

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

TESE SUBMETIDA A UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM CIÊNCIAS.

RAUL FERNANDO KLEIN

AGOSTO - 1975.

ESTÁ TESE FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE " MESTRE EM CIÊNCIAS " - ESPECIALIDADE ODONTOPEDIATRIA E APROVADA EM SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO.

Prof. Dr. ADEMAR AMÉRICO MADEIRA
Orientador

Prof. Dr. ADEMAR AMÉRICO MADEIRA
Integrador do Curso

APRESENTADA PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA DOS
PROFESSORES:

Minha esposa e companheira; MARLIEST.

Que tem sido inspiração contínua para maiores realizações na vida e cujo estímulo e ajuda tem sido possível a realização deste trabalho

Meus adorados filhos;

Nádia Morgana

Fernando Luis

João Carlos

AGRADECIMENTOS

PROF. DR. ADEMAR AMÉRICO MADEIRA.

*Pela cordial, amiga e sãbia
orientação ao presente tra-
balho.*

PROF. DR. SAMUEL FONSECA.

AOS AMIGOS

TIBÉRIO E MIRIAM

AYRES E ARIDINA

CARLOS ARTUR

ALDA

S U M Á R I O

1 - RESUMO	2
2 - INTRODUÇÃO	5
3 - REVISTA DA LITERATURA	8
4 - PROPOSIÇÃO	34
5 - MATERIAIS, INSTRUMENTAIS, APARELHOS E MÉTODOS	36
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
7 - CONCLUSÕES	60
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

1 - R E S U M O

1 - R E S U M O

Um estudo sobre o tratamento cirúrgico do freio labial superior foi efetuado, com finalidade de comprovar as vantagens e a eficiência de uma técnica modificada de frenulectomia.

O material utilizado constou de 43 pacientes de ambos os sexos e idades que variaram numa faixa de 6 a 12 anos de idade, que recorreram ao serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Em face à discussão e dos resultados obtidos, verificou-se que:

- a) A técnica modificada, ora descrita caracteriza-se pela sua maior simplicidade, redução do tempo operatório e eficiência comprovada;
- b) Estará sempre indicada, quando especificamente recomendada;
- c) A oportunidade indicada para o ato cirúrgico, estará na dependência de cada caso em particular, opinião do ortodontista, e sistematicamente a partir da erupção dos caninos, quando o paciente apresentar-se após esta idade.

1 - ABSTRACT

A study on the surgical treatment of the labial frenum was made, aiming to prove the advantages and the efficiency of a modified frenulectomy technique.

The material employed was 43 patients of both sexes with ages ranging from 6 to 12 years old, who went to the Bucco-Maxillo-Facial' Service, Departament of Stomatology of the Federal University of Santa Catarina.

Upon the discussion and the results achieved it was shown that:

- a) The modified technique now being presented is characterized by its greater simplicity, decreasing of surgery time and proved efficiency.
- b) It will always be indicated when advised specifically.
- c) There is an indicated opportunity for the surgical act., will depend on each case in particular as well as the ortodontist's opinion, and sistematically after the eruption of the canines when the patient is after this age.

2 - INTRODUÇÃO

2 - INTRODUÇÃO

Em que pese seja a prática da frenulotomia ou frenectomia uma intervenção cirúrgica revestida da maior simplicidade possível, tivemos a oportunidade de constatar e comprovar no decorrer de 12 anos dedicados à prática da Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, quer na vida privada, quer no Serviço de Cirurgia Odontológica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina ou no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Facial do Hospital Governador Celso Ramos, que uma intervenção aparentemente tão singular tenha ocupado e preocupado tantos especialistas durante as últimas décadas, particularmente. Tais autores têm envidado esforços na esperança de encontrar, na simplicidade e eficiência, uma técnica mais adequada a esta condição. Algumas têm logrado o seu intento, enquanto que outras não têm alcançado a meta visada, e, ainda outras que mistificam e complicam demasiadamente um ato assaz simples.

Podemos asseverar e a revista da literatura assim o comprova, há autores e profissionais que não fazem uma distinção acertada entre a frenulotomia com finalidade estética, funcional ou protética e a frenulectomia, com objetivos ortodônticos. Daí erroneamente praticarem a primeira, com objetivos requeridos pela segunda, praticando uma intervenção não só incorreta como desnecessária. A própria nomenclatura desta condição, frenectomia, frenotomia, frenicectomia, frenulotomia e frenulectomia têm sido objeto de discordância.

Tratando-se de um ato cirúrgico que reclama com relativa frequência nossa atuação, de há muito nos incentivou a estudar o assunto com particular interesse, investigando tudo aquilo que os inúmeros autores têm proclamado com vistas ao tema. Daí o termos analisado todas as técnicas cujas referências conseguimos catalogar, muitas das quais as realizamos na prática, enquanto outras pelas desvantagens óbvias oferecidas, simplesmente foram relegadas a plano secundário. Tivemos assim oportunidade de avaliar criticamente os resultados com conhecimento de causa ensejando-nos oportunidade de conhecermos e dominarmos várias técnicas, as vantagens de umas sobre outras, como também, os inconvenientes de

cada uma em particular. Isto muito nos valeu, tendo em vista que, dominando tantas técnicas, em passado não distante já havíamos idealizado ' uma modificação, a partir de tantas outras, e, a nosso ver, preenche melhores requisitos nesta técnica, haja vista os alvissareiros resultados obtidos.

Foi entusiasmados por esses trabalhos experimentais que nos encorajamos e nos propuzemos a realizar uma investigação em profundidade, com objetivos de dirimir algumas dúvidas ainda existentes e não somente verificar, mas comprovar os resultados do emprego de uma técnica de frenulectomia modificada, que foi por nós idealizada, com a despretenciosa finalidade de contribuição nesta condição patológica.

3 - REVISTA DA LITERATURA

3 - REVISTA DA LITERATURA

Pelo que foi possível aquilatar da Introdução, os autores nem sempre têm chegado a um denominador comum, no emprego da frenulectomia, chegando mesmo a manifestações controvertidas. Neste capítulo, pretendemos descrever seus conceitos emitidos, agrupando-os sobre vários aspectos, iniciando com a conceituação, para terminar com a técnica cirúrgica.

Assim sendo, temos abaixo a conceituação que procuraram dar alguns autores.

VAUGHAN⁴⁰ (1925) define que o freio labial superior é uma pequena prega de tecido fibroso situado na linha mediana do lábio superior, normalmente inserido no osso da pré-maxila na linha mediana, justamente abaixo da espinha nasal. Deriva-se certamente a partir das fibras do músculo oro-orbicular, o qual é um lençol elíptico muscular de considerável espessura, fazendo o fundamento dos lábios, e sua composição, de fibras largas provenientes do bucinador, músculos elevadores e depressores da comissura bucal.

DAVID¹¹ (1931) afirma que a questão do procedimento, nos casos de freio labial anormal dizem respeito ao ortodontista, protesista e cirurgião oral. Desde que o freio ocupe uma tal posição distinta da boca, causa um resultado anormal no arco dental quando os dentes estão presentes.

L'HIRONDEL & ARONOWICZ²⁵ (1935) citam a ressecção cirúrgica do freio gengivo-labial superior é um procedimento muito pequeno de cirurgia estomatológica. Três razões induzem-os a este estudo. Do acesso, essa operação é de execução freqüente. Ela deve, com efeito, preceder o tratamento ortodôntico de reaproximação dos incisivos centrais. Então, o estudo da técnica de ressecção do freio gengivo-labial superior conduz a estudo também do freio lingual que não oferece nenhuma particularidade marcante a não ser aquelas das bridas anormais gengivo-jugais laterais. Estas últimas apresentam um certo interesse para o protesista, porquanto elas por vezes apõem obstáculo tenaz à conservação dos aparelhos de próteses removíveis. Enfim, o exame radiográfico ao nível da inserção óssea gengivo-maxilar do freio labial superior, permite melhor constatação anatomo-

patalógica e melhor reflexão a seu respeito.

NOYES ²⁸ (1935) apresentou várias características estruturais do freio labial, que têm relativamente uma vasta origem na superfície interna do lábio superior; apresenta-se liso, septo-epitelizado, o qual inicialmente estreito amplia-se em seu progresso posterior inserindo-se na linha média da camada externa do periosteio, no tecido conjuntivo da sutura medial e crista do processo alveolar. As cristas da última estrutura são menos proeminentes neste ponto, formando uma cavidade na qual a extremidade dorsal do freio repousa. Uma estrutura menor e um tanto similar surge da papila incisal do palato e passa anteriormente para ficar inserida nesta cavidade. Uma chanfradura geralmente é observada na junção destas estruturas. Esta depressão foi arbitrariamente escolhida como base para classificação dos tipos de freios.

Em 619 crianças, 447 ou 77,07%, a chanfradura entre o freio labial e a papila incisal estava no ponto médio da crista alveolar; 41 ou 6,62%, a chanfradura estava na inclinação do lábio do processo alveolar e 73 ou 11,79%, estava sobre o lado lingual ou palatal próximo à papila lingual.

Nos 28 ou 4,52%, não estava claramente definida a chanfradura.

MEDEIROS ²⁷ (1950) conceitua o freio labial superior como sendo uma formação fibromucosa mais evidenciada nas crianças até a idade de 3 anos, indo da papila piriforme para diante, até a altura média da superfície interna do lábio, onde se insere com expansões laterais, recobertas pelo mesmo epitélio pavimentoso extratificado.

ADAMS ⁴ (1954) menciona que o freio anormal convencional associado com o diastema dos incisivos superiores saem diretamente do lábio entre os incisivos centrais superiores e a papila incisiva. Comumente é largo e triangular no contorno, tenso no produzir movimento e branqueamento da papila incisiva. A papila incisiva é geralmente larga e saliente ao nível da ruga palatal. Estende-se para adiante, entre o cingulo dos incisivos centrais e muitas vezes termina anteriormente em um pequeno tubérculo. O extremo é um freio estreito que sai de dentro da mucosa alveolar bem por cima da margem cervical dos dentes, e quase sempre co-existe com uma papila incisiva que é pequena, e situada bem atrás do cingulo dos incisivos centrais do palato.

Concluindo, sugere que a distinção entre um freio anormal e um normal nunca foi persuadida e, por esta razão, acredita que o freio nunca produz seus efeitos diretos e o termo freio anormal não deveria ser usado. Sugere que o termo freio anormal é inexpressivo. O freio é grande ou pequeno, ambos podendo determinar espaçamento entre os incisivos centrais, mas este espaço depende também de outros fatores simultâneos.

CROWLEY⁸ (1956) cita que o freio labial superior apresenta uma anomalia anatômica, constituindo um remanescente do desenvolvimento desta área. Contém apêndice de tecido projetando-se para a margem livre do freio labial maxilar e separa uma entidade constituída de um pequeno nódulo encontrado no ponto de inserção do freio na crista. Estudou o volume e aparência microscópica desta prega e o achado foi muito comum, sendo encontrado um dentro de quatro ou cinco pessoas leucodermas, observado em um grupo de 416 pacientes leucodermas do sexo masculino. Em um grupo separado de 85 pessoas do sexo masculino melanodermas somente uma incidência de tecido, de modo que uma só prega foi achada.

SCHRAM³³ (1960) cita que a cirurgia conhecida com o nome de "Frenicectomia" é a do lábio com a finalidade liberar inserções musculares.

BATAILLE³ (1962) indica a cirurgia de bridas e freios, mas com fins protéticos.

MCDONALD²⁶ (1963) refere-se ao freio labial visto frequentemente da idade pré-escolar e no período da dentição mista. O diastema que se apresenta em muitas crianças pode ser considerado normal até a erupção dos incisivos centrais. Quando se verifica a erupção dos 1|1 eles podem ficar ou se inclinar totalmente para distal. Quando os laterais erupcionam este diastema se reduz. Quando se verifica a anodontia dos laterais, o diastema entre os 1|1 permanece. Os outros fatores que podem determinar são:

- a) supranumerário
- b) hábitos orais
- c) anormal crescimento anterior da mandíbula.

HOWE¹⁹ (1966) diz que a "Frenectomia" é indicada para eliminar o tecido fibroso que está presente entre a sutura mediana e as raízes dos incisivos centrais superiores. Chama atenção que a "Frenectomia"

é completamente diferente da "Frenoplastia" e da "Frenotomia", as quais são técnicas para remoção de bridas da mucosa em forma de freio, interessando mais à prótese (correção pré-protética).

SEWERIN³⁵ (1969) designa como freio labial superior normal a saliência contínua de tecido mole, situada no plano mediano e conectando a parte da mucosa do lábio com a membrana da mucosa do processo alveolar. Pode variar consideravelmente tanto quanto muda a amplitude e nível da inserção. Se isto é excessivo, pode ser usado o termo freio ou frênulo labial superior hiperplástico. Frênulo tectolabial persistente é um freio combinado com diastema entre os incisivos centrais superiores e com uma inserção na área da papila incisiva. O termo "Freio Anormal" usado para esta variação não é aceita. Apêndice do freio labial superior designa tecidos moles - apêndice de tecido ligado ao bordo livre do freio. O nódulo do freio superior é esbranquiçado, firme, formato de nódulo espessado, situado no bordo livre do freio, mas incorporando-se com a massa do mesmo. Duplicação do freio labial superior representa uma variedade; reentrância do freio labial superior é designação para uma invaginação da membrana do próprio ou do tecido contíguo. Freio bifido do lábio superior é um freio marcado por um sulco vertical mediano.

LASCALA, & MOUSSALII²⁴ (1973) citam que com o evoluir das técnicas cirúrgicas, procura-se constantemente melhorar as condições resultantes destas. No entanto, consultando a bibliografia relativa às frenectomias, encontram uma controvérsia acirrada entre os autores no tocante à terapêutica cirúrgica mais adequada. * BACHICHA (1968).

No que se refere a embriologia e etiologia, registramos os dizeres dos seguintes pesquisadores:

DAVID¹¹ (1931) relata que anormalidades do freio parecem ter uma tendência hereditária, mostrando-se em um grande número de casos uma particularidade familiar.

* BACHICHA (1968) apud LASCALA, N.T. & MOUSSALII. N.H. - Cirurgia Mucogengival uma nova técnica de frenectomia e bridectomia. Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent., 27 (3): 135 - 40, maio/julho 1973.

TAIT³⁷ (1934) Conclue que o freio é um efeito e não uma causa do diastema, e que não deverá ser feito nenhum tratamento ou operação; afirma haver observado que o septo nasal inclina-se para ficar mais acomodado do que o normal, melhorando as condições respiratórias nos casos de pacientes que o tenham.

DEWEL¹⁴ (1966) afirma que nenhum freio poderia ser considerado anormal até que toda a causa imaginável de separação dos incisivos centrais tenha sido eliminada por completo. Tal procedimento revela que o freio largo, que pode estar associado com diastema, não é a causa, e que o freio anormal ocorre somente em raras ocasiões. Embora o espaço resultante possa ser limitado até a área entre os incisivos centrais, é, por isso, facilmente atribuído a um freio questionável; de fato ele é mais freqüente devido a causas não relacionadas na passagem por aquela estrutura. A mesma linha mediana de separação pode ser observada freqüentemente em casos similares em presença de um freio muito bem implantado. Se um freio grande está associado com um diastema, é possível que simplesmente deixe atrofiar devido a falta de pressão de estímulo faltante, provido pelos incisivos centrais que alcançaram relação normal de contacto.

DES ENFANTS¹³ (1966) cita que embriologicamente o freio labial superior parece originar-se do processo fronto-nasal. Ele começa a tomar forma no feto e em um estágio relativamente primário. Dentro de poucos meses de vida fetal, ele emerge com uma parte da cavidade oral, junto com os lábios e a fenda. Com o progresso do crescimento e desenvolvimento, uma proeminência começa aparecer na parte mediana da zona interior do lábio superior e este transforma-se em tubérculo. Nesta ocasião outra proeminência forma-se sobre a parte anterior do palato e desenvolve-se dentro da papila palatina. Uma dobra contínua de tecido. É interessante anotar que esta segunda proeminência do feto simula um freio anormal de após nascimento. Ele estende-se como uma saliência contínua de tecido, de posição mais interna do lábio superior, sobre e através o processo alveolar para se inserir na papila palatina. Normalmente o crescimento do processo alveolar causa uma separação da dobra contínua do tecido, dividindo-a dentro da porção palatal e labial. A parte palatal correspondente à papila palatina e ao tecido labial forma o freio do lábio superior, estendendo-se do lábio para a crista do processo alveolar. As

sim, ao nascimento, temos duas distintas, mas estruturas rigorosamente se meli^{antes}.

GIBBS¹⁵ (1968) tece considerações sobre as várias etiologias do diastema na linha mediana.

- 1) Ele pode ser uma consição normal da infância, na idade de 12 anos até erupção completa dos dentes superiores e pontos de contacto perfeitamente normais.
- 2) Dente supranumerário pode estar presente na linha mediana.
- 3) Falta congênita dos incisivos laterais.
- 4) Raramente dentes pequenos.
- 5) Fusão imperfeita da linha mediana da maxila.
- 6) Hábito de chupar dedo ou empurrar a língua.
- 7) Disfunção endócrina tal como acromegalia.
- 8) Falta de dentes nos segmentos bucais devido a extração ou impacção.
- 9) Dentes anteriores grandes.
- 10) O freio labial superior pode ser volumoso mal posicionado. Ele é descrito como um vasto "leque", ligando-se ao lábio superior e estendendo-se entre os centrais e inserindo-se bem dentro da papila palatina. Em casos nos quais estão presentes as coroas dos incisivos centrais superiores apresenta um aspecto divergente.

GONÇALVES & Cols¹⁶ (1970) dizem ser bastante discutido o assunto referente à soldadura dos maxilares em relação à posição do frênulo do lábio nas crianças. Alguns autores preconizam a idade dessa soldadura e consequentemente, o desaparecimento do espaço intermaxilar, quase que com precisão, sem considerar se o frênulo do lábio encontra-se em sua posição normal ou com uma inserção baixa, afirmando, como resultado disto o aparecimento do diastema entre os incisivos centrais superiores.

Relativamente ao aspecto histológico, assim se referem os autores abaixo:

JACOBS²⁰ (1932) fez considerações anatômicas e histológicas, dizendo que o freio é uma dobra da membrana na linha mediana, inserindo-se na superfície interior de cada lábio para a gengiva correspondente. Histologicamente esta dobra é composta de três camadas: epitélio escamoso¹ estratificado alicerçado sobre uma membrana de tecido conjuntivo; a túnica própria é constituída de tecido conjuntivo contendo fibras colágenas e tecido conjuntivo elástico. Nos indivíduos obesos estas camadas são interceptadas com uma boa quantidade de tecido adiposo. A terceira camada é a submucosa contendo poucas glândulas linfáticas.

TAIT³⁷ (1934) estudou a função biológica do freio, sua elasticidade e extensibilidade, com reprodução gráfica de sua ação e reação, e mostra a não existência de músculos ou estruturas cartilaginosas¹ ou colágenas.

LASCALLA & MOUSSALIT⁴ (1973) citam que histologicamente o freio é formado por três planos:

- 1) Plano mais superficial, constituído por epitélio pavimentoso estratificado, característico da mucosa bucal.
- 2) Plano intermediário, ou lâmina própria formado por tecido conjuntivo de estrutura fibro-elástica, podendo apresentar quantidades apreciáveis de tecido gorduroso, em pessoas obesas.
- 3) Plano mais profundo, sub-mucoso, contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos. JACOBS (1932).

TAYLOR³⁸ (1939) cita, há autores que se opõem à remoção cirúrgica do freio, afirmando que o assim chamado "Freio Anormal" não é a verdadeira causa do espaço dos incisivos centrais no maxilar, nenhuma relação de causa e efeito. Acreditam que o espaço pode ser o resultado de um número de causas, entre as quais enumera:

- 1) Da infância até 10 ou 12 anos de idade, é uma condição normal.
- 2) Hábito da língua, dedo, ou lábio pode produzir diastema.
- 3) Disfunção endócrina. Hipopituitarismo causa hiper desenvolvimento da arcada e conseqüentemente espaço interdental.
- 4) Espaço congênito dos dentes.

- 5) Um lábio curto superior acompanhado pela protusão dentária anterior.
- 6) Deficiência da estrutura dental, tal como incisivos laterais pequenos.
- 7) Um ou mais dentes inferiores anormais, amplos da região anterior.

É bem lembrado que quando existe um diastema entre os incisivos centrais superiores, este espaço precisa ser ocupado por alguma espécie de tecido. Este tecido não é protetor e deve resistir constantemente aos rigores da mastigação. O próprio freio, como também o tecido gengival adjacente, é recoberto com uma camada de epitélio escamoso, tornando-se prontamente enrijecido devido sua função.

HARNDT & Cols¹⁸ (1967) destacam que têm muitas reservas quanto à cirurgia do freio labial. Constatam a presença de pregas musculares desde os lábios até a crista alveolar. Citam ainda os autores, que supostamente estes freios dificultam a alimentação e a fala. Com a erupção dos dentes é que se forma a crista alveolar e o seu desenvolvimento, mudando a topografia da região e as inserções. Isto é justamente o inverso do que acontece na velhice, onde há uma atrofia alveolar, e se verifica novamente a inserção baixa dos freios labiais. Outro aspecto que o autor cita é que os freios não constituem um impedimento à amamentação.

JACOBS²⁰ (1932) classifica os freios labiais anormais da seguinte forma:

- 1) Vasta base em forma de leque sob o lábio.
- 2) Vasta base em forma de leque entre os incisivos centrais.
- 3) Vasta base em forma de leque sobre os lábios e entre os incisivos centrais.
- 4) Vasto freio difuso gorduroso.

MONTI* (1942) classifica o freio labial em três tipos:

- 1) O freio do tipo alargado, mas que apresenta seus bordos direito e esquerdo paralelos.
- 2) O freio em forma triangular, cuja base está voltada para o sulco gengival
- 3) Freio em forma triangular, com base inferior voltada para a papila incisiva.

* MONTI (1942) apud RIES CENTENO, G.A. - Cirurgia Bucal. 6, ed., Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 513-8.

Relativamente à indicação ou contra indicação cirúrgica, assim se manifestam os autores que seguem:

VAUGHAN⁴⁰ (1925) relata que em casos anormais as fibras medianas do orbicular oral passam por baixo, formando uma banda de densas fibras teciduais, as quais não somente alcançam a gengiva, mas passam entre os incisivos centrais e formam uma proeminência inserida em forma de uma papila mesio-lingual. Este tecido hipertrofiado serve para reter ou manter os incisivos centrais separados. O espaço pode variar de 1mm até 5mm. Em alguns casos esta prega fibrosa mostra considerável mobilidade, exercendo uma ativa pressão sobre os dentes durante atividade muscular. Por este motivo é inútil a tentativa de corrigir e manter estes dentes na posição normal sem primeiro remover a causa.

DAVID¹¹ (1931) afirma que a correção precoce na criança é para prevenir irregularidades dos dentes anteriores. Vários graus de anomalias foram achados: de tipo moderado fraco, até verdadeiro grande leque, amontoado com uma ligação na superfície palatal, atrás dos incisivos centrais, próximo às rugas palatais.

Do ponto de vista dos ortodontistas, os incisivos não podem ficar conservados permanentemente em posição normal, se o espaço entre eles encontra-se fechado, até que a massa entre os incisivos seja removida. Os protesistas acham um problema diferente quando o freio está situado anormalmente abaixo ou é demasiadamente grande. Se o freio é operado com insucesso, o fracasso comumente ocorre sob o ponto de vista estético.

JACOBS²⁰ (1932) cita que nenhum freio labial, que possa ser um instrumento causante ou mantenedor da separação dos incisivos centrais, ou causar e manter uma eversão ou inversão do lábio, pode ser cirurgicamente removido, sem primeiramente ter sido diagnosticado e classificado. Vários fatores devem ser tomados em consideração antes de sua remoção cirúrgica. Um freio pode causar uma separação dos incisivos centrais permanentes durante a erupção das suas cúspides. Quando as cúspides chegam para tomar seus lugares no arco, a pressão que eles exercem é na direção mesial. O resultado é a possibilidade do fechamento do espaço entre os incisivos. A operação está indicada somente quando o freio é causador e mantém uma separação dos incisivos, ou causa e mantém uma eversão

ou inversão do lábio.

SHIRAZY³⁶ (1938) afirma que durante o tratamento do freio labial, o prudente para correção tem sido a remoção cirúrgica do mesmo em sua própria posição, seguida por procedimentos ortodônticos para corrigir diastema, quando presente. Concorda com o método de SCHWARTZ & ABBOTT³⁴ (1936), mas sugere que o tratamento ideal é corrigir o diastema por meio ortodôntico e cirurgicamente estabelecer a posição do freio embora as correções ortodônticas sejam indispensáveis.

TAYLOR³⁸ (1939) apresenta as seguintes objeções para a cirurgia do freio labial:

- 1) Ela é desnecessária.
- 2) O tecido cicatricial comumente permanece entre os dentes.
- 3) Possibilidade da criação de uma área anti-estética de tecido mole sob a dobra do lábio.
- 4) o perigo de cortar as fibras transceptais. Estas fibras são componentes do grupo das fibras que compõem a membrana peridental. Elas passam do cimento de um dente para o cimento do dente adjacente. Sua função é manter os dentes em conjunto e suportar a gengiva interproximal.
- 5) A consequência é a perda do controle do lábio e perda da vermelhidão do bordo.
- 6) Muitos ortodontistas sustentam que é mais difícil fechar o espaço e conservar a posição nesses que foram operados, do que naqueles que não o foram. Isto pode ser devido ao corte das fibras transceptais, ou tecido cicatricial, ou ambos.
- 7) Há uma maneira melhor numa má oclusão; seria fechar o espaço por meios ortodônticos de rotina e a desagradável banda de tecido seria eliminada por atrofia da pressão.

CURRAN⁹ (1950) cita que a remoção cirúrgica do freio labial superior tem sido uma questão muito discutida na literatura dental durante cinquenta anos e muitos excelentes trabalhos foram publicados sobre o assunto. Ainda que haja muita diferença de opinião quanto à conveniência de sua remoção, geralmente admite-se que o freio labial superior deve ser ressecado quando anormal, mas deve permanecer quando executa uma

função normal e não interfere com a dentição. O problema está em saber quando um freio é anormal.

Conclusões:

- 1) Como muitos freios labiais superiores são ressecados desnecessariamente, um diagnóstico diferencial apropriado ' deverá ser feito, enfatizando a sua localização e a idade do paciente.
- 2) Como a separação dos incisivos centrais superiores não é resultado do freio anormal em si, mas devido ao seu constante movimento, será suficiente uma ressecção parcial, amputando a conexão entre a porção basal do freio e o tecido interseptal.
- 3) Na maioria dos casos a Frenotomia será acompanhada pelo 'tratamento ortodôntico.
- 4) Nos casos indicados e nos genuinamente duvidosos, a Frenotomia será sempre executada.

OLFIELD²⁹ (1955) conceitua que o freio gongênito pequeno do lábio superior é imperceptível. Se não causa perturbação, no futuro pode ocasionar uma ampla fenda entre os incisivos centrais superiores. Tal fenda é observada ao sorrir e o paciente pode passar a refrear o sorriso. A fenda é motivada pelas pequenas fibras do freio do lábio superior. Uma pequena e simples operação na infância remediará isto.

CLARK & HENRY⁶ (1957) citam que em alguns casos se faz necessária a exêrese do freio labial superior, raramente o inferior. Também os autores citam que sistematicamente não é preciso efetuar tal cirurgia, mesmo com a presença de diastema, pois este, na maioria dos casos, desaparecerá com a erupção dos dentes permanentes e o crescimento do maxilar, concordando em parte com HOWE¹⁹ (1966). Citam os autores que uma remoção incorreta leva a um levantamento exagerado do lábio superior.

KRUGER²³ (1959) cita a necessidade da cirurgia do freio labial, por causar interferência e ter tendência a provocar deslocamento das próteses futuras, quando da movimentação dos lábios.

TUCKER³⁹ (1961) afirma que as frenectomias são tão

simples de efetuar e os resultados são tão coerentes, que poderão ser realizados sempre que forem encontrados freios anormais. O freio labial superior é o tipo mais freqüente.

PUCKETT³⁰ (1961) diz, a excisão do freio labial é uma operação proveitosa na solução de problemas estético, periodontal e ortodôntico, mas muitas operações ultimamente malogram devido à permanência das fibras entre os centrais superiores que não são retirados.

D'ALISE & NAPOLITANO¹⁰ (1963) examinaram clínica e radiograficamente com pacientes durante tratamento ortodôntico. Dos controles obtidos, deduziram que a indicação terapêutica mais adequada, completa e duradoura, independente do tratamento ortodôntico, é a eliminação do freio labial superior, causa principal do diastema.

JAKOBSSON²¹ (1965) realizou um estudo em 133 crianças, de 7 anos de idade, portadoras de diastema inter incisivo superior, examinando-as com intervalos de 6 meses, durante um período de 3 anos. Verificou, que em alguns casos o diastema tende a diminuir, enquanto em outros tendem a aumentar. Constatou também que um freio aumentado sempre influência negativamente no fechamento do diastema.

DENNISON¹² (1965) é de opinião que o freio labial superior, embora por vezes seja imperceptível na infância, na idade escolar pode apresentar uma ampla fenda entre os incisivos centrais, e quando ele se insinua entre estes dentes deve ser excisionado, recomendando a idade entre 9 a 10 anos.

DEWEL¹⁴ (1966) afirma que, desde que a ressecção não esteja indicada, ela não deve ser necessariamente aplicada, mesmo para os casos que persistentemente apresentam separação de um grande freio. Questiona ainda a presença de dois métodos de tratamento que são proveitosos para o raro, questionável freio anormal.

Um é a imediata ressecção cirúrgica. Ele constaria certamente da eliminação do tecido, mas o espaço estaria presente, tanto como a atual causa do resto da separação. A outra presente, é certamente o procedimento mais racional de tratamento, seria recorrer primeiro às manobras ortodônticas. A ressecção cirúrgica em si não teria resultado no fechamento do espaço, até que suas causas reais sejam descobertas, eliminadas e corrigidas. A ressecção cirúrgica não fornece segurança de que o espaço se fechará em virtude da sua realização. Deve ser determinado se o freio realmente é a causa do diastema, ou se a força natural de crescimen

to e desenvolvimento falharam na pressão mesial, exercida nos incisivos centrais, para fechar o espaço de uma maneira normal.

DES ENFANTS¹³ (1966) cita que muitos artigos acerca do freio labial superior foram escritos nos últimos 60 anos. Diz que (...) VAUGHAN⁴⁰ (1925) estabeleceu que o tratamento indicado para o freio é a cauterização, tendo por objetivo cicatrizar a formação tecidual, contraíndo e aproximando as fibras simultaneamente. Todavia VAUGHAN⁴⁰ (1925) preferre remover o freio cirurgicamente. Ele tem poucos pontos de especial consideração.

- 1) O freio labial superior, como qualquer outra estrutura do corpo humano, pode variar no tamanho e volume, dentro de um limite normal.
- 2) O diagnóstico exercitativa e capacitativa em não classificar um freio como anormal, simplesmente porque ele pode estar ampliado ou hipertrofiado, ou devido à presença de um diastema. MOYERS* (1958) declara que o freio é responsável por somente 25% dos diastemas.
- 3) O freio labial superior e o diastema mediano seriam considerados como entidades separadas.
- 4) O diastema mediano é freqüentemente uma ocorrência normal. Deste modo a idade e desenvolvimento dental do paciente devem ser considerados.
- 5) Desde que o freio seja considerado um problema somente na presença de um diastema, as forças tendentes a fechá-lo devem ser apreciadas.
- 6) A maioria dos diastemas é agora tratada ortodonticamente. Frenectomias são algumas vezes realizadas conjuntamente com terapia ortodôntica, ou para facilitar o fechamento do diastema, ou para prevenir recidiva.

GIBBS¹⁵ (1968) cita que o freio labial superior não é a única causa do diastema mediano. Quando outras etiologias são eliminadas, e o caso fracassa após a intervenção ortodôntica, o freio seria então excisado.

LASCALA & MOUSSALII²⁴ (1973) citam as seguintes indicações para tratamento cirúrgico;

MOYERS* (1958) apud DES ENFANTS, J.A. - The Abnormal Labial Frenum. J. Missouri Dent., 46 (8): 9-12, Oct. 1966.

- 1) inserções de freios e bridas próximos ou na gengiva marginal.
- 2) Repuxamento da gengiva marginal pela ação dos movimentos próprios dos lábios e bochechas e o conseqüente aparecimento de bolsa periodontal.
- 3) Melhorar as condições do vestibulo para facilitar a escovação e a colocação de próteses.
- 4) Coadjuvante de outras técnicas cirúrgicas periodontais.
- 5) Freios volumosos, que provocam interferências funcionais, como a fonação.

BERGSTROM⁴ (1973) fez uma investigação para estudar a tração do freio labial superior na persistência do diastema mediano. Quarenta escolares, de 8 para 9 anos de idade, com um freio saliente e um diastema mediano com mais de 1 mm, foram divididos em dois grupos. Um foi submetido a frenectomia; o outro serviu de controle. Dois anos após o início do trabalho o diastema estava fechado mais significativamente no grupo frenectomizado do que no grupo de controle. Todavia o diastema foi gradativamente se reduzindo nos dois grupos, até que dois anos mais tarde não havia diferença significativa.

Vários autores preconizam a cirurgia do freio, sendo que alguns têm se preocupado com a oportunidade em que tal ato deve ser realizado.

VAUGHAN⁴⁰ (1925) afirma que a correção precoce destes casos parece ser de oito a dez anos de idade, contudo bons resultados são obtidos na idade adulta.

SHIRAZY³⁶ (1938) afirma que o tempo oportuno para corrigir esta anormalidade será depois da erupção das cúspides dos incisivos superiores.

CURRAN⁹ (1950) cita que a ressecção cirúrgica será retardada até o paciente atingir 11 ou 12 anos de idade, exceto quando a cirurgia for especificamente indicada.

MEDEIROS²⁷ (1950) afirma que a remoção do freio somente poderá ser feita após os 12 anos, pois nesta idade todos os dentes que poderiam conseguir a atrofia do freio já estão irrompidos.

BRAUER & Coles⁵ (1953) não são pela eliminação precoce do freio labial, antes que ocorra a erupção dos incisivos laterais e caninos. Alegam os autores que a presença da inserção muscular é um estímulo do

crescimento para a expansão da área. Os autores citam ainda que, mesmo após erupção dos 32 23, se não houver uma eliminação ou excisão do freio se c'zva construir aparelhos do tipo "S.S. WHITE" para provocar a aproximação. São contra a aplicação de borrachas (força intensiva, descontrolada, deslissamento elástico e outros).

OLFIELD²⁹ (1955) é de opinião que uma simples cirurgia na infância remediará os inconvenientes de um diastema.

GRIPPAUDO¹⁷ (1962) afirma que a correção cirúrgica do frênulo, que deve preceder a terapêutica ortodôntica, deve ser efetuada após a erupção dos incisivos centrais permanentes, já que a força atuante sobre o frênulo, devido à própria erupção dos incisivos, pode trazer problema posteriormente, tornando supérflua a intervenção.

RIES CENTENO³² (1964) diz da necessidade da remoção cirúrgica e cita como favorável a idade juvenil.

HOWE¹⁹ (1966) revela que em muitos casos os pacientes apresentam uma separação entre os incisivos centrais superiores, que é formada na maioria das vezes pela presença do freio labial que se prolonga até a papila incisiva, o qual é bem destacado quando o lábio é distendido. Outrossim, diz o autor que os ortodontistas poderão solicitar sua remoção cirúrgica, com objetivo de ajudar a terapia de movimentação. Existe grande diferença de opinião entre os ortodontistas no que se refere à relação do freio e o diastema, quanto as indicações e contra indicações do tratamento cirúrgico. O autor acha que, se a cirurgia for indicada, os resultados são compensadores. O autor diferencia "Frenectomia de Frenoplastia", sendo a primeira uma cirurgia por razões ortodônticas e a segunda por razões protéticas. Cita o autor que a maioria dos diastemas provocados por freio desaparecem com a erupção do canino permanente, concordando em parte com CLARK & HENRY⁶ (1957). No entanto cita ainda o autor que os ortodontistas solicitam nesta época a remoção do freio, que tem a finalidade de ajudar na terapia do posicionamento correto.

HARNDT & Cols.¹⁸ (1967) dizem que se de fato o diastema existente é provocado pela presença do freio, está indicada a cirurgia.

Outros fatores responsáveis pelo freio labial superior:

RHODE³¹ (1926) relata que os amplos espaços interproximais, comumente encontrados entre os incisivos superiores, são muitas vezes cau

sados por outras forças e não pela inserção do freio labial superior anormal.

TAYLOR³⁸ (1939) examinando um total de 1067 escolares, de ambos os sexos, dispostas numa idade de 12 para 18 anos, achou um total de 75 com diastema maxilar. O diagnóstico não foi tentado, e não foi feito nenhum esforço para determinar as causas. É evidente que nos setenta e cinco casos observados, um exame mais apurado revelaria que muitos deles eram devidos a causas relacionadas com o freio.

ADAMS¹ (1954) cita que o espaço dos incisivos centrais superiores é atribuído muitas vezes à existência do chamado freio labial anormal e, como regra, é tido como causa única do diastema. Algumas vezes é dito que o freio não causa o espaço dos incisivos centrais e que de fato ele é causado por outros fatores. Uma outra explicação é que o espaço entre os incisivos é uma característica de certas dentições e que o alargamento do freio está simplesmente associado com o espaço dos incisivos, não havendo relação de causa e efeito entre os dois.

DEWEL¹⁴ (1966) relata que, quando presente um simples alargamento do freio, é o resultado, não a causa, e está associado à separação dos incisivos centrais superiores. O hábito de introdução dos lábios entre os dentes, oclusão defeituosa, dentes supra numerários e língua arremetida, estão entre as causas reais da separação dos incisivos centrais. Portanto a existência do freio é devida a outros fatores.

GONÇALVES & Cols.¹⁶ (1970) afirmam que, com a intenção de verificar a realidade da função da inserção baixa do frênulo do lábio em relação a sutura palatina em crianças da cidade de Piracicaba, radiografaram um total de 100 crianças, de ambos os sexos, com idades variáveis de 4 a 12 anos e selecionadas ao acaso. Após terem realizados a análise dos 100 casos, consideraram que a soldadura normal dá-se ao redor dos 7 anos de idade, e concluíram;

- 1) Dos 4 aos 6 anos de idade o frênulo do lábio possui inserção baixa e não existe soldadura dos maxilares.
- 2) Em vista da conclusão acima, pode-se afirmar que existe ausência de soldadura na dentição decídua.
- 3) Na dentição mista, essa ausência de soldadura dos maxilares pode persistir.

- 4) Por analogia, pode-se dizer que, se a falta de soldadura continua na dentição permanente (adulto), alguma causa anormal deve ser relacionada, podendo ser na maioria das vezes má oclusão.

Concernente às técnicas preconizadas para a realização da 'exêrese do freio labial, encontramos as seguintes:

VAUGHAN ⁴⁰ (1925) consultando a literatura especializada e discutindo com investigadores interessados no assunto, indica que a prática comum é remover e destruir o tecido anormal pela cauterização; de fato, o tratamento é também conhecido como "Cauterização do Freio". O objetivo da cauterização é estimular o tecido cicatricial, o qual mais tarde se contrai e aproxima as fibras. Em sua experiência, resultado melhor será obtido pela excisão do tecido redundante; quer dizer, excisão da submucosa e da fibromucosa.

Sob anestesia local e distendido o freio, é incisado em nível com a gengiva e bem acima da dobra gengivo labial. A porção redundante é removida da superfície inferior do lábio. Uma secção triangular do tecido fibroso é então praticada ao longo da linha mediana, usando-se uma tesoura de ponta fina. As margens da face inferior do lábio são tracionadas juntas pela sutura para evitar aderência das faces cruentas. A cura é rápida, em um ou dois dias e geralmente indolor.

RHODE ³¹ (1926) utiliza a seguinte técnica: sob anestesia infiltrativa, o freio é apreendido na sua conexão com o lábio, com uma pinça hemostática. Uma outra pinça hemostática da mesma espécie prende a ligação com o tecido gengival, formando um V muito fechado. É usado um bisturi para separar o freio ao longo da ponta, e por trás da pinça no lado do lábio, e ao longo da ponta superior da pinça no lado gengival. Deste modo a peça do freio em forma de V é removida presa na pinça hemostática. Isto deixa uma abertura elíptica numa superfície interior do lábio, o qual será facilmente fechado. O tecido remanescente do ligamento no lado da gengiva é cauterizado com a lâmina de um eletro-cautério, suficiente para garantir a destruição das fibras. São feitos curativos e em alguns dias as suturas são removidas e inicia-se o tratamento ortodôntico.

JACOBS ²⁰ (1932) diz que o sucesso cirúrgico do freio depen

de da erradicação completa do seu tecido fibroso. O autor sugere duas técnicas simples.

PRIMEIRA TÉCNICA.

- 1) Criar uma incisão em torno da margem posterior da papila palatal.
- 2) Continuar esta incisão contornando mesialmente o incisivo central esquerdo para a dobra mucolabial, cuidadosamente, para não injuriar o pericimeto
- 3) Prosseguir a incisão circular ao longo e mesialmente ao incisivo central direito, em sentido do bordo mucolabial.
- 4) Com uma cureta estreita, escarificar o tecido, iniciando por baixo da eminência palatal, prosseguindo entre os incisivos centrais, até o bordo mucolabial.
- 5) Seguro o bordo libertado e tecido interdental com pinça dente de rato, cortar o tecido livre e bordo mucolabial.
- 6) Com uma cureta afiada remover todo o tecido fibroso abatido do processo alveolar, partindo da fenda labial entre os dentes e terminando onde o bordo palatal estava originariamente.
- 7) Com a extremidade de gaze esterilizada, polir o osso entre os dentes, cuidando para não injuriar o pericimeto. A fenda recém formada preenche-se com coágulo que se organizará e formará tecido fibroso que não separará os incisivos.

SEGUNDA TÉCNICA.

- 1) Estirar o lábio para cima no nariz e distender o freio.
- 2) Fixar uma pinça mosquito sobre a porção labial do freio, tocando sua extremidade na prega mucolabial.
- 3) Utilizar outra pinça hemostática sobre a porção lábio-gengival do freio, formando assim uma aba triangular auxiliada pelas duas hemostáticas.
- 4) Com tesoura ou bisturi afiado corta-se a aba, ao longo

das hemostáticas, removendo a peça de tecido triangular.

- 5) Removem-se as pinças, separadamente.
- 6) Suturar separadamente a muco-membrana e o bordo muco-labial, e uma outra sobre o lábio. Ocasionalmente, uma terceira sutura é necessária, para unir membrana mucosa abaixo do bordo avermelhado.
- 7) A técnica continua de acordo com a preconizada para o tipo anterior.

OPERAÇÃO PARA LÁBIO VERSÃO;

Quando o freio é curto e tem uma vasta base sobre o lábio, este, ao falar ou gargalhar, torna-se invertido dando a aparência do lábio duplo. Isto pode ser corrigido facilmente, após excisar a aba triangular do freio. A técnica é a seguinte:

- 1) Fazer uma incisão através a membrana da mucosa do lábio; 1 cm. abaixo e paralelo ao bordo avermelhado; esta incisão se estende no comprimento do denominado duplo lábio.
- 2) Fazer outra incisão do vértice da fibra mucosa do freio até a extremidade da primeira incisão.
- 3) Excisar o tecido entre os incisivos.
- 4) Suturar os lábios da ferida.

MEAD * () o autor sugere utilização de duas técnicas:

PRIMEIRA TÉCNICA

Realiza-se uma incisão contornando o freio em toda a extensão e chegando em profundidade até o osso. Separa-se o freio da inserção óssea com um destaca periosteio. O freio, estando dissecado, secciona-se o seu limite superior. Os bordos da ferida são reunidos com sutura

*MEAD apud RIES CENTENO, G.A. - Cirurgia Bucal. 6. ed., Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 529-30.

sendo que no limite superior, com sutura em três direções.

SEGUNDA TÉCNICA

Nos casos em que o freio prolonga-se para a papila palatina, a cirurgia se realiza contornando o freio e prolongando-se em direção palatal, mas sem atingir o foramen palatino anterior. Os bordos da ferida cirúrgica são suturados com vários pontos de sutura com seda ou linho. Para evitar a grande hemorragia que se verifica pelas incisões que se realizam na enucleação do freio, utilizam-se pinças "KOCHER" (mosquito); uma no limite superior do freio vizinho ao lábio, a outra paralela e apoiada sobre o processo alveolar dos dentes. O freio é ressecado por baixo das pinças, que são retiradas após sutura.

FEDERSPIEL *(1933) utiliza a seguinte técnica; com anestesia local infiltrativa, se levanta o lábio superior de modo que o freio fique tenso; com um bisturi de lâmina curta, se circunscreve uma forma oval, na direita e esquerda do freio atingindo até a profundidade do osso. O autor não secciona a extremidade alveolar do freio, o qual se escarifica com galvanocautério. A porção do freio circunscrito pela incisão se toma com uma pinça de "KOCHER" ou pinça de dissecação; desloca-se o tecido por meio de um descolador. Os bordos da ferida cirúrgica se reúnem com três pontos de sutura.

L'HIRONDEL & AROCNOWICZ²⁵ (1935) após a antisepsia da mucosa com água oxigenada e anestesia local infiltrativa com novocaína, o lábio é levantado bem alto de maneira a estender o freio. Esta tração dá uma forma triangular, com um vértice superior e uma base antero inferior. O freio é então seccionado num golpe de tesoura. A secção da parte superior do freio é efetuada no meio e até o ápice superior, isto é, até o fundo sulco lábio vestibular seguindo a bissetriz do triângulo. A ferida feita pela tesoura em forma losângica determinada pela ação de certos músculos dos lábios em particular, pela ação do grande zigomático, do elevador da asa do nariz e do lábio superior. Esta imagem losângica pode ser decomposta em dois triângulos, reunidos por suas bases ao nível do sulco vestibulo-labial. O triângulo superior corresponde à ferida labial. O inferior, à ferida gengival. Os dois são atravessados por um pequeno rasgo ou marca branco-nacarada for

* FEDERSPIEL (1933) apud RIES CENTENO, G. A. - Cirurgia Bucal. 6. ed., Buenos Aires; El Ateneo, 1964, p. 527.

da pelo feixe fibro elástico situado ao centro do freio, entre as duas folhas de mucosas. O feixe do triângulo labial pode ser dissecado ou abandonado a si mesmo. O feixe gengival, ao contrário, deve ser dissecado por bisturi, com cuidado, até atingir a borda gengival inter-incisiva. A seguir, procede do seguinte modo:

- a) Emprego da rugina curva tipo "VEAV" para destacar e separar o feixe de fibras da fibro mucosa vizinha e, sobretudo, para deslocar esta última do osso e permitir deslizamento e aproximação ulterior desta fibro mucosa.
- b) Curetar cuidadosamente, com uma pequena cureta direita do tipo "CHOMPRET", a pequena goteira alveolar anterior, e se necessário, o bordo inferior. Com uma pinça de dissecar, retirar a saliência fibrosa livre de todas inserções.
- c) Suturar a ferida com fio de seda preta oftamológica nº 0 ou nº 1, principiando pela base. Utilizar uma agulha curva para sutura profunda do menor tipo e de porta agulha do tipo "DOYEN". Uma sutura muito importante e bem posicionada é aquela que reúne a base comum dos dois triângulos, superior e inferior, labial e gengival. O acompanhamento operatório é simples e sem história. A cicatrização se opera por primeira intenção. Os fios são retirados entre o quarto ou sexto dia. Uma única vez o autor verificou um hematoma num jovem de 18 anos.

KELSEY²² (1939) afirma que a operação consiste em distender o lábio para cima, puxar e distender o freio segurando por uma pinça cirúrgica, exatamente abaixo do ponto onde desejar a incisão. Esta é feita por cima da pinça, após o freio ter sido dissecado da gengiva e da porção inter-incisiva central, profundamente, primeiro do lado direito e, após, sobre o esquerdo, enquanto o freio é puxado, delicada mas firmemente, para cima com a pinça. Este freio é forçado com firmeza; efetua-se uma incisão oblíqua tão profunda quanto possível, separando as fibras brancas do freio

CURRAN⁹ (1950) afirma que a técnica para uma operação de frenotomia é muito simples, e o procedimento toma tempo muito curto para concluir. O lábio é tracionado para fora e para cima, esticando e dis-

tendendo o freio. Em seguida, a área operatória é pintada com uma solução antisséptica conveniente; uma pinça mosquito é fixada no freio com a inclinação para a sua base de aproximadamente 4 para 5mm acima da crista gengival. A localização desta pinça determina a amplitude da futura base do freio e atua como um lábio retractor, limitando também a hemorragia no campo operatório. Em cada lado da base do freio é feita uma incisão, inferiormente para a crista alveolar, entre os incisivos centrais. Após o deslocamento deste tecido, a lâmina cortante é levada para baixo da face da pinça hemostática para completar a amputação da saliência de tecido. A remoção desta porção do freio elimina o movimento indesejável do tecido entre os dois incisivos centrais. A pinça então é removida e uma sutura é localizada na parte mais alta da área excisada. Esta sutura não é absolutamente necessária, mas controla o sangramento excessivo. O fio escolhido é catgut 000 que não necessita ser removido. Quando há enorme tecido volumoso entre os dois incisivos centrais, a incisão pode estender-se lingualmente até a base do freio e a papila incisiva no palato, mas somente com o propósito de remoção do enorme excesso de tecido, com a finalidade de encerrar o espaço ortodonticamente, pois os dois incisivos centrais não se unirão sem esta assistência ortodôntica. Este resultado favorável pode não ocorrer na maioria dos casos.

OLFIELD²⁹ (1955) sob anestesia geral, o tecido é incisionado desde a fenda entre os dois processos alveolares da maxila. O osso duro é escariado com um pequeno elevador de periosteio. Uma incisão transversa é feita através do estreito freio debaixo do lábio. A mucosa é incisionada em cada lado e a ferida é reparada por uma sutura longitudinal.

CKARK & HENRY⁶ (1957) recomendam segurar o lábio bem distendido; seccionam o freio com tesoura na parte do rebordo alveolar na face labial ou base do triângulo formado pelo freio, em seguida suturam com pontos isolados.

KRUEGER²³ (1959) apresenta como técnica as incisões clássicas como "Z, V, Y", e ainda os retalhos deslizantes de "BUROW". Recomenda outra técnica usada em forma de "diamante", ou seja, a preensão com pinça hemostática na porção intermediária do freio labial, incisão acima e abaixo da pinça, em seguida sutura.

TUCKER³⁹ (1961) apresenta a seguinte técnica: A área dos

incisivos superiores é anestesiada labial e palatalmente pela infiltração de solução anestésica. Sobre o palato, uma incisão semi lunar, com $\frac{3}{8}$ de polegadas de comprimento e a largura de espaço interproximal, abrangendo a papila incisiva. Labialmente será feita uma incisão em forma de "V" seguindo o contorno do freio. A porção do freio inserida na superfície íntima do lábio será retirada com tesoura. O freio labial anormal é rechaçado do osso subjacente e removido com elevador de periosteio. Uma faixa de gaze iodoformada será inserida e atapetada no espaço entre o osso exposto e o lábio.

BATAILLE & Cols³ (1962) apresentam três técnicas;

PRIMEIRA

- a) Incisão transversal sobre o freio paralelo ao rebordo alveolar;
- b) Deslocamento e remoção da fibrose.
- c) Sutura com utilização de três (3) pontos.

SEGUNDA

- a) Incisão em forma de "V" em volta do freio.
- b) Deslocamento da mucosa e retirada do freio.
- c) Sutura da parte superior e inferior.

TERCEIRA

- a) Zetoplastia.

RIES CENTENO³² (1964) em sua técnica provoca uma modificação do freio sem eliminá-lo. Realiza duas incisões profundas até o osso, paralelas ao freio, e uma perpendicular ao rebordo ou final do vértice do freio. Provoca o deslizamento em bloco da parte incisionada, suturando em plano mais alto. Uma porção do periosteio fica descoberto, que se preencherá com tecido de granulação. Proteção do periosteio exposto com gaze iodoformada ou não. Realiza dois a três pontos separados na parte superior, e sutura inferiormente o periosteio para fixar nova inserção do freio. Cobre-se a ferida com esponja gelatinosa ou com cimento cirúrgico; ou ainda com gaze para hemostasia, deixando-se a ferida sarar espontaneamente. Se o diastema for muito grande, confecciona-se um aparelho ortodôntico para reduzir o espaço como também recomenda-se durante a operação realizar algumas perfurações no septo inter-radicular, na direção médio sagital, para debilitar o osso. A radiografia é importante antes da cirurgia para eliminar a hipótese de mesiodens.

HOWE¹⁹ (1966) realiza o ato cirúrgico sob uma anestesia local com pré-medicação. O lábio é tracionado para cima pelo assistente durante toda a cirurgia, quase em ângulo reto com a superfície da maxila. O freio tenso, facilita a dissecação e hemostasia. A incisão é feita nos dois lados do freio, na parte labial, até o espaço inter-incisivo e em seguida avança em direção palatal, para a dissecação cuidadosa do tecido fibroso inserido no tecido ósseo. Os pontos são efetuados separadamente, incidindo-se na porção labial e em seguida na palatal. Mormente não é difícil atuar entre os incisivos centrais que permitem o acesso durante a ressecção.

ARCHER² (1966) apresenta três técnicas com finalidade específicas:

PRIMEIRA

Remoção da hipertrofia labial superior interessando a colocação de prótese.

- a) Distende-se o lábio para cima e para frente.
- b) Utiliza a técnica das duas pinças mosquito. Uma na parte superior, na junção gengivo labial, e outra na inferior, paralela à porção vestibular da maxila.
- c) Incisiona-se por baixo das pinças o freio no sentido maxilo labial.
- d) Sutura em ponto separado.

SEGUNDA

Remoção do freio labial como um auxílio para o tratamento ortodôntico ou para corrigir o diastema dos incisivos centrais superiores.

- a) Distende-se o lábio para cima e para a frente.
- b) Utiliza a técnica das duas pinças mosquito. Uma na parte superior, na junção gengivo labial, e outra na inferior, paralela à porção vestibular da maxila.
- c) Incisiona-se por baixo das pinças o freio no sentido maxilo labial.
- d) Em seguida utiliza uma pinça para preensão do freio que vem formar a papila palatina, que é incisado pelo lado

direito e esquerdo, respectivamente, sem contudo atingir o foramen naso palatino.

- e) Sutura em pontos separados.
- f) Colocação de gaze furacinada.

TERCEIRA

Técnica para o reposicionamento e ligação do músculo depressor do lábio.

- a) Distende-se o lábio para cima e para frente.
- b) É feita uma incisão transversal ao freio, justamente onde ele se fixa e interpõe aos incisivos centrais superiores. Em seguida, realiza duas incisões ao longo da inserção interproximal do freio, em direção da papila palatal, até as duas incisões se encontrarem, quando o freio é removido.
- c) A esta altura, a inserção baixa do músculo depressor do lábio é liberada e repósicionada num plano mais alto, com auxílio de pontos de sutura.
- d) Coloca gaze iodoformada.

HARNDT & Cols.¹⁸ (1967) utilizam uma incisão em forma de "V". A incisão terá que atingir o osso, e a inserção conjuntiva do freio incisionado até a papila incisiva; sabe-se quando se corta corretamente porque o freio parece saltar elásticamente.

LASCALA & MUSSALII²⁴ (1973) idealizaram uma técnica onde não realizam sutura, ou ainda pinças hemostáticas e apresentam os seguintes passos:

- a) Anestesia infiltrativa terminal.
- b) Incisão em dois planos. Primeiro na mucosa alveolar e a segunda no periosteio. As incisões são feitas perpendiculares ao rebordo alveolar.
- c) Manobras de separação para expor o periosteio que incisionado para expor o plano osseo.
- d) Se se constatar a presença de um remanescente do freio, é eliminado por meio de cortadores de cutícula ou tesoura.
- e) Colocado cimento cirúrgico.

4 - P R O P O S I Ç Ã O

4 - PROPOSIÇÃO

Apesar da frenulectomia constituir-se num ato cirúrgico relativamente simples, pode-se depreender da revista da literatura, ser notório que o comportamento dos autores, em relação a esta condição, é diferente.

Tivemos ensejo de constatar a acentuada discrepância entre os autores, relativo à técnica recomendada, como divergem também quanto à indicação e ainda se controvertem em relação à idade oportuna para a prática do ato cirúrgico.

Diante dos aspectos acima evidenciados, despretenciosamente nos propusemos a:

- 1) Apresentar, discutir e comprovar as vantagens e a simplicidade de uma técnica de frenulectomia por nós modificada.
- 2) Verificar a indicação ou contra-indicação desta condição.
- 3) Equacionar a época oportuna para realização de mesma.

5 - MATERIAL E MÉTODO

5 - MATERIAL E MÉTODOS

5.1 - MATERIAL

5.1.1 - CASUÍSTICA

O material empregado para execução do presente trabalho está representado por pacientes registrados na Divisão de Cirurgia oral, do Departamento de Estomatologia do Centro Bio-Médico, da Universidade Federal de Santa Catarina, e Escolas Públicas da rede Estadual como também pacientes fichados no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Governador Celso Ramos.

Esta pesquisa, como se pôde constatar da Introdução, teve seu início em 1974 com a catalogação de quarenta e três pacientes, obtidos como mostragem de um total de quatrocentos e vinte e dois (422) pacientes registrados no Serviço de Triagem do Curso de Odontologia, acrescidos de pacientes encaminhados pela Divisão de Odontopediatria. As observações clínicas da existência de Freios são anteriores ao início do presente trabalho, as cirurgias foram iniciadas após um estudo seletivo da amostragem, e vem se desenvolvendo até esta data, atentamente, procurando realizar um número maior, baseando-se sempre em observações criteriosas quanto a indicação e resultados obtidos.

A casuística do presente trabalho está assim representada:

PACIENTE	IDADE	SEXO	CÔR	POSIÇÃO DAS COROAS
01	M. B.	M	B	CONVERGENTES
02	S.S.F.	M	B	PARALELAS
03	P.O.S.	M	B	PARALELAS
04	L.C.	F	B	PARALELAS
05	M.A.J	F	B	CONVERGENTES
06	C.P.C.	F	B	DIVERGENTES
07	S.V.	F	B	PARALELAS
08	M.A.L.	M	B	PARALELAS
09	B.J.M.	M	B	PARALELAS
10	M.C.	M	B	PARALELAS
11	O.S.	M	B	PARALELAS
12	J.C.S.	M	B	CONVERGENTES
13	P.L.F.	M	B	PARALELAS
14	R.E.P.	F	B	DIVERGENTES
15	C.R.D.	M	B	PARALELAS
16	N.R.	M	B	PARALELAS
17	M.L.M.	F	B	DIVERGENTES
18	V.D.N.	M	B	DIVERGENTES
19	E.L.S.	F	B	PARALELAS
20	R.H.G.	M	B	DIVERGENTES
21	M.G.S.	F	B	CONVERGENTES
22	A.R.S.	M	B	PARALELAS
23	C.W.V.	F	B	PARALELAS
24	M.S.C.	M	B	PARALELAS
25	M.A.C.	M	B	CONVERGENTES
26	A.F.	M	B	PARALELAS
27	A.O.S.	M	B	PARALELAS
28	D.F.	F	B	PARALELAS
29	C.S.C.	F	B	PARALELAS
30	A.L.S.F.	M	B	PARALELAS
31	R.C.	F	B	PARALELAS
32	R.I.S.T.	M	B	CONVERGENTES
33	J.O.E.	M	B	PARALELAS
34	R.M.B.	F	B	CONVERGENTES

35	C.A.C.	7	M	B	PARALELAS
36	M.G.	7	M	B	PARALELAS
37	J.J.S.	6	M	B	CONVERGENTES
38	G.C.	8	M	B	PARALELAS
39	S.A.J.	7	M	B	PARALELAS
40	A.A.L.	7	M	B	DIVERGENTES
41	I.C.S.	7	F	B	PARALELAS
42	V.M.L.	10	M	B	PARALELAS
43	M.B.				

(1) NOME DO PACIENTE: *Iniciais do Nome.*

(2) IDADE : *Em número de anos.*

(3) SEXO : F = *Feminino*; M = *Masculino.*

(4) CÔR : B = *Leucoderma*; P = *Melanoderma.*

(5) POSIÇÃO DAS COROAS; *Fig. A, B, C.*



Fig. A - Coroas Paralelas.



Fig. B - Coroas Divergentes.



Fig. C - Coroas Convergentes.

5.1.2 - INSTRUMENTAL

As incisões são efetuadas com ' bisturi tipo "Bard Parker", com lâminas permutáveis nº 11 e 15. A diêrese do freio na porção labial é e fetuada com auxílio de tesoura tipo "Metzemaun" reta e a divulsão com tesoura "Metzemaun" curva. Cureta para osso tamanho pequeno. Destaca periosteio ' ou descolador pequeno e instrumental para sutura. Fig. 5 - 10.

5.1.3 - MATERIAL

Fio de sutura usamos sempre "Mononylon" 4 ou 5/0 com agulha montada ou ainda o tipo "Dexon" 4 ou 5/0 com agulha montada. Cimento cirúrgico.

5.1.4 - PRONTUÁRIO

O prontuário constou do preenchimento de uma ficha do paciente, onde foram registrados:

a) DADOS DE IDENTIDADE

Nome, estado civil, profissão, naturalidade, residência, recomendado por.

b) DADOS TÉCNICOS

Idade, sexo, cor, peso, altura, compleição física.

c) ARQUIVO TÉCNICO

Diagnóstico (s).

d) HISTÓRIA CLÍNICA - ANAMNESE

Queixa Principal (motivo principal da necessidade do paciente).

Avaliação do Risco Cirúrgico (Doenças anteriores, uso de medicamentos, história alérgica, sangramentos anormais, aparelho respiratório, circulatório, digestivo, cirurgias anteriores, estado psicológico).



Fig. 5 - 10 - Instrumental.

Histórico do Estado Atual (O que representa para o paciente a anormalidade, até a presente data o que já foi feito).

Dados pessoais (Relação entre o defeito e as funções orgânicas, relações entre o defeito e a vida social).

e) EXAME OBJETIVO

Do conjunto oro-maxilo-facial. Tipo de freio, extensão aproximada, diastema, orientação das coroas.

f) EXAMES RADIOGRÁFICOS

Radiografia periapical sistematicamente, acrescida de outras quando foram necessárias para o caso.

g) EXAMES LABORATORIAIS

Sangue: hemograma completo.

Demais exames foram solicitados quando houve indicação.

h) PRÉ-OPERATÓRIO

Compreendendo as medidas clínicas necessárias e perfeitamente indicadas.

i) DOCUMENTAÇÃO

Prontuário do paciente, exames, radiografias, fotografias, modelos e outros.

j) AMBIENTE CIRÚRGICO

A terapêutica cirúrgica foi efetuada no Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos e nas instalações da Divisão de Cirurgia Maxilo Facial da UFSC.

l) INDICAÇÃO

Entendemos que a frenulectomia está perfeitamente indicada, quando a presença do freio for o fator determinante de distúrbios estéticos ou funcionais.

m) IDADE

Concordamos com aqueles que afirmam que cada caso é um caso em particular, achamos que a frenulectomia deva ser efetuada após um estudo com o ortodontista, ou a partir, sistematicamente, da erupção dos caninos, quando o paciente apresentar-se após esta idade.

5.2 - MÉTODO

Dois métodos são preconizados para a cirurgia do freio labial: com finalidade protética ou estética e com finalidade ortodôntica. Para o primeiro, seguimos a técnica recomendada por outros autores, portanto, perfeitamente dispensável qualquer registro no presente trabalho. Para o segundo, ou seja, com finalidade ortodôntica, temos preconizado, há longa data, uma técnica simples, rápida e eficiente, resultando sempre em absoluto sucesso, como temos tido oportunidade de comprovar durante muitos anos em que temos empregado o método. Compreende a excisão completa do freio labial superior presente entre os incisivos centrais superiores. Fig. 5 - 1.

Deveremos considerar os seguintes aspectos:

5.2.1 ANESTESIA

Pacientes hospitalizados, a indicação foi anestesia geral. Os realizados com anestesia local, com o tipo infiltrativa terminal bilateral ao freio na região labial, ligeiramente afastada da fibro mucosa, justamente para evitar mascarar sua característica anatômica, pelo edemaciamento. A região palatal é anestesiada com o mesmo tipo de anestesia. Fig. 5 - 2.



Fig. 5 - 1 - Frenio labial superior.

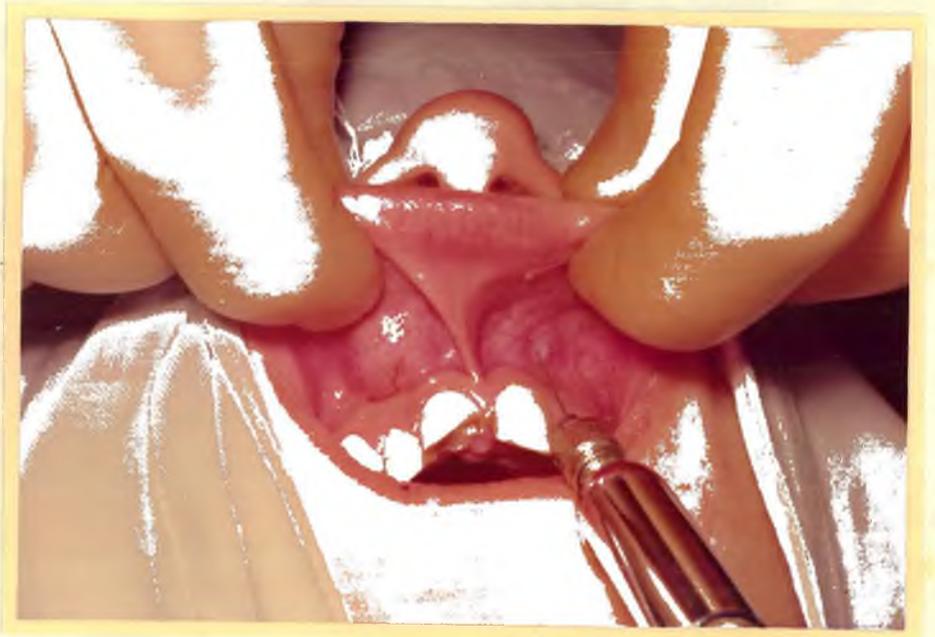


Fig. 5 - 2 - Anestesia infiltrativa terminal.

5.2.2 - 1º TEMPO

Distende-se o lábio superior para frente e ligeiramente para cima, com intento de mantê-lo firme e destacar nitidamente sua forma triangular, bem como sua extensão perfeitamente delimitada. Preferimos sempre efetuar este levantamento do lábio, com os dedos das mãos [Auxiliar] justamente com o objetivo de não provocar traumatismos. Fig. 5 - 3.

5.2.3 - 2º TEMPO

Com uma tesoura reta tipo "Metzemaum", secciona-se o freio cortando apenas a mucosa superficial, 2/3 superiores da face externa do triângulo formado pelo freio, com uma inclinação aproximada em 45º em relação ao processo alveolar dos dentes. A ferida cirúrgica adquire uma forma losângica. Fig. 5 - 4.

5.2.4 - 3º TEMPO

Em seguida, com auxílio de uma tesoura de ponta romba tipo "Metzemaum" realizamos uma divulsão, com a finalidade de expor o periosteio e provocar o afastamento de estruturas fibro-elásticas, redundando esta manobra cirúrgica numa imediata liberação e deslocamento da base ou vértice do triângulo, formado pelo freio com mínimo de sangramento e sem injúrias teciduais. Complementamos este passo com sutura de um, dois ou, no máximo três pontos nesta área, com a finalidade de provocar hemostasia e evitar consequente edema do lábio. Fig. 5 - 5, 5 - 6.

5.2.5 - 4º TEMPO

A partir do primeiro corte, efetuam-se



Fig. 5 - 3 - Lábio distendido.



Fig. 5 - 4 - Incisão tesoura, ângulo aproximado 45°.

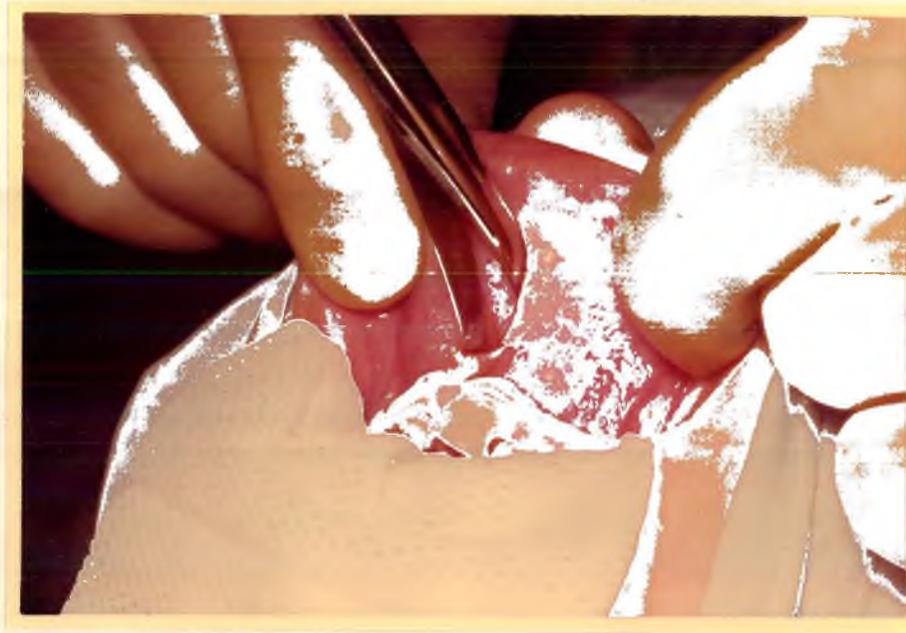


Fig. 5 - 5 - Divulsão tesoura romba das estruturas fibro elásticas.



Fig. 5 - 6 - Sutura porção superior do freio.

duas incisões com bisturi, de ambos os lados da fibro mucosa, em profundidade até o osso, e orientadas em direção à papila inter incisiva que também é abrangida pela lâmina do bisturi, que continua até a eminência formada pela papila palatina, que é cuidadosamente contornada. Fig. 5 - 7.

5.2.6 - 5º TEMPO

Com um escariador pequeno, procede-se a curetagem com fim de eliminar resquícios da fibro mucosa de vestibular para palatal, com a finalidade de obter uma fenda livre, que irá de vestibular a palatal. Fig. 5 - 8.

5.2.7 - 6º TEMPO

A área cirúrgica será protegida com cimento cirúrgico que permanecerá por cerca de 6 a 7 dias. Fig. 5 - 9.

5.2.8 - PÓS OPERATÓRIO

É perfeitamente tolerável para o paciente; apenas são administrados medicamentos de rotina, como analgésicos, anti inflamatórios e, em alguns casos, antibióticos, além das instruções quanto à higiene oral.

5.2.9 - REMOÇÃO DE PONTOS

Após 6 a 7 dias do ato cirúrgico.

5.2.10- ALTA

Completadas 3 semanas, verificamos uma total reparação clínica dos tecidos. Observa-se então a nova posição criada para o freio, na sua porção labial, e a sua ausência na porção alveolar das maxilas. Os pacientes ficam ainda sob nosso controle por mais seis meses.



Fig. 5 - 7 - Incisão bilateral do freio na sua parte inferior.

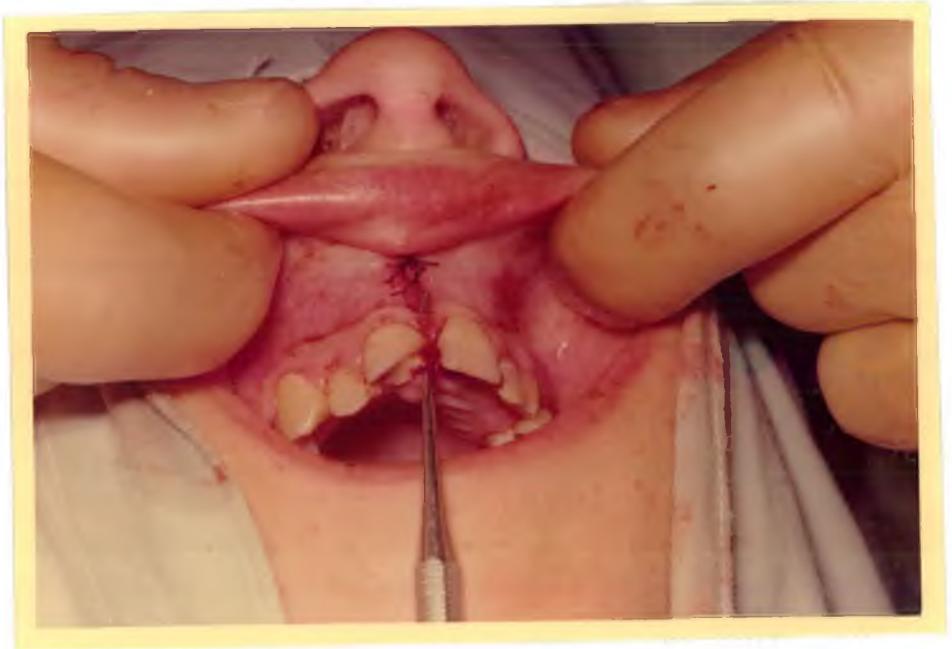


Fig. 5 - 8 - Curetagem do espaço interproximal.



Fig. 5 - 9 - Cimento Cirúrgico.

FICHA CLÍNICA

DATA: ____ / ____ / 19__.		Nº ____
<u>IDENTIFICAÇÃO.</u>		
NOME:		
RESIDÊNCIA: rua nº zone		
NACIONALIDADE: NATURALIDADE:		
RECOMENDADO POR: ENDEREÇO:		
<u>DADOS TÉCNICOS.</u>		
IDADE: SEXO: CÔR:		
PÊSO :		
COMPLIÇÃO FÍSICA:		
<u>ARQUIVO TÉCNICO.</u>		
DIAGNÓSTICO (s) :		
.....		
<u>HISTÓRIA CLÍNICA</u>		
<u>QUEIXAS PRINCIPAIS.</u>	<u>HISTÓRICO DO ESTADO ATUAL.</u>	
<u>AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO</u>		
DOENÇAS ANTERIORES		
USO DE MEDICAMENTOS (antibióticos, corticóides, diuréticos)		
HISTÓRIA ALÉRGICA		
SANGRAMENTOS ANORMAIS		
AP. RESPIRATÓRIO		
CIRCULATÓRIO		
DIGESTIVO		
CIRURGIAS ANTERIORES		
ESTADO PSICOLÓGICO		

DADOS PESSOAIS.

RELAÇÃO ENTRE O DEFEITO E AS FUNÇÕES ORGÂNICAS:

RELAÇÕES ENTRE O DEFEITO E A VIDA SOCIAL:

EXAME OBJETIVO.

TIPO DE FREIO

EXTENSÃO

DIASTEMA

ORIENTAÇÃO DAS COROAS

OBSERVAÇÕES:

EXAMES RADIOGRÁFICOS:

DOCUMENTAÇÃO.

FILME:

MOLDES:

DATA: ___ / ___ / 19 ___.

HORA: _____

PACIENTE HOSPITALI
ZADO.

OPERADOR: AUXILIAR:

ANESTESIA:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A simples Revista da Literatura nos conduz a admitir que o emprego da frenulectomia ou frenotomia labial, em todas as épocas, têm preocupado grandemente os estudiosos do assunto e, pelo que ainda podemos deduzir desta mesma revista, o tema continua controvertido, sendo objeto de celeuma constante.

Temos tido oportunidade de verificar que para o mesmo fim, inúmeras são as técnicas preconizadas por um número assaz representativo de autores. Alguns têm se preocupado com a técnica que objetive uma melhoria estética ou protética, enquanto outros, com objetivo precípuo ortodôntico, muito embora hajam autores que preconizem erroneamente a primeira com finalidade da segunda.

Uma técnica cognominada em " Z " têm sido proposta por BATAILLE & Cols³ (1962) KRUGER²³ (1959), sem maiores detalhes e outros seguidores, talvez mesmo porque venham mistificar uma intervenção tão single, uma vez que não tem outra finalidade a não ser estética ou protética. O mesmo pode ser dito para a técnica em " Y " apregoada ainda por KRUGER, (1959).

A técnica conhecida por alguns como "DIAMANTE", é realmente simples consistindo num simples corte de tesoura da fibro mucosa, suturando em seguida. Como finalidade protética ou estética, somos favoráveis, como também o são FEDERSPIEL* (1933), CLARK & HENRY⁶ (1957). Uma variação tem sido idealizada por BATAILLE & Cols³ (1962) e outra por LASCALA & MOUSSALII²⁴ (1973) baseadas em corte horizontais, sendo que este último autor acrescenta outras finalidades afora a frenulectomia.

Já o KRUGER²³ (1959) e RIES CENTENO³² (1964) complicam esta intervenção e nós discordamos do método, aplicando incisões que permitam o deslizamento do freio, que passa a ter uma inserção mais alta. Entretanto é WASSMUND* (1935) quem consegue uma maior mistificação deste ato cirúrgico.

FEDERSPIEL* (1933) apud RIES CENTENO, G.A. - Cirurgia Bucal. 6. ed. , Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 527.

WASSMUND* (1935) apud RIES CENTENO, G.A. - Cirurgia Bucal. 6. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 527.

Outros autores empregam também a técnica "DIAMANTE", apenas em maior amplitude e com auxílio de hemostáticas. RHODE³¹ (1926), ARCHER I² (1966) e COHEM⁷ (1957) apreendem a fibra mucosa do freio com duas pinças hemostáticas e praticam a ressecção do freio, com corte procedido por trás das hemostáticas, enquanto JACOBS²⁰ (1932) pratica a ressecção da fibra mucosa, pela frente das hemostáticas; o primeiro autor ainda emprega o eletrocautério e, este último, a escarificação, com o que não concordamos, por não se tratar de intervenção com objetivos ortodônticos e por ser desnecessária. Além do mais, provoca uma ampla ferida e hemorragia, que exige vários pontos de sutura, e ocasionam muito incômodo pós-operatório e frequentemente edema do lábio superior.

A técnica muito conhecida "V" e sutura posterior é empregada por muitos autores como BATAILLE & COLS³ (1962), VAUGHAN⁴⁰ (1925), KELSEY²² (1939), KRUGER²³ (1959), MEAD I⁹, L'HIRONDEL & ARONOVICZ²⁵ (1935). Apesar de ter finalidade estética ou protética, muitos apologistas do método a têm empregado com finalidade ortodôntica. Também discordamos destes autores por razões óbvias.

Além da técnica anterior, MEAD II⁹ apresenta uma técnica losângica semelhante a MEAD I⁹, continuando a ressecção da fibra mucosa até o palato. TUCKER³⁹ (1961), HOWE¹⁹ (1966) e CURRAN⁹ (1950) utilizam-se inicialmente da técnica em "V" e a seqüência até a papila inter-incisiva palatal como em MEAD II. Entretanto JACOBBS²⁰ (1932) e OLFIELD²⁹ (1955) usam estas técnicas, porém, em sentido contrário, isto é, iniciam do palato para vestibular. A técnica é mais demorada do que a preconizada por nós, além de exigir vários pontos de sutura e sangramento abundante. ARCHER² (1966), seguido por muitos autores, usa praticamente o mesmo método, só que inicia como em ARCHER²: (1966) isto é, utilização de duas hemostáticas, por trás das quais executa a ressecção da fibra mucosa gengivo labial anterior, continuando a intervenção como em MEAD^{*} II. Todavia, como já foi mencionado anteriormente, a primeira parte do ato provoca uma grande ferida cirúrgica, exigindo muitos pontos desnecessários e prejudiciais. Discordamos das técnicas apresentadas por estes autores, uma vez que exigem grandes cortes, sangramento abundante e vários pontos de sutura, principalmente em MEAD II, o ARCHER II² e seus seguidores, fron

MEAD* apud RIES CENTENO, G.A. - Clinical Bucal. 6. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 529.

talmente contrários ao nosso método, que consiste numa incisão superficial, seguida de divulsão dos tecidos, o que por si só já previne uma ferida isenta de sangue, praticamente, exigindo apenas dois e até um só ponto de sutura, seguido de exêrese do filete fibro-mucoso até o palato.

ARCHER III² (1966) têm um método ainda mais sofisticado, ao sugerir que, antes da ressecção da fibro mucosa, seja feito um deslizamento da parte posterior do freio, como em ARCHER I² (1966), método que encontra total apoio de COHEM⁷ (1957). Além dos inconvenientes já citados incorre no aumento do tempo cirúrgico.

Relativamente à controvérsia se o freio labial tem consequências desagradáveis ou não, conseguimos registrar que ADAMS¹ (1954), RHODE³¹ (1926), TAYLOR³⁸ (1939) e DEWEL¹⁴ (1966) asseguram que outros fatores podem ser responsáveis pelos diastemas, enquanto VAUGHAN⁴⁰ (1925), OLFIELD²⁹ (1955), KRUGER²³ (1959), JAKOBSON²¹ (1965), DENNISON¹² (1965), DES ENFANTS¹³ (1966) pensam de modo contrário. Em nossa pesquisa não tivemos elementos para tal análise.

Em nossa investigação, estamos em desacordo com VAUGHAN⁴⁰ (1925), TAIT³⁷ (1934) e BERGSTROM⁴ (1973), que simplesmente indicam a frenulectomia, como estamos também em desacordo com DAVID¹¹ (1931), SHIRAZY³⁶ (1938), BRAUER & Cols.⁵ (1953), OLFIELD²⁹ (1955), CLARK & HENRY⁶ (1957), KRUGER²³ (1959), ARCHER² (1966), PUCKETT³⁰ (1961), TUCKER³⁹ (1961), RIES CENTENO³² (1964), DENNISON¹² (1965), JAKOBSON²¹ (1965), HOWE¹⁹ (1966) e outros. Entretanto nosso trabalho está em acordo com JACCOBS²⁰ (1932), CURRAN⁹ (1950), DEWEL¹⁴ (1966), DES ENFANTS¹³ (1966), HARNDT & Cols.¹⁸ (1967) e GIBBS¹⁵ (1968), que preferem praticar a frenulectomia somente quando devidamente indicada e quando for causa de distúrbios estéticos ou funcionais.

Com referência à idade adequada, verificamos que as opiniões dos autores são controvertidas. VAUGHAN⁴⁰ (1925) recomenda dos 8 aos 10 anos de idade; CURRAN⁹ (1950) de 11 aos 12 anos de idade ou quando especificamente indicado; MEDEIROS²⁷ (1950) aos 12 anos; DAVID¹¹ (1931) preconiza a idade precoce, enquanto RIES CENTENO³² (1964), a idade juvenil. Já

SHIRAZY³⁶ (1938) elege como oportunidade após erupção das cuspides dos incisivos centrais; BRAUER & Cols.⁵ (1933) depois da erupção dos laterais e caninos, sendo que HOWE¹⁹ (1966), após erupção dos caninos e opinião do ortodontista. Estamos em desacordo com estes autores, pois somos de opinião que a frenulectomia somente deverá ser realizada quando especificamente indicada sempre na dependência de cada caso em particular, e de comum acordo com o ortodontista, ou a partir, sistematicamente, da erupção dos caninos, quando o paciente apresentar-se após esta idade.

7 - CONCLUSÕES

7 - CONCLUSÕES

Levando em consideração as condições experimentais, a presente investigação, a revista da literatura especializada e com base nos resultados obtidos, parece-nos lícito concluir que:

- 7.1 - A técnica descrita e por nós modificada reveste-se da maior simplicidade, menor tempo operatório e eficiência comprovada.
- 7.2 - Estará sempre indicada quando especificamente recomendada.
- 7.3 - A oportunidade indicada para o ato cirúrgico, estará na dependência de cada caso em particular, opinião do ortodontista, e sistematicamente a partir da erupção dos caninos, quando o paciente apresentar-se após esta idade.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- 1 - ADAMS, C.P. - The Relation of Spacing of the upper central incisors to abnormal fraenum labii and other fractures of the Dento-Facial complex. Dental Record., 74: 72-86, Mar. 1954.
- 2 - ARCHER, W.H. - Oral Surgery, 4 ed. Philadelphia, Saunders, 1966, p. 242-50.
- 3 - BATAILLE, R. et alii - Chirurgie Maxilo Faciale. Julien Prêlat, Paris, 1962, p. 30-3.
- 4 - BERGSTROM, K. et alii - The effect of superior labial frenectomy in cases with midline diastema. Am. J. Orthodont. 63: 633-8, Jun 1973.
- 5 - BRAUER, J. et alii - Odontologia para Niños. 3 ed. Buenos Aires, Mundi, 1953, 149-50.
- 6 - CLARK, & HENRY. - Practica de la Cirurgia Oral. Philadelphia, Saunders, 1957, p. 271-74.
- 7 - COHEM, M.M. - Odontologia Pediátrica. Buenos Aires, Mundi, 1957, p. 359.
- 8 - CROWLEY, R.E. - An Anatomic anomaly of the Maxillary Labial Frenum. Amer. J. Orthodont., 42: 142-9, 1956.
- 9 - CURRAN, M. Superior Labial Frenotomy. J. of the Amer. Dent Assoc., 41: 419, 1950.
- 10 - D'ALISE, L. & NAPOLITANO, M. Diastema Interisisivo. Arch. Stomat. 4: 145-53, 1963.
- 11 - DAVID, A.D. - Surgical Correction of a Abnormal Frenum Labii. J. Amer. Dent. Assoc., 18: 282, 1931
- 12 - DENNISON, W.M. - Elective Surgery in infancy and childhood. Dent Abstr., 10 (8): 501, Aug. 1965.

* De acordo com PNB/66 - ABNT - 1964.

Abreviaturas de Periódicos - World Medical Periodicals.

- 13 - DES ENFANTS , J. A. - The Abnormal Labial Frenum. J. Missouri Dent., 46 (8): 9-12, Oct. 1966.
- 14 - DEWEL , B. F. - The Labial Frenum, Midline Diastema, and Palatine Papilla. A clinical Analysis. Dent. Clin. N. Amer. Mar. 1966.
- 15 - GIBBS , S.L. - The Superior Labial Frenum and its orthodontic considerations. New York Dent. J., 34: 550-3, Nov. 1968.
- 16 - GONÇALVES , N. et alii - Avaliação da Relação Existente entre o Frênulo do lábio e sutura palatina em crianças da cidade de Piracicaba. Rev. Farm. e Odont., 358: 105-28, Dez. 1970.
- 17 - GRIPPAUDO , G. - Vantaggi Della Frenectomia. Ann Stomat., 11: 701-07, 1962.
- 18 - HARNDT , E. & Colo. , . - Odontologia Infantil - Patologia, diagnóstico terapêutica de la boca y de los maxilares en la niñez . Buenos Aires, Mundi, 1967, p. 421.
- 19 - HOWE , L.G. - Minor Oral Surgery. 1 ed. Bristol, John Wright e Sons, 1966, p. 120-2.
- 20 - JACOBS , M.H. - The abnormal Frenum Labii. Dent. Cosmos., 74: 436 - 9, 1932.
- 21 - JAKOBSSON , S.C. - Diastema mediale en longitudinell undersökning , Dent. Abstr., 10 (8): 500, Aug. 1965.
- 22 - KELSEY , H.E. - When is the Frenum Labium a Problem in Orthodontics. Am. J. Orthod. , 25: 124-9, 1939.
- 23 - KRUGER , G.O. - Tratado de Cirurgia Bucal. Saint Louis, Mosby, 1959, p. 134-6.
- 24 - LASCALA , T.N. & MOUSSALII , H.N. - Cirurgia Muco-Gengival uma nova Técnica de Frenectomia e Bridectomia. Rev. Assoc. Paul. Cirurgia Dent., 27 (3): 135-40, Mai/Jun, 1973.
- 25 - L'HIRONDEL , MM. & ARONOWICZ. - Remarques a Propos de la Resection ' Chirurgicale du frein gingivo-labial superieur et des brides gingivo-jugales. Rev. Stomat., 37: 436 - 55, 1935.

- 26 - McDONALD , R.E. - Pedodontics. Saint Louis, Mesley, 1963, p. 30-4.
- 27 - MEDEIROS , P. - Função do Freio do Lábio. Rev. Bras. Odont. 8 (45) : 146, Mai/Jun. 1950.
- 28 - NOYES , H.J. - The Anatomy of the Frenum labii in new born infants. Angle Orthodont., 5: 3-8, 1935.
- 29 - OLFIELD , M.C. - Congenitally short frenula of upper lip and tongue. Lancet., 268: 528-30, 1955.
- 30 - PUCKETT , J. B. - The effective Frenectomy. Dental Digest. 67: 373, 1961.
- 31 - RHODE , A.C. - The Federspiel technic for removal of abnormal frenum. Int. J. of Orthodontis., 12: 378, 1926.
- 32 - RIES CENTENO , G.A. - Cirurgia Bucal. 6 ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 513-8.
- 33 - SCHRAM , W.R. - Técnicas de Cirurgia Oral. Rio de Janeiro, 1960, p. 134-6.
- 34 - SCHWARTZ , A.B. & ABBOTT , T.R. - The Rational Treatment of Abnormal Frenum . , Am.F.Dis. Child., 52:1061-64, Nov.1936
- 35 - SEWERIN , I. B. Frenulum labii superioris. Tandlaegebladet. 73: 443-56. Jun. 1969.
- 36 - SHIRAZY , E. - The Frenum labii superioris. J. Amer. Dent. Ass., 25: 761-2, 1938.
- 37 - TAIT , C. H. - The Median fraenun of the upper lip and its influence on the spacing of the upper central incisor teeth. Dent. Cosmos. 76: 991-2 , 1934.
- 38 - TAYLOR , J. E. - Clinical Observations relating to the normal and abnormal frenum labii superioris. Am. J. Orthod. 25: 646-50 , 1939.
- 39 - TUCKER , B. - Frenectomy. Dental Survey., 37: 1137, 1961.
- 40 - VAUGHAN , H.S. - A brief Review of the frenum labium in relation to malocclusion and its treatment. Int. J. of Orthodontics., 11 : 245, 1925.