



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

Descrição das características do Freio Labial Superior em pré-escolares de Passo Fundo-RS.

AUTOR PRINCIPAL: Francieli Cazarotto

CO-AUTORES: -

ORIENTADOR: Juliane Bervian

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo-RS

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa foi fazer um levantamento epidemiológico das características do Freio Labial Superior em pré-escolares de Passo Fundo-RS.

Há uma aceitação comum pela maioria dos autores quanto aos aspectos embriológicos, anatômicos e histológicos do freio labial. Por outro lado, há muita controvérsia sobre o que constitui um freio normal, as consequências lesivas do freio patológico e a terapêutica mais adequada. Assim, verificar a prevalência e incidência é indispensável ao planejamento clínico, principalmente sendo prévio a uma indicação cirúrgica em crianças. A frenectomia deveria ser uma indicação cirúrgica sempre baseada na melhor evidência científica, por isso uma revisão com busca literária é importante.

A pesquisa tem como objetivos verificar as características dos freios labiais e suas prevalências em pré-escolares da cidade de Passo Fundo. Avaliar quais as características anatômicas do freio labial superior são mais prevalentes; Verificar qual a diferença na prevalência de freios normais e alterados nesta amostra estudada; Verificar qual o local de inserção do freio labial superior é mais prevalente na amostra estudada; Avaliar quais as indicações de tratamento para o freio labial superior referidas pela literatura atual.

DESENVOLVIMENTO:

Metodologia

O estudo foi realizado nas Escolas de Educação Infantil na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. A população alvo do estudo foi constituída por crianças de 0 a 6 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas nas Escolas Municipais de Educação Infantil da cidade.

Os dados do exame foram anotados em uma ficha clínica. Os critérios utilizados para avaliar o frênulo labial são baseados na classificação de Sewerin (1971) que identifica as características morfológicas e de Placek *et al.* (1974) de acordo com o local de inserção do frênulo. O exame foi realizado através da elevação e distensão do lábio superior com o auxílio dos dedos da mãos enluvados após anotados em uma Ficha clínica .

Resultados

A pesquisa foi realizada com 304 crianças pré-escolares de 0 a 5 anos de idades das escolas de Passo Fundo-RS, destas 159(52%) são do gênero feminino e 145 masculino (48%), sendo 216 crianças (71%) de raça branca e 88 (29%) não brancas. Foi mais prevalente a idade de 37 a 60 meses, com 152 crianças, representando metade da amostra (50%).

Em relação as características morfológicas do freio labial superior tivemos a prevalência de normalidade, verificando-se que o freio labial simples esteve presente em 235 crianças (77,3%) enquanto o freio do tipo teto-labial persistente em 26 delas (8,6%).

Em relação ao local de inserção do freio labial superior nas crianças examinadas, verificou-se uma prevalência de inserção na gengiva inserida 155 (51%), seguidas da mucosa alveolar e papila interdental, 65(21,4%) e 64 (21%), respectivamente e ainda a inserção do tipo penetrante em 20 (6,6%).

Discussão

No presente trabalho, encontramos os tipos morfológicos de freios labiais superiores descritos por Sewerin (1971), com exceção ao tipo freio labial com recesso que não foi observado

nesta amostra de crianças. É um resultado próximo ao trabalho de Dias-Pizan *et al.*, (2006), que utilizaram, crianças com faixa etária próxima à nossa. De 304 pré-escolares examinados nas escolas de educação infantil do município de Passo Fundo, metade delas tinham entre 37 e 60 meses.

Encontramos normalidade em 88,5% dos casos, enquanto que as anormalidades somaram 11,5%. De acordo com a literatura, considera-se freio normal, os freios labiais com as características de morfologia a seguir: freio simples, freio simples com nódulo e freio simples com apêndice. Já para os padrões de anormalidade são citados os freios que se apresentem com as características morfológicas do freio bífido, freio com recesso, duplo e o freio teto labial persistente, este último, sendo o mais relevante. Sewerin (1971).

As crianças estudadas nesta amostra foram na faixa etária de até 06 anos de idade, todas na dentição decídua. Sendo critério de exclusão a presença de dente permanente. Para a definição de indicação de tratamento cirúrgico este é um critério de avaliação, pois na fase decídua poucos autores indicam qualquer procedimento invasivo, porque quando comparada a posição do freio labial no recém nascido e em idades mais avançadas, ocorre uma melhora na inserção do mesmo (Haytac e Ozcelik, 2006; Dias-Pizan *et al.*, 2006; Kiran *et al.*, 2007; Lamenha *et al.*, 2007; Bonecker *et al.*, 2009; Gusmão, 2009; Macedo *et al.*, 2012).

Na fase da dentadura mista, inúmeras dúvidas surgem, se por um lado é fisiológico a fase do patinho feio, e ocorre o fechamento dos espaços entre os incisivos, em alguns casos isso não acontece, ou por necessidade de espaço, ou por questões ortodônticas, e então ocorre a indicação da cirurgia (Lamenha *et al.*, 2007; Macedo *et al.*, 2012).

Na dentição permanente, a indicação muda para a questão estética. Após a erupção dos permanentes, caso a criança não tenha realizado tratamento ortodôntico a presença de diastema anterior não reflete uma situação confortável (Lamenha *et al.*, 2007).

Diante disso, a literatura recomenda cautela na execução de procedimentos cirúrgicos do tipo frenectomia, mostrando uma tendência de intervenção tardia, após erupção dos caninos permanentes, ou após a fase do patinho feio, uma vez que a quase totalidade das pesquisas demonstram uma diminuição da prevalência deste tipo de freio com o avançar da idade (Walter, 1980; Abraham e Kamath, 2014).

Em relação a técnica cirúrgica, a literatura mostra inúmeras vantagens para a utilização do laser. Evidencia-se uma redução no edema, do trauma e das cicatrizes pós-operatórias, não tem necessidade de suturar a ferida cirúrgica, além da quantidade de material anestésico ser reduzida. A montagem do campo operatório tradicional também é dispensada, tal como a utilização de diversos instrumentos, o que pode facilitar a aceitação da cirurgia por parte do paciente odontopediátrico (Gontijo *et al.*, 2005; Bagga *et al.*, 2006; Santos *et al.*, 2007; Gomes *et al.*, 2010). No entanto é imprescindível que o cirurgião dentista esteja capacitado para a utilização de tais tecnologias e tome as medidas de precaução cabíveis ao procedimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- O frênulo labial de maior prevalência foi o simples, seguido de simples com apêndice coincidência com teto labial persistente, simples com nódulo, duplo, bifido, com recesso e duas ou mais variações.
- Prevalência de normalidade, em 88,5% dos freios considerando freio simples, freio simples com nódulo, freio simples com apêndice e 11,5% anormalidade, teto labial persistente, freio bifido, com recesso, duplo e duas ou mais variações.
- O tipo de inserção mais prevalente foi mucosa alveolar, seguida de gengiva inserida, papila interdental e penetrante.
- A técnica cirúrgica com utilização do laser tem inúmeras vantagens, no entanto é imprescindível que o cirurgião dentista esteja capacitado para a utilização de tais tecnologias e tome as medidas de precaução cabíveis ao procedimento.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, R.; KAMATH, G. Midline diastema and its aetiology--a review. *Dent Update*, v.41, n.5, p.457-460, 2014.

BAGGA, S.; BHAT, M.; BHAT, G.S.; THOMAS, B.S. Esthetic management of the upper labial frenum: a novel frenectomy technique. *Quintessence Int*, v.37, p. 819-823, 2006.

BONECKER M; GUEDES PINTO AC; RODRIGUES CRMD. *Fundamentos de Odontologia: Odontopediatria*. São Paulo: ed. Santos, p.290, 2009..

CAVALCANTE JÁ; XAVIER P; MELLO-MOURA ACV; ALENCAR CJF; IMPARATO JCP. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso. *Rev Inst Ciênc Saúde*, v.27, n.3, p. 290-4, 2009.

GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. *Periodontia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1217,1983.

CURRAN, M. Superior labial frenotomy. *J Am. Dent. Assoc.*, v.41. n.4, p. 419-422, Oct. 1950.

DEWEL, B. F. The labial frenum, midline diastema and palatine papilla: a clinical analysis. *Dent. Clin. N. Amer.*, v.10, n.3, p. 175-184, Mar. 1966.

DIAZ-PIZÁN ME; LAGRAVÈRE MO; VILLENA R. Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition. *J Dent Child*, v.73, n.1, p. 11-4, 2006.

FLINK A; PALUDAN A; MATSSON L; HOLM AK; AXELSSON I. Oral findings in a group of newborn Swedish children. *Int J Paediatr Dent*, v.4, n.2, p. 67-73 1994.

FISCHER TJ; PSALTIS GL. The diastema and the abnormal frenum. *ASDC J Dent Child*, v.48, n.4, p.268-8, 1981.

FONOFF RDN. Cirurgia em Odontopediatria. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, p. 137-53, 2002.

FOWLER EB; BREAUULT LG. Early creeping attachment after frenectomy: a case report. *Gen Dent*, v.48, n.5, p. 591-3, 2000.

GOJITO I; NAVARRO; HAYPEK P; CIAMPONI AL; HADDAD AE. The Applications of diode and Er:Yag Lasers in labial frenectomy in infant patients. *J Dentistry for Children*, v.72, n.1, p. 10-15, 2005.

GOMES, A.S.; LOPES, M.W.; RIBEIRO, C.M. Radiação laser: aplicações em cirurgia oral. *Inter journal of Dentistry*,v.6, n.1, p. 17-20, 2010.

GUSMÃO ES. Inserção e morfologia dos freios labiais. *Odontologia. Clín Científ*, v.8, n.2, p. 133-9, 2009.

HAYTAC, M.C.; OZCELIK, O. Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scapel techniques. *J Periodontal*, n.77, p. 1815-1819, 2006.

KARIMBUX N; WARA-ASWAPATI N. Defeitos mucogengivais. In: BIMSTEIN E et al. *Saúde e doenças periodontais e gengivais: crianças, adolescentes e adultos jovens*. São Paulo: Editora Santos, n.4, p. 49-71, 2003.

KIRAN, K.; MUTHU, M.S.; RATHNA, P.V. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Ped Prev Dent*, v.25, n.1, p. 23-26, 2007.

KIVOVICS P; JÁHN M; BORBÉLY J; MÁRTON K. Frequency and location of traumatic ulcerations following placement of complete dentures. *Int J Prosthodont*, v.20, n.4, p.39-401, 2007.

LAMENHA EGR, GUIMARÃES RP, VICENTE SILVA CH. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. *Int J Dent*, v.6,n.1, p.2-6, 2007.

MACEDO, M.P.; CASTRO, B.S.; PENIDO, S.M.M.O.; PENIDO, C.V.S.R. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. *RFO, Passo Fundo*, v.17, n.17, p.332-335, 2012.

MASSAD JJ; ANDERSON JF. Hamular frenum modification: a removable denture prosthesis retention and stability enhancement. *Int J Periodontics Restorative Dent*, v.21, n.2, p.193-9, 2001.

MELLO-MOURA AC; CADIOLI IC; CORREA MS; RODRIGUES CR; De NARDI FONOFF R. Early diagnosis and surgical treatment of the lower labial frenum in infancy: a case report. *J Clin Pediatr Dent*,v.32, n.3, p. 181-3, 2008.

MEYER RM; LIMA JRS. Estudo da morfologia do freio labial superior em escolares de São José dos Campos. *Rev Odontol UNESP*,v.24, n.2, p. 441-50, 1995.

PLACEK M; SKACH M; MRKLAS L. Problems with the lip frenulum in parodontology. I. Classification and epidemiology of tendons of the lip frenulum. *Cesk Stomatol*, v.74,n.5, p. 385-91, 1974.

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 Odontol Univ São Paulo*, v.11, n.3, p. 195-205, 1997.

SANTOS VIM; KORYTNICKI D; ANDO T; LASCALA NT. Estudo da prevalência dos diferentes tipos de freio labial superior na dentição decídua. *Rev Fac Odontol São Paulo*, v.23,n.2, p. 129-35, 1985.

SANTOS, E.S.; IMPARATO, J.C.; ADDE, C.A.; MOREIRA, L.A.; PEDRON, I.G. Frenectomia a laser (Nd:Yap) em odontopediatria. *Rev Odonto*, n.15 v. 29, p. 1-7-113, 2007.

SEWERIN IB. Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. *Acta Odontol Scand* , v.29, n.5, p. 487-96, 1971.

WALTER LRF. Prevalência dos diferentes tipos de freio labial em escolares londrinenses. *Rev Ass Paul Cirurg Dent*, v.34, n. 5, p. 426-31, 1980

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo através do site: <http://www.uniara.com.br/comite/pfbrasil> e aprovado pelo parecer

CAAE número: 48023315.1.0000.5342

ANEXOS

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.