

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Isabella Miotello Ferrão.

**FREIO LABIAL INFERIOR E A DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO: UM
RELATO DE CASO.**

Campo Grande, 2016.

Isabella Miotello Ferrão

**FREIO LABIAL INFERIOR E A DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO: UM
RELATO DE CASO.**

Monografia apresentada ao curso de
Especialização *Lato Sensu* da
Faculdade Sete Lagoas - FACSETE,
como requisito parcial para conclusão
do Curso de Periodontia.

Orientador: Prof.Dr. José Peixoto Ferrão Junior.

Campo Grande, 23 de Julho de 2016.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Monografia intitulada “**Freio labial inferior e a dificuldade de higienização: um relato de caso**” de autoria da aluna Isabella Miotello Ferrão, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. José Peixoto Ferrão Junior – Orientador.

Prof. Eduardo Meirelles Marcon.

Prof. Dr. Alan Augusto Kalife Coelho.

Prof. Dr. Eduardo Fialho.

Prof. Achilles Parma Neto.

Campo Grande, 23 de Julho de 20

RESUMO

O freio labial tem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo estabilidade da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. No entanto, alterações morfológicas ou na sua inserção, podem comprometer a saúde bucal.

Nesse artigo, o freio labial inferior, devido a alta inserção na papila, dificultava a higienização por parte do paciente, levando ao acúmulo de placa bacteriana, inflamação gengival e consequente recessão gengival. Sendo assim, a técnica cirúrgica de escolha foi a frenectomia labial inferior, pois o paciente apresentava gengiva queratinizada remanescente nas laterais da inserção do freio, favorecendo o creeping attachment, que em muitos casos, elimina a necessidade de novas intervenções cirúrgicas.

Palavras chaves: Frenectomia; recessão gengival; creeping attachment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pré – Operatório	Pág. 10.
Figura 2 – Transoperatório	Pág. 11.
Figura 3 – Transoperatório 2	Pág. 11.
Figura 4 – Pós – Operatório com cimento cirúrgico	Pág. 12.
Figura 5 – Pós – Operatório com 7 dias	Pág. 12.
Figura 6 – Pós – Operatório com 15 dias	Pág. 12.

SUMÁRIO

1- Introdução	Pág. 07.
2- Relato de caso	Pág. 09.
3- Discussão	Pág. 13.
4- Conclusão	Pág. 14.
5- Referências Bibliográficas	Pág.15.

INTRODUÇÃO

O freio labial ou frênulo labial, apresenta-se como uma dobra inserida na mucosa alveolar¹, e tem sua formação iniciada na décima semana de gestação, sendo que em recém nascidos, é inserido diretamente na papila palatina¹⁻²⁻³.

Os freios labiais podem variar na sua forma, tamanho e posição durante o crescimento, e tem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva⁴.

No entanto, alterações morfológicas ou em sua inserção fazem com que o freio labial provoque problemas, tais como: diastema interincisal, problemas protéticos, doença periodontal relacionada com a retenção de alimentos e/ou placa bacteriana, dificuldade na higienização e na mobilidade labial e insatisfação estética para o paciente⁵.

A inserção alta do freio labial inferior, está frequentemente associada com áreas de faixa de gengiva inserida mais estreita. Essa condição interfere no processo de escovação, favorecendo o acúmulo de placa e instalação da inflamação, levando à recessão periodontal^{6,4}.

As cirurgias mucogengivais como a frenectomia são indicadas para a remoção do freio, trazendo benefícios como: prevenção de futuros espaços interincisivos, reestabelecimento da fonética, saúde gengival e melhor prognóstico de futuros tratamentos⁷⁻⁸.

A época ideal para a remoção do freio, ocorre após os 12 anos de idade ou após a erupção dos caninos permanentes, pois, em alguns casos, o freio alterado pode obter uma resolução fisiológica pela acomodação dos tecidos. Em alguns casos especiais, o procedimento cirúrgico é realizado precocemente, na dentição mista, quando o frênulo se apresenta em forma de asa delta por ter envolvimento periodontal e funcional⁸⁻⁹.

A realização da frenectomia, é bastante segura e previsível, e a mesma consiste na excisão completa do freio, tecido interdental e papila palatina⁵. Alguns autores propõem cirurgias complementares diante da remoção do

freio, como deslize lateral de retalho e enxerto gengival, para melhorar os resultados obtidos apenas pela frenectomia. Tal proposta, se deve a constituição histológica do freio labial, que consiste em um plano superficial composto de epitélio estratificado paraqueratinizado, um plano intermediário composto de tecido conjuntivo denso frouxo e um plano mais profundo e submucoso, que contém glândulas mucosas e vasos linfáticos. Devido a essas características, o resultado final da cicatrização, após a frenectomia, pode levar a área a apresentar pouca gengiva ceratinizada inserida⁵.

Sabendo-se que o freio labial com posição e estruturas anormais, podem causar dificuldade de higienização, esse trabalho tem como objetivo apresentar o caso clínico de freio labial inferior com inserção na altura das papilas interincisivas, associado a recessão gengival, com indicação de frenectomia labial inferior.

RELATO DE CASO

Paciente E.C, 32 anos de idade, do gênero masculino, veio encaminhado do ortodontista com indicação para frenectomia labial inferior. O motivo da indicação cirúrgica foi a presença de freio labial inferior com inserção na papila, dificultando a higienização, e causando acúmulo de placa bacteriana, inflamação gengival e recessão gengival na região dos dentes 31,32,41 e 42.

Na anamnese não houve relato por parte do paciente de nenhum comprometimento sistêmico ou medicamentoso que contraindicasse o procedimento cirúrgico, e os exames laboratoriais pré-operatórios apresentaram resultados dentro da normalidade, sendo a queixa principal do paciente a dificuldade de higienização.

Ao exame clínico observou-se acúmulo de cálculo dentário, inflamação e recessão gengival. Foi realizado periograma, onde não foram constatadas profundidade de sondagem e/ou bolsa periodontal. Em seguida, o paciente foi submetido à Higiene e Fisioterapia Oral (HFO), onde foi realizada evidenciação de placa bacteriana com verde de malaquita a 0,5%, profilaxia com taça de borracha e pedra pomes com glicerina líquida, e orientação quanto a técnica de escovação e higienização interdental. No preparo pré-operatório, foi realizado tratamento periodontal com Raspagem e Alisamento Radicular supragengival, com a cureta de Gracey 5-6 e cureta 00-0.

A técnica cirúrgica escolhida foi a frenectomia, que teve seu início com a antissepsia peribucal com digluconato de clorexidina a 2%, com auxílio de uma pinça Kelly e gaze estéril, e intra-oral com bochecho de solução de digluconato de clorexidina a 0,12%, por 1 minuto. Em seguida, foi realizada a anestesia tópica com Emla Creme, composto de lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5% em fundo de vestibulo e região gengival que circunda o freio, e anestesia infiltrativa com Mepivacaína Hcl 2% com Epinefrina 1:100.000 na região do 31,32,41e 42. A solução anestésica foi infiltrada no fundo do sulco, de forma lenta para não perder referências anatômicas da delimitação do freio.

O lábio inferior foi tracionado para baixo, a fim de expor o freio labial (Figura 1). Foi realizado uma incisão com bisturi com a lâmina 15C, de forma horizontal, deslocando e removendo as fibras que se encontravam aderidas ao osso para liberar a inserção do freio (Figura 2 e Figura 3). Não foi necessário sutura e apenas o cimento cirúrgico foi colocado no local, a fim de proteger a ferida (Figura 4).

Após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente recebeu tratamento medicamentoso com Dipirona Sódica 500mg, com posologia de 1 comprimido logo após a cirurgia, 1 comprimido após 6 horas do primeiro, e repetir a dose de 6 em 6 horas, apenas em caso de dor. Foi prescrito também, bochecho por 1 minuto, de digluconato de clorexidina a 0,12%, durante 7 dias. O paciente recebeu orientações pós cirúrgicas quanto a dieta, hábitos e higienização bucal. O pós operatório, bem como o procedimento, não apresentaram nenhuma intercorrência.

No controle após a cirurgia, foi observado cicatrização dentro da normalidade (Figura 5 e Figura 6). O paciente relatou não ter sentido dor, mas somente um desconforto nos dias que sucederam a cirurgia. Retornos periódicos foram sugeridos para manutenção da saúde periodontal e necessidade de um futuro enxerto gengival livre, para aumento da faixa de gengiva queratinizada.



Figura 1: Pré-operatório



Figura 2: Transoperatório.



Figura 3: Transoperatório 2.



Figura 4: Fim do procedimento com cimento cirúrgico



Figura 5: Pós operatório – 7 dias



Figura 6: Pós operatório – 15 dias

DISCUSSÃO

Existe um consenso entre os autores¹⁻⁵⁻⁶⁻⁷ a respeito da necessidade de remoção cirúrgica do freio labial hipertrófico. O mesmo, pode acarretar malefícios para o paciente a curto ou longo prazo. O caso clínico desse artigo, apresenta a recessão gengival como consequência da inserção errônea do freio labial inferior.

A recessão gengival no presente estudo pode estar relacionada à dificuldade de higienização relatada pelo paciente, onde o mesmo não conseguia realizar a técnica correta de escovação sem lesionar o freio labial inferior, que estava inserido na papila interincisiva. Em concordância com isso, a literatura⁸ relata que a dificuldade no processo de escovação, favorece o acúmulo de placa e instalação da inflamação, o que leva ao tracionamento da gengiva e redução na largura da faixa de mucosa ceratinizada.

A remoção do freio labial através da frenectomia, deve ser precoce, a fim de evitar ou minimizar as implicações relacionadas à má posição ou alteração morfológica do mesmo¹⁰. A frenectomia é um procedimento bastante previsível e seguro, onde ocorre a excisão completa do freio, tecido interdental e papila palatina¹¹. No entanto, alguns autores¹¹⁻¹², propõem técnicas cirúrgicas complementares como deslize lateral de retalho e enxerto gengival para melhorar os resultados da remoção do freio. Nesse caso clínico, o tratamento de escolha foi apenas a frenectomia, pois o paciente apresentava gengiva queratinizada remanescente nas laterais da inserção do freio labial. Assim como descrito na literatura¹², em alguns casos, onde ocorre o creeping attachment, e elimina-se a necessidade de outra intervenção cirúrgica.

Diante de várias complicações que o freio labial hipertrófico pode causar, é necessário um diagnóstico e intervenção precoce, a fim de impedir possíveis danos permanentes. No caso relatado, o diagnóstico foi tardio, mas o tratamento foi realizado minuciosamente, e os objetivos esperados foram alcançados.

CONCLUSÃO

O tratamento de frenectomia para melhora da higienização bucal foi eficaz, mas o paciente seguirá sob acompanhamento, para verificar a necessidade de uma futura intervenção cirúrgica para aumento da faixa de gengiva queratinizada.

REFERÊNCIAS

- 1- TOLEDO, OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 4 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.
- 2- KOTLOW, LA. Diagnosing and understanding the maxilar lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding. *J Hum Lact*, 2013 Nov; v.29, n.4, p.458-464.
- 3- SANTOS, P.; OSÁRIO, SRG.; FRANZIM, LCS. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. *Braz J Surg Clin Res*. 2014, v.8, n.2, p.41-46.
- 4- MC COMB, JL. Orthodontic treatment and isolated gingival recession: a review. *Br. J. Orthod. Oxford*, v.21, n.2, p.151-159, May 1994.
- 5- NOGUEIRA FILHO, GR.; BENATTI, BB.; CASATI, MZ.; NACITI, FHJ. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. *RGO, Porto Alegre*. 2005; v.53, n.2, p.85-164.
- 6- BOWERS, GM. A study of the width of attached gingival. *J Periodontol, Chicago*, v.34, n.1, p.201-209, Jan. 1963.
- 7- OLIVI, G.; CHAUMANET, G.; GENOVE, MD.; BENEDEUCE, C.; ANDREANA, S. Laser labial frenectomy: a clinical retrospective evaluation of 156 consecutive cases. *Gen Dent*, 2010 May-Jun; v.58, n.3, p.126-133.
- 8- CASSARIN, RC. Freio labial superior: Diagnóstico Cirúrgico. Passo Fundo, 2009.
- 9- MILLER, PD. Root coverage with the free gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. *J Periodontol*. V.58, p.674-681, 1987.
- 10- HASS, E. A relação entre frenectomia e diastemas. *Caderno de Odontologia, Universidade do Paraná*, 2010.
- 11- DIAZ PIZÁN, ME.; LAGRÁVERE, MO.; VILLENA, R. Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition. *J Dent Child* 2006; v. 73, p. 11-14.
- 12- ALMEIDA, AL. Crass sectional evaluation of the presence of gingival recession in individuals with cleft lip and palate. *J Periodontol* 2007; v.78; p.29-36.