

Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso

Diagnosis and surgical treatment of an abnormal upper labial frenum at inter-transitory period of mixed dentition – a case report

Julianna Amaral Cavalcante*
Poliana Xavier*
Anna Carolina Volpi Mello-Moura**
Cássio José Fornazari Alencar***
Jose Carlos Petrossi Imparato****

Resumo

O freio labial superior é uma estrutura dinâmica sujeito a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. No nascimento, o freio é geralmente largo e espesso e se estende até a papila palatina. Com a erupção dos incisivos permanentes e à medida que ocorre o desenvolvimento do processo alveolar, há uma tendência à atrofia fisiológica e ao afastamento apical da inserção do freio. Quando o freio permanece com a inserção na papila palatina ou na margem gengival é então chamado de freio teto labial persistente. Este pode causar diastema mediano, interferir na escovação, causar recessão gengival, provocar a formação de bolsas periodontais, restringir o movimento do lábio, interferir na fonação e produzir efeito estético indesejável. O objetivo deste trabalho consistiu em apresentar um relato de uma paciente do gênero feminino, com dez anos de idade, as principais consequências e o tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente. Frente ao relato, pode-se concluir que a frenectomia foi o tratamento que propiciou o reposicionamento e uma nova inserção para o freio labial, deixando que, com o desenvolvimento da oclusão, ocorresse o fechamento do diastema.

Palavras-chave: Freio labial/cirurgia; Diastema

Abstract

The upper labial frenum is a dynamic structure and changeable structure and is subject to variations in shape, size and position during the different stages of growth and development. At birth, the frenum is generally wide and thick and extends to the palatal papillae. The eruption of permanent incisors and the vertical growth of the alveolar process make the insertion of frenum move apically. When the frenum insertion remains at the palatal papillae, its called abnormal upper labial frenum. The abnormal labial frenum, besides creating a diastema, is capable of interfering at oral hygiene, limiting labial movement, causes gingival recession and affects esthetics. The purpose of this study was to present a ten years old female patient report, the main consequences and the surgical treatment of an abnormal labial frenum. In front of this report, it is possible to conclude that frenectomy was the treatment which caused the frenum new position and its new insertion, making possible that, by the occlusion development, it occurred the diastema closing.

Key words: Labial frenum/surgery; Diastema

Introdução e Revisão da literatura

O freio labial superior origina-se na linha mediana da superfície interna do lábio. A sua origem é larga, mas o tecido do freio propriamente dito é estreito e insere-se na linha mediana da camada externa do periosteio e no tecido conjuntivo da sutura maxilar e do processo alveolar¹⁸. No recém-nascido, o freio labial frequentemente tem sua inserção na região da papila palatina, o que é denominado de freio teto labial, podendo permanecer dessa forma até o final do período de dentição decídua²³.

No entanto, no decorrer do período intertransitório da

dentição mista e devido ao ganho de dimensão vertical gerada pela aposição óssea em toda extensão do rebordo alveolar, o freio labial deve migrar apicalmente de maneira gradual, assumindo uma nova inserção em direção a região vestibular^{7,11}. Mas se eventualmente a inserção do freio mantiver-se na posição palatina originária, topograficamente esse freio deve ser considerado um desvio do padrão de normalidade e denominado de freio teto labial persistente⁷.

O freio teto labial persistente, com inserção baixa, fibroso e proeminente na maxila de crianças em dentição mista, embora seja um achado comum, muitas vezes é

* Especialista em Odontopediatria pela São Leopoldo Mandic-Brasília. E-mail: julianna.amaral@hotmail.com, pollyana@yahoo.com.br

** Mestre e Doutoranda em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). E-mail: acvmello@usp.br

*** Mestre e Doutorando em Odontopediatria pela FOUSP. E-mail: cja0825@usp.br

**** Professor Livre-Docente da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP. E-mail: jimparato@usp.br

uma preocupação para os cirurgiões-dentistas, especialmente quando associado ao diastema interincisivos^{7,11,15,18}. Clinicamente, além do diastema interincisivos o freio teto labial persistente se caracteriza por causar isquemia da papila palatina quando tracionado. Outras condições clínicas indesejáveis podem estar presentes, quando a quantidade exagerada de tecido e a inserção baixa são capazes de interferir na escovação, dificultando a colocação da escova na altura própria do vestíbulo durante a limpeza convencional. Ainda, se as fibras musculares do freio inserirem-se no rebordo da gengiva marginal livre, distendendo o lábio durante a mastigação e a fala, podem causar retração no tecido do colo do dente, podendo provocar o acúmulo de restos de alimentos e, eventualmente, a formação de bolsas^{7-11,18,23}.

A decisão sobre o tratamento do freio labial deve ser tomada depois de cuidadosa avaliação, a fim de determinar se o resultado será desfavorável no caso de a condição persistir¹¹. Quando se optar pela frenectomia labial superior, a técnica menos traumática e preconizada atualmente é a técnica de reposicionamento de Chelotti¹⁵, cujo objetivo é a mudança da posição anatômica do freio, alterando suas características morfofuncionais e que proporciona o melhor resultado estético, eliminando apenas a porção do freio com inserção indesejável^{11,14-15,17}.

Este trabalho descreveu um caso de paciente no período intertransitório da dentição mista com diagnóstico de freio teto labial persistente e com indicação de frenectomia, discutindo a época e a forma de intervir.

Relato de caso

Uma criança de dez anos de idade, do gênero feminino, procurou a clínica de Especialização de Odontopediatria



Figura 1. Diagnóstico freio teto labial persistente: inserção baixa, diastema interincisivos e isquemia da papila

do C.P.O. São Leopoldo Mandic – Unidade Brasília, por apresentar diastemas entre os incisivos centrais superiores permanentes.

Através do exame físico, observou-se que a paciente não possuía atividade de cárie tendo todos os dentes hígidos. Além disso, a respiração era predominantemente nasal, com participação da musculatura peribucal e estava no período intertransitório da dentição mista. Notou-se a presença de freio labial largo, volumoso, com a presença de diastema interincisivos e isquemia da papila palatina no momento de tracionamento do lábio. Radiograficamente, a sutura intermaxilar apresentou-se em forma de V invertido e não foi observado nenhum corpo estranho na região confirmando o diagnóstico de freio teto labial persistente (Figura 1).

Baseado em um paciente de baixo risco de cárie, foi planejado um tratamento preventivo, o que incluiu: orientações de higiene oral e profilaxia. Essa parte preventiva visou, além de motivar a paciente em relação aos cuidados com a saúde bucal, condicioná-la para a intervenção cirúrgica junto ao freio labial.

Na segunda fase do planejamento, foi realizada a cirurgia propriamente dita, para reposicionar o freio teto labial superior. Optou-se pela técnica de reposicionamento de Chelotti¹⁵. Previamente à cirurgia foi realizado todo o protocolo de biossegurança.

Sendo assim, a antisepsia foi realizada, tanto extrabucal (digluconato de clorexidina a 2%, foi aplicada com o auxílio de uma pinça Kelly e gaze estéril, por meio de movimentos circulares em toda região perioral e abrangendo também a região de pescoço) como intraoral, na região da mucosa jugal onde foi realizado o procedimento cirúrgico. Procedeu-se a aplicação da anestesia tópica com benzocaína a 5% no fundo de saco do vestíbulo dos incisivos centrais por 2 minutos e anestesia infiltrativa para bloqueio do nervo alveolar antero-superior, bilateralmente, com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (Figura 2).

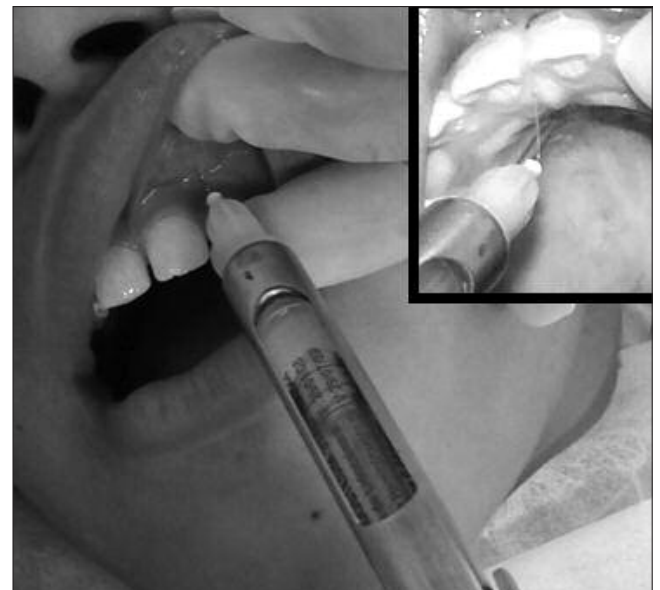


Figura 2. Técnica anestésica-infiltrativa bilateral, intrapalilar e palatina

A seguir, foi realizada a complementação anestésica intrapapilar e depois por palatino, ao redor da papila incisiva, para bloqueio do nervo naso-palatino. Para demarcar a incisão, o lábio foi apenas tracionado de forma a tensionar o freio. A primeira incisão foi feita com tesoura cirúrgica reta rente ao rebordo, até o limite entre gengiva inserida e mucosa alveolar (Figura 3).

Na segunda incisão, a inserção do freio junto a mucosa gengival e gengiva inserida foi removida com bisturi e lâmina 15 ou 15C até atingir o perióstio, de onde deve-se remover as fibras do tecido conjuntivo até o limite da in-



Figura 3. Primeira incisão com tesoura cirúrgica reta



Figura 4. Segunda incisão com bisturi

serção palatina em formato de cunha (Figura 4) e na região do rebordo remanescente com a cureta cirúrgica compatível com o diastema (Figura 5). Realizou-se o debridamento (Figura 6) com gaze estéril e lavagem da ferida cirúrgica com soro fisiológico estéril e então, a sutura da mucosa labial e colocação de cimento cirúrgico na ferida cruenta mucosa gengival (Figura 7).

Após uma semana removeu-se a sutura e depois de 21 dias realizou-se o controle clínico da nova inserção do freio labial (Figura 8).

Discussão

O diastema interincisivos que pode alterar a estética do indivíduo e causar modificações na oclusão dentária para muitos autores^{2-4,8,10,13} está relacionado principalmente à presença do freio teto labial persistente. Devido a essa associação, nas décadas iniciais do século passado, via-se no freio labial o fator etiológico primordial do diastema interincisivos na dentadura permanente¹. A frenectomia preventiva

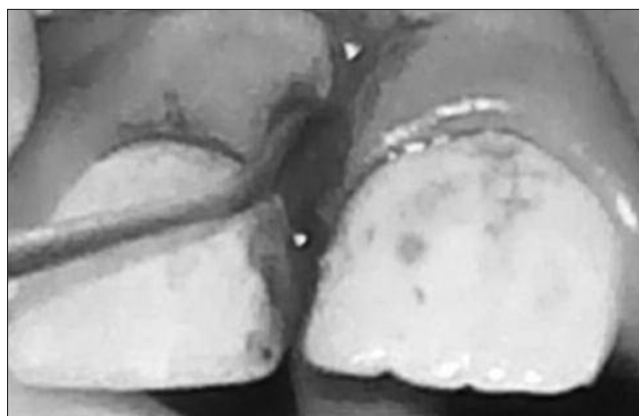


Figura 5. Curetagem do tecido remanescente

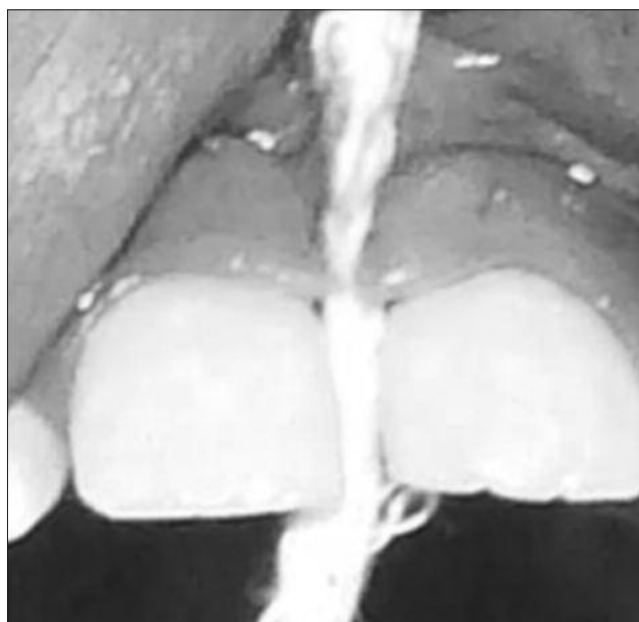


Figura 6. Debridamento com gaze

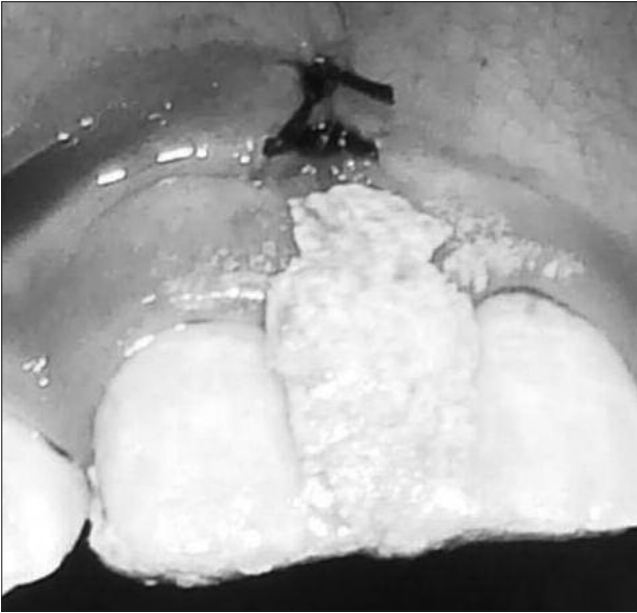


Figura 7. Sutura e cimento cirúrgico

era um procedimento realizado rotineiramente. Em meados dos anos 40 e 50, uma análise crítica de diversos estudos começou a modificar a interpretação do freio labial⁹.

No terceiro mês de vida intrauterino, o freio labial superior apresenta-se bastante volumoso e extenso, inserindo-se profundamente na papila palatina, sulcando e dividindo o arco alveolar em duas partes. Entretanto, o freio labial apresenta uma tendência à remissão ao longo da vida¹. No presente relato, não ocorreu a mudança fisiológica frente ao desenvolvimento da oclusão, erupção dentária e crescimento do processo alveolar sendo diagnosticada a presença do freio teto labial persistente e indicando-se o reposicionamento cirúrgico do mesmo (Figura 1).

O diagnóstico correto do freio teto labial persistente depende de um exame físico intrabucal observando-se: diastema presente, inserção baixa e isquemia da papila palatina ao tracionar o freio^{5,14-15}. O caso relatado neste trabalho tem essas características e não pode-se deixar de realizar o diagnóstico diferencial (radiografia da região labial superior para verificação de presença de corpo estranho). Esse diagnóstico deve ser dado após a erupção dos incisivos central superiores, ainda no primeiro período transitório da dentição mista^{7-8,11,15}.

Alguns autores¹⁻³ não encontraram correlações estatísticas entre a presença do freio teto labial persistente e o diastema interincisivos e outros autores^{2,4,6} relataram que a diferença entre um diastema causado por um freio labial anormal e um diastema congênito é a inclinação dos longos eixos dos dentes. No caso de freio teto labial persistente, há uma divergência no sentido incisal, no caso de diastema congênito, existe um paralelismo entre os incisivos. Se o freio for removido em época propícia, haverá o fechamento do espaço no primeiro caso, enquanto no congênito não haverá modificação. No presente relato, esta divergência entre os incisivos centrais estava presente e após o reposicionamento do freio, observou-se a redução espontânea do diastema interincisivos, corroborando



Figura 8. Acompanhamento do caso após 21 dias: freio labial superior com nova inserção

rando com a literatura^{12,16}.

Quanto à técnica utilizada para a correção da localização do freio teto labial persistente, encontra-se o relato de diferentes técnicas cirúrgicas para a frenectomia^{5,9,17,22}: exérese – quando se faz a remoção total da porção anatômica visível macroscopicamente do freio, responsável pela maioria das interferências que se pretende corrigir; e reposicionamento – a mudança da posição anatômica do freio, alterando suas características morfofuncionais.

A técnica de Chelotti¹⁵ ou do reposicionamento é a que tem proporcionado o melhor resultado estético e permite a manutenção da morfologia e função da estrutura anatômica, eliminando apenas a porção com inserção indesejável. Nesta técnica, não se faz o pinçamento que muitas vezes provoca uma cicatriz pelo maceramento da mucosa mais delicada da porção interna do lábio. Para demarcar a incisão, o lábio é apenas tracionado de modo a tensionar o freio. Além disso no que se refere a técnica anestésica utilizada, foi seguida a recomendação de alguns autores²⁰, onde a punção para a anestesia infiltrativa, deve ser realizada no longo eixo dos incisivos centrais para que o edema, que pode decorrer da infiltração da solução, não mascare os limites do freio, dificultando a demarcação da incisão.

Os momentos de intervenção para o freio teto labial persistente depende principalmente da época em que o paciente está e que procura atendimento odontológico^{19,21}. Dessa forma, frente a uma patologia do freio, sugere-se para a intervenção cirúrgica na dentição mista^{11,14,15}: após a erupção dos incisivos centrais superiores, principalmente na ausência de espaço para erupção dos incisivos laterais; após a erupção dos incisivos laterais superiores e antes dos caninos permanentes. No presente relato, a paciente estava no período intertransitorio da dentição mista possuindo portanto os incisivos centrais e laterais permanentes superiores.

Conclusões

1. O diastema entre os incisivos centrais superiores pode ser causa ou consequência de um freio labial hipertrófico com inserção ao nível da papila palatina.
2. Não há um consenso entre os diversos autores para a melhor época de oportunidade cirúrgica não havendo nenhuma revisão sistemática.
3. A técnica preconizada por Chelotti é de fácil execução promovendo o reposicionamento sem perda de estrutura periodontal (papila) na dentição mista.

Referências

1. Albuquerque MES. Estudo da topografia e da morfologia do freio labial superior de crianças de 0 a 36 meses [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;1990.
2. Andrade SBM, Prates NS, Andrade PB. Diastema e freio labial: revisão da bibliografia. *ROBRAC*. 1992;2(2):10-4.
3. Araujo LG, Bolognese AM. Diastema interincisal x freio labial anormal. *Rev Bras Odontol*. 1983;40(5):20-8.
4. Coutinho TCL, Veja OC, Portella W. Freio labial superior anormal. *RGO (Porto Alegre)*. 1995;43(4):207-14.
5. Dermal da Fonseca G. Frenectomia labial: presentación de una nueva técnica. *Rev Fed Odontol Ecuat*. 1970;1(3):307-11.
6. Díaz-Pizán ME, Lagravère MO, Villena R. Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition. *J Dent Child (Chic)*. 2006;73(1):11-4.
7. Duarte DA, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Cirurgia bucal em pacientes pediátricos. *In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2005. p.629-44.
8. Edwards JG. A clinical study: the diastema, the frenum, the frenectomy. *Oral Health*. 1977;67(9):51-62.
9. Fischer TJ, Psaltis GL. The diastema and the abnormal frenum. *ASDC J Dent Child*. 1981;48(4):264-8.
10. Fonoff RDN. Cirurgia em Odontopediatria. *In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 137-53.
11. Fonoff RDN, Haddad AE, Alencar CJF. Cirurgia em Odontopediatria. *In: Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos de Odontologia – Odontopediatria*. São Paulo: Santos; 2009. p. 277-99.
12. Gontijo I, Navarro RS, Haypek P, Ciamponi AL, Haddad AE. The applications of diode and Er:YAG lasers in labial frenectomy in infant patients. *J Dent Child (Chic)*. 2005;72(1):10-5.
13. Gregori C, Motta LFG. Cirurgia em Odontologia. *In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria*. 7ª ed. São Paulo: Santos; 2003. p.533-52.
14. Haddad AE, Fonoff RDV. Freio teto labial persistente. Diagnóstico e tratamento cirúrgico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2000;3(12):125-9.
15. Kelman MB, Duarte CA. O freio labial superior e a sua influência na ortodontia e periodontia: revisão da literatura. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1991;45(5):581-4.
16. Koora K, Muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007;25(1):23-6.
17. Lascala NT, Moussali NH. Cirurgia muco-gengival: uma nova técnica de frenectomia e bridectomia. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1973;27(3):135-41.
18. McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 1995. p.107-9
19. Mello-Moura AC, Cadioli IC, Corrêa MS, Rodrigues CR, De Nardi Fonoff R. Early diagnosis and surgical treatment of the lower labial frenum in infancy: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2008;32(3):181-3.
20. Seibt GB, Régio RA, Chiapinotto GA. Frenectomia: revisão e caso clínico. *RGO (Porto Alegre)*. 1994;42(1):215-8.
21. Sewerin I. Prevalence of cariations and anomalies of the upper labial frenum. *Acta Odontol Scand*. 1971;29(4):487-96.
22. Tanaka O, Madruga AE, Kreia TB, Coelho ARD. Diastema inter-incisivos centrais superiores de 10 mm: etiologia, consequência e conduta clínica. *Rev Clin Orton Dental Press*. 2005;4(1):57-64.
23. Walter LRF. Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p.58.

Recebido em 2/7/2009

Aceito em 31/8/2009