

FRENECTOMIA LINGUAL E LABIAL SUPERIOR EM ODONTOPEDIATRIA

Ana Paula Muniz Peixoto*
Charles Nunes da Silva Fortunato *
Felipe Angola Paes*
Vicente de Paula Marinho Júnior*
Wellerson Brayner Peres Lobo*
Mylene Quintela Lucca**

* Acadêmicos do 8º Período do Curso de Odontologia da UNIVALE

** Doutorado em Odontopediatria.

Professora da disciplina de Pediatria I e II do Curso de Odontologia da UNIVALE.

Resumo

Os freios bucais são estruturas que podem variar quanto à forma, tamanho e posição durante os estágios de crescimento do indivíduo. O objetivo deste estudo é conhecer por meio de uma revisão da literatura os métodos diagnósticos e técnicas cirúrgicas atuais para correção das anomalias de freio labial superior e lingual. Os freios labiais têm função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. O freio lingual tem a função de limitar o movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação. Em situações onde o freio se encontra-se em condição anormal, pode causar deficiência na mobilidade e função dos lábios e anquiloglossia. Com isso, conclui-se que, a persistência do diastema interincisivo superior pode estar relacionado a presença de freio labial anômalo, o recurso diagnóstico mais eficaz para freio labial maxilar anômalo é a manobra de Graber, o momento ideal para a Frenectomia labial maxilar se dá após a erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes, o protocolo de avaliação do frênulo lingual com pontuações para bebês e o teste da linguinha são meios diagnósticos eficazes no diagnóstico de freio lingual fora dos padrões funcionais. A técnica cirúrgica a ser utilizada para correção dos freios bucais anômalos deve ser selecionada de acordo com cada caso, pois apresentam indicações e vantagens específicas. As intervenções cirúrgicas de freio lingual devem ser realizadas preferencialmente em bebês.

Palavras-chave: Freios bucais. Anquiloglossia. Frenectomia.

Abstract

LINGUAL AND LABIAL FRENECTOMY IN PEDIATRIC DENTISTRY

The buccal tied is structure which may vary in shape, size and position during the individual's growth stages. The objective of this study is to know through a review of the literature the diagnostic methods and current surgical techniques for correction of lip and tongue tied anomalies. The lip tied has the function of limiting the

movements of the lips, promoting the stabilization of the midline and preventing excessive exposure of the gum. The tongue tied has the function of limiting the movement of the tongue to favor swallowing, speech and phonation. In situations where the tie is in normal condition, it can cause deficiency in mobility and function of the lips and ankyloglossia. Therefore, it is concluded that the persistence of the superior interincisive diastema may be related to the presence of anomalous lip tied. The most effective diagnostic feature for the anomalous maxillary lip tied is the Graber maneuver. The ideal moment for maxillary lip frenectomy is after the eruption of the lateral incisors and permanent canines. The evaluation protocol of the lingual frenulum with infants and the tongue test are effective diagnostics of the tongue tied outside the functional standards. The surgical technique used for correction of anomalous buccal frenulum should be selected in accord with each case, as they have specific indications and advantages. Surgical interventions of the tongue tied should be performed preferably in infants.

Key-words: Buccal Tied. Ankyloglossia. Frenectomy.

Introdução

Os freios são estruturas dinâmicas sujeitas a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento do indivíduo. Freios labiais possuem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. Já o freio lingual tem a função de limitar o movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação (IZOLANI NETO; MOLERO; GOULART, 2018).

Segundo Rosa (2018), Santos (2014) a permanência da inserção anormal do freio labial na papila incisiva em seguida da erupção dos incisivos centrais e laterais superiores pode ocasionar no tracionamento incomum do lábio, prejudicar a higiene bucal, gerar recessões gengivais e promover doença periodontal. Além disso, pode acarretar diastema mediano interincisivo, danificar a fonação e desenvolver hábitos viciosos.

No que se refere ao freio lingual, este poderá mostrar variações que causam limitações na movimentação e função da língua como a anquiloglossia, que é uma anormalidade de desenvolvimento da língua, que pode acontecer de forma parcial ou total, em que o freio lingual encontra-se mais curto, ocasionando a

limitação dos seus movimentos. Em lactentes, a anquiloglossia é capaz de causar dificuldades na amamentação, sendo que a deglutição e a sucção estão associadas à correta mobilidade da língua. Essa situação poderá ocasionar em complicação no ganho de peso da criança e incômodo para a mãe durante a amamentação, levando assim a um desmame antecipado e dano ao desenvolvimento normal da criança (PROCÓPIO, 2014; ROSA, 2018).

Para Souza (2015), Silva et al. (2016) a intervenção cirúrgica nos freios bucais poderá ser executada através de dois métodos: a frenectomia, que acarreta na completa remoção do freio, envolvendo a inserção fibrosa no osso subjacente, muito relevante nos casos de diastema relacionado ao freio labial superior de inserção baixa, ou por meio da frenotomia que é a remoção parcial do freio e reposicionamento da sua inserção.

Em situações de deficiências relacionadas aos freios bucais, a frenectomia é o tipo de cirurgia indicada para a correção do freio labial superior e do freio lingual. Esta tem por finalidade a extração da sobra de tecido interdentário, a diminuição da tensão dos tecidos gengivais marginais, ajudar na estabilidade, precaução da recidiva de diastemas e recuperar a anatomia da região, resultando assim em uma melhor estética e evitando os problemas periodontais (ESTRELA, 2018).

De acordo com Costa (2013), como diagnóstico diferencial, realiza-se o exame radiográfico, que é um meio útil para constatar a presença de um mesiodens, por exemplo, ou para reconhecer as características do osso do diastema. A radiografia panorâmica e periapical dos incisivos centrais superiores são as mais indicadas, porém, a radiografia oclusal é eficaz na avaliação da relação do diastema com o canal nasopalatino. Em alguns casos, registros fotográficos juntamente aos modelos de estudo, também poderão ser fundamentais para o diagnóstico.

O objetivo deste estudo é conhecer por meio de uma revisão da literatura os métodos diagnósticos e técnicas cirúrgicas atuais para correção das anomalias de freio labial superior e lingual.

Revisão da literatura

Freios labiais

Os freios labiais são formados por pregas de membrana mucosa composta por tecido conjuntivo fi-

broso, muscular ou de ambos, que unem os lábios e as bochechas à mucosa alveolar, à gengiva, e ao periósseo subjacente. Tais estruturas estão localizadas na mucosa vestibular da mandíbula e da maxila, frequentemente encontradas na linha média ou na região dos pré-molares. Na mandíbula, o freio lingual está unido ao ventre da língua e em conexão lingual com os incisivos centrais inferiores. A principal função destes freios é possibilitar estabilidade da língua, do lábio superior e do lábio inferior (COSTA, 2013).

Histologicamente, os freios bucais são formados por três planos: um superficial, constituído por epitélio escamoso estratificado da mucosa oral, o intermédio, formado por tecido conjuntivo, fibras elásticas, tecido fibroso e fibras musculares, e o mais profundo, compreendendo glândulas mucosas, glândulas salivares menores e vasos linfáticos (REGO, 2017).

De acordo com Aguiar (2018), o freio lingual, ou frênuo da língua, liga esta ao assoalho da boca, permitindo sua livre movimentação e não é considerado tecido muscular, mas uma “prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face pósterio-inferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior”.

O freio labial superior tem uma forma triangular com o vértice voltado para o fundo do vestíbulo. Ocupa-se da sua origem profunda e densa na superfície interna do lábio superior até à sua inserção estreitada e periosteal junto do limite mucogengival na concavidade em forma de “V”, que separa a gengiva aderida da mucosa alveolar, na zona da linha média interincisiva (PINTO, 2018).

A reparação da formação inadequada dos freios bucais é efetuada através de intervenções cirúrgicas, podendo decorrer com sua remoção total, conhecida por frenectomia, ou por meio da frenotomia que consiste em uma incisão a fim de recolocar sua inserção.

A frenectomia a laser e a eletrocirurgia são técnicas menos invasivas utilizadas para a correção de freios bucais não funcionais e apresentam muitas vantagens quando bem indicadas, conforme relatado no estudo de Pinto (2018):

- **Laser:** É a sigla de Light Amplification by Stimulated of Radiation. A emissão estimulada de um fóton por um átomo excitado é responsável pela geração de uma forma de luz colimada, monocromática e coerente ou laser. Quando é utilizado, o volume de anestesia local é menor, e na maioria das vezes usa-se somente a anestesia tópica. O laser é mantido suavemente em contato com o tecido, executando movi-

mentos pincelados, seguindo o longo eixo vertical do freio, inicialmente até a ferida apresentar uma forma linear, em seguida, este é aplicado transversalmente até que a ferida assumira uma forma romboidal. Apresenta como vantagens, a propriedade hemostática, a capacidade de cicatrização, tempo operatório reduzido, colocação de suturas desnecessárias, menor necessidade de analgésicos e antibióticos, cuidados pós-operatórios mínimos, dor e desconforto diminuídos, possuindo também propriedades antibacterianas, desinfetantes e é uma técnica de execução mais simples. Está contraindicada a utilização destas tecnologias quando o paciente tem um lábio curto ou é necessário aprofundar o vestíbulo.

- **Eletrocirurgia:** É definida como a passagem de ondas de alta frequência através dos tecidos corporais para alcançar um efeito cirúrgico controlável, é aconselhada para pacientes com distúrbios hemorrágicos. Apresentam como vantagens, a eficiência e segurança durante o processo, devido à existência de uma visão clara do local da cirurgia, o desconforto pós-operatório é pequeno, não é exigido suturas, a cicatriz é mínima e o tempo de trabalho é menor quando comparado às técnicas que utilizam o bisturi para remoção do freio.

Freio labial superior

Segundo Souza (2015), no momento em que os incisivos centrais superiores erupcionam, nenhum osso é posto na porção inferior, causando assim um espaço interincisivo que é chamado de diastema, podendo afetar a harmonia do sorriso. O diastema é comumente detectado em crianças na fase da dentição mista, e pode ter outras causas como: dentes com diâmetro insuficiente na região maxilar, incisivos laterais conóides, agenesias de incisivos laterais, macroglossia, expansão dos maxilares, hiperatividade lingual, hábitos parafuncionais e outras alterações dentárias. Antes de qualquer intervenção, os cirurgiões-dentistas devem esperar pela erupção dos caninos permanentes para dar-se o diagnóstico diferencial do freio hipertrófico.

O diastema é considerado fisiológico em crianças num momento em que a dentição é mista, em que os incisivos centrais superiores estariam isolados por osso alveolar, exercendo a distalização das coroas. Esta fase é denominada “fase do patinho feio” de Broadbent. Posteriormente, depois da erupção dos incisivos laterais e dos caninos permanentes superiores, frequentemente este espaço diminui ou fecha (PINTO, 2018).

Para Costa (2013), a execução do teste de isque-

mia, ou manobra de Graber, pode ser útil para o reconhecimento desta anomalia, mas não é determinante, que se baseia na tração ou estiramento do lábio e análise do grau de isquemia ou palidez formada na papila palatina. Entretanto, é indispensável o diagnóstico diferencial a fim de desconsiderar outros fatores etiológicos de diastemas, como: a presença de hábitos nocivos (sucção do lábio inferior, sucção digital), instabilidade muscular na cavidade oral (macroglossia, impulso da língua), impedimento físico (dentes supranumerários como o mesiodens, cistos, fibromas), desenvolvimento excessivo da maxila, má oclusão (Classe II, Divisão I), anomalias dentárias e discrepância entre o comprimento do arco superior e o tamanho dos dentes.

Em lactentes, na ocasião em que o freio labial superior se mostra curto, pode impedir um selamento mamário efetivo, possibilitando que o leite seja lançado a partir de contrações progressivas, constituídas pelo conjunto entre os lábios e bochechas. Quando o selamento abrange somente o mamilo e não a auréola, ocorre uma amamentação deficiente (REGO, 2017).

Técnicas cirúrgicas por incisão do freio labial superior

A intervenção cirúrgica deve ser levada em conta quando se visa a prevenção ou diminuição nos problemas associados ao alinhamento dentário irregular, alterações anatômicas e morfofuncionais. Esta cirurgia é contraindicada na dentição decídua, sendo mais aconselhável aguardar a erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes superiores, pois existe a probabilidade do encerramento do diastema mediano de maneira espontânea após a erupção destes dentes. Caso não haja espaço para a erupção dos incisivos laterais definitivos e existindo a presença do freio hipertrófico, relacionado à um diastema mediano, a frenectomia deve ser levada em consideração, mas apenas após a erupção dos incisivos centrais permanentes (ISAC, 2018).

As técnicas cirúrgicas mais preconizadas e descritas por Rego (2017) e Isac (2018) serão descritas a seguir:

- **Frenectomia por plastia em V:** Está recomendada quando estamos frente a um freio hipertrófico e que manifesta uma ampla base de inserção, tendo como vantagem aprofundar o vestíbulo. A intervenção consiste em duas incisões em volta do freio que formam um V.

- **Frenectomia por plastia em Z:** É a técnica de eleição quando o freio é curto e amplo, porque o alongamento do lábio superior pode ser alcançado através do aumento da profundidade do vestíbulo e deixa uma

cicatriz numa direção diferente do freio, o que facilita a mobilidade do lábio superior. Outra vantagem é o perfeito fechamento dos bordos da ferida com a sutura, ausência de hemorragia pós-operatória, rápida cicatrização e normalmente ausência de dor.

- **Frenectomia romboidal ou em Diamante:** Consiste na remoção do freio através do clampe com duas pinças hemostáticas mosquito, uma próxima ao lábio e outra na gengiva. Posteriormente fazem-se incisões por fora das pinças hemostáticas com bisturi ou tesoura. A cicatriz encontra-se na mesma direção do freio, o que poderá dar origem a problemas periodontais e possivelmente problemas estéticos.

- **Técnica de Miller ou do reposicionamento:** Propõe que a frenectomia seja associada a um enxerto pediculado lateralmente posicionado. Apresenta como vantagens principais, a colocação de gengiva aderida na linha média ao invés de tecido de granulação, funcionando também como suporte para prevenir a recidiva, resultados estéticos, visto não se destruir as fibras transeptais entre os incisivos centrais superiores e permite uma cicatrização por primeira intenção.

- **Técnica de Bagga:** É planejada considerando os imperativos estéticos relacionados com um freio amplo de inserção anormal. Consiste num retalho dividido bilateralmente após a excisão do freio labial, permitindo a obtenção de uma faixa de gengiva aderida com uma coloração adequada à da área correspondente, ausência de cicatriz e reduzido desconforto pós-operatório.

Freio lingual

O freio lingual é constituído por tecido conjuntivo fibrodenso, e muitas das vezes, por fibras superiores do músculo genioglossos. À medida que ocorre o desenvolvimento e crescimento ósseo com prolongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual muda para a posição central, até apoderar-se da sua posição definitiva. Com a atuação dos profissionais na Odontologia para bebês, tornou-se possível o diagnóstico precoce de alterações bucais, como a anquiloglossia, assim como, programas de saúde que vem conseguindo cada vez mais espaço, um exemplo é o “teste da linguinha” (AGUIAR, 2018).

De acordo com Martinelli et al. (2016), à avaliação do freio lingual com pontuações para bebês, tem por efeito diagnosticar as limitações dos movimentos da língua, provocada pelo freio lingual modificado, mediante história clínica, da análise anatomofuncional, da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, marcando ou não a imprescindibilidade da frenotomia lingual. A

primeira etapa de validação desse protocolo foi criada a partir da validação de conteúdo, e se mostrou considerável para diagnosticar as variações anatômicas do freio lingual que interferem na sucção e deglutição durante a amamentação.

A língua assume grande importância na sucção durante a amamentação, suas bordas elevam-se lateralmente, juntamente com o ápice, em formato de concha, favorecendo a captação do leite. Quando o lactente possui anquiloglossia, a sucção não ocorre da forma correta, pois há dificuldade de vedamento da boca no mamilo, em função dos movimentos linguais limitados, provocando desconforto à mãe durante a amamentação (PROCÓPIO, 2014).

Costa (2013), relatou em seu estudo que nos bebês é comum a existência de um freio curto, e que tem sua inserção próxima à ponta da língua, contudo, na grande parte dos casos, isso é corrigido naturalmente na primeira infância (2-5 anos), devido aos estímulos que são exercidos pela criança, no crescimento em altura da crista alveolar e o desenvolvimento da linguagem.

Dentre as complicações pertinentes à anormalidade do freio lingual, podemos citar a anquiloglossia, que é uma anormalidade de desenvolvimento, limitando a capacidade dos movimentos da língua e impede sua funcionalidade. O freio lingual envolvido é tido como curto quando se insere em uma região mais inferior da crista alveolar, causando uma mobilidade lingual inadequada. Essa anomalia pode ser observada em 1,7% a 4,4% dos recém-nascidos e é quatro vezes mais comum em meninos, devido as meninas desenvolverem a fala mais precocemente, criando assim estímulos que podem reverter esse quadro (FERREIRA et al., 2018).

A comum “língua presa” acontece quando uma parte de tecido que precisaria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário persiste no ventre da língua, restringindo os seus movimentos. A anquiloglossia pode ser total, considerado uma situação mais rara, onde a língua está totalmente fusionada com o pavimento da boca, ou parcial, que sucede pela existência de um freio lingual curto e/ou espesso e interfere com a normal mobilidade da língua (ISAC, 2018).

Segundo Rego (2017), para diagnosticar a anquiloglossia devemos levar em consideração: a anatomia oral, comprometimento funcional, e a posição do freio no ventre da língua. O diagnóstico da anquiloglossia se dá quando a língua não consegue conectar-se com o palato duro, com a boca aberta, e quando em protrusão, o ápice da língua não ultrapassa mais do que 1 a 2 cm dos incisivos inferiores. Quanto a inserção do freio, a

anquiloglossia é classificada como anterior ou posterior.

Dentre os problemas funcionais relacionados com a anquiloglossia, Costa (2013), ressaltou as dificuldades no aleitamento materno, alterações na deglutição, alterações na fonação, alteração no formato lingual, dificuldade de autolimpeza, problemas ortodôntico-ortopédicos, alterações na postura lingual e corporal, diastema interincisivo inferior e patologia periodontal.

Cirurgia do freio lingual por incisão

A discussão sobre o momento ideal para tratar cirurgicamente freios anômalos, é muito debatida entre a comunidade médica. “Enquanto muitos acreditam que a frenectomia ou frenotomia pode ser realizada em qualquer idade, outros autores defendem a cirurgia na infância e antes do desenvolvimento da fala. Existe ainda quem diga que se deva esperar até que um problema de fala se torne evidente, geralmente após os quatro anos de idade” (REGO, 2017).

Nos recém-nascidos, onde é notório haver dificuldade na amamentação, está indicado a frenotomia, e a frenectomia está indicada em pacientes que, numa idade mais avançada, demonstram ter comprometimento da fala e nas diversas funções orofaciais (MARCHESAN; OLIVEIRA; MARTINELLI, 2014).

Frenectomia lingual

O freio lingual poderá ser abordado por meio de uma excisão total, Z-plastia, ou mediante plastia V-Y. Uma técnica amplamente recomendada é a frenectomia ou excisão completa (romboidal) do freio lingual (COSTA, 2013).

Crianças até os seis ou sete anos de idade “podem” necessitar de anestesia geral para se realizar a frenectomia, contudo, à partir desta idade, às crianças já são cooperantes, permitindo que se faça o procedimento cirúrgico apenas com anestesia local (ISAC, 2018).

Segundo Xavier (2014), a cirurgia em v-plastia é feita com uma incisão em V ao longo do freio, sutura do vértice do retalho triangular próximo do ponto médio dos braços incisais com alongamento desse eixo. Em termos estatísticos, apenas cerca de 40% dos pacientes intervencionado através desta técnica, obtém uma melhoria ao nível da fala.

Isac (2018), Xavier (2014) consideram a z-plastia uma técnica segura, eficaz, de baixo custo, cuja cicatrização por primeira intenção obtém desta, bons resultados estéticos e funcionais. Esta cirurgia é executada por

meio de uma incisão vertical e duas horizontais, a 90º da vertical, resultando dois retalhos triangulares. Os bordos destes retalhos são suturados com a finalidade de aumentar o comprimento do freio. Esta técnica é mais eficaz do que a V plastia, e diminui assim a possibilidade de recorrência de anquiloglossia. Através desta técnica, 64% dos pacientes demonstram completa recuperação dos problemas de articulação de sons e 91% obtêm melhora da fala.

Dentre as complicações resultantes, Isac (2018) citou: a hemorragia, infecções, danos de estruturas adjacentes como os músculos e carúnculas sublinguais. Tais complicações estão relacionadas com a execução da cirurgia e da experiência do cirurgião-dentista. Em relação às recomendações pós-cirúrgicas fazem parte: dieta líquida/pastosa, repouso, alimentos frios, e ainda, começar um programa de exercícios com a língua e de terapia da fala, nas primeiras quatro a seis semanas de pós-operatório, a fim de precaver a recorrência da anquiloglossia. Desta forma, o treino da musculatura deste órgão, pode proporcionar uma menor probabilidade de fibrose dos tecidos e é expectável o aumento da mobilidade lingual.

No recém-nascido, está indicada a frenotomia lingual, o procedimento cirúrgico é realizado com a contenção física do bebê, que é colocado em posição supina, em seguida é feita então a anestesia tópica e infiltrativa local do nervo lingual. A técnica se faz pela individualização do freio com auxílio de uma pinça ou uma tentacânula, seguida por incisão com bisturi, tendo início na porção livre do freio até chegar próximo à base da língua. Após a frenotomia não é comum à ocorrência de qualquer sangramento, e nos dias seguintes, é possível o surgimento de uma lesão esbranquiçada, semelhante a uma afta, que é normal, pois é parte do processo de cicatrização (MARTINELLI et al., 2016). Para Bistaffa; Giffoni e Franzin (2017), esta cirurgia em bebês é considerada pouco invasiva, e com pequeno desconforto pós-operatório. Como medicação pós-operatória é usual analgésico de ação periférica por 24 horas, sendo que, a primeira dose (de acordo com o peso da criança) deve ser administrada imediatamente após o procedimento, enquanto a criança ainda estiver sob o efeito da anestesia odontológica. Dentre os benefícios do procedimento cirúrgico realizado em bebês, Procópio (2014) relatou em seu estudo a melhora na postura e mobilidade da língua, ganho de peso da criança com a amamentação por conseguir fazer o vedamento correto do lábio no mamilo.

Discussão

De acordo com Souza (2015) o diastema interincisivo é muito comum em crianças e deve-se esperar a erupção de caninos permanentes para diagnóstico diferencial do freio hipertrófico. Pinto (2018) ressaltou ainda a presença comum do diastema fisiológico em crianças na fase de dentição mista, e deve-se esperar a erupção de incisivos laterais e caninos para observar a diminuição ou fechamento do mesmo.

O diagnóstico mais eficaz para freio labial superior anômalo, segundo Costa (2013) e Rego (2017), é a manobra de Graber, que consiste na tração do lábio superior e observação da área isquêmica produzida na papila palatina, juntamente com a observação deste local.

A existência de um freio lingual curto em bebês é muito comum, e na maioria dos casos é corrigido naturalmente na primeira infância como relatou Costa (2013), e com o desenvolvimento do protocolo de avaliação do freio lingual, houve maior facilidade de diagnóstico da alteração do mesmo (MARTINELLI, 2016). Como complementação para diagnóstico de anquiloglossia, Rego (2017) sugeriu que se deve levar em consideração a anatomia oral, comprometimento funcional e aposição do freio do ventre da língua.

Como técnicas cirúrgicas no geral, pode-se utilizar a frenectomia, que é a remoção completa do freio, ou a frenotomia, que consiste na remoção parcial do freio e seu reposicionamento (COSTA, 2013; PINTO, 2018; SILVA, 2018; SOUZA, 2015).

Em relação aos tipos de técnicas cirúrgicas para tratamento do diastema interincisivo, a plastia em V está indicada em casos de freio hipertrófico com base de inserção ampla. Os autores afirmam que a vantagem desta técnica seja aprofundar o vestibulo (ISAC, 2018; REGO 2017). No entanto, quando este se apresenta curto e amplo, a zetaplastia (plastia em Z) é considerada a técnica de eleição para cirurgia de remoção do freio labial superior segundo Costa (2013); Rego (2017) e Pinto (2018).

Martinelli et al. (2016) ressaltaram que o protocolo de avaliação do freio lingual com escores para bebês, tem como finalidade diagnosticar as limitações dos movimentos da língua por meio da história clínica, da avaliação anatomofuncional e da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, indicando ou não a necessidade da frenotomia lingual, e também o “teste da linguinha”, que pode ser um auxiliar no diagnóstico precoce dessa anomalia. Gomes (2015) relata que a avaliação dos aspectos do freio lingual varia conforme o referencial teó-

rico utilizado, baseando-se, na sua maioria, em critérios anatômicos relacionados à cavidade bucal na apresentação do freio lingual como curto e espesso.

No que se refere a técnica cirúrgica do freio lingual, Xavier (2014) considerou que em termos estatísticos, cerca de 40% dos pacientes intervencionados a partir da V-plastia obtém melhoria no nível da fala. Isac (2018) enfatizou que a técnica da Z-plastia é mais segura e eficaz do que a V-plastia, visto que a mesma diminui a possibilidade de recorrência de anquiloglossia, que 64% dos pacientes demonstram total recuperação dos problemas de articulação de sons e 91% apresentam melhoria na fala.

Para Pinto (2018) a eletrocirurgia e a frenectomia à Laser apresentam vantagens superiores às técnicas mais invasivas, no entanto, a utilização do Laser é contraindicado, quando a necessidade de aprofundar o vestíbulo.

Conclusões

Levando-se em consideração a literatura consultada conclui-se que:

- A persistência do diastema interincisivo superior pode estar relacionado a presença de freio labial anômalo, sendo facilmente percebido em um exame radiográfico, como auxiliar de diagnóstico;
- O recurso diagnóstico mais eficaz para freio labial superior anômalo é a manobra de Graber;
- O momento ideal para a Frenectomia labial superior se dá após a erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes;
- O protocolo de avaliação do freio lingual com pontuações para bebês e o teste da linguinha são meios diagnósticos eficazes no diagnóstico de freio lingual fora dos padrões funcionais.
- A técnica cirúrgica a ser utilizada para correção dos freios bucais anômalos deve ser selecionada de acordo com cada caso, pois apresentam indicações e vantagens específicas.
- As intervenções cirúrgicas de freio lingual devem ser realizadas preferencialmente em bebês.

Referências

AGUIAR, F. T. B. et al. Relação sobre características anatômicas e a anquiloglossia. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, v. 3, n. 1, nov. 2017.

BISTAFFA, A. G. I.; GIFFONI, T. C. R.; FRANZIN, L. C. S. Frenotomia lingual em bebê. **Revista Uningá Review**, v.

29, n. 2, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1964>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

COSTA, S. A. L. **Freios orais – complicações clínicas e tratamento cirúrgico**. 2013. 56 f. Dissertação (Mestrado)_ Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2013.

ESTRELA, M. C. B. D. **Laser em Odontopediatria – frenectomia em foco**. 2018. 38 f. Dissertação (Mestrado)_ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

FERREIRA, L.S. R. et.al. Anquiloglossia: Revisão de literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Recife, v.3, n.3, p.93-98, jul. 2018.

GOMES, E.; ARAUJO, F. B.; RODRIGUES, J. A. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 69, n. 1, mar. 2015.

ISAC, C. **Frenectomia – momento ideal da intervenção cirúrgica**. 2018. 59 f. Dissertação(Mestrado)_Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2018.

IZOLANI NETO, O.; MOLERO, V. C.; GOULART, R. M. Frenectomia: revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jan. 2018.

MARCHESAN, I. Q.; OLIVEIRA L. R.; MARTINELLI R. L. C. Frênulo da língua - controvérsias e evidências. In: Marchesan I. Q.; Silva H.J.; Tomé M.C. **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, cap. 33 p. 283-301, 2014.

MARTINELLI, R. L. C. et al. Validade e confiabilidade da triagem: “teste da linguinha”. **Rev. CEFAC**, v. 18 n. 6, p. 1323-1331, nov./dez. 2016.

PINTO, S. A. M. **Tratamento cirúrgico do freio labial superior**. 2018. 27 f. Dissertação (Mestrado)_ Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU, Gandra, 2018.

PROCÓPIO, I. M. S. **Tratamento cirúrgico da anquiloglossia**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

REGO, A. S. T. **Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica**. 2017. 49 f. Dissertação (Mestrado)_Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2017.

ROSA, P. M. M. et.al. Diagnóstico e Tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. **Braz J Periodontol**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 56-60, mar. 2018.

SANTOS, P. D.; OSÓRIO, S. R. G.; FRAZIN, L. C. S. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. **Braslian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Paraná, v.8, n.2, p.41-46, set./nov. 2014.

SILVA, H. L.; SILVA, J. J.; ALMEIDA, L. F. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SILVA, P. I. et al. Frenectomia Lingual em Bebê: Relato de Caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, Gurupi, v. 7, n 3, p. 220-227, set, 2016.

SOUZA, A. V. et al. Frenectomia Labial Maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27(1), p 82-90, jan./abr. São Paulo, 2015.

VIEIRA, P. R. et al. Técnica de frenotomia para correção de freio labial superior em odontopediatria. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, São Paulo, v. 19, n. 3, jan. 2018.

XAVIER, M. M. A. P. C. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos**. 2014. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)_Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.