

FRENECTOMIA LABIAL ASSOCIADA À ORTODONTIA PARA FECHAMENTO DE DIASTEMA

FRENECTOMY LIP ASSOCIATED WITH DENTISTRY FOR CLOSING DIASTEMA

TATIANE DE MELLO CUSTÓDIO **FONSECA**^{1*}, JULYANO VIEIRA **COSTA**², SUZANA **GOYA**³, TEREZA CRISTINA ROSCHEL **GIFFONI**⁴, LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN**⁵

1. Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ingá- UNINGÁ, Maringá-PR. 2. Mestre em Ortodontia, Professor do Centro Universitário Ingá- UNINGÁ, Maringá-PR; 3. Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas (Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP), Professora do Centro Universitário Ingá- UNINGÁ, Maringá-PR; 4. Especialista em Odontopediatria e Saúde Coletiva. Professora do Centro Universitário Ingá- UNINGÁ, Maringá-Pr; 5. Doutora em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestre em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo (FOB/USP), Professora Adjunta da Uningá, Maringá-PR.

* Rua Doutor José Cândido do Muricy, 457, Centro, Paranapoema, Paraná, Brasil. CEP: 87680-000. tatianepoema@gmail.com.br

Recebido em 22/09/2016. Aceito para publicação em 30/11/2016

RESUMO

O freio também chamado de frênulo labial é uma prega fina, que liga o lábio e a bochecha à mucosa alveolar e/ou gengiva e periosteio subjacente. Normalmente, tem formato triangular ou em leque com a base voltada para o lábio ou mucosa gengival. Com o desenvolvimento da dentição o freio reduz sua amplitude tornando-se fino e estreito, porém se permanecer inserido na papila palatina ou na margem gengival desenvolve uma patologia denominada de freio tetolabial persistente, podendo causar efeitos estéticos desagradáveis (diastema mediano), formação de bolsas periodontais, recessão gengival, interferir na escovação, na fonética, e no movimento labial. Este artigo tem como objetivo relatar a importância de um diagnóstico precoce de freio tetolabial superior persistente e instituir a melhor forma de tratamento. O caso clínico se refere a uma paciente de sete anos de idade, gênero feminino, que após a erupção dos incisivos centrais e laterais superiores apresentava clinicamente um diastema mediano superior. Após exame clínico e radiográfico, inicialmente foi planejada a cirurgia da frenectomia labial e após, a complementação com tratamento ortodôntico, utilizando-se o aparelho removível com grampos anteriores, para o fechamento do diastema. O prognóstico foi favorável restabelecendo-se assim a autoestima da paciente

PALAVRAS-CHAVE: Criança, freio labial, diastema, procedimentos cirúrgicos.

ABSTRACT

The brake also called thin lip frenum is a fold, which connects the lip and cheek to alveolar and / or underlying periosteum and gingiva mucosa. Typically, it has triangular or fan shape with the base facing the lip or gingival mucosa. With the development of the dentition the brake reduces its amplitude becoming thin and narrow, but to remain inserted in the palatal papilla or gingival margin carries a denominated pathology brake persistent labial ceiling, may cause unpleasant aesthetic

effects (diastema median), training periodontal pockets, gingival recession, interfere with brushing, phonetically, and lip movement. This article aims to describe the importance of an early diagnosis of persistent upper labial frenulum and establish the best treatment. This case referred to a patient seven years of age, female gender, that after the eruption of the maxillary central and lateral incisors had clinically superior median diastema. After clinical and radiographic examination, it was initially planned surgery of lip frenectomy and after the supplementation with orthodontic treatment, using the removable appliance with previous clips, for closing the diastema. The prognosis was favorable thus reestablishing the self-esteem of the patient

KEYWORDS: Child, labial frenum, diastema, surgical procedures.

1. INTRODUÇÃO

A beleza facial influencia o bem-estar e a autoestima de muitos indivíduos, assim como a estética do sorriso¹. Para exibir um sorriso saudável, se faz necessária uma harmonia entre a saúde dentária e gengival². As alterações estéticas podem interferir na aparência do indivíduo e causar-lhe problemas emocionais e psicológicos², dentre estes desequilíbrios incluem-se os diastemas (espaços interdentais) que podem ocorrer em qualquer região do arco dentário, mas geralmente encontram-se entre os incisivos centrais superiores, gerando problema estético³.

De acordo com o padrão, o diastema mediano da maxila, nas crianças em idade pré-escolar e naquelas em fase de dentição mista, constitui um aspecto de normalidade na infância. Porém, torna-se importante verificar se este diastema é normal para esta época do desenvolvimento, ou se está relacionado à presença de um freio labial superior anormal ou alto, isto é, quando há uma gengiva inserida de modo insuficiente na área da do término da inserção⁴. Há casos em que a presença de um

freio labial hipertrófico compromete a cronologia correta da erupção dentária³.

Segundo a literatura⁵, o diastema pode apresentar como etiologia, dentes com diâmetro insuficiente na região maxilar, incisivos laterais conóides, agenesias de incisivos laterais, macroglossia, aumento dos maxilares, hiperatividade lingual ou hábitos parafuncionais^{3,6}. No caso de diastemas entre os dentes decíduos, estes não comprometem a estética da criança, além disso, quando generalizados melhoram o prognóstico para o alinhamento dos incisivos permanentes durante a dentição mista³. O freio labial superior ou freio teto labial presente ao nascimento caracteriza-se por ser uma prega da mucosa bucal de forma triangular, que parte da face interna do lábio conectando a papila incisiva, sobre a linha de união de ambos os maxilares superiores⁷. Está presente desde a o 3º mês de vida intrauterina⁸. Quando os dentes decíduos irrompem, o freio é fixado para mais apical, acima da crista óssea alveolar e sua amplitude é reduzida durante o desenvolvimento da dentição, sendo denominado de freio labial normal. Como sua estrutura é dinâmica e mutável está sujeito a mudanças de forma, tamanho e posição ao longo das diferentes fases de crescimento e desenvolvimento, geralmente diminui e torna-se mais fino com o crescimento natural da criança⁷.

No recém-nascido as funções do freio labial são amplas, se restringindo no adulto a limitar os movimentos exagerados do lábio⁸, para favorecer a deglutição, fala e fonação^{9,10}. Portanto, ao limitar esses movimentos, promove estabilização na linha média do lábio, impedindo a excessiva exposição da mucosa gengival^{11,12}.

Nos casos em que com o desenvolvimento da criança há uma persistência da inserção do freio labial superior na papila incisiva, este se denomina de freio labial hipertrófico ou freio tetolabial persistente. Indica-se a exérese (remoção da porção anatômica visível do freio), quando após a erupção dos incisivos centrais e laterais permanentes, dificulta a fonação ou interfere na sucção de alimentos, por indicação ortodôntica, se existe uma tensão direta do freio na mucosa gengival, ou está dificultando a escovação⁸. Ainda se o freio está tracionando os lábios de forma anormal, facilitando o acúmulo de biofilme, promovendo recessões gengivais, diastemas, doença periodontal, restrição dos movimentos labiais, interferindo na fonação e estética do paciente^{2,13}.

É relevante um exame clínico e radiográfico minucioso a fim de diagnosticar possíveis anomalias do freio. Dentre os sinais clínicos, incluem-se uma inserção baixa na margem gengival, isquemia da papila na face palatina (quando o freio é tracionado) e a presença de diastema^{7,8}. Mediante esses sinais pode-se prever se o freio poderá influenciar desfavoravelmente no desenvolvimento anterior da maxila⁵.

Em relação a melhor época para o tratamento, preconiza-se a atenção multidisciplinar da Odontopediatria e

Ortodontia por meio de um tratamento precoce ainda na dentição mista, com a indicação da cirurgia frenectomia associada ao uso de aparelhos ortodônticos^{14,15}.

Há casos que além da complementação multidisciplinar com tratamento ortodôntico, há necessidade do tratamento fonoaudiólogo para restabelecer a fisiologia normal¹⁶. Com relação aos aparelhos ortodônticos removíveis utilizados pós frenectomia, apresentam-se como placas de acrílico com grampos de retenção e molas ajustáveis, nas distais dos incisivos centrais¹⁷.

Alguns autores^{9,14} preconizam a cirurgia após erupção dos caninos permanentes, enquanto outros¹⁵ recomendam após erupção dos incisivos laterais permanentes. No entanto, sugere-se intervenção cirúrgica na dentadura mista, após erupção dos incisivos centrais superiores, caso haja ausência de espaço para erupção dos incisivos laterais, quando associado a freio labial hipertrófico e diastema interincisal¹⁸.

A opção de tratamento para o freio teto labial persistente geralmente é cirúrgica, optando-se pela frenectomia (com a remoção total do freio), frenotomia (reposição do freio sem eliminá-lo) ou ainda reinserção do freio, que consiste em colocar o freio em uma nova posição anatômica¹⁹. A técnica de frenotomia com reposicionamento é a mais utilizada para pacientes adultos quando em reabilitação protética; a frenectomia está indicada nos casos de freios hipertróficos, visando eliminar as fibras trans-ósseas, assim aliviando a tensão tecidual exercida na papila e prevenindo um diastema³. Dentre as técnicas de frenectomia labial superior, a menos traumática atualmente é a técnica de reposicionamento de Chelotti. Essa técnica caracteriza-se pela mudança da posição anatômica do freio, eliminando apenas a porção do freio com inserção indesejável, alterando suas características morfofuncionais e melhorando a estética¹⁸.

O objetivo do estudo foi relatar um caso clínico de uma paciente no período dentição mista, com diagnóstico de freio teto labial persistente e o planejamento para este caso.

2. RELATO DE CASO

A pesquisa consiste em abordar, inicialmente, a patologia do paciente gênero feminino, leucoderma, sete anos de idade, procurou a Clínica Integrada de Odontopediatria e Ortodontia do Centro Universitário Uningá, com queixa de diastema entre os incisivos superiores (Figura 1). Durante o exame clínico foi observado a irrupção dos incisivos centrais e laterais superiores (dentes: 11, 12,21,22), apresentando-se todos os dentes hígidos. Também se observou que ao ser tracionado, o freio labial produzia isquemia na papila palatina, sendo diagnosticado como freio labial hipertrófico ou teto labial persistente (Figura1). As demais estruturas analisadas como gânglios, lábios superiores e inferiores,

língua, amígdalas e gengiva estavam normais. Na radiografia panorâmica se observou ausência de lesões patológicas e desenvolvimento normal dos dentes permanentes sucessores (Figura 2). Não foi constatado nenhum corpo estranho na região interincisivo, confirmando-se o diagnóstico de freio totolabial persistente. Na anamnese não houve relato de nenhum envolvimento sistêmico que contraindicasse a cirurgia.



Figura 1. Exame clínico: Diastema interincisivo e Tracionamento do freio totolabial (isquemia). **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.



Figura 2. Radiografia panorâmica. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.

A paciente classificada com baixo risco para a cárie dentária, foi planejado um tratamento preventivo de orientação de higiene oral e profilaxia odontológica. Para a cirurgia de frenectomia, para reposicionamento do freio totolabial persistente, os passos foram: protocolo de biossegurança intraoral com bochecho de solução de clorexidina a 0,12% por 1min. Anestesia tópica com benzocaína a 5%, e infiltrativa com mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000, 1 ½ tubetes no total (Figura 3), em fundo de sulco dos incisivos centrais superiores, na região de rebordo junto à inserção mais baixa do freio (papila nasoplatina). Com lâmina de bisturi número 15 foi realizada incisão paralela em forma de cunha na inserção do freio no rebordo até o limite da sua inserção palatina nos dois lados (Figura 4). Após a incisão, foi realizado o deslocamento e remoção de fibras que se encontravam aderidas ao osso para liberar a inserção do freio. Realizou-se a sutura com pontos simples descontínuos, removidos após sete dias (Figura 5). A paciente nesse período foi medicada com analgésico (Paracetamol – uma gota por quilograma) e orientada quanto a ter uma alimentação pastosa, comportamento e higiene oral. Após a realização

da frenectomia, o tratamento proposto para o fechamento do diastema foi a instalação de um aparelho removível superior com grampos anteriores e expansor, sendo o mesmo ativado com ¼ de volta a cada semana (Figura 6). A frenectomia labial possibilitou a prevenção do aparecimento de um futuro espaço interincisivo, e restabeleceu a autoestima da paciente que se beneficiou com o tratamento realizado. Após seis meses de tratamento o paciente continua em monitoramento (Figura 7), com o diastema em fase de regressão e uso do aparelho ortodôntico.



Figura 3. Técnica anestésica infiltrativa. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.



Figura 4. Excisão cirúrgica simples e corte com tesoura dos fragmentos. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.



Figura 5. Remoção da sutura após sete dias. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.



Figura 6. Aparelho removível superior instalado com molas para fechamento de diastema. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.



Figura 7. Foto após 6 meses de tratamento. **Fonte:** Clínica Odontológica Uningá.

3. DISCUSSÃO

Segundo Santos *et al* (2014).² e Cavalcante (inserir ano)¹⁸ (numeração não confere com o nome do autor no item das referências) a inserção anormal do freio pode causar um diastema mediano interincisivo, dificultar os movimentos labiais, causar desarmonia na estética dentária, afetar a fonação de algumas letras, alterar a oclusão dentária e interferir na escovação. No caso relatado observou-se um diastema interincisivo que dificultava os movimentos labiais, conforme relatado na literatura. O freio labial é definido como uma dobra de tecido fibroso e formato triangular, que se inicia na parede anterior do lábio e estendendo-se sobre a junção dos maxilares, fazendo sua inserção na papila palatina².

O diastema é um espaço presente na região anterior maior que 0,5 milímetros, causando ausência do contato proximal entre os dentes adjacentes da maxila^{3,7}. O diastema mediano constitui um aspecto de normalidade durante a infância (“fase do patinho feio” - dentição mista) e, com o desenvolvimento da oclusão e irrupção dos incisivos laterais superiores, há um fechamento fisiológico espontâneo^{3,18}. O diastema é maior quando a criança é pequena, diminuindo dos 2 aos 4 anos e aumentando suavemente do 5 aos 6 anos. Isto pode ser explicado com o grande crescimento dos 6 aos 8 meses da criança e com o grande crescimento alveolar para acomodar os dentes permanentes, dos 5 aos 6 anos de idade^{5,19}.

Assim, com a erupção dos incisivos centrais permanentes maxilares, este espaço entre os dentes pode ser considerado normal. Habitualmente só com a erupção dos incisivos laterais e dos caninos é que este espaço se reduz ou fecha⁵, no presente caso a criança com sete anos de idade, o diastema se mantém. Para Silva (inserir ano da obra)²⁰ numeração não confere com o nome do autor no item das referências), a permanência desse freio anormal tem uma etiologia multifatorial e geralmente está relacionada à discrepância dente osso positiva, microdontia, agenesias dos incisivos laterais superiores, hábitos principalmente de sucção, dentes supranumerários irrompidos ou ainda intraósseo, hereditariedade, freio labial hipertrófico. Pode induzir a criança a adquirir hábitos viciosos, causar impactação alimentar e retração gengival¹⁷.

O diagnóstico clínico e radiográfico exato é essencial para avaliar a época oportuna e a real necessidade do procedimento cirúrgico. Os sinais clínicos do freio labial anormal são: inserção baixa na margem gengival, isquemia da papila incisiva quando o lábio é tracionado, e a presença de diastemas medianos interincisivos^{2,18} semelhante ao caso proposto. Para a indicação da frenectomia é necessário a presença do freio totolabial persistente, diastema interincisivo não fisiológico, limitações dos movimentos labiais e insatisfação para o paciente¹².

Segundo Guedes-Pinto (inserir ano da obra)⁸ (numeração não confere com o nome do autor no item das referências) a idade certa para a exérese é controversa, podendo ser logo após o nascimento da criança; após a erupção dos incisivos centrais permanentes; após a erupção dos incisivos laterais permanentes; após a erupção dos caninos permanentes. No caso apresentado a frenectomia foi realizada após a erupção dos incisivos laterais permanentes. Há indicação na literatura para que se realize a cirurgia após os doze anos ou após a erupção dos caninos permanentes, devido a uma maior estabilidade das forças eruptivas, aumentando assim as probabilidades de sucesso. A literatura^{3,5} afirma que se obtém ótimos resultados se o procedimento for feito entre os 8 e os 18 meses de idade, já Macedo (inserir ano da obra)¹⁴ numeração não confere com o nome do autor no item das referências) recomenda que se espere pela erupção dos incisivos laterais, procedendo a seguir à cirurgia. Dessa forma, frente a uma patologia do freio, sugere-se a intervenção cirúrgica na dentição mista após a erupção dos incisivos centrais superiores, principalmente na ausência de espaço para erupção dos incisivos laterais ou após a erupção dos incisivos laterais superiores e antes dos caninos permanentes¹⁸.

A literatura²¹ ainda cita que a frenectomia poderá ser realizada antes, durante ou depois do tratamento ortodôntico, dependendo da avaliação de cada caso.

A cirurgia clássica de frenectomia consiste na excisão completa do freio, tecido interdental e papila palati-

na¹². A técnica de Chelotti ou do reposicionamento é a que tem proporcionado o melhor resultado estético e permite a manutenção da morfologia e função da estrutura anatômica, eliminando apenas a porção com inserção indesejada¹⁸. No que se refere à técnica anestésica, foi seguido neste caso a recomendação da literatura, onde a anestesia infiltrativa, deve ser realizada no longo eixo dos incisivos centrais para que o edema, que pode decorrer da infiltração da solução, não mascare os limites do freio, dificultando a incisão¹⁸.

No relato apresentado a frenectomia foi realizada antes da instalação do aparelho ortodôntico superior. A cirurgia de um freio labial tetolabial persistente associada a um tratamento ortodôntico é muito vantajosa, pois o freio labial espesso que inibe ou retarda os movimentos ortodônticos deveriam ser eliminados durante a movimentação dos dentes, ou antes, a fim de se obter atrofia do freio e evitar a possibilidade de recidiva¹⁴. Além do tratamento cirúrgico a complementação com o tratamento ortodôntico, e por vezes é necessária a atuação do fonoaudiólogo¹². Os aparelhos removíveis com molas também podem ser instalados, desde que deseje o movimento de angulação dos incisivos para mesial. Quanto maior a amplitude do diastema, maior a alteração na angulação dentária gerada pelas molas digitais. Ao alcançar o resultado desejado, tanto o aparelho fixo quanto o removível devem permanecer como contenção até a irrupção completa dos incisivos laterais²¹. Com relação ao caso clínico apresentado, encontra-se na fase de monitoramento, com acompanhamento da regressão do diastema com a associação do aparelho removível superior instalado com molas.

O tratamento relatado está de acordo com a literatura, assim como a realização do procedimento cirúrgico possibilitando à paciente um melhor prognóstico, prevenindo o aparecimento de diastema interincisivo, bem como o restabelecimento da fonética, da saúde gengival, da estética e a autoestima da paciente^{3,22}. Diante de várias modalidades de tratamento, é de extrema importância que um criterioso diagnóstico seja realizado com a finalidade de estabelecer o tratamento mais adequado para cada paciente.

4. CONCLUSÃO

Um diagnóstico e intervenção precoce do freio superior teto labial persistente é de suma importância no prognóstico e evolução do quadro clínico. Como principais sinais clínicos, a presença de freio patológico deve ser acompanhada da isquemia da papila incisiva quando o lábio superior é tracionado anteriormente, e ainda apresentar o diastema interincisivo. Considerando-se a escolha do tratamento e técnica cirúrgica (frenectomia) na idade correta, bem como a atenção multidisciplinar complementar com o uso de aparelho ortodôntico remo-

vível com grampos anteriores, o prognóstico é bastante favorável.

REFERÊNCIAS

- [1] Motta AFJ, Mucha JN, Souza MMG. A influência de determinadas características dentárias na avaliação estética do sorriso. *Dental Press J Orthod.* 2012 Maio/jun.;17(3):25, 1-7.
- [2] Santos PD, Osório SRG, Franzin LCS. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. *BJSCR.* 2014 set./nov.; 8(2): 41-46.
- [3] Almeida RR, Garib DG, Pedrin RRA, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir. *Revista Dental Press OrtodonOrtop Facial* 2004 maio/jun.; 9(3): 137-156.
- [4] Braga AT, Quelemes PV, Moura WL, Moura WL. Descrição da Morfologia dos Frênulos Labiais Superiores em Escolares de Teresina Description of the Morphology of Upper Labial Frenulum in Students from Teresina. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. Camaragibe* v.7, n.3, p. 59 - 64, jul./set. 2007.
- [5] McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria.* 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- [6] Leal RAS. Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria: artigo de revisão bibliográfica. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto 2010 jun.
- [7] Viera JIMP. *Tecnologia Laser em Medicina Dentária – Frenectomia em Foco.* Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, 2014.
- [8] Kiran K, Muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Ped Prev Dent.* 2007; 23-26.
- [9] Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria.* 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.
- [10] Gontijo I, Navarro RS, Haypek P, Ciampono AL, Haddad AE. The Applications of diode and Er:Yag Lasers in labial frenectomy in infant patients. *J Dentistry for Children.* 2005; 72(1):10-15.
- [11] Braga LAS, Silva J, Pantuzzo CL, Motta AR. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Revista CEFAC.* 2007; 11(Supl3): 378-90.
- [12] Neiva TGG, Ferreira DCD, Maia BGF, Blatt M, Filho GRN. Técnica de frenectomia associada ao enxerto de mucosa mastigatória: relato de caso clínico. *Rev Dental Press Periodontia Implanto* 2008; 2(1): 31-6.
- [13] Neto OI, Molero VC, Goulart RM. Frenectomia: revisão de literatura. *Uningá Review* 2014 abr./jun. 18(3): 21-25. [Acesso 3 ago. 2106]. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>.
- [14] Gusmão ES, Souza PFJC, Vasconcelos RB, Claus RP, Cimões R, Coelho RS. Inserção e morfologia dos freios labiais. *ClínCientif.* 2009 8(2):133-9.
- [15] Macedo MP, Castro BS, Penido SMMO, Penido CVSR. Frenectomia Labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. *Rev Faculd Odontol, Passo Fundo.* 2012; 17(3):332-5.
- [16] Proffit, WR, Fields HW, Sarver DM. *Plano de Tratamento Ortodôntico: da lista de problemas ao plano específico.* Ortodontia Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier 2008; 229-30.
- [17] Casarin RJ. *Freio Labial Superior: Diagnóstico e Trata-*

- mento Cirúrgico. Uningá- Unidade de ensino Superior in-
gá. Passo Fundo, RS. 2009.
- [18] Hass E. A relação entre frenectomia e Diastemas. Caderno de Odontologia, Universidade do Paraná, 2010.
- [19] Cavalcante JA, Xavier P, Mello-Moura ACV, Alencar CJF, Imparato JCP. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio tetolabial persistente em pacientes no período intertransi-
tório da dentição mista – relato de caso. Rev Inst Ciênc Saúde 2009; 27(3):290-4.
- [20] Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA, Kina M. Frenecto-
mia com enxerto gengival livre: Caso Clínico. Rev Odont de Araçatuba. 2005; 26(1):61-4.
- [21] Silva MC, Costa ML, Nemr K, Marchesan IQ. Frênulo de
língua alterado e interferência na mastigação. Rev CEFAC. 2009;11(3):363-9.
- [22] Santos ESR *et al.* Frenectomia a laser (Nd:Yap) em
Odontopediatria. Rev Odonto. 2014; 15(29).