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/contraindicação cirúrgica deve levar em consideração aspectos anatômicos, funcionais e suas implicações na amamentação, fala, deglutição etc.

Para auxiliar o diagnóstico, existem alguns protocolos disponíveis a saber:

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.

1. AAPD (Associação Americana de Odontopediatria)
2. Protocolo Martinelli

   E o Protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba é o:

3. <u>Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)</u>: 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:

- escores 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua;
- escores 4 e 5 indicam uma suspeita de anquiloglossia e sugerem um acompanhamento e reavaliação;

- escores 6 e 7 apontam para uma função da língua preservada;
- escore 8 indica um freio normal.

Este protocolo é indicado pelo Ministério da Saúde.

O apoio à amamentação deve ser constante e não está dispensado mesmo que a cirurgia seja realizada.

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	Escore
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 cirurgião-dentista deve avaliar o paciente e, se houver dúvida sobre a indicação cirúrgica, pode discutir o caso com os Centros de Especialidades Odontológicas ou com a Coordenação de Saúde Bucal. Caso constate-se a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, seguir o fluxo abaixo para **FRENECTOMIAS LINGUAIS**:

CRIANÇAS 0 a 2 anos

- Aplicar BTAT
- Não inserir em fila

↓

Solicitar agendamento pelo priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br e compartilhamento do caso com pediatra de referência

CRIANÇAS 3 a 5 anos

- Avaliar deglutição atípica, diastemas, retrações gengivais, dislalias
- Realizar condicionamento odontopediátrico na US
- Não inserir em fila

↓

Solicitar agendamento pelo priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br e compartilhamento do caso com pediatra de referência

CRIANÇAS 6 a 12 anos

- Avaliar deglutição atípica, diastemas, retrações gengivais, dislalias
- Realizar condicionamento odontopediátrico na US

↓

Inserir na fila de Odontopediatria CEO Sylvio Gevaerd e compartilhamento do caso com pediatra de referência

Acima de 12 anos e adultos

- Avaliar deglutição atípica, diastemas, retrações gengivais, dislalias

↓

- Inserir na fila de Periodontia

- As solicitações recebidas pelo email priorizaodonto, de crianças até 05 anos de idade, serão agendadas para a especialidade de Cirurgia Pediátrica Geral, na Central de Marcação de consultas especializadas

- Casos de urgência: solicitar priorização através do e-mail priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br informando detalhadamente o caso clínico.

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 crescimento facial e a troca pelos dentes permanentes quase sempre reposicionam o freio, o que dispensa submeter a criança à anestesia e ato cirúrgico. 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

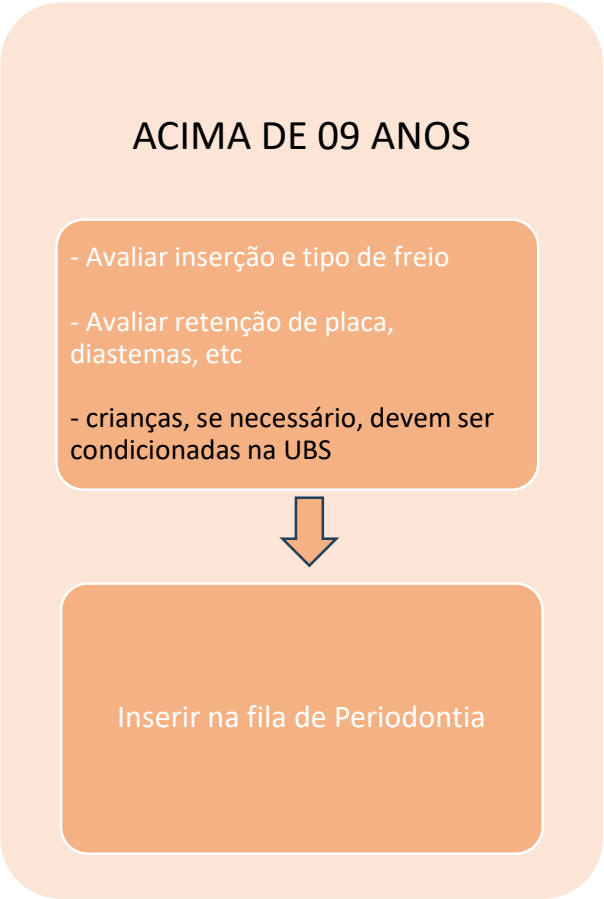
Inserção transpapilar – quando tracionado provoca isquemia na mucosa palatal, diastema, dificuldade de higiene, geralmente é volumoso e fibroso.

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**

Em outras faixas etárias em situações em que o profissional julgue necessário deve solicitar uma avaliação através do e-mail **priorizaodonto@sms.curitiba.pr.gov.br.**

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



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.

Coordenação de Saúde Bucal / DAPS

Referências bibliográficas:

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

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.

Venancio SI, Toma TS, Buccini GS, et al**. Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia**. Parecer Técnico-Cientifico. Instituto de Saúde. São Paulo, 2015.

Venancio SI, Buccini G, Sanches MTC, Coleta H, Olin, P, Coimbra, T. **Adaptação Transcultural do Protocolo de Avaliação da Língua de Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool -BTAT) e do Protocolo de Avaliação de anquiloglossia em bebês amamentados (Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool - TABBY)**. Relatório de Pesquisa, Instituto de Saúde. São Paulo, 2022.

Brasil, Ministério da Saúde - **Nota Técnica Conjunta nº 52/2023** - CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS e CGSB/DESCO/SAPS/MS. Brasília, 2023.