

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

PAULO HENRIQUE PEREIRA ARAÚJO

**CORREÇÃO DE FREIO LABIAL SUPERIOR PARA
INSTALAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL: relato de caso
clínico**

**PATOS DE MINAS
2015**

PAULO HENRIQUE PEREIRA ARAÚJO

**CORREÇÃO DE FREIO LABIAL SUPERIOR PARA
INSTALAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL: relato de caso
clínico**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof. Ms. Marcelo Dias Moreira de Assis Costa.

**PATOS DE MINAS
2015**

PAULO HENRIQUE PEREIRA ARAÚJO

CORREÇÃO DE FREIO LABIAL SUPERIOR PARA
INSTALAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL: relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 28 de setembro de 2015, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º. Ms. Marcelo Dias Moreira de Assis Costa
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º. Esp. Eduardo Mendes Moura
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.ª. Ms. Vanessa de Almeida Carvalho
Faculdade Patos de Minas

CORREÇÃO DE FREIO LABIAL SUPERIOR PARA INSTALAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL: relato de caso clínico

Paulo Henrique Pereira Araújo*

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa**

RESUMO

O freio labial superior é uma estrutura dinâmica sujeita a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Devido ao nível de inserção do freio variar da altura do fundo vestibulo à crista do rebordo alveolar e até mesmo à área da papila incisiva na maxila, eles podem vir a representar problemas para confecção de prótese total. O freio com baixa inserção pode interferir com o selamento periférico da prótese total, causando seu deslocamento, além da movimentação do tecido adjacente ao freio poder causar desconforto, lesão hiperplásica e ulceração. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato clínico de um paciente com a necessidade de receber tratamento odontológico, no qual foi necessário realizar uma reabilitação oral confeccionando uma prótese total superior. O paciente apresentava o freio labial superior hiperplasiado e com inserção baixa. Foi realizada uma frenectomia labial superior, em que os tecidos moles foram manipulados de modo que a instalação da futura prótese ocorresse sem interferências. Frente ao relato, podemos concluir que a frenectomia propiciou o reposicionamento e uma nova inserção para o freio labial, levando à melhora funcional e permitindo adaptação da prótese. Com isso, eventos de deslocamento da prótese total pela baixa inserção do freio labial superior não foram observados após a confecção da prótese provisória e também da prótese definitiva.

Palavras-chave: Freio labial superior. Frenectomia. Cirurgia pré-protética.

ABSTRACT

The upper lip brake is a dynamic structure subject to variations in shape, size and position during the different stages of growth and development of the individual. Due to the level of brake insertion vary the height of the vestibule to the crest of the alveolar edge and even to the area of the incisive papilla in the jaw, they may pose problems for the production of complete denture. The brake too low can interfere with peripheral sealing of the prosthesis, causing displacement, in addition to tissue

* Aluno do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). phenrique3m@yahoo.com.br

** Professor de Anestesiologia e Cirurgia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). marcelodmac@yahoo.com.br

adjacent to the brake drive can cause discomfort, injury hyperplasic and ulceration. The aim of this work is to present a case report of a patient with the need to receive dental treatment, in which it was necessary to conduct an oral rehabilitation prosthetic making total exceeding. The patient presented upper lip hiperplasiado brake and with low insertion. The surgery performed was the superior labial frenulectomy, in which the soft tissues were manipulated so that the installation of the future prosthesis take place without interference. Front of the report, we can conclude that the frenulectomy provided the repositioning and a new insert to the lip, leading to brake functional improvement and adaptation of the prosthesis. With that, total prosthesis dislocation events by low brake insert upper lip were not observed after the making of the provisional prosthesis and prosthesis.

Keywords: Upper lip. Frenulectomy. Pré-protética surgery.

1 INTRODUÇÃO

Freio ou frênulo é uma reflexão delgada de tecido mole que conecta uma estrutura móvel a outra estrutura fixa. O freio labial normal tem o aspecto de uma prega fina e triangular, com sua base voltada para cima em forma de lâmina de faca. Contudo, o freio labial, como qualquer outra estrutura anatômica, pode sofrer algumas alterações em sua forma, tamanho e posição.

Os problemas do freio labial superior ocorrem com mais frequência na superfície vestibular na região de incisivos, caninos e pré-molares e com menos frequência na superfície lingual. Atualmente muitas pessoas necessitam de realizar a cirurgia de frenectomia labial superior devido à inserção do freio labial superior estar em local inadequado provocando, muitas vezes, um espaçamento (diastema) entre os dentes, afetando a fonética, criando uma área de impactação alimentar, recessão, traumas e dificuldade na adaptação de prótese total ou prótese parcial removível.

O nível de inserção do freio varia do fundo do vestíbulo à crista do rebordo alveolar e até mesmo à área da papila incisiva na maxila, o que pode representar problemas para confecção de prótese total. O freio muito baixo pode interferir com o selamento periférico da prótese, causando seu deslocamento, além da movimentação do tecido adjacente ao freio poder causar desconforto e ulceração.

A pergunta da pesquisa que se levantou foi: Quando indicar a cirurgia de Frenectomia Labial Superior?

As principais indicações de frenectomia labial superior são por razões: funcionais, quando interfere na alimentação e na fala do paciente; estéticas, quando interfere nos movimentos do lábio ou como uma etapa do tratamento do sorriso gengival; ortodônticas, como parte desses tratamentos; protéticas, quando impede a estabilização de próteses e periodontais, quando dificultam a escovação, predispondo a doença periodontal.

Como objetivo geral entendeu-se por bem analisar as indicações e técnicas cirúrgicas para correção do freio labial superior anormal. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Realizar uma revisão da literatura referente ao tema.
- Citar as principais técnicas cirúrgicas existentes.
- Avaliar as indicações do procedimento.

A classificação da pesquisa, de acordo com o ponto de vista da abordagem do problema, foi qualitativa, pois realizou-se um trabalho com descrições e relato de caso clínico do tema. De acordo com o ponto de vista da abordagem dos objetivos, foi exploratória, pois realizou levantamento bibliográfico sobre o tema e analisou os exemplos para estimular a compreensão.

De acordo com o ponto de vista da abordagem dos procedimentos técnicos, foi bibliográfica e de estudo de casos, sendo elaborada a partir de materiais já publicados como livros, artigos e materiais disponibilizados na web, envolvendo um estudo profundo dos objetos de maneira que permita um amplo e detalhado conhecimento.

As fontes utilizadas para a realização da pesquisa foram livros e artigos publicados no período de 1968 a 2013, tendo como forma de aquisição desses materiais as bases de dados SCIELO e UFGRS.br .

As palavras-chave para a busca dos materiais foram: Frenectomia; Técnicas cirúrgicas; Freio labial superior; Cirurgia pré-protética; Cirurgia buco-maxilar. Os trabalhos utilizados para a confecção da pesquisa foram de revisão de literatura e estudo de casos, e o idioma das publicações utilizadas foram português e espanhol. O artigo foi realizado no período de setembro de 2014 a maio de 2015.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição de Freio Labial

Freio ou frênulo é uma reflexão delgada de tecido mole que conecta uma estrutura móvel a outra estrutura fixa. Podemos definir o freio também como uma dobra de membrana mucosa, geralmente contendo fibras musculares, que liga os lábios e bochechas à mucosa alveolar e/ou gengiva e periósteo subjacente. ⁽¹⁾

O freio labial é uma prega da mucosa bucal que, partindo da face interna do lábio, vai se inserir sobre a linha de união de ambos os maxilares superiores. ⁽²⁾

O freio tem sua origem na linha média da cavidade bucal sobre a superfície interna do lábio. Normalmente, essa origem é longa, de modo que haja uma diminuição na largura do tecido do freio que irá se inserir na superfície externa do periósteo, na linha média e no tecido conjuntivo da sutura maxilar e do processo alveolar. ⁽³⁾

2.2 Inserção e Morfologia do Freio Labial Superior

O freio labial tem sua inserção em uma fina banda de tecido fibroso coberto com mucosa, que se estende do lábio até chegar ao periósteo alveolar. Seu nível de inserção pode ir desde a crista óssea do rebordo alveolar até atingir a região anterior da papila incisiva. ⁽⁴⁾

O freio labial superior se insere no tubérculo do lábio superior na porção mais profunda do rebordo alveolar. É uma prega fina e triangular, de base voltada para apical, em forma de lâmina de faca, tendo origem relativamente profunda no interior do lábio superior, estendendo para trás e para cima, indo se inserir na porção mediana da vertente vestibular do processo alveolar e terminando num ponto mais ou menos a 4mm acima da papila interproximal dos incisivos centrais. ⁽⁵⁾

A inserção do freio pode estar na papila palatina ao nascimento, mas a maneira que o rebordo alveolar e os dentes vão se desenvolvendo, ocorre mudanças em sua posição. Quanto mais o crescimento progride mais o freio irá se atrofiar, assumindo uma posição mais alta ou mantendo sua inserção na papila. ⁽³⁾

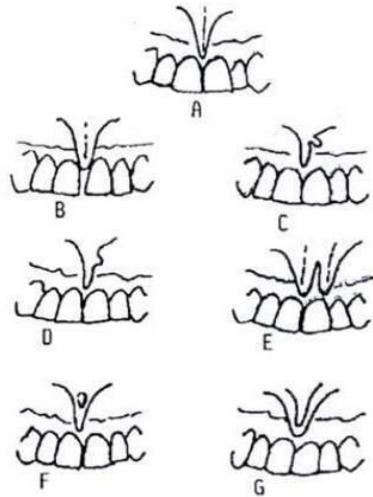
2.3 Classificação do Freio Labial Superior

O freio labial pode ser classificado de acordo com sua localização como: superiores; inferiores e linguais. ⁽⁶⁾

Podemos classificar o freio de acordo com a morfologia, em suas variações e anomalias. ⁽¹⁾

As variações da normalidade do freio labial superior são classificadas como: freio simples; simples com apêndice; simples com nódulo. (figuras 1 e 2) ⁽⁷⁾

As anormalidades do freio labial superior são classificadas como: freio bífido; com recesso; teto-labial persistente; freio duplo e a coincidência de duas ou mais variações ou normalidades. (Figuras 1 e 2) ⁽⁷⁾



- A – Simples
- B – Teto-labial persistente
- C – Com apêndice
- D – Com nódulo
- E – Duplo
- F – Com recesso
- G – Bífido

Figura 1 – Esquema demonstrativo dos diferentes tipos de freios labiais superiores proposto por SEWERIN (1971).⁽⁸⁾

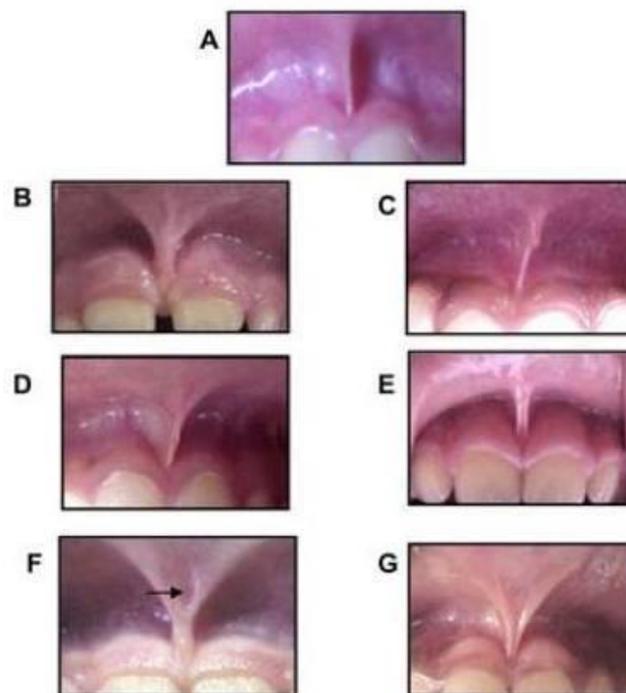


Figura 2 – Fotografias dos diferentes tipos de freios labiais superiores, segundo SEWERIN (1971).⁽⁸⁾

O freio labial superior é classificado, de acordo com o local de inserção, como: inserção mucosa – que pode ser na mucosa propriamente dita ou na junção mucogengival; inserção gengival – na gengiva inserida; inserção papilar – na papila interproximal; inserção penetrante na papila – são aqueles casos nos quais a inserção do freio passa sobre a papila gengival, enquanto insere-se na gengiva inserida. (Figura 3) ⁽⁷⁾



Figura 3 – Fotografias dos diferentes tipos de inserções dos freios labiais superiores, segundo Placek et al. (1974). ⁽⁸⁾

Quanto ao aspecto radiográfico podemos classificar quatro tipos de sutura: osso em forma de “v”, cortado por uma sutura interproximal; osso normal com sutura larga e pouco profunda; osso em forma de pá; osso em forma de “w”, com sutura profunda. ⁽¹⁾

Existem seis tipos de freio com relação à sua inserção e espessura: alto e fino; alto e grosso; médio e fino; médio e grosso; baixo e fino; baixo e grosso. ⁽¹⁾

2.4 Diagnóstico do Freio Normal

O freio labial normal tem o aspecto de uma prega fina e triangular, com sua base voltada para cima em forma de lâmina de faca, inserindo na porção mediana de 5 a 8 mm acima do rebordo gengival, entre a margem gengival livre e a prega da gengiva vestibular. Contudo, o freio labial, como qualquer outra estrutura anatômica, pode sofrer algumas alterações em sua forma, tamanho e posição. ⁽²⁾

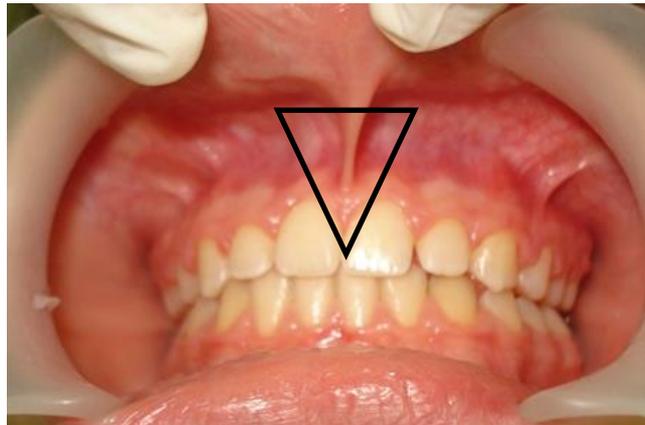


Figura 4 – Característica do freio labial superior normal. ⁽⁹⁾

2.5 Diagnóstico do Freio Anormal

O freio labial é considerado anormal quando se estende por cima da crista alveolar, unindo a papila palatina, formando uma crista na linha mediana do palato ou até mesmo, quando o freio se apresenta hiperplasiado. Quando permanecemos com o freio labial anormal na cavidade oral, o mesmo irá restringir os movimentos do lábio, trazendo um aspecto estético desagradável, afetando a fonética, criando uma área de impactação alimentar, recessão, traumas e dificuldade na adaptação de prótese total e prótese parcial removível. ⁽²⁾

Os freios e bridas são formações constantes na cavidade bucal, podendo se tornar um problema se a sua inserção estiver muito junto à gengiva marginal levando ou não a transtornos de ordem gengival ou periodontal. ⁽¹⁾

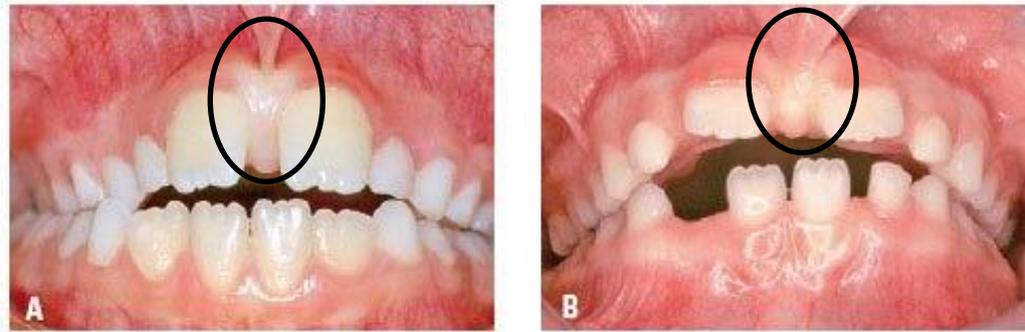


Figura 5 – A: Freio labial superior anormal com inserção na mucosa vestibular; B: Freio labial superior anormal com inserção na mucosa palatina. ⁽¹⁰⁾

2.6 Tratamentos do Freio Anormal

O tratamento do freio labial anormal deve ser decidido somente quando for realizada uma avaliação bem cuidadosa do caso, de modo que determine se o resultado será favorável ou não. ⁽³⁾

Um exame clínico bem detalhado para estabelecer um correto diagnóstico é importante para determinar um tratamento mais adequado para cada situação. Uma abordagem que pode ser realizada para avaliar se o freio ou a brida estão interferindo na função ou movimentando a margem gengival é o teste de distensão do lábio ou mucosa. Esse procedimento consiste na utilização dos dedos para movimentar o lábio ou a bochecha de forma delicada, em diferentes direções, e perceber se a sua inserção distende a mucosa, gengiva ou provoca alguma isquemia durante o movimento. A utilização de sonda periodontal para identificação da presença de bolsas ou retrações gengivais também é fundamental nesse exame. Portanto, uma análise radiográfica também permite fazer uma avaliação do tecido ósseo de suporte dos dentes. ⁽¹¹⁾

Os problemas do freio labial superior ocorrem com mais frequência na superfície vestibular na região de incisivos, caninos e pré-molares e com menos frequência na superfície lingual. ⁽¹²⁾

O tratamento para o freio anormal é cirúrgico, com o objetivo de retirar o excesso de tecido interdental, reduzindo a tensão na gengiva marginal, prevenindo e contribuindo no tratamento dos diastemas. ⁽¹³⁾

O tratamento cirúrgico do freio labial superior anormal tem várias indicações, como: pré-protéticas, periodontais, ortodônticas, estéticas e fonoaudiológicas. ⁽¹⁴⁾

2.6.1 Tratamento Cirúrgico com Finalidade Pré-Protética

O tratamento cirúrgico com finalidade pré-protética é realizado quando há uma dificuldade na adaptação da prótese total, alterando a fonação e causando traumas mastigatórios na região onde se tem irritação constante. O objetivo de realizar o procedimento cirúrgico é exclusivamente possibilitar a colocação de próteses, sem qualquer traumatismo para o paciente. ⁽²⁾

2.6.2 Tratamento Cirúrgico com Finalidade Periodontal

O tratamento cirúrgico do freio labial superior anormal com finalidade periodontal é realizado quando o freio labial traciona a gengiva marginal, impedindo a higiene local, ou quando o freio está associado a alguma patologia periodontal. ⁽¹⁵⁾

2.6.3 Tratamento Cirúrgico com Finalidade Ortodôntica

O tratamento cirúrgico do freio labial superior anormal com finalidade ortodôntica é realizado quando o freio labial não permite estabilidade após o fechamento do espaço interincisivo com o aparelho ortodôntico. ⁽¹⁶⁾

2.6.4 Tratamento Cirúrgico com Finalidade Estética e Fonoaudiológica

O tratamento cirúrgico do freio labial superior anormal com finalidade estética é realizado quando o freio hipertrófico está associado a um diastema anterossuperior, que traz desconforto para o paciente. ⁽¹⁵⁾

2.7 Técnicas Cirúrgicas para Correção do Freio Anormal

Existem três procedimentos que são executados para a remoção do freio labial superior anormal: frenectomia, frenotomia e reinserção do freio. ⁽²⁾

2.7.1 Frenectomia

Frenectomia é quando se realiza a remoção completa do freio incluindo sua inserção ao osso subjacente. É um procedimento bastante seguro e previsível, entretanto pode causar deformações em casos extremos. ⁽¹²⁾

Existem várias técnicas de frenectomia, desde as mais simples até as mais complexas, mas todas têm como objetivo o deslocamento apical da inserção do freio, neutralizando sua ação sobre a gengiva marginal ou rebordo alveolar. ⁽¹⁾

Dentre as técnicas, temos: Técnica de Federspiel; Técnica de Ries Centeno; Técnica de Wasmund; Técnica de L'Hirondel & Aranowicz; Técnica de Mead; Técnica de Howe; Técnica de Bachicha et alii, Técnica de Archer, Técnica do Pinçamento Único. ⁽²⁾

2.7.1.1 Técnica de Archer

A técnica de Archer, também conhecida como técnica do duplo pinçamento é a mais simplificada e a mais rápida a ser executada, permitindo melhor controle de hemorragia transoperatória. Essa técnica inicia-se com anestesia local infiltrativa na região de fundo de saco de vestibulo, complementando na região de rebordo, junto à inserção mais baixa do freio. Em seguida, elevamos o lábio superior e colocamos duas pinças hemostáticas, posicionando-as no freio de forma que uma fique paralela à superfície vestibular do rebordo alveolar e a outra paralela à superfície labial. As duas pinças ficarão com as pontas ativas próximas umas das outras, formando um ângulo de 45°. Utilizando bisturi Bard-Parker e lâmina nº 15, realizamos duas incisões paralelas às pinças hemostáticas em forma de cunha na inserção do freio, no rebordo alveolar, até o limite da sua inserção palatina. A sutura será realizada no fundo de sulco até o vermelhão do lábio, com 3 a 4 pontos simples. ⁽²⁾

A desvantagem desta técnica cirúrgica é a dificuldade de visualização do campo operatório, devido à presença de duas pinças hemostáticas, podendo ter a

eliminação incompleta do freio ou podendo ser retirado tecido em maior quantidade.⁽⁶⁾

2.7.1.2 Técnica do Pinçamento Único

A técnica de frenectomia do pinçamento único se inicia com anestesia local infiltrativa na região de fundo de sulco. Tracionamos o lábio superior e colocamos uma pinça hemostática, de modo que coincida com a bissetriz do triângulo, formada pelo freio. Afastamos o freio para um dos lados e incisamos, junto ao rebordo alveolar, em forma de cunha. Depois, fazemos o mesmo procedimento no lado oposto. Mantendo o pinçamento inicial, realizamos o mesmo procedimento anterior na área correspondente à mucosa labial. Suturamos com três ou quatro pontos interrompidos.⁽⁶⁾

Nesta técnica, temos uma visibilidade total do campo, podendo ver perfeitamente a quantidade de tecido retirado e a ferida fica completamente suturada.⁽⁶⁾

2.7.2 Frenotomia

A frenotomia é a remoção parcial do freio, ou seja, secciona o freio sem eliminá-lo. É utilizada principalmente em periodontia para reposicionar a inserção do freio, com o objetivo de aumentar a faixa de gengiva inserida entre o freio labial e a margem gengival.⁽²⁾

Existem duas técnicas de frenotomia: Técnica da excisão simples; Técnica da plastia em Z.⁽⁴⁾

2.7.2.1 Técnica da Excisão Simples

A técnica da excisão simples é indicada para freios com base estreita. É iniciada com uma anestesia local infiltrativa bilateral. Traciona-se o lábio do paciente e realiza-se uma incisão elíptica estreita ao redor da área inferior do freio até o perióstio. O freio é dissecado do perióstio subjacente e do tecido mole, comprimindo e reaproximando as margens do retalho. A sutura deve ser feita no fundo do vestíbulo até o rebordo alveolar com 2 pontos simples.⁽⁴⁾

2.7.2.2 Técnica da Plastia em Z

A técnica da plastia em Z é muito utilizada em cirurgia plástica, evitando as incisões lineares que provocam problemas na cicatrização. Inicia-se com uma anestesia local infiltrativa e, em seguida, é realizada a excisão do tecido conjuntivo fibroso (similar à técnica de excisão simples) e, logo após, duas incisões oblíquas em forma de Z. A sutura é feita inicialmente sobre o retalho da incisão horizontal e depois sobre os retalhos da incisão oblíqua. ⁽⁴⁾

Esta técnica reduz o risco da formação de cicatriz, com retração na mesma direção do freio retirado, alcançando maior profundidade no sulco vestibular. Tem a vantagem de não retirar o freio e de não permanecer tecido cicatricial fibroso na região, o que difere das outras técnicas. ⁽¹⁾

2.7.3 Reinserção do Freio

Reinserção do freio é quando mudamos a inserção do freio. Este procedimento é definido pela técnica de vestibuloplastia localizada com epitelização secundária, que é iniciada com anestesia local infiltrativa supraperiosteal ao longo das margens do freio. Realizamos uma incisão sobre o tecido mucoso e submucoso sem perfurar o periósteo. Utilizando tesouras, é feita a dissecação supraperiosteal, separando o tecido mucoso e submucoso. Também pode ser feito com pressão digital, utilizando uma gaze contra o periósteo. O retalho mucoso é suturado sobre o periósteo no fundo de vestibulo. ^(2,4)

O osso da parte inferior fica exposto e, após alguns dias, haverá formação de tecido de granulação e uma completa reparação tecidual, ficando o freio em uma posição mais superior a anterior, possibilitando uma correta adaptação da prótese total. ⁽⁶⁾

3 CASO CLÍNICO

Paciente P.C.M.A., 57 anos, gênero masculino, compareceu à policlínica da Faculdade Patos de Minas para tratamento odontológico, no qual seria necessário realizar uma reabilitação oral, confeccionando uma prótese total superior. Após a anamnese e exame clínico, foi indicada a realização de uma cirurgia pré-protética, devido à presença de freio labial superior hiperplasiado e com baixa inserção, com objetivo de melhora da estabilidade da prótese total removível a ser confeccionada. Assim, classificamos o freio labial do paciente quanto a sua morfologia como freio teto labial persistente, e quanto ao seu local de inserção como inserção penetrante na papila.

A cirurgia proposta foi a frenectomia labial superior, visando a melhora funcional permitindo uma melhor adaptação da prótese e evitando eventos de deslocamento da prótese total pela baixa inserção do freio labial superior.

A cirurgia foi realizada obedecendo todos os princípios cirúrgicos pertinentes, iniciando-se pela utilização de todo o material esterilizado e pela montagem do campo cirúrgico. Após fez-se o preparo do paciente com a assepsia da face, utilizando-se digluconato de clorexidina a 2%, pinça allis e gaze estéril; e a assepsia da cavidade bucal, utilizando-se digluconato de clorexidina a 0,12%, sendo realizado bochecho por 1 minuto. (Figura 6)



Figura 6 – Aspecto pré-cirúrgico.

3.1 Anestesia

Foi realizada anestesia tópica e terminal infiltrativa na região de fundo de sulco bilateral, complementando na região de rebordo junto à inserção mais baixa do freio, com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000., sendo utilizados 3 tubetes. (Figura 7)



Figura 7 – Anestesia terminal infiltrativa em fundo de sulco vestibular.

3.2 Incisão

O lábio superior foi tracionado e mantido dessa forma por dois afastadores. Utilizando um cabo de bisturi Bard-Parker e lamina 15, realizamos duas incisões, iniciando na sua inserção no lábio superior até a base do freio inserida no periósteo alveolar. Em seguida, foi realizado o descolamento do freio e foram removidas as fibras que se encontravam aderidas ao osso, com o objetivo de liberar melhor a inserção do freio. O tecido hiperplasiado também foi removido para obter uma melhor adaptação da prótese. (Figuras 8,9,10 e 11)



Figura 8 – Incisão da base do freio.



Figura 9 – Após a incisão com a presença da inserção fibrosa subjacente a mucosa alveolar que foi posteriormente removido.



Figura 10 – Remoção do tecido hiperplasiado.



Figura 11 – Aspecto após remoção de parte do tecido hiperplasiado e da inserção fibrosa.

3.3 Sutura

Realizou-se sutura simples, em pontos isolados, que permaneceu por um período de sete dias. (Figuras 12 e 13)



Figura 12 – Início da sutura.



Figura 13 – Sutura Realizada.

3.4 Pós-Operatório

Foi realizado o pós-operatório convencional por se tratar de um procedimento cirúrgico simples, com envolvimento apenas de tecidos moles.

3.5 Remoção de Sutura

Realizou-se a remoção de sutura após um período de sete dias. O paciente apresentou um bom pós-operatório, sendo encaminhado para a realização da prótese total. (Figuras 14 e 15)



Figura 14 – Aspecto pós-operatório de aproximadamente 120 dias.



Figura 15 – Prótese definitiva instalada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou alcançar seus objetivos que foram analisar as indicações para correção do freio labial superior anormal, realizar uma revisão de literatura, avaliar as indicações das técnicas cirúrgicas e citar as técnicas cirúrgicas existentes.

Percebemos quão importante é o correto diagnóstico do freio labial superior anormal, bem como as indicações precisas para intervenção cirúrgica, e que a frenectomia é uma técnica eficaz na correção de freios anormais, podendo sofrer variações, segundo a extensão, inserção e grau de envolvimento do freio.

Constatamos que o cirurgião dentista deve estar muito bem fundamentado sobre esse tipo de incidência para que possa solucionar, evitar ou minimizar possíveis problemas futuros. Para tanto, torna-se imprescindível que esse profissional seja provido de bom senso e conhecimento suficientes para diagnosticar e tratar todos os tipos de casos que podem emergir no cotidiano odontológico.

Por fim, esse estudo permitiu entrever que é indispensável a realização do procedimento cirúrgico para correção do freio labial superior anormal, trazendo um aspecto estético agradável para o paciente, melhorando a fonética, prevenindo a recessão, traumas e oferecendo uma correta adaptação de prótese total ou prótese parcial removível.

REFERÊNCIAS

- 1 Casarim RC. Freio Labial Superior: Diagnóstico e tratamento cirúrgico [Monografia]. Passo Fundo: Unidade de Ensino Superior Ingá – UNINGÁ; 2009.
- 2 Bercini F, Azambuja TWF, Moschen AZ, Franco KD, Reinhardt L, Diogo MS. Frenectomia: Um caso clínico. R.Fac.Odont. 1996; 37(1):15-17.
- 3 McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
- 4 Hupp J, Ellis III E, Tucker MR. Cirurgia Pré-Protética. In: Tucker MR, Farrell BB, Farrell BC. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5ª ed. São Paulo: Elsevier; 2003. p. 231-33.
- 5 Gusmão ES, Souza PFJC, Vasconcelos RB, Claus RP, Cimões R, Coelho RS. Inserção e morfologia dos freios labiais. Odonto Clin Cientif. 2009;8(2):133-139.
- 6 Marzola C. Cirurgia pré-protética. Rev. Bras. Odontol. 1968; (25 supl 154): 773-82.
- 7 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 Odonto Univ São Paulo. 1997;11(3):195-205
- 8 Braga AT, Quelemes PV, Moura WL, Moura WL. Descrição da morfologia dos frênuos labiais superiores em escolares de Teresina. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilofac. 2007; 7(3):59-64
- 9 LookForDiagnosis.com [homepage na internet]. Freio Labial [acesso em 20 set 2015]. Disponível em: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=freio%20labial&lang=3
- 10 Scielo [homepage na internet]. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial [acesso em 20 set 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-54192004000300014&script=sci_arttext
- 11 Revista Ortodontia SPO [homepage na internet]. Fórum clínico: frenectomia e fibrotomia - quando e como executar? [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: <http://www.ortociencia.com.br/Materia/Index/538>

12 Newman MG, Takei HH, Keokkevold PR, Carranza FA. Cirurgia Estética e Plástica Periodontal. In: Takei HH, Azzi RR, Han TJ. Periodontia Clínica. 10ª ed. São Paulo: Elsevier; 2007. p. 1023-24.

13 Farias BC, Ferreira B, Melo RSA, Moreira MF. Cirurgias periodontais estéticas: revisão de literatura. Int J Dent. 2009;8(3):160-166.

14 Puricelli E. Frenectomia labial superior: variação de técnica cirúrgica. R.Fac.Odontol. 2001; 42(1):16-20.

15 Portal Educação [Homepage na internet]. Indicações da Frenectomia [acesso em 08 nov 2014]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/34303/indicacoes-da-frenectomia#!1>

16 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): 332-35.

OBRAS CONSULTADAS

Antônio EVJ. Frenectomia. Rev de Actuali Clin. 2012; 25:1023-1207.

Coati EMCV, Pedroni RCO, Job SMA. Freio labial e lingual, tipos, causas, consequências e técnicas cirúrgicas [Monografia]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 1982.

Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA, Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. Rev Odonto de Araçatuba. 2005; 26(1):61-64.

Lopes JMA, Almeida RS, Torres SAS, Aranega AM, Ponzoni D, Shinohara EH. Opções de tratamento: frenectomias e frenotomias. Arch Health Invest. 2014;3(4):32-33.

Ortodontia é arte [homepage na internet]. Frenectomia: o que é isso? [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: <http://ortodontiaearte.blogspot.com.br/2013/06/frenectomia-o-que-e-isso.html>

Revista de Odontologia da UNESP [homepage na internet]. Técnica de Frenotomia para correção de freio labial superior em odontopediatria [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/article/53b1787e5ce02aa404000002>

Santos PD, Osório SRG, Franzin LCS. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: Relato de caso clínico. Braz J. Surg. Clin. Res. 2014; 8(2):41-46.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, não somente nestes anos como universitário, mas em todos os momentos. Ele é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Agradeço à minha mãe Maria Pereira, heroína, que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai Paulo César, que apesar de todas as dificuldades, fortaleceu-me. Foi através dele que escolhi esse tema, por ele necessitar realizar o procedimento cirúrgico.

À minha irmã Luana Helena, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Aos meus familiares e amigos, que com estímulos, fizeram-me acreditar que vale a pena ir atrás de um objetivo.

À minha dupla de clínica e amiga Nathália Vieira, obrigado pela sua cumplicidade, companheirismo e amizade. Serei sempre grato.

Aos meus amigos de república, com quem convivi durante esse tempo de faculdade, os quais me acompanharam desde o início dessa caminhada e me ajudaram a superar, com suas companhias, a saudade de casa e da minha terra natal.

Ao meu professor e orientador Marcelo Dias Moreira de Assis Costa, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, contagiando-nos com a sua sabedoria, dedicação e amor à profissão.

Aos professores que fazem parte da banca examinadora, Eduardo Moura e Vanessa Carvalho, sempre atenciosos e dedicados.

Ao professor e coordenador do curso Fernando Nascimento, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

À professora de TCC, Nayara Franciele Lima, pelos seus ensinamentos, os quais foram de grande valia para a conclusão deste trabalho.

À minha amiga e professora Cláudia Maria de Oliveira Andrade, que sempre se dispôs a me ajudar. Obrigado pela força, confiança e compreensão.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar conhecimento, não apenas racional, mas também no que tange-a manifestação do caráter, da afetividade e da educação no processo de formação profissional. Por tanto se dedicarem a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais, sem nominar, terão os meus eternos agradecimentos.

Meus agradecimentos aos meus amigos de faculdade, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza.

Aos funcionários da FPM e colaboradores, especialmente Erlinda, Hellen, Raquel, Simone, Ivone e Patrícia, sempre prestativas a nos ajudar na clínica.

Aos meus pacientes, pela confiança e apoio. Talvez a minha ajuda tenha sido pequena diante do universo carente em que vocês corajosamente vivem, mas ajudá-los representou para mim uma magnífica lição de amor e fraternidade. Muito obrigado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

ANEXO A



FPM – FACULDADE DE PATOS MINAS

CURSO DE ODONTOLOGIA

Clínica Integrada

TERMO DE CONSENTIMENTO

Por este termo de consentimento por mim assinado, autorizo a Faculdade de Patos de Minas, por meio dos seus professores, cirurgiões – dentistas, assistentes e alunos, a realizar os respectivos procedimentos: anamnese, exame radiográfico, tratamento restaurador e intervenções cirúrgica no paciente Paulo César Martins Araújo. Estou ciente que toda a documentação produzida no diagnóstico pertence ao prontuário desta instituição, autorizando sua utilização para fins didáticos e de pesquisa científica, inclusive divulgação, respeitando o caráter confidencial das informações fornecidas e não sendo permitida a identificação.

Patos de Minas, 11 de Setembro de 2014.

Assinatura de Responsável

Nome: Paulo César Martins AraújoTelefone: (38) 33842740 / (38) 93797191 / (38) 88487479Documento: RG nº: CPF nº: 

ANEXO B

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO:

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Cesar Martins Araújo Data: 11/02/14
 Alteração: _____
 Gênero: Feminino Masculino Data de Nascimento: 23/11/57 Idade: 56 a 57 m
 Cidade: Taubaté
 Nascimento: Selópolis Estado: MG
 Endereço: Rua Curitiba n° 47
 Bairro: Centro Cidade: Taubaté Estado: MG Cep: _____
 Telefone Residencial: (38) 3394 1740 Trabalho: (38) 33 7174 Recado com Sr. (a) Procurado ; (38) 38 1377 19

2 - História Familiar:

3 - História Médica

Foi Hospitalizado? não sim Motivo: _____
 Fez alguma cirurgia? não sim Qual (as)? _____
 Está sob tratamento médico? não sim Motivo: _____
 Está tomando algum medicamento? não sim Qual (ais)? anti-ácido
 É alérgico (a)? não não sabe sim Relacione a: _____
 Doenças da Infância:
 Sarampo Coxsaca Poliomielite Outras - Especifique: _____
 Rubéola Catapora Desidratação
 Doenças/Alterações:
 Respiratórias _____ Circulatórias _____
 Neurológica _____ Gastroenterológica _____
 Cardíaca _____ Renal _____
 Endócrina _____ Infecto-contagiosa _____
 Hematológica _____ Outras especifique: _____
 Alterações congênitas e síndromes: _____
 Observações gerais sobre a saúde: _____

Pedido de parecer médico: Não Sim Motivo: _____ Data: / /

4 - HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Qual o motivo da visita? Orientação Cárie Trauma Outros: Próteses
 Já foi ao dentista? não sim Quantas vezes? 30 Qual a idade do primeiro atendimento? 45
 Qual o motivo: dor de dente Data da última consulta: / /
 Recebeu algum tratamento? não sim Qual (ais)? curativo
 Quem prestou atendimento? Clínico geral Odontopediatria Aluno / Faculdade _____ Dentista do posto de saúde
 Reação frente ao atendimento: colaborador colaborador com reservas não colaborador
 Já foi submetido à anestesia local para tratamento odontológico? não sim

4.1 - AVALIAÇÃO DA DIETA

Já recebeu alguma instrução de higiene bucal?
 não sim Qual? _____ Quem deu essa orientação? Aluno Faculdade
 Frequência: menos que 3x/dia 3x/dia mais que 3x/dia
 Faz uso do fio dental? às vezes não sim 2 vezes/dia

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, de livre e espontânea vontade, sabendo que as informações são indispensáveis para saúde e segurança do paciente e que não omiti nenhuma informação sobre o estado de saúde do mesmo. Comprometo-me ainda a informar ao profissional qualquer ocorrência relacionada a saúde do paciente no decorrer do tratamento.

Patos de Minas, 11/02/14

Nome do responsável: Paulo Cesar Martins Araújo Assinatura: _____