

## TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL FRENULO LINGUALE ANOMALO IN UN PAZIENTE DI 11 ANNI: CASE REPORT.

**Desiderio F<sup>1</sup>, Cantile T<sup>1</sup>, Papa C<sup>1</sup>, Quaraniello M<sup>1</sup>, Sangianantoni G<sup>1</sup>, Ingenito A<sup>1</sup>, Ferrazzano GF<sup>1,2</sup>.**

1. Dipartimento di Neuroscienze, Scienze riproduttive e Scienze Odontostomatologiche, Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, Università di Napoli "Federico II", Napoli, Italia.
2. Staff Cattedra UNESCO "Educazione alla salute e allo sviluppo sostenibile", Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli, Italia.

**Obiettivo:** I frenuli sono sottili bande di tessuto molle presenti a livello dei mascellari costituiti da mucosa orale, fibre connettivali e, raramente, fibre muscolari. Il frenulo linguale unisce la base della lingua al pavimento orale in corrispondenza della linea mediana e può contenere anche fibre muscolari più superficiali del muscolo genioglosso. Il frenulo linguale anomalo, corto e/o ipertrofico, ha il potere di limitare la mobilità della lingua, fino a causare anchiloglossia. L'ipomobilità linguale, a sua volta, può determinare disturbi della fonazione, deglutizione atipica, predisposizione allo sviluppo di carie, problemi parodontali e alterazioni ortopedico-ortodontiche. Il presente caso clinico ha lo scopo di descrivere il protocollo operativo che è stato adottato in un paziente di 11 anni recatosi presso il Programma Interdipartimentale di Odontoiatria Pediatrica dell'AOU "Federico II" di Napoli.

**Materiali e metodi:** Il frenulo linguale anomalo è stato diagnosticato mediante la valutazione di alcuni parametri clinici: l'incapacità del paziente di toccare il palato con la lingua in posizione di massima apertura della bocca e di protrudere la lingua per più di 1-2 cm oltre gli incisivi inferiori (Fig. 1). È stata così formulata la diagnosi di ipomobilità linguale causata da frenulo anomalo ed è stato programmato l'intervento di frenulectomia. Previa anestesia locale bilaterale a carico del nervo linguale, sono state utilizzate due pinze emostatiche per isolare il frenulo: una posizionata parallela alla superficie inferiore della lingua (Fig. 2) e l'altra parallela al pavimento orale (Fig. 3). Senza esercitare trazione sulle pinze emostatiche, è stata effettuata un'incisione, con un bisturi bard-parker n°11, lungo la superficie esterna delle due pinze emostatiche (Fig. 4) ed è stato asportato il frenulo (Fig. 5). Infine, è stato separato per via smussa lo strato mucoso dai sottostanti piani muscolari per ottenere una sutura dei lembi della ferita priva di tensione e per evitare di ostacolare la mobilità dei muscoli della lingua. La sutura a punti staccati è stata effettuata facendo attenzione a non coinvolgere le caruncole linguali: in questo caso è stato utilizzato un filo di tipo riassorbibile (Fig. 6).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

**Risultati:** Ai controlli post-operatori è stato possibile apprezzare una buona guarigione della ferita. Una volta ottenuta una totale guarigione, avendo il paziente più di 5 anni, è stata necessaria una rieducazione fonetica grazie all'aiuto di un logopedista.

**Conclusioni:** La frenulectomia linguale consente di risolvere problemi fonetici, parodontali e di deglutizione. Inoltre, è necessario tenere ben presente le importanti strutture anatomiche che decorrono nel pavimento orale e sulla superficie inferiore della lingua, al fine di non danneggiarle nel corso dell'intervento chirurgico.

**Bibliografia:**

- 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 Sur* 2017;156(4):735-740.  
Suter VG, Bornstein MM. *Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment.* *J Periodontol* 2009;80(8):1204-19.