

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Adriano da Silva Mineiro**

**Lucas Marçon Lima**

**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE FREIO LABIAL  
CURTO EM CRIANÇAS**

**Taubaté - SP  
2018**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Adriano da Silva Mineiro**

**Lucas Marçon Lima**

**A AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE FREIO LABIAL  
CURTO EM CRIANÇAS**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva

**Taubaté - SP  
2018**

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

M664a Mineiro, Adriano da Silva  
Avaliação da presença de freio labial curto em crianças / Adriano da Silva Mineiro; Lucas Marçon Lima. -- 2018.  
33 f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté,  
Departamento de Odontologia, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva,  
Departamento de Odontologia.

1. Freio labial curto. 2. Odontologia. 3. Odontopediatria. I. Lima,  
Lucas Marçon. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD - 617.645

**Adriano da Silva Mineiro**

**Lucas Marçon Lima**

**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE FREIO LABIAL CURTO EM  
CRIANÇAS**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva

Data: 03 de Dezembro de 2018

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva

Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva

Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura

Dedico este trabalho à Deus que sempre me deu forças, a meus pais, Luiz e Ana Paula pela motivação e minha namorada por todo apoio desde o começo do curso.

Adriano

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por tudo, principalmente pela a oportunidade de chegar no final do curso de Odontologia, com muitos momentos inesquecíveis, que levarei pro resto da minha vida.

Também dedico aos meus pais, José e Silvana, meus irmãos, Bruno e Adriano, e ao meu falecido avô, José Marçon, que sempre foram a minha base pra tudo, estando sempre comigo nos momentos bons e ruins, e que nunca me deixaram desistir, pois muitas vezes já pensei.

*O nosso tempo aqui está terminando, mas as memórias serão para sempre!*

Lucas

## **Agradecimentos**

Às vezes na vida, Deus coloca algumas pessoas no nosso caminho, para nos ajudar e ficar marcados em nossas memórias, em especial às que tivemos a oportunidade de ter um convívio durante quatro anos e que serão lembrados pro resto de nossas vidas.

A Profa. Dra. Adriene Mara S. Lopes e Silva, que além de nossa orientadora, professora, foi nossa segunda mãe. Nos ajudou em muitos momentos, e fez o nosso trabalho criar vida e seguir em frente. Faltam palavras para descrever o tamanho da admiração que essa pessoa significa para nós, além de ser uma excelente profissional, é uma pessoa maravilhosa que eternamente será lembrada com muito carinho.

A todos os sujeitos da pesquisa, que contribuíram um tempo para responder o questionário e nos ajudar no desenvolvimento desse trabalho.

Aos professores, deixamos o nosso muito obrigado, pelas oportunidades de aprender com os senhores, dos ensinamentos e de cada momento que passamos juntos durante esses quatro anos.

Ao curso de Odontologia da Universidade de Taubaté, funcionários e nossos amigos que contribuíram tanto para nossa formação acadêmica, quanto experiência de vida.

E a nossa dupla, que era para alguns professores conhecida como a dupla dinâmica, deixo aqui meu eterno agradecimento, pelos momentos bons, ruins, pelas risadas e principalmente pelo aprendizado que com certeza vamos levar para nossa vida.

Adriano  
Lucas

## RESUMO

Freio labial superior ou inferior tem características semelhantes, sendo pregas sagitais da mucosa alveolar com forma triangular, inseridas de um dos lados na porção mediana da vertente vestibular do processo alveolar e terminando aproximadamente quatro milímetros acima da papila interproximal dos incisivos centrais. O tamanho ou posicionamento inadequados dessas estruturas podem causar problemas estéticos ou funcionais para o indivíduo. A proposta do presente trabalho foi avaliar a presença de freio labial curto em crianças, e pesquisar na literatura as técnicas para tratamento. Foram avaliadas 40 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de três a 12 anos, por meio de anamnese e exame clínico intrabucal verificando as características dos freios labiais superior e inferior. As avaliações demonstraram 27,5% das crianças com freio lingual curto no arco superior, sendo 15% no gênero feminino e 12,5 % no gênero masculino. No arco inferior, 32,5% apresentaram freio lingual curto, sendo 17,5% no gênero feminino e 15 % no gênero masculino. Os resultados permitiram concluir que a presença do freio labial curto no arco superior ou inferior pode estar relacionada às diferentes idades da população avaliada, não havendo diferença entre os gêneros. Diferentes técnicas cirúrgicas foram relatadas na literatura para resolução e liberação do freio labial curto.

**Palavras-chave:** Freio labial. Cirurgia. Crianças.



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	6
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	8
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	9
<b>3 PROPOSIÇÃO</b>	19
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	20
<b>5 RESULTADOS</b>	21
<b>6 DISCUSSÃO</b>	23
<b>7 CONCLUSÕES</b>	26
<b>REFERÊNCIAS</b>	27
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	29
APÊNDICE B – Questionário	31
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	32

# 1 INTRODUÇÃO

O freio labial é um tecido fibroso de formato triangular, em que suas pregas estão inseridas iniciando na porção média vestibular do processo alveolar, e ao final cerca de quatro milímetros acima da papila entre os incisivos centrais. A função dos freios labiais, tanto superior como inferior, é limitar o movimento dos lábios impedindo movimentos exagerados. O freio pode sofrer mudanças em sua estrutura, forma, tamanho, e posição no decorrer do crescimento natural da criança. A persistência da inserção do freio labial anormalmente na papila incisiva após a irrupção dos incisivos centrais e laterais superiores, pode acarretar no tracionamento anormal dos lábios, dificultando higiene e facilitando o acúmulo de biofilme, ocasionando recessões gengivais e podendo provocar doença periodontal. Esta inserção anormal dos freios pode ainda causar o diastema entre os incisivos superiores, produzir um aspecto estético desfavorável, e afetar a fonação de algumas letras, induzir a hábitos viciosos e interferir na escovação dentária (Ribeiro et al. 2015).

A frenectomia, remoção do freio labial é o procedimento indicado para solução dos problemas provocados pelas alterações nessas estruturas teciduais. Diferentes técnicas são citadas na literatura, entre elas, a frenectomia mediante exérese simples; frenectomia mediante exérese romboidal; frenectomia e reposicionamento apical do freio; plastia em Z; frenectomia a laser; eletrocirurgia (Castillo et al., 2013).

Considerando as consequências das alterações nos freios labial ou lingual nas estruturas bucais podendo interferir no crescimento e desenvolvimento do indivíduo, o trabalho propõe avaliar a presença de freio labial curto em crianças, e pesquisar as técnicas para tratamento.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Puricelli em 2001 citou que a indicação da frenectomia labial não tem apenas a finalidade de corrigir diastemas entre os incisivos, pois a presença de um freio hipertrófico pode provocar alterações periodontais, interferir na adaptação de prótese dentária, comprometer as funções labiais e a estética. Apresentou uma modificação de técnica para tratamento cirúrgico do freio labial superior hipertrófico. Usou pinça Halstead reta e curva para modificar sítios de incisão, associado à fricção intraseptal com gaze na fenda mediana. O Paciente do caso era um menino de oito anos de idade, o qual apresentava freio labial hipertrófico, além de diastema entre os incisivos superiores, e quando da tração do lábio, ocorria isquemia gengival na área de inserção do freio. Concluiu que a técnica proposta foi efetiva, sem complicações trans e pós-operatórias. No acompanhamento, após dois anos da cirurgia, observou a normalidade da gengiva na área operada, houve fechamento espontâneo do diastema entre os incisivos, e mesmo após 18 anos da cirurgia, ainda havia estabilidade de resultados sem passar por outros tratamentos.

Nogueira Filho et al. (2005) relataram caso de uma paciente do gênero feminino, 35 anos, que se queixava de largo diastema entre os incisivos centrais superiores. Ao exame clínico observaram a presença de um freio labial espesso que se estendia até a região palatina que estava associado ao diastema, foi então proposta uma cirurgia de frenectomia associado ao enxerto gengival livre em “Y”, e substituição de restaurações em resina para fechar o diastema. A técnica de usar formato em “Y” é devido a necessidade de preservar uma quantidade adequada de gengiva queratinizada, evitando a formação de uma depressão o que causaria dificuldade de cicatrização. O resultado obtido foi bastante relevante e estético, que era o ponto a ser atingido.

Rosetti et al. (2006) relataram o caso de um paciente do gênero masculino, 19 anos de idade, leucoderma, com queixa de achar seus dentes curtos. Durante exame clínico, foi feita sondagem, e a profundidade de sondagem variava de 3-4mm na região dos dentes 13 até o 23, devido a hiperplasia gengival, ao exame radiográfico não havia perda de osso alveolar. Então decidiram realizar a técnica de gengivectomia associada a frenectomia devido a presença de um freio com inserção baixa. Usaram uma pinça hemostática e uma incisão em “V” na base do freio com bisturi nº 15, fenestramento de perióstio para obter nova inserção do freio, sutura, e uso de cimento cirúrgico para proteger a ferida. Concluíram que a gengivectomia e a gengivoplastia são técnicas

cirúrgicas de fácil execução e bem aceitas pelos pacientes, e com indicações corretas podem corrigir problemas estéticos e harmonizar o sorriso.

Koora et al. (2007) citaram o caso de uma paciente de nove anos de idade que possuía como queixa principal um espaçamento na região dos incisivos centrais superiores. O histórico médico da paciente não revelou nenhuma doença sistêmica. Ao exame intrabucal foi revelado a presença de freio labial superior alto e um diastema entre os incisivos de 4mm. Para obter o diagnóstico definitivo de freio anormal, foi feita a tração do lábio superior onde o freio exibiu isquemia. Foi decidido intervir cirurgicamente, a frenectomia foi realizada com anestesia local e incisão usando bisturi nº 11, em que foram feitas incisões laterais ao freio até o osso subjacente. Os tecidos marginais livres no lado mesial dos incisivos centrais não foram tocados. O tecido recortado foi reposicionado próximo o bastante a origem da inserção original do freio para produzir resultado estético favorável. Foram realizadas suturas para visualizar as margens livres de tecido em cada lado do tecido que foi removido, e foi usado cimento cirúrgico periodontal durante uma semana. Após uma semana da cirurgia o paciente fez o retorno para remoção de sutura e após um mês foi marcada outra consulta para acompanhar. O paciente foi acompanhado durante quatro meses, em que ao final foi notada uma melhora estética, devido ao fechamento espontâneo do diastema entre os incisivos.

Cavalcante et al. (2009) citaram o caso de uma paciente do gênero feminino de nove anos de idade, a qual procurou atendimento apresentando diastema entre os centrais superiores permanentes. Ao exame clínico observaram a presença de freio labial largo e volumoso, o qual pelo auxílio de radiografia foi confirmado como causador do diastema. Foi indicada a cirurgia para reposicionamento do freio pela técnica de Chelotti, em que não se faz pinçamento do freio para evitar cicatriz, e para demarcar a incisão, o lábio é apenas tracionado para tensionar o freio. Concluíram que o diastema entre os incisivos centrais superiores pode ser consequência de um freio labial hipertrófico; e que não há um consenso na literatura para a melhor época para a cirurgia.

Macedo et al. (2012) apresentaram o caso clínico de freio labial superior hipertrófico associado a diastema interincisal, com indicação de frenectomia. Paciente de nove anos de idade, do gênero masculino, em tratamento ortodôntico. Citaram que o freio labial hipertrófico pode dificultar a higienização, restringir os movimentos de lábio, possibilitar acúmulo de placa bacteriana, prejudicar a fonética, causar diastema interincisal e gerar insatisfação estética para o paciente. Concluíram que o tratamento

indicado foi eficaz, como demonstrado pela estabilidade pós-cirúrgica, pois ocorreu fechamento do diastema interincisivo mediano.

Castillo et al. (2013) apresentaram um caso clínico de um paciente de 11 anos de idade com a presença de um freio no lábio superior entre o incisivo lateral e o canino superiores com inserção baixa, que provocava um defeito estético no lábio superior. O freio labial superior e inferior eram normais. Foi realizada a frenectomia e plastia do tecido anormal.

Santos et al. (2014) apresentaram o caso clínico de uma paciente de oito anos de idade, que apresentava diastema entre os incisivos no arco superior. Após exame clínico e radiográfico, constataram a presença de freio labial superior anormal, e ainda a presença de mordida cruzada bilateral posterior, devido ao hábito vicioso de sucção de dedo. A técnica utilizada para a frenectomia foi a excisão cirúrgica simples com pinçamento único. Após a cirurgia, o tratamento escolhido para o diastema foi o aparelho removível com grampos anteriores, e expansor para a mordida cruzada. Os autores citaram que o correto diagnóstico do freio superior anormal, deve apresentar como principais sinais clínicos, a isquemia da papila incisiva quando o lábio superior é tracionado anteriormente e apresentar diastema mediano anterior. Concluíram que a escolha do correto tratamento, tanto da técnica cirúrgica, a frenectomia, quanto do tratamento para a retração dos incisivos, com a utilização do aparelho ortodôntico removível com grampos anteriores permitiram resultado positivo, em que logo após a remoção do freio, observaram melhora no diastema entre os incisivos superiores, e com a utilização do aparelho ortodôntico removível com grampos anteriores, a retração dos incisivos foi completa, liberando local para a irrupção dos caninos superiores permanentes.

Vieira et al. (2014) relataram o caso clínico de um paciente do gênero feminino, oito anos, em tratamento ortodôntico em que foi realizada cirurgia para a reinserção do freio labial, que estava impedindo o fechamento do diastema entre os incisivos centrais superiores. Realizaram a frenectomia com o reposicionamento apical do freio. Para o procedimento cirúrgico foi feita anestesia infiltrativa bilateral atingindo o nervo alveolar superior, e complementado na região de palato duro. Citaram ser importante a infiltração de anestésico distante do freio para evitar deformação do mesmo e dificultar o ato cirúrgico. Em seguida, realizaram a incisão com lâmina 15 em cabo de bisturi posicionada na inclinação de 45 graus em relação ao rebordo, junto a inserção do freio. Ao abrir a loja cirúrgica, o perióstio foi exposto e realizado a desinserção das fibras com sindesmótomo. Posteriormente foi realizado o reposicionamento mais apical do freio

labial e a sutura do mesmo no periósteo com ponto simples. Observaram após sete dias que o freio labial estava reposicionado corretamente e o paciente já poderia retornar ao seu tratamento ortodôntico. Concluíram que a técnica de frenectomia é uma cirurgia menos invasiva, com reduzido tempo operatório e com resultado satisfatório.

Lima et al. (2014) relataram o caso de um paciente que possuía Síndrome de Cornelia de Lange, em que ao exame clínico verificaram dentes apinhados, gengivite, presença de biofilme, e freio labial pouco evidenciado, que limitava o movimento do lábio e dificultava a higienização do paciente e era responsável pela retração gengival nos incisivos inferiores. Para tratamento realizaram condicionamento e motivação para a higiene bucal, procedimentos de raspagem e gengivoplastia e a frenectomia de freio labial mediano inferior. Concluíram que o tratamento indicado foi eficaz demonstrando estabilidade pós-cirúrgica e após seis meses, observaram melhora na escovação e ausência de biofilme.

Izolani Neto et al. (2014) citaram que existem dois tipos de freios labiais. O freio labial é uma dobra de membrana mucosa que se insere nos lábios, bochecha, mucosa alveolar, gengiva e periósteo adjacente. Os freios labiais possuem a função de limitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a excessiva exposição da gengiva. A frenectomia é um procedimento cirúrgico que tem como objetivo a remoção do freio, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para o fechamento de diastemas, como a movimentação adequada da língua necessária às atividades funcionais. Fizeram uma revisão de literatura sobre a frenectomia e concordaram que algumas vezes é complicado diagnosticar a necessidade da cirurgia, pois é uma técnica eficaz na remoção de freios anormais e podendo sofrer variações, segundo a extensão, inserção e grau de envolvimento do freio. Concluíram que é preciso integralidade, entre os profissionais de saúde, que nesse caso é imprescindível para uma correta conduta clínica, sempre visando o bem-estar do paciente.

Ribeiro et al. (2015) estudaram os tipos de inserção e morfologia dos freios labiais, e verificaram sua correlação com a idade, o gênero e a cor da pele dos pacientes. Avaliaram 385 pacientes, sendo 145 do gênero masculino e 240 do gênero feminino, com média de idade de 34 anos, variando de 10 a 72 anos. Observaram que a morfologia mais prevalente tanto para os freios labiais superiores quanto para os inferiores foi o tipo simples, com maior número de variantes morfológicas para os freios labiais superiores. A inserção do tipo mucosa alveolar foi a mais prevalente tanto para freios superiores quanto inferiores. Não encontraram relação entre os padrões de

morfologia e inserção com o gênero e a cor da pele, mas foi encontrada relação entre o padrão de inserção dos freios labiais superiores e a idade dos indivíduos.

Souza et al. (2015) relataram um caso clínico em que foi realizada remoção cirúrgica de freio labial superior. Citaram que o freio hipertrófico pode causar retração gengival, bolsa periodontal, provocar a presença de diastema de linha média, restrição dos movimentos dos lábios, alterações de fala, interferir na estética, e uma deficiência de higienização devido à presença de uma camada espessa de tecido. Concluíram que a melhor fase para o diagnóstico é após a erupção dos caninos, e que a técnica de frenectomia labial é o tratamento mais indicado, pois proporciona a prevenção de futuros diastemas interincisivos; o restabelecimento da fonética; saúde gengival; estética; autoestima do paciente melhorada; melhor prognóstico do caso.

Bruder et al. (2015) apresentaram um caso clínico de paciente com oito anos de idade, gênero masculino, que apresentando freio tetolabial persistente que, ao ser tracionado, produzia isquemia na papila palatina, além da presença de diastema interincisal. O tratamento proposto foi o reposicionamento cirúrgico do freio. Os autores citaram que o freio labial superior, localizado entre os incisivos centrais superiores, é uma estrutura anatômica fina e triangular com base voltada para apical e estendendo-se do tubérculo do lábio superior até o processo alveolar. Quando, ao se tracionar o lábio para frente, para baixo e lateralmente com o objetivo de manter o freio tenso, ocorre uma isquemia tecidual, a intervenção cirúrgica está indicada. Para a técnica cirúrgica foi realizada anestesia infiltrativa vestibular à direita e à esquerda do freio, anestesia intrapapilar e infiltrativa palatina bilateral. O lábio superior foi tracionado de forma a delimitar a região entre mucosa inserida e livre, e visualizar a anatomia do freio. Com uma tesoura cirúrgica de ponta reta e fina, posicionada tangenciando o rebordo alveolar foi feita a incisão num corte único, da região de inserção do freio, até a região limite entre gengiva inserida e mucosa alveolar. Duas pequenas incisões laterais de alívio para a liberação do freio foram feitas de forma que a região do corte assumisse a forma de um losango. Com uma cureta de dentina afiada, ainda na região vestibular, foi efetuada a desinserção do tecido com manobras de divulsão junto ao rebordo ósseo, ligeiramente abaixo do limite entre gengiva inserida e livre, onde foi feito o primeiro ponto de sutura, outro ponto de sutura foi realizado na região superior por cima do conjunto de fibras remanescentes, de mucosa a mucosa, de forma a não interferir na nova inserção. Concluíram que a técnica proposta contribuiu para o fechamento espontâneo do diastema e preservou as características anatômicas, funcionais e estéticas do freio labial superior.

Cardoso et al. (2016) citaram que a frenectomia labial é indicada quando o freio labial causa dificuldade para higienização, sofre inflamação persistente, restringe movimentos labiais, dificulta fechamento de diastemas, além de gerar problemas estéticos e fonéticos. Realizaram um experimento, em que abordaram a técnica cirúrgica empregando o laser diodo de alta intensidade para remoção total do freio em uma paciente de 34 anos de idade que apresenta freio labial persistente associado a diastema entre os incisivos superiores. Citaram que durante a cirurgia houve um maior controle hemorrágico, quando comparado ao corte a frio feito pela lâmina de bisturi, não houve necessidade de suturar devido a hemostasia instantânea após uso do laser. Após dois meses da cirurgia, observaram a completa cicatrização e nova inserção do freio labial, e não houve relato de dor, desconforto, comprometimento de fala e mastigação durante todo o período. Concluíram que o uso de laser cirúrgico de alta intensidade foi uma boa escolha para tecidos moles, acelerando execução de procedimentos, além de diminuir dor, desconforto e problemas pós-operatórios.

Abullais et al. (2016) estudaram dois tipos de técnicas cirúrgicas para frenectomia. Selecionaram vinte pacientes de ambos os gêneros, com freio labial alto, divididos aleatoriamente em dois grupos de acordo com a técnica utilizada. Um grupo foi tratado pela “técnica convencional de bisturi” e outro grupo pela “técnica de paralelismo”. Para avaliar a resposta do paciente, a escala analógica visual para dor e fala foi realizada no primeiro dia de pós-operatório, 1 semana e 1 mês. Também foi avaliada a higiene bucal pelo índice de sangramento de placa e gengival no início do estudo antes da frenectomia, 1 semana e 1 mês após a frenectomia. Para a técnica convencional, o freio foi mantido com um par de hemostatos, e toda a banda do tecido juntamente com sua fixação alveolar foi extirpada com uma lâmina número 15. Após dissecar a ligação fibrosa ao periósteo subjacente, a ferida foi fechada com sutura. Para a técnica de paralelismo, o freio foi retraído e duas incisões paralelas foram colocadas no lado da crista do freio com uma lâmina número 11. Após a incisão inicial, dissecação profunda das fibras musculares foi feita para eliminar sua inserção. O fragmento incisado foi removido, dando incisão de liberação na parte superior e inferior do freio. Após a excisão do freio a ferida foi fechada com sutura para obtenção do fechamento primário. Os resultados mostraram que a técnica de paralelismo para frenectomia causou menos desconforto pós-operatório e também houve melhora significativa na manutenção da higiene bucal pelo paciente após a frenectomia.

Fonseca et al. (2017) relataram o caso clínico de uma paciente de sete anos de idade, gênero feminino, que após a erupção dos incisivos centrais e laterais superiores



apresentava um diastema entre os incisivos superiores provocado pela presença do freio labial, em que realizaram a frenectomia e associaram ao tratamento ortodôntico. Citaram que o freio labial é uma prega fina, que liga o lábio e a bochecha à mucosa alveolar e/ou gengiva e periósteo subjacente, com formato triangular ou em leque com a base voltada para o lábio ou mucosa gengival. Com o desenvolvimento da dentição o freio reduz seu tamanho tornando-se fino e estreito, porém se permanecer inserido na papila palatina ou na margem gengival desenvolve uma patologia denominada de freio tetolabial persistente, podendo haver consequências indesejáveis aos pacientes. Concluíram que o diagnóstico e intervenção precoce do freio superior teto labial persistente foi importante no prognóstico e evolução do quadro clínico.

Zimmermann et al. (2017) relataram dois casos clínicos de pacientes diagnosticados como freio tetolabial persistente ou hipertrófico, ainda na fase de dentição mista com a indicação da cirurgia frenectomia labial, e apresentaram duas variações de técnica. No primeiro caso, a técnica cirúrgica constou de anestesia tópica e infiltrativa, a seguir foi realizada incisão em forma de V com bisturi convencional, e após a incisão foi descolada a gengiva inserida, incluindo sua inserção até o osso subjacente, e removido os fragmentos com tesoura, em seguida, foram realizadas as suturas com dois pontos simples. No segundo paciente foi realizada a técnica do pinçamento único do freio labial superior, em que após anestesia foi feita apreensão do freio com pinça hemostática curva, e realizada a incisão, com lâmina de bisturi, pela face interna até a região de fundo de sulco, com cortes realizados verticalmente até o periósteo. Após procederam a remoção dos fragmentos e a sutura, realizada por meio de dois pontos simples. Observaram que após a frenectomia ocorreu reposicionamento dos freios labiais e nova reinserção, promovendo melhora da qualidade de vida do paciente. Concluíram que a escolha da técnica cirúrgica deve ser a menos traumática possível ao paciente infantil, e que as duas técnicas de variações cirúrgicas, foram realizadas com sucesso.

Santa Maria et al. (2017) realizaram um trabalho com objetivo de verificar a incidência de diferentes graus de inserção do freio superior. Examinaram e fotografaram o freio labial de 100 recém nascidos. Observaram que a maioria dos recém-nascidos têm o freio labial, com inserção na margem gengival (83%), a maioria dos quais se estende aproximadamente a meio caminho da gengiva superior e papila anterior. Não houve diferença significativa no tipo de freio com base no gênero.

Sekowska e Chalas (2017) avaliaram as características do freio labial superior em pacientes com diastemas entre os incisivos centrais superiores e investigaram se o

tipo de inserção do freio do lábio tinha impacto na largura do diastema. Avaliaram dois grupos de pacientes adultos, com diastemas e grupo controle, sem diastemas. A largura do diastema foi medida em modelos de gesso. Observaram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de estudo e controle. A inserção normal do freio foi típica no grupo sem diastema, mas o grupo com diastemas apresentou freio alargado com inserção na papila. O tipo de freio teve impacto significativo na largura do diastema. Pequeno diastema ( $\leq 2$  mm) mais frequentemente do freio normal, o freio alargado foi observado em grandes diastemas ( $> 2$  mm). O tipo de freio mais frequente em pacientes com diastema é papilar e tipo papila penetrante.

Iwanaga et al. (2017) citaram que a presença de freio labial anormal pode afetar a estética facial, retração gengival, diastemas entre os incisivos, e limitação dos movimento dos lábios, assim, estudaram a estrutura anatômica do freio bucal e labial no vestibulo bucal visando melhor compreensão dos procedimentos cirúrgicos e prática odontológica geral. Realizaram o estudo em 17 cadáveres, sendo 11 homens e seis mulheres e a idade cuja morte variou de 67 a 99 anos. Antes da dissecação, o freio labial superior e inferior foram observadas e as posições do freio foram registradas. Após dissecação, observaram que o limite entre os músculos e o tecido conjuntivo que forma o freio bucal é diferente daquele que forma o freio labial. O freio bucal da maxila, formado em torno da região canina, correspondeu ao limite lateral da parte inferior do incisivo lateral superior. O freio bucal da maxila, formado na região pré-molar, correspondeu à borda anterior do bucinador. O freio bucal da mandíbula, formado em torno da região canina, correspondia à borda lateral da parte superior parte do musculo mentoniano e incisivo lateral inferior. O freio bucal da mandíbula, formado na região pré-molar, correspondia à borda anterior do músculo bucinador.

Santos e Barbosa (2017) relataram o caso de uma paciente do gênero feminino de 31 anos de idade que apresentava sintomatologia dolorosa, dificuldade para fonética e acidente traumático na face recente. Ao exame clínico e radiográfico verificaram a desinserção do freio labial superior o qual provocava instabilidade na linha média do lábio superior e causava os sintomas citados. Realizaram a reinserção cirúrgica do freio labial superior, o qual foi reposicionado por métodos cirúrgicos, e após 10 dias da cirurgia já apresentou nova reinserção promovendo estabilidade na linha média e cessação dos sintomas previamente relatados pelo paciente. Após seis meses da cirurgia houve a total remodelação gengival, porém surgiu um buraco negro entre os incisivos o qual pode ser corrigido por meio de restauração com resina.

Komori et al. (2017) avaliaram pacientes pediátricos com anormalidades no freio labial, e tratamento cirúrgico com laser de CO<sub>2</sub>. O procedimento realizado foi, anestesia, e em seguida o uso de uma onda de laser de CO<sub>2</sub> de 2 até 5 watts de potência durante 60 segundos. Dos 35 pacientes, apenas oito apresentavam freio labial maxilar anômalo, nestes mesmos pacientes foi realizada a cirurgia utilizando o laser, e em apenas um destes oito pacientes, foi necessária a realização de sutura. Concluíram que a frenectomia usando laser de CO<sub>2</sub> em pacientes de pediatria é muito útil, simples e um tratamento seguro para corrigir o problema, e ainda apresentando um bom pós-operatório.

Gugnani et al. (2017) relataram o caso um paciente saudável, de 13 anos de idade, queixando-se de falha na erupção do incisivo central superior direito. Ao exame clínico revelou erupção ectópica do dente, o qual se encontrava envolto no tecido do freio labial. O dente foi posicionado para uma posição horizontal no nível do sulco labial, forçando o incisivo erupcionar na altura do freio labial, com o passar do tempo o incisivo acabou irritando o tecido mole do freio e causando sua hipertrofia e a formação de uma pseudo bolsa que encapsulou o dente. O tratamento consistiu em ganhar espaço para o incisivo, através de uma incisão cirúrgica no freio, e reposicionamento ortodôntico e alinhamento do mesmo. Foi feito tratamento ortodôntico, utilizando mola para ganhar espaço para o dente ali a ser erupcionado. Após 2 semanas se iniciou a segunda fase do tratamento, que foi a frenectomia, com incisão em forma de “V”. Um mês após a cirurgia o incisivo que estava preso a mucosa estava em movimento com direção a oclusal e houve cicatrização da mucosa labial e do freio. Durante esse período a ortodontia recuperou espaço para a completa erupção do dente. Após 3 meses da cirurgia o dente já estava erupcionado e alinhado com a arcada. Concluíram que um exame clínico meticoloso, juntamente com histórico adequado, é obrigatório em pacientes com anomalias de erupção e desenvolvimento dentário, e os dentistas devem estar preparados para fazer o diagnóstico correto e planejar o tratamento mais adequado para cada paciente.

Magalhaes et al. (2017) apresentaram o caso clínico de um paciente do gênero feminino, relatando insatisfação quanto à altura dos seus dentes e seu sorriso gengival. Citaram que um fator desfavorável à estética, são os freios bucais quando patológicos, podem causar problemas clínicos na área ortodôntica, protética, fonética e/ou periodontal. Indicaram a cirurgia de aumento de coroa clínica com osteotomia do dente 14 ao 24, e prévia frenoplastia, em um único tempo cirúrgico. Conseguiram um ganho de inserção de 2 mm pela osteotomia em quase todos os dentes, além do aumento da

coroa clínica pela gengivectomia. Concluíram que para a correção do sorriso gengival, o aumento de coroa clínica com osteotomia, se mostrou muito benéfico, assim como a frenoplastia para o tratamento da inserção baixa do freio, trazendo satisfação ao paciente.

### **3 PROPOSIÇÃO**

A proposta do presente trabalho foi avaliar a presença de freio labial curto em crianças de 3 a 12 anos, e pesquisar na literatura as técnicas para tratamento.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho foi realizado mediante aprovação do projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (Parecer N<sup>o</sup> 2.600.306 – Anexo A), e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos responsáveis pelas crianças participantes (Apêndice A).

Foram realizados anamnese e exame clínico em 40 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 3 a 12 anos, pacientes da clínica de Odontopediatria e Ortodontia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.

A anamnese e exame clínico foram realizados pelos acadêmicos devidamente orientados e calibrados para os procedimentos.

Para a anamnese foi preenchida a ficha clínica contendo dados como, idade e gênero.

O exame clínico foi realizado mediante leve tração dos lábios superiores e inferiores, evidenciando o comprimento do freio, o que foi visualizado por meio das seguintes observações: inserção baixa do freio na margem gengival ou na papila interproximal, isquemia da papila na face palatina quando o freio é tracionado e a presença de diastema entre os incisivos superiores, e retração gengival na região de incisivos inferiores por vestibular ou lingual.

Os dados foram anotados na ficha do paciente (Apêndice B) tabulados, transformados em porcentagens e apresentados em figuras.

## 5 RESULTADOS

Foram avaliadas 40 crianças, sendo 18 do gênero feminino e 22 do gênero masculino, na faixa etária de três a 12 anos.

As avaliações demonstraram (11) 27,5% das crianças com freio labial curto no arco superior, sendo 15% no gênero feminino e 12,5 % no gênero masculino. No arco inferior, (13) 32,5% apresentaram freio labial curto, sendo 17,5% no gênero feminino e 15 % no gênero masculino.

A presença de diastemas foi observada em 25% (10) da população avaliada, sendo 12,5% no gênero feminino e 12,5 % no gênero masculino. Diastemas entre os incisivos centrais superiores relacionados ao freio labial curto foi encontrado em 7,5% das crianças (3), sendo 5% no gênero feminino e 2,5 % no gênero masculino.

O freio labial curto no arco inferior, foi relacionado a retração gengival em apenas uma criança (2,5%).

A Figura 1 apresenta a distribuição das crianças avaliadas com relação à presença de freio labial curto, e a Figura 2, a mesma distribuição por gênero.

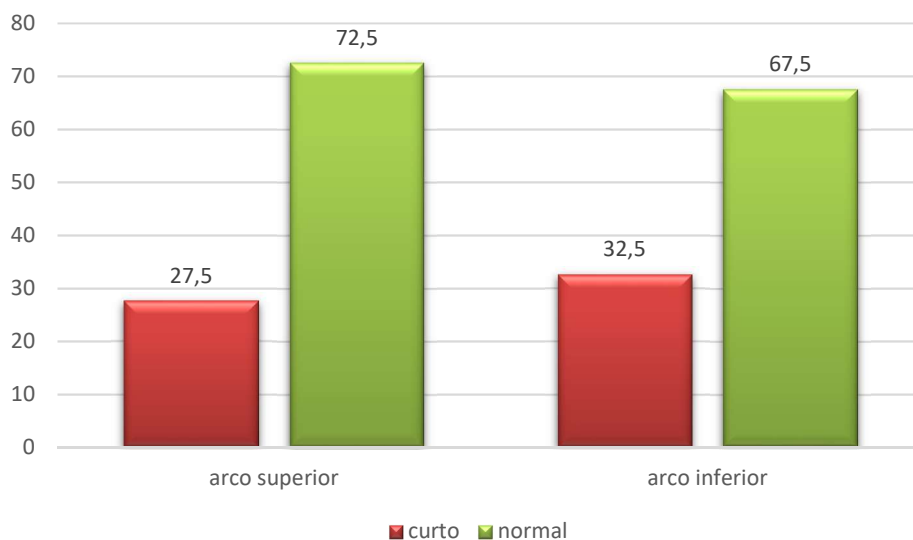


Figura 1- Distribuição das crianças avaliadas com relação à presença de freio labial curto, valores em porcentagem.

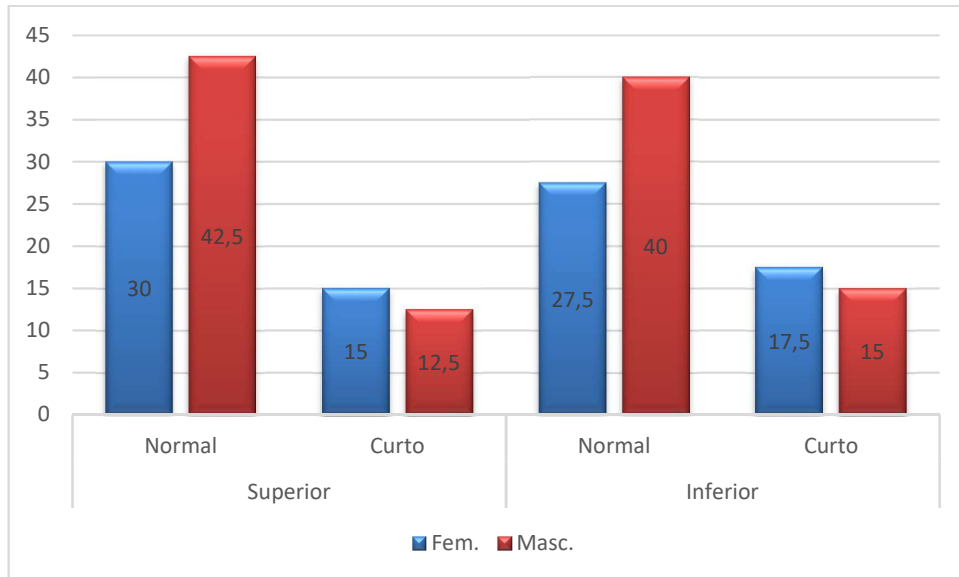


Figura 2- Distribuição das crianças avaliadas com relação à presença de freio labial curto divididos por gênero, valores em porcentagem.

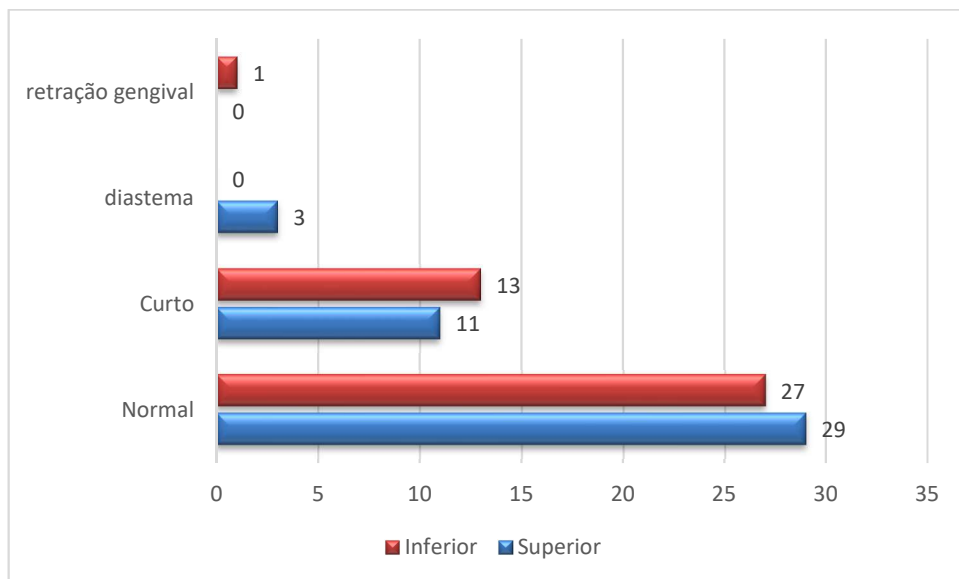


Figura 3- Distribuição das crianças avaliadas com relação à presença de freio labial curto, diastemas e retração gengiva.



## 6 DISCUSSÃO

O freio labial é uma dobra na membrana mucosa, que vai do lábio superior ou inferior à mucosa alveolar, conectando o lábio ao processo alveolar na linha média da maxila ou mandíbula, entre os incisivos centrais (Puricelli et al, 2001; Nogueira Filho et al., 2005; Macedo et al., 2012; Ribeiro et al., 2015; Abullais et al., 2016; Santa Maria et al., 2017), geralmente de forma triangular ou em leque (Fonseca et al., 2017), embora Cavalcante et al. (2009) colocaram que o freio labial é uma estrutura dinâmica sujeita a variações na forma, tamanho e posição durante os estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo, concordando com Souza et al. (2015) e Zimermann et al. (2017) que citaram que o freio labial controla os movimentos vestibulares do lábio e pode apresentar alterações morfológicas, e ainda Santos e Barbosa (2017) citaram que os freios podem variar de acordo com a forma, tamanho e posição, durante os diferentes estágios de crescimento da pessoa alguns freios são amplos e resistentes, outros são finos e frágeis.

O freio labial superior é uma estrutura anatômica fina e triangular formada no terceiro mês de vida intrauterina (Bruder et al., 2015) com base voltada para apical e localizado desde o tubérculo do lábio superior até o processo alveolar, concordando com Santa Maria et al. (2017) que colocaram que a maioria dos recém-nascidos têm o freio labial, com inserção na margem gengival, e à medida que ocorre o desenvolvimento do processo alveolar, e com a erupção dos incisivos permanentes há uma tendência à atrofia fisiológica e ao afastamento apical da inserção do freio. Quando o freio mantém uma inserção na papila palatina ou na margem gengival, é então chamado freio teto labial persistente (Cavalcante et al. 2009), e pode causar diastema mediano, interferir na escovação, causar recessão gengival e produzir efeito estético indesejável, interferir na fonética, ocorrer bolsas periodontais e atrapalhar os movimentos labiais (Santos et al. 2014; Vieira et al., 2014; Izolani Neto et al., 2014; Cardoso et al., 2016; Zimermann et al., 2017; Iwanaga et al., 2017; Komori et al., 2017).

Koora et al. (2007) e Fonseca et al. (2017) descreveram que ao ser tracionado, o freio labial produzindo isquemia na papila palatina, pode ser diagnosticado como freio labial hipertrófico ou teto labial persistente. Komori et al. (2017) citaram que o freio labial na maxila com uma adesão alta ao processo alveolar causa diastema nos incisivos e anormalidades na erupção, concordando com Sekowska e Chalas (2017) que afirmaram que pacientes com diastema mais frequentemente são do freio do lábio superior, diferente do encontrado na população avaliada no presente experimento, em

que 27,5% apresentaram freio labial curto no arco superior e 32,5% no arco inferior (Figura 1). Entretanto, Ribeiro et al. (2015) não observaram relação entre os padrões de morfologia e inserção com o gênero, semelhante também no presente experimento (Figura 2), mas verificaram relação entre o padrão de inserção dos freios labiais superiores e a idade dos indivíduos.

Considerando os efeitos adversos da presença do freio labial curto, tem sido indicada cirurgia de frenectomia que é a remoção total ou parcial do freio (Rossetti et al., 2006; Macedo et al., 2012; Castillo et al., 2013; Vieira et al., 2014; Lima et al., 2014; Komori et al., 2017), concordando com Puricelli et al. (2001) que citaram que o tratamento cirúrgico tem indicações periodontais, pré-protéticas, ortodônticas, estéticas e fonoaudiológicas, obedecendo conceitos cirúrgicos de reinserção ou remoção.

A cirurgia de frenectomia foi descrita por Nogueira Filho et al. (2005), Koorra et al. (2007), Izolani Neto et al. (2014), Santos et al. (2014), Vieira et al. (2014), em diferentes técnicas e procedimentos, que Rosetti et al. (2006) e Bruder et al. (2015) citaram técnica com incisão em V; Macedo et al. (2012), Abullais et al. (2016) e Fonseca et al. (2017) citaram a técnica de incisões paralelas e Cardoso et al. (2016) realizaram a frenectomia do lábio superior empregando o laser diodo de alta intensidade, e Komori et al. (2017) empregaram o laser de CO<sub>2</sub>, todos com resultados favoráveis, concordando com Izolani Neto et al. (2014) que afirmaram que a frenectomia consiste em procedimento seguro e previsível, mas pode causar deformações em casos restritos.

Cavalcante et al. (2009) afirmaram que não há um consenso na literatura para a melhor época para a cirurgia, entretanto Souza et al. (2015) afirmaram que no lábio superior, a melhor fase para a cirurgia é após a erupção dos caninos, e que a frenectomia labial é o tratamento mais indicado, prevenindo futuros diastemas interincisivos, restabelecendo a fonética, saúde gengival, estética e autoestima do paciente.

Entre as consequências do freio labial curto, estão, no lábio superior, o diastema entre os incisivos (Koorra et al., 2007; Cavalcante et al., 2009; Santos et al., 2014), e no lábio inferior a retração gengival nos incisivos inferiores (Ribeiro et al., 2015; Cardoso et al., 2016). No presente trabalho foi observado diastema entre os incisivos em 25% da população, entretanto apenas 7,5% estava relacionado ao freio labial, e a retração gengival nos incisivos inferiores foi observada em uma criança, e relacionada ao freio labial curto.

A presença de freio labial superior e inferior curtos encontradas na população avaliada pode estar relacionada às diferentes idades e diferentes fases de crescimento

e desenvolvimento, concordando com Zimmermann et al. (2017) que citaram variações na forma, tamanho e posição durante os estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Números semelhantes de crianças com freio labial curto na mandíbula e maxila foram observados na população avaliada, ao contrário do que afirmaram Abullais et al. (2016) que citaram uma ocorrência menos frequente na mandíbula. Isso pode explicar o fato de ser encontrado apenas três crianças com diastemas relacionado ao freio curto no lábio superior e uma criança com retração gengival relacionada ao freio labial inferior (Figura 3). Assim, sugerimos novos experimentos observando crianças com idades e faixas de crescimento semelhantes.

## 7 CONCLUSÕES

A presença do freio labial curto no arco superior ou inferior pode estar relacionada às diferentes idades da população avaliada, não havendo diferença entre os gêneros.

Diastemas entre os incisivos centrais superiores relacionados ao freio labial curto foram encontrados em três crianças (7,5%), e a retração gengival foi relacionada ao freio labial curto no arco inferior em uma criança (2,5%).

Diferentes técnicas cirúrgicas foram relatadas na literatura para resolução e liberação do freio labial curto.

## REFERÊNCIAS

- Ribeiro I L A, Fernandes T L, Trigueiro D A, Souza C F M, Medeiros Júnior M D. 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* 2015; 44(5):268-272
- Castillo C A L, Basulto H B, Socarrás D A, Pérez O R, García G F. Frenillo labial superior doble. *Rev. Cubana Pediatr* 2013; 85(4):523-528
- Puricelli E. Frenectomia labial superior: variação de técnica cirúrgica. *R Fac Odontol Porto Alegre* 2001; 42(1):16-20
- Nogueira Filho R G, Benatti B B, Peruzzo D C, Casati M Z, Nociti Jr F H. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. *Rev Gauch Odontol* 2005; 53(2):128-130
- Rosetti E P, Sampaio L M, Zuza E P. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: relato de caso. *Rev Gauch Odontol* 2006; 54(4):384-7
- Koora K, Muthu M S, Rathna P V. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2007; 25(1):23-26
- 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. *Rev Inst Ciênc Saúde*, 2009; 27(3):290-4
- 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. *R F O Passo Fundo* 2012; 17(3):332-335
- Santos PD, Osório S R G, Franzin L C S. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. *Braz J Surg Clin Res* 2014; 8(2):41-46
- Vieira P R, Fragelli C M B, Cavalheiro J P, Santos-Pinto L, Pansani C A. Técnica de frenotomia para correção de freio labial superior em Odontopediatria. *Rev Uninga Review* 2014; 19(3):41-43
- Lima A M D, Moriyama C M, Alves T S, Costa S C, Guaré R O. Frenectomia labial em paciente com síndrome de Cornelia de Lange. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2014; 26(2):170-176
- Izolani Neto O, Molero V V, Goulart R M. Frenectomia: revisão de literatura. *UNINGÁ Review* 2014; 18(3):21-25
- Souza A V, Santos A S, Dalló F D, Bez L C, Simões P W et al. Frenectomia labial maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*, 2015; 27(1):82-90

Bruder C, Ferreira M C D, Faltin Junior K, Chelotti A, Long S M. Frenectomia labial pela técnica de reposicionamento cirúrgico proposta por Chelotti. *Odonto* 2015; 23(45-46):11-18

Cardoso M V, Karam P S B H, Zangrando M S R, Gregghi S L A, Rezende M L R D, Sant'ana A C P, Damante C A. Vantagens da frenectomia labial por laser de diodo de alta intensidade. *Implant News Perio* 2016; 1(4):758-765

Abullais S S, 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(1):28

Fonseca T M C, Costa JV, Goya S, Giffoni TC R, Franzin L C S. Frenectomia labial associada à ortodontia para fechamento de diastema. *Rev. Uningá Review* 2017; 29(1):93-98

Zimermann C O, Matsuura E, Matarazzo F, Franzin L C S. Frenectomia labial em paciente infantil: relato de duas técnicas cirúrgicas. *Rev Uningá Review* 2017; 29(2):23-27

Santa Maria C, Aby J, Truong M T, Thakur Y, Rea S, Messner A. The superior labial frenulum in newborns: what is normal? *Global Pediatric Health* 2017; 4, 2333794X17718896

Sękowska A, Chałas R. Diastema and maxillary midline frenulum attachment. *Folia Morphol* 2017; 76(3):501-505

Iwanaga J, Takeuchi N, Oskouian R J, Tubbs R E. Clinical anatomy of the frenulum of the oral vestibule. *Cureus* 2017; 9(6):1410, DOI 10.7759/cureus

Santos S, Barbosa G F. Reinserção de freio labial superior – relato de caso. *Full Dent Sci* 2017; 8(31) DOI:10.24077/2017;831-3942

Komori S, Matsumoto K, Matsuo K, Suzuki H, Komori T. Clinical study of laser treatment for frenectomy of pediatric patients. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017; 10(3):272-277

Gugnani N, Pandit I K, Gupta M, Gugnani S, Vishnoi A, et al. Ectopic eruption of maxillary central incisor through abnormally thickened labial frenum: An unusual presentation. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2017; 35(1):94-97

Magalhães H T A T, Barbosa E D B, Mourão F R, Almeida R M. Aumento de coroa clínica estético superior com frenoplastia labial: um relato de caso. *Revista Multitexto* 2017; 5(1): 9-15

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após serem esclarecidos(as) sobre as informações a seguir, no caso de concordar com a sua participação no estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Avaliação da presença de freio labial curto em crianças”

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva

Alunos: Adriano da Silva Mineiro

Lucas Marçon Lima

Telefone para contato: 997813246

A proposta do presente trabalho será avaliar a presença de freio labial curto em crianças escolares de 3 a 12 anos, e descrever as indicações e técnicas para tratamento.

Riscos e benefícios: O possível risco é o participante sentir-se constrangido durante o exame clínico ou mesmo recusar-se a isso. Como benefício, temos o conhecimento da presença do freio labial curto, e indicações de tratamento.

Não haverá nenhum custo adicional pelos resultados recebidos deste estudo. A participação não está sujeita a qualquer tipo de pagamento. Não há nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que podem ser provocados pela pesquisa, tendo ainda a garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

---

Adriene Mara Souza Lopes e Silva

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo com a participação do (a) meu filho(a) no estudo:” Avaliação da presença de freio labial curto em crianças”. Fui

devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Taubaté, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE B

### FICHA CLÍNICA

Sujeito no.: .....

Idade: .....

#### Lábio Superior:

Freio- ( ) Normal ( ) Curto

Diastema entre os incisivos ( ) Presente ( ) Ausente

#### Lábio Inferior:

Freio- ( ) Normal ( ) Curto

Retração gengival - Vestibular ( ) Presente ( ) ausente

Lingual ( ) Presente ( ) ausente

## ANEXO A



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da presença de freio labial curto em crianças

**Pesquisador:** Adriene Mara Souza Lopes e Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 83593618.5.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.600.306

#### **Apresentação do Projeto:**

Freio labial superior ou inferior tem características semelhantes, sendo pregas sagitais da mucosa alveolar com forma triangular, inseridas de um dos lados na porção mediana da vertente vestibular do processo alveolar e terminando aproximadamente quatro milímetros acima da papila interproximal dos incisivos centrais. O tamanho ou posicionamento inadequados dessas estruturas podem causar problemas estéticos ou funcionais para o indivíduo. A proposta do presente trabalho será avaliar a presença de freio labial curto em crianças de 6 a 12 anos, e descrever as indicações e técnicas para tratamento. Serão avaliadas 50 crianças por meio de anamnese e exame clínico intra-bucal verificando as características dos freios labiais superior e inferior, e por meio de revisão de literatura serão descritas as indicações de tratamento cirúrgico e as técnicas para o procedimento de frenectomia labial.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A proposta do presente trabalho será avaliar a presença de freio labial curto em crianças de 6 a 12 anos, e descrever as indicações e técnicas para tratamento. Serão avaliadas 50 crianças por meio de anamnese e exame clínico intra-bucal verificando as características dos freios labiais superior e inferior, e por meio de revisão de literatura serão descritas as indicações de tratamento cirúrgico e as técnicas para o procedimento de frenectomia labial.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram considerados os possíveis riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Delineamento adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram incluídos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao término da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências da relatoria anterior foram resolvidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 13/04/2018, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1078839.pdf	13/03/2018 21:17:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/03/2018 21:16:52	Adriene Mara Souza Lopes e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/03/2018 21:16:34	Adriene Mara Souza Lopes e Silva	Aceito
Outros	autORIZ.pdf	24/02/2018 16:24:52	Adriene Mara Souza Lopes e Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC.pdf	21/02/2018 20:43:04	Adriene Mara Souza Lopes e Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/02/2018 20:41:39	Adriene Mara Souza Lopes e Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br

04/04/2018 15:55



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 2.600.306

Não

TAUBATE, 16 de Abril de 2018

Assinado por:  
José Roberto Cortelli  
(Coordenador)

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Adriano da Silva Mineiro

Lucas Marçon Lima

Taubaté, novembro de 2018