

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FREIO TETO-LABIAL PERSISTENTE EM ODONTO-PEDIATRIA:
RELATO DE CASO**

**SURGICAL TREATMENT OF AN ABNORMAL
UPPER LABIAL FRENUM IN PEDIATRIC DENTISTRY:
CASE REPORT**

Álvaro Henrique Moura Fonsêca dos Santos¹

Bárbara Eduarda Pelizaro Almeida Santos²

Camila Gabrielly de Souza Moura³

Victória Brito de Almeida Couto⁴

Maurício da Rocha Costa⁵

Resumo: Introdução: O freio teto-labial superior corresponde a uma estrutura anatômica fina e de forma triangular que tem sua formação durante o terceiro mês de vida intrauterina, localizado desde o tubérculo do lábio superior até o processo alveolar. A inserção anormal do freio teto-labial geralmente tem indica-

1 Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES UNITA, Caruaru - PE

2 Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES UNITA, Caruaru - PE

3 Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES UNITA, Caruaru - PE

4 Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES UNITA, Caruaru - PE

5 Mestrando em Biociência Animal na Universidade Federal Rural de Pernambuco – Recife/PE



ção de remoção cirúrgica. Se não executado o procedimento cirúrgico, o freio causa uma instabilidade, sendo o principal problema os diastemas entre incisivos, que muitas vezes não poderão ser tratados apenas por ortodontia. A finalidade da correção do freio labial superior consiste na eliminação de excesso de tecido livre entre os dentes além da finalidade de melhora estética. Objetivo: Descrever um relato de caso de tratamento cirúrgico de freio teto-labial superior realizada em paciente pediátrico em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Relato de caso: Paciente do gênero feminino, 11 anos, encaminhada pelo ortodontista com indicação de tratamento cirúrgico de freio labial superior. Ao exame físico intraoral, observou-se a presença do freio teto-labial persistente e diastema entre os incisivos cen-

trais superiores. Frente os dados obtidos na anamnese e no exame físico, optou-se pela técnica de frenotomia com o reposicionamento do freio. Foi realizada a antisepsia intraoral e antisepsia facial, seguida anestesia terminal infiltrativa em nervos alveolares superiores anteriores, bilateralmente. Foram realizadas duas incisões oblíquas próximas a inserção do freio teto-labial e em seguida foi realizado o reposicionamento do. Foram realizados movimentos de fricção entre os incisivos e para sutura foram utilizados pontos simples. Após duas semanas a paciente retornou e foi observado a presença de um remanescente tecidual que através da mesma técnica anestésica e com o auxílio de uma tesoura de metzenbaum foi removido, não houve a necessidade de nova sutura. Conclusão: Tratamentos cirúrgicos de freio labial apre-



sentam excelentes resultados e devem ser escolhidos de acordo com a necessidade individual de cada paciente, sempre avaliando os riscos, benefícios e as vantagens e desvantagem.

Palavras-chaves: Freio labial. Frenotomia. Odontopediatria.

Abstract: Introduction: The superior labial frenum corresponds to a thin and triangular anatomical structure that has its formation during the third month of intrauterine life, located from the tubercle of the upper lip to the alveolar process. Abnormal insertion of the roof-labial frenulum is usually indicated for surgical removal. If the surgical procedure is not performed, the frenum causes instability, the main problem being the diastema between the incisors, which many times cannot be treated only by orthodon-

tics. The purpose of correction of the upper labial frenum consists of eliminating excess free tissue between the teeth, in addition to the purpose of improving aesthetics. Objective: To describe a case report of surgical treatment of the upper labial frenum performed on a pediatric patient at a Dental Specialties Center. Case report: Female patient, 11 years old, referred by the orthodontist with indication for surgical treatment of the upper labial frenum. On intraoral physical examination, the presence of persistent roof-labial frenum and diastema between the upper central incisors was observed. In view of the data obtained in the anamnesis and physical examination, we opted for the frenotomy technique with the repositioning of the brake. Intraoral antiseptics and facial antiseptics were performed, followed by terminal infiltrative anesthesia



in the anterior superior alveolar nerves, bilaterally. Two oblique incisions were made close to the insertion of the roof-labial frenum and then the repositioning of the. Friction movements were performed between the incisors and simple stitches were used for suturing. After two weeks, the patient returned and the presence of tissue remnant was observed, which was removed using the same anesthetic technique and with the aid of Metzenbaum scissors, without the need for a new suture. Conclusion: Surgical treatments for labial frenum present excellent results and should be chosen according to the individual needs of each patient, always evaluating the risks, benefits and advantages and disadvantages.

Keywords: Labial frenum. Frenotomy. Pediatric Dentistry.

INTRODUÇÃO

O freio teto-labial superior corresponde a uma estrutura anatômica fina e de forma triangular que tem sua formação durante o terceiro mês de vida intrauterina, onde encontra-se com base voltada para apical e localizado desde o tubérculo do lábio superior até o processo alveolar, sendo mais frequentemente na união mucogengival, mas por vezes, pode-se observar essa inserção mais abaixo, na gengiva inserida, na papila vestibular, interproximal ou até mesmo palatina, caracterizando-se como uma inserção anômala (BRUDER et al., 2015).

O diastema entre os incisivos centrais pode se desenvolver como consequência de um freio hipertrófico com inserção ao nível de papila incisiva, desta forma deve ser corretamente



diagnosticada a inserção anormal do freio teto-labial para indicar remoção cirúrgica. Se não executado o procedimento cirúrgico, o freio causa uma instabilidade, sendo o principal problema os diastemas interincisivos, que muitas vezes não poderão ser tratados apenas por ortodontia (VIEIRA et al., 2014).

A finalidade da correção do freio labial superior consiste na eliminação de excesso de tecido livre interdentário, redução de tensão de tecidos gengivais marginais, subsidiar estabilidade e prevenção da recidiva de diastema e restabelecer a anatomia da região, além da finalidade de melhorar estética e evitar problemas periodontais (JOCHEM, 2018).

Uma técnica cirúrgica frequentemente utilizada é a frenectomia, que consiste na remoção total ou parcial do freio teto-labial, incluindo ainda a in-

serção ao osso subjacente, em contrapartida a literatura também destaca o uso da frenotomia, que baseia-se apenas na reposição do freio (MACEDO, et al., 2010; KRITI, et al. 2018).

Frente ao exposto, este trabalho teve como objetivo descrever um relato de caso de frenotomia de freio teto-labial superior realizada em paciente pediátrico em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) realizadas por estudantes de odontologia, bem como pontuar as vantagens dessa técnica como outras considerações importantes para a atividade cirúrgica odontológica em detrimento a frenectomia.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, de 11 anos de idade apresentou-se ao CEO da ASCES UNITA na cidade de Caruaru-PE



referenciado pelo ortodontista por motivo de indicação cirúrgica para tratamento de freio labial superior. Durante a anamnese não foi observado nenhuma alteração sistêmica que contraindicasse o procedimento cirúrgico.

Ao exame físico intraoral, observou-se a presença do

freio teto-labial persistente, que ao ser tensionado provocava isquemia na papila incisiva do palato. Além disso, foi detectado a presença de diastema entre os incisivos centrais superiores, deixando menor espaço, causando a impactação dos caninos superiores (ver figura 1).

Imagem 1. Aspecto inicial do freio teto-labial persistente



A responsável pela criança foi informada a respeito do procedimento cirúrgico e da possibilidade de publicação do caso, dessa forma, assinou o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Frente os dados obtidos na anamnese e no exame físico, optou-se pela técnica de frenoto-

mia com o reposicionamento apical do freio. Iniciou-se pela antissepsia intraoral com bochecho de Digluconato de Clorexidina a 0,12%, durante 1 minuto, e antissepsia facial com Digluconato de Clorexidina a 2% com o auxílio de gaze estéril e pinça Collin oval.

A solução anestésica



utilizada foi a lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, para a técnica anestésica, foi escolhida a terminal infiltrativa em nervos alveolares superiores anteriores no fundo de sulco, bilateralmente, com complementos na região vestibular com distância de 1 cm da papila incisiva.

Foi iniciada a diérese através de duas incisões, com lâmina 15, oblíquas que ultrapassaram a união mucogengival que se encontravam próximo a inserção

na porção mais coronal do freio teto-labial e em seguida foi realizado, com o auxílio da descolador de Molt, o reposicionamento do freio foi realizado na porção mais apical (ver figura 2).

Com uma gaze estéril, foi realizado movimento friccional interincisivos, para desbridamento do resto de tecido fibroso remanescente. Para síntese foram pontos simples, coaptando as bordas da ferida cirúrgica.

Figura 2 - Aspecto após a realização das incisões e divulsão do tecido



Foi realizado prescrição medicamentosa com digluconato de clorexidina a 0,12%, através de bochechos leves durante um minuto de doze em doze horas por uma semana, bem como a

prescrição de Dipirona Sódica 500 mg como analgésico de seis em seis horas durante três dias e por fim, orientações pós-operatórias a paciente e sua genitora.

Após duas semanas a



paciente compareceu ao CEO e foi observado a presença de um remanescente tecidual (Figuras 3 e 4), que através da mesma técnica anestésica e com o auxílio de uma tesoura de metzenbaum

foi removido, e não houve a necessidade de sutura. Foi prescrito apenas alngésico, uma vez que foi um procedimento não foi invasivo.

Figuras 3 e 4 - Aspecto final e remoção de remanescente tecidual após 15 dias.



DISCUSSÃO

O freio labial se caracteriza por prega ou dobra da membrana da mucosa, que por vezes apresenta fibras musculares inseridas. É uma disposição anatômica da mucosa evidenciada na linha mediana, entre os incisivos centrais, que, entre outras coisas, é responsável pela divisão de maneira incompleta do vestibulo superior em duas partes simétri-

cas, no nível da linha mediana. Quando dentro da normalidade, não apresentam nenhum tipo de patologia, no entanto, podem se apresentar de forma anômala, relacionados com problemas clínicos de grande importância para a ortodontia, periodontia, prótese e estética (RIBEIRO, et al., 2015; MACEDO, et al., 2012).

A literatura destaca que para a correção anatômica do freio teto-labial persistente, po-



dem ser usadas duas principais técnicas, a frenotomia e a frenectomia. Na primeira técnica é realizado a eliminação total da fibra inserida, enquanto que na segunda, corresponde a eliminação parcial ou reposicionamento do freio. A frenotomia apresenta maior taxa de recidivas quando realizadas em pacientes adultos. Todavia, ambas as técnicas apresentam excelentes prognósticos quando bem indicadas (ROSA, et al., 2018; MACEDO, et al., 2012; KRITI, et al. 2018).

A escolha da frenotomia, por vezes, tem mais indicações por ser vantajosa no que diz respeito a estética, que proporciona melhor resultado, além de permitir a manutenção morfológica e estrutural, fazendo o reposicionamento apenas a porção necessária (VIEIRA, et al. 2014). Consiste em uma incisão em forma de “V” através da mucosa

para o periósteo bilateralmente a presença do freio, além da excisão das fibras transeptais entre os elementos dentais, que no caso são os incisivos centrais, e posteriormente a reposição apical do freio labial, através de divulsão do tecido e a realização da sutura fica em formato de “Y” (JO-CHEM, 2018).

CONCLUSÃO

A frenotomia apresenta vantagens significativas quando compara a frenectomia, a exemplo a questão de ser menos invasiva, uma vez que a remoção do freio é parcial e em outros casos apenas o reposicionamento é suficiente. É importante destacar ainda que, por vezes, pode haver remanescente tecidual, e que dependendo da situação, deve ser removido como forma de evitar transtornos, como com aparelhos



ortodônticos ou comprometimento funcional. Por fim, as técnicas cirúrgicas descritas apresentam excelentes prognósticos e devem ser eleitas de acordo com a necessidade individual de cada paciente, sempre avaliando os riscos, benefícios e as vantagens e desvantagem, a fim de promover um melhor prognóstico ao paciente.

REFERÊNCIAS

BRUDER, C.; FERREIRA, M. C. D.; FALTIN JUNIOR, K.; CHELOTTI, A.; LONG S. M. Labial frenum by chirurgic replacement technic proposed by Chelotti. Rev. Odonto v. 23, v. 45, pag. 11-18, 2015

JOCHEM, G. A.; ZICO, M. A. B. Frenectomia labial superior. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário São Lucas, Porto Velho -

Ro, 2018.

KRITI, M.; SATISH, S. M.; TRIVENI M.G.; MEHTA, D. S. Z- Plasty: An Esthetic Approach for Maxillary Labial Frenum. Archives of Dentistry and Oral Health. v. 1, n. 2, 2018.

MACEDO, M. P.; CASTRO, B. S.; PENIDO S. M. M.; PENIDO, C. V. S. R. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. RFO, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 332-335. 2012.

RIBEIRO, I. L. A.; et al. Avaliação dos padrões de morfologia e inserção dos freios labiais em pacientes da clínica-escola de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa - PB. Rev. odontol. UNESP (Online), v. 44, n. 5. 2015.



VIEIRA, P. R.; FRAGELLI2,
C. M. B.; CAVALHEIRO, J. P.;
SANTOS PINTO, L.; PENSA-
NI, C. A. Técnica de frenotomia
para correção de freio teto-labial
superior em odontopediatria. Re-
vista UNINGÁ Review, v. 19, n.
3. 2014.

