

Frenectomia: Um caso clínico

Frenectomy: A clinical case

Francesca Bercini*
 Taís Weber Furlanetto de Azambuja**
 Adriana Zanon Moschen***
 Karla Dii Franco***
 Luciana Reinhardt***
 Márcia Silveira Diogo***

RESUMO

O trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre frenectomia, bem como a apresentação de um caso clínico realizado na disciplina de Estágio Supervisionado I em cirurgia na FO-UFRGS.

SUMMARY

This paper aims at giving a brief review of the literature on frenectomy, as well as showing a clinical case carried out in the Supervising Training I surgery course at FO-UFRGS.

UNITERMOS

Freio labial, frenectomia, cirurgia pré-protética.

KEYWORDS

Labial frenum, frenectomy, preprosthetic surgery.

Introdução

Segundo Marzola (6), a cirurgia pré-protética é toda a manobra realizada na cavidade oral necessária para manter uma prótese firme em sua posição, livre de protuberâncias ósseas ou de inserções musculares que prejudicariam, evidentemente, a perfeita instalação dos aparelhos protéticos.

De acordo com Centeno (4), o freio labial anormal pode opor-se a colocação normal da prótese e deslocá-la com os movimentos do lábio. O mesmo ocorrendo com o freio lingual, podendo determinar transtornos na fonação e da deglutição; para solucionar este problema não há outro método se não o cirúrgico; solução que também é apontada por Starsnak (11). A este tipo de cirurgia dá-se o nome de frenectomia.

Archer, citado por Rosenberg (10), descreveu a frenectomia clássica como aquela na qual o freio e todo o tecido interdental são excisados.

Neste trabalho apresentamos um caso clínico realizado na FO-UFRGS - Setor de Cirurgia. Por indicação protética realizou-se uma frenectomia do freio labial maxilar para a adaptação de uma prótese parcial removível.

Revisão da literatura

Conforme Jacob, citado por Pinto e Gregori (9), freio é uma prega da mucosa bucal que partindo da face interna do lábio vai se inserir sobre a linha de união de ambos os maxilares

superiores.

Araújo e Bolognese (1) nos revelam que o freio labial superior se origina como um remanescente das lâminas tecto labiais, estruturas embrionárias que aparecem aproximadamente no terceiro mês de vida intra-uterina e conecta o tubérculo do lábio superior à papila palatina. No período embrionário o freio é contínuo com a papila palatina, antes do nascimento a fenda no processo ósseo é fechada como consequência do desenvolvimento ósseo maxilar, sendo neste momento o freio empurrado para frente da crista da apófise, onde mantém a aparência de unido à papila. Quando erupcionam os dentes deciduos o freio é levado para um ponto mais apical acima da crista óssea alveolar.

Quanto aos aspectos anatômicos, Pinto e Gregori (9) levantaram que o aspecto normal do freio labial, no adulto, é de uma prega fina, triangular, de base voltada para cima, em lâmina de faca (prega de mucosa), que tem uma origem relativamente profunda no interior do lábio superior, estendendo-se para trás e para cima, indo se inserir na porção mediana da vertente vestibular do processo alveolar e terminando em um ponto a 4 e 5mm acima do septo gengival interproximal, entre os incisivos centrais.

Segundo Dewel, citado por Pinto e Gregori (9), como qualquer outra estrutura anatômica, o freio labial está sujeito a certas variações em sua forma, tamanho e posição. Alguns freios são amplos e resistentes; outros são finos e frágeis. Refere ainda o autor, a presença pou-

co frequente de pequeno nódulo inserido superficialmente, próximo à crista da estrutura, não associado a nenhum tipo específico de freio, inconstante em forma e posição e de função desconhecida.

Tratando-se dos aspectos histológicos, Pinto e Gregori (9) relatam que o freio é composto quase exclusivamente por tecido conjuntivo altamente vascularizado, coberto superficialmente por epitélio pavimentoso estratificado. As fibras conjuntivas se dispõem em tramas regulares, arranjadas em forma de cordões dispostos ântero-posteriormente. Na extremidade anterior, elas se unem frouxamente com as fibras da sub-mucosa do lábio, e em sua inserção alveolar, se anastomosam com as fibras da camada externa do muco-periosteio e do tecido conjuntivo que recobrem a sutura mediana maxilar.

Segundo Pinto e Gregori (9), não se determinou nenhum aspecto fisiológico específico ao freio labial. Parker, afirma que as funções do freio são maiores no recém-nascido, limitando-se no adulto à moderação de movimentação labial.

Netter & Oppenheimer, citado por Nogueira (8), referem que o freio é uma prega mediana

* Mestre em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e professora assistente das disciplinas de exodontia da FO-UFRGS.

** Mestre em educação, especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e professora assistente das disciplinas de exodontia da FO-UFRGS.

*** Acadêmicas do curso de odontologia da FO-UFRGS.

da membrana mucosa bucal que se estende desde o lábio à gengiva adjacente, mandibular e maxilar, pode provocar problemas nas pessoas que usam prótese dentária.

O freio labial anormal não difere estruturalmente de tecidos de outras áreas; possui forma triangular sendo composto por um feixe de tecido fibroso. Sua anormalidade está no ato de se estender por cima da crista alveolar até a papila palatina. Segundo Araújo e Bolognese (1), a permanência do freio labial anormal restringe os movimentos do lábio dando um aspecto estético desfavorável, afeta a fonética, induz a criança a adquirir hábitos viciosos além de criar uma zona de impação alimentar.

Starshak (11), refere o fato de que um freio anormal inserido próximo a crista alveolar, em um paciente portador de prótese, está sujeito a repetidas irritações, sendo a solução definitiva a cirurgia.

Ropel et alii, ditado por Borges (3), considera anormal o freio quando se apresenta denso e se estende até a papila e, as vezes, se insinua na sutura entre os maxilares.

Segundo Marzola (7), há três procedimentos para fazer-se a cirurgia dos freios:

1. Frenectomia, que consiste na remoção total do freio;
2. Frenulotomia, que consiste em seccionar-se o freio sem eliminá-lo;
3. Reinserção do freio, que consiste em mudar-se suas inserções.

Fonseca, mencionado por Pinto e Gregori (9), cita as indicações da frenectomia labial com finalidades protéticas: dificuldade de adaptação da prótese total, alteração na fonação, trauma mastigatório na região que determina irritação constante.

Breslin, citado por Pinto e Gregori (9), julga que o preparo cirúrgico bucal com finalidade protética, deva obrigatoriamente incluir a liberação de inserções presentes no sulco vestibular.

Na literatura, foram encontradas várias técnicas referentes a frenectomia, dentre elas:

- Técnica de Federspiel
- Técnica de Ries Centeno
- Técnica de Wassmund
- Técnica de L'Hirondel & Aranowicz
- Técnica de Mead
- Técnica de Howe
- Técnica de Bachicha et alii
- Técnica de Archer.

Segundo Pinto e Gregori (9), a técnica proposta por Archer é aquela que mais simplifica a frenectomia, a de mais rápida execução, a que permite melhor controle da hemorragia transoperatória, e a que possibilita inclusive a exérese de freios labiais os mais diversificados tanto na forma e extensão como em volume.

A técnica de frenectomia preconizada por Archer (2) inicia com uma anestesia local infiltrativa. Uma vez elevado o lábio superior, coloca-se duas pinças hemostáticas: uma paralela à superfície vestibular do rebordo e a

outra paralela à superfície labial formando um ângulo de 90 graus. Utilizando-se um bisturi Bard-Parker lâmina 15 cortaremos por fora das superfícies da pinça. A sutura será realizada inicialmente no fundo de sulco e posteriormente duas entre o fundo de sulco e vermelhidão do lábio.

Lascale e Moussolli (5) referem em seu trabalho uma técnica de frenectomia e bridectomia que não necessita de sutura e pinça hemostática, apontando como vantagens maior comodidade ao paciente pela ausência de sutura, menor tempo operatório e ótimos resultados clínicos, casos preservados em até oito anos.

Caso clínico

O paciente A. Q., 63 anos, foi encaminhado pelo protesista ao Setor de Cirurgia e Traumatologia da FO-UFRGS, a fim de realizar uma cirurgia pré-protética. Por apresentar o freio labial superior com baixa inserção, em função de reabsorção fisiológica do rebordo alveolar, havia impossibilidade de estabilidade da prótese parcial removível (figura 1).

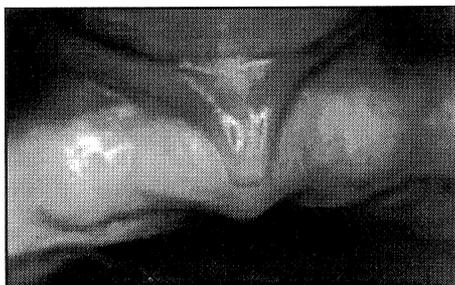
A frenectomia foi realizada no dia 19/09/95, no horário das 8:30 às 10:00, no bloco cirúrgico 4 da FO-UFRGS. A equipe cirúrgica constou dos seguintes componentes: Márcia Silveira Diogo (operador), Luciana Reinhardt (auxiliar), Karla Di Franco (instrumentador) e Adriana Zanon Moschen (circulante).

Ao chegar ao local da intervenção, o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico, onde foi procedida a sua acomodação e assepsia da face e cavidade bucal, utilizando-se Cepacol e gaze.

Abaixo será descrita a técnica cirúrgica empregada:

1. Anestesia

Foi realizada anestesia terminal submucosa na região de fundo de sulco, um anestube a cada lado do freio labial superior (direito e esquerdo). Ocorreu complementação de 1/4 de tubo de anestube na região do rebordo, junto ao local de inserção mais baixa do freio (em direção a palatino);

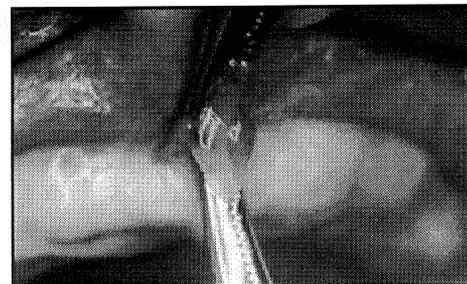


Aspecto clínico pré-operatório

2. Incisões

O lábio superior foi tracionado e mantido desta forma por dois afastadores de Langenback. Duas pinças hemostáticas foram posicionadas no freio de tal maneira que uma ficasse paralela à superfície vestibular do rebordo alveolar e a outra paralela à superfície

labial, formando um ângulo de aproximadamente 120 graus (figura 2).



Trans-operatório: posicionamento das pinças

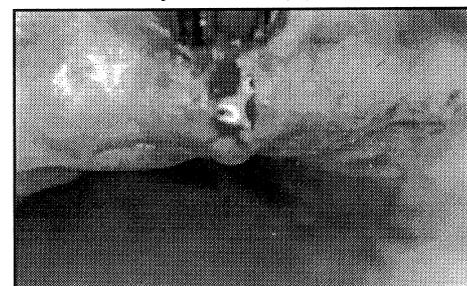
Utilizando-se um bisturi Bard-Parker lâmina 15 realizaram-se duas incisões paralelas as pinças hemostáticas:

a) Junto a superfície labial externamente à pinça hemostática, com a intenção de fazer hemostasia. É neste ponto que se encontra a modificação da técnica de Archer, que preconiza a incisão na região interna à pinça, ou seja, entre a mesma e lábio superior;

b) Junto à superfície vestibular do rebordo alveolar internamente à pinça hemostática, entre esta e o rebordo alveolar.

3. Deslocamento

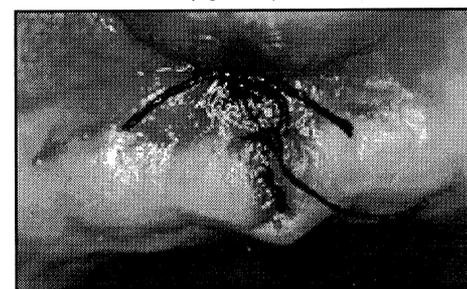
Após a incisão, foi realizado o deslocamento e remoção de fibras, que se encontravam aderidas ao osso, com o objetivo de liberar melhor a inserção do freio (figura 3).



Trans-operatório: descolamento

4. Sutura

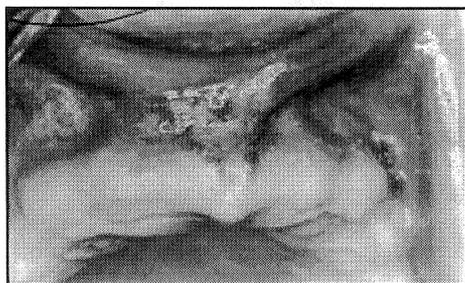
Realizou-se sutura a pontos isolados em número de dois, que permaneceu por um período de sete dias (figura 4).



Trans-operatório: sutura

5. Pós-Operatório

Por tratar-se de um procedimento cirúrgico simples, com apenas envolvimento de tecidos moles, o pós-operatório foi convencional:



Aspecto clínico pós-operatório

- * Nas primeiras 24 horas:
- Não lavar a boca, não fazer bochechos, não escovar os dentes;
 - Alimentação líquida ou pastosa, fria ou gelada;
 - Aplicar bolsa de gelo, sobre a face do lado operado, 30 minutos a cada duas horas;
 - Cabeceira elevada com dois travesseiros.

ros.

- * Após as primeiras 24 horas:
- Iniciar a higiene bucal: escovar os dentes e fazer bochechos com colutório (uma medida diluída em meio copo de água) de 3 em 3 horas;
 - Retornar a alimentação normal, conforme tolerância.

* Medicação prescrita: analgésico para dor leve.

Receita

Para o Sr. A. Q.

Uso interno

Tylenol 750mg 8 cps.

Tomar um comprimido de 4 em 4 horas, enquanto houver dor.

Uso externo

Cepacol 1 frasco

Fazer bochechos com uma medida do

colutório diluída em meio copo de água, de 3 em 3 horas.

Porto Alegre, outubro de 1995

Ass.

6. Remoção da Sutura

Realizou-se após um período de sete dias.

O Paciente apresentou bom pós-operatório, sendo encaminhado ao protesista para realização de sua prótese (figura 5).

Conclusão

A cirurgia do freio labial foi realizada com sucesso uma vez que, ao retornar ao protesista, o paciente teve sua prótese confeccionada com estabilidade.

Referências Bibliográficas

1. ARAÚJO, L.G.; BOLOGNESE, A.N. Diastemas interincisais x freio labial anormal. Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p.20-28, set./out., 1983.
2. ARCHER, W.H. Cirurgia bucal. 2. ed. Buenos Aires: Mundi, 1968.
3. BORGES, C.B.G. Diastemas entre incisivos centrais superiores. Prevalência e fatores etiológicos. Pelotas, 1985. 89 p. Dissertação (Mestrado em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial). Faculdade de Odontologia, Uni. Fed. Pelotas, 1985.
4. CENTENO, G.A.R. Cirurgia bucal. Buenos Aires; El Ateneu, 1952.
5. LASCALA, N.T.; MOUSSALLI, N.H. Cirurgia mucogengival: uma técnica de frenectomia e bridectomia. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., São Paulo, v. 27, n. 3, p.135-141, maio/jun., 1973.
6. MARZOLA, C. Cirurgia pré-protética. Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 154, p.325-349, nov./dez., 1968.
7. MARZOLA, C. Cirurgia pré-protética. São Paulo: Pancast, 1988.
8. NOGUEIRA, C.J.M. Anquiloquilia e frenectomia. Rev. Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 29, n. 2, p.107-110, abr./jun., 1981.
9. PINTO, M.L.M.C.; GREGORI, C. Aspectos embriológicos, anatômico fisiológico e cirúrgico relacionados com freio labial. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., São Paulo, v. 29, n. 3, p.15-31, maio/jun., 1975.
10. ROSEMBERG, M.M.; KAY, H.B.; KEOUGH, B.E.; HOLT, R.L. Tratamento periodontal e protético para casos avançados. Rio de Janeiro: Quintessence books, 1992.
11. STARSHAK, Thomas J. Preprosthetic oral surgery. Saint Louis: Mosby, 1971.