

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
CURSO DE GRADUAÇÃO
CURSO DE ODONTOLOGIA

Paula Gramiscelli
(pgramiscelli83@gmail.com)
Risney Cristina Soares Reis
(risneyreis@gmail.com)

Periodontia II – Frenectomia Labial Superior

Belo Horizonte

2023

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA.....	2
LITERATURA.....	2
METODOLOGIA	3
CONCLUSÃO	4
REFERÊNCIAS	5

JUSTIFICATIVA

Objetivo do trabalho é relatar um caso de frenectomia labial superior, indicado para correção ortodôntica. Houve indicação para remoção cirúrgica do freio labial durante tratamento ortodôntico.

LITERATURA

O freio labial é uma dobra na membrana mucosa, geralmente de forma triangular, que vai do lábio superior ou inferior à mucosa alveolar, conectando uma estrutura móvel a outra fixa. Geralmente está localizado na linha mediana, entre os incisivos centrais.

O freio labial superior inicia-se na linha mediana da face interna labial e estende-se na linha de junção dos maxilares até a face externa do periósteo. Histologicamente é constituído de epitélio pavimentoso estratificado queratinizado na área de gengiva inserida e não queratinizado na porção vestibular, além de tecido conjuntivo frouxo altamente vascularizado.

Em razão da sua constituição histológica, o freio é capaz de se adaptar a quaisquer dos movimentos dos lábios sem grandes alterações na sua forma. Portanto, sua função seria limitar esses movimentos, promovendo estabilização na linha média do lábio, impedindo a excessiva exposição da mucosa gengival. No recém-nascido, sua função é ainda mais significativa, uma vez que pode auxiliar os músculos faciais no trabalho de sucção do leite materno.

Ao nascimento, a estrutura do freio labial pode estar inserida na papila palatina. Porém, com o desenvolvimento e concomitante crescimento vertical do processo alveolar e dos dentes para baixo e para frente, a sua posição varia, podendo atrofiar-se e assumir posição mais elevada. Neste caso é denominado de freio labial normal. No entanto, quando o freio mantém sua inserção na papila palatina aumentando o tamanho desta, denomina-se freio labial hipertrófico.

O posicionamento anormal ou hipertrofia do freio labial superior pode dificultar a escovação dos dentes, retração dos tecidos gengivais, restrição dos movimentos labiais, interferindo na fonação e estética do paciente, e ainda pode estar relacionado ao diastema interincisal.

Existem controvérsias entre os autores em relação ao momento ideal de intervenção para o freio labial hipertrófico, assim como a associação com o tratamento ortodôntico. Alguns autores preconizam a cirurgia após erupção dos caninos permanentes, enquanto outros recomendam após erupção dos incisivos laterais permanentes. No entanto, sugere-se intervenção cirúrgica na dentadura mista, após erupção dos incisivos centrais superiores, caso haja ausência de espaço para erupção dos incisivos laterais associado a freio labial hipertrófico e diastema interincisal.

O principal problema do tratamento ortodôntico dos diastemas interincisivos consiste na estabilidade pós-tratamento quando a frenectomia não é realizada. Isso é explicado pelo fato de que, quando os incisivos são movimentados ortodonticamente, o tecido que estava entre eles fica acumulado. Diferentemente do tecido ósseo, o tecido gengival não sofre reabsorção em curto período de tempo. As fibras colágenas e elásticas são então comprimidas e ocorre uma força de reação que pode resultar recidiva do diastema.

Sabendo-se que o freio labial hipertrófico pode causar alterações na integridade da saúde bucal, este trabalho tem como objetivo apresentar o caso clínico de freio labial superior hipertrófico associado a diastema interincisal, com indicação de frenectomia labial superior durante o tratamento ortodôntico.

METODOLOGIA

Compareceu a Clínica escola de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira, paciente R.C.S.R, sexo feminino, 29 anos, encaminhada por seu ortodontista, para realização cirúrgica de frenectomia labial superior. O motivo para indicação cirúrgica foi presença de freio labial superior fibroso, que caso fosse

mantido, não permitiria a estabilidade do caso após o fechamento do espaço interincisivo. Na anamnese não houve relato de nenhum envolvimento sistêmico que contraindicasse o procedimento cirúrgico.

A técnica cirúrgica escolhida foi a de Archer, também conhecida como duplo pinçamento. Fez-se a antissepsia peribucal com digluconato de clorexidina a 2%, com auxílio de uma pinça Kelly e gaze estéril, e a intraoral com bochecho de solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% por 1min. Seguiu-se a anestesia tópica e terminal infiltrativa em fundo de sulco, complementando na região de rebordo junto à inserção mais baixa do freio, com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Duas pinças hemostáticas foram posicionadas no freio de tal maneira que uma ficasse paralela à superfície vestibular do rebordo alveolar e a outra paralela à superfície labial, formando um ângulo de, aproximadamente, 120 graus. Com lâmina de bisturi número 15 foram realizadas duas incisões paralelas às pinças hemostáticas em forma de cunha na inserção do freio no rebordo até o limite da sua inserção palatina. Após as incisões, foi realizado o deslocamento e remoção de fibras que se encontravam aderidas ao osso para liberar a inserção do freio. Realizou-se a sutura com pontos simples descontínuos, que foram removidos após sete dias.

CONCLUSÃO

O tratamento indicado foi eficaz demonstrado pela estabilidade pós-cirúrgica, paciente ainda encontra-se em tratamento ortodôntico.

REFERÊNCIAS

1. Vanzato JW, Sampaio JEC, Toledo BEC. Prevalência do freio labial anômalo e diastema mediano dos maxilares e sua interrelação. Rev Gaúch Odontol 1999; 47(1):27-34.
2. Costa HS, Farias IOB, Cardoso CG. Frenectomia labial superior como terapia no fechamento interincisal. Rev Assoc Paul Cir Dent 2009; 63(4):308-3.
3. Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV. Frênulo labial superior e inferior: estudo clínico quanto a morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. Rev Odontol Uni São Paulo 1997;11(3):195-205.
4. Coutinho TCL, Vega OC, Portella W. Freio labial superior anormal relacionado com o diastema interincisal. Rev Gaúch Odontol 1995; 43(4):207-10.