

Artigo de Relato de Caso
Case Report Article

Frenectomia lingual em criança com paralisia cerebral sob estabilização protetora

Lingual frenectomy in a child with cerebral palsy under protective stabilization

Rosiane Santos de Souza¹
Aline Soares Monte Santo¹
Gabriela Mancia de Gutierrez²

Autor para correspondência:

Gabriela Mancia de Gutierrez
Rua Capitão Grandino, 380, apto 102 – Jardim Paulistano
CEP 18040-560 – Sorocaba – SP – Brasil
E-mail: gabrielamancia@hotmail.com

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Tiradentes – Aracaju – SE – Brasil.

² Departamento de Odontologia, Universidade de Sorocaba – Sorocaba – SP – Brasil.

Data de recebimento: 14 jun. 2023. Data de aceite: 20 maio 2024.

Palavras-chave:

paralisia cerebral;
assistência
odontológica
para pessoas
com deficiências;
anquiloglossia.

Resumo

Introdução: A paralisia cerebral (PC) é uma desordem não progressiva dos tônus, do movimento e da postura, causada por uma lesão que afeta o cérebro imaturo e que interfere no desenvolvimento do sistema nervoso central. A anquiloglossia causa limitação dos movimentos da língua e necessita de intervenção cirúrgica, chamada frenectomia lingual, na qual se remove o tecido mucoso que compõe o freio, liberando a língua para realizar seus movimentos e funções, melhorando assim todo o desenvolvimento da cavidade oral. **Objetivo:** Relatar o manejo cirúrgico de uma criança com PC e quadro de anquiloglossia. **Relato de caso:** Paciente chegou com queixa principal da anquiloglossia, além da preocupação pela ausência dos dentes 11 e 21; segundo a família, já havia mais de 6 meses que os incisivos centrais superiores decíduos haviam esfoliado. Ao exame clínico confirmou-se o quadro de anquiloglossia, falta de selamento labial com mordida aberta anterior. Foi realizada uma radiografia oclusal modificada da região dos incisivos superiores e observou-se apenas fibrose gengival impedindo a erupção dos dentes permanentes. O tratamento da anquiloglossia foi a frenectomia lingual, utilizando a técnica cirúrgica convencional, em âmbito ambulatorial, com uso da estabilização protetora. Para essa técnica utilizou-se o pedi-wrap, juntamente com a técnica corpo

a corpo feita pelo pai do paciente, além do uso do abridor de boca durante todo o procedimento cirúrgico. Optou-se por acompanhar a erupção dos dentes 11 e 21, sem nenhum tipo de intervenção. **Conclusão:** É possível atender em âmbito ambulatorial um paciente com paralisia cerebral, realizar procedimentos cirúrgicos, sem necessidade de sedação medicamentosa, desde que técnicas de estabilização protetora sejam bem executadas.

Abstract

Keywords:

cerebral palsy; dental care for disabled; ankyloglossia.

Introduction: Cerebral palsy (CP) is a non-progressive disorder of tone, movement and posture, caused by a lesion that affects the immature brain and interferes with the development of the central nervous system. Ankyloglossia causes limitation of tongue movements, requiring surgical intervention, called lingual frenectomy, in which the mucous tissue that makes up the frenulum is removed, freeing the tongue to carry out its movements and functions, thus improving the entire development of the oral cavity. **Objective:** To report the surgical management of a child with CP and ankyloglossia. **Case report:** The patient arrived with ankyloglossia as his main complaint, in addition to concerns about the absence of teeth 11 and 21, given that, according to the family, the deciduous maxillary central incisors had been exfoliated for more than 6 months at that time. The clinical examination confirmed ankyloglossia, with lack of lip seal and anterior open bite. A modified occlusal radiograph of the maxillary incisor's region was performed, and only gingival fibrosis was observed, which prevented the eruption of permanent teeth. The treatment for ankyloglossia was lingual frenectomy using the conventional surgical technique in an outpatient department with the use of protective stabilization. For this technique, the pedi-wrap was used combined with the patient's father holding him, in addition to the use of a mouth opener for the duration of the surgical procedure. The eruption of teeth 11 and 21 were watched and happened without any intervention. **Conclusion:** It is possible to treat patients with CP on an outpatient basis and perform surgical procedures without the need for sedation, given that protective stabilization techniques are well performed.

Introdução

Pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral (PC) podem apresentar limitações e necessidade de atendimento diferenciado durante um determinado período da vida ou talvez por toda sua existência, uma vez que têm lesões encefálicas em que os movimentos e as posturas são definidos como desordens não progressivas [15]. A PC é a principal causa de deficiência física na infância, com maior expressão no sexo masculino [10], e está associada a alta mortalidade e morbidade [22].

A PC é comumente adquirida em virtude de anomalias ou lesões durante o desenvolvimento do cérebro, afetando diretamente a maturidade do sistema nervoso central. Podem existir fatores pré-

natais, neonatais e pós-natais, desde o nascimento até os primeiros anos de vida, como infecções virais, malformações genéticas, anoxia cerebral, entre outros [15]. A PC está associada a uma variedade de comorbidades, como deficiência visual, epilepsia com quadros de convulsões, comprometimentos cognitivos e comportamentais [15].

Existem complicações bucais decorrentes da PC que variam em decorrência da gravidade do comprometimento motor do paciente e dificultam a execução das manobras de higiene bucal e o uso do fio dental, requerendo a participação do cuidador primário para a higienização adequada [3, 9]. Sendo assim, observam-se deficiência da higiene bucal e pior saúde gengival nesses pacientes em comparação a um grupo controle [9]. Um risco

aumentado para lesões de cárie na dentição decídua, tendência a maloclusão do tipo Classe II de Angle e mordida aberta anterior são mais presentes em crianças com PC [3].

Indivíduos com PC podem ter mais problemas bucais, como cárie dentária, gengivite, bruxismo e traumatismo dentoalveolar, já que estão mais expostos ao consumo de alimentos cariogênicos e pastosos, uso contínuo de medicações, como anticonvulsivantes, que podem causar xerostomia e hiperplasia gengival, além da falta de informação dos responsáveis pelo paciente e dificuldade no acesso a serviços de saúde bucal [14, 21]. Por todos esses motivos os indivíduos com PC podem ser considerados um grupo de alto risco para doenças bucais, principalmente a doença cárie [3] e periodontal [15].

A anquiloglossia ocorre quando o frênulo ou freio lingual é curto, de causa congênita, o que prejudica os movimentos da língua de diferentes formas [17]. Alguns freios linguais, além de curtos, têm espessura acima do normal e a elasticidade e o local de fixação também alterados [2, 11, 19]. As consequências da anquiloglossia são a dificuldade de movimentação da língua, prejudicando as funções de sucção, fala e deglutição [12].

Existem duas técnicas para correção das inserções anormais do freio: frenotomia e frenectomia. A primeira trata a remoção de parte do freio lingual ou a sua reinserção ainda no paciente bebê. A frenectomia lingual é um procedimento cirúrgico feito em consultório odontológico, sob anestesia local, com excisão completa do freio [13]. Em crianças maiores indica-se a frenectomia lingual em casos em que a inserção do frênulo provoque problemas periodontais ou se a falta de mobilidade da língua interferir na fala [16, 19].

As condições do frênulo lingual também devem ser avaliadas por fonoaudiólogo, que averigua os movimentos da língua e as funções da fala, deglutição e mastigação, podendo indicar intervenção cirúrgica ou fonoterapia para que as alterações do freio lingual encontradas possam ser corrigidas [13, 31].

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é relatar o manejo cirúrgico de uma criança com paralisia cerebral com quadro de anquiloglossia.

Relato de caso

Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, foi encaminhado à Clínica de Especialização em Odontopediatria (EASE – Aracaju, SE, Brasil) para realizar tratamento cirúrgico da anquiloglossia. Durante a anamnese, a mãe relatou que a criança

teve seu diagnóstico médico de PC ao nascimento, em decorrência de falta de oxigênio durante o parto, com epilepsia, sendo tratada desde o nascimento. Sua queixa principal era o “tratamento da língua presa”. Durante a primeira consulta, observou-se que o paciente PC tetraplégico deambula com apoio e só falava “papai”, “mamãe” e “não”. Fazia uso de chupeta, apresentava um desenvolvimento intelectual abaixo da média e utilizava as seguintes medicações: Gardenal pediátrico fenobarbital 40 mg/ml (solução oral), 70 gotas a cada 12 horas, e Canabidiol 200 mg/ml, 1 ml uma vez ao dia.

No exame intraoral confirmou-se a anquiloglossia (figura 1), além da ausência dos dentes 11 e 21 (figura 2); o dente 82 tinha recém-esfoliado, segundo a família. Não foi empregado nenhum protocolo específico de classificação para avaliação do freio lingual, mas observou-se o freio lingual espesso. Havia falta de selamento labial com mordida aberta anterior, sem lesões de cárie. Realizou-se radiografia oclusal modificada na região de incisivos superiores (figura 3).



Figura 1 – Freio lingual espesso, entre terço médio e ápice da língua



Figura 2 – Ausência das unidades dentárias 11 e 21



Figura 3 - Radiografia oclusal modificada da região de incisivos superiores evidenciando a presença dos dentes 11 e 21, confirmando a presença apenas da fibrose gengival

O plano de tratamento consistiu em frenectomia lingual e acompanhamento da erupção das unidades dentárias 11 e 21, além da instrução da necessidade de remoção do hábito deletério da chupeta.

Utilizou-se a técnica cirúrgica convencional de frenectomia lingual. Por causa da pouca cooperação do paciente, usou-se pedi-wrap [26], além da técnica corpo a corpo realizada pelo pai como estabilização protetora e uso do abridor de boca durante todo o procedimento cirúrgico.

Para a técnica cirúrgica da frenectomia lingual, empregaram-se dois tubetes de anestésico, lidocaína a 2% com vasoconstrictor 1:100.000, iniciando a anestesia pelo bloqueio do nervo alveolar inferior, com uma infiltração pterigomandibular unilateral, lado esquerdo. Em seguida, complementou-se com anestesia infiltrativa no ápice da língua e lado direito do freio lingual, com o cuidado de não deformá-lo. Após anestesia foi realizada a transfixação da língua com fio de sutura seda 4-0, próximo ao ápice da língua, com o intuito de ajudar na imobilização desta. A primeira incisão do freio lingual foi feita justaposta ao ventre da língua (figura 4), logo após foi feita a divulsão bilateral utilizando tesoura de ponta romba. A sutura foi realizada com pontos individuais, utilizando fio reabsorvível, catepute 4-0 (figura 5).



Figura 4 - Elevação da língua por meio da transfixação na ponta da língua, após a primeira incisão



Figura 5 - Aspecto final após a sutura com fio reabsorvível

Paciente retornou após 1 mês para reavaliação do procedimento cirúrgico. Houve boa cicatrização do freio lingual e encaminhou-se o paciente para a terapia fonoaudiológica. Nesse retorno percebeu-se a erupção do dente 11 (figura 6) e a mãe foi aconselhada a aguardar pelo menos mais 6 meses para a erupção do dente 21; caso este não erupcione, poderá ser indicada uma ulectomia.



Figura 6 - Retorno após um mês da frenectomia lingual, com erupção dentária do dente 11

Discussão

De acordo com Matta *et al.* [21], a PC apresenta-se como distúrbio não progressivo no cérebro do feto em desenvolvimento ou criança que pode causar limitações em suas atividades diárias por perda ou deficiência de desenvolvimento de movimento e postura. Os distúrbios motores da PC podem ser acompanhados de distúrbios sensoriais, de percepção, cognitivos, comunicação e comportamento, associados a epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários [25].

Hanna *et al.* [15] afirmam que não há doenças bucais específicas nos pacientes com PC e que frequentemente são as mesmas que podem atingir qualquer pessoa. Quando comparadas a crianças saudáveis, crianças com PC possuem um aumento no risco de desenvolvimento da doença cárie na dentição decídua, padrão Classe II de Angle e mordida aberta anterior [3]. No caso relatado, o paciente tinha dentição mista, com mordida aberta anterior associada ao hábito deletério da sucção de chupeta.

Mesmo após duas revisões sistemáticas constatarem que crianças com PC têm índices de cárie mais elevados e higiene oral mais pobre do que crianças saudáveis [3, 9], neste caso clínico a criança apresentava-se sem lesões de cárie e com bom padrão de higiene oral. Mas é de suma importância que crianças com PC recebam atendimento precoce e de forma periódica para prevenir, detectar e tratar todas as doenças bucais que possam vir a acontecer [14].

A cooperação do paciente infantil é essencial para o sucesso do tratamento odontológico e existem diversas técnicas de manejo comportamental para

reduzir a ansiedade, o medo e a birra [28]. Quando essas técnicas forem utilizadas sem êxito, por dificuldade de comunicação, deficiência intelectual, ou ainda por problemas comportamentais, há, dentre as opções de manejo, a estabilização protetora [1, 26], sedação medicamentosa [29] e até tratamento odontológico sob anestesia geral [18]. O paciente deste caso relatado possuía PC do tipo espástico tetraplégico, sem muita força nos membros superiores e inferiores, tinha uma comunicação inferior à sua idade cronológica; por isso optou-se logo de imediato por estabilização protetora com o uso do pedi-wrap, somado à contenção física com auxílio do pai, na posição corpo a corpo, e utilização do abridor de boca durante todas as etapas do procedimento cirúrgico, para dar mais segurança ao paciente, já que ele não era colaborador e possuía deficiência intelectual.

O emprego de técnicas de estabilização no paciente com deficiência durante o tratamento odontológico é primordial. Além disso, é necessário ser realizado com atenção e cuidado, pois pacientes sem coordenação motora adequada podem apresentar contrações musculares involuntárias, e estas comprometem o trabalho do cirurgião-dentista [32]. No caso relato realizou-se uma frenectomia lingual, visando à segurança do paciente, além da estabilização protetora dos membros e cabeça. Também se fez transfixação da língua com um fio de sutura para que fosse possível tracionar e movimentar a língua na posição desejada, já que o paciente não respondia aos comandos verbais, e manter a língua elevada no palato. A realização de procedimentos cirúrgicos em âmbito ambulatorial tem muitas vantagens, economiza recursos, reduzindo custo hospitalar para pacientes do serviço público e privado, assim como diminui a ocupação de leitos, deixando para pacientes mais críticos [8].

O frênulo da língua de crianças pode ser categorizado de diversas maneiras; os critérios utilizados para a identificação e classificação da anquiloglossia variam muito de estudo para estudo, sem nenhum consenso universal [4, 11, 19, 30]. Identificar achados anatômicos que possam comprometer a movimentação da língua e as funções orais requer conhecimento profundo em diagnosticar e diferenciar as variações anatômicas do freio lingual [23]. Martinelli *et al.* [20] salientam a importância de, durante a avaliação do freio lingual, considerar um conjunto de características para se chegar a um correto diagnóstico da limitação dos movimentos da língua e sua posição de elevação visualizando sua anatomia quanto à espessura, à fixação na língua e no assoalho da boca, além do formato da ponta da língua. Nenhum

tipo de protocolo foi aplicado para o diagnóstico da anquiloglossia do paciente, mas era possível observar um freio lingual fibroso e mal posicionado.

O tratamento da anquiloglossia é cirúrgico, por meio da frenectomia [11, 33]. O procedimento cirúrgico feito na infância traz ganhos anatômicos e de mobilidade da língua, entretanto as alterações funcionais podem permanecer, mesmo após a intervenção, necessitando de tratamento fonoaudiológico concomitantemente [7, 13]. Apesar de a família estar ansiosa pela melhora do desenvolvimento da fala do paciente após a frenectomia lingual, foi explicado que ele poderia não desenvolver a fala em decorrência da encefalopatia crônica não progressiva. Mesmo assim a terapia fonoaudiológica foi indicada após o procedimento cirúrgico, para ter os melhores ganhos funcionais possíveis.

Em 20 de junho de 2014, foi instituída a Lei n.º 13.002 – Teste da Linguinha [5], que determina a obrigatoriedade de implantação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Assim, todos os hospitais e maternidades devem proceder a avaliação do frênulo lingual, para detecção de alterações e prevenção das dificuldades no aleitamento materno e na fala [12]. A mãe do paciente relatou que, por causa dos problemas médicos logo após o parto, nunca fez o aleitamento materno. Quando o paciente nasceu, não fez o teste da linguinha na maternidade.

De acordo com a literatura, atraso de erupção dentária não é descrita como uma característica relacionada ao paciente com PC [3, 9]. Alterações na mucosa gengival podem ser causadas pela fricção superficial do alimento com a mucosa do espaço edêntulo durante a mastigação, formando a fibrose da mucosa gengival [27]. Lembrando que, em decorrência da PC, o paciente tinha preferência a alimentos líquidos e pastosos, pela dificuldade de mastigação e facilidade de engasgos.

De acordo com Câmara *et al.* [6], quando ocorre ausência de dente ou atraso na erupção, a etiologia deve ser cuidadosamente investigada com o objetivo de planejar o início do tratamento. Agenesia dentária e erupção retardada são sinais clínicos parecidos, tornando o diagnóstico diferencial extremamente necessário. O exame clínico deve estar associado a um exame radiográfico da região; indica-se ao menos uma radiografia periapical, para auxiliar na descoberta de possíveis agentes etiológicos relacionados à ausência de erupção dentária [6, 24]. Com a radiografia oclusal modificada pôde-se identificar que não existia nada além de fibrose gengival impedindo a erupção dos

incisivos permanentes, e que pela cronologia de erupção do paciente era possível realizar apenas o acompanhamento.

Indivíduos com PC apresentam mais risco de desenvolver doenças bucais [3, 9]. Exatamente por isso González *et al.* [14] propuseram um protocolo para atendimento odontológico precoce em crianças com PC, com retornos periódicos ao dentista, individualizados, a depender da especificidade de cada paciente, envolvimento dos familiares no processo de introdução, o mais precoce possível, de cuidados de higiene bucal, para promover melhores cuidados e manutenção da saúde bucal da criança com PC.

Os dentistas da atenção básica, assim como os odontopediatras, devem estar aptos a acolher e dar assistência às famílias de crianças com deficiência. Isso porque esses profissionais introduzem o processo da educação em saúde bucal, com instrução de higiene, desde o nascimento do primeiro dente, realizado para qualquer criança, com deficiência ou não, prevenindo assim doenças bucais.

Conclusão

É possível atender um paciente com paralisia cerebral em âmbito ambulatorial, realizar procedimentos cirúrgicos, sem necessidade de sedação medicamentosa, desde que técnicas de estabilização protetora sejam bem executadas.

Referências

1. Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Arch Oral Res.* 2012 May/Aug;8(2):143-51.
2. Bai PM, Vaz AC. Ankyloglossia among children of regular and special schools in Karnataka, India: a prevalence study. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(6):ZC36-8.
3. Bensi C, Costacurta M, Docimo R. Oral health in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Spec Care Dentist.* 2020 Sep;40(5):401-11.
4. Bhattad MS, Baliga MS, Kriplani R. Clinical guidelines and management of ankyloglossia with 1-year follow up: report of 3 cases. *Case Rep Dent.* 2013;2013:185803.

5. Brasil. Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês [cited 2022 Sep 22]. Available from: URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113002.htm.
6. Câmara JVF, Copello FM, Tavares BP, Neves AB, Ruellas ACO, Pintor AVB. Integratet treatment between orthodontics and pediatric dentistry using the ulectomy technique: case report. *Rev Cient CRO-RJ*. 2019 Sep-Dec;4(3):68-72.
7. Canto FMT, Letieri AS, Agostini M, Costa Neto OC, Castro GFBA. Unusual case of ankyloglossia recurrence after frenectomy in a child with cerebral palsy. *Rev Cient CRO-RJ*. 2019 May-Aug;4(2):56-9.
8. Carvalho RWF, Pereira CU, Laureano Filho JR, Vasconcelos BCE. O paciente cirúrgico. Parte I. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2010 Oct-Dec;10(4):85-92.
9. Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (cerebral palsy) and intellectual (Down syndrome) disabilities: systematic review I. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3):e337-43.
10. Ferreira MC, Garcia NR, Prudente COM, Ribeiro MFM. Quality of life of adolescents with cerebral palsy: agreement between self-report and caregiver's report. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3300.
11. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Ferrés-Amat E, Mareque-Bueno J, Prats-Armengol J, Ferrés-Padró E. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Jan 1;21(1):e39-47.
12. Fujinaga, CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. *Audiol, Commun Res*. 2017 [cited 2022 Sep 22];22:e1762. Available from: URL:<https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1762>.
13. Gomes E, Araújo FB, Rodrigues JA. Freio lingual: bordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(1):20-4.
14. González BAC, Sánchez MJC, Quispe DMA, Cárceres CCP, Borges-Oliveira AC, Carneiro NCR. Protocol proposal for early dental care in infants with cerebral palsy. *Rev Cient CRO-RJ*. 2022 Jan-Apr;7(1):16-23.
15. Hanna LMO, Araújo RJG, Paganini AL. Aspectos sistêmicos e odontológicos de portadores de paralisia cerebral. *J Res Dent*. 2018;6(6):118-23.
16. Ito Y, Shimizu T, Nakamura T, Takatama C. Effectiveness of tongue-tie division for speech disorder in children. *Pediatr Int*. 2015 Apr;57(2):222-6.
17. Jamilian A, Fattahi FH, Kootanayi NG. Ankyloglossia and tongue mobility. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15:33-5.
18. Lima CPOS, Couto GR, Barros ALO, Gutierrez GM, Santos MTBR. Epidemiological profile of patients with disabilities undergoing dental treatment under general anesthesia. *Rev Odontol Unesp*. 2021;50:e20210012.
19. Marchesan IQ. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. *Rev Cefac*. 2010 Nov-Dec;12(6):977-89.
20. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Tongue position for lingual frenulum assessment. *Revista Cefac*. 2020;22(1):e0120.
21. Matta GS, Barriviera M, Marsiglio AA, Peruchi CMS, Miranda AF. Preventive and surgical intervention in patient with cerebral palsy – case report. *RSBO*. 2013 Jul-Sep;10(3):278-83.
22. Noleto IS, Borges LFASS, Felipe LCS. Protocolo odontológico para níveis de paralisia cerebral. *JNT*. 2020;19(1):48-69.
23. Pinto ABR, Crispim JB, Lopes TS, Stabile AM, Santin GC, Fracasso MLC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico e conduta para anquiloglossia em bebês. *Saúde Pesqui*. 2019 May-Aug;12(2):233-40.
24. Rodrigues AB, Danelon M, Bento LI, Favretto CO. Ulectomia no tratamento de impactação dentária por fibrosamento gengival em paciente infantil: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2021;10(9):1368-71.
25. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*. 2007 Jun;49(6):480.
26. Shitsuka RICM, Shitsuka C, Moriyama CM, Corrêa FNP, Delfino CS, Corrêa MSNP. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto. *RFO*. 2015;20(1):59-63.
27. Silva FWGP, Queiroz AM, Stuardi AS, Nelson-Filho P, Díaz-Serrano KV. Ojal quirúrgico (ulectomia) ¿cuando y como realizarlo? Reporte de 3 casos clínicos. *Acta Odontol Venez*. 2008;46(3):326-8.
28. Silva LO, Araújo WS, Lopes MB, Vale MCS, Sant'Ana Neto AL. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. *e-Acadêmica*. 2022;3(1):e063186.

29. Soares de Sá PK, de Oliveira Valente Dias VL, de Abreu de Vasconcellos SJ. Assistência odontológica a paciente infantil com deficiência intelectual: relato de caso. RFO. 2022 [cited 2022 Sep. 22]; 52(1):40-5. Available from: URL:<https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/48828>.
30. Teles Portela de Oliveira M, Cavalcante Montenegro N, Domingues Alves da Silva RA, Matias de Carvalho F, Diniz Rebouças P, Leal Dantas Lobo P. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. Rev Fac Odontologia, UPF 2019 [cited 2022 Sep. 22]; 24(1):73-81. Available from: URL:<https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8934>.
31. Tripodi D, Cacciagrano G, D'Ercole S, Piccari F, Maiolo A, Tieri M. Short lingual frenulum: From diagnosis to laser and speech-language therapy. Eur J Paediatr Dent. 2021;22(1):71-4.
32. Tunes FA, Giffoni TCR, Goya S, Franzin LCDS. Frenotomia lingual em paciente com paralisia cerebral: relato de caso. Rev Uningá. 2017 Jan-Mar;51(2):27-31.
33. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Ankyloglossia and lingual frenotomy: national trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997-2012. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Apr;156(4):735-40.