

TÉCNICA DE FRENOTOMIA PARA CORREÇÃO DE FREIO LABIAL SUPERIOR EM ODONTOPEDIATRIA

FRENOTOMY TECHNIQUE FOR CORRECTION OF UPPER LIP FRENUM IN PEDIATRIC DENTISTRY

PAULA REGINNE VIEIRA¹, CAMILA MARIA BULLIO FRAGELLI², JÉSSICA PATRÍCIA CAVALHEIRO³, LOURDES SANTOS-PINTO⁴, CYNEU AGUIAR PANSANI^{5*}

1. Acadêmico do curso de graduação em odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP; 2. Cirurgiã-Dentista, Doutoranda pela Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP; 3. Cirurgiã-Dentista, Mestranda pela Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP; 4. Cirurgiã-Dentista, Professora Titular em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP; 5. Cirurgião-Dentista, Doutor pela Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, Docente do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP.

* Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP - Rua Humaitá, 1680, Araraquara, São Paulo, Brasil. CEP: 14801-903. cpansani@foar.unesp.br

Recebido em 10/07/2014. Aceito para publicação em 16/07/2014

RESUMO

O freio labial superior pode apresentar variações na forma, tamanho e posição. Um freio espesso pode estar associado a um diastema mediano e pode interferir na escovação e fonação. A correção do freio pode ser realizada através da frenectomia, que consiste na remoção total ou parcial do freio ou da frenotomia, que consiste na reposição apical do freio. Este trabalho apresenta o caso clínico de um paciente de 8 anos, gênero feminino e que devido ao freio espesso e presença de diastema foi submetida a técnica de frenotomia por ser uma cirurgia menos invasiva e com menor tempo operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Criança, freio labial, diastema.

ABSTRACT

The upper labial frenum can vary in shape, size and position. A thick frenum can be associated to a median diastema and can interfere with brushing and speech. The frenum correction can be performed by surgery like frenectomy, which consists of partial or total removal of the frenum or frenotomy, which just requires the replacement of the frenum. This paper presents a case of a female patient, 8 years old, which due to the thick frenum and diastema, the frenotomy technique was indicated to facilitate diastema reduction and to be a less invasive and to require less operative time surgery.

KEYWORDS: Child, labial frenum, diastema

1. INTRODUÇÃO

O diastema entre incisivos centrais superiores constitui um aspecto de normalidade durante a infância acometendo em torno de 77% das crianças durante a dentição decídua¹, sendo um fator positivo para o posicionamento dos dentes permanentes. Na dentadura mista, a permanência dos diastemas continua a se configurar como característica fisiológica, principalmente entre os incisivos centrais superiores, estando presentes em 97% das crianças durante a fase de erupção².

Esta condição diminui com a erupção dos incisivos laterais e normalmente fecha-se espontaneamente com a irrupção dos caninos. Quando não há o fechamento espontâneo, o primeiro recurso a ser utilizado é a interceptação ortodôntica preventiva, com o intuito de promover a atrofia do tecido. A remoção cirúrgica do tecido fibroso interposto entre os incisivos somente é indicada quando não há espaço suficiente para erupção dos incisivos laterais e caninos e quando a interceptação ortodôntica preventiva não promoveu os resultados esperados³.

Como técnica cirúrgica, pode-se utilizar a frenectomia, que é a remoção completa ou parcial do freio, incluindo sua inserção ao osso subjacente ou a frenotomia, que seria apenas a reposição do freio⁴. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever as vantagens da técnica de frenotomia realizada no paciente pediátrico, em tratamento ortodôntico.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

O paciente M.A.P., do gênero feminino, 8 anos, durante o tratamento ortodôntico foi encaminhada a Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara para a reinserção do freio labial. Esse freio estava impedindo o fechamento do diastema (Figura 1-A) entre os incisivos centrais superiores.

Após a anamnese e exame clínico, optou-se pela técnica de frenotomia com o reposicionamento apical do freio. O procedimento cirúrgico foi iniciado com aplicação de anestesia infiltrativa bilateral (Mepivacaina 2%), atingindo o nervo alveolar superior, e complementado na região de palato duro (Figura 1-B). A infiltração de anestésico foi realizada distante do freio para evitar uma deformação e dificultar o ato cirúrgico (Figura 1-C). Em seguida, realizou-se a incisão com lâmina 15 em cabo de bisturi posicionada na inclinação de 45 graus em relação

ao rebordo, junto a inserção do freio (Figura 1-D). Ao abrir a loja cirúrgica, o periósteo foi exposto e realizado a frenestração perióstica com sindesmótomo para a desinserção das fibras (Figura 1-E).

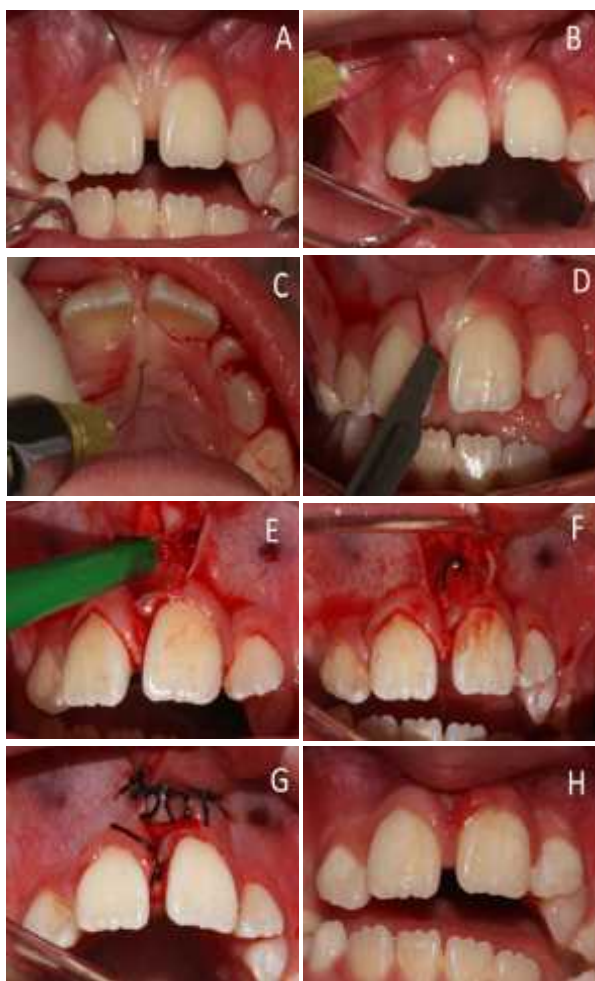


Figura 1. A- Inserção do freio labial superior, provocando diastemas nos incisivos; B- Anestesia infiltrativa bilateral no nervo alveolar superior, distante do freio para não provocar deformações; C- Anestesia infiltrativa na região do palato; D- Incisão com lâmina 15 em cabo de bisturi; E- Loja cirúrgica expondo o periósteo e realizando o debridaemento da região; F- Reposicionamento do freio labial e sutura do mesmo no periósteo; G- Sutura final; H- Pós-operatória de 7 dias.



Figura 2. Após 3 meses de pós-operatório

Posteriormente foi realizado o reposicionamento mais apical do freio labial (fig. 1-F) e a sutura do mesmo no

periósteo com ponto simples e fio de seda 3.0 (Figura 1-G). Observou-se após 7 dias que o freio labial estava reposicionado corretamente e o paciente já poderia retornar ao seu tratamento ortodôntico (Figura 1-H). Na figura 2, pode se observar o novo posicionamento do freio labial, após 3 meses de pós-operatório.

3. DISCUSSÃO

Após a erupção dos dentes permanentes anteriores superiores é necessário verificar se a posição do freio labial anterior assumiu uma inserção em direção a região vestibular. Se não ocorrer essa migração, o freio irá manter-se na região palatina e causar um desvio do padrão de normalidade⁵. Esta má posição pode desencadear dificuldades na fala, no fechamento dos lábios e até mesmo provocar um diastema.

O diastema trata do espaço, ou ausência de contato, entre dois ou mais dentes consecutivos, podendo acontecer em qualquer local nas arcadas superior ou inferior, sendo mais frequentes na região anterior do maxilar, entre os incisivos centrais superiores permanentes⁶.

A presença de diastema pode estar relacionada a hábitos bucais deletérios, hereditariedade, perda dentária superior e freio labial com inserção baixa. Observa-se que quanto maior a idade do paciente e mais baixa a inserção do freio labial, mais largo é o diastema⁷.

O diastema mediano superior pode ser causa ou consequência de um freio labial hipertrófico com inserção ao nível de papila incisiva e a regressão do diastema pode ocorrer apenas com o tratamento ortodôntico⁸. O freio labial persistente deve ser corretamente diagnosticado para não ser removido desnecessariamente⁹. No entanto, o freio labial hipertrófico e o diastema patológico são vistos como duas entidades interdependentes e, uma vez que o diastema patológico não se fecha espontaneamente ou com fechamento ortodôntico, a frenectomia ou frenotomia deve ser novamente indicada para o posteriormente fechamento ortodôntico do espaço¹⁰.

Alguns autores afirmam que a probabilidade do fechamento de um diastema central numa criança, com a realização ou não da frenectomia é a mesma, no entanto o fechamento é mais rápido nos pacientes frenectomizados¹¹. Na literatura há o relato de caso de um diastema medindo 5,0mm, em paciente de 8 anos de idade, onde se observou regressão espontânea do diastema, após a frenectomia¹². Porém se essa regressão não ocorrer, é indicado o tratamento ortodôntico posterior.

Para a remoção do freio temos como opção a frenectomia, que consiste na remoção total ou parcial da porção visível desse freio e a frenotomia que é a técnica de reposicionamento, onde ocorre a mudança anatômica desse freio. Sendo essa última a mais vantajosa, pois proporciona um melhor resultado estético e permite a manutenção morfológica e estrutural, reposicionando apenas a porção necessária⁸.

O método mais utilizado para a cirurgia de freio é a incisão com bisturi. Porém, atualmente, alguns estudos mostram a vantagem em se utilizar LASERS nestas cirurgias, ressaltando a ausência de dor pós-operatória, pois a irradiação com LASERS sela as terminações nervosas, assim como os vasos linfáticos, evitando a dor e o sangramento no local¹³. Apesar de ser uma vantagem, o custo de procedimentos com LASERS é alto em relação ao bisturi frio.

A dúvida surge em remover (frenectomia) ou apenas reposicionar (frenotomia) o freio labial. Para tal decisão é necessário observar particularidades do paciente. No caso descrito neste artigo optou-se pela frenotomia devido ao menor tempo operatório exigido nesta técnica, aspecto relevante durante o tratamento pediátrico.

Cabe ressaltar que durante o atendimento pediátrico alguns cuidados devem ser tomados tais como: ouvir a criança e a família, investir tempo para explicar os procedimentos, ser paciente e não impedir os pais de entrarem no consultório. Para a aplicação de anestésico em pacientes odontopediátricos a criança não deve se mexer para prevenir acidentes; usar técnicas de distração durante todo o tempo; injetar a solução anestésica lentamente e restringir o tempo operatório¹⁴. Ao se tratar de atendimento odontopediátrico, um estudo revelou que as mães demonstraram-se satisfeitas quando os cirurgiões dentistas demonstraram atenção, carinho e preocupação com a criança e forneceram informações visando à promoção da saúde bucal¹⁵.

4. CONCLUSÃO

A técnica de frenotomia é uma cirurgia menos invasiva, com reduzido tempo operatório e com resultado satisfatório para o paciente pediátrico.

REFERÊNCIAS

- [1] Rebeis Rossato C, Martins DR. Espaçamento anterior na dentadura decidua e sua relação com o apinhamento na dentadura permanente. *Ortodontia*. 1993; 26:81-7.
- [2] Taylor JE. Clinical observations relating to the normal and abnormal frenum labii superioris. *Am J Orthod*. 1939; 25:646-50.
- [3] Almeida RR de, Garib DG, Almeida-Pedrin RR de, Almeida MR de, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir?. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2004; 9:137-56.
- [4] Carranza FA. *Periodontia clinica de Glickman*. 8º ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1996.
- [5] Duarte DA, Bonecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. *Cirurgia bucal em pacientes pediátricos*. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 2ºed. São Paulo: Santos. 2005
- [6] Araujo MGM. *Ortodontia para clínicos: Programa pré-ortodôntico*. 4ºed. São Paulo: Santos. 1988.
- [7] Lamenha EGR, Guimarães RP, Vicente Silva CH. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. *Int J Dent*. 2007; 6:2-6.
- [8] Kelman MB, Duarte CA. O freio labial e sua influência na ortodontia e periodontia. Revisão de leitura. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1991; 45:581-4.
- [9] Prietsch JR, Justo EB, Lima EM. O freio lábil superior e sua influência no diastema mediano superior. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 1991; 32:9-14.
- [10] Andrade SBM, Prates NS, Andrade PB. Diastema e freio labial: revisão de bibliografia. *Rev Odontol Bras Central*. 1992; 2:10-14.
- [11] Bergstrom K, Jensen R, Martensson B. The effect of superior labial frenectomy in cases with midline diastema. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1973; 63:633-8.
- [12] Coutinho TCL, Vega OC, Portella W. Freio labial superior anormal relacionado com diastema interincisal. *Rev Gaúcha Odontol*. 1973; 43:207-14.
- [13] Pié- Sánchez J, España – tost AJ, Amabat DJ, Gay EC. Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr: YSGG laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17:228-32.
- [14] Silva LPP, Moraes ABA, Rolim SG. Efeitos de Procedimento de distração não contingente em tratamento odontopediátrico. *Interação Psicol*. 2008; 12:179-87.
- [15] Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30:49-55.