

FRENECTOMIA ASSOCIADA A ENXERTO GENGIVAL LIVRE: CONTROLE CLÍNICO DE 2 ANOS

Frenectomy associated with free gingival graft: two years of clinical control

Ingrid Stephane Gonzaga^I
Pâmella Jéssica Almeida Perdigão^I
Dra. Ana Carolina Dupim Souza^{II}

^ICirurgiãs-dentistas graduadas pelo Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Graduada em Odontologia pela UFMG, Especialista e Mestre em Periodontia pela faculdade de Odontologia da UFMG, Professora de Periodontia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, Brasil

DADOS DA AUTORA CORRESPONDENTE

Ana Carolina Dupim Souza

Rua Marechal Hermes , 321– Gutierrez–Belo Horizonte-MG – CEP: 30441-028
dupim@yahoo.com.br

RESUMO

O freio labial, cuja inserção se apresenta próxima à margem gengival, provoca tensão tecidual que dificulta a higienização, favorece o acúmulo de biofilme e predispõe a região a patologias periodontais, entre as quais as recessões gengivais. Neste trabalho é descrito um caso clínico de recessão gengival Classe II de Miller na face vestibular do dente 31, associada à inserção anormal do freio labial. Foi utilizada a técnica de frenectomia associada ao enxerto gengival livre, com objetivo de aumentar a faixa de tecido ceratinizado e a profundidade do vestíbulo, além de prevenir a reinserção do freio labial. O controle pós-operatório imediato e de dois anos revelaram um ganho significativo de gengiva inserida e o total recobrimento radicular. Apesar da baixa previsibilidade do enxerto gengival livre para esse último resultado, nesse caso em especial, obteve-se o sucesso, tanto funcional quanto estético.

PALAVRAS-CHAVE

FRENECTOMIA

ENXERTO GENGIVAL

RECOBRIMENTO RADICULAR

ABSTRACT

The labial frenulum whose insertion is close to the gingival margin can lead to tissue tension making it difficult to clean, favoring biofilm accumulation and predisposing the region to periodontal pathologies, including gingival recessions. This paper describes a case of Miller's class II gingival recession in the buccal surface of the tooth 31, associated with abnormal insertion of the labial frenulum. The frenectomy technique associated with the free gingival graft was used to increase the range of keratinized tissue, in addition to preventing reinsertion of the frenulum. Immediate 2-year postoperative control revealed a significant gain in the inserted gingiva band and full root coverage. Despite the low predictability of the free gingival graft for this latter result, in this particular case, both functional and aesthetic success were achieved.

KEYWORDS:

FRENECTOMY

GINGIVAL GRAFT

ROOT COVERAGE

INTRODUÇÃO

Os freios ou frênuos labiais são estruturas anatômicas finas, de forma triangular, com sua base voltada para a superfície interna do lábio e localizados entre os incisivos centrais. Sua composição histológica apresenta, no plano mais superficial, um epitélio estratificado orto ou paraqueratinizado; no plano médio, apresenta tecido conjuntivo denso frouxo e, no plano mais inferior e profundo, uma submucosa contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos^{1, 2, 3}.

Quando o freio apresenta uma inserção anormal, pode haver recessão gengival, diastema, dificuldade de higienização e distensão gengival marginal, predispondo a região à doença periodontal, por facilitar o acúmulo de placa bacteriana. Um freio é considerado anormal quando apresenta um tamanho exagerado, quando não há faixa de tecido queratinizado entre a sua inserção e a margem gengival ou quando produz, durante seu tracionamento, a movimentação da papila interdental. A confirmação de anormalidade pode ser feita durante o exame clínico pelo tracionamento do lábio para frente, para cima e lateralmente, com o objetivo de manter o freio tenso para verificação de isquemia tecidual na região marginal à inserção^{3, 4, 5}.

Há diversos relatos na literatura da técnica de frenectomia seguida da colocação de enxerto gengival livre na área da sua inserção, com o objetivo de evitar recidiva, aumentar a faixa de mucosa ceratinizada, aprofundar o vestíbulo e, em alguns casos, promover recobrimento radicular^{5, 6, 7, 8}.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente I.S.G, 23 anos, gênero feminino, procurou o Periodontista queixando-se de exposição radicular do dente 31 associada a hipersensibilidade do elemento (Figura 1). Ao exame clínico, observou-se freio labial inferior anômalo, promovendo considerável isquemia da margem gengival do dente 31 quando do tracionamento do lábio, associada a inflamação gengival e recessão de 3mm. Foi planejada a eliminação do freio labial inferior através da técnica convencional de frenectomia associada à colocação de enxerto gengival livre (EGL) na região.



Na semana anterior à cirurgia, foi realizada raspagem supragengival e polimento coronário, para controle do biofilme e melhora da inflamação na região a ser operada. Destaca-se que a paciente apresentava bom controle de placa, sangramento gengival em <10% dos sítios e ausência de alterações na profundidade de sondagem. Uma hora antes da cirurgia, a paciente foi medicada com dose única de Betametasona 2 mg, para prevenção do edema. Antes de iniciar a cirurgia, foi realizada uma antisepsia com bochecho de Clorexidina 0,12% por 1 minuto e instrumentação meticulosa da raiz exposta do elemento 31, a qual receberia o enxerto gengival.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local (Lidocaína 2% com Epinefrina 1: 100.000) com bloqueio dos nervos mentuais bilaterais, anestesia infiltrativa na submucosa ao redor da área a ser operada por vestibular e bloqueio do nervo lingual. Com pinça hemostática, foi pinçada a porção inferior do frênulo e incisada a inserção alta, obtendo-se uma área cruenta com formato semelhante a um losango. Com o bisturi convencional, uma fina lâmina de tecido gengival foi removida das papilas adjacentes, a fim de expor o tecido conjuntivo, para posterior assentamento do enxerto. Fez-se uma incisão horizontal a nível da linha mucogengival dos dentes adjacentes ao elemento a ser tratado, seguida por duas incisões verticais com posterior dissecação do epitélio, criando um leito receptor, onde foi fixado o enxerto gengival. Antes do posicionamento do enxerto, a raiz foi novamente instrumentada (Figura 2).



Preparado o leito receptor, anestesiou-se o palato (área doadora) com técnica infiltrativa na região dos pré-molares, entre os dentes 14 e 16, área escolhida por apresentar abundante espessura de tecido conjuntivo durante a sondagem. A extensão do enxerto foi determinada por perfurações da mucosa com sonda periodontal em torno das bordas externas, delimitadas pelo mapa guia, confeccionado com o papel do fio de sutura (Figura 3). Em seguida, foi realizada uma incisão superficial e dissecação do enxerto com 1,5 – 2 mm de espessura com lâmina de bisturi 15C (Figura 4).



O enxerto foi adaptado na área receptora, sendo estabilizado com suturas suspensórias e pontos contínuos com fio de seda 4.0, criando uma malha de fios para fixar o enxerto na região receptora (Figura 5). Logo em seguida, realizou-se a proteção da área cruenta com cimento cirúrgico da marca comercial Coe-pak sem eugenol (GC America INC), que também foi colocado na região doadora (Figuras 6 e 7). Na área doadora, foi realizada a sutura para melhor estabilização do cimento cirúrgico.



Terminada a cirurgia, a paciente recebeu as instruções de cuidados pós-operatórios, tendo sido prescrito Ibuprofeno 600mg, de 08/08 durante 03 dias, iniciando logo após cirurgia para controle do edema e da dor. A paciente retornou após 15 dias para remoção das suturas, do cimento cirúrgico e para avaliação da cicatrização. As suturas poderiam ter sido removidas com intervalo de 7 a 10 dias, mas devido a problemas pessoais, a paciente não pôde comparecer à consulta nesse intervalo. Entretanto, o tempo maior não interferiu no processo de reparo da ferida ou no sucesso da cirurgia. Após 2 anos, a paciente retornou para nova avaliação da área operada, tendo sido observada a completa cobertura da recessão gengival (Figuras 8 e 9).



DISCUSSÃO

A opção pelo tratamento cirúrgico com a associação das técnicas de frenectomia e enxerto gengival livre almejou restabelecer a saúde periodontal comprometida pela inserção patológica do freio labial inferior, o qual dificultava o controle de placa e contribuía para a recessão gengival e hipersensibilidade relatada pela paciente.

O desconforto de um segundo sítio cirúrgico pode ser apontado como uma desvantagem dessa associação de técnicas. Entretanto, uma estética desfavorável após a simples remoção do freio labial ocorreria devido à ausência de uma faixa de tecido ceratinizado, apontando a necessidade do enxerto gengival para potencializar o resultado ^{9, 10}. A queixa de desconforto pode ser minimizada pela prescrição de uma terapia medicamentosa adequada, com anti-inflamatórios e analgésicos, iniciando-se no pré-operatório, e estendendo-se no período pós-operatório. Além disso, a proteção da área doadora e receptora com cimento cirúrgico pode promover maior conforto para o paciente.

Os estudos que associaram a frenectomia ao enxerto gengival livre apresentaram resultados satisfatórios, com a remoção completa ou a reinserção do freio distante da gengiva marginal, possibilitando aumento da faixa de gengiva inserida, estética consistente com o padrão de saúde gengival, melhor higienização, conforto para o paciente, bem como ausência de dano à área doadora ^{5, 6, 7, 9, 10}.

Como consequência indesejável, temos a diferença de cor entre o tecido enxertado e a área receptora, além da baixa previsibilidade no recobrimento radicular do enxerto gengival livre. As técnicas de deslize lateral, papila dupla e de enxerto de tecido conjuntivo com deslize coronal se apresentam mais previsíveis e com melhores resultados estéticos para o recobrimento, quando comparadas com o enxerto gengival livre, podendo ser realizadas em um segundo momento cirúrgico, quando se deseja o recobrimento total da recessão. No caso relatado, obteve-se o recobrimento apenas com o enxerto gengival livre. Esse resultado pode ser atribuído a pouca profundidade e espessura da recessão e, provavelmente, ao fenômeno de creeping attachment ^{6, 7, 9, 10}.

CONCLUSÃO

A associação do enxerto gengival livre à frenectomia representa uma boa alternativa para eliminar freios aberrantes, impedir sua reinserção próxima à gengiva marginal livre, aumentar a faixa de gengiva ceratinizada inserida e, além do potencial de recobrimento radicular, proporcionando uma melhor higienização e conforto para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Naini FB, Gill DS. Oral surgery: Labial frenectomy: Indications and practical implications. Br Dent J. 2018 Aug 10;225(3):199-200.
2. Devishree, Gujjari SK, Shubhashini PV. Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. J Clin Diagn Res; 2012; 6(9):1587-92.
3. Breault LG, Fowler EB, Moore EA, Murray DJ. The free gingival graft combined with the frenectomy: a clinical review. Gen Dent. 1999 Sep-Oct;47(5):514-8.
4. 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 Jul;8(7):53-61.
5. Hiatt WH. Free gingival graft or frenectomy? J Colo Dent Assoc. 1968 Mar;46(2):7-9.
6. Fowler EB, Breault LG. Early creeping attachment after frenectomy: a case report. Gen Dent. 2000 Sep-Oct;48(5):591-3.
7. Galassi MAS, Toledo BEC, Sampaio JEC. A importância do frênilo labial nas estruturas periodontais. Rev Gaúcha Odontol; 1994; 42(1): 12-4.
8. Mirko P, Miroslav S, Lubor M. Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part I. Classification and epidemiology of the labial frenum attachment. J Periodontol; 1974; 45(12): 891-4.
9. Nogueira Filho GR, Banetti BB, Casati MZ, Nociti FHJ. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. RGO, P. Alegre; 2005; 53(2):85-164.
10. Neiva TGG, Ferreira DCD, Maia BGF, Blatt M, Nogueira Filho GR, Tunes UR. Técnica de frenectomia associada a enxerto de mucosa mastigatória: relato de caso clínico. Rev Dental Press Periodontia Implantol Maringá; 2008; 2(1); 31-6.

Recebido em: 31 Jul. 2019

Aprovado em: 24 set. 2020