

Descrição da Morfologia dos Frênulos Labiais Superiores em Escolares de Teresina

Description of the Morphology of Upper Labial Frenulum in Students from Teresina

Alessandra Tobias Braga¹

Patrick Veras Quelemes²

Weber Leal de Moura³

Walter Leal de Moura⁴

Recebido em 28/06/2006

Aprovado em 17/10/2006

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de fazer um levantamento da prevalência dos diferentes tipos de frênulos labiais superiores, além de suas inserções em escolares de Teresina - PI. Para tanto, foram realizados exames clínicos em 300 escolares com idades entre 7 e 10 anos. As crianças foram escolhidas ao acaso, e o exame consistiu na distensão do lábio superior com o auxílio dos dedos de um único examinador, envoltos por gaze, sendo os achados anotados em ficha padronizada. Foi utilizada a classificação dos frênulos labiais superiores proposta por Sewerin (1971) e das inserções proposta por Placek *et al.* (1974). Os dados foram processados através do programa de computação SPSS, sendo a análise estatística do tipo descritiva. O frênulo labial de maior prevalência foi o simples, seguido do teto-labial persistente, simples com nódulo, coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades, simples com apêndice, com recesso, bífido e duplo. O tipo de inserção mais prevalente foi a inserção na mucosa alveolar, seguida da gengiva inserida, papila interdental e penetrante na papila.

Descritores: Morfologia, Frênulos labiais superiores, Escolares.

ABSTRACT

The objective of this paper was to estimate the prevalence and attachment of different kinds of upper lip frenulum in students from Teresina – PI. A sample of 300 students aged 7 to 10 years were clinically examined. The children were chosen at random and the examiner distended their upper lip just using his fingers wrapped up in gauze. The findings were recorded on a standard chart. The classification for upper labial frenulum proposed by Sewerin (1971) and that of the attachments proposed by Placek *et al.* (1974) were used. The data were processed using the computation program SPSS and descriptive statistical analysis. The simple upper labial frenulum showed the largest prevalence, followed by the persistent tectolabial, simple with nodule, coincidence of two or more variations or abnormalities, simple with appendix, with recess, bifid and double. The attachment to alveolar mucous was the most prevalent, followed by inserted gum, interdental papilla and penetrating in the papilla attachments.

Descriptors: morphology, upper labial frenulum, students.

1. Mestre em Morfologia - UNIFESP

2. Cirurgião-dentista graduado pela UFPI

3. Doutor em Morfologia – UNIFESP e Professor Adjunto de Histologia e Embriologia da UFPI

4. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais – UNESP (Araçatuba) e Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UFPI

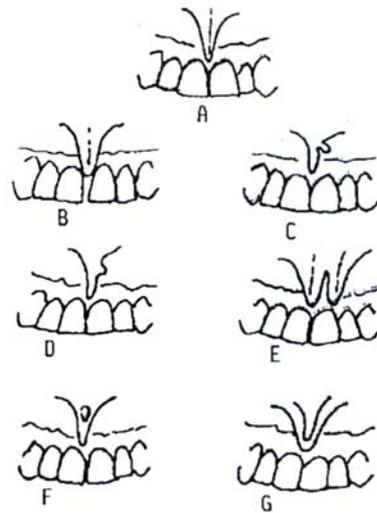
INTRODUÇÃO

O frênulo labial superior é definido como uma prega da membrana mucosa e de tecido fibroso, aderido de um lado à superfície interna do lábio superior e, do outro, à gengiva da linha mediana da maxila (HOGEBOOM, 1958). É constituído histologicamente de três planos: epitélio estratificado pavimentoso orto ou paraqueratinizado, tecido conjuntivo denso e frouxo e submucosa contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos (GOLDMAN; COHEN, 1983). Rulli (1997) afirma que existem controvérsias quanto à presença ou não de fibras musculares esqueléticas.

Sua função seria de limitar os movimentos dos lábios, promovendo uma estabilização na linha média, além de impedir o excesso de exposição da mucosa gengival. (CURRAM, 1950)

McDonald & Avery (1986) relataram que o frênulo labial superior pode ser considerado uma peça anatômica problemática, devido à falta de unanimidade de opinião sobre os tipos que requerem correção cirúrgica e em que idade ela é aconselhável, além de poder produzir outras condições clínicas indesejáveis, como: dificuldade no posicionamento da escova na altura do vestibulo, interferindo na escovação, retração de tecido no colo do dente, acúmulo de alimentos, restrição dos movimentos do lábio, interferindo na fala, e um efeito estético indesejável.

Sewerin (1971) classificou os frênulos labiais superiores em dois grupos: os das variações (normalidades), nos quais são catalogadas as características morfológicas do processo de involução do frênulo, e o grupo das anormalidades, nos quais os demais tipos são enquadrados dentro de suas características funcionais e morfológicas. As variações são: frênulo simples, simples com apêndice e simples com nóculo. As anormalidades foram classificadas como: frênulo bífido, com recesso, teto-labial persistente, duplo e a coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades. (Figuras 01 e 02)



- A – Simple
- B – Teto-labial persistente
- C – Com apêndice
- D – Com nóculo
- E – Duplo
- F – Com recesso
- G – Bífido

Figura 01. Esquema demonstrativo dos diferentes tipos de frênulos labiais superiores proposto por SEWERIN (1971).

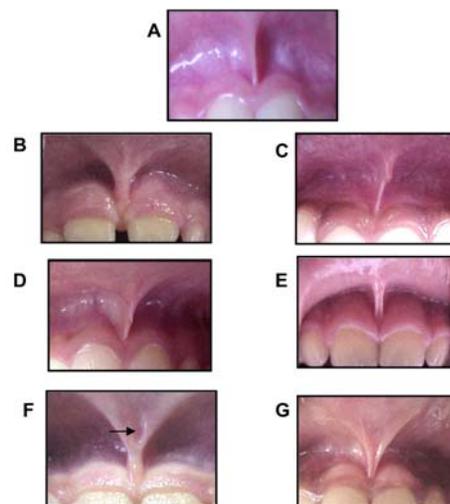


Figura 02 – Fotografias dos diferentes tipos de frênulos labiais superiores, segundo Sewerin (1971), encontrados nesta pesquisa.

Placek *et al.* (1974) propuseram uma classificação dos frênulos labiais, de acordo com o local de inserção. São elas: inserção na mucosa alveolar, incluindo a união mucogengival; na gengiva inserida; na papila interdental e penetrante na papila. (Figura 03)



Figura 03 – Fotografias dos diferentes tipos de inserções dos frênuos labiais superiores, segundo Placek *et al.* (1974), encontrados nesta pesquisa.

Meyer & Sá-Lima (1995), estudando crianças com idades entre 7 e 10 anos, não encontraram diferenças estatisticamente significativas da prevalência dos diversos tipos de frênuos labiais superiores em relação ao sexo, resultado, também, encontrado por Sewerin (1971); Walter (1980) e Santos *et al.* (1985). Pizán (2004) afirma que a discussão acerca da relação diastema-frênulo divide os pesquisadores em três grandes posições: os que concordam que a inserção baixa do frênulo anômalo é causadora do diastema; os que afirmam que o frênulo anômalo é o resultado do diastema e os que concluem que o frênulo anômalo e o diastema são entidades distintas.

Prietsch *et al.* (1991) concluíram que o tipo de frênulo labial, que causa o diastema mediano superior, é o teto-labial persistente (que por alguns é conhecido simplesmente como frênulo anômalo ou patológico).

Quanto à dinâmica do frênulo labial superior, Dewell (1966) afirma que esta é uma estrutura sujeita a mudanças de forma, tamanho e posição com o correr do desenvolvimento. Assim, entende-se que um

frênulo, considerado patológico ou anômalo em uma idade, pode sofrer um processo de atrofia, assumindo, anos depois, caracteres de normalidade.

Vanzato *et al.* (1999), estudando a relação entre o frênulo labial e o diastema em crianças de 7 a 14 anos, observou um decréscimo da prevalência de diastema com a idade, relacionando tal efeito à erupção dos incisivos centrais, laterais e caninos permanentes.

Pizán (2004) afirma que a maior parte dos autores concorda que o início de algum tratamento para o frênulo anômalo, causador de diastema, só aconteça após a erupção dos incisivos e caninos superiores.

O objetivo desta pesquisa foi fazer um levantamento da prevalência dos diferentes tipos de frênuos labiais superiores, além de suas inserções em escolares de Teresina.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, encontramos todos os tipos morfológicos de frênuos labiais superiores descritos por Sewerin (1971) (figuras 01 e 02). É um resultado raro, pois, nos trabalhos analisados que utilizaram, como amostra, crianças com faixa etária próxima à nossa - Walter (1980); Santos *et al.*, (1985) e Meyer & Sá-Lima (1995) - não houve prevalência de pelo menos, um dos tipos de frênuos.

Encontramos normalidade em 72,33% dos casos, enquanto que as anormalidades somaram 27,67%. Sewerin (1971) definiu em sua pesquisa, cuja amostra compreendia pessoas de todas as idades, que as anormalidades seriam somente os frênuos com uma porcentagem inferior a 5%. Encontramos valores mais altos, porque trabalhamos com uma amostra composta de crianças entre 7 e 10 anos, e Denwel (1966) afirma que ocorre um processo involutivo (atrofia) no frênulo labial superior com o avançar da idade, podendo este deixar de ser anormal com o passar do tempo.

Observando o gráfico 01, verificamos que o frênulo simples predomina sobre os demais, representando 57,33% dos casos, porcentagem menor que a encontrada por Sewerin (1971) - 65,6% (para uma faixa

etária de 0 a 14 anos); Walter (1980) – 68,81%; Santos *et al.* (1985) – 72% e Meyer & Sá-Lima (1995) – 70,23%.

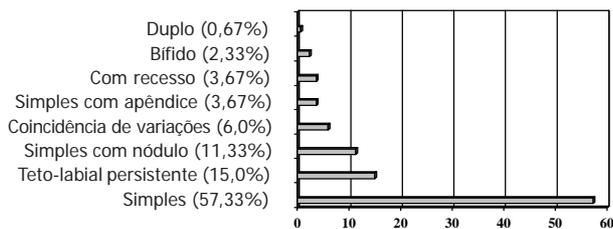


Gráfico 01 – Tipos de frênulos labiais superiores.

A menor prevalência correspondeu ao frênulo duplo - 0,67% (gráfico 01) corroborando o trabalho de Sewerin (1971) que encontrou 0% para uma faixa etária de 0 a 14 anos.

Quanto ao frênulo com recesso, encontramos uma prevalência de 3,67% (gráfico 01). Destacamos que Sewerin (1971) também verificou uma frequência que, segundo ele, seria alta, pois se considerava como um achado raro (2,9% para uma faixa etária de 0 a 14 anos). Tais resultados são maiores que os observados por Walter (1980) – 0,26%, Santos *et al.*, (1985) – 0% e Meyer & Sá-Lima (1995) – 0,43%.

O frênulo teto-labial persistente obteve uma porcentagem de 15% (gráfico 01). Este resultado se aproxima ao de Santos *et al.* (1985) – 10,7%, mas está com uma prevalência maior que a encontrada por Sewerin (1971) – 7,3% (para uma faixa etária de 0 a 14 anos), Walter (1980) – 7,67% e Meyer & Sá-Lima (1995) – 4,13%.

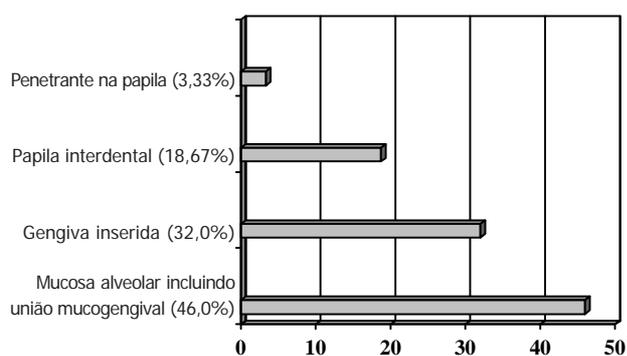
Observamos um decréscimo percentual da prevalência do frênulo teto-labial persistente com o avançar da idade (tabela 01), confirmando o processo involutivo descrito por Denwel (1966) e ainda concordando com os trabalhos de Walter (1980), Santos *et al.* (1985) e Vanzato *et al.* (1999). Para ilustrar o quanto ocorre esse decréscimo percentual, destacamos o trabalho de Ruli (1997), que utilizou em sua pesquisa uma amostra composta por jovens de 19 a 26 anos, encontrando uma prevalência do freio teto-labial persistente de apenas 1%. Desta forma, entendemos que o diagnóstico desse frênulo precisa ser bastante criterioso, principalmente quando se estuda a necessidade e a idade da realização de cirurgia (frenectomia) para a correção ortodôntica de diastema, por exemplo.

Tipos de frênulos		7	8	9	10	%
		%	%	%	%	
Tipos de frênulos	Simples	50,79	55,95	60,00	61,64	57,33
	Teto-labial persistente	19,05	17,86	13,75	9,59	15,00
	Simples com nódulo	14,29	14,29	8,75	8,22	11,33
	Coincidência de duas ou mais variações	6,35	5,95	6,25	5,48	6,00
	Com apêndice	6,35	1,19	3,75	4,11	3,67
	Com recesso	3,17	2,38	2,50	6,85	3,67
	Bífido	0,00	2,38	2,50	4,11	2,33
Duplo	0,00	0,00	2,50	0,00	0,67	
Total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

Em relação aos tipos de inserções, nesta pesquisa foram encontrados os quatro tipos morfológicos descritos por Placek *et al.* (1974) (figura 03). Analisando o gráfico 02, observamos uma maior prevalência de inserção na mucosa alveolar, incluindo a união mucogengival (46%), seguida da gengiva inserida (32%), papila interdental (18,67%) e penetrante na

papila (3,33%). Verificamos, assim, que o percentual de inserção do frênulo em determinado local diminuía, na medida em que havia uma aproximação da região de papila. Destacamos a necessidade de mais estudos sobre a prevalência da inserção do frênulo labial superior, pois não encontramos na literatura trabalhos com amostra com faixa etária próxima à nossa.



Fonte: Pesquisa direta

Gráfico 02 - Tipos de inserções dos frênuos labiais superiores.

CONCLUSÕES

1. O frênulo labial de maior prevalência foi o simples, seguido do teto-labial persistente, simples com nódulo, coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades, simples com apêndice, com recesso, bifido e duplo.
2. O tipo de inserção mais prevalente foi a inserção na mucosa alveolar, seguida da gengiva inserida, papila interdental e penetrante na papila.

REFERÊNCIAS

- 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.
- GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. **Periodontia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 1217p.
- HOGEBOM, F. E. **Odontologia Infantil e Higiene Odontológica**. México: Uthea, 1958. 642p.
- Mc DONALD, R. E., AVERY, D. R. Alterações congênitas e adquiridas dos dentes e estruturas orais associadas. In: Mc DONALD, R. E., AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p.82-84.
- MEYER, R. M.; SÁ-LIMA, J. R. Estudo da morfologia do freio labial superior em escolares de São José dos Campos. **Revista de Odontologia da UNESP**, 24 (2): 441- 450, jul./ dez. 1995.
- PIZÁN, M. E. D. Diastema médio interincisal y su relación con el frenillo labial superior: una revisión. **Rev. Estomatol. Herediana**, 2004; 14 (1-2).
- PLACEK, M. *et al.* Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part I. classification and epidemiology of the labial frenum attachment. **J Periodontol**, v. 45, n.12, p. 891-894. Dec. 1974.
- PRIETSCH, J. R. *et al.* O freio labial superior e sua influência no diastema mediano superior. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, 32 (2): 9-14, nov. 1991.
- RULI, L.P. *et al.* Frênulo labial superior e inferior: estudo clínico quanto à morfologia e ao local de inserção e sua influência quanto à higiene bucal. **Revista Fac. de Odontol. Univ. São Paulo**, v.11, n.3, p. 195-205, jul./set. 1997.
- SANTOS, V. I. M. *et al.* Estudo da prevalência dos diferentes tipos de freio labial superior na dentição decídua. **Revista. Fac. Odontol. Univ. São Paulo**, v.23, p.129-35, 1985.
- SEWERIN, I. Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. **Acta. Odontol. Scand**, v.29, n.4, p. 486-496, Oct. 1971.
- VANZATO, J. W. *et al.* Prevalência do freio labial anômalo e diastema mediano dos maxilares e sua interrelação. **Revista Gaúcha de Odontologia**, 47 (1) Jan. 1999
- WALTER, L. R. F. Prevalência dos diferentes tipos de

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Patrick Veras Queleães

Rua Matias Olímpio, 157 - Jôquei Clube

Teresina - Piauí CEP: 64.048-270

pqueleães@bol.com.br