

REDUÇÃO DO FREIO LABIAL SUPERIOR

TÉCNICA SIMPLIFICADA

J. Verissimo

Instrutor de Ensino de Ortodontia e odontopediatria

SINOPSE:

Técnica simplificada de cirurgia do freio labial, abolindo o uso de tesouras cirúrgicas, suturas e do cautério durante o ato operatório. A técnica empregada em 20 pacientes de diversas idades de 5 a 14 anos deu ótimos resultados, obtendo-se às vezes, redução espontânea dos diastemas.

Em diversos casos de maloclusão, para uma completa e satisfatória redução, se vê o profissional obrigado a recorrer a esta simples, mas importante cirurgia. Intervenção esta que não está somente ligada à ortodontia, mas igualmente à prótese em geral, sendo de grande importância em odontopediatria.

Em qualquer das especialidades, o que precisa ser bem elucidado é a indicação desta cirurgia, devendo o

clínico geral sempre recorrer ao especialista, a cargo do qual ficará a indicação do ato operatório.

No ato cirúrgico, temos que saber claramente o que desejamos, para subordinar os passos da operação até a finalidade desejada (1) e (3).

No domínio da ortodontia, é comum observar-se a separação dos incisivos centrais superiores, diastemas êstes causados pela inserção baixa do freio do lábio. Como em outros casos, neste também só obter-se-á resultado satisfatório em sua redução, se fôr realizado o levantamento da inserção baixa dêste cordão fibroso, (2), (5) e (6).

Antes de entrarmos propriamente na resecção do freio labial superior, convém recordarmos alguns tópicos interessantes em relação a êste ato, tais como constituição anatômica do freio labial, formas clínicas, as técnicas que conhecemos para a sua resecção, para, finalmente, descrever a técnica usada por nós.

DESCRIÇÃO ANATÔMICA DO FREIO DO LÁBIO SUPERIOR

O freio labial superior (fig. 1) é uma prega mucoembranosa que se estende na parte vestibular do maxilar superior, na linha média, tendo inserção desde o fundo de saco, tanto no lábio como na mucosa. Sendo variável as alturas dessa inserção, muitas vezes a inserção mucosa passa pelo espaço interincisivo, indo até a face palatina. Neste último caso é o freio labial o causador de diastemas interincisivos (fig. 1).

O freio labial é constituído por uma dupla parede mucosa que, ao aproximar-se do osso, vai tornando-se cada vez mais fibrosa. A espessura é variável, segundo os casos. Muitas vezes esse cordão fibroso é tênue, passando superficialmente sobre a crista óssea, sendo que nos casos normais a sua inserção deverá ser ósteo-perióstica e nos patológicos ela é óssea.

Em qualquer forma de inserção, tem, para nós, o significado de um verdadeiro tendão de inserção muscular do semiorbicular labial superior (6). Outro músculo ligado ao freio labial superior é também o mirtiforme, que se encontra por fora da eminência incisiva na fossa do mesmo nome.

FORMAS CLÍNICAS

Como já mencionamos, a inserção do freio labial varia muito em sua

altura, indo, às vezes, até a papila, e terminando outras vezes logo abaixo do sulco gengivogeniano.

Se a sua maneira de inserção é variável, como vimos, muito mais variável ainda é a forma como se apresenta o freio labial superior.

Jacobs, citado por Humberto Aprile (1), descreve quatro tipos, segundo a base de «implantação» do freio labial superior:

- 1º) Em forma de leque para baixo. (isto é, o freio tem forma semelhante a um leque e sua inserção converge para o lado da papila).
- 2º) Em leque para cima. (idêntica a superior, porém em sentido oposto) (fig. 1)
- 3º) Em forma de leque em ambos os extremos. (ou seja, as partes convergentes dos feixes fibromucosos estariam voltadas uma para o espaço interincisivo e a outra parte teria sua inserção dirigida para o sulco gengivo geniano).
- 4º) Difuso. (as inserções não teriam, como as anteriores, uma direção definida).

Monti (5) simplifica o problema, apresentando, somente, três formas clínicas:

- 1º) Triangular, com a base do triângulo voltada para o espaço interincisivo.
- 2º) Triangular, com a base do triângulo voltada para o sulco gengivo geniano.
- 3º) Paralela. É uma forma de freio labial alargada como os feixes paralelos.

Cremos que essa classificação das formas clínicas proposta por Monti é a mais simples, razão pela qual, por ser completa, é a adotada por nós.

Ao contrário de Humberto Aprile (1), cremos que a forma e a extensão da inserção do freio do lábio possuem importante papel, relativo ao prognóstico cirúrgico, pois cremos que, quanto maior quantidade de tecido fôr necessário remover-se, maior dificuldade teremos no ato operatório, bem como o período de cicatrização também aumentará proporcionalmente à quantidade de tecido removido.

INDICAÇÃO E IDADE OPORTUNA PARA REALIZAR-SE A FRENOTOMIA

Referente à indicação, cremos não existir pomo de discórdia, e ela estará indicada nos transtornos fonéticos, em casos em que a inserção baixa do freio seja causadora da maloclusão, em casos de alterações da estética facial, etc.

Quanto à idade, temos visto divergências entre autores, tanto passados como contemporâneos. Uns aconselham interferir-se logo que seja notado o mal e outros aconselham esperar-se a idade de 9 ou 10 anos.

Assim é que Jacobs e Parker (1) pretendem realizá-la, no caso de correção de diastemas, após a erupção dos dentes permanentes. «Pelas pressões mesiais que se exercem e o movimento ascensional secundário ao desenvolvimento da apófise alveolar os diastemas seriam reduzidos». (2)

Não nos parece oportuno êsse critério, esperar que o paciente tenha seus dentes permanentes erupcionados para, depois, realizar a cirurgia, pois temos observado que, quando a ressecção do freio labial é feita na época da queda dos incisivos superiores, a redução do diastema dá-se espontaneamente, evitando-se assim um sofrimento a menos para o pequeno paciente; evita-se, assim, a redução mecânica dos diastemas após a cirurgia.

CONSIDERAÇÕES RÁPIDAS SOBRE AS TÉCNICAS UTILIZADAS

Apenas a título de informar, recordaremos que existem muitas técnicas usadas, desde o simples corte do freio labial (6) até a remoção total do mesmo (5), em alguns casos, e uma série de técnicas intermediárias, com remoção parcial, sendo que, com exceção da primeira, tôdas as demais requerem sutura.

NOSSA TÉCNICA SIMPLIFICADA

A grande preocupação do homem sempre foi produzir o melhor, da maneira mais econômica possível. Em Odontopediatria, sempre temos em mente realizar tôdas as intervenções o mais rápido possível, simplificando-as ao máximo, maximé ao tratar-se de crianças nervosas. Nossa técnica visa êsses objetivos, simplificando a técnica clássica, e o consegue, pois temos comprovado, pela estatística dos casos realizados, que o objetivo final é alcançado satisfatoriamente (fig. 2); até o presente, 100% nos vinte casos realizados, de acôrdo com a técnica abaixo descrita:

INSTRUMENTAL NECESSÁRIO

Além do instrumental, habitualmente usado pelo cirurgião-dentista, é necessário: seringa para anestesia, pinça dente de rato, espátula cirúrgica e bisturi.

A anestesia que costumamos fazer é infiltrativa e a fazemos bem na linha média, no espaço interincisivo. Af depositamos metade do líquido contido no tubo de anestésico, sendo que a outra metade é depositada de ambos os lados do freio labial exatamente na altura do sulco gengivo-geniano.

Uma vez realizada a assepsia em brocação do campo operatório e feita a anestesia, isolamos, com rolos de algodão, a zona a ser operada.

A auxiliar manterá os referidos rolos de algodão e ainda irá tracionar o lábio do paciente para ci-

ma, com ambas as mãos, dando, desta maneira, uma consistência mais favorável ao ato a ser realizado.

A seguir, faremos duas incisões paralelas, de ambos os lados do freio, tomando ambas a direção da papila (fig. 3, nº 1) até o início da mesma, na parte posterior. O comprimento destas incisões será variável, segundo a altura que desejamos deixar a nova inserção (isto em relação ao sulco gengivo-geniano). (fig. 3-a).

Na parte posterior, uniremos as duas incisões principais por uma terceira que as corte perpendicularmente, pouco para a frente da papila, formando, assim, um primeiro retalho. (fig. 4 nº 1).

O retalho assim obtido será removido com o bisturi e a pinça dente de rato, sendo necessário desinserir-lo para a sua remoção. Resseca-se êsse tecido até a altura das duas incisões iniciais. Rebate-se, a seguir, a inserção do freio junto ao lábio, até a altura da primeiro retalho obtido (fig. 3, nº 2), conseguindo-se, assim, um segundo retalho que, como o outro, deve ser removido.

Finalizamos o ato cirúrgico deixando no sulco gengivo-geniano uma gaze embebida em mertiolato, aconselhando ao paciente mantê-la, pelo espaço de mais ou menos 5 horas.

Nunca usamos sutura, nem o gálvano cautério, evitando assim ter que remover pontos.

Assim, com êste procedimento, a cicatrização é mais rápida e menos sensível, apenas permanece, por uns 4 ou 5 dias, o sinal da intervenção. Ao cabo de uma semana êle estará completamente desaparecido (fig. 2).

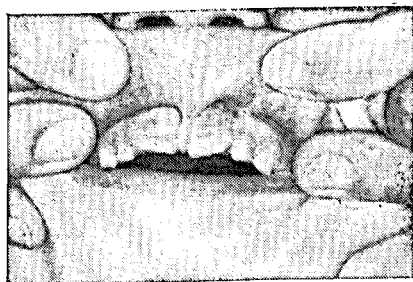


Fig. 1

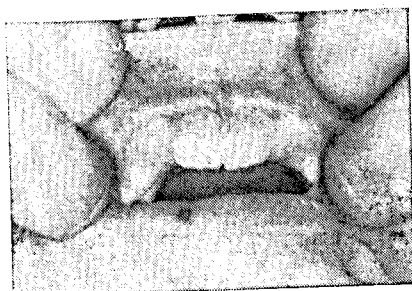


Fig. 2

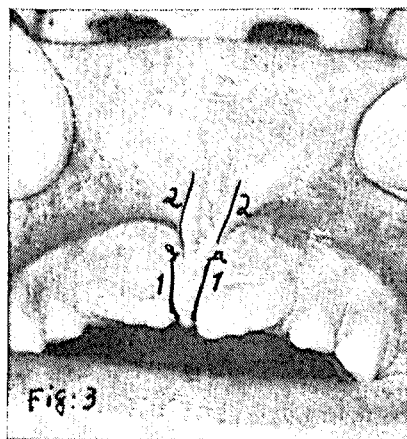


Fig. 3

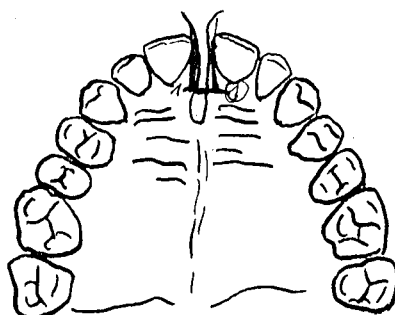


Fig. 4

RESULTADOS OBTIDOS

Como dissemos antes, aplicamos esta técnica em 20 pacientes, de ambos os sexos e de diferentes idades, o mais moço com 5 anos e o mais velho com 14 anos.

Até o presente, não tivemos nenhum caso de recidiva, e nos pacientes em que realizamos essa intervenção, na época oportuna (época da queda de um dos incisivos centrais primários quando extraímos o homólogo), temos obtido a correção espontânea do diastema, sem uso da aparatologia ortodôntica. (figuras 1 e 2).

SYNOPSIS:

Simplified technic of labial frenum surgery. The use of surgical scissors, sutures and cautery was annuled during the surgical act. The technic was used with good results, on 20 patients of different ages between 5 and 14 years old. Spontaneous reduction of diastemas, sometimes was got.

BIBLIOGRAFIA

1. APRILE, Humberto — Resec-
cion del frenillo labial superior.
Revista de Ortodoncia, Buenos
Aires, 27:21-26, abr. 1950.
2. DABADYE, Reynaldo & Galea,
Manuel — Reseccion del frenil-
lo labial superior, con fines or-
todonticos. **Revista de Ortodon-**
cia, Buenos Aires, 27:27-30, abr.
1950.
3. DEWEL, B. F. — Conter indi-
cations for surgical of the ma-
xillary labial frenum. **Dental**
Digest, Pennsylvania, 48, Jun/
Jul. 1942.
5. MONTJ, Armando — **Tratado de**
ortodoncia. Buenos Aires, Ate-
neo, [1958] Tomo 1, p. 237-238.
6. SOUZA, Coelho e — **Manual o-**
dontológico. 8. ed. 1935.
7. MARONNEAUD, — **L'orthopédie**
stomatologique infantile. Mar-
seille, 1956.
8. STRANG, — **A textbook of or-**
todontia. 1933.