

INTRODUÇÃO

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR CASO CLÍNICO

Clinicamente a localização do freio labial superior situa-se entre os incisivos centrais superiores, estando inserido desde a região mediana na superfície interna do lábio superior até ao processo alveolar.^{1,2,3,4,6} Numa criança, a inserção do freio costuma atravessar todo o rebordo alveolar, inserindo-se na papila palatina, sendo que com o crescimento vertical do processo alveolar, assim como o desenvolvimento do seio maxilar, bem como do processo de erupção dentária, a inserção do freio habitualmente desloca-se para uma porção mais apical.^{1,3,4}

A função dos freios labiais é promover uma limitação de movimento total ou parcial do lábio a que se encontra aderido, o que degenera numa redução de movimentos exagerados por parte do lábio.^{4,6,8,9}

Os exames imagiológicos são cruciais para excluir condições patológicas na linha média ou ausência congénita de dentes, situações essas que poderiam também originar um diastema interincisal, e que são diagnósticos diferenciais para a presença de freio labial persistente como causa do diastema.^{1,5}

O freio labial maxilar, quando anormal, pode originar bastantes alterações como diastema, retração gengival, restrição dos movimentos labiais, complicações ortodónticas, protéticas, periodontais e problemas relacionados com a fonética.^{3,6,7,9}

Quando o diagnóstico e intervenção de uma frenectomia são realizados precocemente, o prognóstico parece ser favorável. A frenectomia é um procedimento cirúrgico que tem como intuito proceder à remoção do freio labial, lingual e bridas, o que permite a movimentação ortodôntica para encerramento de diastemas, assim como uma adequada movimentação da língua.^{7,8}

OBJETIVOS

Pretende-se com este trabalho descrever a intervenção cirúrgica de um caso clínico focado na remoção do freio labial maxilar.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do género masculino, com 11 anos de idade, dirigiu-se a uma consulta no Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) por apresentar um diastema interincisivo na arcada superior. O diagnóstico clínico foi efetuado com recurso também à realização de uma ortopantomografia (imagem 1) e de uma tomografia computadorizada (imagem 2) para observação dos dentes e das estruturas de suporte.



Imagem 1 - Ortopantomografia

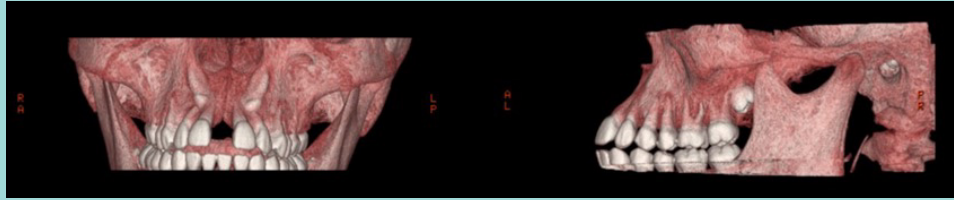


Imagem 2 - Tomografia computadorizada com corte frontal e sagital

DIAGNÓSTICO E EXAME CLÍNICO

- Mordida cruzada anterior e posterior;
- Presença de um diastema extenso entre os incisivos centrais superiores e diastemas entre os incisivos centrais superiores e os incisivos laterais superiores;
- Caninos superiores impactados, inclusos e não erupcionados;
- Grupo de incisivos superiores e inferiores com um elevado grau de pró-inclinação, que denota um perfil protruído com lábio superior e inferior protruídos; e terceiros molares inclusos;
- Freio labial superior fibroso e bastante profundo que revelava isquemia quando era alvo de tração.



Imagem 3 - Arcada superior e inferior vista frontal



Imagem 5 - Freio labial superior vista frontal



Imagem 4 - Arcada superior vista oclusal



Imagem 6 - Freio labial superior vista lateral

Uma melhor visualização da arcada superior encontra-se na imagem 3 e 4 e uma melhor observação do freio labial é conseguida na imagem 5 e 6

PLANO DE TRATAMENTO

- FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR
- ORTODONTIA CORRECTIVA

DISCUSSÕES

Face ao exposto anteriormente e por indicação da médica ortodontista, o paciente apresentava indicação cirúrgica para a execução de uma frenectomia ao freio labial superior. O paciente não possuía inflamação gengival, tinha um controlo razoável relativamente à higiene oral e não apresentava qualquer alteração sistémica que contraindicasse o procedimento cirúrgico.

PRÉ-TRATAMENTO

- Antissepsia intraoral recorrendo ao bochecho de solução aquosa de digluconato de clorhexidina a 0,12% aproximadamente durante um minuto, e antissepsia extraoral com a mesma substância com gaze estéril e pinça.
- Aplicação de uma solução de anestesia tópica no fundo do vestibulo dos incisivos centrais e posteriormente realizou-se a anestesia local do tipo infiltrativa com Articaina com epinefrina 1:100.000, mediante o bloqueio dos nervos alveolar superior anterior (de ambos os lados) e nasopalatino.

TRATAMENTO

- A metodologia utilizada recaiu na técnica de Archer.
- Realizou-se a preensão do freio na posição apical mediante a utilização de uma pinça hemostática e com recurso a uma lâmina nº15 fez-se duas incisões verticais em forma de “V”, desde o fundo do sulco até à região da papila interincisiva, permitindo assim a deslocação e remoção de fibras periodontais que estariam aderidas ao osso de maneira a libertar a inserção do freio labial superior, tendo sido também preservada a papila interincisiva com o intuito de não originar um espaço negro nesta zona (imagem 7).
- Em todo o procedimento e quando necessário a propósito da manutenção da hemostasia foram realizadas compressões com gazes esterilizadas e irrigação mediante utilização de soro fisiológico.
- No final e com o intuito de aproximar os bordos, executou-se sutura na totalidade da extensão da incisão com recurso a sete pontos simples com fio de seda 4.0 e porta agulhas (imagem 8 e 9).



Imagem 7 - Lâmina de bisturi nº15 e freio labial superior removido



Imagem 9 - Sutura de freio labial superior vista lateral



Imagem 8 - Sutura de freio labial superior vista frontal

PÓS-TRATAMENTO

- Foi prescrito ibuprofeno 400mg de 8/8h e paracetamol 500mg de 12/12h durante 4 dias enquanto existisse dor;
- Foram instruídas orientações e cuidados pós-cirúrgicos a ter relativos à higiene oral e dieta;
- Após uma semana, foi removida a sutura com uma tesoura e pinça, não tendo sido registado qualquer tipo de ocorrência durante e após a intervenção cirúrgica, bem como no que diz respeito à cicatrização.

CONCLUSÕES

A frenectomia encontra-se indicada para a remoção das fibras interincisivas, restabelecendo-se assim a estética, a fonética, a dicção, melhorando a auto-estima e confiança do paciente.

O momento para a execução deste tipo de intervenção cirúrgica deve ser decidido e ponderado caso a caso, de maneira a evitar problemas como desconforto e limitação fonética.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahn, J. et al.; Labial frenectomy: current clinical practice of orthodontics in the United Kingdom; Angle Orthodontist, v. 92, n. 6, 780-786; 2022
2. Andrade, J. et al.; Reabilitação estética anterior pós-frenectomia: relato de caso; Archives of Health Investigation, v.6, n.10, 477-485; 2017
3. Baxter, R. et al.; Safety and efficacy of maxillary labial frenectomy in children: A retrospective comparative cohort study; International Orthodontics, v.20, n. 2, 1-8; 2022
4. Delli, K. et al.; Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: a systematic review of the literature. Quintessence Int, v. 44, n. 2, 177-187; 2013
5. Delmondes, F. et al.; Freio labial superior: quando e como intervir?; Research, Society and Development, v.10, n. 2, 2021
6. Neto, O. Et al.; Frenectomia: revisão de literatura; Revista UNINGÁ Review, v. 18, n. 3, 21-25; 2014
7. Santana, A. Et al.; Frenectomia labial superior na dentição mista associada a diastema interincisivo: relato de caso. Revista Portuguesa de Estomatologia. V. 62, n. 4, 254-259; 2021
8. Silva, H. et al.; Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas; SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 1, 139-150; 2018
9. Trigolo, L. & Rolim, V.; Frenectomia labial superior em odontopediatria: revisão de literatura; Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação; 8 (10), 303-310; 2022