REDUÇÃO DO FREIO LABIAL SUPERIOR

TÉCNICA SIMPLIFICADA

J. Veríssimo
Instructor 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 expontânea 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 estes 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 deste cordão fibroso, (2), (5) e (6).

Antes de entrarmos prontamente na resecção do freio labial superior, convém recordarmos alguns tópicos interessantes em relação a este 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.

DESCRIPÇÃO ANATÔMICA DO FREIO DO LÁBIO SUPERIOR

O freio labial superior (fig. 1) é uma prega mucomembranosa 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 pulatina. 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 ósseo-periódica e nos patológicos ela é óssea.

Em qualquer forma de inserção, tem, para nós, o significado de um verdadeiro tendão de inserção muscular do semiórbitafer labial superior (5). 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 gengivo genital.

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 Aprilie (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 genital).

4º) Difuso.

(as inserções não teriam, como as anteriores, uma direção definida).

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

1°) Triangular, com a base do triân- 
gulo voltada para o espaço in-
terincisivo.

2°) Triangular, com a base do triâni-
gulo voltada para o sulco gen-
givo geniano.

3°) 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 exten-
são da inserção do freio do lábio 
posuem importante papel, relativo 
 ao prognóstico cirúrgico, pois cremos 
que, quanto maior quantidade de te-
cido for necessário remover-se, maior 
dificuldade teremos no ato operató-
rio, bem como o período de cicatri-
zação também aumentará proporcio-
nalmente à quantidade de tecido re-
movido.

Quanto à idade, temos visto diver-
gências entre autores, tanto passa-
dos como contemporâneos. Uns a-
conselham interferir-se logo que se-
ja 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 cor-
reção de diastemas, após a erupção 
dos dentes permanentes. «Pelas pres-
sões mesiais que se exercem e o mo-
vimento ascensional secundário ao 
desenvolvimento da apófise alveolar 
os diastemas seriam reduzidos». (2)

Não nos parece oportuno esse cri-
tério, esperar que o paciente tenha 
seus dentes permanentes erupciona-
dos para, depois, realizar a cirurgia, 
pois temos observado que, quando a 
resecção do freio labial é feita na 
época da queda dos incisivos supe-
riores, a redução do diastema dá-se 
expontâneamente, evitando-se assim 
um sofrimento a menos para o pe-
queno paciente; evita-se, assim, a re-
dução mecânica dos diastemas após 
a cirurgia.

INDICAÇÃO E IDADE OPORTUNA 
PARA REALIZAR-SE A FRENOMIA

Referente à indicação, cremos não 
existir pomo de discórdia, e ela es-
tará indicada nos transtornos foné-
ticos, em casos em que a inserção 
baixa do freio seja causadora da ma-
loclusão, em casos de alterações da 
estética facial, etc.

CONSIDERAÇÕES RÁPIDAS SOBRE 
AS TÉCNICAS UTILIZADAS

Apenas a título de informar, recor-
daremos 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 de-
mais 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 todas as intervenções o mais rápido possível, simplificando-as ao máximo, maximizando ao tratar-se de crianças nervosas. Nossa técnica visa esses objetivos, simplificando a técnica clássica, e o conseguinte, 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 acordo 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. Aí 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 embrocção 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 cima, 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, n° 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 n° 1).

O retalho assim obtido será removido com o bisturi e a pinça dentede rato, sendo necessário desinserir-lo para a sua remoção. Ressecase esse tecido até a altura das duas incisões iniciais. Rebate-se, a seguir, a inserção do freio junto ao lábio, até a altura da primeira retalho obtido (fig. 3, n° 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 gálgano cautério, evitando assim ter que remover pontos.

Assim, com este 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 ele estará completamente desaparecido (fig. 2).

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 expontânea 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 annulled 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.


8. STRANG, — A textbook of ortodontia. 1933.