



Frenectomia Labial Superior pela Técnica de Archer Modificada: Relato de Caso Clínico

Upper Labial Frenectomy by Modified Archer Technique: Clinical Case Report

Mariana Cardoso de Araújo¹; Manoel Pereira de Lima¹; Jefferson Lucas Mendes¹; Joyce Karoline Neves Azevedo¹; Ítalo de Macêdo Bernardino²; Ivalter José Ferreira²

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Araruna – Paraíba – Brasil

²Professor de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Araruna – Paraíba – Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Ivalter José Ferreira – Av. Coronel Pedro Targino, Araruna – PB, CEP: 58233-000. Email: ivalterjose@gmail.com

Resumo

Introdução: A inserção anormal do freio labial pode limitar movimentos labiais, dificultar a escovação, favorecer o surgimento de diastema interincisal, interferindo na fonação e estética do paciente. A frenectomia labial é, na maioria das vezes, o tratamento de escolha para essa condição. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, melanoderma, 21 anos de idade, compareceu à clínica odontológica da Universidade Estadual da Paraíba queixando-se do espaço entre os incisivos centrais, que interferia na estética e na fonação. A técnica de frenectomia escolhida foi a de Archer modificada. Após antisepsia intraoral e anestesia infiltrativa da região de fundo de sulco vestibular e papila palatina do forame com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, realizou-se incisões perpendiculares tangenciando o freio, preservando a papila interdental. Com auxílio de uma pinça hemostática curva realizou-se o pinçamento simples, posicionando o instrumental na bisetriz do freio onde, em seguida, foi realizada incisões contornando o instrumento sob irrigação constante. Por fim, foi realizado o descolamento e remoção das fibras aderidas ao osso para liberar a inserção do freio. O tecido foi divulsionado e suturado em pontos simples com fio de seda, removidos sete dias após a cirurgia. Para controle da dor pós-operatória foi prescrito dipirona sódica 500mg, com intervalo de seis horas entre as doses, por um dia ou em caso de persistência da sintomatologia dolorosa. **Conclusão:** O tratamento foi eficaz, não houve edema pós-operatório e a paciente foi encaminhada para o tratamento ortodôntico para fechamento do diastema.

Descritores: Freio labial. Periodontia. Cirurgia bucal.



Abstract

Introduction: Abnormal insertion of the superior labial frenum can limit lip movements, hamper brushing and favor the appearance of midline diastema, interfering with the phonation and aesthetics of the patient. Upper labial frenectomy is, for the most part, the treatment of choice for this condition. **Case Report:** Female patient, melanodermic, 21 years old, attended the dental clinic of the Universidade Estadual da Paraíba complaining about the space between the central incisors, which interfered in aesthetics and phonation. The technique of frenectomy chosen was Archer's modified. After intraoral antiseptics and infiltrative anesthesia of the vestibular groove fundus and palatine papilla of the foramen with lidocaine 2% with epinephrine 1: 100,000, perpendicular incisions were made by tangentiating the frenum, preserving the interdental papilla. With the aid of a hemostatic forceps, simple clamping was performed, positioning the instrument at the frenulum bissetrix, where incisions were then made bypassing the instrument under constant irrigation. Finally, the detachment and removal of fibers adhered to the bone was performed to release the frenum insert. The tissue was divulsed and sutured in single stitches with silk thread, removed seven days after surgery. For postoperative pain control, sodium dipyrone 500mg, with a six-hour interval between doses, was prescribed for one day or in case of persistent pain symptomatology. **Conclusion:** The treatment was effective, there was no postoperative edema and the patient was referred for orthodontic treatment to close the diastema.

Keywords: Labial frenum. Periodontics. Oral Surgery.

Introdução

O freio labial superior é uma prega da mucosa alveolar localizada na gengiva da linha mediana da maxila, entre os incisivos centrais, geralmente constituído por fibras musculares, que fixam o lábio à mucosa e a gengiva ao periósteo subjacente, fornecendo estabilidade e limitando os movimentos excessivos do lábio^{1,2}.

Os freios labiais podem receber quatro classificações de acordo com o local de inserção, sendo elas: inserção na mucosa alveolar, incluindo a união mucogengival (tipo I), na gengiva inserida (tipo II), na papila interdental (tipo III) e penetrante na papila (tipo IV)³.

Quando inserido em uma região inadequada, o feio labial superior pode causar um diastema interincisivos, podendo interferir na fonética do paciente, principalmente na pronúncia de alguns sons sibilantes e na própria limitação do movimento labial⁴. Além disso, tal situação costuma interferir na estética do sorriso, o que tem feito crescer, nos últimos anos, a demanda por procedimentos cirúrgicos para a remoção do mesmo e posterior tratamento ortodôntico⁵.



A remoção cirúrgica do freio, conhecida como frenectomia, é o procedimento cirúrgico mais indicado para essa condição, com o objetivo de eliminar as fibras transósseas e aliviar a tensão tecidual exercida na papila e reestabelecendo, assim, os movimentos normais do lábio e facilitando a movimentação ortodôntica, quase sempre utilizada para fechamento do espaço entre os dentes^{5,6}.

É de fundamental importância que o cirurgião-dentista esteja apto a diagnosticar, o quanto antes, casos que necessitem de intervenções e estabelecer o melhor plano de tratamento para o paciente, além do conhecimento e domínio sobre as técnicas cirúrgicas específicas adequadas a cada caso, garantindo assim maior previsibilidade de sucesso e, conseqüentemente, menores taxas de recidivas⁷. O procedimento cirúrgico prévio ao tratamento ortodôntico tem sido defendido por alguns autores^{8,9} por garantir melhor acesso cirúrgico na área interproximal e por causar menor resistência durante a movimentação ortodôntica. Em associação, somente o tratamento ortodôntico não tem demonstrado eficácia garantida, pois o excesso de tecido gengival não regride tão rápido quanto o ósseo, causando instabilidade e recidivas no diastema interincisal⁹⁻¹¹.

Diante disso, o presente estudo objetiva relatar uma intervenção cirúrgica de um caso clínico com a remoção do freio labial superior pela técnica de Archer modificada, para posterior tratamento ortodôntico com a finalidade de fechamento de diastema interincisivos.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, melanoderma, compareceu a clínica escola da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, queixando-se de “espaço grande entre os dentes” na maxila e que havia sido encaminhada pela ortodontista para remoção cirúrgica do freio labial superior. Durante a anamnese, não foram identificadas alterações sistêmicas dignas de nota, a paciente negou alergias e relatou não fazer uso de nenhuma medicação.

Na oroscopia, notou-se a inserção anormal do freio labial superior, que se apresentava firme e hipertrófico, penetrando na papila incisiva (tipo IV) e medindo aproximadamente 3 mm no sentido mesiodistal que, ao ser pressionado, causava uma leve isquemia na papila (Figura 1). A presença do freio em uma localização anormal (interincisal) provocava dificuldade na pronúncia de algumas palavras, insatisfação pela interferência antiestética do sorriso da paciente, além de desfavorecer o sucesso do tratamento ortodôntico devido à inserção interincisal do frênulo labial.



Figura 1 - Freio hipertrófico penetrante na papila.

Foi traçado o plano de tratamento e a técnica cirúrgica escolhida para o procedimento foi a de Archer modificada¹², também conhecida como pinçamento único, por se tratar de uma técnica simplificada, de rápida execução, pouco invasiva e que permite maior controle da hemorragia transoperatória. Em seguida, realizou-se a antisepsia extraoral com clorexidina a 2%, embebida em gaze estéril, com auxílio de uma pinça Allis, e a antisepsia intraoral com bochecho de solução aquosa de clorexidina a 0,12% por 1 minuto e, logo após, foi feito o bloqueio dos nervos alveolares superiores anteriores (NASA) através da técnica infiltrativa em fundo de sulco, e nervo nasopalatino com lidocaína 2%, com epinefrina 1:100.000, sendo utilizado dois tubetes no total das aplicações.

Com o auxílio da lâmina de bisturi nº 15, realizou-se duas incisões paralelas ao freio, tangenciando o freio até alcançar a papila incisiva, preservando a papila interdental (Figura 2). Em seguida, uma pinça hemostática curva foi posicionada na bissetriz do freio e pinçando de modo que ficasse paralela à superfície vestibular do rebordo alveolar e realizadas duas incisões em forma de cunha contornando a pinça hemostática como um guia cirúrgico.

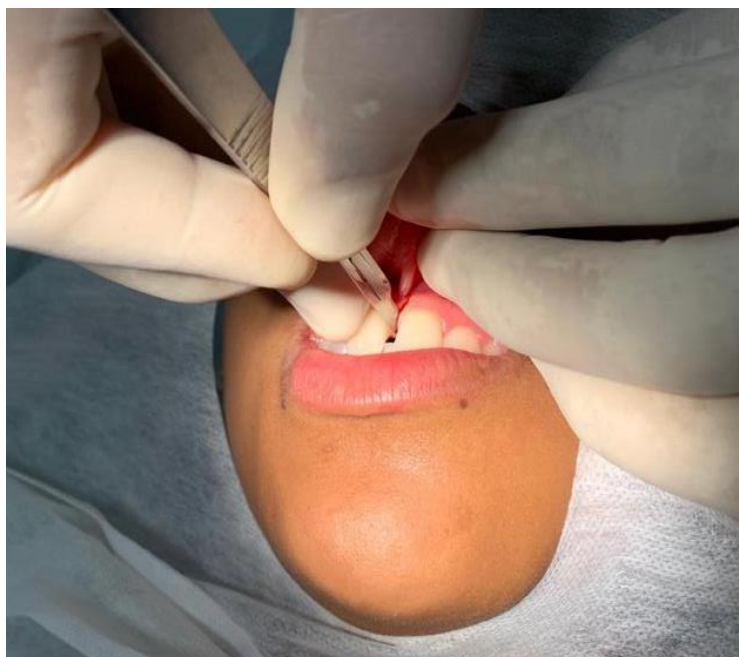


Figura 2 - Incisões perpendicular tangenciando o freio.

Em seguida, uniu-se as incisões do freio até a papila interincisiva, conectando os tecidos e favorecendo a remoção. Para controlar a hemostasia, essas etapas cirúrgicas ocorrem sob irrigação constante com soro fisiológico (Figura 3). Após as incisões, foi realizado o deslocamento e remoção de fibras que se encontravam aderidas ao osso para liberar a inserção do freio.



Figura 3 - Pinçamento único – Técnica de Archer modificada.



Já sem o freio labial, o tecido foi divulsionado a fim de remover a inserção do freio, e favorecer a reaproximação dos tecidos no momento da sutura, as quais foram realizadas com pontos simples, usando fio de seda 3-0 e porta agulha Mayo Hegar (Figuras 4 e 5). Para controle de dor pós-operatória foi prescrito dipirona sódica 500mg, com intervalo de seis horas entre as doses, por um dia ou em caso de persistência de sintomatologia. A paciente recebeu orientações dos cuidados pós-operatórios.

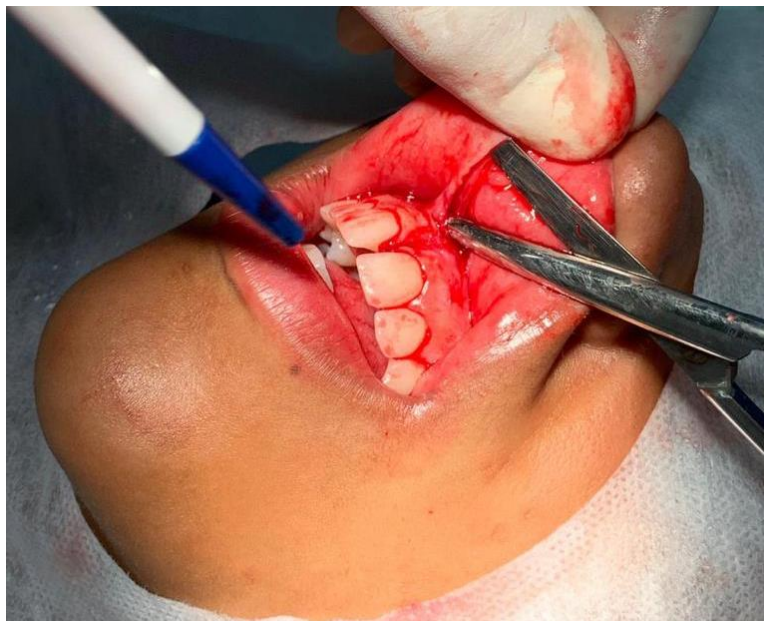


Figura 4 - Tecido sendo divulsionado.



Figura 5 - Visão pós-cirúrgica imediata



Discussão

O freio labial é uma dobra da membrana mucosa que contém músculo e fibras do tecido conjuntivo que ligam o lábio e a bochecha à mucosa alveolar, a gengiva e o periósteo subjacente. Histologicamente, essa estrutura é constituída, em sua maior parte, por fibras elásticas e musculares, além do tecido colagenoso consideravelmente denso poder estar presente^{2,5-7}.

Essa condição do freio pode ser detectada pela aplicação de tensão sobre ele, estendendo o lábio do paciente e observando o movimento da ponta papilar ou o branqueamento da mucosa em virtude da isquemia causada na região¹³.

O freio labial é caracterizado como patogênico e é indicado para remoção cirúrgica nas seguintes condições: presença de um anexo hipertrófico do freio, o que provoca diastema na linha média da maxila; a presença de uma papila achatada com o freio intimamente ligado a margem gengival, o que provoca uma recessão gengival e um obstáculo na manutenção da higiene bucal; ou quando um freio aberrante com uma gengiva e um vestíbulo raso é visto^{1,2}.

A presença de diastema entre os incisivos superiores em adultos tem sido frequentemente considerada como um problema estético, o que leva a um crescente busca por tratamento odontológico com o objetivo de alcançar o sorriso perfeito. Frequentemente, a presença de um freio hipertrófico posicionado de forma anormal tem sido considerado um dos fatores etiológicos para a persistência de um diastema na linha média da maxila^{6,11,14}.

No presente estudo, as características clínicas encontradas eram condizentes com a literatura atual^{1,2,6} e o diastema interincisivo pode estar relacionado ao freio labial, pois este apresentava características clínicas, como hipertrofia e inserção anormal na papila.

Conclusão

O freio labial hipertrófico pode ser tratado pela remoção cirúrgica completa deste, incluindo sua fixação ao osso subjacente. Comumente esse procedimento é realizado com auxílio do bisturi de rotina e uma pinça hemostática, o que garante altas taxas de sucesso. O tratamento do presente caso foi eficaz, não houve edema pós-operatório e a paciente foi encaminhada para o tratamento ortodôntico para fechamento do diastema.



Referências

1. Ashtankar M, Baburaj MD, Singh A. Labial frenectomy- a review and case reports. *Ejpmr*. 2018;5(9):377-382.
2. Devishree, Sheela KG, Shubhashini PV. Frenectomy: A Review with the Reports of Surgical Techniques. *J Clin Diagn Res*. 2012;6(9):1587–1592.
3. Placek M, Miroslav S, Lubor M. Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part I. Classification and epidemiology of the labial frenum attachment. *J Periodontol*. 1974;45(12):891-894.
4. Ruli LP, Duarte CA, Milanezi LA, Perri SHV. Frênulo labial superior e inferior: estudo clínico quanto a morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997;11(3):195-205.
5. Silva HL, Silva JJ, Almeida LF. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *Salusvita*. 2018;37(1):139-150.
6. Souza AV, Sabtos AS, Dalló FD, Bez LC, Simões PW, Bez LV, et al. Frenectomia labial maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2015;27(1):82-90.
7. Almeida RR, Garib DG, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2004;9(3):137-156.
8. Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy: a clinical study. *Am J Orthod*. 1977;71(5):489-508.
9. Valladares Neto J, Ribeiro AV, Silva Filho OG. O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: análise de pontos fundamentais. *ROBRAC*; 1996;6(19):9-17.
10. Macedo MP, Castro BS, Penido SMMO, Penido CVSR. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. *RFO*. 2012;17(3):332-335.
11. Coutinho TCL, Veja OC, Portella W. Freio labial superior anormal relacionado com o diastema interincisal. *Rev. Gaúcha de Odontologia*. 1995;43(4):207-210.
12. Archer WH. Oral surgery for a dental prosthesis. In: Archer WH (ed). *Oral and Maxillofacial surgery*. Philadelphia: Saunders, 1975;135-210.
13. Bagchi SS, Sarkar P, Bandyopadhyay P. Management of aberrant frenum: series of cases. *ABBS*. 2016;3(2):34-39.
14. Costa HS, Farias IOB, Cardoso CG. Frenectomia labial superior como terapia no fechamento interincisal. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2009;63(4):308-313.