



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ANNE KÉCIA DOS SANTOS BALBINO

**FRENECTOMIA LINGUAL COM LASER DIODO EM PACIENTE INFANTIL –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

CAMPINA GRANDE – PB

2019

ANNE KÉCIA DOS SANTOS BALBINO

**FRENECTOMIA LINGUAL COM LASER DIODO EM PACIENTE INFANTIL –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof^a. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa.

CAMPINA GRANDE – PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B172f Balbino, Anne Kécia dos Santos.
Frenectomia lingual com laser diodo em paciente infantil [manuscrito] : relato de caso clínico / Anne Kécia dos Santos Balbino. - 2019.
21 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Freio lingual. 2. Terapia a laser. 3. Frenectomia lingual.
4. Cirurgia bucal. I. Título
21. ed. CDD 617.605

ANNE KÉCIA DOS SANTOS BALBINO

**FRENECTOMIA LINGUAL COM LASER DIODO EM PACIENTE INFANTIL –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, como requisito à obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Odontologia.

Aprovada em: 02/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Edja M. Melo de B. Costa

Prof. Dr^a Edja Maria Melo de Brito Costa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Jossaria Pereira de Sousa

Prof. Dr^a Jossaria Pereira de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Renata de S. Coelho Soares

Prof. Dr^a Renata de Souza Coelho Soares
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por poder concluir mais uma etapa da minha vida e me dar uma família da qual sou grata todos os dias.

Á minha mãe Graça, que sempre esteve ao meu lado e me fortaleceu com suas palavras e seus conselhos. Por acreditar em mim e por estar sempre presente em tudo, me ajudando e me dando forças para completar mais uma etapa da minha vida.

Á minha irmã Kelly por todos os conselhos nos tempos difíceis e por me apoiar e sonhar comigo a conclusão desse curso. Pelos conselhos espirituais e por me fortalecer na fé. Aos meus irmãos Junior e Janaina que fizeram parte dessa história; sou grata a Deus por suas vidas.

Á minha avó, Anália que com seu carisma e bom coração sempre me recebeu alegre em sua casa e sempre torceu pelo meu futuro.

Ao meu companheiro, amigo e namorado, Ítalo, por me aconselhar, ajudar e ser minha companhia durante os anos de curso.

Aos meus colegas de sala que construíram essa história durante esses cinco anos junto comigo e que fizeram os dias mais especiais com sua presença, cada uma da sua maneira.

Á Nicolli, minha companheira de clínica pelos momentos juntas, sempre procurando colocar em prática na clínica aquilo que aprendemos em sala de aula. Também sou grata por dispor de sua paciente para que eu pudesse elaborar esse caso clínico.

Aos meus amigos, Rizzeli e Herlon, pais de Sophia, meu agradecimento por terem autorizado as imagens para esse trabalho. Desejo que continuem sendo essa família linda e abençoada.

Gratidão aos pacientes que fizeram parte da minha história e que se tornaram peça chave para a construção da minha aprendizagem.

Ás professoras Edja, Jossaria e Renata por fazerem parte desse momento importante na minha vida, e por conduzirem o ensino com amor e dedicação, muito obrigada!

FRENECTOMIA LINGUAL COM LASER DIODO EM PACIENTE INFANTIL – RELATO DE CASO CLÍNICO

LINGUAL DIODE FRENECTOMY IN A CHILD PATIENT - CASE REPORT

Anne Kécia dos Santos Balbino ¹

RESUMO

O freio lingual é uma estrutura anatômica em forma de prega, que se insere na metade da base da língua e vai até o assoalho da cavidade bucal. Quando esta inserção vai até o ápice da língua caracteriza a anquiloglossia, que pode causar limitações nos movimentos articulatorios da língua e comprometer a fala. Nessa situação, o tratamento consiste na sua remoção cirúrgica (frenectomia), e a aplicação do laser de diodo de alta potência pode representar uma das alternativas de tratamento. O laser constitui uma opção satisfatória para a frenectomia lingual uma vez que favorece a hemostasia, dispensa o uso de sutura, reduz o edema e dor, promovendo cicatrização mais rápida e reduzindo o tempo de trabalho. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de uma criança de 6 anos de idade, com anquiloglossia e relatos de dificuldades para articulação de algumas palavras, avaliando os benefícios advindos da aplicação da técnica para tratamento do referido caso. Foi indicada a frenectomia utilizando a técnica cirúrgica com o laser de diodo de alta potência. A cirurgia foi realizada sem intercorrências e com pouco sangramento. Não houve necessidade de realizar sutura e imediatamente após a cirurgia a paciente já apresentou evidente mudança na protrusão e elevação da língua, e no pós-operatório foram evidenciados ganhos relativos à mobilidade da língua e fala da paciente, especialmente ao pronunciar fonemas com [r]. O laser de diodo de alta potência mostrou-se como uma adequada opção para frenectomia lingual na odontopediatria.

Palavras-chave: Freio lingual. Procedimentos cirúrgicos bucais. Terapia a laser.

¹ Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: keciasantos123@gmail.com

ABSTRACT

The lingual brake is a fold-shaped anatomical structure that fits in half of the base of the tongue and extends to the floor of the oral cavity. When this insertion goes to the apex of the tongue, it characterizes ankyloglossia, which can cause limitations in the articulatory movements of the tongue and compromise speech. In this situation, the treatment consists of its surgical removal (frenectomy), and the application of the high power diode laser may represent one of the treatment alternatives. Laser is a satisfactory option for lingual frenectomy because it favors hemostasis, does not require suture, reduces edema and pain, promotes faster healing and reduces working time. The aim of this study was to present a case report of a 6-year-old child with ankyloglossia and reports of difficulties in articulating a few words, evaluating the benefits of applying the technique to treat this case. Frenectomy was indicated using the high power diode laser surgical technique. The surgery was performed uneventfully and with little bleeding. There was no need for suturing and immediately after surgery the patient already showed evident change in protrusion and elevation of the tongue, and postoperative gains were evidenced regarding the patient's tongue and speech mobility, especially when pronouncing phonemes with [r]. The high power diode laser has proved to be an appropriate option for lingual frenectomy in pediatric dentistry.

Keywords: Lingual Brake. Oral Surgical Procedures. Laser Therapy.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DO CASO CLÍNICO.....	10
3. DISCUSSAO	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERENCIAS.....	16
APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINANDO PELO RESPONSÁVEL	19
ANEXO A – PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	20
ANEXO B – PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	21

1. INTRODUÇÃO

O freio lingual é uma estrutura anatômica em forma de prega, que se insere na metade da face inferior da língua e vai até o assoalho da cavidade bucal. Quando o freio lingual se estende até a ponta da língua torna-se curto, caracterizando a condição denominada de anquiloglossia, conhecida popularmente como língua presa (BALLARD et al 2002; BRITO et al 2008). A anquiloglossia pode ser observada em recém nascidos, crianças, adolescentes e adultos. A prevalência dessa condição clínica varia de 1% a 10,7% dependendo da população de estudo e do critério de diagnostico utilizado (HOGAN et al 2005; SEGAL et al 2007; SUTER et al 2009 PROCOPIO et al 2017), e acomete com mais frequência o sexo masculino (BHATTAD et al 2013 JUNQUEIRA et al 2014; ISAACSON, 2016). A etiologia não é conhecida, porém possui um forte componente genético (SUTTER et al., 2009; ROWAN-LEGG, 2015; FERRÉS-AMAT et al., 2017).

A partir dos 6 meses, pode-se realizar a frenectomia, ainda que não haja alterações na alimentação, mas sejam observadas limitações mecânicas evidentes como: incapacidade para esticar a língua e tocar o lábio superior (BRAGA et al., 2009; CUESTAS et al., 2014). O tratamento da anquiloglossia consiste na frenectomia, excisão do freio lingual, seja pela técnica cirúrgica convencional ou por meio de laser de alta potência (KIRAN et al 2007; TOLEDO et al 2012; CASTILLO et al 2013). Geralmente é realizada em crianças maiores do que um ou dois anos de idade, antes de se estabelecer a fala. Alguns profissionais consideram que a frenectomia torna-se mais difícil com o desenvolvimento da criança, uma vez que cooperam menos, dificultando o manejo e acesso cirúrgico (LALAKEA et al., 2003; LEAL et. al., 2010). Em menores de 6 meses somente se indica a cirurgia quando há dificuldades na alimentação.

O laser de alta potência é conhecido pela sigla High intensity laser treatment (HILT) (CAVALCANTI, et. al., 2011). Os HILTs ou lasers cirúrgicos são utilizados na odontologia para corte, coagulação e cauterização. Também possuem efeitos de ablação em preparos cavitários odontológicos, em cirurgias periodontais, como frenectomia e gengivectomia (GOMES, et. al., 2007; CAVALCANTI, et. al., 2011; ELANCHEZHIAN, et. al., 2013).

A cirurgia realizada com laser apresenta uma série de benefícios em relação a cirurgia convencional, como redução do tempo de trabalho, melhor hemostasia,

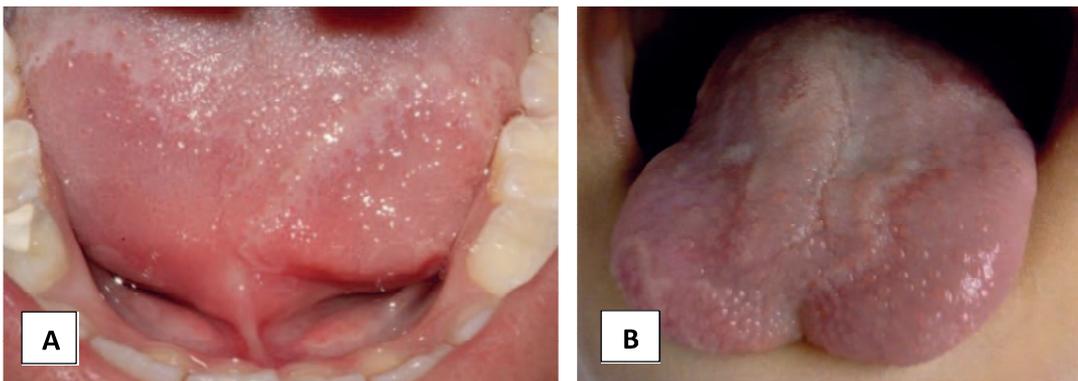
dispensa o uso de sutura, reduz o edema e propicia uma cicatrização mais rápida, possibilitando maior conforto para o paciente no período pós-operatório (ESTRELA, 2018). Enquanto a técnica convencional sempre exige suturas, que podem causar desconforto e dor no pós-operatório, não havendo o efeito da fotobiomodulação proporcionada pelo laser (JAE-YONG JIN et. al., 2010; JOHAR et. al., 2011; MEDEIROS, 2012; ELANCHEZHIAN, et. al., 2013). Como os lasers de alta potência atuam por meio do aumento na temperatura, seu uso traz ainda como vantagem a descontaminação da superfície irradiada, aumentando a probabilidade de ocorrer uma reparação tecidual sem a presença de infecção na ferida cirúrgica (CARDOSO et. al., 2016; FONTES et. al., 2016).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de frenectomia lingual em um paciente infantil utilizando o laser de diodo de alta potência.

2. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, natural de Campina Grande, Paraíba, Brasil, compareceu à Clínica Infantil da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) acompanhada pela mãe para atendimento odontológico, tendo como queixa principal “dificuldade de movimentar a língua e de pronunciar palavras com [r]”, segundo relato da genitora. Durante a anamnese a mãe relatou que teve diabetes gestacional e complicações durante o parto, e que a criança não apresentou nenhum problema de saúde ou doença crônica, além disso, não houve relatos de *bullying*. A higiene oral era realizada pela própria criança, as vezes supervisionada pela mãe. Durante o atendimento odontológico apresentou comportamento ansioso e algumas vezes não colaborativo. Ao exame físico extraoral não foram encontradas quaisquer alterações na cadeia ganglionar e das glândulas salivares. Ao exame físico intraoral foi notado a presença de freio lingual curto, com inserção no ápice, e língua geográfica (Figura 1A). Na realização do movimento de protrusão a língua dobrou-se, conferindo um formato de “coração”, característico do freio lingual curto (Figura 1B). Foi observado diastema interincisivo nos dentes inferiores.

Figura 1: A – Aspecto clínico do freio lingual curto e detalhe da língua geográfica; B – Língua em protrusão exibindo formato de “coração”.



Fonte: Elaborada pelo autor

Diante do quadro clínico indicou-se a frenectomia lingual e optou-se pela cirurgia à laser de diodo. A cirurgia foi realizada Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Previamente ao procedimento cirúrgico realizou-se a antisepsia extraoral e intraoral, utilizando gluconato de clorexidina 2% e gluconato de clorexidina 0,12%,

respectivamente. Em seguida, realizou-se a anestesia local infiltrativa, com lidocaína 2% com epinefrina, respeitando a dosagem em relação a idade de 6 anos e peso de 45 kg da criança.

Após anestesia, a língua foi apreendida com pinça e gazes e mantida elevada para remoção do freio lingual utilizando o laser de diodo (Figura 2). A cirurgia não apresentou intercorrências, havendo pouco sangramento. Não houve necessidade de realizar sutura. Imediatamente após a cirurgia a paciente já apresentava evidente mudança nos movimentos de elevação da língua (Figura 3).

Figura 2 – Apreensão da língua e secção do freio lingual utilizando o laser de diodo.



Fonte: Elaborada pelo autor

Figura 3 – Elevação da língua logo após a cirurgia.



Fonte: Elaborada pelo autor

Foram prescritos anti-inflamatório (Ibuprofeno 100 mg/ml, 20 gotas durante 3 dias ou por até 5 dias em caso de dor) e antibiótico (Amoxicilina 400 mg/5mL, 5 mL

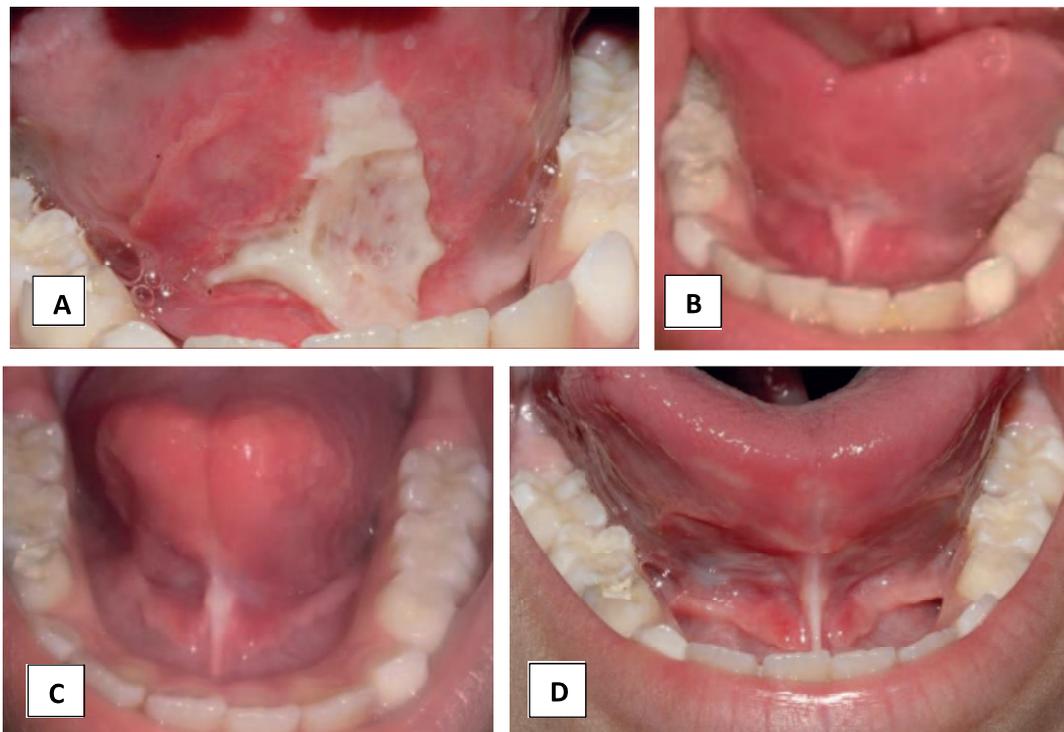
de 8/8 horas, por 7 dias). Os cuidados pós operatórios incluíram bochechos com antisséptico (Gluconato de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia, durante 7 dias).

Foram também repassadas as recomendações relacionadas à alimentação, como não consumir alimentos ácidos, farináceos, ingerir alimentação líquida/pastosa, fria/gelada nos primeiros dias. Recomendou-se evitar grandes movimentos da língua na fase oral da deglutição. Além disso, foram enfatizados os cuidados de higiene oral e necessidade de repouso pós operatório.

No controle pós-operatório de 7 dias observou-se a formação de um tecido cicatricial no local da ferida cirúrgica (Figura 4A) e relatos de leve incômodo na movimentação lingual, sem registros de dor ou dificuldades durante a alimentação.

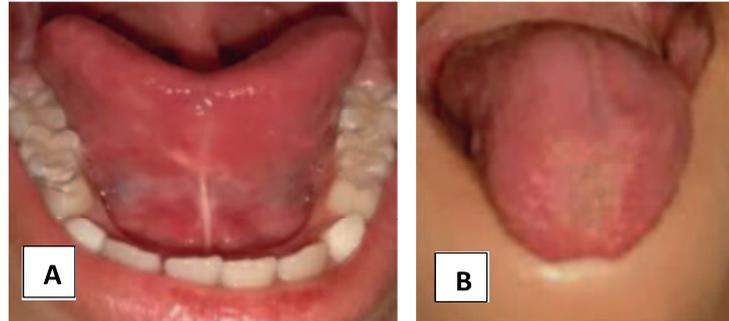
No pós-operatório de 21 dias, constatou-se satisfatórias cicatrização e mobilidade lingual (Figura 4B). A paciente foi acompanhada mensalmente durante 4 meses, e constatou-se inserção normal do freio lingual, mucosa reepitelizada e protrusão normal da língua (Figura 4C, Figura 4D, Figura 4E, Figura 4F). Segundo a genitora, após a cirurgia a paciente passou a pronunciar fonemas com [r] sem dificuldades.

Figura 4: A – Cicatrização pós-cirúrgica de 07 dias; B – Pós-cirúrgico de 21 dias; C - Pós-cirúrgico de 02 meses; D - Pós-cirúrgico de 03 meses



Fonte: Elaborada pelo autor

Figura 5: A- Pós-cirúrgico de 04 meses; B – Protrusão da língua após 04 meses.



Fonte: Elaborada pelo autor

3. DISCUSSAO

Em situações de normalidade, os freios orais são estruturas que têm por função delimitar e controlar os movimentos dos lábios e da língua. No entanto, quando interferem nas funções orofaciais é necessário intervir (REGO, 2017). Foi o que ocorreu no presente caso, onde a criança apresentava problemas nos movimentos da língua e na fala (BRAGA et al., 2009; OREDSSON et al., 2010), em função da anquiloglossia.

Os pacientes submetidos à frenectomia convencional, excisão do freio com bisturi, muitas vezes experimentam dor pós-operatória e desconforto, agravados pela presença da sutura (BUTCHIBABU et al., 2014; ESTRELA et al., 2017). Sintomas não evidenciados neste caso clínico, havendo relato de dor leve na primeira semana pós operatória. Não houve necessidade de sutura, uma vez que a ferida cirúrgica à laser cicatriza por segunda intenção, devido à produção de tecido de granulação e reepitelização que ocorre a partir das margens da ferida para o seu centro progressivamente (BUTCHIBABU et al., 2014; ESTRELA et al., 2017).

Neste caso clínico, apesar da paciente apresentar durante o atendimento, ansiedade e choro, ainda que na presença da mãe, houve colaboração suficiente para realização do procedimento. Segundo KOTLOW (2011) e FONTES et. al. (2016), a terapia a laser se comparada a outras técnicas como a convencional, contribui para um tratamento mais rápido e eficaz, diminuindo as dificuldades operatórias, agilizando o tempo de trabalho e favorecendo, na maioria das vezes, o comportamento psicoemocional do paciente infantil.

Apesar do laser reduzir a contaminação microbiana na ferida cirúrgica, optou-se pela prescrição antibiótica além dos cuidados de higienização, por se tratar de um ambiente que não é livre de bactérias, visando à prevenção e redução da frequência de complicações pós-operatórias (BATINJAN et al., 2013; ARORA et al., 2016). Imediatamente após a cirurgia, observou-se hemostasia e ferida cirúrgica com aspecto cauterizado, aspecto característico da ferida operatória produzida pelo laser diodo de alta potência. Este tipo de laser tem a capacidade de cortar o tecido ao mesmo tempo que realiza a coagulação e hemostasia da ferida (AKBULUT et al., 2013).

Os tecidos moles absorvem grande parte do estímulo energético, produzindo a vaporização tecidual por meio de carbonização, o que reduz o sangramento e amplia a visibilidade do operador durante a cirurgia dispensando, muitas vezes, o uso de suturas (CARDOSO et. al., 2016). Sua energia luminosa é bem absorvida pelos tecidos moles e fracamente absorvida pelos tecidos duros. Ou seja, corta os tecidos moles e preserva os tecidos duros que estão na sua proximidade, conferindo segurança em sua aplicação em regiões como o assoalho bucal (BOJ et al., 2011).

A frenectomia usando o laser diodo gerou bons resultados, sem efeitos indesejáveis, cujos achados são atribuídos as propriedades físicas deste tipo de laser. O calor gerado pelo laser em alta intensidade é mais controlado, pouco dissipado, seletivo e de rápido esfriamento (CARDOSO et. al., 2016).

Vale a pena ressaltar que apesar da ampla indicação do laser em odontopediatria, nem sempre é possível recorrer a esta terapia. O laser está contraindicado em pacientes com pacemakers; com epilepsia com frequência ≥ 800 Hz; com antecedentes de dor no peito ou arritmias; em pacientes com lúpus ou sob terapia fotossensível, devendo ainda ser evitado em tecidos tumorais (NEENA et al. 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O laser de diodo de alta potência mostrou-se como uma adequada opção para frenectomia lingual na odontopediatria, apresentando resultados satisfatórios no trans e pós-operatório, com melhorias na mobilidade da língua e fala da paciente.

REFERENCIAS

AKBULUT N, KURSUN ES, TUMER MK, KAMBUROGLU K, GULSEN U. Is the 810-nm diode LASER the best choice in oral soft tissue therapy? **European Journal of Dentistry**. p. 207-211, 2013.

ARORA, A., ROYCHOUDHURY, A., BHUTIA O., PANDEY, S., SINGH, S., DAS, B. K. Antibiotics in third molar extraction; are they really necessary: A non-inferiority randomized controlled trial. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 5, n. 2, p. 166-71, 2016.

BATINJAN, G., ZORE, I. F., RUPIC, I., JURIC, I. B., ZORE, Z., PANDURIC. Assessing Health-Related Quality of Life With Antimicrobial Photodynamic Therapy (AAPDT) and Low Level Laser Therapy. **JLMD**, v. 4, n. 3, p: 120-6, 2013.

BHATTAD MS, BALIGA M, KRIPLANI R. Clinical guidelines and management of ankyloglossia with 1-year followup: report of 3 cases. *Case reports in dentistry*. 2013

BALLARD JL, AUER CE, KHOURY JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. **Pediatrics**, p.63-8, 2002.

BRITO, S. F. et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica”. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 343-51, Jul./Set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462008000300009&lang=pt>. Acesso em 04 Out. 2019.

BRAGA LAS, SILVA J, PANTUZZO CL, MOTTA AR. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. **Revista CEFAC**. p.378-90, 2009.

BORSATTO, M.C.; TORRES, C.P.; ASSED, S. Cirurgia em Odontopediatria. In: Sada S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica / SadaAssed. São Paulo: **Editora Artes Médicas**; p. 289 – 239, 2005.

BOJ JR, POIRIER C, HERNANDEZ M, ESPASA E, ESPANYA A. LASER soft tissue treatments for paediatric dental patients. **European Archives of Paediatric Dentistry**. p. 100-105, 2011.

BUTCHIBABU, K; KOPPOLU, P; MISHRA, A; PANDEY, R; SWAPNA, LA; UPPADA, UK. Evaluation of patient perceptions after labial frenectomy procedure: A comparison of diode laser and scalpel techniques. **European Journal of General Dentistry**; p. 129-33, 2014.

CARDOSO, M. V.; KARAM, P. S. B. H.; ZANGRANDO, M. S. R.; *et al.* Vantagens da frenectomia labial por laser de diodo de alta intensidade. **ImplantNewsPerio**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 772-778, 2016.

CASTILLO CAL, BASULTO HB, SOCARRÁS DA, PÉREZ OR, GARCÍA GF. Frenillo labial superior doble. **Revista Cubana de Pediatría**. v.85, n.4, p.523-8. 2013.

CAVALCANTI, T. et al. Conhecimento das propriedades físicas e da interacção do laser com os tecidos biológicos na odontologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, p. 955-960, 2011.

CUESTAS. A. G, DEMARCHIA. V, CORVALÁNA. M. P, RAZETTIA. J; BOCC. C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. **Archivos Argentinos Pediatría**. p. 567-570, 2014.

ELANCHEZHIAN, et al. Comparison of diode laser-assisted surgery and conventional surgery in the management of hereditary ankyloglossia in siblings: a case report with scientific review, **Lasers in Medical Science**. p. 7–12, 2013

ESTRELA, M.C.B.D. **Tecnologia Laser em Odontopediatria - Frenectomia em Foco**. Dissertação (Mestrado em odontologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

FERRÉS-AMAT, E. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study, **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.18, n.4, p. 319-325, 2017.

FONTES, G.A. et al. Remoção de mucocele com laser diodo: relato de caso clínico em paciente infantil. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. vol.70, n.3 São Paulo Jul./Set. 2016.

GOMES, E. et al. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. vol.69, n.1 São Paulo Jan./Mar. 2015

GOMES, A. S. L. et al. Radiação laser: aplicações em cirurgia oral. **International Journal Dentistry**, v.6, p.17-20, 2007.

HOGAN M, WESTCOTT C, GRIFFITHS M. Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. **Journal Paediatric Children Health**.p.246-50, 2005.

ISAACSON GC. Ankyloglossia (tongue-tie) in infants and children. **Uptodate**. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/ankyloglossia-tongue-tie-in-infants-and-children?source=see_link. Acesso em 03 de outubro de 2019.

JAE-YONG JIN et al. A comparative study of wound healing following incision with a scalpel, diode laser or Er,Cr:YSGG laser in guinea pig oral mucosa: A histological and immunohistochemical analysis, **Acta Odontologica Scandinavica**, p.232– 238, 2010.

JOHAR K. Fundamentals of laser dentistry. **Jaypee Brothers Medical Publishers**, 2011.

JUNQUEIRA MA, CUNHA NNO, SILVA LLC, ARAÚJO LB, MORETTI ABS, COUTO FILHO CEG, SAKAI VT. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. **Journal of Applied Oral Science**. v. 22, n.3, p. 241-8, 2014.

KIRAN K, MUTHU MS, RATHNA PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. **Journal of Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry**, p 23-26, 2007.

KOTLOW, L. Diagnosis and treatment of ankyloglossia and tied maxillary fraenum in infants using Er:YAG and 1064 diode laser. **European Archives of Pediatric Dentistry**, p. 106-12, 2011.

LEAL, R.A.S. Frenectomia Labial e Lingual em Odontopediatria. **Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto**, 2010.

LALAKEA, M., MESSNER, A. Ankyloglossia: does it matter? **Pediatric Clinics of North America**; p.381-397, 2003.

MEDEIROS JÚNIOR R. **Avaliação Clínica de Pacientes Submetidos à Frenectomias Labiais com Laser de Nd: YAG e Cirurgia Convencional**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) -Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2012.

NEENA, I. et al. Lasers in pediatric dentistry: A review. **International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews**, Incessant Nature Science Publishers. 2015.

OREDSSON J, TÖRNGREN A. Frenotomy in children with ankyloglossia and breast-feeding problems. A simple method seems to render good results. **Lakartidningen**. n.10, p. 676-8, 2010.

PROCOPIO I.M.S,COSTA V.P.P, LIA E. N. Frenotomia lingual em lactentes. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 114-119, jan./abr. 2017.

REGO, A.S.T. **Frenectomia: Momento Ideal De Intervenção Cirúrgica** (Dissertação de Mestrado, FMDUP, Porto). 2017

ROWAN-LEGG, A. Ankyloglossia and breastfeeding., **Paediatrics & Child Health**, v.20, n.4, p. 209-218, 2015.

SEGAL L.,STEPHENSON, R.,DAWEN, M., FELDMAN, P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. **Canadian Family Physician**;p.1027-1033, 2007.

SUTTER, V., BORNSTEIN, M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. **Journal Periodontology**; v. 80, n.8, p.1204-19, 2009.

TOLEDO O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2012.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINANDO PELO RESPONSÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu Hedon Távares dos Santos, portador do documento de identidade 1267668 AUTORIZO expressamente a utilização de dados clínicos e da documentação que se encontra na ficha de prontuário médico/científico do menor Sofia Lira Távares para publicação do caso em revista científica, permitindo exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmica. O objetivo desse trabalho é discutir as características da patologia, em meio científico, em função das particularidades de apresentação e metodologia de diagnóstico e tratamento.

Ao responsável legal caberá a autorização ou recusa em participar da realização do trabalho, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Esse termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo uma entregue ao Sr. ou Sra. responsável pelo menor e a outra arquivada pelo pesquisador responsável.

Dessa forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar em pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande, 18 de Março de 2019.

Anne Keua dos Santos Galvão

Assinatura do pesquisador

Hedon Távares dos Santos

Assinatura do responsável legal pelo participante

ANEXO A – PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA


UEPB
 UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

RECEITUÁRIO

PACIENTE: SOPHIA LIRA FAVARES

Uso Oral:

- Ibuprofeno 100 mg/ml ^{Soluções} 01 frasco.
 Tomar 20 gotas de 08/08 horas
 por 03 dias ou em caso de dor até
 05 dias.

Uso Topico:

- Piroxicam 01 frasco.
 Bichuvas 05ml da substância 2X ao
 dia por 07 dias.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Depto. de Odontologia
 Prof. Rômulo de Sousa Castro Soares
 CRO-PB 5526 - Matrícula: 124682-8

Campina Grande, de de

ANEXO B – PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

uepb
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA

**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

Identificação do Emitente Nome Completo: <u>RENATA DE S. COELHO</u> CRO: <u>3526</u> UF: <u>PB</u> End: <u>AV. BANÁNYA</u> Cidade: <u>CAMP. GRANDE</u> UF: <u>PB</u> Telefone: <u>3315-3331</u>	1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogeria 2ª Via – Orientação ao Paciente  Carimbo do Dentista
--	---

Paciente: SOPHIA LIRA TAVARES
Endereço: Nº ANTONIETA KARIZ MARQUES

Prescrição:
Amoxicilina 400mg/5ml - 01 frasco.
Tomar 05 ml de 08/08 horas por
07 dias.

Data: / / 201


Assinatura do Dentista

Identificação do Comprador Nome: _____ Ident. _____ O.Emissor _____	Identificação do Fornecedor
---	-----------------------------