

## Freio teto labial- da anatomia a cirurgia

Julia Ruana Abreu **ALVES**<sup>1</sup>, Renan Bezerra **FERREIRA**<sup>2</sup>

### Resumo

O freio teto labial é uma prega que vai do lábio superior a mucosa alveolar, conectando uma estrutura móvel a outra fixa, tal estrutura anatômica está presente em toda a população e quando apresenta alguma situação de anormalidade essa estrutura pode causar certos desconfortos como diastema mediano, acúmulo de placa bacteriana pois dificulta a higienização pode também afetar a fonética e interferir negativamente na movimentação labial. Com o desenvolvimento do processo alveolar o mesmo pode mudar de tamanho, forma e inserção. O tratamento se dá por intervenções cirúrgicas como frenectomia que consiste em remover totalmente o freio labial e a frenotomia que consiste em remover parcialmente o freio labial.

**Palavras- chave:** Freio Labial Superior. Diastema. Frenectomia. Freio Labial.

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de graduação em odontologia do centro universitário do planalto central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC

<sup>2</sup> Mestre e Especialista em Odontopediatria, Especialista em ortodontia, Docente no Centro Universitario do Planalto Central Professor Aparecido dos Santos- UNICEPLAC-DF

**Como citar este artigo:** Alves JRA, Ferreira RB. Freio Teto Labial- da Anatomia a Cirurgia.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

**Autor para Correspondência:** Julia Ruana Abreu Alves  
Endereço: Ponte Alta Norte Rua do Rodobelo Ch. 42 Cond. Bem Viver Casa 09, Gama CEP: 72426-035

email: [juliaruana@hotmail.com](mailto:juliaruana@hotmail.com)

Categoria: Revisão de literatura  
Área: Pediatria, Periodontia

### Introdução

O equilíbrio do conjunto dentofacial contribui positivamente para o bem estar das pessoas pois um belo sorriso traz confiança, otimismo e melhora a relação entre as pessoas refletindo diretamente em toda a saúde, porém pode

haver falhas nesse equilíbrio interferindo diretamente na auto estima do indivíduo. Dentre essas falhas pôde-se incluir o diastema ou espaços intersectais, que se define por um espaço extra que se forma entre um ou mais dentes, embora não seja um problema de saúde bucal pode atingir qualquer região do arco dentário sendo mais comum aparecer nos dentes incisivos centrais superiores trazendo desconforto estético<sup>1</sup>.

O freio labial é um dos responsáveis pelos diastemas sendo descrito como um tecido fibroso de formato triangular que em condições normais inicia-se na porção média vestibular, cerca de quatro milímetros acima da papila dos incisivos centrais<sup>2</sup>.

A função do freio labial é de limitar os movimentos do lábio, ou seja, impedir movimentos exagerados promovendo a estabilização da linha média e impedir a exposição excessiva da gengiva<sup>3</sup>.

Como opções de tratamento cirúrgico temos a frenectomia e a frenotomia onde ambas possuem o objetivo de correção e eliminação desta anomalia anatômica. A primeira consiste na eliminação total da fibra já a segunda é a eliminação parcial apresenta alta taxa de recidiva em pacientes adultos. Tais técnicas são procedimentos simples, pouco traumático e apresentam prognóstico favoráveis<sup>4</sup>.

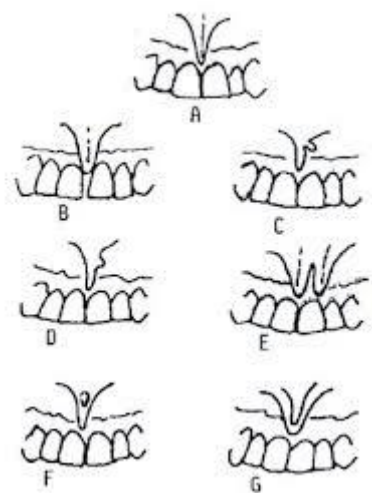
O objetivo do presente estudo é relatar com base em artigos acadêmicos desde a morfologia até a cirúrgica de freios labiais anormais e proporcionar o melhor entendimento a respeito das indicações cirúrgicas.

## Revisão de literatura

O freio labial apresenta-se como uma dobra inserida na mucosa alveolar que se estende até a mucosa de revestimento, controlando os movimentos vestibulares do lábio superior e frequentemente apresenta alterações morfológicas<sup>5</sup>. O freio labial, quando apresenta alguma anormalidade, pode causar diversas alterações como diastema, retração gengival, restrição dos

movimentos labiais e problemas de fonação. Esta anormalidade pode ainda dificultar a escovação dentária e provocar uma movimentação da gengiva marginal facilitando o aparecimento de doença periodontal, causado pelo acúmulo de placa bacteriana<sup>6</sup>.

Em 1971, Sewerin elaborou uma classificação para os freios labiais superiores e os dividiu em dois grupos: o primeiro grupo é o das variações (normalidade) no qual são listadas as características morfológicas dos freios, já o segundo é das anormalidades no qual os demais tipos são enquadrados dentro de suas características funcionais e morfológicas. As variações de normalidade são: Freio Simples, Simples com apêndice e Simples com nódulo. As anormalidades foram classificadas como: Freio Bífido, Com recesso, Teto-labial persistente, Duplo e a coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades<sup>2,7,8</sup>. (figura 1)



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

G-Bívido.

Figura 1- Esquema demonstrativo dos diferentes tipos de frênulos labiais superiores proposto por SEWERIN (1971).

Para diagnosticar as anomalias do freio é necessário um bom exame clínico e radiográfico. Os sinais clínicos são: inserção baixa na margem gengival ou na papila interproximal, isquemia da papila na face palatina quando o freio é tracionado e a presença de diastema interincisal mediano<sup>2</sup>.

O tratamento para o freio anormal é, geralmente, cirúrgico, podendo-se optar por frenectomia (remoção total do freio cirúrgico objetivando a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas, bem como a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais.)<sup>10</sup>, frenotomia (secção do freio sem eliminá-lo) ou ainda pela reinserção do freio, que consiste em mudar a sua inserção de posição. Apesar de a frenectomia apresentar-se como uma técnica cirúrgica relativamente simples, há várias modificações de técnicas e diferentes análises visando o melhor pós-cirúrgico<sup>6</sup>.

Para que o resultado final seja o melhor possível para o paciente e para o profissional o planejamento de cada caso deve ser uma parte de extrema importância, planejado criteriosamente, para assim

atender as necessidades de cada paciente, sendo assim é necessária muita responsabilidade do profissional para a eleição do tratamento mais adequado<sup>11</sup>.

## Discussão

O freio labial é uma estrutura anatômica de formato triangular e fino, tem o início de sua formação no terceiro mês da fase intra uterina. Em condições normais suas pregas se localizam do tubérculo do lábio até a porção média vestibular do processo alveolar, apesar de que seja possível observar essa inserção mais abaixo. Histologicamente é composto por três planos: epitélio estratificado pavimentoso queratinizado próprio da mucosa bucal situado na parte mais externa; lâmina própria que é formado por tecido conjuntivo denso e frouxo que se situa na parte intermediária e por fim e mais profundo sub-mucoso compondo-se de glândulas mucosas e vasos linfáticos<sup>7,8,11, 12,13</sup>.

Em circunstâncias normais os frenulos labiais não costumam ser causadores de distúrbios significativos para a Odontologia. Porém estão profundamente ligados a questões estéticas e outras especialidades da odontologia. Quando os freios labiais fogem da normalidade podem resultar em dificuldade de higienização, problemas fonéticos, diastema entre

outros<sup>2, 7, 14, 15</sup>.

Vale ressaltar que durante o desenvolvimento o freio labial pode sofrer uma atrofia, mudando de forma, inserção e tamanho, podendo sair naturalmente de uma condição de anormalidade para uma condição de normalidade<sup>8,14,15</sup>. Caso essa mudança não ocorra mesmo após a erupção dos elementos anteriores permanentes e o freio manter-se na palatina pode ser necessária intervenção cirúrgica<sup>8,14,16</sup>.

O diagnóstico de anormalidade se dá pela análise clínica que é realizada pelo teste de bowers no qual se fundamenta no tracionamento do lábio, para cima e lateralmente se a papila isquemiar ou se movimentar o diagnóstico de anormalidade estará confirmado, confirmando também a necessidade de correção do problema<sup>2,18,19,20</sup>.

A cirurgia é proposta exclusivamente em casos extremos, em problemas clínicos, mastigatórios, funcionais, higiênicos e fonéticos. Para tal diagnóstico se realiza um plano de tratamento que se deve, antes de tudo, aguardar o nascimento dos caninos permanentes, pois, até então pode ocorrer o fechamento do diastema pela erupção dos caninos resultando na correção espontânea do freio<sup>19,20,21</sup>. A indecisão aparece na hora de determinar qual intervenção cirúrgica deve ser eleita, a remoção total do freio labial (frenectomia), ou apenas a reposição

ou remoção parcial do freio (frenotomia). A frenotomia apresenta altas taxas de recidiva em pacientes adultos<sup>20,21,22</sup>.

Há duas técnicas existentes para a realização da frenectomia: a técnica convencional na qual o freio labial é totalmente apreendido com pinças hemostáticas e posteriormente removido com uma lâmina de bisturi, e em seguida faz-se a sutura dos tecidos restantes. A segunda técnica cirúrgica substitui o uso do bisturi por lasers e elimina a necessidade de sutura<sup>20,23,24</sup>.

A utilização do laser em frenectomias traz alguns benefícios vantajosos como menor tempo cirúrgico, selamento das terminações nervosas, ausência de dor pós-operatória, contudo o uso dos lasers tem um valor elevado e para a sua utilização é necessária capacitação específica, o que é um fator restritivo para sua utilização<sup>20,21,23,24</sup>.

## **Conclusão**

Quando identificado alguma anormalidade no freio teto labial sua correção é fácil e eficaz, podendo evitar desconfortos futuros para o paciente. Sendo assim um bom diagnóstico feito no tempo adequado somado a escolha de uma técnica cirúrgica adequada resulta no sucesso do tratamento e na melhora da qualidade de vida do paciente.

---

## Brake Ceiling Lip - From Anatomy to Surgery

### Abstract

The lip roof brake is a fold that goes from the upper lip to the alveolar mucosa, connecting a mobile structure to a fixed one, such an anatomical structure is present in the entire population and when it presents an abnormal situation, this structure can cause certain discomfort such as median diastema, accumulation of plaque because it makes it difficult to clean can also affect phonetics and negatively interfere with lip movement. With the development of the honeycomb process it can change in size, shape and insertion. The treatment is given by surgical interventions such as frenectomy, which consists of completely removing the labial frenum and the frenotomy, which consists of partially removing the labial frenum.

**Descriptors:** Upper Lip Brake. Diastema. Frenectomy. Lip Brake.

---

### Referências

1. Schneid N, Regio MRS, Baldissera RA, Martos J. Fechamento de diastema entre incisivos centrais permanentes com o tratamento ortodôntico associado a restauração adesiva. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2012.
2. Kiran K, muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Ped Prev Dent*. 2007; 23-26.
3. Gontijo I, navarro RS, haypek P, ciampono AL, haddad AE. The Applications of diode and Er:Yag Lasers in labial frenectomy in infant patients. *J Dentistry for Children*. 2005; 72(1):10-15.
4. Prato GP, Clauser C, Cortellini P. Periodontol plastic and mucogingival surgery. *Periodontol* 2000. 1995;9:90-105.
5. Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2012.
6. Kina jr, Iuvizuto er, macedo apa, kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. *Rev. Odontol Araçatuba*. Araçatuba, v. 26, n. 1, p. 61-4, 2005.
7. Ribeiro ILA, Fernandes TL, Trigueiro CFM, Junior MDM. Avaliação dos padrões de morfologia e inserção dos freios labiais em pacientes da clínica-escola de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – PB. *Rev. odontol.UNESP vol.44 no.5 Araraquara Sept./Oct*. 2015
8. Braga AT, Quelemes PV, Moura WL, Moura WL, Descrição da Morfologia dos Frênulos Labiais Superiores em Escolares de Teresina, *Rev. Cir. Traumarol. Buco-Maxilo-fac*. v.7, n.3, p.59-64, jul./set. 2007.
9. Sewerin I, Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. *Acta. Odontol. Scand*, v.29, n. 4, p. 486-496, Oct. 1971.
10. Almeida, I. F. Especialista em periodontia: freio labial superior: aspectos gerais e tratamentos. 2006. 36 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Periodontia, Centro de Aperfeiçoamento e Especialização Sinodonto (caes - Mt), Cuiabá, 2006
11. Levin EI. Dental esthetics and the golden proportion. *J Prosthet Dent*. 1978; 40(3):244-52.
12. Coletton SH. Mucogingival surgical procedures employed in re-establishing the integrity of the

- gingival unit (III). The frenectomy and the free mucosal graft. *Quintessence Int Dent Dig.* 1977;8(7):53-61. 2.
13. Costa HSd, Farias IOB, Cardoso CG. Frenectomia labial superior como terapia no fechamento de diastema interincisal. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2009;63(4):308-13
  14. Goldman BF, Cohen DW. *Periodontia.* 1983
  15. Santos PD, Osorio SRG, Franzin LCS. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research- NJSCR.* Vol.8, n.2, pp.41-46, 2014.
  16. Diaz-Pizan ME, Lagravère MO, Vilena R. Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition. *J. of Dentistry For Children-* 73:1, 2006.
  17. Haddad AE, Fonoff RDV. Freio teto labial persistente. Diagnóstico e tratamento cirúrgico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2000;3(12):125-9.
  18. Bowers GM. A Study of the Width of Attached Gingiva. *Journal of Periodontology,* 34(3), 201–209.
  19. Koorra K, Muthu M S, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007;25:23-6.
  20. Rosa PMM, Rosa PSM, Levi YLAS, Nogueira MC, Vieira FFSL, Silveira EMV, Maia LP; Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. *Braz J Periodontol-Março 2018- Vol.28-issue 01.*
  21. Vieira PR, Fragelli CMB, Cavalheiro JP, Santos-Pinto L, Pansani CA, técnica de frenotomia para correção de freio labial superior em odontopediatria, *Ver. Uningá.* Vol.19, n.3, pp.41-43 (Jul-Set 2014).
  22. Valladares Neto J, Ribeiro AV, Silva Filho OG. O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: análise de pontos fundamentais. *Rev. Odontologica do Brasil Central,* 6(19), 1996.
  23. Haytac MC, Ozcelik O. Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scalpel techniques. *J Periodontol.* 2006 Nov;77(11):1815-9.
  24. Abullais SS, Dani N, Ningappa P, Golvankar K, Chavan A, Malgaonkar N, Gore A. Paralleling technique for frenectomy and oral hygiene evaluation after frenectomy. *J Indian Soc Periodontol* 2016;20:28-31.