

DOSSIÊ PRODUÇÃO DISCENTE

FRENECTOMIA A FONOAUDIOLOGIA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO¹

FRENECTOMÍA DE LA FONOAUDIOLOGÍA PRE Y POST-OPERATORIA

SPEECH THERAPY FRENECTOMY IN PRE AND POST SURGERY

Laís da Silva Costa ²

RESUMO:

Este artigo foi realizado pensando na importância da correta dicção em pessoas que passam por cirurgia de frênulo, frenectomia. Esta pesquisa empírica que envolveu o acompanhamento de dois casos de frenectomia, sua evolução e resultados. Se justifica pela necessidade de aprofundamento do conhecimento fonoaudiológico em paciente submetidos a frenectomia, para apontar as técnicas necessárias para uma melhora significativa na fala. O objetivo foi comprovar a eficácia da intervenção fonoaudiológica após a frenectomia lingual. A pesquisa teve como metodologia o levantamento bibliográfico em livros e sites de artigos científicos. Foi possível concluir que o resultado das atividades fonoaudiológicas, favoreceram um melhor desempenho na musculatura que comportam as estruturas oromiofaciais.

PALAVRAS-CHAVES: Frênulo de Língua. Frenectomia. Fala.

RESUMEN:

Este artículo fue pensado a partir de la importancia de la correcta dicción en personas que pasan por cirugía de frenillo, o frenectomía. Esta investigación empírica implicó el seguimiento de dos casos de frenectomía, incluyendo su evolución y resultados. Este trabajo se justifica por la necesidad de profundización del conocimiento fonoaudiológico en pacientes sometidos a frenectomía, señalando pues las técnicas

¹ Artigo desenvolvido sob orientação da Prof^a. Me. Elizabeth Matilda de Oliveira Williams e co-orientação do Prof. Me. Luiz Maurício Nogueira Nunes e Prof. Me. Cecílio Peixoto Gomes Neto como avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no 8º. Período do curso de Fonoaudiologia e apresentado à banca examinadora.

² Aluna do curso de Fonoaudiologia do UNIFLU. E-mail: laaiiscosta@hotmail.com

necesarias para una mejora significativa del habla. El objetivo es demostrar la eficacia de la intervención fonoaudiológica después de la frenectomía lingual. La investigación tuvo como soporte teórico-metodológico el levantamiento bibliográfico en libros y sitios de artículos científicos. Fue posible concluir que el resultado de las actividades fonoaudiológicas favorecieron un mejor desempeño en la musculatura que comporta las estructuras oromiofaciales.

PALABRAS CLAVE: Frénulo de lengua. Frenectomía. Habla.

ABSTRACT:

This article deals with the importance of correct diction in people who undergo frenulum surgery, frenectomy, which is given through speech language guidance. This empirical research involved the follow-up of two cases of frenectomy, its evolution and results. It is justified by the need to deepen the speech language knowledge in patients submitted to frenectomy, to point out the techniques necessary for a significant improvement in speech. The objective was to prove the efficacy of the speech language intervention after lingual frenectomy. The research had as methodology the bibliographical survey in books and sites of scientific articles. It was possible to conclude that the results of the phonoaudiological activities, it was possible to perceive a better performance in both anatomical and functional tests of the individuals involved in the research.

KEYWORDS: Frenulum. Frenectomy. Speech improvement.

1. INTRODUÇÃO

A língua é primordial para a emissão dos sons da fala, mas também para outras funções, como sucção e mastigação e deglutição. Qualquer manifestação inadequada nesta estrutura leva a estas alterações citadas anteriormente, provocando modificações nos movimentos da língua, pois leva a alterações na emissão de alguns fonemas (/r/, /l/, entre outros).

Segundo Lofiego (2004):

Para uma produção adequada da fala, além da integridade de áreas do sistema nervoso central, é importante que o sistema estomatognático esteja anatômica e funcionalmente equilibrado, propiciando aos órgãos fonoarticulatórios condições para a realização dos movimentos necessários para a sua produção.

Na pesquisa realizada por Martinelli e Marchesan (2012 / 2013), foi apontado que o frênulo de língua, durante os primeiros doze meses de vida da criança não se

modifica, o que requer dizer que este ao nascer com alguma alteração na extensão, na fixação na língua e no assoalho da boca, será permanente, exceto que tratada cirúrgica e ou fonoaudiologicamente. Por tanto, o exposto acima justifica a necessidade de aprofundar o conhecimento fonoaudiológico em paciente submetidos com a frenectomia de língua, para apontar as técnicas necessárias para uma melhora significativa na fala.

Esta pesquisa foi feita através de uma metodologia empírica, desenvolvida com dois pacientes, sobre processo cirúrgico, acompanhado por uma fonoaudióloga supervisora, acadêmica do curso de fonoaudiologia do 8º período do Centro Universitário Fluminense (UNIFLU), realizado pelo professor cirurgião dentista, com anamnese, e o posterior acompanhamento para e suas consequências, apontando os resultados nos pacientes observados.

Quadro 1 – Cronograma da pesquisa

Jul/2018	Ago/2018	Set/2018	Out/2018	Nov/2018
Avaliação pré-cirúrgica. Anamnese de paciente	Acompanhamento cirúrgico	Avaliação evolutiva pós-cirúrgica	Aplicação de técnicas fonoaudiológicas sobre paciente, com estimulações	Conclusão

Fonte: Elaborado pela autora.

Aspectos como o desenvolvimento ósseo e a situação oclusal também influenciam a produção da fala, compondo o binômio forma-função. A forma corresponde à parte óssea, e a função ao termo genérico que relaciona cada parte do complexo orofacial, transformando-o num sistema dinâmico por meio de atividades coordenadas (MARTINELLI, 2011).

Dentre os fatores que interferem na articulação de sons da fala, os problemas de dentição e oclusão, as alterações orofaciais e a respiração oral são os mais frequentemente apontados na literatura. No que se refere às alterações orofaciais, o frênulo lingual alterado é um dos principais aspectos que pode levar a um prejuízo na produção da fala

O objetivo geral deste trabalho foi comprovar a eficácia da intervenção fonoaudiológica após a frenectomia lingual e como objetivos específicos são: analisar a conceituação de frênulo, trabalhar as questões fonéticas alteradas, dissertar sobre os passos fonoaudiológicos após as frenectomia lingual.

2 - CONCEITUAÇÃO

A evolução do homem é marcada pela comunicação, que vai desde sinais, pintura até a evolução para a comunicação oral. Esta é uma das características particulares do ser humano, a capacidade de comunicar-se com o outros através da fala.

A comunicação dá-se de forma falada, lida ou escrita. Segundo Lofiego (1992), a linguagem é o meio que o homem usa para se comunicar, cientificamente, sendo utilizado um sistema de sinais que tem a finalidade de comunicação social. Portanto a fala, é o que permite a expressão dos pensamentos.

Para Canongia (1986), a fala é uma forma especial de comportamento altamente integrada e unificada, na qual os órgãos fonoarticulatórios desempenham importante papel.

Segundo Marchesan (2010):

Como a língua é um dos elementos móveis mais importantes na produção da articulação, entende-se que seja importante que todo fonoaudiólogo saiba o que é, além de saber avaliar o frênulo da língua. Quando há alteração dessa pequena membrana mucosa, os movimentos e a postura da língua ficam prejudicados. Se a língua e seus movimentos estão em desacordo com o esperado, a fala, em maior ou menor grau, pode ser atingida. Nas queixas de fala recebidas, é frequente a preocupação do paciente, ou de seus familiares, com a possibilidade de o frênulo estar alterado. É senso comum que a chamada “língua presa” pode interferir na fala. O fonoaudiólogo é o profissional responsável pela avaliação e o tratamento da fala de uma forma geral, então é sua obrigação saber avaliar se o frênulo da língua está ou não alterado e se é a causa, ou interfere, nas alterações de fala.

Mas, existem distúrbios que possam comprometer a fala e conseqüentemente a comunicação com o meio. Um deste, é o frênulo de língua, que é uma prega mucosa que se localiza na parte frontal da língua.

Pozza (2003) explica que:

O frênulo da língua vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca. É uma grande prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva, recobrando a face lingual da crista alveolar anterior, para a face póstero-inferior da língua, sendo constituído de tecido conjuntivo fibrodenso e, ocasionalmente, de fibras superiores do músculo genioglosso. Esta prega mucosa vai de uma parte mais fixa para uma parte com maior liberdade de movimentos.

Estudos apontam que, popularmente conhecida como língua presa, é de origem hereditária, com maior incidência no gênero masculino, relacionados com o cromossomo X e resultados de mutações do gene T-box, com herança autossômica dominante e penetrância incompleta (KLOCKARS, PITKARANTA, 2001; MARCANO et al., 2004; PAUWNS, MOORE, STANIER, 2009; BRAY BROOKET et al., 2009; HAN ET AL., 2012).

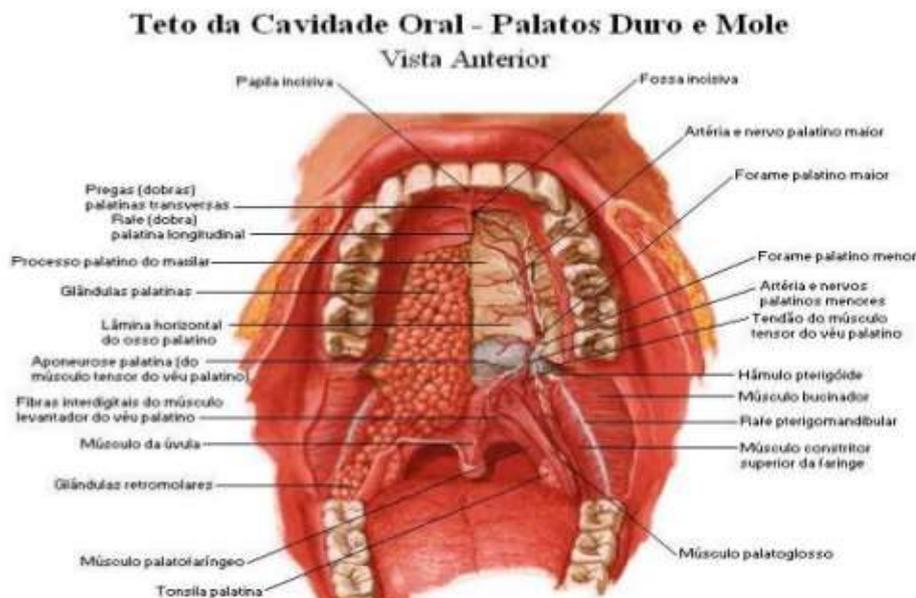
Há tipos diferentes de frênulo na língua, mas para diagnosticar e tratar, de forma cirúrgica e/ou fonoaudiológica, ou ambos, depende de um profundo conhecimento da função do frênulo e dos músculos deste órgão.

A língua é composta por vários músculos dispostos em vários planos, sendo classificado como longitudinais superiores e inferiores, transversos e verticais, que estão interligados por terem inserção na boca (POZZA, 2003).

O músculo estilogosso, através de sua contração, é responsável de fazer a língua dirigir-se para cima e para trás contra o véu palatino, atuando nos fonemas /k/ e /g/. Porém, as alterações do frênulo de língua, estão mais relacionadas aos fonemas /s/ e /z/.

Lofiego (1992) expressa que:

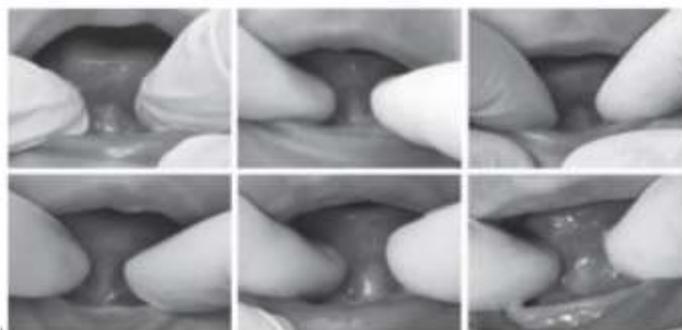
Quando existe alteração do frênulo da língua pode-se encontrar como consequência, boca entreaberta, alterações oclusais e periodontais, dificuldade nos movimentos realizados pela língua, assim como postura baixa da mesma na cavidade oral. As funções de mastigar, deglutir e a produção dos sons da fala podem se alterar. As alterações de fala mais comumente encontradas são as distorções dos fones [s] e [z] e do vibrante alveolar simples em todas as suas posições. Como adaptações ou compensações durante a fala observa-se ainda a ocorrência da diminuição do espaço entre maxilares, aumento da salivação, movimentos mandibulares excessivos de lateralização e anteriorização, o que pode gerar imprecisão da fala.

Figura 1 – Teto da cavidade oral com destaque para palatos duro e mole

Fonte: <https://pt.slideshare.net/walinaalves/anatomia-bucal-25093781>

3 - DETECÇÃO FONOAUDIOLOGIA DE FRÊNULO

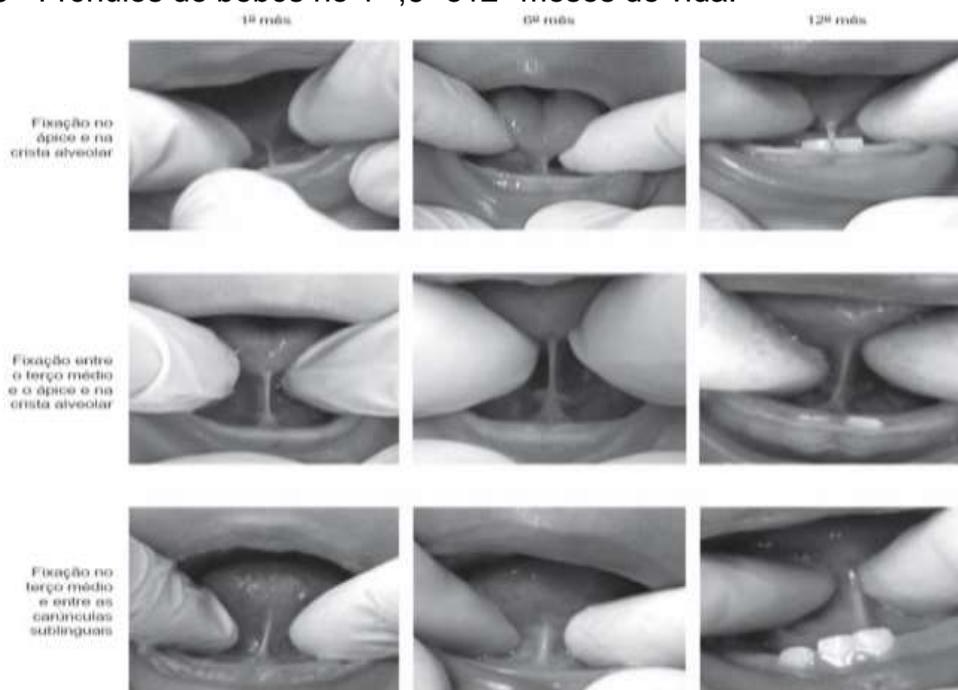
Estudos como Martinelli (2012), apontam que a dificuldades de amamentação estão relacionadas as alterações no frênulo lingual. Estas crianças têm, muitas vezes dificuldades de pegar o mamilo. Tal gera indícios ao pediatra e fonoaudiólogo a deduzir que há algum problema. No entanto, a visualização do frênulo quando recoberto por cortina de mucosa, também definido como frênulo posterior ou, ainda, como frênulo submerso (Figura 2), é muito difícil.

Figura 2 – Frênulo de bebês

Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n5/1982-0216-rcefac-18-05-01042.pdf>

As alterações podem ser relativas à sua fixação, que pode estar anteriorizada na face inferior da língua, ou quanto à sua extensão, quando ele é curto. Dessas duas situações pode decorrer uma diminuição da mobilidade da língua (BRITO, 2008).

Figura 3 - Frênulos de bebês no 1º, 6º e 12º meses de vida.



Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n5/1982-0216-rcefac-18-05-01042.pdf>

Usando um paquímetro digital, mede-se inicialmente a abertura máxima da boca com a língua no assoalho, (sem interferência da língua). Usar as bordas entre os incisivos (central ou lateral) superior e inferior (esquerdo ou direito) como apoio. Essa medida, em milímetros, será a referência para a segunda medida. Em seguida, solicita-se ao paciente que coloque a ponta da língua na papila palatina, mantendo essa postura com a maior abertura de boca. Usando o paquímetro digital, e os mesmos pontos de apoio usados anteriormente, é estabelecida a abertura da boca. A seguir efetua-se a proporção entre as duas medidas tomadas (MARCHESAN, 2004).

Segundo pesquisas da Organização mundial de saúde, em 2001, há uma incidência de problemas no frênulo de língua que pode chegar a até 10% da população mundial. Suas causas têm origem bem variada, mais a prevalência está no fator

genético. Quanto a sua etiologia, sabe-se que existem componentes genéticos envolvidos na transmissão e manifestação, mas a exata etiopatogenia da alteração do frênulo lingual, popularmente conhecida como língua presa, continua desconhecida (SUTER, 2009).

Estando a língua com sua mobilidade limitada, as funções que ela exerce poderão ser prejudicadas. Os movimentos da língua ficam reduzidos, a abertura da boca tende a ser menor durante a fala, o [r] brando pode estar distorcido e os grupos consonantais com [l] e com [r] podem não ser produzidos de forma clara e consistente. Pode-se observar dificuldade na aquisição de alguns sons, principalmente o vibrante alveolar simples [r], como na palavra *arara*. Mesmo quando os sons são adquiridos, a fala pode ficar com uma imprecisão devido ao fato de haver diminuição da abertura da boca⁹. Isso ocorre para que a língua possa alcançar o palato e produzir os sons que necessitam desse ponto de apoio (MARCHESAN, 2004).

Os pacientes que apresentam problemas no frênulo de língua têm queixas variadas. Além da alteração na fala e nos movimentos da língua, a postura no assoalho da boca, dificuldade para realizar movimentos com o ápice da língua, história de dificuldade para sugar o peito na época da amamentação; mastigação ineficiente e deglutição com alteração por dificuldade de acoplamento da língua no palato duro (BRAGA, 2009).

O frênulo lingual compromete a motricidade da língua e uma avaliação fonoaudiológica possibilita avaliar se este é alterado em curto e/ou anteriorizado, além de avaliar a interferência da alteração na produção da fala (MARCHESAN, 2004).

4 - ANÁLISE DE CASOS

Foram analisados dois pacientes, ambos do sexo masculino, nomeados como paciente A e B maiores de dezoito anos. O atendimento foi realizado no laboratório de Fonoaudiologia, no Centro Universitário Fluminense.

A principal queixa dos pacientes está relacionada a fala, em especial ao som do fonema /r/ nas palavras, além de pressão na articulação têmporo-mandibular (ATM).

O primeiro encontro foi realizado no dia vinte e quatro de agosto de dois mil e dezoito. Uma semana antes do procedimento da frenectomia. Para a avaliação

fonoaudiológica do frênulo da língua em ambos os casos se utilizou o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua (MARCHESAN,2004).

Nas provas anatômicas foram avaliadas alterações na elevação lingual, medida da abertura máxima da boca (AMB), medida da AMB com o ápice da língua tocando a papila incisiva, locais de fixação do frênulo, bem como sua classificação. Nas provas funcionais foi avaliada a mobilidade da língua, tônus muscular, a posição da língua durante o repouso e aspectos da fala. Para a avaliação dos aspectos abordados no exame clínico do protocolo são utilizados escores, considera-se zero a ausência de alteração, as alterações observadas são pontuadas com escore 1 ou 2, conforme a gravidade. De acordo com o protocolo utilizado, quando a soma dos escores das provas anatômicas for igual ou maior que 3, pode-se considerar o frênulo como alterado e, quando a soma das provas funcionais for igual ou maior que 15, pode-se considerar possível interferência do frênulo da língua nas funções orofaciais, incluindo a fala (MARCHESAN,2004).

No dia trinta e um de agosto de dois mil e dezoito ambos pacientes foram submetidos a frenectomia, realizada na Fundação Cultural de Campos Centro Universitário Fluminense no departamento de Odontologia. Sendo realizada por odontologista cirurgião responsável e acompanhada por estagiários na área de odontologia e fonoaudiologia. O procedimento consiste em frenectomias linguais, foram realizadas perante uma técnica anestésica regional e complementada com infiltrações na borda e ápice da língua (PURICELLI,2005).

Na sequência, foi realizado um tracionamento de maneira que o frênulo ficasse mais evidente, facilitando uma incisão com maior precisão (MARCHESAN,2004). Após, realizou-se a divisão das fibras verticais do músculo genioglosso. Antes do início da sutura, verificou-se, em conjunto com o fonoaudiólogo, se a elevação lingual estava suficiente para a recuperação da mobilidade e funcionalidade da língua (PURICELLI,2005).

A anamnese, sugerida pelo protocolo para avaliação de frênulo de língua (MARCHESAN,2004) e realizada em ambos pacientes consiste em 3 partes. Na primeira há indagações sobre a identificação do paciente, a segunda e terceira estão relacionadas a estrutura da língua com relação ao frênulo.

O paciente A é do sexo masculino, é estudante de odontologia, já foi submetido a frenectomia quando pequeno, mas ainda apresentava distúrbios de fala

relacionado ao frênulo, sendo esta a sua maior queixa. Não possui histórico familiar de problemas relacionados ao frênulo. É morador de Campos dos Goytacazes, foi amamentado por 4 meses e não possui problemas respiratórios, de alimentação ou deglutição.

Sua principal queixa esta relaciona a pronuncia do /r/. A ponta de sua língua tem formato retangular, a visualização do frênulo possível a partir das carúnculas sublinguais. A classificação clínica do frênulo é alterado, curto e/ou anteriorizado.

O paciente B é do sexo masculino, é cantor de profissão apresentava distúrbios de fala relacionada ao frênulo, sendo esta a sua maior queixa voltada ao som /r/. Não possui histórico familiar de problemas relacionados ao frênulo. É morador de Campos dos Goytacazes, foi amamentado por 6 meses e não possui problemas respiratórios, de alimentação ou deglutição.

5 - RESULTADOS

As cirurgias dos pacientes A e B realizadas no dia trinta e um de agosto de dois mil e dezoito, o tratamento fonoaudiológico teve início quinze dias após, ou seja, com a retirada dos pontos. O primeiro encontro foi dia dezenove de setembro tendo início as orientações dos exercícios de hipotonia da língua. Os encontros ocorreram durante as quartas feiras. Respectivamente dia vinte e seis de setembro, dias três, dez, dezessete, vinte e quatro e trinta e um de outubro. E tem previsão de continuar no mês de novembro, quando estes terão alta fonoaudiológica.

O paciente que passa pela cirurgia tem menos tônus da língua, ou seja, língua hipotônica (língua fraca), já que por ser esta presa, tendo movimento limitado, com a frenectomia a língua fica com maior movimento. Antes a ATM (articulação têmporo-mandibular) era mais forçada, agora com a liberação da língua está para ser menos exigida (MARCHESAN,2004).

Os dois participantes aumentaram a medida de AMB com o ápice tocando a região da papila incisiva, o que demonstra uma maior capacidade para elevar a língua em direção ao palato duro após a correção cirúrgica

O tratamento cirúrgico para alterações de frênulo lingual é indicado apenas quando a mobilidade da língua ou as funções orofaciais estão significativamente prejudicadas. Na literatura existem poucos estudos com o objetivo de avaliar o

impacto da frenectomia nos aspectos anatômicos e funcionais da língua. Em uma revisão sistemática de literatura realizada em 2009, foram citados quatro estudos que compararam aspectos relacionados à mobilidade de língua após o procedimento cirúrgico. Esses estudos utilizaram diferentes técnicas para a correção cirúrgica da alteração do frênulo lingual. Em três das pesquisas citadas, o procedimento realizado foi a frênuloplastia e somente em um deles, a frenectomia. Nos três estudos, foram tomadas medidas de AMB com língua tocando a região da papila incisiva e de protrusão da língua (extensão máxima da ponta língua além da arcada dentária inferior). Após o procedimento cirúrgico, assim como neste relato de casos, foi verificado aumento da medida da AMB com o ápice da língua tocando a papila incisiva, bem como maior possibilidade de protrusão da língua (MARCHESAN, 2004).

Foram realizados vários exercícios com os pacientes para adequar a tonicidade, mobilidade e a função da língua, tais como:

- a) Levar a ponta da língua na comissura labial direita e esquerda. Com a boca fechada, encostar a ponta da língua na parte interior das bochechas direita e esquerda.
- b) Colocar a ponta da língua na papila, fechar e abrir a boca;
- c) Com a boca aberta, colocar a ponta da língua nos incisivos superiores e inferiores;
- d) Com a boca aberta, encostar a ponta da língua no lábio inferior e lentamente levá-la ao superior;
- e) Golpear a língua contra as bochechas alternadamente;
- f) Controlar a ponta da língua na papila emitindo /n/;
- g) Com a ponta da língua atrás dos incisivos superiores, fazer pequenas batidas pronunciando /t-t-t/, também /d-d-d/, assim como com /t-d-n/;
- h) Circular a língua ao redor do lábio;
- i) Imitar a campainha do telefone;

Para uma melhora no controle da mandíbula foi solicitado que os pacientes fizessem os seguintes exercícios: Abrir a boca lentamente e fechar; abrir a boca rapidamente e articular ba...ba...ba...

O exercício para fortalecer os músculos da língua, onde com a língua para fora eles afinam e alongam. Outro consiste em escorregar a ponta da língua no palato, partindo da papila.

Todos os exercícios foram indicados na sequência de três series de quinze repetições três vezes ao dia. Ambos fizeram o indicado e as melhoras apareceram na primeira semana.

6 - OS BENEFÍCIOS APÓS A FRENECTOMIA

O paciente A, que já havia passado por uma primeira frenectomia e teve que se submeter a segunda, relatou que logo após a cirurgia sentiu a língua “solta na boca” fraca perdida.

O paciente B também relatou sentir a língua solta, sentindo-se um pouco perdido na fala e pressão na articulação têmporo-mandibular. Com a primeira seção de exercícios ambos relataram melhora significativa na tonicidade da língua e que somente perceberam o quanto a “língua era presa” após a cirurgia.

A fala sem distorção, em especial com o som do /r/ vem tendo melhora, em especial no paciente A, já o paciente B ainda apresenta dificuldade em algumas palavras como Araraquara, Ururá e outras. Ambos com melhora no escorrer da língua. O quadro um abaixo, apresenta os resultados de quinze dias após a frenectomia.

Quadro 1- Resultados após a frenectomia

Provas Funcionais	P1		P2	
	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS
Mobilidade de língua	Executa: tocar LI com ápice Executa aproximado: protraír e retraír, tocar LS com ápice, tocar PI com ápice, sugar palato, tocar CLD, tocar CLE Não executa: vibrar ápice	Executa: tocar LI com ápice, protraír e retraír, tocar LS com ápice, tocar PI com ápice, tocar CLD, tocar CLE, sugar o palato Executa aproximado: vibrar ápice	Executa: tocar LI com ápice, tocar CLE, tocar CLD Executa aproximado: protraír e retraír, tocar PI com ápice, sugar o palato, vibrar ápice Não executa: tocar LS com ápice	Executa: tocar LI com ápice, protraír e retraír, tocar PI com ápice, tocar CLD, tocar CLE, vibrar o ápice, sugar o palato Executa aproximado: Tocar LS com ápice
Escore - mobilidade (melhor resultado=0, pior=16)	8	1	6	1
Tônus de Língua	normal	normal	normal	normal
Tônus do assoalho da boca	diminuído	diminuído	normal	normal
Escore - tônus muscular (melhor resultado=0, pior=2)	1	1	0	0
Posição da língua durante o repouso	não se vê (mantém boca fechada)	não se vê (mantém boca fechada)	não se vê (mantém boca fechada)	não se vê (mantém boca fechada)
Escore - posição língua (melhor resultado=0, pior=3)	0	0	0	0
Fala	Distorção de sons na fala informal, fala automática e nomeção de figuras	Distorção de sons na fala informal, fala automática e nomeção de figuras	Distorção de sons na fala informal, fala automática e nomeção de figuras	Fala sem distorção
Escore - fala (melhor resultado=0, pior=12)	6	6	6	0
Outros alterações observadas na fala	Abertura de boca reduzida, posição da língua no assoalho, fala imprecisa, desvios para o lado esquerdo	Desvios para o lado esquerdo	Abertura de boca reduzida, posição da língua anteriorizada	Sem alterações
Escore - outros aspectos	4	1	3	0
Sons alterados	[s], [z], { r } e todas as sílabas complexas com [r] e [l]	[s], [z], { r } (desvios)	[s], [z] (ceceo anterior)	Sem alterações
ESCORE TOTAL PROVAS FUNCIONAIS (melhor resultado=0, pior=44)	19	9	15	1

LI= Lábio inferior; LS= Lábio Superior; PI= Papila incisiva; CLD= Comissura labial direita; CLE= Comissura labial esquerda

Fonte: Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. Rev CEFAC. 2004.

No que se refere à fala após a frenectomia, foi verificado que o paciente A deixou de apresentar alterações nessa função após o procedimento. O outro participante deixou de apresentar dificuldades com sílabas complexas, mas continuou apresentando distorção (desvios) dorsalização do arquifonema {r}. Assim como no estudo realizado, na literatura existem casos relatados em que há

normalização da fala somente com a realização do procedimento cirúrgico, e outros em que algumas distorções persistem (MARTINELLI, 2011).

As alterações tendem a persistir nos casos com maior interferência na fala e com um maior número de sons envolvidos antes do tratamento cirúrgico (SUTER, 2009).

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os dois pacientes estudados há um cantor (paciente B). O uso da fala, de forma correta, é primordial para sua profissão. O outro paciente é estudante de odontologia, tem como uma das ferramentas o uso da fala para se comunicar com seu meio. Para ambos a fala sem distorções é fundamental.

A frenectomia foi a solução encontrada para melhorar a fala destes pacientes. Em quinze dias após a cirurgia, uma série de exercícios fonoaudiológicos foram sendo executados, os primeiros objetivando melhora da tonicidade da língua. O segundo vislumbrando melhora no controle da mandíbula e o seguinte para fortalecer os músculos da língua.

Como resultado das atividades fonoaudiológica, foi possível perceber um melhor desempenho tanto em provas anatômicas quanto funcionais na segunda avaliação. A fala de ambos melhorou na primeira semana após o início dos exercícios. Sendo o paciente A com melhora na dicção, em especial na pronúncia do fonema /r/. O paciente B apresenta evolução na melhora da fala, demonstrando um pouco de restrição no som do /r/, mas vem progredindo cada vez mais com os exercícios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, L.A.S; SILVA, J.; PANTUZZO C.L; MOTTA A.R. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC*. 2009;11(3):378-90.

BRITO, SF; MARCHESAN, IQ; BOSCO, CM; CARRILHO, ACA; REHDER, MI. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Rev CEFAC*. 2008;10(3):343-51.

LOFIEGO, Janqueline Lanza. *Fissira lábio palatino: Avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico*. Rio de Janeiro.Revinter,1992.

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

MARTINELLI, RLC; FORNARO, EF; OLIVEIRA, CJM; FERREIRA, LMB; REHDER, MIBC. Correlações entre alterações de fala, respiração oral, dentição e oclusão. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):17-26

POZZA, D.H; DEYL, J.T; CARDOSO, E.S; CANÇADO, R.P; OLIVEIRA, M.G. Frenulectomia lingual: revisão de literatura e relato de caso clínico. *Rev Odontol UFES*. 2003; 5(2):19-25.

PURICELLI, E; PONZONI, D. Aspectos da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial em Odontopediatria. In: Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 3ª Ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005, p. 329-46.

SUTER, V.G.A, BORNSTEIN, M.M. Ankyloglossia: Facts and Myths in diagnosis and Treatment. *J Periodontol*. 2009; 80(8):1204-19.