



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**  
**Departamento de Clínica Infantil**



**BEATRIZ BARBOSA D'AVILA**

**LESÕES E ALTERAÇÕES DE LÍNGUA EM ODONTOPEDIATRIA**

**RIBEIRÃO PRETO – SP**  
**2019**

**BEATRIZ BARBOSA D'AVILA**

**LESÕES E ALTERAÇÕES DE LÍNGUA EM ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade de São Paulo, como parte das exigências  
para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.  
Área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandra Mussolino de Queiroz

RIBEIRÃO PRETO– SP

2019

D'Avila, Beatriz Barbosa. **Lesões e Alterações de Língua em Odontopediatria.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade de São Paulo, como parte das  
exigências para obtenção do título de Cirurgião-  
Dentista.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho aos meus **familiares** que sempre fizeram de tudo para que eu chegasse até aqui e aos meus amigos e colegas que foram minha família nesses 5 anos de graduação.

## AGRADECIMENTOS

À Professora **Alexandra Mussolino de Queiroz** por ser minha orientadora e me passar tantos conhecimentos, fundamentais para a execução deste trabalho.

Aos meus **pais** por sempre me apoiarem e me proporcionarem condições para realizar o sonho de cursar essa Faculdade.

Aos meus **amigos e colegas** que estiveram comigo ao longo desses cinco anos de curso.

À **Gisele Inácio** por me auxiliar a escrever e corrigir este trabalho.

A todos os **Professores** por me ensinarem a amar essa profissão maravilhosa que é a Odontologia.

## RESUMO

A língua é um órgão muscular localizado na cavidade bucal, que possui importantes funções como: mastigação, deglutição, gustação, fonação, dicção e higiene bucal, tudo isso graças a presença dos músculos e papilas linguais, que propiciam a movimentação da mesma e todo o tipo de sensibilidade que ela é capaz de captar. O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura a respeito de aspectos anatômicos, alterações e lesões em línguas de crianças e adolescentes, abordando suas causas, diagnóstico, necessidades e formas de tratamento, bem como ilustrações representativas dessas lesões. Os dados apresentados foram oriundos de livros de odontologia e artigos científicos, por meio de pesquisa, com uso de palavras-chave como “tongue”, “tongue lesions”, “lesions in pediatrics”, “língua”, “desenvolvimento de língua”, “alterações linguais”, “anatomia lingual”, “patologias linguais”. As principais lesões e alterações que acometem crianças e adolescentes foram: microglossia, macroglossia, língua geográfica, língua saburrosa, língua fissurada, anquiloglossia, mucocela e rânula. Conclui-se que na infância a maioria destas alterações apresenta caráter benigno, porém, também podem estar associadas a doenças sistêmicas e síndromes. Independentemente da causa, as mesmas podem gerar transtornos aos pacientes portadores e grande preocupação aos pais e responsáveis. O Cirurgião-Dentista deve estar capacitado a diagnosticar e tratar essas alterações, bem como fornecer orientações precisas e cientificamente embasadas.

**Palavras-chave:** língua, odontopediatria, lesões, lesões de língua, anatomia lingual.

## ABSTRACT

The tongue is a muscular organ located in the oral cavity, which has important functions such as: chewing, swallowing, tasting, phonation, diction and oral hygiene, all this thanks to the presence of muscles and lingual papillae, which enables its performance and all the kind of sensitivity able to capture. The present work is a literature review about the tongue anatomical aspects, alterations and lesions of children and adolescents, addressing their causes, diagnosis, needs and treatment forms, as well as representative illustrations of these lesions. The data presented came from dentistry books and scientific articles, through research, with keywords such as "tongue lesions", "pediatric injuries", "tongue", "language disorders", "lingual anatomy", "lingual pathologies". The main lesions and alterations affecting children and adolescents were: microglossia, macroglossia, geographic tongue, saburrall tongue, fissured tongue, ankyloglossia, mucocele and ranula. It concludes that during childhood most of these changes has a benign character, but may also be associated with systemic diseases and syndromes as an oral repercussion on them. Regardless of the cause, these abnormalities can lead to inconvenience for patients and major concerns for parents and guardians. The dental surgeon must be able to diagnose and treat these changes, as well as provide accurate and scientifically based guidance.

**Keywords:** tongue, pediatric dentistry, injuries, lingual anatomy, lingual lesions

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b>	Face inferior de língua com aspecto de normalidade.....	17
<b>FIGURA 2:</b>	Localização e anatomia das papilas linguais.....	19
<b>FIGURA 3:</b>	Parte dos Músculos da Língua.....	20
<b>FIGURA 4:</b>	Microglossia e Atrofia Mandibular.....	21
<b>FIGURA 5:</b>	Macroglossia Associada a Linfangioma.....	22
<b>FIGURA 6:</b>	Glossectomia em Criança.....	23
<b>FIGURA 7:</b>	Língua Geográfica.....	24
<b>FIGURA 8:</b>	Língua Geográfica.....	24
<b>FIGURA 9:</b>	Língua Saburrosa.....	25
<b>FIGURA 10:</b>	Língua Saburrosa.....	26
<b>FIGURA 11:</b>	Língua Saburrosa.....	26
<b>FIGURA 12:</b>	Língua Saburrosa.....	26
<b>FIGURA 13:</b>	Língua Saburrosa.....	27
<b>FIGURA 14:</b>	Língua Fissurada.....	27
<b>FIGURA 15:</b>	Língua fissurada associada a língua geográfica.....	28
<b>FIGURA 16:</b>	Anquiloglossia.....	29
<b>FIGURA 17:</b>	Anquiloglossia.....	29
<b>FIGURA 18:</b>	Mucocele no ventre da língua.....	30
<b>FIGURA 19:</b>	Excisão cirúrgica local de mucocele no ventre lingual em paciente pediátrico.....	31
<b>FIGURA 20:</b>	Rânula em glândula sublingual em paciente pediátrico.....	32

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	10
<b>2. Proposição</b> .....	12
<b>3. Metodologia</b> .....	14
<b>4. Revisão de Literatura</b> .....	16
4.1 Anatomia lingual .....	17
4.2 Lesões e Alterações da Língua mais comuns em Odontopediatria .....	21
4.2.1 Microglossia.....	21
4.2.2 Macroglossia.....	22
4.2.3 Língua geográfica (Eritema Migratório) .....	23
4.2.4 Língua saburrosa.....	25
4.2.5 Língua fissurada .....	27
4.2.6 Anquiloglossia.....	28
4.2.7 Mucocele lingual .....	29
4.2.8 Rânula .....	31
<b>5. Conclusão</b> .....	33
<b>Referências</b> .....	35

# 1. Introdução

---

## 1. INTRODUÇÃO

A língua é um órgão muscular localizado na cavidade bucal, que possui importantes funções como: mastigação, deglutição, gustação, fonação, dicção e higiene bucal (Sicher e Tandler, 1981; Boraks, 2011; Andrezzo, 2014; Mangold et al., 2016; Sieroslawska, 2018). É formada por músculo estriado esquelético e é revestida por um epitélio coberto de papilas, estruturas sensoriais especializadas, capazes de perceber temperaturas, sabores e qualquer percepção tátil (Andrezzo, 2014).

Os músculos que compõe a língua podem ser intrínsecos ou extrínsecos (Andrezzo 2014; Sieroslawska, 2018). Os músculos intrínsecos têm sua origem e inserção confinados dentro da própria língua e são eles os responsáveis pela forma que a mesma possui, enquanto que os músculos extrínsecos são originados em ossos próximos e se estendem até o órgão lingual, com a função de movimentá-lo e também ajudar a compor sua forma. Essa musculatura é aderida a uma mucosa consistente e inervada (Madeira & Rizzolo, 2013). O nervo hipoglosso é o que inerva toda a língua (Sicher & Tandler 1981), com exceção do músculo palatoglosso, um dos músculos extrínsecos, que é inervado pelo nervo vago (Madeira & Rizzolo, 2013).

Na face inferior da língua (face voltada ao soalho da boca), quando elevamos sua ponta ao palato, a mucosa forma a prega mucosa sagital chamada de freio lingual (Sicher & Tandler, 1981; Madeira & Rizzolo, 2013).

Essa variedade de estruturas, propicia que a língua seja um alvo constante de diferentes anormalidades e lesões, que podem interferir nas tantas funções e desenvolvimento do órgão, comprometendo a eficácia de seu funcionamento e o bem estar do paciente, principalmente tratando-se dos casos pediátricos. São inúmeros os relatos de patologias e alterações locais, mas, também é recorrente as repercussões clínicas na língua advindas de doenças sistêmicas. Segundo levantamento realizado por Lima-Rivera (2016), um dos principais locais de lesões bucais em tecido mole em pacientes pediátricos é a língua, especialmente o dorso lingual (cerca de 7,7% das lesões do grupo estudado).

Considerando a frequência dessas lesões e alterações, faz-se necessário que o Cirurgião-Dentista, perante exame clínico, conheça e reconheça cada uma delas, para determinar o correto diagnóstico e estabelecer o melhor plano de tratamento para cada condição, podendo inclusive associar cada anormalidade à síndromes e patologias sistêmicas, auxiliando também em possíveis diagnósticos médicos, que muitas vezes ainda não são de conhecimento dos responsáveis.

## 2. Proposição

---

## **2. PROPOSIÇÃO**

O objetivo desse trabalho é relatar, por meio de uma revisão bibliográfica, informações sobre lesões e alterações de língua em pacientes pediátricos, provocadas por patologias locais e por repercussões de doenças sistêmicas, visando promover um maior conhecimento sobre o assunto pelos Cirurgiões-Dentistas, para que durante as avaliações clínicas, estes possam estabelecer diagnósticos precisos e tratamentos adequados para cada caso.

### 3. Metodologia

---

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura a respeito de alterações e lesões em línguas de crianças e adolescentes, causas, diagnóstico, necessidades e formas de tratamento e ilustrações dessas lesões.

Os dados apresentados a seguir foram retirados de livros de odontologia, artigos científicos de diferentes bases de dados tais como PubMed, Lilacs, Scielo, encontrados através do uso de palavras-chave como “tongue”, “tongue lesions”, “lesions in pediatrics”, “língua”, “desenvolvimento de língua”, “alterações linguais”, “anatomia lingual”, “patologias linguais”.

As imagens foram retiradas dos livros, sites, artigos e teses apresentados nas referências e também da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto e de escolas municipais de Ribeirão Preto.

Foi dada preferência a artigos e livros mais recentes, com o objetivo de que as informações expostas fossem as mais atualizadas possíveis.

## 4. Revisão de Literatura

---

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Anatomia lingual

A língua é um órgão localizado na cavidade bucal que auxilia em diversas e importantes funções tais como mastigação, deglutição, degustação, fala e até na higiene oral (Sieroslawska, 2018).

Na face inferior, o órgão é recoberto por uma mucosa contínua e lisa que forma uma dobra. Essa dobra, que recebe o nome de prega franjada, recobre a veia profunda lingual e a glândula lingual anterior. Também nessa face, na linha mediana, a língua é dividida por um septo fibroso, que chamamos de freio lingual, o qual se liga do osso hióide a alguma distância da ponta da língua (Sicher & Tandler, 1981; Rizzolo & Madeira, 2009). Posteriormente, será exposto como a inserção anormal do freio pode gerar problemas na fonação e também na amamentação.

**Figura 1:** Face inferior de língua com aspecto de normalidade



Fonte: Brito (2008)

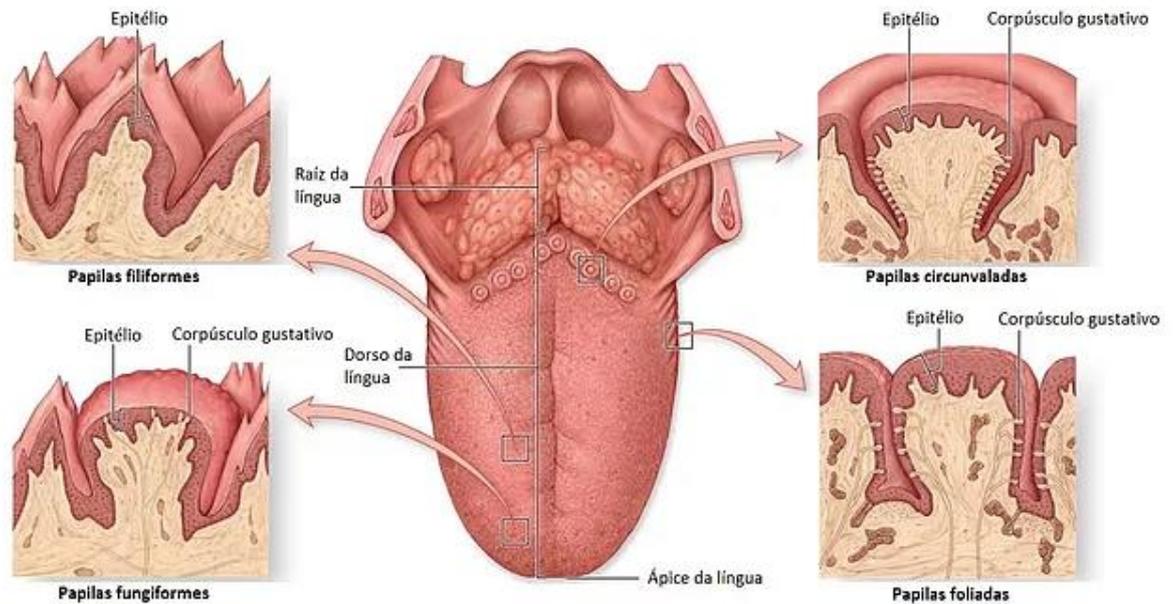
A face superior, denominada também de dorso lingual, pode ser dividida em terços: ponta, corpo e base (Sicher & Tandler, 1981). A base, ou raiz, possui uma mucosa que recobre as glândulas salivares linguais e a tonsila lingual (Rizzolo & Madeira, 2009). Esse terço se divide dos dois mais anteriores pelo sulco terminal, que

possui um formato de “V”, cuja abertura é voltada para anterior. Enquanto isso, a ponta e o corpo da língua possuem um sulco mediano raso, que marca a metade da estrutura, e são recobertos por uma mucosa mais rugosa, uma vez que nela existem as papilas (Rizzolo & Madeira, 2009), estruturas sensoriais que proporcionam a percepção tátil, de sabores e de temperatura ao órgão (Andrezzo, 2014). As papilas se diferenciam conforme seu formato, tamanho e localização, podendo ser circunvaladas, foliadas, fungiformes ou filiformes.

As maiores papilas são as que chamamos de circunvaladas. Elas se localizam posteriormente, enfileiradas a frente do sulco terminal. Trata-se de uma pequena saliência central, rodeada por paredes circulares e, entre elas, há uma vala com profundidade de aproximadamente 3 mm nas quais canais de glândulas salivares serosas se abrem e encontramos os corpúsculos gustatórios, estruturas responsáveis pela percepção do gosto (Rizzolo & Madeira, 2009), que existe aos montes nesse tipo de papila, assim como nas foliadas que veremos adiante (Palheta Neto et al., 2011).

As papilas foliadas encontram-se nas bordas laterais da raiz e numa parte variável do corpo lingual (Sicher & Tandler, 1981, Sieroslawaska, 2018). Tem formato semelhante ao de folhas e também possuem um sulco ao seu redor que abrigam diversos botões gustativos (Palheta Neto et al., 2011).

Enquanto isso, no dorso lingual, encontram-se as papilas filiformes e fungiformes. As filiformes são as papilas mais numerosas e próximas umas das outras, e trazem à língua um aspecto piloso. Dispõem de uma forma longa e estreita (formato de ponta), com coloração vermelha-escura (Sincher & Tandler, 1981) e não apresentam os corpúsculos gustativos como vemos nos outros tipos de papilas (Smith & Margolskee, 2001; Rizzolo & Madeira, 2009, Sieroslawaska, 2018). Por essa razão, elas não são consideradas estruturas gustatórias e sim mecânicas, uma vez que facilitam a movimentação do alimento na superfície lingual, mas não percebem o sabor (Smith & Margolskee, 2001; Oliveira, 2004). Entre elas, encontramos as segundas, as papilas fungiformes. Embora encontradas por todo o dorso, concentram-se principalmente na ponta e nas bordas linguais. Tem formato de cogumelo, coloração vermelha-clara, são lisas e sua distribuição pelo dorso da língua é mais espaçada. Possuem botões gustativos, porém em menor quantidade quando comparada as papilas circunvaladas ou foliadas (Palheta Neto et al., 2011).

**Figura 2:** Localização e anatomia das papilas linguais

Fonte: <https://ageusiapi2014.wixsite.com/ageusia/opaladar> (acesso em: 13/10/2019)

Tratando-se de seu interior, a estrutura lingual é composta por músculos os quais podem ser divididos em dois grupos: os músculos linguais intrínsecos e os extrínsecos (Rizzolo & Madeira, 2009; Andrezzo 2014; Sieroslawska, 2018).

Os músculos intrínsecos recebem esse nome, pois tanto sua origem quanto sua inserção ficam limitados dentro da própria língua, não se vinculando com nenhuma estrutura vizinha. Têm a função de alterar a forma da língua, que vão variar conforme a ação conjunta desses músculos. Cada músculo que compõe esse grupo recebe o nome de acordo com a posição de suas fibras. Os músculos longitudinais superior e inferior, tem as fibras distribuídas longitudinalmente, ao passo que o músculo transverso e o vertical, tem as fibras dispostas transversal e verticalmente, respectivamente. A combinação dos movimentos musculares de cada um pode fazer a língua se alongar, se espessar, se alargar e se encurtar (Rizzolo & Madeira, 2009).

O grupo de músculos extrínsecos por sua vez, tem sua origem em ossos vizinhos da língua e se prolongam até a mesma, com a função de movimentá-la e auxiliar nas alterações de forma. Genioglosso, hioglosso, estiloglosso e palatoglosso, são os músculos enquadrados nesse grupo (Rizzolo & Madeira, 2009; Andrezzo 2014; Sieroslawska, 2018).

O genioglosso é o maior dentre os extrínsecos e tem como principal função

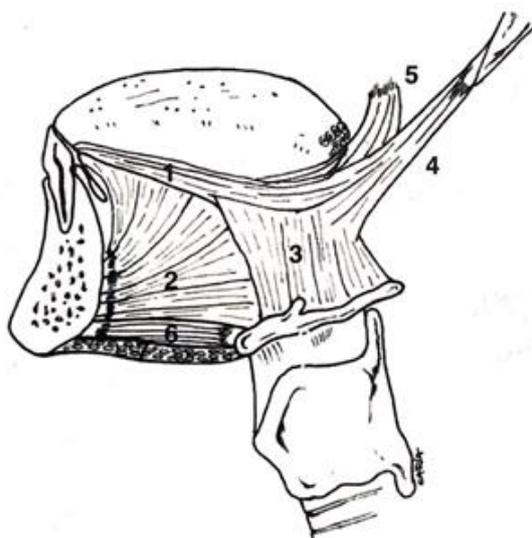
a protrusão lingual, mas também atua em sua depressão. Sua origem encontra-se na espinha mentoniana superior e sua inserção é por toda a parte inferior da língua da ponta até a raiz (Rizzolo & Madeira, 2009).

Já o hioglosso, origina-se no corpo do osso hióide e no corno maior e se insere na superfície inferior da língua e em suas laterais, o que dá a ele a função de abaixador lingual e também de retração da mesma, em especial quando encontra-se para fora da cavidade bucal (Sicher & Tandler, 1981; Rizzolo & Madeira, 2009).

O estiloglosso, assim como o genioglosso e o hioglosso, vai se inserir na porção inferior lingual, mas, por sua vez, também penetra na parte posterior e lateral. Origina-se no processo estilóide e é responsável por retrair e levantar a língua. Muitas de suas fibras acabam se entrelaçando com as do hioglosso, que juntas formam uma das principais porções da musculatura longitudinal do órgão.

E por último, temos o músculo palatoglosso, que atua como um levantador lingual ou abaixador de palato mole. Apesar de alguns autores como Sicher & Tandler (1981) não considerar esse músculo como lingual, literaturas mais atuais como Rizzolo & Madeira (2009) o caracterizam nesse grupo pela importância que o mesmo tem nas funções deste órgão. Sua origem está na aponeurose do palatina, em sua superfície inferior e a inserção na porção póstero-lateral da língua. É o único músculo lingual que é innervado pelo nervo vago, ao passo que todos os outros tem inervação advinda do nervo hipoglosso.

**Figura 3:** Parte dos Músculos da Língua



- 1 M. longitudinal superior
- 2 M. genioglosso
- 3 M. hioglosso
- 4 M. estiloglosso
- 5 M. palatoglosso
- 6 M. gênio-hióideo

Fonte: Rizzolo & Madeira (2009).

## 4.2 Lesões e Alterações da Língua mais comuns em Odontopediatria

### 4.2.1 Microglossia

Desenvolvimento falho da língua que tem o seu volume anormalmente reduzido. É uma alteração de desenvolvimento de etiologia ainda desconhecida e muito incomum (Neville et al., 2009).

Embora haja relatos de microglossia isolada, essa anormalidade está normalmente associada a alguma síndrome ou deficiência. A grande maioria dos casos associa essa anomalia com um grupo de condições sobrepostas chamadas de síndromes de hipogênese oro-mandibular-membros, as quais têm como característica a anormalidade de membros. A hipomelia (tamanho reduzido de parte ou de todo o membro) ou a hipodactilia (ausência de dedos), são exemplos de síndromes que poder ter como repercussão clínica a microglossia (Neville et al, 2009). Além disso, não é incomum que essa alteração esteja relacionada a micrognatia, mandíbula anormalmente pequena (Boraks, 2011).

Portadores da Sequência de Moebius, uma síndrome congênita rara, tem a atrofia lingual e microglossia como uma de suas alterações mais comuns (Lemos, 2009). Outra síndrome que possui essa alteração é a Síndrome de Richner-Hanhart. Nessa, já houveram relatos até mesmo de aglossia, ou seja, paciente nasce sem a língua (Tinoco et al., 2011)

O tratamento para os portadores de microglossia varia e depende muito da gravidade e natureza dessa condição. Cirurgias e tratamentos ortodônticos podem ajudar e muito a recuperar a função oral, como na mastigação, deglutição e fonação. Mas isso depende do quão atrofiada a língua é (Neville et al., 2009).

**Figura 4:** Microglossia e atrofia mandibular



Fonte: Hernández et al. (1999).

#### 4.2.2 Macroglossia

Anomalia caracterizada pelo volume exacerbado da língua. Aparece principalmente em crianças e pode ser percebida por incontinência salivar, criança que “baba” muito, dificuldade ao se alimentar e respiração ruidosa. Quando mais velha, a criança pode desenvolver também a gagueira, mordida aberta, prognatismo mandibular e ainda produzir endentações na margem lateral da língua pela pressão que a mesma faz contra a mandíbula pelo seu volume aumentado (Neville et al., 2009). Pode ter origem congênita ou adquirida e está geralmente associado a patologias, síndromes ou distúrbios neurológicos centrais (Neville et al., 2009; Boraks 2011).

Em pacientes pediátricos, nos casos de origem hereditária ou congênita, a macroglossia pode aparecer em portadores de hemangiomas, síndrome de Beckwith-Wiedemann, mucopolissacaridoses, síndrome de Down, cretinismo e hiperplasia hemi-facial. (Neville et al., 2009;). Já nos casos de origem adquirida, pode ser uma consequência de lesões como angioedema (edema de Quincke) e linfangioma, tumor benigno muito comum em crianças (Boraks, 2011).

**Figura 5:** Macroglossia associada a linfangioma



Fonte: Assed et al. (2008).

O tratamento vai depender das condições de cada situação. Nos casos mais brandos, a intervenção cirúrgica não é necessária e o acompanhamento com uma fonoaudióloga pode ser bastante eficaz, principalmente nos casos onde encontra-se prejudicada. Em pacientes com condições mais severas e sintomáticas, a glossectomia, intervenção cirúrgica onde parte da língua é removida, pode ser

indicada (Neville et al., 2009). Segundo Macedo e Meyer (2007) a glossectomia realizada nos dois casos apresentados mostrou-se muito efetiva na melhora das funções das vias aéreas e também da estética facial dos pacientes, sem alterar a fala e a deglutição.

**Figura 6:** Glossectomia em criança



Fonte: Macedo & Meyer (2007)

#### 4.2.3 Língua geográfica (Eritema Migratório)

Uma alteração muito comum predominantemente em crianças de 8 a 12 anos, principalmente meninas. A causa ainda é desconhecida, mas muitos autores a associam a alguns distúrbios como Diabetes Mellitus insulínico dependente, alergias, síndrome de Down (Boraks, 2011) e principalmente, fatores genéticos, já que é frequente que se observe a incidência dessa alteração a vários membros de uma mesma família (Assed et al., 2008), porém, estudos realizados nos Estados Unidos não encontraram relação uma entre a lesão e esses distúrbios, ou qualquer outro fator que fosse estatisticamente significativo (Neville et al., 2009).

Alguns autores também associam a língua geográfica com psoríase. Essa associação existe uma vez que a doença pode gerar a perda de queratina e conseqüentemente a despapilação, causando essa alteração (Assed et al., 2008; Boraks, 2011).

A lesão aparece, em sua imensa maioria, nas bordas laterais da língua e no dorso lingual. O eritema está associado à atrofia das papilas filiformes que ficam circundadas por bordas brancas proeminentes. Essas pequenas lesões trocam sua posição rápida e continuamente, o que deu a essa alteração a nomenclatura de glossite migratória ou eritema migratório (Assed et al., 2008; Neville et al., 2009;

Boraks, 2011).

A língua geográfica, de forma geral é assintomática, porém, em períodos nos quais as lesões estão ativas, pode haver ardência e uma certa sensibilidade quando o paciente ingere alimentos picantes, quentes ou ácidos (Neville et al., 2009).

Embora o aspecto clínico cause a princípio uma certa preocupação, não há necessidade de intervenção terapêutica. Devemos apenas alertar aos responsáveis as possíveis associações dessa alteração com outras patologias como a psoríase, para que se investigue a presença da patologia ou não na criança. Em casos onde a sintomatologia dolorosa estiver causando grande desconforto, é recomendado ao paciente que se evite alimentos cítricos, ácidos e condimentados (Assed et al., 2008) e válido que se utilize pomadas à base de corticoides (Boraks, 2011).

**Figura 7:** Língua geográfica



Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 8:** Língua geográfica



Paciente oriundo da creche Nave da Saudade, escola municipal de Ribeirão Preto.

#### 4.2.4 Língua saburrosa

Áreas esbranquiçadas presentes na região do dorso lingual, que aparecem pelo acúmulo de placa bacteriana e restos alimentares nas papilas por higiene bucal deficiente. Essa alteração pode estar relacionada também a língua geográfica ou fissurada (Assed et al., 2008).

De maneira geral, a língua saburrosa é assintomática, não causando incômodo algum ao paciente. Porém, sua presença é um forte indicativo de uma higiene bucal deficiente, e pode ser uma grande fonte de halitose (Neville et al., 2009), o que torna necessária a intervenção do Cirurgião-Dentista, que deve instruir o paciente a uma higienização adequada, incluindo a escovação e limpeza da língua. O uso de raspadores de língua nesses casos também é indicado.

É importante também reforçar ao responsável que realize a limpeza da boca da criança pelo menos uma vez ao dia, até que a mesma possua condições motoras para realizá-la sozinha e com eficiência.

Avaliando a língua dos pacientes da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, foi possível verificar uma alta prevalência de língua saburrosa.

**Figura 9:** Língua saburrosa



Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 10: Língua Saburrosa**



Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 11: Língua Saburrosa**



Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 12: Língua Saburrosa**



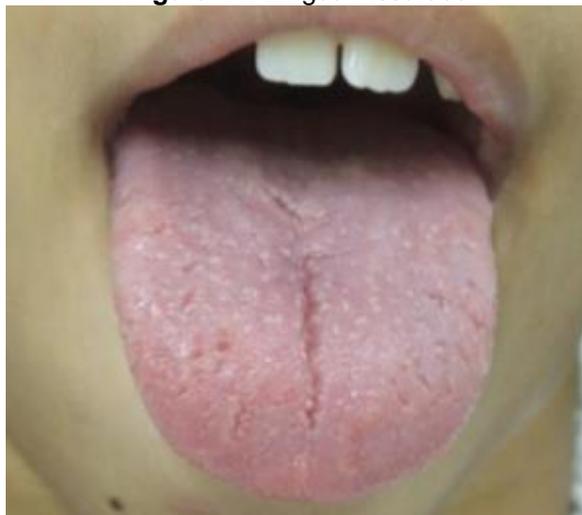
Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 13: Língua Saburrosa**

Paciente oriundo da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

#### 4.2.5 Língua fissurada

Condição comum que tem como característica a presença de diversos sulcos por toda a superfície do dorso lingual. Embora não se saiba a causa de forma concreta, a hereditariedade parece influenciar nos casos. Além disso, alguns fatores externos podem contribuir com esse tipo de anormalidade. A profundidade das fissuras pode ter de 2 a 6 mm, sendo essa variação, em alguns casos, determinada pela idade, quanto mais velho mais profundo os sulcos aparecem (Neville et al., 2009).

**Figura 14: Língua Fissurada**

Fonte: Lima-Rivera et al. (2016)

Outra associação encontrada, é entre a língua fissurada e o eritema migratório. Segundo alguns levantamentos, 20% dos casos de pacientes com língua

fissurada apresentam também o eritema migratório (Scully et al., 1997).

**Figura 15:** Língua fissurada associada a língua geográfica



Paciente da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

A anormalidade é também um achado bem comum em pacientes portadores da síndrome de Melkersson-Rosenthal (Scully et al., 1997; Neville et al., 2009), portadores de psoríase e também de síndrome de Down.

Não há tratamento específico para esse tipo de variação, uma vez que é uma condição benigna. Porém, é importante que o Cirurgião-Dentista oriente sempre a higienização da língua, pois o acúmulo de restos de alimentos pode gerar irritação, desconforto e halitose ao paciente (Neville et al., 2009; Mangold et al., 2016).

#### **4.2.6 Anquiloglossia**

Trata-se de uma anomalia de desenvolvimento, na qual o freio lingual é curto ou fixado de maneira anteriormente anormal no assoalho da língua, limitando seus movimentos e prejudicando suas funções, principalmente a da fala. É prevalente em uma média de 2,5% dos recém-nascidos e afeta principalmente indivíduos do sexo masculino em uma proporção de 4:1 (Assed et al., 2008; Neville et al., 2009).

A anquiloglossia pode aparecer com manifestações leves com poucas consequências clínicas, até casos mais severos de anquiloglossia completa, nos quais a língua é colada no soalho bucal, causando graves problemas na fonação, mastigação e lactação (Assed et al., 2008; Neville et al., 2009). Há também uma especulação de que essa anomalia cause mordida aberta, uma vez que o paciente não consegue elevar a língua ao palato, impedindo a deglutição normal (Neville et al., 2009).

O tratamento mais indicado para os casos de anquiloglossia quando o paciente apresenta dificuldades na amamentação ou é incapaz de tocar a língua na

crista alveolar superior é a frenectomia, um pequeno corte do freio lingual para que haja a liberação da língua (Kulbersh & Wiatrak, 2015). A cirurgia só deve ser realizada quando a função for realmente muito prejudicada, e recomenda-se que se aguarde até o 4º ou 5º ano de vida, pois ao nascimento a língua apresenta-se sempre curta. Ao crescer, a língua pode-se alongar e a anomalia ser irrelevante (Neville et al., 2009).

**Figura 16:** Anquiloglossia



Paciente da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

**Figura 17:** Anquiloglossia



Fonte: Assed et al. 2008

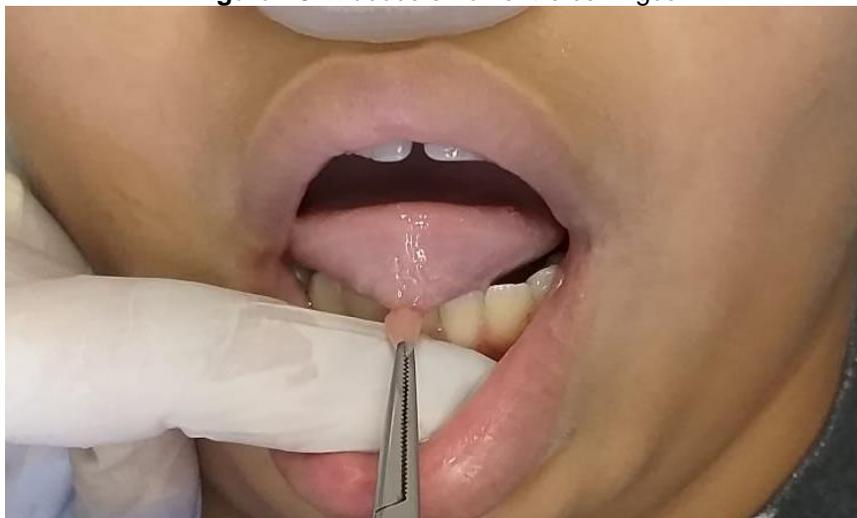
#### **4.2.7 Mucocele lingual**

São pequenas lesões benignas, indolores, com o formato de cúpula e coloração azulada. Em geral, são flutuantes, mas, em alguns casos, a lesão mostra-se firme à palpação. Origina-se pelo extravasamento salivar nos tecidos moles adjacentes (Scully et al., 1997; Neville et al., 2009; Wanderley, 2013), que pode ser causado por dois fatores: lesão traumática no ducto da glândula salivar, ou obstrução deste mesmo ducto por um fator externo, como cálculo (Matos et al., 2016). Tratando-se de crianças e adolescentes, o primeiro fator é mais determinante

para o aparecimento dessas lesões, uma vez que os jovens estão mais expostos a possíveis experiências traumáticas (Neville et al., 2009; Wanderley, 2013).

O principal sítio de aparecimento das mucocelos são os lábios inferiores, porém há diversos estudos que mostram uma considerável frequência de relatos da lesão no assoalho da boca e no ventre lingual. Quando o extravasamento acontece na glândula sublingual, ou seja, quando aparece no assoalhado bucal, a lesão recebe o nome de Rânula, uma vez que a mesma se assemelha ao ventre translúcido de uma rã (Scully et al., 1997; Neville et al., 2009; Wanderley, 2013) e esta será mais profundamente abordada a seguir.

**Figura 18:** Mucocel no ventre da língua



Paciente da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

Muitas vezes, as mucocelos, sem intervenção médica, se rompem e cicatrizam, porém, quando de natureza crônica, é necessária a atuação de um Cirurgião-Dentista. Nesses casos, recomenda-se a excisão cirúrgica completa da lesão, retirando inclusive qualquer glândula salivar de menor tamanho que possa estar em seu interior, para evitar uma possível recidiva. Deve-se realizar o exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico (Neville et al., 2009; Matos, et al., 2016).

**Figura 19:** Excisão cirúrgica local de mucocele no ventre lingual em paciente pediátrico



Paciente da clínica de Odontopediatria da FORP-USP

#### 4.2.8 Rânula

Como exposto anteriormente, a rânula nada mais é do que uma mucocele originada no soalho da boca, geralmente na glândula sublingual. Além da lesão por extravasamento, a mesma pode estar associada a uma infecção bacteriana que, além de grande desconforto, pode gerar febre e dor (Matos et al., 2016).

Geralmente, a lesão é flutuante, de tamanho superior ao das mucocelos e cor azulada. Nos casos de lesão mais profunda, a rânula pode dispor da mesma coloração da mucosa local.

Para o tratamento da lesão, recomenda-se que a glândula sublingual seja removida ou marsupializada (Neville et al., 2009; Matos et al., 2016). A marsupialização trata-se de uma excisão de parte da mucosa do soalho bucal juntamente com a parede superior da rânula, seguida de sutura das paredes da lesão à mucosa remanescente do soalho (Geraldini et al, 2006). Essa escolha terapêutica apresenta maior efetividade em casos com rânulas mais superficiais e menores, sendo a remoção completa da lesão e da glândula sublingual mais indicada em condições mais profundas, considerando que a chance de recidiva é menor.

**Figura 20:** Rânula em glândula sublingual em paciente pediátrico



Fonte: Kulbersh & Wiatrak (2015)

## 5. Conclusão

---

## **5. CONCLUSÃO**

Diversas lesões e alterações podem acometer a língua de crianças e adolescentes. Na infância a maioria destas alterações apresenta caráter benigno, outras vezes podem estar associadas a doenças sistêmicas e síndromes. Independentemente da causa, as mesmas podem gerar transtornos aos pacientes portadores e grande preocupação aos pais e responsáveis. Este trabalho contribui para que o Cirurgião-Dentista adquira subsídios para reconhecer, orientar e tratar as lesões de línguas nos pacientes pediátricos.

## Referências

---

## REFERÊNCIAS

1. ANDREZZO, M. Desenvolvimento da língua e sua relação com deglutição e sucção pré-natais. 41p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Fonoaudiologia. Florianópolis, SC, 2014.
2. ASSED, S.; QUEIROZ, A. M.; SILVA, R. A. B. Afecciones Estomatológicas em Niños. In: SILVA, L. A.B. Tratado de Odontopediatria. Colombia: Amolca, 2008. p. 39-66.
3. BORAKS, S. Medicina Bucal: Tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais. São Paulo: Artes Médicas, 2011.
4. BRITO, S. F. et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. CEFAC, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 343-351, 2008.
5. GERALDINI, R. et al. Tratamento de Rânula com marsupialização: relato de caso. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, v.18, n.1, p.83-86, 2006.
6. HERNÁNDES, S. N. S.; PRADO, M. S. M.; FERNÁNDES, J. M. T. Microglossia – Reporte de um caso. Revista ADM, vol.56, n.2, p.80-82, 1999.
7. KULBERSH, B. D.; WIATRACK, B. J. Pediatric lingual and other intraoral lesions. Otolaryngol Clin North Am, v.48, n.1, p.175-190, 2015.
8. LEMOS, L. A. Caracterização das alterações dento-faciais em crianças portadoras da Sequência de Moebius. 46p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
9. LIMA-RIVERA, L. M. et al. Prevalência de lesões bucais em crianças de 6 a 12 anos. SALUSVITA, Bauru, v.35, n.3, p. 411-422, 2016.
10. MACEDO, M.; MEYER, K.F. Tratamento cirúrgico de macroglossia em crianças: relato de dois casos. EINSTEIN, São Paulo, v.5, n.2, p. 166-169, 2007.
11. MADEIRA, M. C.; RIZZOLO, R. J. C. Anatomia da Face, Bases Anatofuncionais para a Prática Odontológica: 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2014.
12. MANGOLD, A. R.; TORGERSON, R. R.; ROGERS, R. S. Diseases of the tongue. Clinics in Dermatology. 2016; 34:458-69.
13. MATOS, A. L.; Lesões bucais na infância: revisão sistemática de interesse da fonoaudiologia. CEFAC, São Paulo, v.18, n.1, pag.209-213, 2016.
14. NEVILLE, B. W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial: 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

15. OLIVEIRA, E. R. de. Análise de papilas circunvaladas em fumantes de cigarros e não-fumantes, consumidores ou não de bebidas alcóolicas. 65p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco Pernambuco, 2004.
16. PALHETA NETO, F. X., et al. Anormalidades sensoriais: olfato e paladar. Arquivos Int. Otorrinolaringol., São Paulo, v.15, n.3, p. 350-358, 2011.
17. RIZZOLO, R. J. C.; MADEIRA, M. C. Anatomia Facial com fundamentos de anatomia geral: 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2009.
18. SCULLY, C.; FLINT, S. R.; PORTER, S. R. Atlas Colorido de Doenças da Boca: 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
19. SIEROSLAWASKA, A. Músculos da Língua e Paladar. KENHUB, 2018. Disponível em: <<https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/musculos-da-lingua-e-paladar>>. Acesso em: 01 de jul. de 2019.
20. SICHER, H.; TANDLER, J. Anatomia para dentistas: 1. ed. São Paulo: Atheneu; 1981.
21. SMITH, D.V.; MARGOLSKEE, R.F. Making Sense of Taste. Scientific American, v.284, n.3, p.32-39, 2001.
22. TINOCO, L. E. O., et al. Síndrome de Richner-Hanhart e suas manifestações otorrinolaringológicas - relato de caso. Arq. Int. Otorrinolaringol., São Paulo - Brasil, v.15, n.3, p. 388-391, 2011.
23. WANDERLEY, F. G. C., et al. Estudo retrospectivo da prevalência de fenômenos de retenção e extravasamento de muco – correlação clínico-histopatológica. RFO, Passo Fundo, v.18, n.3, p.307-311, 2013.