

## ENXERTO GENGIVAL LIVRE ASSOCIADO A FRENECTOMIA LABIAL NO PREPARO DO REBORDO EDÊNULO PARA CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL SUPERIOR

**Willian Costa – UNIUV<sup>1\*</sup>**

**Willian Weber - UNIUV<sup>2</sup>**

Professor Orientador: Rodrigo Cavassim<sup>3</sup>

Modalidade de apresentação: Comunicação Oral

### INTRODUÇÃO

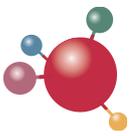
Ainda em pleno século XXI é comum nos depararmos com pacientes necessitando da reposição parcial ou total de dentes perdidos. Uma avaliação minuciosa dos tecidos de suporte remanescentes é necessária, assim como um correto plano de tratamento. Alguns pacientes apresentam modificações da crista óssea ou do tecido mole que requerem tratamento cirúrgico prévio à instalação da prótese, com o objetivo de melhorar a retenção da prótese e a sua correta adaptação. Ao conjunto de procedimentos cirúrgicos que visam melhorar o rebordo alveolar para receber uma prótese é dado o nome de cirurgia pré-protética. O objetivo de uma cirurgia pré-protética é deixar a estrutura que vai receber a prótese pronta para a sua adaptação, sendo que são desejáveis algumas características tais como: adequada forma da abóbada palatina, ausência de protuberância óssea ou de tecido mole, adequada faixa de mucosa inserida ceratinizada na área de suporte e adequada profundidade de vestibulo para a extensão da prótese. Sendo assim, é necessária uma avaliação do tecido mole de suporte, em especial a área vestibular, a qual deve estar livre de tecido hiperplásico, tendo um fundo de vestibulo flexível e sem irregularidades para um melhor selamento periférico (HUPP *et al.*, 2008). De acordo com Hupp e outros (2015), inserções de freio labial são finas faixas de tecido muscular, que ligam o lábio ao periosteio alveolar. Geralmente essas inserções não apresentam um problema quando a dentição está completa, porém podem impedir ou dificultar a acomodação de uma prótese total, ocasionando desconforto e ulcerações no tecido mole adjacente ao freio e também interferir no selamento periférico, causando deslocamento da prótese. A terapêutica é, sendo que podemos optar pela remoção total do freio chamada de frenectomia, secção do freio sem eliminá-lo, chamado de frenotomia ou reinserção do freio, que consiste em mudar a sua inserção de posição (ADDY *et al.*, 1987). A constituição histológica do freio labial apresenta no plano superficial um epitélio estratificado orto ou paraqueratinizado, em uma altura intermediária, tecido conjuntivo denso frouxo e na parte mais profunda, contém glândulas mucosas e vasos linfáticos. Após a realização dos procedimentos cirúrgicos de remoção do freio labial, a área de inserção deste passa a apresentar uma menor quantidade de gengiva inserida ceratinizada. (KINA *et al.*, 2005). O enxerto gengival livre pode ser associado à frenectomia, justamente para melhorar as condições da mucosa, aumentando a faixa de gengiva ceratinizada e proporcionando uma melhor condição para a confecção da prótese total (NETO, 2014). Além disso, essa técnica mantém uma inserção mais alta do freio em relação ao rebordo alveolar remanescente, da mesma maneira que não há prejuízos para a área doadora, não havendo diminuição de suporte para a prótese total (NEIVA, 2008). A área doadora de escolha para remoção do enxerto é o palato, por possuir

---

<sup>1</sup> Acadêmico do 8º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: costawillian@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmico do 6º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: wweberb8@gmail.com

<sup>3</sup> Professor de Clínica Integrada, Cirurgia e Periodontia da UNIUV. E-mail: prof.rodriigo@uniuv.edu.br



um epitélio queratinizado com espessura adequada e também maiores dimensões tanto no sentido coronoapical quanto mesiodistal. A região conta, também, com excelente vascularização (artéria palatina maior), promovendo uma boa cicatrização da ferida cirúrgica (ZOCOLI, 2009).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

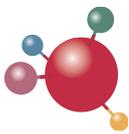
Disponibilizar maior suporte para a prótese total.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Remover o freio labial superior para não deslocar a prótese total;
- b) Fazer um enxerto gengival livre na região do freio para aumentar a faixa de gengiva inserida da região do freio labial superior;
- c) Devolver a estética, fonética e principalmente a mastigação ao paciente, por meio da confecção de uma prótese total.

## **METODOLOGIA**

Paciente S.L.D., leucoderma, 54 anos, sexo masculino, procurou a clínica de Odontologia da Uniuv para tratamento odontológico. Foi realizada a anamnese, exame clínico e radiográfico e constatou-se que os dentes superiores não apresentavam inserção óssea adequada para confecção de uma prótese parcial removível. Assim, optou-se pela exodontia e confecção de uma prótese total. Após o tratamento periodontal, realizado com objetivo de adequar a cavidade bucal, foram realizadas as exodontias dos dentes remanescentes da arcada superior. Passados 30 dias da realização das exodontias o paciente foi reavaliado e constatou-se que o freio labial superior apresentava uma inserção baixa no rebordo alveolar, o que atrapalharia a confecção e instalação de uma prótese total na região. A técnica de frenectomia utilizada para este procedimento, foi a técnica convencional de Archer ou dupla pinçagem (PURICELLI, 2001), associada a um enxerto gengival livre na região antes ocupada pelo freio labial. Primeiro foi anestesiado lateralmente ao freio com a técnica terminal infiltrativa com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (CAVALCANTE, 2009), um pouco afastado deste, afim de evitar aumento de volume na região e consequente mascaramento do frênulo. Nesse momento realizou-se também a anestesia do palato, a qual seria necessária para remoção do enxerto gengival livre. Após determinar o começo e o fim do freio com duas pinças hemostáticas, fez-se a excisão do freio com o bisturi por fora das duas pinças, tendo um formato de losango. Após a remoção do freio, realizou-se uma incisão perpendicular ao periósteo, fenestrando-o e evitando que durante o processo cicatricial ocorresse reinserção do freio. Na sequência obteve-se, com o auxílio de uma lâmina de papel alumínio estéril, a medida do enxerto que deveria ser removido do palato. O gabarito de papel alumínio foi posicionado sobre o palato, na região do primeiro molar. Com o papel posicionado, fez-se a incisão ao redor com pequena profundidade, com o objetivo de retirar um tecido de aproximadamente 1,5 mm de espessura. Após removido o enxerto, procedeu-se o refinamento do enxerto com uma lâmina de bisturi 15c, retirando-se as células lipídicas. O enxerto teve sua adaptação testada no leito receptor e na sequência foi realizada a sutura com fio reabsorvível Vicryl 4-0. A mucosa labial foi suturada com fio de nylon preto 5-0. Na área doadora do enxerto foi realizada uma sutura de direção aleatória com objetivo de estabilizar o coágulo sanguíneo, favorecendo a cicatrização por segunda intenção. A região doadora foi protegida com papel alumínio e em seguida foi



colocado cimento cirúrgico (Periobond®). A área receptora também foi protegida com papel alumínio e sobre este foi colocado o cimento cirúrgico. Como medicação pós-operatória, foram prescritos, por três dias Nimesulida 100 mg, de 12 em 12 horas, e Paracetamol 750 mg, de 8 em 8 horas, para controle da dor e desconforto e também bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, por um período de 15 dias. Também foi recomendado ao paciente fazer dieta pastosa durante o primeiro dia passando a normal nos dias subsequentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda em desenvolvimento, espera-se com esses procedimentos, restabelecer adequadamente após a instalação da prótese total, a função mastigatória, a estética bem como melhorar a autoestima do paciente. A remoção do freio labial superior proporcionou um aumento na profundidade do vestíbulo, proporcionando uma moldagem adequada da região e obtenção de uma adequada área chapeável. Já o enxerto gengival livre na região do freio, aumentou adequadamente a faixa de gengiva inserida no local, dando suporte para a instalação da prótese total. Com isso, tem-se altura suficiente para a prótese se acomodar, assim como melhor suporte e selamento periférico. A prótese total encontra-se em fase de confecção e, assim que estiver pronta, devolverá a estética, fonética e, principalmente, a mastigação ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- ADDY, M.; DUMMER, P. M.; HUNTER, M. L.; KINGDON, A.; SHAW, W. C. **A study of the association of fraenal attachment, lip coverage, and vestibular depth with plaque and gingivitis.** J Periodontol, 1987. 752-7.
- CAVALCANTE, J. A.; XAVIER, P.; MELLO-MOURA, A. C. V.; ALENCAR, C. J. F.; IMPARATO, J. C. P. **Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso.** Revista do Instituto de Ciências da Saúde, 2009. 27(3): 290-4.
- HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial:** Contemporânea. 5ª Edição. São Paulo: Mosby Elsevier, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Cirurgia Oral e Maxilofacial:** Contemporânea. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- KINA, J. R.; LUVIZUTO, E. R.; MACEDO, A. P. A. de. **Frenectomia com Enxerto Gengival Livre:** Caso Clínico. Revista Odontológica de Araçatuba, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-64, 2005.
- NEIVA T. G. G.; FERREIRA D. C. D.; MAIA B. G. F.; BLATT M; NOGUEIRA FILHO G. R.; TUNES, U. R. **Técnica de frenectomia associada a enxerto de mucosa mastigatória:** relato de caso clínico. Revista Dental Press Periodontia Implantologia. Maringá, 2008; 2(1):31-6.
- NETO, O. I.; MOLERO, V. C.; GOULART, R. M. **Frenectomia:** revisão de literatura. Revista UNINGÁ Review. Maringá, 2014. 18(3): 21-25.
- PURICELLI E. **Frenectomia labial superior:** variação de técnica cirúrgica. Revista Faculdade Odontologia, Porto Alegre, 2001; 42(1): 16-20.
- ZOCCOLI, M. M. V. **Enxerto gengival reconstrutivo peri-implantar na região maxilar anterior:** relato de um caso. 2009. 35. Título de Especialista em Implante Cirúrgico - Instituto de Ciências da Saúde - SOEBRAS/FUNORTE, Anápolis, 2009.