

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ALEXANDRE HENRIQUE LOPES ANTUNES

THAYNELLE MATOS OLIVEIRA

**FRENOTOMIA LINGUAL EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE
CASO**

Aracaju

2022

ALEXANDRE HENRIQUE LOPES ANTUNES

THAYNELLE MATOS OLIVEIRA

FRENOTOMIA LINGUAL EM ODONTOPEDIATRIA:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Msc. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju

2022

ALEXANDRE HENRIQUE LOPES ANTUNES
THAYNELLE MATOS OLIVEIRA

FRENOTOMIA LINGUAL EM ODONTOPEDIATRIA:
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para
obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Aprovado ___/___/___

Banca Examinadora

Professor Orientador:

1º Examinador:

2º Examinador:

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientador(a) do(a) discente Alexandre Henrique Lopes Antunes e Thaynelle Matos Oliveira atesto que o trabalho intitulado: “Frenotomia Lingual em Odontopediatria: Relato de Caso” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador(a)

FRENOTOMIA LINGUAL EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO

Alexandre Henrique Lopes Antunes^a, Thaynelle Matos Oliveira^a
Vanessa dos Santos Viana^b

Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes; Professora Adjunta do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

RESUMO

O freio lingual, é uma pequena prega da membrana mucosa que liga a metade da face sublingual da língua ao assoalho da boca. A alteração, em seu tamanho e inserção, denomina-se anquiloglossia ou freio lingual curto. Esta alteração pode causar limitações funcionais na fonação, deglutição, amamentação, movimentação da língua, problemas mastigatórios e dificuldade para higienização bucal. Para o tratamento pode-se indicar a frenotomia, e em alguns casos precisa-se de fonoterapia para ativar o alongamento do freio lingual. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de frenotomia lingual em uma criança de 4 anos de idade, sendo observado a baixa inserção de freio lingual e um atraso de fonemas, diante disso obteve o diagnóstico de anquiloglossia.

A frenotomia é uma técnica cirúrgica pouco invasiva, indicada quando a anormalidade é leve, principalmente em neonatos, não tendo necessidade de anestesia local e sutura, pois é indicada para frênulos curtos e pouco volumosos, melhorando assim sua dicção e mobilidade lingual, influenciando respectivamente na sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: anquiloglossia, freio lingual, fonoaudiologia, procedimentos cirúrgicos, odontopediatria.

ABSTRACT

The lingual frenulum is a small fold of mucous membrane that connects the sublingual half of the tongue to the floor of the mouth. The change, in its size and insertion, is called ankyloglossia or short lingual frenulum. This change can cause functional limitations in phonation, swallowing, breastfeeding, tongue movement,

masticatory problems and difficulty in oral hygiene. For treatment, frenotomy may be indicated, and in some cases speech therapy is needed to activate the stretching of the lingual frenulum. The objective of this work is to present a clinical case of lingual frenotomy in a 4-year-old child, with low insertion of the lingual frenulum and a delay in phonemes, before which the diagnosis of ankyloglossia was obtained. Frenotomy is a minimally invasive surgical technique, indicated when the abnormality is mild, especially in neonates, without the need for local anesthesia and suture, as it is indicated for short and little voluminous frenulum, thus improving their diction and lingual mobility, respectively influencing the your quality of life.

KEYWORD: ankyloglossia, lingual frenum, speech, surgical procedures, pediátrica dentistry.

1. INTRODUÇÃO

O frênulo lingual é uma estrutura que se refere a uma prega de membrana mucosa que adere o ventre da língua ao assoalho da cavidade bucal. Durante a evolução do indivíduo ele atua nos movimentos da língua, que estão se modulando durante a fonação e deglutição, sendo assim limitando o tamanho, forma e posição desta (DIAS *et al.*, 2020). Pode ocorrer a falta do apoptose completa do frênulo no período da evolução embrionária, com isso estará ocasionando o comprometimento da mobilidade lingual e, de modo consequente, as funções orais, podendo levar à anquiloglossia, através do tecido residual (VARGAS *et al.*, 2008).

A anquiloglossia trata-se de uma anomalia oral que também é conhecida popularmente como “língua presa”, a mesma é causada pela existência de um freio lingual curto, pela inserção do músculo genioglosso muito espessa ou pela junção de ambos gerando a fusão completa ou parcial da língua ao assoalho da boca, ocasionando nas limitações dos seus movimentos (JUNIOR, FERREIRA e VASCONCELOS, 2019). É necessário a execução de uma devida avaliação lingual por meio do protocolo de avaliação ainda quando neonatos, denominado Teste da linguinha, o mesmo, trata-se de um exame que proporciona o diagnóstico precoce e as restrições dos movimentos linguais gerado pela anquiloglossia, para que possa facilitar no plano de tratamento prévio desta patologia. Segundo o autor Araújo *et al.* (2020), foi apontado que em 20 de junho de 2014, foi aceita a lei nº 13.002, onde a mesma exige o protocolo de avaliação em neonatos em todas as maternidades e hospitais do Brasil, sendo este protocolo conhecido como teste da linguinha, com a finalidade de que possa garantir a identificação e diagnóstico antecipado de mutações e limitações do frênulo da língua que são essenciais para as funções de mastigação, deglutição e sucção (MACHADO e RODRIGUES, 2021).

Embora a anquiloglossia tenha sido definida como uma mobilidade restrita da língua causada por uma contenção lingual, existem outras consequências trazidas por essa limitação, sendo elas, o impedimento na amamentação que pode até mesmo resultar em um desmame precoce, problemas mastigatórios, movimentos da língua, deglutição, fonação e dificuldade para higienização bucal

(ZAGHI *et al.*, 2020; MARCIONE *et al.*, 2016). Devido ao restringimento ou insuficiência da mobilidade lingual e, conseqüentemente à redução da abertura da boca, obtém a dificuldade de produzir o fonema (r) e grupos consonantais distorcidos como (i) e (r), além de interferências para fonemas fricativos. (GOMES, ARAÚJO e RODRIGUES, 2015).

Após a identificação desta anormalidade, sendo ela classificada como leve, o primeiro tratamento deve ser o mais conservador com fonoaudiólogo para ativar o alongamento do freio lingual, caso não seja eficaz, deve-se submeter a tratamento cirúrgico. Quando se trata de neonatos, o procedimento cirúrgico mais comum é a frenotomia, que consiste em fazer uma pequena incisão no freio lingual com apenas anestesia tópica sem a necessidade de suturas. Após o procedimento ter sido realizado, o bebê é colocado para mamar com a finalidade de ser acalmado, e assim também contribuir na contenção do sangramento. Em alguns casos possui a necessidade de intervir com a frenectomia, esse procedimento consiste na redução do freio lingual, precisa-se de anestesia local e sutura. Existe outra opção de tratamento de frenectomia, mas sendo este a laser, tornando-se mais rápido, esse procedimento tem o efeito hemostático e causa menos sensação dolorosa (NOGUEIRA, INOCÊNCIO e BARBOSA, 2021).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo apresentar um relato de caso clínico de paciente pediátrico que foi submetido a uma cirurgia de frenotomia lingual.

2. RELATO DE CASO

Paciente W.A.S., 04 anos de idade, sexo masculino, ASA I, compareceu a Clínica Odontológica da Unit para a realização de consulta periódica, onde foi observado através do exame clínico inicial que o paciente possuía baixa inserção do freio lingual (figura 1). Posteriormente, foi realizada a anamnese na qual a mãe relatou que a criança apresentou um atraso para iniciar a produção de fonemas, chegando até os 02 anos de idade e que até o momento percebe-se que o mesmo continua tendo a dificuldade na fala. Ao longo de uma anamnese

detalhada e minuciosa, com o exame clínico foram coletadas mais algumas informações e através do levantamento da língua e a análise da forma, com base nos resultados e reconhecimento, foi diagnosticado com anquiloglossia, à vista disso procedemos com o plano de tratamento cirúrgico.

Figura 1:



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Ao decorrer do atendimento foram utilizadas algumas técnicas de manejo como dizer-mostrar-fazer, controle de voz e reforço positivo. Realizamos a técnica de manejo de mostrar para a criança as funcionalidades de alguns materiais, como a seringa tríplice e funcionamento da cadeira odontológica. No início, o atendimento foi realizado com o paciente sozinho na cadeira, mas no momento cirúrgico foi preciso que a mãe deitasse junto com o mesmo para que pudesse ajudar na contenção física das mãos.

Foi iniciada então a frenotomia, sendo realizado o preparo da mesa clínica, com os seguintes materiais: carpule, abridor de boca, tesoura, gazes estéreis, anestesia tópica com benzocaína, cotonete estéril, anestésico local e agulha curta (figura 2). Iniciamos o procedimento com a contenção de língua, o qual o auxiliar segurou a língua do paciente, utilizando os dedos nas bordas de língua, aplicamos o anestésico tópico com o auxílio de um cotonete estéril na região da face ventral da língua (figura 3) e utilizou a técnica para aplicação da anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (1/2 tubete) na mesma região (figura 3), anestesiando o nervo lingual, a seguir foi realizada a secção do freio

lingual com tesoura de ponta reta (figura 4) liberando assim o freio lingual (figura 5), em seguida foi feita a compressa com gazes estéril, não foi necessário a realização de sutura.

Figura 2: Mesa clínica cirúrgica



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 3: Aplicação de anestésico tópico com cotonete e anestesia local com carpule e tubete



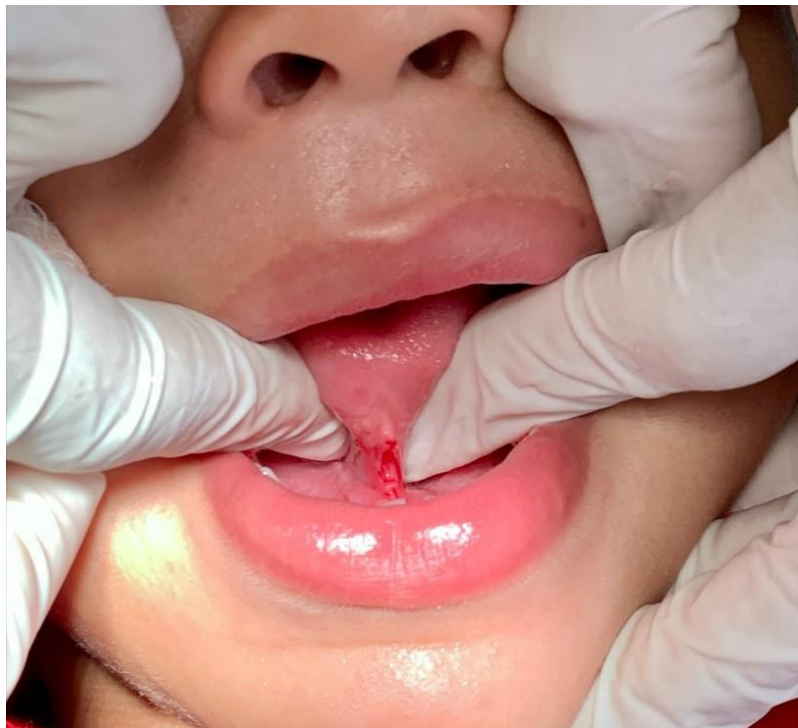
Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 4: Secção de freio lingual com tesoura de ponta reta.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 5: Liberação cirúrgica do freio lingual.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Após a finalização do procedimento foi utilizado a técnica de manejo do reforço positivo, entregando a criança desenhos para pintar e lápis de cor (figura 6).

Figura 6:



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Paciente retornou após 7 dias para ser acompanhamento pós cirúrgico do frênulo lingual, na qual ao decorrer da avaliação a mãe do paciente relatou que observou melhora perceptível na produção de fonemas, inclusive na quantidade de fala que o mesmo está produzindo no seu dia a dia. Da mesma forma foi dito pela professora da criança o quanto ele está se desenvolvendo bem na produção da fala no seu ambiente escolar. Sendo realizado o exame clínico para a análise do frênulo, foi notável uma boa cicatrização da região e percebido o desaparecimento do formato de coração no ápice da língua quando o paciente posiciona para fora da boca.

Figura 7: Cicatrização do freio lingual



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 8:



Fonte: Caso clínico pesquisado.

3. DISCUSSÃO

A anquiloglossia provoca algumas alterações morfológicas e fonoaudiológicas nas crianças, sucede em limitações dos movimentos dessa estrutura, além de

contribuir para um possível desmame precoce (JUNIOR *et al.*, 2019; DANELON *et al.*, 2020). Os tratamentos cirúrgicos propostos para correção da anquiloglossia, são denominados como a frenectomia ou frenotomia (SILVA *et al.*, 2016). De acordo com o autor Rego (2017), não existe um consenso sobre o momento em que deve ser realizada a cirurgia. A literatura relata que pode ser feita em qualquer idade, somente na infância ou quando se torna perceptível uma dificuldade no desenvolvimento de fonemas, normalmente após os 4 anos de idade. No entanto, segundo Oliveira *et al.*, (2019), além da realização do procedimento cirúrgico, é de suma importância o complemento do tratamento com fonoaudiólogo, sendo o mesmo com a intenção de recuperar a fisiologia normal da deglutição e fonação.

No caso clínico exposto, trata-se de um paciente masculino, estando de acordo com a literatura na qual é afirmado que a anquiloglossia possui prevalência maior no gênero masculino com a proporção de 5:1, diferentemente do gênero feminino (SILVA *et al.*, 2016; MACHADO E RODRIGUES, 2021). É de suma importância a realização precoce do diagnóstico da anquiloglossia, afim de evitar interferências que prejudique o indivíduo, tais como limitação nos movimentos linguais, deglutição, mastigação, fonação e comprometer funções de sucção podendo até ocasionar ao desmame precoce (OLIVI *et al.*, 2012; SAVIAN *et al.*, 2018).

Segundo Silva (2020) é de suma obrigatoriedade que obtenham a realizações do protocolo de avaliação do frênulo lingual em neonatos em hospitais e maternidades. Entretanto, de acordo com o parecer técnico-científico do Ministério da Saúde do Brasil (Parecer n 09/2016-MS), não existe um padrão-ouro para o teste de diagnóstico da anquiloglossia (LIMA *et al.*, 2017). Portanto com essa dificuldade de consenso e falta de evidencias científicas diante do diagnostico assertivo, foi desenvolvido o teste da linguinha visando um diagnóstico precoce mais assertivo e conseqüentemente um tratamento preventivo futuro. Essa técnica pioneira foi inserida no Brasil pela fonoaudióloga Roberta Martinelli (SILVA *et al.*, 2020), tornando-se obrigatório nas maternidades

e hospitais, pela lei sancionada em 2014 (nº 13.002/2014), em todo Brasil, buscando diagnosticar precocemente alterações no frênulo lingual. Entretanto no caso clínico descrito a mãe do paciente relatou que não foi feito o teste da linguinha na maternidade.

O paciente do caso em questão, atualmente com 4 anos de idade, teve sua fala afetada por conta das limitações do movimento da língua, dificultando na relação social com os seus colegas, podendo ocasionar um problema maior no futuro com o fato de falar com a “língua presa” e conseqüentemente sofrer com a prática do bullying. E segundo Suzart e Carvalho (2016) as alterações de fala, de maneira geral, têm impacto negativo na vida social e escolar da criança, influenciando suas relações com o meio e inclusive com a sua auto-imagem. Vivenciando o bullying por não saber falar corretamente, por conta da língua presa, ocorrendo de fato uma contribuição negativa para a sua qualidade de vida.

No caso relatado, paciente compareceu a clínica odontológica da Unit para realização de consulta periódica, após anamnese detalhada e exame clínico, constatou-se inserção de freio lingual curto. Em seguida foram realizadas algumas perguntas a mãe do mesmo e foi relatado que o paciente apresentava dificuldade de produzir fonemas. Associou-se o problema na fala ao frênulo lingual curto onde apresentava uma fixação entre o terço médio e o ápice e na crista alveolar, de baixa complexidade e fino, corroborando para uma cirurgia menos invasiva, optando-se pelo tratamento de frenotomia lingual. Segundo Da Silva (2020) confirma-se a necessidade de cirurgia, pois o mesmo diz que não existe um consenso na literatura acerca da indicação, tempo e tipo de intervenção cirúrgica ideal, porém o procedimento cirúrgico se torna conveniente em casos que a função pode ser melhorada após a cirurgia.

No caso clínico descrito a mãe relatou que a criança obteve uma melhora significativa na quantidade de palavras falada, inclusive sendo questionada pela professora do próprio, sobre seu avanço na fala, onde se mostrou surpresa pela evolução da criança. Contestando com o trabalho de Pegoraro (2015) no pós-cirúrgico permaneceram as alterações relacionadas a função da fala, destacando a necessidade de acompanhamento com fonoaudiólogo, quando a alteração do freio lingual persiste e repercute na função.

Neste caso clínico foi decidido a frenotomia como a técnica cirúrgica de acordo com as condições avaliadas de forma pré-operatória por meio de anamnese detalhada e avaliação de exames, tal como idade da criança e a severidade do problema. Segundo Machado e Rodrigues (2021) a frenotomia é indicada lactentes quando possuem dificuldades durante a amamentação, já em crianças maiores a indicação se dá frente a problemas periodontais ou dificuldade de dicção.

Segundo Oliveira *et al.* (2019) frenotomia consiste em um corte conservador do freio lingual, simples e rápido, tem como intuito de que os bebês tenham um mínimo de desconforto possível para que o mesmo após o procedimento possa ser amamentado. Visto que freio lingual é pouco vascularizado, sendo assim acaba ocorrendo pouco sangramento após a cirurgia. Mostra-se no caso clínico relatado que o paciente de 4 anos foi submetido a frenotomia lingual, mas segundo Martinelli (2013) contrapondo a outros estudos que sugerem que o frênulo lingual pode se modificar até os cinco anos de idade, não sendo necessária nenhuma intervenção antes dessa idade.

Segundo Bistaffa, Giffoni e Franzin (2017) em relação ao pós-operatório há controvérsias sobre o uso de técnicas farmacológicas para o controle da dor pós-operatória, com o uso de medicamentos (Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno) ou não, após a frenotomia. Sugerem que se faça a cirurgia antes do horário do aleitamento materno ou artificial, e se coloque o bebê para a sucção nutritiva no peito ou em bicos artificiais, imediatamente após o término da cirurgia. Já neste caso clínico não se foi necessário o aleitamento pois a criança já tem 4 anos de idade e em relação a dor pós-operatória não houve queixa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frenotomia lingual é uma técnica bastante eficaz para ser realizada diante da anquiloglossia proporcionando uma grande melhora na mobilidade, postura da língua e funções, como a produção de fonemas. Trata-se de uma técnica pouco invasiva e com um bom prognóstico, sendo muito utilizada e possui um pós operatório em geral sem intercorrência. É essencial que o bebê tenha seu freio

lingual avaliado por uma equipe multiprofissional ainda na maternidade, porém muitas mães ainda desconhecem a importância dessa avaliação. Faz-se importante salientar que quanto mais precoce for o diagnóstico de anquiloglossia e intervenção da mesma, terá um prognóstico favorável para o paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BISTAFFA, A. G. I.; GIFFONI, T. C. R.; FRANZIN, L. C. S. FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ. **Revista UNINGÁ**, Paraná, v. 29, n. 2, p. 18-22, jan/mar. 2017
- 2 DANELLON, M.; EMERENCIANO, N. G.; GONÇALVES, F. M. C.; VICIONI, C. F. G.; BENTO, L. I.; CUNHA, R. F. Frenectomia em Odontopediatria: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 6, p. 522-526, 7 out. 2020.
- 3 DIAS, K. S. P. A.; FERREIRA, M. A.; FERRAZ, G. Q.; ARAGÃO, L. D. S.; MARTINS, M. R.; ALVES, T. M. R. Frenectomia lingual em paciente odontopediátrico: relato de caso clínico. 1. ed., 12/11/2020. v. 1, cap. 06, p. 71-79.
- 4 GOMES, E.; ARAUJO, F. B.; RODRIGUES, J. A. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Revista de Associação Paulista de cirurgiões dentista**, v. 69, n. 1, p. 20-4, 23 fev. 2015
- 5 JUNIOR, W. M. P.; FERREIRA, L. G.; VASCONCELOS, A. C. FRENECTOMIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. 01-07, 2020
- 6 LIMA, C. B.; MARANHÃO, V. F.; BOTELHO, K. V. G.; JUNIOR, V. E. S. Avaliação da anquiloglossia em neonatos por meio do teste da linguinha: um estudo de prevalência. **Revista da faculdade de odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 22, n. 3, p. 294-297, set/dez. 2017
- 7 MACHADO, G. L.; RODRIGUES, I. A. L. C. IMPACTOS DA ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E DO DIAGNÓSTICO PRECOCE. **Revista Interface**, v. 2, n. 1, p. 01-41, jan/jun. 2021
- 8 MARCIONE, E. S. S.; COELHO, F. G.; SOUZA, C. B. Classificação anatômica do frênulo lingual de bebês. **Revista Cefac**, Goiânia - GO, v. 18, n. 5, p. 1042-1049, set/out. 2016

- 9 MARTINELLI, R. L. C. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês.** 2013. 112 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo, 2013
- 10 NOGUEIRA, L. V.; INOCÊNCIO, A. P. S.; BARBOSA, C. C. N. O tratamento cirúrgico da anquiloglossia em lactentes. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 11, n. 2, p. 07-10, 29 dez. 2021.
- 11 OLIVI, G.; SINGORE, A.; GENOVESE, M.D. Lingual Frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 13, p. 101-106, fev. 2012
- 12 OLIVEIRA, M. T. P.; MONTENEGRO, N. C.; SILVA, R. A. D. A.; CARVALHO, F. M.; REBOUÇAS, P. D.; LOBO, P. L. D. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. **Revista da Faculdade de odontologia - UPF**, v. 24, n. 1, p. 73-81, jan/abr. 2019
- 13 PEGORARO, F. M. F. **INTERFACE CLÍNICA ENTRE ODONTOPEDIATRIA E FONOAUDIOLOGIA NA ANQUILOGLOSSIA: RELATO DE CASO.** 23 p. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre- RS, 2015
- 14 SAVIAN, C. M.; BOLSSON, G. B.; PREVEDELLO, B. P.; KRUEL, C. S.; ZAMBERLAN, C.; SANTOS, B. Z. TESTE DA LINGUINHA. **Disciplinarum Scientia**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 623-638, 13 nov. 2018
- 15 SILVA, J. B.; SOBRINHO, J.H.S.; MOREIRA, P. S.; CARLOS, A. M. P.; CORRÊA, A. K. M. A importância do teste da linguinha para a cirurgia de frenotomia em lactentes: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.12, p. 95024-95035, 6 dez. 2020.12, p. 95024-95035, 6 dez. 2020.
- 16 SILVA, P. I.; VILELA, J. E. R.; RANK, R. C. L. C.; RANK, M. S. FRENECTOMIA LINGUAL EM BEBÊ: RELATO DE CASO. **Revista Baiana Odonto**, v. 7, n. 3, p. 220-227, 30 set. 2016
- 17 SUZART, D. D.; CARVALHO, A. R. R. Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares. **Revista Cefac**, v. 18, n. 6, p. 1332-1339, 16 set. 2016

- 18 VARGAS, B. C.; MONNERAT, L. H. P.; VILLA, E. E.; PINTO, L. A. P. F.; GANDELMANN, Í. H. A.; CAVALCANTE, M. A. A. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n. 18, p. 161-169, out/dez. 2008
- 19 ZAGHI, S.; SHAMTOOB, S.; PETERSON, C.; CHRISTIANSON, L.; VALCUPINKERTON, S.; PEERAN, Z.; FUNG, B.; KWOK-KEUNG, D.; JAGOMAGI, T.; ARCHAMBAULT, N.; CONNOR, B.; WINSLOW, K.; LANO, M.; MURDOCK, J.; MORRISSEY, L.; YOON, A. Assessment of posterior tongue mobility using lingual palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia Assessment of posterior tongue mobility using lingualpalatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. **Journal of Oral Rehabilitation**, p. 692-700, nov/dez. 2021

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, [REDACTED], portador do C.I
nº [REDACTED], faço uso deste bastante documento a fim
de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de
caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-
científico.

Sem mais subscrevo,

[REDACTED]