



Freio labial superior: a propósito de um caso clínico

Paula Maria Leite^{1,2}; Catarina Machado Ferreira^{1,2}; Filipa Veiga^{1,2}; José Bastos Ferrão^{1,2}; Catarina Vital^{1,2}; Patrícia Caixeirinho^{2,3}

¹ Interno de Formação Específica de Estomatologia
² Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
³ Assistente Hospitalar de Estomatologia



INTRODUÇÃO

O freio labial superior é uma prega de membrana mucosa de forma triangular, constituída por tecido conjuntivo, epitélio e fibras musculares. Na maioria dos casos, está inserido na região mediana da superfície interna do lábio superior e da gengiva maxilar.¹⁻⁴

De acordo com o local de inserção, o freio labial superior pode ser classificado em **mucoso** (inserção na união mucogengival), **gengival** (inserção na gengiva aderida), **papilar** (inserção na mucosa interincisiva) ou **papilar penetrante** (inserção na papila interincisiva e penetra até à papila palatina).^{2, 4, 5}

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

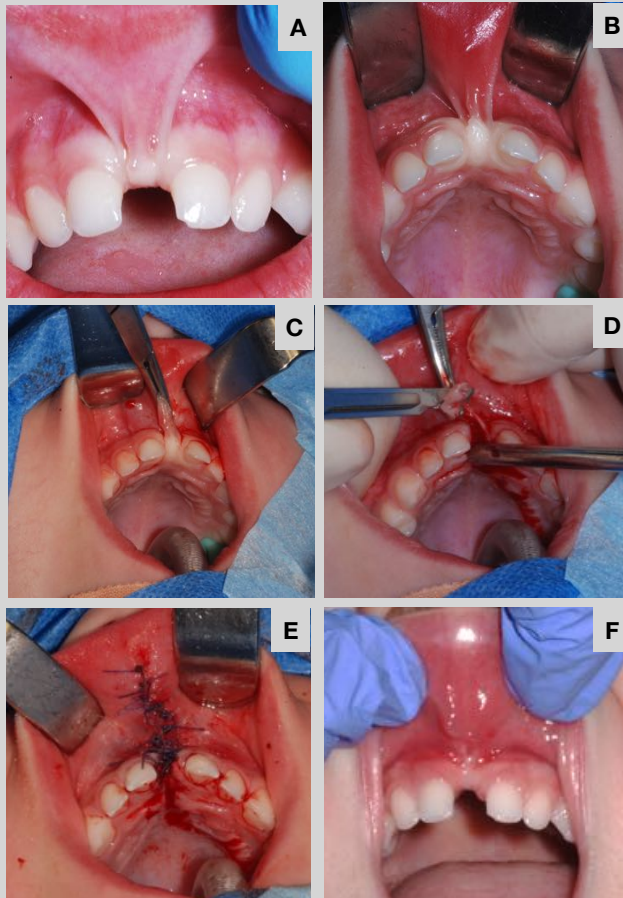
Criança de 4 anos, saudável, é referenciada à Consulta de Estomatologia com alteração do padrão alimentar por dor, devido a traumatismos de repetição do freio labial superior.

Apresentava dentição decídua completa, um freio labial superior hipertrófico papilar penetrante com manobra de *Graber* positiva e um diastema mediano superior associado (**Figura 1A-B**).

Tendo em conta o quadro de traumatismos de repetição e dor, realizou-se uma frenectomia labial superior segundo a técnica de *Archer* modificada (**Figura 1C-E**). O pós-operatório decorreu sem complicações. Após um mês, encontrava-se assintomática, sem novos episódios de trauma ou dificuldade na alimentação (**Figura 1F**). O aumento do vestibulo permitiu uma melhor higiene oral.

Será novamente observada aquando da erupção do bloco incisivo-canino definitivo para avaliar o encerramento ou patência do diastema mediano.

Figura 1: A e B - freio papilar penetrante com manobra de *Graber* positiva e diastema mediano; **C, D e E** - frenectomia labial superior segundo a técnica de *Archer* modificada; **F** - resultado 1 mês após a frenectomia.



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Freios labiais superiores com inserção baixa, nomeadamente os papilares e papilares penetrantes, estão muitas vezes associados a repercussões clínicas, como diastema mediano superior, problemas de autolimpeza do vestibulo, traumatismos de repetição e recessão gengival.^{1, 2, 3, 5, 6}

Na dentição decídua, quando há erupção normal dos incisivos centrais e laterais superiores, por norma não se avança logo para a frenectomia assumindo uma conduta expectante.³ Contudo, traumatismos de repetição são uma das indicações para correção cirúrgica.⁶

Com este caso pretendemos salientar a importância do conhecimento da patologia e sua evolução, reservando intervenções invasivas a casos selecionados, como o descrito.

BIBLIOGRAFIA

[1] Iwanaga J, Takeuchi N, Oskouian RJ, Tubbs RS. Clinical Anatomy of the Frenulum of the Oral Vestibule. *Cureus*. 2017 Jun 29;9(6):e1410.
[2] Santa Maria C, Aby J, Truong MT, Thakur Y, Rea S, Messner A. The Superior Labial Frenulum in Newborns: What Is Normal? *Glob Pediatr Health*. 2017 Jul 12;4:2333794X17718896.
[3] Delmondes FS, Gutierrez GM, Imparato J, Raggio D. Upper labial frenum: When and how do i intervene? Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e31410212608, 2021.
[4] Ray S, Golden WC, Walsh J. Anatomic Distribution of the Morphologic Variation of the Upper Lip Frenulum Among Healthy Newborns. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Oct 1;145(10):931-938. doi: 10.1001/jamaoto.2019.2302. Erratum in: *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Oct 1;145(10):983.
[5] Sękowska A, Chalas R. Diastema size and type of upper lip midline frenulum attachment. *Folia Morphol (Warsz)*. 2017;76(3):501-505.
[6] Naini FB, Gill DS. Oral surgery: Labial frenectomy: Indications and practical implications. *Br Dent J*. 2018 Aug 10;225(3):199-200.