



JESSICA TEIXEIRA DA COSTA

INDICAÇÕES PARA FRENECTOMIA

**Sinop/MT
2018**

JESSICA TEIXEIRA DA COSTA

INDICAÇÕES PARA FRENECTOMIA

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito para aprovação da disciplina.

Orientador: Prof^o Márcio Soldatelli Studzinski

**Sinop/MT
2018**

JESSICA TEIXEIRA DA COSTA

INDICAÇÕES PARA FRENECTOMIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em ODONTOLOGIA.

Aprovado em _____

Márcio Soldatelli Studzinski

Professor Orientador

Departamento de Odontologia –FASIPE

Tháísa Gonçalves de Souza

Professora Avaliadora

Departamento de Odontologia –FASIPE

João Pedro O. Barbosa

Professor Avaliador

Departamento de Odontologia - FASIPE

Giulienne Nunes de Souza Passoni

Coordenadora do Curso de Odontologia

FASIPE - Faculdade de Sinop

RESUMO

O presente estudo científico propõe-se a formular conhecimento através desta revisão de literatura sobre as indicações para frenectomia, bem como apresentar as técnicas utilizadas, expondo suas características. O objetivo é levar conhecimento sobre a importância de se fazer um correto diagnóstico acerca da indicação de remoção dos freios e uma adequada intervenção, minimizando os riscos e eventuais prejuízos para o paciente. Para a realização do presente estudo fora efetivada pesquisa bibliográfica com base em material científico já publicado, considerou-se as versões impressas e também eletrônicas que ofereciam conteúdo conexo ao presente tema como livros, revistas, teses, dissertações, como: Scielo e Google Acadêmico. A partir da revisão de literatura foi possível apresentar os diferentes tipos de freios, sua constituição anatômica, as limitações quanto a problemas fonéticos, estéticos, dificuldade protética e de higienização. Tendo em vista que muitos são os prejuízos da não realização da frenectomia, tem-se a necessidade de realização cirúrgica para remoção dos freios, existindo algumas técnicas eficazes para a remoção dos mesmos. Ainda que seja um procedimento simples existem alguns cuidados pós-operatórios que devem ser levados em conta. Porém o tratamento não termina com a excisão cirúrgica, devendo envolver outras áreas profissionais. O diagnóstico precoce continua sendo o melhor tratamento.

Palavras-chave: Cirurgia pré-protética. Freio. Frenectomia.

ABSTRACT

The present scientific study proposes to formulate knowledge through this literature review on the indications for frenectomy, as well as to present the techniques used, exposing their characteristics. The objective is to bring knowledge about the importance of making a correct diagnosis about the indication of brake removal and an appropriate intervention, minimizing the risks and possible damages to the patient. For the accomplishment of the present study, a bibliographic research was carried out based on scientific material already published, it was considered the printed and electronic versions that offered content related to the present theme as books, magazines, theses, dissertations, such as: Scielo and Google Scholar. From the literature review it was possible to present the different types of brakes, their anatomical constitution, the limitations regarding phonetic, aesthetic problems, prosthetic difficulty and hygiene. Considering that many are the damages of not performing the frenectomy, there is a need for surgical realization to remove the brakes, and there are some effective techniques for the removal of the brakes. Although it is a simple procedure there are some postoperative care that must be taken into account. However, the treatment does not end with surgical excision and should involve other professional areas. Early diagnosis remains the best treatment.

Keywords: Pre-prosthetic surgery. Brake. Frenectomy.

INTRODUÇÃO

Os freios são estruturas dinâmicas sujeitas a alterações no tamanho, forma e posição durante os diversos estágios de crescimento do indivíduo. O freio lingual tem a função de limitar o movimento da língua favorecendo a fala, deglutição e fonação. E 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.¹

Segundo o autor, os freios orais são estruturas anatômicas que, em sua normalidade, controlam as funções labiais e linguais, reduzindo assim, os movimentos excessivos e suportando as funções de mastigação e também da fala. Contudo, os freios principais: labial maxilar, labial mandibular e lingual, contêm uma conformação que, quando afeta a realização de procedimentos como protéticos, estéticos, entre outros, deve-se realizar a frenectomia.²

Muitos são os procedimentos eficazes na excisão das inserções dos freios. Dentre elas, a excisão simples e a zetaplastia (incisão em Z) que são eficazes para inserções estreitas, a vestibuloplastia é comumente indicada para os casos de inserções largas em suas bases.³ São três os procedimentos para a prática cirúrgica de frênulos (freios): 1. Frenulectomia que incide na remoção total do frênulo: podendo ser usada a técnica do duplo pinçamento ou a técnica do pinçamento único; 2. Frenulotomia que consiste em seccionar o freio, porém, sem eliminá-lo: usando a técnica da simples secção ou a técnica da incisão em Z (zetaplastia); 3. Reinserção do freio, onde se realiza a mudança de suas inserções.⁴ Outra excelente opção para procedimentos cirúrgicos de tecidos moles é o uso de laser em alta intensidade, o que facilita e acelera sua execução. Dentre as vantagens estão: menor dor e desconforto, edema transoperatório e controle hemorrágico. De tal modo que seu uso proporciona um mínimo efeito colateral e baixo dano tecidual.⁵

Os cuidados pós-operatórios devem ser descritos segundo cada paciente, a prescrição da terapêutica medicamentosa deve ser um complemento de todo procedimento cirúrgico, de acordo com cada caso, com objetivo de controlar dor, infecção e inflamação. Sendo que os medicamentos mais prescritos são analgésicos e anti-inflamatórios por 3 a 5 dias conforme a sintomatologia do paciente. Nas primeiras 24 horas pode-se recomendar a aplicação de gelo no local.^{6,7}

O objetivo geral deste trabalho é levar conhecimento sobre a importância de se fazer um correto diagnóstico acerca da indicação de remoção dos freios e uma adequada intervenção, minimizando os riscos e eventuais prejuízos para o paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

O que são freios linguais e labiais

A composição do freio labial se dá por finas bandas de tecido fibroso cobertas por mucosa. Sua fixação pode ser desde a altura do vestíbulo até a crista do rebordo alveolar, algumas vezes na área da papila incisiva, tornando-se muito espessas. O freio labial no adulto deve ser corrigido quando o diastema interincisivo continuar depois da erupção destes dentes, causando alterações estéticas, problemas periodontais e quando traumas forem frequentes. Em caso de pacientes desdentados, a permanência do freio labial na altura da crista alveolar causará problemas durante a moldagem, a instalação e a estabilidade de próteses totais ou parciais.⁶

Os dois tipos de freios labiais, superiores e inferiores exibem características iguais, sendo sua composição dinâmica e modificável, porém podem mudar de tamanho, de forma e posição durante as fases de crescimento e desenvolvimento. Ao longo do tempo a propensão é diminuição do tamanho e importância, estando na criança largo e grosso, ao longo do desenvolvimento ficando mais fino e pequeno. Em casos de freio lingual, por vezes, pode exibir alterações no seu tamanho, impedindo alguns movimentos da língua, podendo reduzir a sua mobilidade. Uma das anormalidades deste freio é a anquiloglossia, que significa freio lingual curto ou inserido muito próximo à ponta da língua (anomalia congênita)⁸.

Na maioria dos casos o freio é muito curto, o que acaba prejudicando a movimentação lingual e a pronúncia de certos fonemas. O freio pode interferir na adaptação e na estabilidade da prótese inferior, precisando ser removido no momento da reabilitação protética.⁶

As inserções do freio lingual podem ser compostas de diferentes tipos de tecidos, contendo, tecido conjuntivo, mucosa e fibras superficiais do músculo genioglosso. Sendo que estas podem gerar intervenção significativa na estabilidade da prótese, na pronúncia e mobilidade lingual.³

Em sua face anterior, a língua apresenta uma brida que vai do assoalho bucal à superfície lingual do rebordo alveolar mandibular, e que quando modificada pode ser composta por mucosa, tecido conjuntivo fibroso denso e fibras superiores do músculo genioglosso. Atrapalhando a moldagem, a adaptação periférica das próteses e podem agravar problemas periodontais, como se constata em áreas de retração gengival anexas a bridas.⁶

As dúvidas quanto ao freio labial prendem-se mais sobre a idade adequada para o procedimento cirúrgico, bem como se este deverá ser concretizado antes ou posteriormente ao tratamento ortodôntico. Conclui-se que em determinados artigos, caso haja necessidade de espaço, indica-se a frenectomia posteriormente a erupção dos incisivos laterais, tratando-se de um verdadeiro diastema.⁸

Principais indicações de Frenectomia

Como cada tipo de frênulo expõe características próprias, sendo que a abordagem clínica fonoaudiológica deve ser específica para cada caso. Em frênulos curtos, que não expõem alterações funcionais significativas, indica-se fonoterapia por dois a três meses, mas caso esta não seja eficaz, a cirurgia é aconselhada. Casos de frênulos curtos e anteriorizados a indicação é sempre cirúrgica, pois há implicações na fala, na mobilidade, deglutição e na mastigação.⁹

O diagnóstico para se indicar a necessidade de frenectomia lingual é complexo, uma vez que as diversas definições de anquiloglossia juntamente com pesquisas e sua necessidade de excisão do freio, sendo parcial ou total, quase sempre são injustificadas. Há algumas incoerências, entretanto em pesquisas estudadas, pode-se justificar a necessidade de frenectomia por causa de dificuldades na pronúncia de certas letras, podendo ser sua origem devido às restrições de certos movimentos na articulação da língua e/ou lábios. Além disso, durante a amamentação, determinados autores confirmam que com uma anquiloglossia expressiva, a frenectomia promovia a passagem do leite para o bebê, também em outros casos se menciona melhoria considerável nas dificuldades e patologias experimentadas pela mãe, não somente no mamilo, mas como na mama.⁸

Quanto as indicações sobre a intervenção cirúrgica do freio labial, são elas: problemas fonéticos, estéticos, dificuldade protética e de higienização. Todavia, antes de se realizar um procedimento cruento é preciso avaliar atenciosamente fatores como hereditariedade, discrepância de tamanho entre dente-arcada, septo interincisivo, para que o paciente não seja submetido a um tratamento cirúrgico desnecessário.¹⁰

Em cirurgias com finalidade protética, o objetivo da exérese dos frênulos e bridas fazem referência, excepcionalmente, à intenção da instalação de próteses, sem que haja trauma para o paciente.⁴

A frenectomia de freio labial maxilar precisará ser realizada posteriormente à erupção dos caninos maxilares permanentes. Porém, quando há diastema amplo, deve-se realizar o procedimento o quanto antes, para que o diastema se encerre. Todavia, não se recomenda que esta cirurgia seja realizada durante a dentição decídua.²

Quanto à técnica de frenectomia, é eficiente na excisão dos freios anormais e pode conter diferenças, conforme a extensão, inserção e grau de envolvimento do freio. Porém, muitas vezes é difícil diagnosticar a necessidade de frenectomia, uma vez que, as várias definições de anquiloglossia, análises e a necessidade de excisão do freio, parcial ou total, nem sempre são explicadas.¹

Para uma melhor adaptação de próteses são realizadas cirurgias com finalidade protética de frênulos, contudo existem outras finalidades como na ortodontia e como recurso na fonoaudiologia.⁴

A correção de diastemas interincisivos centrais em tratamento ortodôntico não deve ser a principal indicação da frenectomia labial superior, já que, a presença de freio hipertrófico pode gerar alterações periodontais, bem como, problemas na adaptação de prótese dentária, comprometimento das funções dos lábios e estético. Em virtude disso, podemos observar que a imaginária possibilidade de consequência estética junto às papilas gengivais tem sido determinada como a maior contraindicação da excisão cirúrgica do frênulo labial superior.⁷

Em casos de diastema persistente, depois da erupção dos caninos permanentes maxilares, se realiza a frenectomia associada ao tratamento ortodôntico, após a colocação do aparelho fixo ou pouco tempo antes da sua remoção. Nestes casos, a frenectomia deve ser realizada para evitar a recidiva.²

Quando há impossibilidade de instalação de aparelhos protéticos devido à inserção anormal dessas estruturas anatômicas, indica-se uma manobra cirúrgica para correção das mesmas. Sendo que, em alguns casos, essas formações provavelmente tenham sido provocadas por reabsorções acentuadas dos rebordos alveolares.⁴

Principais técnicas anestésicas

Sobre o tipo de anestesia empregada, a escolha é a terminal infiltrativa, sendo realizada com intuito de se obter uma abrangência maior da mesma e impedir a infiltração direta sobre o freio, uma vez que poderia haver modificação na forma transformando sua anatomia e levando a uma perda da identificação do freio.³

A técnica anestésica empregada é sempre a terminal infiltrativa na base da alteração, tendo-se o cuidado de injetar a solução anestésica lentamente, a fim de evitar o edema, que geraria certa deformidade no freio. Porém, pode-se fazer a anestesia por compressão primeiramente, com os dedos polegar e indicador.⁴

Há uma vasoconstricção local posteriormente a infiltração de anestésico local com vasoconstritor, por conseguinte, há a diminuição do sangramento cirúrgico, devendo ser realizada profundamente na região para que se evite a balonização e a deformidade dos contornos cirúrgicos no freio.⁶

Em frenectomia, a anestesia utilizada é por bloqueios bilaterais e infiltração anestésica local na região anterior da mandíbula. Faz-se um ponto de reparo no ápice da língua para promover uma apropriada tração da mesma e exposição do freio.³

Conforme citado pelo autor em relato de caso clínico, a técnica anestésica para cirurgia de freio labial utilizada é a terminal infiltrativa bilateral, iniciando-se com aplicação de anestésico tópico na região, logo após, injetando a solução anestésica no fundo de sulco vestibular a uma certa distância, sendo depositada lentamente para não perder os pontos anatômicos de referência permitindo a delimitação do freio, tendo como complemento a anestesia na região palatina. Podendo utilizar os anestésicos mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, de ½ a 1 tubete no total de aplicação.¹¹

Principais técnicas cirúrgicas

Independentemente do método ou técnica cirúrgica utilizada na frenectomia, não implica dor, uma vez que a operação é sob anestesia local e o pós-operatório do mesmo modo, não provoca qualquer sintomatologia significativa. Quanto a recidiva, depende da execução da técnica, pois quando indicada corretamente e bem realizada não há recidiva.¹²

Existem muitos procedimentos eficientes na excisão das inserções dos freios. Como: excisão simples e zetaplastia que são eficazes para inserções estreitas, a vestibuloplastia é comumente aconselhada para freios com inserções de bases largas.³

Ademais, outra excelente opção para procedimentos cirúrgicos de tecidos moles é o uso de laser em alta intensidade, o que facilita e acelera sua execução. Dentre as vantagens estão: menor dor e desconforto, edema transoperatório e controle hemorrágico. De tal modo que seu uso proporciona um mínimo efeito colateral e baixo dano tecidual.⁵

Os freios com inserções largas em suas bases devem ser tratados pela técnica de vestibuloplastia localizada. Expondo o periósteo subjacente através de uma dissecação supraperiosteal. A sutura reposiciona a parte superior da mucosa e as margens da ferida cirúrgica ao periósteo, porém mais profundamente no fundo do saco vestibular. A cicatrização da ferida cirúrgica ocorre por segunda intenção. Para proporcionar comodidade ao paciente nos primeiros dias pós-operatórios podemos utilizar uma prótese preexistente ou um guia.³

Na técnica de excisão simples, após a realização da técnica anestésica, duas pinças hemostáticas curvas fazem o pinçamento do freio em seus extremos. Durante o ato cirúrgico pode-se usar hemostáticos para facilitar a apreensão do freio e minimizar o sangramento. Com a excisão do freio, o objetivo é buscar a remoção máxima de tecido fibroso, que pode ser realizada com a lâmina do bisturi ou com uma tesoura de íris reta. A ferida cirúrgica terá a forma de um losango, devendo as margens mucosas serem divulsionadas e fechadas com ponto simples. É necessário suturar de modo a fechar verticalmente a ferida, caso contrário ocorrerá a reconfeção do freio operado.⁶

Para a liberação cirúrgica do freio lingual é imprescindível a separação da inserção do tecido conectivo na base da língua transversalmente. Imediatamente, o fechamento é efetuado de maneira linear, o que permite uma libertação completa da porção ventral da sua inserção no rebordo alveolar. São utilizados um eletrocautério ou uma substância hemostática para diminuir a perda de sangue e melhorar a visualização. Em seguida remove-se o hemostático, cria-se uma incisão por meio da área antecipadamente fechada com o hemostático. Tomando o devido cuidado com o ducto de Warton (abertura no assoalho bucal abaixo da parte anterior da língua sobre o cume da papila sublingual lateralmente ao freio lingual) e vasos sanguíneos superficiais do assoalho bucal e também da superfície ventral da língua. Com a intenção de suavizar o desconforto do paciente, após os limites da incisão serem divulsionadas e as margens da ferida cirúrgica reaproximadas e fechadas com sutura contínua, tenta-se deixar os nós voltados para dentro da ferida.³

Para os casos de inserções largas em suas bases, indica-se a vestibuloplastia. Após a realização de anestesia infiltrativa, a eversão do lábio auxilia na visualização. Realiza-se então uma excisão elíptica supraperiosteal ao redor do freio. Utilizam-se tesouras curvas para a dissecação regular do freio possibilitando a remoção da mucosa e do tecido conectivo de maneira a mostrar sua larga base periosteal aderida ao osso subjacente. Após a divulsão das margens do tecido, são aproximadas e o fechamento é realizado com suturas contínuas simples. Devendo englobar o periósteo, principalmente no fundo do véstíbulo, para conservarem a profundidade

do sulco vestibular. Com essa manobra os hematomas são reduzidos, possibilitando uma conservação da anatomia alveolar.³

A técnica de Zetaplastia também é indicada para freios linguais estreitos, a técnica para excisão do tecido fibroso é semelhante à excisão simples. Posteriormente a excisão, realiza-se duas excisões oblíquas em forma de Z, sendo então, dissecadas e giradas para horizontal, para o fechamento. Com esta técnica pode-se diminuir o afundamento tecidual vestibular, muitas vezes presente após excisão linear do freio.⁶

Observa-se que a melhor fase para o diagnóstico de um freio hipertrófico é posteriormente a irrupção dos caninos permanentes, ficando indicada a técnica de frenectomia nesses casos, uma vez que tende ao rompimento das fibras transósseas, apresentando como benefícios: prevenir espaços interincisivos futuros (caso de diastemas), saúde gengival, regularização da fonética, melhora da estética, melhor prognóstico do caso.¹³

Cuidados pós-operatórios

A prescrição da terapêutica medicamentosa é um complemento de todo procedimento cirúrgico e deve ser de acordo com cada caso cirúrgico, objetivando o controle da dor, da inflamação e da infecção. Analgésicos e anti-inflamatórios por 3 a 5 dias, conforme a sintomatologia do paciente, são os medicamentos mais prescritos.⁶

Os cuidados pós-operatórios são: prescrição de anti-inflamatório por 3 dias, bochechos com gluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, além de instruir o paciente a realizar dieta pastosa durante o primeiro dia e passar a normal nos dias subsequentes.¹⁴

Por envolver apenas tecidos moles, sendo um procedimento cirúrgico simples, o pós-operatório consiste em:

Nas primeiras 24 horas:

- 1- Não lavar a boca, não fazer bochechos e não escovar os dentes;
- 2- Alimentação deve ser líquida e pastosa, fria ou gelada;
- 3- Aplicação de bolsa de gelo sobre a face do lado operado 30 minutos a cada duas horas;
- 4- A cabeceira deve ser elevada com uso de dois travesseiros.

Após as primeiras 24 horas:

- 1- Começar a higiene bucal: escovar os dentes, fazer bochechos com enxaguante bucal na proporção de uma medida diluído em meio copo de água, de 3 em 3 horas;

2- Voltar a alimentação normal, conforme tolerância.¹⁵

A experiência de dor tem envolvimento sensorial e também relacionada ao comportamento motivacional de cada paciente, provocando diversas respostas com relação ao mesmo estímulo. Diante disso, o controle da dor pós-operatória é realizado de modo individual, sendo de suma importância, para que haja uma diminuição do estresse físico e psicológico dos pacientes, proporcionando-lhes mais comodidade e alívio após a cirurgia. O fármaco de escolha deve ser de acordo com a etiopatogenia da dor pós-operatória, o tipo de procedimento e condições sistêmicas do paciente, etc. Não existe um modo único para se tratar a dor que aparece após a cirurgia, pode-se usar táticas com a intenção de conter melhor a dor pós-operatória através de combinação de analgésicos que agem nas diferentes vias nociceptivas.¹⁶

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, baseado em livros e arquivos já publicados. Contendo material impresso, sendo estes jornais, livros, revistas, dissertações, teses, como também anais de eventos científico publicados entre os anos de 1996 a 2018, como também material disponibilizado pela Internet.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de um estudo aprofundado por meio de pesquisa bibliográfica onde podemos constatar que os freios são estruturas anatômicas que, quando em desarmonia, podem acarretar problemas para o paciente, tais como dificuldades protéticas, de higienização, fonéticos ou mesmo estéticos. Em alguns casos de diastemas realiza-se a frenectomia associada ao tratamento ortodôntico. Podemos observar que existem variadas técnicas para excisão de freios, incluindo Frenulectomia que sucede na remoção total do freio, podendo ser duplo pinçamento e pinçamento único; Frenulotomia que incide em seccionar o frênulo, porém, sem eliminá-lo: simples secção e incisão em Z (zetaplastia); Reinserção do frênulo, que incide em mudar suas inserções e também uso de bisturi convencional e lasers.

De modo geral, a excisão dos freios quando bem indicada, realizada da forma correta para cada caso, o pós-operatório se torna praticamente indolor e sem prejuízos para o paciente. Pode-se fazer uso de outras especialidades como a fonoaudiologia dependendo de cada caso. O

fator decisivo para a indicação ou não da frenectomia deve ser sempre a possibilidade de melhoria da vida do paciente, evitando prejuízos ao mesmo.

REFERÊNCIAS

- 1- Neto OI, Molero VC, Goulart RM. Frenectomia: Revisão de Literatura. Revista UNINGÁ Review. Vol.18, n.3, pp. 21-25(Abr-Jun2014).
- 2- Rego AST. Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica. Faculdade de Medicina Dentária [Dissertação] – Universidade do Porto. 2017, p. 49.
- 3- Miloro M, et al. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 2. ed. Vol. 1. Livraria Santos Editora. – São Paulo – SP, 2008.
- 4- Marzola C. Cirurgia pré-protética / Clóvis Marzola. 2. ed. ver. e ampl. – São Paulo: Pancast, 1997.
- 5- Cardoso MV, Karam PSBH, Zangrando MSR, Greggi SLA, Rezende MLR, Sant'Ana ACP, Damante CA. Vantagens da Frenectomia Labial por Laser de Diodo de Alta Intensidade. INPerio 2016;1(3):564-70.
- 6- Freitas R. Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial. Livraria Editora Santos Com. Imp., São Paulo- SP, 2006, p. 653.
- 7- Puricelli E. Frenectomia labial superior: variação de técnica cirúrgica. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 42, n.1, p. 16 – 20 jul. 2001.
- 8- Leal RAS. Frenectomia Labial e Lingual em Odontopediatria. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto [Dissertação]. Junho 2010, p. 32.
- 9- Braga LAS, Silva J, Pantuzzo CL, Motta AR. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. Rev CEFAC, v.11, Supl3, 378-390, 2009.
- 10- Furlaneto EC, Reis LFG, Heitz C. Freio labial: uma análise crítica. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Vol. 42, nº 3, 2001, p. 119-124.

- 11- Santos PD, Osório SRG, Franzin LCS. Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico do Freio Labial Anormal na Dentição Mista: Relato de Caso. V.8,n.2,pp.41-46 (Set - Nov 2014).
12. Rosa PMM, Rosa PSM, Levi YLAS, Nogueira MC, Vieira FFSL, Silveira EMV, et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. Braz J Periodontol - Março 2018 - volume 28 - issue 01. P. 56-60.
13. Souza AV, Santos AS, Dalló FD, Bez LC, Simões PW, Bez LV, et al. Frenectomia labial maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2015; 27(1): 82-90, jan-abr.
14. Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA, Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba, v.26, n.1, p. 61-64, Janeiro/Junho, 2005.
15. Bercini F, Azambuja TWF, Moschen AZ, Franco KD, Reinhardt L, Diogo MS. Frenectomia: Um caso Clínico. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 15-17. Julho 1996.
16. Peixoto RF, Santos DHF, Menezes DPB, Araújo DD, Peixoto DF, Silva JSP. Controle da Dor Pós-Operatória em Cirurgia Oral: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 15. Número 4. Páginas 465-470, 2011.
17. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.