UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARIA LUANA SENA FREIRE
JULIANA CANUTO GONÇALVES DA SILVA

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2023

MARIA LUANA SENA FREIRE
JULIANA CANUTO GONÇALVES DA SILVA

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Dr. Francisco Aurélio Lucchesi Sandrini

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2023

MARIA LUANA SENA FREIRE
JULIANA CANUTO GONÇALVES DA SILVA

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Dr. Francisco Aurélio Lucchesi Sandrini

Aprovado em 11/12/2023

BANCA EXAMINADORA

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) FRANCISCO AURÉLIO LUCCHESI SANDRINI

ORIENTADOR (A)

PROFESSOR (A) MESTRE ERUSKA MARIA DE ALENCAR TAVARES

MEMBRO EFETIVO

PROFESSOR (A) MESTRE LUCIANA MARA PEIXÔTO ARAUJO

MEMBRO EFETIVO

FRENULOTOMIA LINGUAL EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Luana Sena Freire[1]
Juliana Canuto Gonçalves da Silva[2]
Francisco Aurélio Lucchesi Sandrini[3]

RESUMO

A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto, podendo causar deficiência na mobilidade da língua, afetar a capacidade de mastigar e deglutir alimentos, complicações na fala, obstáculos psicológicos e sociais, como também, importante cooperação no desenvolvimento de maloclusões. O presente trabalho tem por objetivo demonstrar, por intermédio de um relato de experiência clínica, as características clínicas envolvidas em um caso de anquiloglossia associado à frenulotomia em paciente adulto, bem como, identificar o seu diagnóstico e os seus possíveis tratamentos. Tal anormalidade é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e o diagnóstico e tratamento deve ser individualizado para obter um melhor prognóstico para cada paciente. Diante disso, diferentes técnicas cirúrgicas podem ser empregadas para solucionar este problema. Em síntese, foi demonstrado, a partir das características do caso clínico e da revisão da literatura que a cirurgia de frenulotomia ou a frenectomia, tem sido as melhores alternativas para o tratamento do diagnóstico tardio, seguido por fonoterapia e psicoterapia. Neste caso, a frenulotomia contribuiu para a melhora da fala, alimentação e bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Anquiloglossia. Frenulotomia lingual. Frênulo curto.

ABSTRACT

Ankyloglossia is a congenital oral anomaly characterized by a very short lingual frenum, which can cause deficiency in tongue mobility, affecting the ability to chew and swallow food, speech complications, psychological and social obstacles, as well as important cooperation in the development of malocclusions. The present work aims to demonstrate, through a report of clinical experience, the clinical characteristics involved in a case of ankyloglossia associated with frenulotomy in an adult patient, as well as to identify its diagnosis and possible treatments. This abnormality is more prevalent in males and diagnosis and treatment must be individualized to obtain a better prognosis for each patient. Therefore, different surgical techniques can be used to solve this problem. In summary, it was demonstrated, based on the characteristics of the clinical case and the literature review, that frenulotomy surgery or frenectomy have been the best alternatives for treating late diagnosis, followed by speech therapy and psychotherapy. In this case, the frenulotomy contributed to the improvement of the patient's speech, eating and well-being.

Keyword: Ankyloglossia. Lingual frenulotomy. Short frenulum.

[1] Graduando do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – e-mail: luanasenafreire@gmail.com
[2] Graduando do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – e-mail: julianacanutoba18@gmail.com
[3] Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio

1 INTRODUÇÃO

O freio lingual, também conhecido por frênulo lingual é uma estrutura situada na parte inferior e anterior da língua. Logo, conceitua-se como uma pequena membrana mucosa. E, existem diversas nomenclaturas e variedades anatômicas. Com isso, quando há alteração anormal, configura-se como anquiloglossia parcial ou total (Bistaffa, *et al*., 2017). A anquiloglossia, do grego, "agkilos" e "glossa", que significa língua curvada (Jangid *et al.*, 2015), também nomeada, anciloglossia, glossopexia ou língua presa (Oliveira *et al*., 2019; Bistaffa *et al*., 2017). O presente caso clínico, refere-se a um paciente do sexo masculino, confirmando, assim, os estudos científicos que afirmam que casos de anquiloglossia são mais prevalentes em homens do que em mulheres, uma proporção de 1:3 (Santos *et al*., 2018).

Sabe-se que, a anquiloglossia reduz a mobilidade da língua, dificultando a realização dos movimentos de protusão, de retrusão, de lateralidade e de elevação (Marquezan *et al*., 2012). A partir disso, acarreta algumas consequências que se diferem, de acordo, com a idade do indivíduo. Logo, quando recém-nascido associa-se a amamentação, quando criança associa-se com a fala. Por fim, quando adolescente e quando adulto, associa-se com problemas psicológicos e sociais, decorrente das consequências listadas anteriormente (Edmunds *et al*., 2011; Ferreira, *et al*., 2018).

Além disso, evidências dizem que existem uma correlação entre a anquiloglossia com o desenvolvimento da classe III (Meenakshi; Jagannathan, 2014). Na pesquisa de Jang *et al*. (2011), observou-se de maneira clínica 150 pacientes separados similarmente entre as três categorias de maloclusões e constituíram uma técnica direta (utilizando uma regra específica) e uma técnica indireta (largura máxima da abertura bucal com e sem encostar na papila incisiva), para medir o freio lingual. Esses estudiosos deduziram que os pacientes classe III mostraram variações importantes no comprimento do freio e diminuição na medida de abertura em comparação as demais categorias, constituindo assim uma possível relação entre a inserção da estrutura e a desoclusão.

Estudos indicam que, com alta chance para herança autossômica dominante, de forma inata, as modificações podem estar atreladas ao cromossomo X (Marchesan *et al*., 2014). Os estudos realizados por Morowati *et al.* (2008), relataram a associação com esse gene no seu caso clínico, associando uma família com herança de anquiloglossia, de origem autossômica dominante ou autossômica recessiva, composta por cinco descedências com cinco pessoas afetadas. Outrossim, o uso da cocaína por gestantes é um elemento de alto risco, assim, o estudo realizado por Harris *et al.* (2005) demonstrou que a anquiloglossia é três vezes maior

em gestantes que fazem uso de drogas, pois há uma diminuição nas taxas mitóticas no desenvolvimento embrionário.

De acordo com o Ministério da Saúde, a nota técnica nº 35/2018 do projeto de Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014 que obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, tem como objetivo orientar profissionais e instituições de saúde no diagnóstico precoce da anquiloglossia em recém-nascidos e enquadrar o tipo de atendimento a esse grupo populacional na rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto aos possíveis distúrbios da amamentação.

Para Melo *et al*. (2011) e para Oredsson *et al*. (2010), a anquiloglossia deve ser diagnosticada ainda na infância e a sua correção é realizada, por intermédio do tratamento cirúrgico chamado frenectomia lingual. Diante disso, para Silva *et al*. (2018), a frenectomia ou frenulotomia lingual tem sido o procedimento mais eleito, para intervir nessas modificações anormais do freio. Complementarmente, tem por finalidade remover o freio lingual, possibilitando as movimentações ideais da língua, fundamental às atividades funcionais.

O presente trabalho tem por objetivo demonstrar, por intermédio de um relato de experiência clínica, as características clínicas envolvidas em um caso de anquiloglossia associado à frenulotomia em paciente adulto, bem como, identificar o seu diagnóstico e os seus possíveis tratamentos.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para relatar este caso, não foi necessário submeter à apreciação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos, uma vez que se trata de um relato de experiência de baixo risco, que envolve apenas a descrição de uma única situação médica em um paciente e não inclui intervenções experimentais ou análise de dados de prontuário, conforme as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

2.2 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Um paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, feoderma e normossistêmico, procurou atendimento eletivo na clínica de Odontologia de uma Universidade no interior do Ceará em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, com queixa estética.

Na anamnese, já foi possível perceber alteração na fonética, evidenciando uma característica comum nos casos de frênulo lingual curto. Posteriormente, foi constatado no exame clínico intra-oral a anquiloglossia (conforme ilustrado na figura 1).

FIGURA 1. Imagem do freio lingual.

Ao exame clínico intraoral, foi observada a dificuldade de realizar os movimentos de protrusão e elevação (figura 2 e 3, respectivamente). Após essa avaliação, foi possível diagnósticá-lo com anquiloglossia.

Durante o exame extra-oral, não foi observado alteração mandibular, o que descarta o diagnóstico de classe III. Por conseguinte, o paciente mostrou interesse em realizar a correção da anquiloglossia. Assim, foram solicitados os exames hematológicos, o hemograma completo, o coagulograma (TP e TTPA) e a glicemia em jejum, no qual, todos estavam dentro da normalidade. Assim, o paciente encontrava-se apto à realizar a cirurgia de frenulotomia lingual.

FIGURA 2. Protusão da língua. (Pré-operatória)

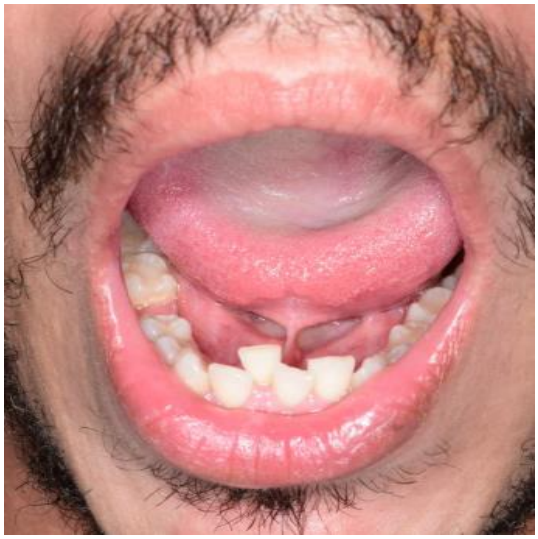

FIGURA 3. Elevação da língua. (Pré-operatória)

O procedimento cirúrgico, inicou-se pelo bloqueio regional do nervo lingual bilateralmente, com complementação na região inferior anterior da língua, o anestésico de escolha foi a Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 utilizado 2,5 tubetes (figura 4 e 5, respectivamente).

FIGURA 4. Bloqueio R. do N. Lingual.

FIGURA 5. Complementação na região anterior.

Com a região lingual anestesiada, houve o afastamento da língua com o auxílio de uma pinça hemostática (figura 6). Logo, com uma lâmina de bisturi 15c, iniciou-se duas incisões paralelas ao longo eixo do freio lingual, dividindo-o ao meio e outra incisão perpendicular para acomodar a pinça hemostática (figura 7 e 8).

FIGURA 6. Pinçagem do frênulo lingual.

FIGURA 7 e 8. Incisão com a lâmina de bisturi.

Com o freio divido (figura 9), inicou-se a divulsão dos tecidos com uma pinça hemostática curva, afastando, assim, a mucosa do tecido muscular (figura 10 e 11).

FIGURA 9. Frênulo lingual dividido.

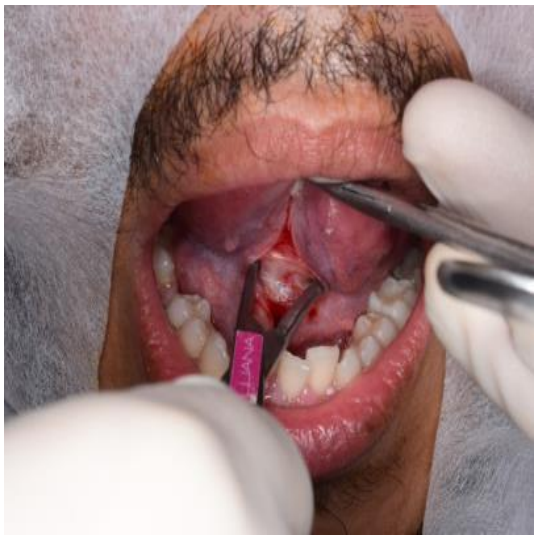

FIGURA 10 e 11. Divulsão dos tecidos.

Com a musculatura afastada da mucosa (figura 12), inicou-se a sutura, onde realizou-se suturas simples com o fio de sutura de escolha Nylon 5-0 (figura 13 e 14).

FIGURA 12. Tecido divulsionado.

FIGURA 13 e 14. Sutura simples.

Ao final da cirurgia, o paciente refez os movimentos de protusão e elevação (figura 15 e 16, respectivamente).

FIGURA 15. Protusão da língua. (Pós- operatória imediata)

FIGURA 16. Elevação da língua. (Pós-operatória imediata)

Após dois meses da cirurgia, reavaliou-se a protusão e a elevação da língua (figura 17 e 18, respectivamente).

FIGURA 17. Protusão da língua.

FIGURA 18. Elevação da língua.

3 DISCUSSÃO

Segundo a literatura, o freio lingual é classificado normal quando a sua inserção vai da parte média da face inferior da língua até o assoalho da boca. É classificado com inserção anteriorizada quando a inserção na face sublingual ocorre em qualquer outro ponto após o meio dessa face até a ponta da língua. O freio é classificado curto, mesmo que inserido no meio da face sublingual, pois é menor quando comparado ao normal, muitas vezes

impossibilitando a chegada do ápice da língua no palato duro. O freio pode ainda, ser classificado curto com inserção anteriorizada, ainda que curto, apresenta a inserção anteriorizada (Brito *et al*., 2008), essa última classificação é o caso do paciente relatado.

A anquiloglossia é uma alteração anormal do freio lingual, onde o mesmo fica situado muito próximo ou até mesmo no ápice da língua. Assim, dificultando os seus movimentos e, consequentemente, as suas funções normais (Gomes *et al*., 2015). Dessa forma, a fonética é uma das funções que é atingida, logo, pode-se gerar transtornos psicossociais (Brito *et al*., 2008; Ferreira *et al*., 2018).

Um estudo executado com Dentistas, Otorrinolaringologistas e Fonoaudiólogos, afirmou que para a maioria dos profissionais da pesquisa, a conduta que deve ser considerada, para a correção do freio lingual curto com inserção anteriorizada é a cirúrgica seguida de fonoterapia (Brito *et al*., 2008). Diante disso, a conduta acolhida para o caso foi a frenulotomia lingual.

Na literatura, há vários conflitos no tocante às metodologias de diagnóstico e de tratamento da anquiloglossia. Sendo assim, deve-se analisar cada caso, para um correto diagnóstico e, consequentemente, traçar um melhor tratamento para o caso do paciente. No estudo realizado por Cuetas et al. (2014), foi constatado em 35 crianças onde a idade variava de menos de 1 ano a 5 anos de idade, a anquiloglossia. Neste estudo, foi observado a elevação, a protusão e a lateralização da língua, utilizando-se, também, de príncipios anatômicos, averiguando e apalpando o freio lingual. Com isso, para este caso, também utilizou-se estas medidas.

São diversas formas de tratamento cirúrgico para a correção da anquiloglossia. A frenectomia ou frenulectomia são a excisão do freio, frenotomia e frenulotomia são a separação do freio, fazendo com que não seja preciso excisar nenhum tecido, utilizando lâmina de bisturi ou tesoura, apenas o condicionar para o seu correto lugar. Alguns autores, apenas fazem a incisão depedendo do caso, outros fazem a divulsão dos tecidos (Puricelli, 2012; Izolani Neto, 2014). Além dessas técnicas supracitadas, ainda existe o tratamento cirúrgico a laser, realizado com laser de alta intensidade de potência. possibilitando uma menor área anestesiada, maior hemostasia e sem necessidade de sutura, consequentemente com mínimo edema, trauma ou cicatrizes pós- operatória (Nunes *et al*., 2021; Santos *et al*., 2007).

Após a avaliação clínica, foi planejado a abordagem cirúrgica. Neste caso clínico, adotou-se a técnica cirúrgica de frenulotomia lingual, iniciada pela anestesia local, realizou-se o bloqueio regional do nervo lingual, bilateralmente e infiltrativa na região anterior da língua.

De acordo com Hupp *et al*. (2015), o bloqueio do nervo lingual bilateral e a anestesia infiltrativa local na região anterior promovem uma adequada anestesia e hemostasia para a tratamento de anquiloglossia lingual.

Com o paciente anestesiado, pode-se transfixar com um fio de sutura a ponta da língua, o que confere um melhor controle por tração da elevação do órgão. No entanto, alguns autores preferem que o auxiliar promova a elevação segurando a ponta língua com o auxílio de uma gaze ou pinça. Outros lançam mão de um instrumento chamado tentacânula, com o mesmo objetivo (Silva *et al.*, 2018). Neste caso clínico, utilizou-se uma pinça hemostática para tracionar a língua.

Assim, com o freio lingual bem visualizado, iniciou-se a incisão com a lâmina de bisturi paralela ao frênulo, dividindo-o ao meio. Posteriormente, foi realizada a incisão perpendicular ao frênulo, para acomodar a pinça hemostática. Em seguida, realizou-se a divulsão dos tecidos musculares, depois inseriu-se a pinça fechada entre a mucosa e a musculatura, após inserida foi aberta, para assim, divulsionar os tecidos assim como realizado por Kara, 2008).

Dessa forma, com a mucosa e a musculatura afastadas, juntou-se a membrana da mucosa do lado esquerdo e do lado direito da língua e suturou-se, para que houvesse uma cicatrização por primeira intenção. O tipo de sutura escolhida, foram várias suturas simples. No estudo feito por Kara (2008), foi executado também a técnica convencional do bisturi, com mesma sequência de passos.

Após a frenulotomia, existe o potencial de ser detectado determinados agravos, porém raros, como falência das vias aéreas superiores, sangramento, úlcera sob a língua, infecção, recidiva da anquiloglossia (Griffiths, 2004; Messner, 2000; Wright, 1995), o que não transcorreu no caso realizado. A terapêutica utilizada no caso foi a padrão com uso de antibiótico , antiinflamátório e analgésico e encaminhamento para a fonoterapia, pois melhora o desempenho tanto em formas anatômicas quanto funcionais da língua (Lamba *et al*, 2015; Andrade, 2014).

4 CONCLUSÃO

Foi demonstrado, a partir das características do caso clínico e da revisão da literatura, que a cirurgia de frenulotomia ou a frenectomia tem sido as melhores alternativas para o tratamento do diagnóstico tardio, seguido por fonoterapia e psicoterapia. Neste caso, a frenulotomia contribuiu para a melhora da fala, alimentação e bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia.** 2. Ed. São Paulo: Artes médicas, 2014, 353-367 p.

BISTAFFA, A. G. I.; GIFFONI, T. C. R.; FRANZIN, L. C. D. S. Frenotomia Lingual Em Bebê Lingual Frenotomy In Baby. **Rev UNINGÁ Review**, v. 29, n. 2, p. 18-22, 2017.

BRITO, S. F.; MARCHESAN, I. Q.; BOSCO, C. M.; CARRILHO, A. C. A.; REHDER, M. I. Frênulo Lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev. Cefac**, São Paulo, v.10, n. 3, p. 343-351, 2008.

CUETAS, G.; DEMARCHI, V.; MARTÍNEZ CORVALÁN, M. P.; RAZETTI, J.; BOCCIO, C. Treatment of short lingual frenulum in children. Arch Argent Pediatri, v. 112, n. 6, p. 567-70, 2014.

EDMUNDS, J.; MILES, S. C.; FULBROOK, P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature, Breastfeeding review, Austrália, v. 19, n. 1, p. 19-26, Março. 2011.

FERREIRA, L. S. R.; ROSALVO, J. B. N.; ABREU, L. M. S.; LACERDA, M. C. F. V.; COSTA, M. F. B.; RIBEIRO, E. L. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Recife, v. 3, n. 3, p. 93-98, Julho. 2018.

GOMES E.; ARAÚJO, F. B.; RODRIGUES, J. A. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** São Paulo, v. 69 n. 1, p. 20-94, Jan./Mar. 2015.

GRIFFITHS, D. M. Do tongue ties affect breastfeeding?. **Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association**, v. 20, n. 4, p. 409–414, 2004.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, 692 p.

HARRIS, E.; FRIEND, G.; TOLLEY, E. Enhanced prevalence of ankyloglossia with maternal cocaine use. **Cleft Palate Craniofac J.** v.26, p.1962-1967, 2005.

IZOLANI NETO, O.; MOLERO, V. C.; GOULART, R. M. Frenectomia: revisão de literatura. Rev. Uningá Review, v. 10, n. 3, p. 21-25, 2014.

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 Dentofacial Orthop**. v. 139, n. 4, p. 361-7, 2011.

JANGID, K.; ALEXANDER, A. J.; JAYAKUMAR, N. D.; VARGHESE, S.; RAMANI, P. Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 19, n. 6, p. 690, 2015.

KARA, C**.** Evaluation of patient perceptions of frenectomy: a comparison of Nd:YAG laser and conventional techniques. **Photomed Laser Surg**, v. 26, n. 2, p. 147–152, 2008.

LAMBA, A. K.; AGGARWAL, K.; FARAZ, F.; TANDON, S.; CHAWLA, K. Er, Cr: YSSGG laser for the treatment of ankyloglossia. **Indian J. Dent**, v. 6, n. 3, p- 149-152.

MARCHESAN, I. Q.; OLIVEIRA L. R.; MARTINELLI, R. L. C. Frênulo da língua - Controvérsias e Evidências. In: Marchesan I. Q, Silva H. J, Tomé M. C. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: **Roca**, 2014, Cap 33, p.283-301.

MARQUEZAN, I. Q; MARTINELLI, R. L. C; GUSMÃO, R. J. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 4, n. 24, p. 409-12, 2012.

MEENAKSHI, S.; JAGANNATHAN, N. Assessment of lingual frenulum lengths in skeletal malocclusion. **Journal of clinical and diagnostic research**, vol. 8, n. 3, p. 202-4, 2014.

MELO, N. S. F. O.; LIMA, A. A. S.; FERNANDES, A.; SILVA, R. P. G. V. C. Anquiloglossia: Relato de caso. **Rev Sul Bras Odontol**, v. 8, n. 1, p. 102-7, 2011.

MESSNER, A.H; LALAKEA, M.L; ABY, J; MACMAHON, J; BAIR, E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties**. Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 126, n.1, p. 36–39, 2000.

MOROWATI, S.; YASINI, M.; RANJBAR, R.; PEIVANDI, A. A.; GHADAMI, M. Familial ankyloglossia (tongue-tie): a case report. **Acta Medica Iranica**, v. 48, n.2, p. 123-4, 2010.

OLIVEIRA, B. F.; CRUZ, J. H. A.; SILVA, R. L. B.; HENRIQUE, D. B. B. Tratamento de anquiloglossia parcial através de frenectomia: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.8, n.9, p. 510-14, 2019.

OREDSSON, J.; TÖRNGREN, A. Frenotomy in children with ankyloglossia and breast-feeding problems. A simplemethodseemsto render goodresults. **Lakartidningen.**; v. 107, n. 10, p. 676-8, 2010.

PACKHAM, E. A.; BROOK, J. D. T-box genes in human disorders. **Human molecular genetics**, v. 12, n. 1, p. 37-44, 2003.

PURICELLI, E.; PONZINI, D.; Aspectos da cirurgia e traumatologia bucomaxi- lofacial em odontopediatria. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica MedBook; 2012. p. 329 - 348.

SANTOS, E. S. R.; IMPARATO, J. C. P.; ADDE, C. A.; MOREIRA, L. A.; PEDRON, E. G. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em Odontopediatria. Rev. Odonto (São Bernardo do Campo), v. 15, n. 29, p. 107-113, 2007.

SANTOS, P. O. M.; CONCEICAO, H. C.; PRESTES, G. B. R. Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 4, p. 139-142, 2018.

SILVA, H. L.; SILVA, J. J.; ALMEIDA, L. F.; Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. **SALUSVITA**, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

WRIGHT J. E. Tongue-tie. **Journal of paediatrics and child health**, v. 31, n.4, p. 276–278, 1995.

ANEXOS

UNILEÃO
Centro Universitário

CONSENTIMENTO PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE José Erivan de Souza Ferreira RG ou CPF: 058.047.323-66

ENDEREÇO Rua Porto Vitorino Vicente CIDADE Juazeiro do Norte

DATA DE NASCIMENTO: 02 / 07 / 1993

INSTITUIÇÃO (Se Houver): _____

1- Que me foi informado a natureza exata do procedimento o qual me submeterei e a sua necessidade. Tive a oportunidade de discutir como vai ser realizado, seu propósito, as alternativas, as possíveis conseqüências de não efetuar o tratamento e todos os riscos e possíveis complicações que podem ocorrer.

2- Que compreendo que a prática cirúrgica não é uma ciência exata, e que pretende solucionar um processo patológico diagnosticado através de exames e comprovado até o momento; portanto não é possível que o cirurgião seja capaz de antecipar nem explicar todos os riscos e complicações. Compreendo também que um resultado indesejado não necessariamente implica em erro profissional, porque em busca de melhores resultados, confio no julgamento e decisões do profissional durante o procedimento ou intervenção, sabendo que estarão baseadas em estudos científicos recentes até o momento conhecido, buscando sempre meu maior benefício.

3- Que me foi explicado que o tratamento que será feito se efetuará sob anestesia local, assim como os benefícios e riscos da mesma.

4- Que me foi informado que o procedimento cirúrgico que me submeterei, pode acarretar, de forma infrequente, complicações previsíveis. Tais complicações incluem: Inflamação, edema e limitação de abertura bucal, bem como a diminuição da força de mastigação e da motricidade labial.

5- Que me foi informado que durante a realização da frenulotomia lingual há riscos de lesão do nervo lingual bilateralmente. Como conseqüência clínica pode resultar em sensação permanente de anestesia da língua. Em caso de intervenção nessa área.

6- Que permito fotografar-me para fins científicos, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, preservando minha identidade quando exposto em público, sendo de minha decisão dar o consentimento.

7- Que compreendi todas as informações dadas, solucionadas as dúvidas e me dado o livre arbítrio para a decisão de submeter-me ao tratamento proposto.

8- Que também compreendo que a qualquer momento, e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar este consentimento que agora assino.

Eu, paciente (ou responsável) José Erivan de Souza Ferreira
RG 300750143 6-4 ; diante das informações acima prestadas. com meu consentimento, quero submeter-me ao tratamento que me foi proposto.

DATA: 23/09/2023

José Erivan de Souza Ferreira
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Francisco Aurelio L. Sandrini
Cirurgião Bucto Maxilo Facial
CRO-CE 6045
ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL