

DOI: 10.35621/23587490.v9.n1.p651-664

CIRURGIA DE REMOÇÃO DO FREIO LABIAL SUPERIOR EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

SURGERY TO REMOVE THE UPPER LABIAL FRENCH IN A PEDIATRIC PATIENT: CASE REPORT

Wanda Vitória Martins de Belchior¹
Amanda Gomes Tavares Lucena²
Antônio Teodoro de Alencar Filho³
Alandeilson Alexandre da Silva⁴
Tayná Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁵
Cláudia Batista Vieira de Lima⁶

INTRODUÇÃO: Os freios labiais são alterações anormais na mucosa, e podem ser descritos como uma dobra da membrana mucosa que contém músculo e fibras conjuntivas que ligam o lábio e a bochecha à mucosa alveolar, à gengiva e ao periosteio subjacente. Este trabalho tem como justificativa a devolução da harmonia do sorriso, alinhamento dental, adequação fonética, favorecer a melhor higiene bucal e qualidade de vida do paciente. **OBJETIVO:** Desta pesquisa foi realizar procedimento cirúrgico para remoção do freio labial superior, por indicação ortodôntica, em paciente pediátrico. **MÉTODO:** Este caso clínico descreve o tratamento cirúrgico para remoção do freio labial superior em um paciente do sexo feminino, com idade de 08 anos, que apresentava indicação para cirurgia de frenectomia labial superior. O procedimento cirúrgico foi realizado na Clínica Escola da Faculdade Santa Maria, na cidade de Cajazeiras - Paraíba. O caso foi registrado através de fotografias. Para a execução do caso, foi usada a técnica de Archer; para tanto, a paciente foi submetida ao anestésico local, lidocaina com epinefrina 1.100:0000, 02 tubetes; logo após administração anestésica, foi realizada a incisão cirúrgica, em seguida, a sutura, e, após 10 dias, a remoção dos pontos. O caso foi realizado com êxito. **RESULTADOS:** Diante do exposto, percebe-se que é de suma importância que clínicos gerais, especialistas e o odontopediatras saibam reconhecer as características normais do freio labial, e quando existe comprometimento funcional. Logo, o plano de tratamento deve ser feito de forma

¹ Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - Paraíba.

² Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - Paraíba.

³ Discente do Curso de Odontologia da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - Paraíba.

⁴ Residente em Saúde da Família e Comunidade - SMS João Pessoa - Paraíba.

⁵ Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - Paraíba.

⁶ Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - Paraíba.

cuidadosa, sendo o paciente avaliado desde o tipo de freio, sua localização e inserção, para, assim, determinar a intervenção cirúrgica, que deve ocorrer no momento adequado, e ser executada por um profissional atento a melhor técnica. **CONCLUSÃO:** É importante destacar que os benefícios apresentados após a remoção do freio labial agregam qualidade de vida ao paciente, bem como melhoria da higiene e fonação, autoestima.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bucal; Odontopediatria; Freio Labial.

1 INTRODUÇÃO

Freios bucais são estruturas que variam em sua forma, tamanho e posição durante os estágios de desenvolvimento e crescimento dos indivíduos. O freio labial superior possui forma triangular com vértice voltado para o fundo do vestibulo, onde ocupa sua origem mais profunda e densa na superfície interna do lábio superior até a inserção mais estreitada e periosteal junto ao limite muco gengival. Apresenta-se em forma de “V”, separando a gengiva aderida da mucosa alveolar da linha média interincisiva (PINTO, 2018).

A permanência do freio labial na papila incisiva, cuja localização é a de maior prevalência, poderá ocasionar tracionamento incomum do lábio, trazendo prejuízo e dificuldade na higiene bucal. Como consequência pode contribuir para o desenvolvimento de recessões gengivais, diastemas, restrição de movimentos labiais, alterações na fonética e hábitos parafuncionais. Além disso, pode dificultar a escovação dentária e provocar movimentação da gengiva marginal, podendo comprometer o periodonto e ser um fator de risco para doença periodontal, devido o acúmulo de placa bacteriana (KINA *et al.*, 2005; SANTOS, 2014; SILVA, 2018; ROSA, 2018).

O diastema interincisivo, causado pela alteração do freio labial, é comum em crianças, e se faz importante aguardar a erupção dos caninos permanentes para identificar o diagnóstico diferencial do freio hipertrófico. Visto que a presença do diastema fisiológico em crianças é comum na fase de dentição mista, é aconselhado aguardar a erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes para observar a diminuição ou fechamento total do freio labial (SOUZA, 2015; PINTO, 2018).

Para a realização do diagnóstico mais eficaz do freio labial superior, é utilizada a manobra de Graber, na qual é realizado o tracionamento do lábio superior e observado área isquêmica produzida na papila palatina. O diagnóstico é imprescindível para a determinação do tratamento a ser seguido, onde, na maioria dos casos, é indicado o tratamento cirúrgico (COSTA, 2013; REGO, 2017).

A frenectomia é o tipo de cirurgia mais indicada para correção do freio labial superior e do freio lingual, e tem como finalidade a extração da sobra de tecido interdentário, a diminuição da tensão dos tecidos gengivais e marginais, ajudar na estabilidade e precaução de recidivas, bem como recuperar a anatomia da região do lábio, devolvendo ao paciente melhor estética, função, fonética e qualidade de vida (ESTRELA, 2018; ARAUJO *et al.*, 2019).

Embora a frenectomia seja considerada um procedimento cirúrgico relativamente simples, observa-se uma variedade de técnicas na literatura, cuja escolha deve ser realizada levando em consideração o tempo do procedimento cirúrgico, custo, visualização do campo operatório, procedimento anestésico e forma de incisão, objetivando uma cirurgia mais rápida e segura (SILVA, 2018).

Para a escolha da técnica cirúrgica, dentre as inúmeras que a literatura descreve, torna-se necessário que o profissional esteja capacitado, e possua domínio da técnica escolhida. A técnica de Archer é considerada a mais segura e efetiva atualmente, por utilizar pinças hemostáticas e realizar uma única incisão para controle de hemorragia, removendo o freio por inteiro. Dessa forma, é possível realizar um procedimento mais rápido e menos traumático, o que beneficia tanto o paciente quanto o profissional (SILVA 2018).

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi descrever o procedimento cirúrgico para remoção do freio labial superior, por indicação ortodôntica, em paciente pediátrico, através da técnica de Archer, para correção da anomalia anatômica da gengiva e da mucosa alveolar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização do problema

Os freios labiais são alterações anormais na mucosa e podem ser descritos como uma dobra da membrana mucosa que contém músculo e fibras conjuntivas

que ligam o lábio e a bochecha à mucosa alveolar, à gengiva e ao periosteio subjacente. Quando inseridos em região inadequada, o freio labial superior pode causar diastema interincisivo, que, por sua vez, interfere na fonética do paciente, particularmente na pronúncia de sons silábicos e limitação labial, como também interfere na estética do sorriso, por isso, a busca pela cirurgia de remoção do feio labial vem aumentando nos últimos anos e, em sequência o tratamento ortodôntico (DEVISHREE, SHEELA, SHUBHASHINI, 2012; SILVA, 2018).

Os frênulos são estruturas anatômicas que podem ser encontrados de diferentes formas, tamanho e posição ao longo de fases de desenvolvimento do indivíduo. Os freios labiais limitam a movimentação dos lábios superiores, estabilizando a linha média. Inúmeras são as indicações para a remoção do freio labial superior, que pode ser tratado pela remoção cirúrgica completa deste, excepcionalmente quando caracterizado como patogênico apresentam condições clínicas de hipertrofias, o que provoca diastema na linha média da maxila, recessão gengival e dificuldade na higiene bucal (NETO, 2014; ASHTANKAR, BABURAJ, SINGH, 2019; ARAUJO *et al.*, 2019).

Por conseguinte, faz-se necessário elucidar as classificações dadas aos freios labiais conforme a inserção das fibras e sua extensão. O freio pode ser mucoso, ou seja, quando as fibras se ligam à junção mucogengival; gengival, quando as fibras do freio estão inseridas dentro da gengiva inserida; papilar, quando as fibras do freio se estendem para a papila interdental; papilar penetrante, quando as fibras ultrapassam o processo alveolar e vai de encontro à papila palatina (ABULLAIS *et al.*, 2016).

Os freios labiais podem estar presentes em dois tipos, sendo superiores e inferiores, ambos possuem características semelhantes, sua estrutura é dinâmica e modificável, estando sujeito a alterações de crescimento. A tendência, ao longo do tempo, é que diminuam, sendo que, em crianças, caracterizam-se como largo e grosso, ficando mais fino e pequeno ao longo do seu desenvolvimento. Dentre os tipos de freio mais frequentes em pacientes com diastema, destacam-se o papilar e o tipo papila penetrante (SEKOWSKA, CHALAS, 2017).

2.2 Tratamento para remoção de freio labial

O tratamento para remoção do freio labial superior é sempre cirúrgico, e tem como objetivo principal eliminar o excesso de tecido interdentário, diminuir a tensão dos tecidos gengivais, evitar recidiva de diastema e melhorar a estética. O tratamento poderá ser realizado de duas formas, sendo a frenectomia ou frenotomia. A frenectomia, quando há remoção do freio em sua totalidade, incluindo fixação no osso; e a frenotomia, na remoção parcial do freio, sendo reposicionado em sua inserção mais favorável (BOUTSI, 2011; SOUZA *et al.*, 2015; BRUDER, 2015; ROSA *et al.*, 2018).

Sabendo que o tratamento cirúrgico é o mais indicado para tratamento dos freios linguais e labiais, destacam-se técnicas para a remoção destes, as quais variam conforme o procedimento e manejo do profissional. A técnica mais conhecida e utilizada para remoção de freio labial é a Técnica de Archer, pelo menor custo, previsibilidade e fácil execução, conhecida também como duplo pinçamento, com o uso de duas pinças hemostáticas que apreendem o freio, sendo posicionadas na região mais próxima do rebordo alveolar e região de mucosa labial, ocasionando o toque entre ambas as pinças, a incisão circunda a parte externa da pinça, e, após remoção das inserções musculares, suturam-se os bordos incisados (SILVA *et al.*, 2018; AMARAL, 2021).

Já a Técnica de Archer Modificada, chamada de pinçamento simples, utiliza uma pinça hemostática posicionada na bissetriz do freio, facilitando a movimentação e incisão ao redor, logo após remoção das inserções musculares, suturam-se as bordas. Uma outra técnica é a Técnica Chelotti, remove-se o tecido que se sobressai, e, como não há pinçamento, eventualmente não deixa marcas (SILVA *et al.*, 2018; BRUDER *et al.*, 2015).

É importante destacar que o acompanhamento multidisciplinar é fundamental para um correto diagnóstico e indicação fonoterápico, diminuindo os impactos causados pelo freio anormal, para tanto, o prognóstico da frenectomia é favorável

quando o diagnóstico e intervenção são realizados precocemente (LIMA, WEILER, 2009).

2.3 Consequências estéticas e funcionais

O diagnóstico adequado é tão importante quanto a forma de tratamento, uma vez que determina a técnica e conduta que será escolhida frente ao tratamento eficaz no caso. É imprescindível que o profissional faça o exame clínico detalhado, para que veja as percepções de inserção dos freios. Todos os fatores devem ser analisados, dentre eles destacam-se a isquemia em papila na face palatina, no momento em que o freio labial é tracionado, diastema interincisal e inserção baixa margem gengival (SOUZA *et al.*, 2015; FONSECA *et al.*, 2017).

É possível prever a influência negativa na construção e desenvolvimento de expressões faciais, bem como a limitação na movimentação dos lábios, prejudicando a fonação. Uma outra influência negativa está voltada para a higiene bucal, que acaba sofrendo interferências no ato da escovação dentária, propiciando acúmulo de biofilme, predispondo a doenças periodontais (SOUZA, *et al.*, 2015; FONSECA *et al.*, 2017).

O tratamento de remoção do frênulo faz parte de uma abordagem interdisciplinar, onde frequentemente é indicado por Odontopediatras, como também Ortodontistas, periodontistas e clínicos gerais, por ocasionar alterações que estão inseridas em sua rotina clínica. A intervenção cirúrgica de freios labiais anormais visa à prevenção ou minimização de problemas estéticos, como o não alinhamento dentário (VARADAN *et al.*, 2019; ISAC, 2018).

Em relação aos tratamentos ortodônticos, o momento ideal para a intervenção cirúrgica ainda é controverso, e, por este motivo, alguns autores descrevem que pode ser realizado antes, durante ou depois do tratamento ortodôntico. Contudo, observando a recessão gengival, o acúmulo de biofilme dental, seguido de inflamação, exposição de raízes dos incisivos centrais e quantidade de tecido queratinizado, o tratamento deve ser realizado o quanto antes. Dessa forma, existem

diversas técnicas cirúrgicas disponíveis, as quais se diferenciam em reação ao tempo operatório e recuperação transoperatória e pós-operatória (SILVA et al., 2018; ISAC, 2018; STYLIANOU, 2020).

É possível realizar a frenectomia com uso de laser, essa técnica se difere basicamente da convencional na utilização do bisturi, que é substituído pelo laser, de função semelhante, mas que permite reduzir o tempo da cirurgia, pois, além de cortar, promove também a coagulação e a esterilização de imediato. Além disso, como regra geral, não implica sutura, e como tal também reduz o edema e o trauma dos tecidos moles, eventualmente associados aos pontos de sutura. Por estes fatos, o pós-operatório fica mais facilitado, sendo, por isso, cada vez mais considerada a frenectomia a laser em odontopediatria e nos adultos (CARDOSO, 2009; MEDEIROS, 2015).

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, com número 5.741.020. Com atribuições definidas de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e complementares. A metodologia empregada neste estudo foi um caso clínico, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinado pelo paciente e pelo seu representante legal, tendo o mesmo a ciência de utilização das suas imagens para fins científicos.

O sujeito do estudo é uma criança, E.V.R.N., de 08 anos de idade, sexo feminino, com indicação para remoção de freio labial superior. O local de realização do estudo foi na Clínica Integrada de Odontologia da Faculdade Santa Maria, localizada no município de Cajazeiras - Paraíba. O período para realização do caso foi o mês de outubro de 2022. Para registro da coleta dos dados, foi feita uma sequência fotográfica durante a realização do procedimento. Para tanto, os riscos

foram mínimos, e benefícios múltiplos, como o início do tratamento ortodôntico, melhora na fonação, higienização, autoestima e qualidade de vida da paciente.

4. RELATO DE CASO

Paciente E.V.R.N., 08 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu à Clínica Santa Maria, acompanhada de sua mãe, tendo sido referenciada e encaminhada por um profissional Ortodontista, para realizar uma frenectomia labial superior, para, assim, dar início ao tratamento ortodôntico.

Foi observado que a paciente apresentava diastema interincisivo, provocado pelo freio labial superior (Fotografia 1) e, por este motivo, foi indicada a cirurgia de remoção do freio labial superior. Foi explicado à responsável a indicação da intervenção cirúrgica e como seria realizado o procedimento, dessa forma, o procedimento cirúrgico foi agendado e realizado segundo descrição a seguir.

Inicialmente, foi aplicado anestésico tópico do tipo bezocaína (benzotop), com rolo de algodão, seguindo protocolo de aplicação. Foi aguardado um período de tempo estimado em 02 (dois) minutos, e foi realizada a técnica anestésica do nervo alveolar superior anterior de ambos os lados, com complementação anestésica em volta do freio labial. Para realizar esta técnica, foram usados 02 (dois) tubetes de vidro do anestésico lidocaína com epinefrina 1.100:0000. Novamente foi aguardado mais dois minutos para reabsorção anestésica.

Após anestesia, foi realizado o pinçamento do freio labial com auxílio de um porta agulha (Fotografia 3), após pinçamento foi realizado corte cirúrgico no sentido horizontal, com cabo de bisturi e lâmina de bisturi n° 15 (Fotografia 2), deslizando sobre o freio labial e periosteo, de forma sucinta. Ao ver que o deslizamento e corte foram realizados, com o auxílio de um segundo porta agulha, foi realizado o movimento de avulsão dos tecidos, assim minimizando a chance de recidiva.

Por fim, foi seguido o protocolo de sutura, com fio tipo seda 3.0, onde, com a ajuda de um segundo profissional, segurou-se o lábio superior da paciente, realizando a sutura de pontos simples; após a sutura, unindo os tecidos em linha

média, foi realizada hemostasia local com gaze estéril; e depois realizaram-se mais 03 (três) pontos simples (Fotografia 4), finalizando a união dos tecidos.

Ao final do procedimento cirúrgico, foram dadas as orientações pós-operatórias à mãe sobre como deve se feito o pós-operatório, a fim de evitar hemorragias, deiscência de sutura e dor no local. A paciente foi orientada a permanecer em repouso, fazendo uso de alimentação pastosa, pelo menos nos 03 (três) primeiros dias, a não realizar esforço físico, como também não realizar movimentos grosseiros em região de boca, e utilização da medicação Dipirona 20 mg/Kg, por via oral, até 4 vezes ao dia, em caso de dor de leve à moderada.

Foi solicitado que a paciente retornasse após 07 (sete) dias para avaliação do processo de cicatrização e remoção dos pontos. No retorno, percebeu-se que o procedimento estava em fase de cicatrização, e havia sido alcançado êxito no planejamento e execução do procedimento cirurgico (Fotografia 5).



Figura 1. Aspecto inicial



Figura 2. Pinçamento do freio com porta agulha



Figura 3. Avulsão dos tecidos musculares



Figura 4. Sutura realizada



Figura 5. Aspecto final, após 10 dias.

5. DISCUSSÃO

A remoção do freio labial superior é considerado um dos procedimentos mais executados atualmente, sendo a técnica de Archer a mais utilizada, por garantir resultado previsível, rápida execução, praticidade, previsibilidade, controle da hemorragia, conforto ao paciente e satisfatório pós-operatório, sabendo que o sucesso clínico depende de um diagnóstico conclusivo e um procedimento preciso, onde o cirurgião-dentista deve exercer a técnica escolhida com destreza, para evitar recidivas e obter um bom prognóstico (SOUZA *et al.*, 2015; ABULLAIS *et al.*, 2016; ARAUJO *et al.*, 2019).

Outro fator que deve ser considerado, diante da indicação do procedimento cirúrgico, é o posicionamento anormal ou hipertrofia do freio labial superior, que pode dificultar a escovação dos dentes, retração dos tecidos gengivais, restrição dos movimentos labiais, interferindo na fonação e estética do paciente, e ainda pode estar relacionado ao diastema interincisal (KOORA, MUTHU, RATHANA, 2007; COSTA, FARIAS, CARDOSO, 2009; CAVALCANTE *et al.*, 2009).

A literatura pesquisada mostra que o uso do laser fornece algumas vantagens, tais como a não necessidade de sutura devido à ausência de sangramento, com consequente redução no tempo cirúrgico, quando comparado com a técnica convencional. Porém, é um instrumento de alto custo, e seu uso requer maior treinamento, precisão e controle (MEDEIROS *et al.*, ABULLIS *et al.*, 2016).

Sabe-se que a área de periodontia apresenta íntima relação com as especialidades da Ortodontia e Prótese e as alterações periodontais, onde se destacam as patologias do freio labial, que, clinicamente, afetam tanto a saúde periodontal, devido ao aumento de biofilme, podendo causar prejuízos na fonação, restrição de movimentos e abertura de diastemas como evidenciado neste trabalho (MOURÃO, 2013; TOWNSEND *et al.* 2013; ISAC, 2018).

Este caso clínico foi executado com a técnica de Archer, que é considerada o tratamento cirúrgico mais executado, garantindo resultado satisfatório, rápida execução e bom controle de hemorragia transoperatória (COSTA, 2013). Mas, segundo Souza *et al.*, 2015 e Silva *et al.*, 2018, a técnica de Archer não é a única forma cirúrgica de realizar o procedimento, uma das opções é o tratamento a laser, que traz incisões precisas, e não faz uso do bisturi e a redução de edemas, contudo, o investimento ainda é alto no mercado brasileiro.

Conforme visto também em trabalhos científicos, para realizar a cirurgia deste caso, optou-se pela Técnica de Archer modificada, tendo em vista previsibilidade, praticidade e conforto do paciente. O sucesso clínico e cirúrgico para freios hipertróficos, ou papilares penetrantes, depende de um diagnóstico conclusivo e um procedimento cirúrgico adequado e indicado para cada caso, dependendo também do conhecimento técnico, habilidade, para que se tenha o sucesso do tratamento e prognóstico clínico.

Diante do apresentado, o sucesso clínico para o tratamento do freio labial superior hipertrófico ou papilar penetrante, depende de um diagnóstico conclusivo e de um procedimento cirúrgico preciso, onde o cirurgião-dentista deve exercer a técnica escolhida com perfeição, a fim de evitar possíveis recidivas e obter um bom prognóstico.

6. CONCLUSÕES

É de suma importância que clínicos gerais, especialistas e o odontopediatras saibam reconhecer as características normais do freio labial, e quando existe

comprometimento funcional. O plano de tratamento deve ser feito de forma cuidadosa, sendo o paciente avaliado desde o tipo de freio, sua localização e inserção, para, assim, determinar a intervenção cirúrgica, que deve ocorrer no momento adequado e ser executada por um profissional atento a melhor técnica.

Sendo importante destacar os benefícios apresentados após a remoção do freio labial, que agregam qualidade de vida ao paciente, bem como melhoria da higiene e fonação, autoestima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABULLAIS, SS *et al.* Paralleling technique for frenectomy and oral hygiene evaluation after frenectomy. **Journal of Indian Society of Periodontology**. 20:28-31, 2016.

ASHTANKAR, BABURAJ, SINGH. Frenectomia Labial Superior pela Técnica de Archer Modificada: Relato de Caso Clínico. **Revista de Iniciação Científica em Odontologia** 17(2): 103-110, 2019.

BOUTSI, TATAKIS. labial frenum attachment in children. **International Journal of Paediatric Dentistry**. 21(4), 284-288, 2011.

BRUDER, C *et al.* Frenectomia labial pela técnica de reposicionamento cirúrgico proposta por Chelotti. **Revista de Odontologia**. 23(45-46): 11-18, 2015.

COSTA, S. A. L. Freios orais - complicações clínicas e tratamento cirúrgico. **Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto**. Porto, 2013.

COSTA, FARIAS, CARDOSO. Frenectomia labial superior como terapia no fechamento interincisal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. 63(4):308-3, 2009.

CAVALCANTE *et al.* Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista - relato de caso. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde** 2009; 27(3)290-4.

DEVISHREE, SHUBHASHINI. Frenectomy: A Review with the Reports of Surgical Techniques. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. 6(9):1587-1592, 2012.

ESTRELA, M. C. B. D. Laser em Odontopediatria - frenectomia em foco. **Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa**. Porto, 2018.

FONSECA, T. M. C. *et al.* Frenectomia labial associada à ortodontia para fechamento de diastema. **Revista Uningá**, v. 29, n. 1, p. 93-98, jan/mar, 2017.

ISAC, C. Frenectomia - Momento Ideal da intervenção cirúrgica. **Instituto Universitário Egas Moniz**, p. 15-17, 2018.

KINA JR, LUVIZUTO ER, MACEDO APA, KINA M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. **Revista Odontológica Araçatuba**. Araçatuba, v. 26, n. 1, p. 61-4, 2005.

KOORA, MUTHU, RATHNA. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**. 25(1):23-6, 2007.

LIMA MPCSL, WEILER RME. Anquiloglossia e frenectomia lingual: relato de caso clínico em adolescente. In: **I Simpósio de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Adolescente**. UNIFESP/EPM; 2009.

MEDEIROS et al. Labial frenectomy with Nd:YAG laser and conventional surgery: a comparative study. **Lasers in Medical Science**. ;30(2):851-6, 2015.

MOURÃO, F. R. et al. Surgical option for removing upper labial frenulum preserving the papilla. **Perionews**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 343-347. 2013.

NETO, O.I.; MOLERO, V.C.; GOULART, R.M. Frenectomia: Revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 18, n. 3, p. 21-25, abr. 2014.

PINTO, S. A. M. Tratamento cirúrgico do freio labial superior. 2018. **Instituto Universitário de Ciências da Saúde - CESPU**, Gandra, 2018.

REGO, A. S. T. Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica. **Faculdade de Medicina Dentária**, Universidade do Porto, 2017.

ROSA, P. M. M. *et al.* Diagnóstico e Tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. **Brazilian Journal Periodontology**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 56-60, Março, 2018.

SANTOS, P. D.; OSÓRIO, S. R. G.; FRAZIN, L. C. S. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, Paraná, v.8, n.2, p.41-46, Setembro/Novembro 2014.

SEKOWSKA A., CHALAS R. Diastema and maxillary midline frenulum attachment. *Folia Morphol.* **Department of Conservative Dentistry and Endodontics, Medical University of Lublin**. 76(3):501-505, 2017.

SILVA. *et al.* Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SOUZA, A. V. *et al.* Frenectomia Labial Maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27(1), p 82-90, Janeiro/Abril, São Paulo, 2015.

STYLIANOU, P. *et al.* Early Creeping Attachment Noted after Mandibular Labial Frenuloplasty. *Hindawi: Case Reports in Dentistry*. v. 20, p. 1-4, 2020.

TOWNSEND, J.A. et al. Prevalence and variations of the median maxillary labial frenum in children, adolescents, and adults in a diverse population. **General Dentist, Chicago**, v. 61, n. 2, p. 57-6, mar/abril. 2013.

VARADAN, M. *et al.* Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. Elsevier: Article in press. **Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery**. p. 1-5, 2019.