

# FRENECTOMIA: REVISÃO DE CONCEITOS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS

*Frenectomy: review of concepts and surgical techniques*

Hewerton Luis Silva<sup>1</sup>

Jairson José da Silva<sup>2</sup>

Luís Fernando de Almeida<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade Avantis. E-mail: hewerton-silva@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade Avantis;

<sup>3</sup>Especialista em Periodontia.

SILVA, Hewerton Luis, SILVA, Jairson José da, ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

## RESUMO

**Introdução:** frenectomia é o procedimento cirúrgico que visa a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas, como a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais. Existem várias técnicas para realizar a frenectomia que se diferenciam quanto ao tempo operatório e na recuperação do pós-operatório, apresentando vantagens e desvantagens sobre a técnica utilizada. É imprescindível que o cirurgião dentista tenha conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas específicas para cada caso para entender qual a melhor prática a ser utilizada, aplicando-as da melhor maneira para um pronto restabelecimento do paciente. **Objetivo:** revisar a bibliografia sobre conceitos e técnicas cirúrgicas de frenectomia. **Material e métodos:** foram consultados bases de dados de artigos, dissertações e teses em língua portuguesa indexados em arquivos computadorizados como MEDLINE via PubMed, Scielo e LILACS. **Resultado:** as técnicas cirúrgicas de Archer, de Archer Modificada, de Chelotti, de Wassmund, de Mead, de Howe

Recebido em: 25/11/2017

Aceito em: 23/03/2018

e a técnica com Laser estão entre as mais comumente utilizadas, sendo a técnica de Archer, também conhecida como duplo pinçamento, considerada uma técnica de fácil execução por ter as pinças hemostáticas servindo de guia no procedimento de incisão, tornando-a mais rápida e segura. **Considerações finais:** as técnicas cirúrgicas de frenectomia podem sofrer variações, mas se bem aplicadas, apresentam resultados de bom prognóstico, no entanto, a técnica de Archer apresenta facilidade de execução, maior segurança, rapidez e um resultado menos traumático.

**Palavras-chave:** Freio labial. Freio lingual. Cirurgia bucal.

## ABSTRACT

**Introduction:** *frenectomy is the surgical procedure that aims to remove the labial, lingual and flange brakes, allowing either orthodontic movement to close diastemas, as well as adequate movement of the tongue, necessary for functional activities. There are several techniques to perform the frenectomy that differ in terms of operative time and postoperative recovery, presenting advantages and disadvantages over the technique used. It is imperative that the dental surgeon has knowledge about the surgical techniques specific to each case to understand the best practice to be used, applying them in the best way for a prompt reestablishment patient.*

**Objective:** *to review literature on surgical concepts and techniques of frenectomy. Material and method:* *the databases of articles, the dissertations and theses in Portuguese language indexed in computerized files such as MEDLINE via PubMed, Scielo and LILACS have been consulted. Results:* *the surgical techniques of Archer, Modified Archer, Chelotti, Wassmund, Mead, Howe and the Laser technique are among the most commonly used, as such the Archer technique, also known as double clamping being considered an ease to perform by having the hemostatic clamps serving as a guide for the incision procedure, making it quick and safe. Final considerations:* *frenectomy surgical techniques may vary, but if well applied present good prognosis results, however the Archer technique presents ease of execution, greater safety, speed and a less traumatic result.*

**Keywords:** *Labial frenum. Lingual frenum. Sugery oral.*

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

## INTRODUÇÃO

O freio labial, quando anormal, pode causar diversas alterações como diastema, retração gengival, restrição dos movimentos labiais e problemas de fonação. Esta anormalidade pode ainda dificultar a escovação dentária e provocar uma movimentação da gengiva marginal facilitando o aparecimento de doença periodontal, causado pelo acúmulo de placa bacteriana (KINA *et al.*, 2005).

Diante dessas anormalidades, a frenectomia tem sido o procedimento cirúrgico mais indicado para tratar essas alterações. Adicionalmente esse procedimento cirúrgico objetiva a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas, bem como a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais. (ALMEIDA, 2006).

Existem várias técnicas para realizar a frenectomia, podem se diferenciar quanto ao tempo operatório, pós-operatório, apresentando vantagens e desvantagens sobre a técnica utilizada.

Nesse contexto, é imprescindível que o cirurgião dentista tenha conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas específicas para cada caso para entender qual a melhor prática a ser utilizada, aplicando-as da melhor maneira para um pronto restabelecimento do paciente (ALMEIDA, 2006).

A presente revisão de literatura tem como objetivo realizar um estudo mais aprofundado das técnicas cirúrgicas existentes para um melhor esclarecimento aos profissionais da odontologia, e simplificar o entendimento sobre o melhor direcionamento à indicação cirúrgica do freio labial anormal.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse estudo se caracteriza por ser uma revisão de literatura, buscou-se artigos, dissertações e teses em língua portuguesa indexados em arquivos computadorizados como MEDLINE via PubMed, SciELO e LILACS. Os descritores utilizados foram freio labial, freio lingual e cirurgia bucal. Para a seleção dos estudos, utilizou-se como critério de inclusão de estudos publicados somente no Brasil, que estivessem disponíveis na íntegra e que abordassem o tema Frenectomia independentemente da finalidade do tratamento. A avaliação para a seleção dos artigos foi realizada por dois avaliadores independentes, em seguida estes se reuniram e conferiram se havia diver-

gência de opiniões, e estas foram sanadas através de um consenso. A seleção inicialmente foi realizada através de títulos, seguida por resumos, e quando selecionados, por leitura completa dos artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Frenectomia

Para Lima & Weiler (2009) o prognóstico da frenectomia é favorável quando seu diagnóstico e intervenção são realizados precocemente. O acompanhamento multidisciplinar através de pediatras, fonoaudiólogos e odontopediatras são fundamentais para um correto diagnóstico e indicação cirúrgica e fonoterápico, diminuindo os impactos negativos causados pelo freio anormal.

De acordo com Almeida (2006) frenectomia é o procedimento cirúrgico que objetiva a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas, como a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais.

O correto exame clínico e plano de tratamento são primordiais para a decisão da necessidade e o período que será realizada a frenectomia, através de conhecimentos científicos a respeito do funcionamento da oclusão e etiologia das más oclusões, permitindo diferenciar o diastema fisiológico daquele que apresenta anormalidade e necessita de tratamento (ALMEIDA, 2004).

Segundo Neto *et al.* (2014), a anormalidade do frênulo poderá causar deficiência dos movimentos labiais, diastemas e descontentamento para o paciente. A remoção cirúrgica do freio é um método altamente seguro e previsível, porém podendo acarretar deformações em determinadas situações. O procedimento cirúrgico tradicional baseia-se na excisão total do freio, tecido interdental e papila palatina, no entanto esta técnica corre o risco do resultado estético negativo em virtude da falta de uma quantia apropriada de tecido conjuntivo. Certas técnicas cirúrgicas mucogengivais, como deslize lateral de retalho e enxerto gengival, são recomendadas para favorecer as consequências da remoção do freio.

Para Casarin (2009 apud LASCALA; MOUSSALI, 1989), o procedimento cirúrgico mucogengival, dentre os variados tipos de cirurgia periodontal, é aquele que passou por mais mudanças nos últimos anos, em virtude do avanço das ciências biológicas, dentre elas a frenectomia.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

De acordo com Izolani Neto *et al.* (2014), os frênulos são estruturas anatômicas que variam na forma, tamanho e posição ao longo das diversas fases de desenvolvimento do ser humano. Os freios labiais têm a atribuição de limitar a movimentação dos lábios, estabilizando a linha média e inibindo uma exposição gengival acentuada. O frênulo lingual têm a finalidade de restringir o deslocamento da língua, visando contribuir com a ingestão de alimentos, fala e fonética. Ele é classificado em freio labial (médio maxilar ou mandibular, lateral maxilar ou mandibular) ou lingual, que poderá transformar-se numa complicação no momento em que a sua inserção gerar restrições nas estruturas e problemas em diversos graus.

Um freio labial anormal é capaz de provocar certas anomalias ou problemas, como por exemplo um diastema entre incisivos superiores, problemas protéticos, doença periodontal associada ao acúmulo de alimentos, problemas na higiene oral e na movimentação dos lábios. É necessário ter maior cuidado nos casos em crianças, onde o diastema interincisivo é reparado espontaneamente na maior parte das situações logo após da erupção dos caninos superiores. A palavra anquiloglossia é usada para estabelecer um caso clínico de um freio lingual estranhamente curto ou uma língua fusionada no soalho da boca, popularmente denominada de língua-presa. Esta circunstância apresenta maior ocorrência em recém-nascidos e poderá prejudicar a amamentação. A anquiloglossia é capaz de gerar problemas na fala, no cuidado com a higiene bucal, dificuldades de comportamento intensificando o constrangimento social no decorrer da infância e adolescência (NETO *et al.*, 2014).

De acordo com Andrade *et al.* (1992), a definição de diastema é o espaço presente entre dois ou mais dentes consecutivos. Ele não representa um estado de anormalidade, pelo contrário, em certos casos faz parte das características normais da oclusão, sobretudo nas fases da dentadura mista ou decídua. O diastema e o freio são dois elementos interdependentes, exigindo dos cirurgiões dentistas conhecimento sobre a evolução e alterações durante o período da dentição mista até a permanente, evitando problemas estéticos e funcionais.

Segundo Araújo e Bolognese (1983), são duas as técnicas para o tratamento do freio anormal: compressão do freio através de aparelhos ortodônticos com objetivo de causar uma atrofia do tecido fibroso, sem necessidade de excisão cirúrgica que pode ocasionar no seu reaparecimento após a remoção da contenção e as técnicas de frenectomia e frenotomia.

De acordo com Edwards (1977), frenectomia é a remoção total do freio e frenotomia é a remoção parcial, sendo esta realizada para re-

posicionar a inserção do freio e aumentar a faixa de gengiva inserida entre o freio labial e a margem gengival.

## TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Para Almeida (2006), a literatura descreve inúmeras técnicas cirúrgicas de frenectomia, desde mais simples como mais complexas, todas possuindo o objetivo específico de descolar a inserção mais apicalmente, a fim de neutralizar a ação do freio sobre a gengiva marginal ou rebordo alveolar.

Pinto e Gregori (1975) observaram que a anestesia para a cirurgia de freios, tanto na região superior como inferior, deve ser infiltrativa com dupla finalidade: insensibilizar e isquemizar a área, que é ricamente vascularizada.

De acordo com Edwards (1977), devem-se considerar dois procedimentos quanto a técnicas cirúrgicas: Frenectomia (remoção total do freio, inclusive da sua inserção no osso alveolar) e Frenotomia (remoção parcial do freio, utilizada principalmente em periodontia para reposicionar a inserção do freio com o objetivo de aumentar a faixa de gengiva inserida entre o freio labial e a margem gengival).

Haddad e Fonoff (2000) classificaram as técnicas cirúrgicas em dois tipos: exérese (quando se faz a remoção total da porção anatômica visível do freio) e reposicionamento (em que o objetivo é a mudança da posição anatômica do freio, alterando suas características morfofuncionais). Observaram ainda, que o diagnóstico é determinado pelo tracionamento do lábio, cuja área isquêmica e movimentação da papila interdental ou palatina vêm indicar ou não a conveniência da frenectomia. Observaram, ainda, que a anestesia será do tipo infiltrativa (sempre precedida do anestésico tópico), completada por palatino, ao redor da papila incisiva. A punção é feita aproximadamente por distal dos incisivos centrais para que o edema pode decorrer da infiltração da solução não mascare os limites do freio, dificultando a demarcação da incisão.

### Técnica de Archer

A técnica de Archer, também conhecida como “dupla pinçagem”, é realizada através de excisão simples do freio com inserção vestibular, sendo de rápida execução e servindo também para excisar as mais variadas formas de freios. Primeiramente, é feita a anestesia infiltrativa, restringindo a deposição do anestésico, que pode difi-

SILVA, Hewerton Luis, SILVA, Jairson José da, ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

cultar a visualização da anatomia do freio e complicar as manobras cirúrgicas. É fundamental o uso de duas pinças hemostáticas, sendo uma utilizada para prender o freio na porção mais próxima do rebordo alveolar, e a outra, na porção da mucosa labial, de modo que as pontas das pinças se toquem. A incisão do tecido apreendido é realizada com lâmina de bisturi 11 ou 15, circundando a parte externa das pinças hemostáticas; as inserções musculares na base da ferida devem ser removidas com tesouras, realizando movimentos de abertura; após suturam-se as bordas da ferida (LASCALA; MOUSSALI, 1989; CHIAPASCO; CASENTINI, 2006).

Observaram Pinto e Gregori (1975) que a técnica proposta por Archer é aquela que mais simplifica a frenectomia, a de mais rápida execução, a que permite melhor controle da hemorragia transoperatória, a que possibilita inclusive a exérese e freios labiais os mais diversificados, tanto na forma e extensão como em volume e que permite excisão de vários tipos morfológicos de freios. Preconizam a utilização de duas pinças hemostáticas: uma faz a apreensão do freio na porção mais próxima do rebordo alveolar enquanto a outra, na porção da mucosa labial, de tal forma que as pontas das pinças se tocam. O tecido apreendido é incisado com lâmina de bisturi número 11 ou 15, acompanhando a superfície externa das pinças hemostáticas, após sutura-se as bordas da ferida. Entretanto, os autores propuseram uma pequena variação na técnica descrita: ao invés de incisar a superfície externa da pinça hemostática em contato com a mucosa labial, o faz do lado oposto ao anterior, removendo a pinça, depois de executada a sutura.

Goldman (1983) utilizou a apreensão do freio com um hemostato mosquito, seguida de duas incisões verticais com um bisturi com lâmina número 15. Com uma tesoura periodontal, secciona-se o freio na sua base. Salientou, ainda, que os fatores que complicam a eliminação de uma tensão exagerada do freio na área de incisivos inferiores são: gengiva inserida ausente ou mínima e bolsas periodontais que se estendem para além da mucosa alveolar, podendo estar associadas ou não a um sulco vestibular raso. Nessas circunstâncias, o aumento da gengiva inserida através do enxerto livre de gengiva pode ser a solução. Entretanto, este procedimento exige um maior conhecimento da anatomia cirúrgica e da resposta tecidual relativa à cicatrização adequada.

Lascala e Moussali (1989) preconizam a incisão em dois tempos: uma primária ou mucosa na qual se traciona o lábio, fazendo-se uma incisão de aproximadamente 1-1,5 cm, no sentido mésio-distal, perpendicularmente ao rebordo alveolar, uma secundária ou perióstica, na qual é feita a divulsão das estruturas fibro-elásticas e com um instrumento rombo maceram o perióstio, formando um bordete ci-

catricial para impedir o deslizamento da inserção gengival durante o processo de reparo. Permanecendo remanescentes do freio na porção gengival, esses são removidos com cortadores de cutículas ou tesouras cirúrgicas, buscando o contorno morfológico conveniente que propicie a reparação adequada. Os autores preconizam cimento cirúrgico para proteger a ferida e impedir a aproximação das bordas cruentas da incisão. O reparo se dá por volta de três semanas, sem edema, hemorragia ou desconforto.

## Técnica de Archer Modificada

Segundo Almeida (2004), a técnica de Archer Modificada também chamada de pinçamento simples, utiliza uma pinça hemostática colocada na bissetriz do freio ou brida.

## Técnica de Chelotti

A técnica de Chelotti (1992), chamada também de técnica do reposicionamento, proporciona o melhor resultado estético e permite a manutenção de morfologia e função da estrutura anatômica, eliminando apenas a porção com inserção indesejável. Nessa técnica, não se faz o pinçamento que muitas vezes provoca uma cicatriz pelo maceramento da mucosa mais delicada da porção interna do lábio. Para demarcar a incisão, o lábio é apenas tracionado de forma a tensionar o freio. A incisão é feita com a tesoura cirúrgica rente ao rebordo, até o limite entre a gengiva inserida e mucosa alveolar. A inserção do freio na mucosa gengival é removida em fragmento triangular (com lâmina de bisturi número 15) até atingir o periósteo, de onde se deve desinsere as fibras de tecido conjuntivo até o limite da inserção palatina e na região do rebordo remanescente com a cureta cirúrgica. A completa desinserção das fibras do rebordo é importante para evitar a recidiva do diastema após o tratamento ortodôntico. É feita a sutura da mucosa labial e a colocação da ferida cruenta.

## Técnica de Wassmund

Segundo Almeida (2004), esta técnica utiliza incisão em forma de cunha seguindo o contorno do freio labial, depois realiza pequenas perfurações em volta da ferida com instrumento rotatório para finalmente realizar a sutura.

SILVA, Hewerton Luis, SILVA, Jairson José da, ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.



SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

## Técnica de Mead

Segundo Almeida (2004), esta técnica realiza-se uma incisão por toda a extensão do freio, removendo-se a base com tesoura e, por fim, a sutura.

## Técnica de Howe

Segundo Almeida (2004), esta técnica é indicada para a exérese de freios com inserção baixa em relação à borda gengival livre. É executada com traçado retilíneo, sobre a linha média vestibular, seccionando-a em duas porções iguais, mantendo íntegra a continuidade tecidual. Em seguida, fazem-se incisões acessórias, reduzidas nas porções terminais da incisão anteriormente realizada, sendo essas paralelas, mas em sentidos contrários. Por último, executa-se a rotação tecidual de forma que os ângulos formados pelas incisões acessórias e a incisão principal ocupem a nova posição.

## Técnica com Laser

Segundo Costa (2013), existem vários tipos de *laser*, cada um emitindo luz num comprimento de onda diferente, sendo os *lasers*: CO<sub>2</sub>, o Er: YAG e Er, Cr: YSGG os mais utilizados nos procedimentos cirúrgicos de frenectomias.

Para Costa (2013), as vantagens na cirurgia a *laser* são a hemostasia instantânea, propiciando uma melhor visualização do campo operatório, facilitando a precisão do corte e agilidade na cirurgia, diminuições do edema e da dor, esterilização dos tecidos promovida pela aplicação do *laser* e por não ser necessário aplicar sutura devido a cicatrização ocorrer por segunda intenção. No entanto, a principal desvantagem são os elevados custos para aquisição dos aparelhos a *laser*.

De acordo com Costa (2013), a técnica cirúrgica, consiste na aplicação de uma pequena quantidade de anestésico, que por vezes a anestesia tópica é suficiente ao procedimento, e com o aparelho seguir o eixo vertical do freio até que a ferida apresente um formato linear, posteriormente, o *laser* aplicado transversalmente até que a ferida tome uma forma romboidal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos realizados através de fundamentações teóricas no procedimento cirúrgico de frenectomia observamos que: o freio pode ter várias inserções, e essa pode estar ou não atrapalhando em alguma função; que a idade do paciente influencia num correto diagnóstico e que a melhor fase para o procedimento cirúrgico é após a erupção dos caninos permanentes; que técnicas cirúrgicas de frenectomia podem sofrer variações, mas se bem aplicadas, apresentam resultados de bom prognóstico, desde que indicadas com cautela, através de um correto diagnóstico.

Embora a frenectomia seja considerada um procedimento cirúrgico relativamente simples, observamos durante a pesquisa, a existência de uma grande variedade de técnicas diferenciando-se pelo tempo de procedimento cirúrgico, custo, visualização do campo operatório, procedimento anestésico e principalmente na forma de incisão tornando a cirurgia mais rápida e segura. No entanto, para escolha da técnica, torna-se necessário que o profissional esteja capacitado, tenha certeza da indicação para frenectomia e possua domínio da técnica escolhida.

Dessa forma, entendemos que a técnica de Archer é efetiva, apresenta maior segurança por podermos utilizar pinças hemostáticas como guia, proporcionando uma única incisão e um maior controle da hemorragia, removendo o freio por inteiro junto com as guias, sendo um procedimento rápido e menos traumático.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando  
de. Frenectomia: revisão  
de conceitos e técnicas  
cirúrgicas. *SALUSVITA*,  
Bauru, v. 37, n. 1,  
p. 139-150, 2018.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. F. **Especialista em Periodontia**: Freio labial superior: aspectos gerais e tratamentos. 2006. 36 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Periodontia, Centro de Aperfeiçoamento e Especialização Sinodonto (caes - Mt), Cuiabá, 2006.

ALMEIDA et al. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** **137**, Maringá, v.9, n.3, p. 137-156, maio/jun. 2004.

ANDRADE, B. M.; PRATES, N. S.; ANDRADE, P. B. Diastema e freio Labial: Revisão da Bibliografia. **ROBRAC – Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v.2, n.2, p.10-14, 1992.

ARAÚJO, G. L.; BOLOGNESE, A. M. Diastema Interincisal X Freio Labial Anormal. **RBO – Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, n.5, p. 20-28, set./out., 1983.

CASARIN, R.C. **Freio labial superior**: diagnóstico e tratamento cirúrgico. 2009. 37 p. Monografia (Especialista em Periodontia) - Faculdade Ingá - UNINGÁ, Passo Fundo, RS, 2009.

COSTA, Pinto, M.L., GREGORI, C. Aspectos embriológicos, anatómicos, fisiológico e cirúrgico, relacionados com frênulo labial. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**; São Paulo, v. 29, n.3, p. 15-31, mar, 1975

COSTA, Sofia Alexandra Lima da. **Freios orais: Complicações clínicas e tratamento cirúrgico**. 2013. 56 p. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, [S.l.], 2013.

EDWARDS, J. G.; CHARLOTTE, N. C. The diastema, the frenum, the frenectomy: A clinical study. **American Journal of Orthodontics**, St. Louis, v.71, n.5, p. 489-508, Mar. 1977.

GOLDMAN, H. M. et al. **Cirurgia mucogengival reconstrutiva**. Periodontia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; Cap. 26, p. 768-777, 1983.

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

LASCALA, N. T.; MOUSSALI, N. H. **Técnica de frenectomia e bridectomia**. Periodontia Clínica II, São Paulo: Artes Médicas,. p .618-626, 1989.

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.

MARACCINI, Mateus Scolari. **Indicações e técnicas cirúrgicas para frenectomia lingual e labial**. 2016. 69 p. Monografia (Especialista em Cirurgia Bucal Avançada)- Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, 2016.

MORAIS, Juliana Fernandes. **Estabilidade do fechamento dos diastemas interincisivos superiores, tratados na fase de dentadura permanente**. 2008. 160 p. Dissertação (Mestre em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2008.

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

SILVA, Hewerton Luis,  
SILVA, Jairson José da,  
ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.