

Frenectomia: Momento de Atuação - Descrição de Casos Clínicos

Sofia Teves Rego¹; Inês Guerra Pereira²; Tiago Pinto Ribeiro³

1 Mestre em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

2 Professora Auxiliar Convidada de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

3 Assistente Convidado de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução

O freio labial maxilar é uma estrutura anatómica formada na décima semana de gestação, que corresponde, na sua maioria, à acumulação de finas pregas de membrana mucosa e tecido muscular.^(1,2)

Com o desenvolvimento e crescimento da criança, o rebordo alveolar aumenta de altura e em situações de normalidade o freio maxilar acompanha este desenvolvimento, adquirindo uma posição mais vestibulo-apical. Quando isto não ocorre, o freio permanece numa posição inferior, interferindo com o encerramento da sutura intermaxilar.^(1,3)

A consequência mais comum é o diastema mediano (espaço entre os incisivos centrais superiores).^(4,5)

O correto diagnóstico deve ser feito através do exame clínico (posição anatómica do freio e manobra de *Graber* - aplicação de tensão no lábio superior e observação de uma área isquémica na papila palatina), acompanhado do imagiológico (periapical ou radiografia panorâmica dos maxilares).⁽⁶⁾

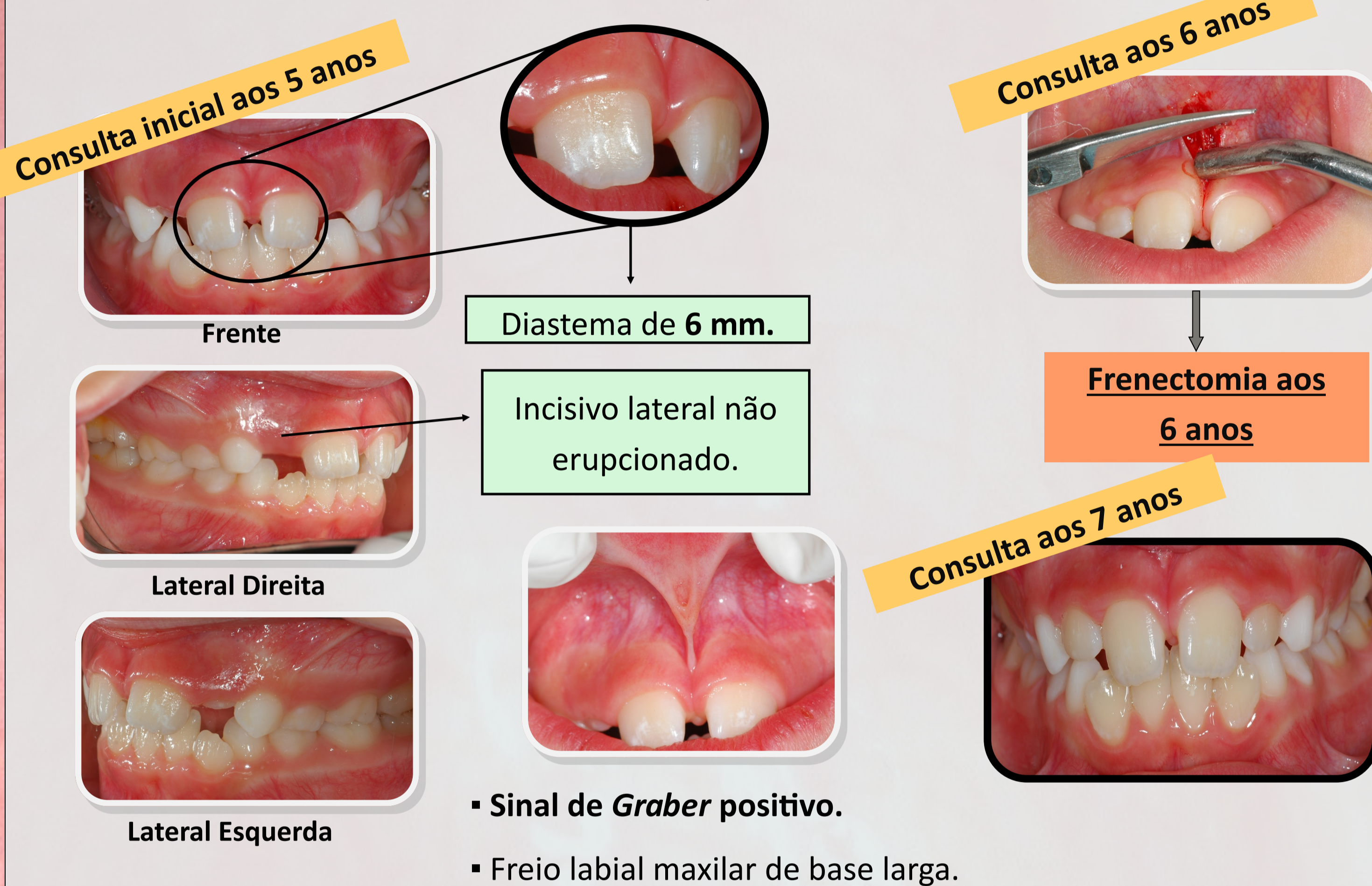
Para evitar complicações futuras, realiza-se a frenectomia, técnica cirúrgica que consiste na remoção completa do freio e sua inserção subjacente.^(1,2)

Uma das grandes dúvidas é prever quando esta cirurgia deve ser realizada: a sua relação com a fase eruptiva do paciente e com a colocação do aparelho ortodôntico.^(5,7,8)

Casos Clínicos

Caso 1

Paciente do sexo feminino, com **5 anos** de idade, compareceu na consulta de Cirurgia Oral. Aguardaram-se alguns meses para observar se com a erupção dos incisivos laterais definitivos, o diastema diminuía de dimensão, facto que não ocorreu.



Caso 2

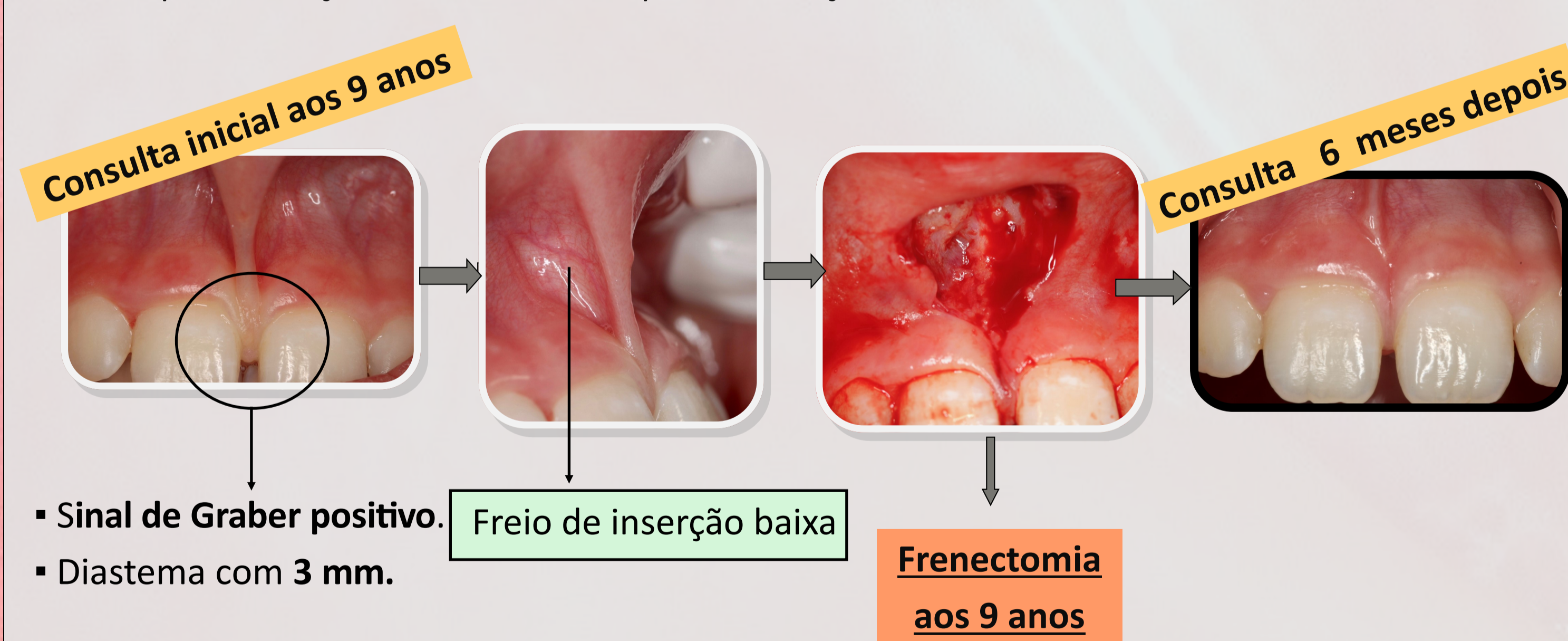
Paciente do sexo masculino, com **6 anos** de idade, compareceu na consulta de Medicina Dentária para avaliação da erupção dentária.

Dois anos depois, com **8 anos**, o paciente apresentou-se numa nova consulta para avaliação do freio labial superior.



Caso 3

Paciente do sexo masculino, com **9 anos** de idade, compareceu na consulta de Cirurgia Oral por indicação do ortodontista para realização de frenectomia labial maxilar.



Discussão

Nos **casos clínicos 1 e 2**, estamos perante um diastema maior do que 5 mm, trata-se de um freio hipertrófico que não possibilita o encerramento do espaço interincisivo sem a sua remoção cirúrgica. Ao realizar-se a frenectomia nesta fase, permitiu-se obter o espaço necessário para a correta erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes, devido à diminuição da dimensão do diastema.^(3,4)

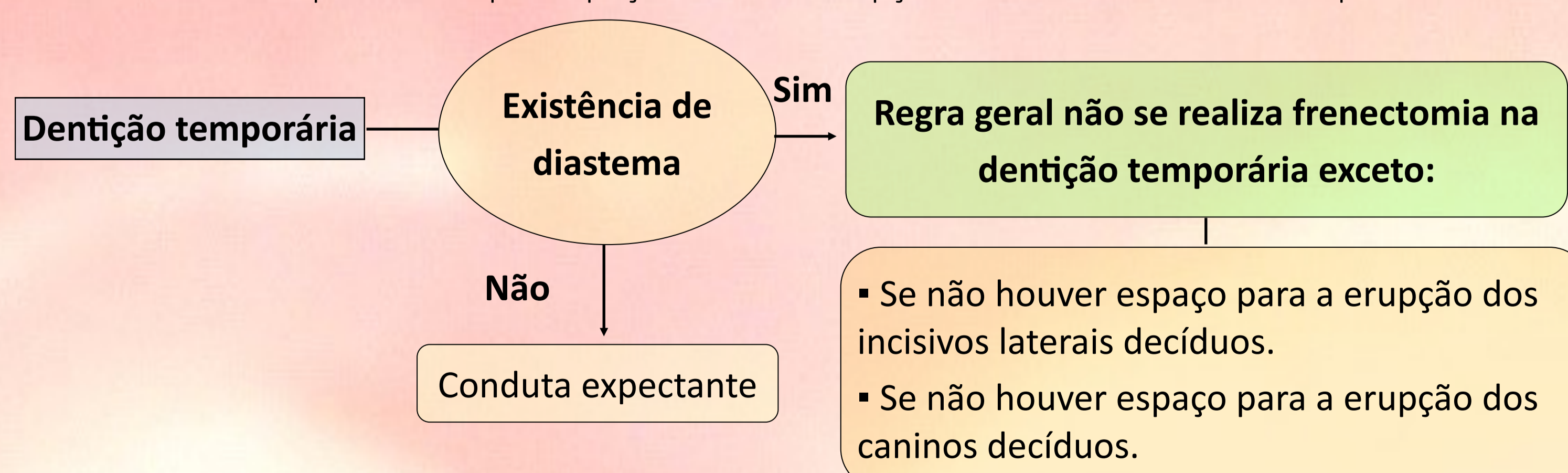
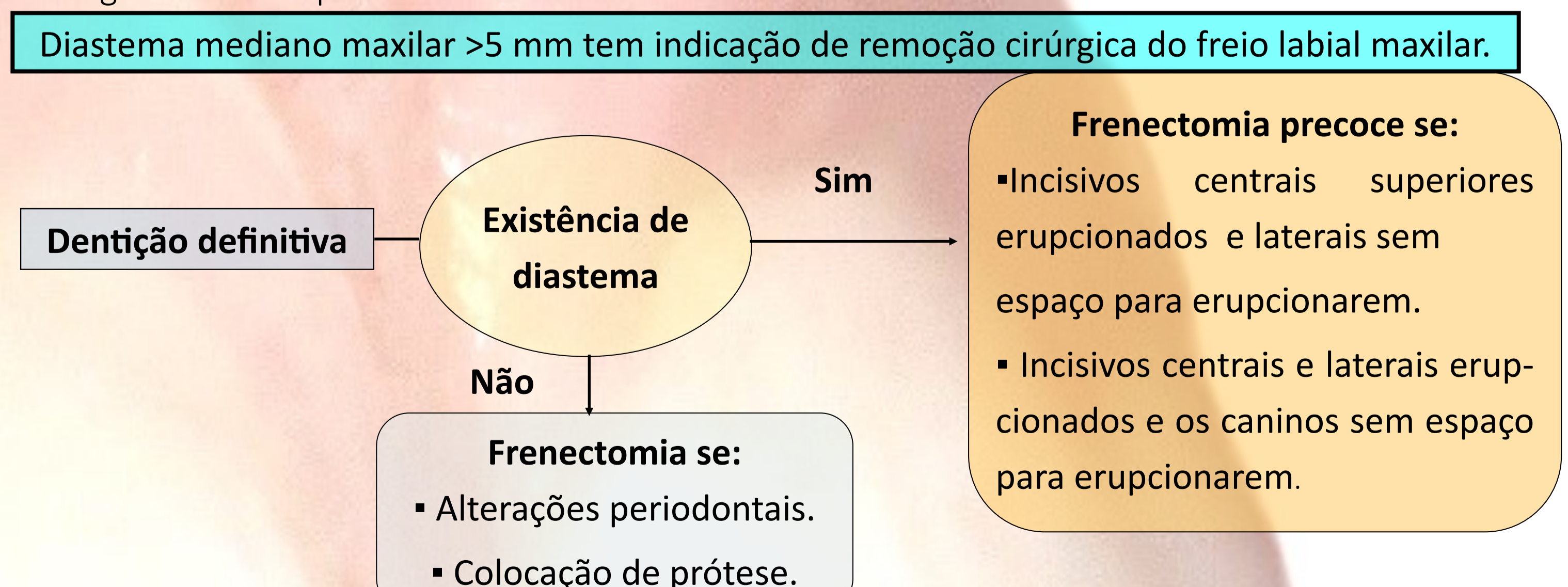
No **caso clínico 3**, o paciente irá realizar tratamento ortodôntico. A atuação cirúrgica poderia ter sido realizada mais tarde, após o encerramento ortodôntico do diastema. Contudo, e tendo em conta que os caninos ainda não tinham erupcionado, ao realizar-se a frenectomia precocemente ocorreu uma diminuição do diastema mediano inicial, devido à força de erupção dos caninos maxilares permanentes. Prevê-se um completo e rápido encerramento do diastema aquando do tratamento ortodôntico ativo.^(4,3,8)

Conclusão

A frenectomia não está recomendada na dentição decídua e deve ser realizada depois da erupção dos caninos maxilares permanentes, visto que, quando se trata de um pseudodiastema, este encerra com a força eruptiva destes dentes. Por vezes é necessário atuar precocemente, quando se trata de um freio hipertrófico que impeça a correta erupção dos incisivos ou caninos permanentes.

Mais tardiamente e em relação com a colocação do aparelho ortodôntico, a frenectomia deve, regra geral, ser realizada após o encerramento ortodôntico do diastema.

Segue-se um esquema resumo:



Referências

- Boutsis EA, Tatakis DN. Maxillary labial frenum attachment in children. *International journal of paediatric dentistry*. 2011;21(4):284-8.
- Cortázar F, Molino FM. *Cirurgia mucogingival*. España TWM, editor 2004. 305-22 p.
- Delli K, Livas C, Sculean A, Katsaros C, Bornstein MM. Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: a systematic review of the literature. *Quintessence international*. 2013;44(2).
- Suter VG, Heinzmann A-E, Grossen J, Sculean A, Bornstein MM. Does the maxillary midline diastema close after frenectomy? *Quintessence international*. 2014;45(1).
- Júnior NdCC, Guerino P, Mezomo MB. Diastemas interincisais superiores-revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. *Disciplinarum Scientia | Saúde*. 2016;17(1):95-109.
- Pié Sánchez J, España Tost AJ, Arnabat Domínguez J, Gay Escoda C. Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr: YSGG laser. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2012, vol 17, num 2, p 228-232. 2012. 26
- de ALMEIDA RR, Garib DG, de ALMEIDA-PEDRIN RR, de ALMEIDA MR, JUNQUEIRA MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? 2004. 12.
- Cobourne MT, DiBiase AT. Management of developing dentition. In: *Sciences EH, editor. Handbook of orthodontics*. 2010. p. 300-2.