact 2004;20: 409-414.

HELLER et al, 2005

HELLER J, GABBAY J, O'HARA C. **Correção de anquiloglossia melhorada com frenuloplastia em Z de quatro retalhos**. Ann Plast Surg 2005;54:623Y628

HELLER J, GABBAY J, O'HARA C, et al. **Correção de anquiloglossia melhorada com frenuloplastia em Z de quatro retalhos**. Ann Plast Surg. 2005; 54:623-8

1183

HELLER J, GABBAY J, O'HARA C, HELLER M, BRADLEY JP. **Correção de anquiloglossia melhorada com frenuloplastia em Z de quatro retalhos**. Ann Plast Surg 2005;54: 623-628.

HOGAN M, WESTCOTT C, GRIFFITHS M. **Ensaio randomizado e controlado de divisão de língua presa em bebês com problemas de alimentação**. J Pediatr Saúde Infantil 2005;41: 246-250.

HONG P, LAGO D, SARGENTO J, et al. **Definindo anquiloglossia: uma série de casos de laços de língua anterior e posterior**. Int J Pediatr Otorrinolaringol. 2010; 74:1003-6

HORTON CE, CRAWFORD HH, ADAMSON JE, et al. **Nó na língua**. Fissura Palatina J. 1969; 6:8-23.

HUANG Y, QUO S, BERKOWSKI JA, GUILLEMINAULT C. **Freio lingual curto e apnéia obstrutiva do sono em crianças**. Int J Pediatr Res. 2015;1(1).

JAMILIAN A, FATTAHI FH, KOOTANAYI NG. **Anquiloglossia e mobilidade da língua**. Eur Arch Paediatr Dent 2014;15: 33-35.

JÚNIOR, 2012

JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al. **Técnicas cirúrgicas para o tratamento da anquiloglossia em crianças: uma série de casos.** J Appl Oral Sci: Revista FOB 2014; 22:241-8.

JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al. **Técnicas cirúrgicas para o tratamento da anquiloglossia em crianças: uma série de casos.** J Appl Oral Sci 2014;22: 241-248.

JUNQUEIRA MA, CUNHA NN, COSTA E SILVA LL, et al.: **Técnicas cirúrgicas para o tratamento da anquiloglossia em crianças: uma série de casos.** J Appl Oral Sci. 2014, 22:241-248. 10.1590/1678-775720130629

KARA C. **Avaliação da percepção do paciente de frenectomia: uma comparação do laser Nd:YAG e técnicas convencionais.** Photomed Laser Surg 2008;26: 147-152.

KLOCKARS T, PITKÄRANTA A. **Divisão pediátrica de língua presa: indicações, técnicas e satisfação do paciente.** Int J Pediatr Otorrinolaringol 2009;73: 1399-1401.

KLOCKARS T, PITKÄRANTA A. 2008;26: 147-152

KOTLOW LA. **Anquiloglossia (língua presa): um dilema de diagnóstico e tratamento.** Quintessence Int 1999;30: 259-262.

KUPIETZKY A, BOTZER E. **Ankyloglossia no lactente e na criança pequena: sugestões clínicas para diagnóstico e tratamento.** Pediatra Dent. 2005; 27:40-6

KUPIETZKY A, BOTZER E. **Ankyloglossia no lactente e na criança jovem: sugestões clínicas para diagnóstico e tratamento.** Pediatr Dent 2005;27: 40-46.

LALAKEA ML, MESSNER AH. **Anquiloglossia: isso importa?** Pediatr Clin North Am.2003; 50:381-97.

LALAKEA ML, MESSNER AH. **Anquiloglossia: isso importa?** Pediatra Clin North Am 2003; 50:381-397.

LAMBA AK, Aggarwal K, Faraz F, Tandon S, Chawla K. **Er, laser Cr:YSGG para o tratamento da anquiloglossia.** Indian J Dent 2015;6: 149-152.

MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, et al. **Anquiloglossia: incidência e dificuldades alimentares associadas.** Arch Otorhinolaryngol- Head Neck Surg. 2000; 126:36-9.

MESSNER AH, LALAKEA ML, ABY J, MACMAHON J, BAIR E. **Ankyloglossia: Incidência e dificuldades de alimentação associadas.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126: 36-39.

MESSNER AH, LALAKEA ML. **Anquiloglossia: controvérsias em gestão.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000;54: 123-131.

MESSNER AH, LALAKEA ML. **O efeito da anquiloglossia na fala em crianças.** Otolaringol Head Neck Surg 2002; 127:539-545)

MH ARAS, et al., **Comparação de laser de diodo e lasers Er:YAG no tratamento de anquiloglossia,** Photomed Laser Surg 28 (2) (2010) 173-177, <https://doi.org/10.1089/pho.2009.2498>.

OLIVI G, SIGNORE A, OLIVI M, GENOVESE MD. **Frenectomia lingual: avaliação funcional e nova abordagem terapêutica.** Eur J Paediatr Dent 2012;13: 101-106.

REDDY NR, MARUDHAPPAN Y, DEVI R, NARANG S. **Cortando a gravata (língua).** J Indian Soc Periodontal 2014;18: 395-398.

REPHAELI R, REHKTMAN D, GROSS I, WEISER G: **Sedação fornecida para consultas no departamento de emergência pediátrica: outra perspectiva.** Isr Med Assoc J. 2020, 22:5-7.

RUNGSİYANONT S, VACHAROTAYANGUL P, LAM-UBOL A, ANANWORANICH J, PHANUPHAK P, PHANUPHAK N: **Necessidades odontológicas percebidas e atitudes em relação a tratamentos odontológicos em tailandeses infectados pelo HIV.** Cuidados com AIDS. 2012, 24:1584-1590. [10.1080/09540121.2012.663884](https://doi.org/10.1080/09540121.2012.663884)

SANCHES, **Dificuldades iniciais na amamentação - Enfoque fonoaudiológico [dissertação].** São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

1185

SÁNCHEZ-RUIZ I, GONZÁLEZ LANDA G, PÉREZ GONZÁLEZ V, e outros. **Seção do frênulo sublingual. As indicações estão corretas?** Circ Pediatr 1999;12: 161-164.

SILVA, HEWERTON LUIS, SILVA, JAIRSON JOSÉ DA, ALMEIDA, LUÍS FERNANDO DE. **Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas.** SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SRINIVASAN A, DOBRICH C, MITNICK H, FELDMAN P. **Ankyloglossia em lactentes: O efeito da frenotomia na dor do mamilo materno e trava.** Breastfeed Med 2006;1: 216-224.

SUTER VG, BORNSTEIN MM. **Anquiloglossia: fatos e mitos no diagnóstico e tratamento.** J Periodontol 2009;80:1204-1219

TANAY & CHAUBALE, M.B.D. **Anquiloglossia e seu manejo.** J Indian Soc. Periodontal, Vol 15, nº3, p. 270-272, July-September of 2011.

TSAOUSOGLOU et al.

TSAOUSOGLOU P, TOPOUZELIS N, VOUIROS I, et al. **Diagnóstico e tratamento da anquiloglossia: revisão narrativa e relato de três casos.** Quintessence Int (Berlim, Alemanha: 1985). 2016; 47:523-34

VELANOVICH V. **A frenuloplastia transversal-vertical para anquiloglossia.** Mil Med 1994; 159: 714-715.

VERCO PJ. **Relato de caso e técnica clínica: Eletrocirurgia com feixe de argônio para laços de língua e frenectomias maxilares em lactentes e crianças.** Eur Arch Pae diatr Dent 2007;8: 15-19.

WALLACE H, CLARKE S. **Divisão de gravata em lactentes com dificuldades de amamentação.** Int J Otorhinolaryng Pediatr 2006;70: 1257-1261.

WALSH F, KELLY D. **Obstrução parcial das vias aéreas após frenotomia lingual.** Anesth Analg. 1995;80(5):1066-1067.

WEBB AN, HAO W, HONG P. **O efeito da divisão da língua presa na amamentação e na articulação da fala: uma revisão sistemática.** Int J Pediatr Otorrinolaringol.2013;77:635-46

WILLIAMS & WALDRON, Avaliação da função lingual quando uma quiloglossia (língua presa) é suspeita. Presented at the Florida Speech, Language and Hearing Association, Orlando,1985

WRIGHT J. **Língua presa.** J Pediatra Saúde Infantil 1995;31: 276-278

YOON AJ, ZAGHI S, HA S, et al. **Anquiloglossia como fator de risco para hipoplasia maxilar e alongamento do palato mole: estudo funcional - morfológico.** Orthod Craniofac Res. 2017; 20:237-44

1186

2005 LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS