

NOTA TÉCNICA Nº 04/2023/DAPS

Curitiba, 13 de outubro de 2023.

ASSUNTO: Frenectomia Lingual e Labial – Encaminhamentos

Frenectomia Lingual

O diagnóstico de hipertrofia lingual é amplamente discutido entre as entidades de pediatria e odontopediatria. Há muitas áreas da saúde envolvidas (fonoaudiologia, pediatria, cirurgia, otorrinolaringologia e odontopediatria) que abordam o problema de diferentes maneiras. Seja qual for a metodologia de avaliação do freio lingual, a indicação/contra-indicação cirúrgica deve levar em consideração aspectos anatômicos, funcionais e suas implicações na amamentação, fala, deglutição etc.

Para auxiliar o diagnóstico pode-se fazer as seguintes avaliações:

1. AAPD (Associação Americana de Odontopediatria): publicada em 2019, é baseada em uma avaliação individualizada e não sistematiza critérios ou escores absolutos para determinar a indicação do procedimento.

A avaliação para crianças de 0 a 2 anos é realizada levando-se em consideração:

Amamentação – dificuldade de pega do seio, dificuldade de selamento labial que pode provocar vazamento de leite, ganho de peso lento ou insuficiente do bebê, refluxo ou irritabilidade pela deglutição de ar, tempo de amamentação prolongado, cansaço do bebê, ruídos durante a amamentação e dor para amamentar;

Inserção do freio na língua – no terço mais próximo da borda ou diretamente na ponta da língua;

Frenectomia Lingual

O tratamento cirúrgico da Hipertrofia de Freio Lingual deve ser realizado o mais breve possível. Preferentemente nos primeiros dias de vida. Quanto mais precoce a intervenção mais fácil o procedimento.

Inserção do freio no assoalho/rebordo – mais próximo do rebordo ou sobre ele;

Elevação e formato da ponta da língua – não consegue elevar ou quando elevada a língua faz um “V” na sua ponta também conhecido como formato de coração;

Projeção e alcance da língua – não consegue projetar a língua para fora da boca ou com alcance limitado;

Para as crianças maiores ou até para adultos são considerados ainda:

Articulação de fonemas – dificuldade de pronunciar alguns fonemas que dependem do correto posicionamento da língua;

Placa bacteriana – acúmulo de placa bacteriana, mesmo após orientação de higiene bucal, na região do freio;

Retração gengival – a inserção próxima à margem gengival provocando retração gengival e possivelmente recessão óssea;

Deglutição – dificuldade na mobilidade da língua que provoca deglutição atípica.

2. Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT): fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento. Os elementos do BTAT são: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua.

As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, e os escores acima de 4 apontam para uma função da língua preservada. A decisão de intervir cirurgicamente não é uma garantia de que dificuldades com a amamentação serão solucionados. A seguir imagens de referência para cálculo do escore utilizado para indicar a intervenção.

TABBY Tongue Assessment Tool

	0	1	2	Score
Aparência da ponta da língua				
Fixação do frênulo na gengiva/assoalho				
Elevação da língua com a boca aberta (durante o choro)				
Projeção da língua para fora da boca				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk

O profissional assistente deve avaliar o paciente e, havendo dúvida sobre a indicação cirúrgica, pode discutir o caso com o CEO ou com a Coordenação de Saúde Bucal.

Caso constate-se a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, seguir o fluxo específico:

- CRIANÇAS 0-2 ANOS (INCLUINDO RECEM NASCIDOS):
NÃO INSERIR EM FILA DAS ESPECIALIDADES
Solicitar agendamento de priorização através do e-mail priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br

- CRIANÇAS ACIMA DE 2 ANOS:
 - Acompanhar até os 5 anos.

- Caso ocorra dislalia, solicitar avaliação fonoaudióloga.
- Em se comprovando a indicação de frenectomia lingual, seguir fluxo para crianças de 0-2 anos, após condicionamento odontopediátrico na unidade de saúde.

❖ Urgências: solicitar priorização através do e-mail priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br

Frenectomia Labial

É muito comum que o freio labial superior tenha uma inserção muito baixa na primeira infância provocando um diastema interincisivo. A família quase sempre apresenta esta queixa como um problema oclusal e/ou estético.

O tratamento é de acompanhamento e a cirurgia não está indicada nesta faixa etária. O crescimento facial e a troca pelos dentes permanentes quase sempre reposicionam o freio, o que dispensa submeter a criança à anestesia e ato cirúrgico. Apenas após a erupção dos caninos superiores permanentes, entre 9 e 12 anos de idade, uma reavaliação será necessária caso o diastema persista.

A avaliação pode ser realizada de acordo com a anatomia de inserção:

Inserção na mucosa livre ou acima – o freio labial está em local que não provoca tensão gengival;

Inserção na mucosa gengival (aderida) – o freio está fixo na gengiva e pode estar limitando a mobilidade labial mas sem atingir a papila interdental;

Inserção papilar – o freio está inserido na papila interincisiva, limita a mobilidade do lábio, provoca diastema, acúmulo de placa

Inserção transpapilar – quando tracionado provoca isquemia na mucosa palatal, diastema, dificuldade de higiene, geralmente é volumoso e fibroso.

Frenectomia Labial Superior

Apenas após a erupção dos caninos superiores permanentes, entre 9 e 12 anos de idade, uma reavaliação será necessária caso o diastema persista. A força eruptiva dos caninos pode movimentar os dentes e solucionar diastemas persistentes.

Caso constate-se a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, inserir na fila da CMCE:

- CRIANÇAS DE 9 A 12 ANOS DE IDADE:
ODONTOPEDIATRIA > CEO SYLVIO GEVAERD

As medidas acima descritas, estão sendo implementadas com o objetivo de aprimorar os encaminhamentos dentro da rede, assim como melhorar a captação dos casos e priorização pelo sistema.

Os profissionais que se julgarem aptos, podem realizar a frenectomia na US de origem da criança.

Atenciosamente,

Viviane Gubert

Coordenação de Saúde Bucal / DAPS

Referências:

AAPD, American Academy of Pediatric dentistry. **Policy on Management of the Frenulum in Pediatric Dental Patients**. Council on Clinical Affairs, 2019.

Brasil, Ministério da Saúde – SAS – Departamento de Ações Programáticas Estratégica, **Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – Nota Técnica nº 35/2018**.

Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês**. Rev. CEFAC. 2012;14(1):138-45

Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. **The development of a new breastfeeding assessment tool and the relationship with breastfeeding self-efficacy**. Midwifery 2015; 31:132–7.