

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ERIKA CARINA MUNIZ MARTINS/ RODRIGO BARROS VIRGOLINO

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR - RELATO DE CASO

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2023

ERIKA CARINA MUNIZ MARTINS/ RODRIGO BARROS VIRGOLINO

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR - RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Karine Figueredo da Costa.

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2023

ERIKA CARINA MUNIZ MARTINS/ RODRIGO BARROS VIRGOLINO

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR- RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Karine Figueredo da Costa.

Aprovado em 11/12/2023

BANCA EXAMINADORA

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) KARINE FIGUEIREDO DA COSTA
ORIENTADOR (A)

PROFESSOR (A) MESTRE ERUSKA MARIA DE ALENCAR TAVARES
MEMBRO EFETIVO

PROFESSOR (A) MESTRE LUCIANA MARA PEIXÔTO ARAUJO
MEMBRO EFETIVO

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR - RELATO DE CASO

ERIKA CARINA MUNIZ MARTINS (Aluno1)¹

RODRIGO BARROS VIRGOLINO (Aluno 2)²

Prof^a. Dra. KARINE FIGUEREDO DA COSTA (Orientador)³

RESUMO

O frênulo labial anormal pode gerar alterações de função e estética para nossos pacientes, além de em alguns casos comprometer o tratamento ortodôntico, para esses casos a frenectomia pode ser indicada, após um diagnóstico clínico e radiográfico adequado. O relato detalha o caso de uma paciente do sexo feminino, 43 anos, atendida na Clínica Escola de Odontologia, buscando solucionar questões estéticas e funcionais causadas por um freio labial superior. O freio provocou um diastema entre os incisivos centrais, afetando significativamente a autoconfiança e estética da paciente. A avaliação clínica e radiográfica conduzida identificou a necessidade de uma frenectomia labial superior. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, através da técnica clássica de frenectomia, com apreensão até o fundo de vestibulo do freio labial, incisões e remoção do tecido do freio, posteriormente a divulsão dos tecidos e para finalizar suturas para coaptação dos bordos são realizadas sob irrigação com soro fisiológico estéril. A prescrição de analgésicos, anti-inflamatórios e colutório foi realizada. As instruções pós-cirúrgicas enfatizaram cuidados de higiene oral e uma dieta específica. Após sete dias, houve um retorno para a remoção das suturas e avaliação da cicatrização, após 1 mês essa paciente foi novamente reavaliada. O estudo destaca a relevância do procedimento, evidenciando a relação direta entre a estética, função oral e aprimoramento da saúde bucal a partir da frenectomia. O caso ilustra a importância da intervenção cirúrgica no contexto odontológico.

Palavras-chave: Frenectomia. Impacto funcional. Estética dental.

ABSTRACT

The abnormal labial frenulum can generate changes in function and aesthetics for our patients, in addition to compromising orthodontic treatment in some cases. In these cases, frenectomy may be indicated, after an adequate clinical and radiographic diagnosis. The report details the case of a 43-year-old female patient treated at the Dental School Clinic, seeking to resolve aesthetic and functional issues caused by an upper labial frenulum. The frenulum caused a diastema between the central incisors, significantly affecting the patient's self-confidence and aesthetics. The clinical and radiographic evaluation conducted identified the need for an upper lip frenectomy. The surgical procedure was performed under local anesthesia, using the classic frenectomy technique, with apprehension up to the bottom of the vestibule of the labial frenulum, incisions and removal of the frenulum tissue, subsequently the divulsion of the

¹ Graduando do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - sr.erikamuniz@gmail.com

¹ Graduando do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio -
rodrigo_barros34@hotmail.com

tissues and to finalize sutures for coaptation of the edges are performed under irrigation with sterile saline. Analgesics, anti-inflammatories and mouthwash were prescribed. Post-surgical instructions emphasized oral hygiene and a specific diet. After seven days, there was a return visit to remove the sutures and evaluate the healing, after 1 month this patient was reevaluated again. The study highlights the relevance of the procedure, highlighting the direct relationship between aesthetics, oral function and improvement in oral health following frenectomy. The case illustrates the importance of surgical intervention in the dental context.

Keyword: Frenectomy. Functional impact. Dental aesthetics.

1 INTRODUÇÃO

O freio labial é uma prega fina de membrana mucosa composta por tecido conjuntivo e fibras musculares que fixa os lábios à mucosa alveolar ou gengiva por inserção periosteal (Dioguardi, et al.; 2023). Inicia-se na linha mediana da superfície interna do lábio e estendem-se até a junção dos maxilares entre os incisivos centrais, alcançando a face externa do periósteo subjacente, é responsável por dividir o vestíbulo superior em duas metades simétricas em sentido sagital (Silva e Ribeiro, 2015). O freio labial possui um formato triangular e se classifica como um tecido da fibromucoso, que em seu estado normal, na qual suas pregas estão unidas, se iniciando numa região média vestibular do processo alveolar, e ao final por volta de quatro milímetros acima da papila entre os incisivos (Santos; Osório; Franzin, 2014).

O freio é formado durante a décima semana de gestação, apresenta uma faixa continua ligando o tubérculo labial à papila e atravessando o rebordo alveolar (Costa, 2013). Após a erupção dos dentes decíduos, o freio labial tende a se posicionar mais vestibular e apicalmente próximo à crista óssea alveolar (Rego, 2017).

O frênulo labial e lingual são importantes estruturas na cavidade oral, desempenhando funções essenciais na fala, sucção, deglutição e mastigação. O freio labial ajuda a manter o lábio superior em sua posição adequada, enquanto o freio lingual é crucial na movimentação e posição da língua. No entanto, o frênulo labial e lingual são cruciais para o desenvolvimento e funcionamento adequados da boca e para a manutenção da saúde bucal (Rulli *et al.*, 1997).

Durante o exame clínico, é possível avaliar diversos aspectos do freio labial superior (FLS), como sua anatomia, elasticidade, tamanho do diastema e presença inflamação ou bolsas periodontais. A idade do paciente também pode influenciar na avaliação do FLS, uma vez que a elasticidade desse frênulo tende a diminuir com o tempo. Um exame importante para avaliação dessa estrutura, é a imagem radiográfica da sutura intermaxilar que pode fornecer informações importantes sobre a posição e relação do freio com as estruturas ósseas

adjacentes, o que pode ser útil na sua avaliação e nas decisões sobre o tratamento adequado para o caso clínico (Puricelli, 2001).

A prevalência de um freio anormal ocorre em 14,8% dos casos (Rego, 2017). Os freios aberrantes são detectados visualmente tensionando a região para ver o movimento da ponta papilar ou isquemia da região. O freio pode comprometer a saúde gengival, causando recessão gengival, quando muito próximos da margem gengival, seja por trauma provocado pelo posicionamento da escova ou através da abertura da fenda gengival devido a uma distensão muscular. A presença de um freio anormal é um dos fatores etiológicos para permanência de diastema na linha média (Devishree; Gujjari; Shubhashini, 2012). Existem outros fatores etiológicos associados ao diastema mediano, como discrepância dentoalveolar, dentes supranumerários, hipodontia, sucção digital e hábitos da língua. O frênulo labial anormal demonstrou potencial recidiva após o tratamento ortodôntico (Campbell; Newton; Ahn, 2022).

O espaço entre os dentes que se situam na linha média da arcada superior, é advindo do diastema entre os incisivos centrais superiores, devido a esse aspecto, ele gera dúvidas quanto a abordagem e correção, já que este espaço desfavorece a estética do sorriso e sua harmonia em si, como também pode ser um fator para redução da autoestima, podendo afetar no bem estar do paciente, ou seja, os sinais clínicos que indicam esse freio para o procedimento cirúrgico são, a presença do diastema interincisal mediano, inserção baixa na papila interproximal e a papila isquemiada na face palatina (Almeida *et al.*, 2004).

O frênulo pode limitar a mobilidade do lábio, afetando a mastigação e a fala, quando fica muito preso à gengiva marginal, inibe a escovação ideal (Sarmadi *et al.*, 2021). A frenectomia ou frenotomia são técnicas cirúrgicas que podem ser realizadas para remoção do freio aberrante. A frenectomia promove a remoção completa do frênulo, incluindo sua fixação ao osso subjacente, visa eliminar o excesso de tecido interdental e reduzir a tensão dos tecidos gengivais marginais; já a frenotomia é realizada através da realocação da inserção frenal (Protássio; Galvão; Falci, 2019; Devishree; Gujjari; Shubhashini, 2012). Na presença do freio anormal interincisivo, a intervenção cirúrgica deve ser realizada após a erupção dos incisivos laterais e/ou caninos (Puricelli, 2001).

O procedimento cirúrgico possibilita diversos benefícios ao paciente, como por exemplo melhoria na fala, alimentação, saúde gengival, estética. Porém, cada caso é único e os benefícios dependeram da avaliação individual (Guedes *et al.*, 2022). É indicado em

situações como diastema, recessão gengival, dificuldades de higiene, interferências nos movimentos labiais e necessidade protética (Protássio; Galvão; Falci, 2019).

Nesse contexto é essencial que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas específicas para cada caso, a fim de escolher a melhor prática e aplicá-la da melhor forma para uma pronta recuperação do paciente. A cirurgia do frênulo denominada de frenectomia é um procedimento cirúrgico que visa a remoção do freio labial, lingual e bridas, permitindo tanto a movimentação ortodôntica para o fechamento de diastemas, quanto a movimentação adequada da língua necessária para atividades funcionais. Um correto exame clínico e um plano do tratamento com prognóstico bem constituído são essenciais para a decisão sobre a necessidade e o momento de realizar esse procedimento (Almeida, 2006).

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico mostrando a melhora que a frenectomia faz no paciente quando bem indicada. A correção do freio labial superior através do procedimento cirúrgico de frenectomia desempenha um papel vital na melhoria da estética e função labial. Os posicionamentos anormais desse frênulo podem causar problemas tanto estéticos quanto funcionais, como diastemas entre os incisivos superiores e movimentos restritos. Este relato visa destacar a importância da cirurgia para aprimorar higienização, movimentos labiais e estética do sorriso, contribuindo para a odontologia estética e funcional.

2 RELATO DE CASO

O presente estudo traz um relato de caso sobre uma paciente submetida a uma frenectomia realizada na Clínica-Escola de Odontologia do Centro Universitário Leão Sampaio, em Juazeiro do Norte, Ceará.

Uma paciente do sexo feminino, 43 anos, residente em Juazeiro do Norte - CE, normossistêmica, procurou atendimento devido a insatisfação estética devido ao freio labial superior, que por consequência acometia a função. A paciente mencionou que os dentes mal posicionados causavam prejuízos na autoestima. Dito isso, após procurar tratamento ortodôntico, o cirurgião-dentista indicou previamente a cirurgia de frenectomia para posterior realizar a ortodontia e a reabilitação com implantes dentários nas regiões de dentes ausentes, afim de obter melhores resultados estéticos e funcionais.

Durante a avaliação clínica intraoral, foi observado que a paciente apresentava um freio labial superior curto e espesso, que se estendia até a região palatina. O exame

radiográfico não identificou nenhuma anomalia. Após análise dos aspectos clínicos e radiográficos, ficou evidente a necessidade estética e funcional de realizar uma frenectomia labial superior (Figura 1 e 2).



FIGURA 1. Radiografia panorâmica.



FIGURA 2. Fotografia inicial.

Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma completo, hemoglobina glicada e coagulograma), não foram constatadas alterações que impedisse o procedimento cirúrgico. A paciente foi submetida a tratamento periodontal básico, no qual foi realizada orientação de higiene oral, orientação de dieta, raspagem supra gengival com curetas periodontais e profilaxia para o polimento final. Todo o procedimento cirúrgico foi explicado à paciente, detalhando o protocolo cirúrgico, objetivos, bem como os riscos e benefícios da cirurgia.

No dia marcado para a cirurgia, foi aferido a pressão arterial da paciente (120x80 mmHg), após a montagem da mesa clínica, foi realizada antisepsia extra oral e intra oral com clorexidina a 2% e 0,12% respectivamente. A anestesia dos ramos do nervo alveolar superior anterior sendo ela infiltrativa, foi realizada com anestésico com vasoconstritor – Cloridrato de Mepivacaína 2% + Epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 2%, Nova DFL), sem que o anestésico fosse injetado diretamente no freio labial (Figura 3).

Com auxílio de uma pinça hemostática o freio labial foi apreendido, sendo estendido até a profundidade do vestíbulo (figura 4), e com uma lâmina de bisturi 15c (Swann-Morton®) foi feita a primeira incisão inferior a pinça (Figura 5A), seguida por uma segunda incisão superior a pinça para remover o tecido (Figura 5B), tendo a dupla pinçagem que é a Técnica de Archer.



FIGURA 3. Anestesia da região.



FIGURA 4. Pinçamento do freio com auxílio de uma pinça hemostática.



FIGURAS 5A e 5B. Incisões.

Após a remoção do tecido estendeu-se a incisão até a porção palatina, para remoção de todo tecido fibrótico (Figura 6). A divulsão foi realizada na região com auxílio de uma tesoura (Figura 7A e 7B). É importante ressaltar que todo o procedimento foi conduzido com irrigação constante de solução salina (soro fisiológico) para melhor desbridamento e visualização da área cirúrgica. Utilizou-se a técnica hemostática de compressão local para manter a hemostasia local durante o procedimento.

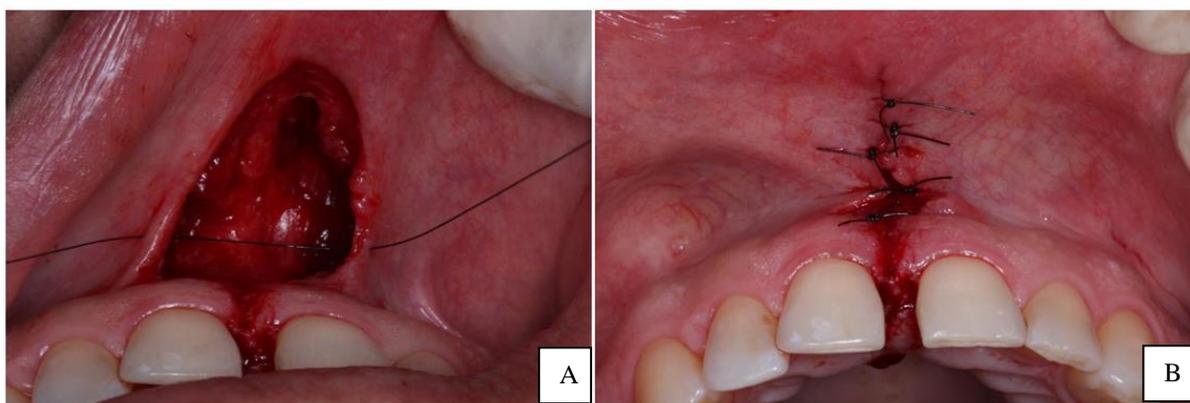


FIGURA 6. Incisão estendendo até palatina para remoção do tecido interproximal.



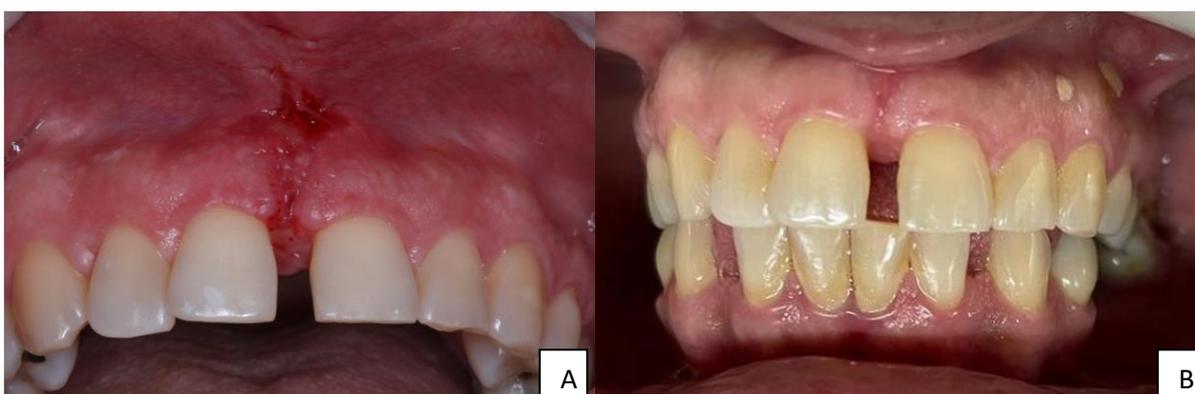
FIGURAS 7A e 7B. Divulsão realizada na região.

Ao final, foram utilizadas suturas interrompidas simples com fio de nylon 4.0 (Procare®). As suturas foram realizadas com cuidado, permitindo o posicionamento adequado dos tecidos incisados e favorecendo a cicatrização dos tecidos por primeira intenção, embora na região de gengiva inserida não é possível a coaptação dos tecidos, sendo que a cicatrização acontecerá por segunda intenção (Figura 8 A e 8B). Em relação à terapêutica medicamentosa, foi prescrito analgésico, dipirona 500mg a cada 6 horas durante dois dias, anti-inflamatório, Ibuprofeno 600mg a cada 8 horas durante três dias e colutório, digluconato de clorexidina 0,12%, a cada 12 horas, por 7 dias.



FIGURAS 8A e 8B. Sutura com Fio de Nylon.

As diretrizes pós-operatórias compreenderam a necessidade de uma meticulosa higiene oral, incluindo escovação suave na área submetida à intervenção. No que tange à alimentação, foi orientado ao paciente que privilegiasse a ingestão de alimentos pastosos, suaves e frios, abstendo-se de consumir alimentos duros, quentes ou picantes nos primeiros dias após o procedimento cirúrgico. Estabeleceu-se um agendamento para retorno do paciente sete dias após a cirurgia, visando à remoção das suturas e à avaliação dos tecidos. Posteriormente, foi programado um acompanhamento adicional para verificar a evolução da cicatrização tecidual após três semanas, ocasião em que se constatou uma adequada resposta cicatricial do tecido (Figura 9A e 9B).



FIGURAS 9A e 9B. Pós-Operatório de 7 dias e 1 mês.

3 DISCUSSÃO

O intuito desse trabalho foi relatar um caso clínico de uma cirurgia de frenectomia realizada em um paciente pré tratamento ortodôntico. A possibilidade de correção de freios labiais anormais favorece a estética e função, bem como possibilita a multidisciplinariedade no tratamento odontológico.

Segundo Silva, Silva e Almeida (2018), existem duas técnicas para tratamento do freio anormal, sendo elas a compressão do freio por meio do aparelho ortodôntico não cirúrgico com objetivo de atrofia do tecido fibroso e cirúrgico, as técnicas de frenectomia e frenotomia (remoção parcial). Um frênulo labial anormal é considerado como uma causa potencial de diastema mediano e demonstra potencial de recidiva após o fechamento do diastema com tratamento ortodôntico, há um risco 2 vezes maior de recidiva com freio anormal, quando comparado ao freio normal e esse risco pode ser reduzido após a cirurgia de frenectomia (CAMPBELL *et al.*, 2022).

A literatura ressalta várias técnicas cirúrgicas referente a frenectomia, sendo elas a técnica convencional ou técnica de Acher (clássica), técnica de Miller, VY plastia, Z plastia, uso do bisturi elétrico ou laser cirúrgico. No caso clínico em questão, foi utilizado a técnica convencional, já que é uma abordagem defendida para casos de diastemas na linha média para correta remoção das fibras musculares que se estendem até a palatina (Devishree *et al.*, 2012).

A possibilidade de realização da frenectomia antes do fechamento do diastema é recomendada para frênulo muito espesso e volumoso, considerando que o frênulo resiste a pressão mesial da movimentação ortodôntica, a remoção prévia favorece a movimentação mais rápida. Embora na remoção precoce, o tecido cicatricial pode impedir o fechamento do espaço (CAMPBELL *et al.*, 2022).

Considerando que a anestesia para o procedimento cirúrgico, tanto labial como lingual deve ser infiltrativa a fim de insensibilizar e isquemiar a região, que é rica em vascularização (Silva *et al.*, 2018), não deve ser injetada diretamente no freio, pois acaba perdendo a referência do tamanho real do freio anormal (Silva *et al.*, 2018).

A técnica de Acher é uma técnica cirúrgica para frenectomia que envolve uma incisão em forma de V na base do freio oral, seguida pela sutura das bordas da incisão. Essa técnica é utilizada para remover o freio labial ou lingual e pode ser realizada em pacientes de todas as idades. A vantagem da técnica de Archer é que a incisão em forma de V permite que as bordas da incisão sejam suturadas em uma posição mais alta na gengiva, o que pode ajudar a prevenir a recorrência do freio. Além disso, a técnica de Archer pode ajudar a preservar o

suprimento sanguíneo para a área, reduzindo o risco de complicações pós-operatórias (Silva *et al.*, 2018).

Essa técnica é direcionada principalmente em casos de diastemas na linha média com freio anormal, assim para uma garantia para a remoção das fibras musculares que aparentemente ligavam o esférico da boca à papila palatina. Nesta frenectomia é caracterizada como uma técnica do tipo excisão que irá abranger a papila palatina e os tecidos interdentais juntamente com o freio (Devishree *et al.*, 2012).

No entanto, a técnica de Archer pode ser mais invasiva do que outras técnicas de frenectomia e pode exigir mais tempo de recuperação. Além disso, a incisão em forma de V pode resultar em uma cicatriz mais visível do que outras técnicas de frenectomia (Silva *et al.*, 2018). Existe riscos rotineiros da cirurgia como o sangramento e adesão do paciente (Devishree *et al.*, 2012). O sangramento durante a cirurgia foi controlado com compressão da região e pós-operatória através das compressas geladas e alimentação fria.

Atualmente existem outras técnicas empregando o uso do laser cirúrgico para realização da frenectomia, que tem como vantagem sobre a técnica convencional, menor tempo cirúrgico, menos sangramento, mas sem grandes diferenças no pós-operatório de 5 dias, na percepção do paciente. Há uma controversa em relação ao tratamento cirúrgico em relação a dor e desconforto, alguns relatam menos desconforto com o laser e outros estudos afirmam o contrário (Sarmadi *et al.*, 2021). No presente caso, a queixa pós-operatória foi mais relacionada ao fio de sutura, do que a cirurgia propriamente dita.

Está técnica garantiu um resultado bastante previsível no pós-operatório, controlando a hemorragia com uma rápida execução, assim garantindo que não haja recidivas após o procedimento, como priorizando o conforto do paciente e uma ótima recuperação da região.

4 CONCLUSÃO

A correção do freio mostra-se necessária, quando o paciente possuir um diastema anormal, logo, após a erupção dos últimos dentes permanentes, o procedimento de frenectomia labial superior pode ser indicado apenas se possuir exames satisfatório e um diagnóstico preciso da região, possuindo o objetivo principal de eliminação desse freio e impedir qualquer possibilidade de recorrência. Com isso, podendo obter uma maior previsibilidade do tratamento ortodôntico para o completo fechamento deste diastema interincisal. A frenectomia não deve ser considerada sem tratamento ortodôntico.

A técnica cirúrgica deve ser selecionada baseada no tipo de inserção frenal, embora qualquer técnica seja capaz de promover a remoção do freio, um resultado funcional e estético melhor pode ser alcançado pela seleção adequada da técnica.

No seguinte caso proposto, é notável a correção do freio que o procedimento de frenectomia utilizando a técnica de Archer desenvolve, como também possibilita uma região mais propícia a saúde gengival e melhoria na estética do sorriso e na fonética.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. R.; GARIB, D. G.; ALMEIDA, P. R. R., ALMEIDA, R.M., PINZA, A.; JUNQUEIRA, M. H. Z. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá**, v.9, n. 3, p. 137-56, 2004.

AMARAL, I.R.B. Frenectomia Labial Superior Associada a Técnica de Archer Modificada: Revisão de Literatura e Relato de Caso - 23 páginas (**Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia**): Centro Universitário AGES. Paripiranga, 2021.

BRUDER, C.; FERREIRA, M. C. D.; FALTIN, J. K.; CHELOTTI, A.; LONG, S. M. Frenectomia labial pela técnica de reposicionamento cirúrgico proposta por Chelotti, **Odonto**, v.23, n. 45-46, p. 11-18, 2015.

CAMPBELL, C.; NEWTON, T; AHN, H. J. Labial frenectomy: current clinical practice of orthodontists in the united Kingdom John HyunBaek Ahn ; Tim Newton: **Angle Orthodontist**, v. 92, n. 6, 2022.

COSTA, S. A. L. 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.

DEVISHREE; Gujjari, S. K.; SHUBHASHINI, P.V. Frenectomy: a review with rhe reports of surgical techniques: **J Clin Diagn Res**. 2012 Nov;6(9):1587-92. doi: 10.7860/JCDR/2012/4089.2572. PMID: 23285469; PMCID: PMC3527809, 2012.

DIOGUARDI, M.; BALLINI, A.; QUARTA, C.; CAROPRESE, M.; MACI, M.; SPIRITO, F.; CALORO, G. A.; ALOVISI, M.; BASILE, E; MUZIO, L. L. Labial Frenectomy using laser: A scoping review, **International Journal of Dentistry**, Article ID 7321735, p. 7, 2023.

GUEDES, E.V.B. ; SANTANA, R. K. S.; SANTOS, A. E. F.; ANDRADE, M. P.; MATTOS, R. M. P. R. Frenectomia em Labio Superior – Relato de Caso. **Open Science Research**: ISBN 978-65-5360-055-3 - Editora Científica Digital - www.editoracientifica.org - v. 1, 2022.

KIRAN K, MUTHU M.S., RATHNA, P.V., Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. **J Indian Soc Ped Prev Dent**. 2007; 23-26.

MACADO, M. P.; CASTRO, B. S.; PENIDO, S. M. M. O.; PENIDO, C. V. S. R.,
Frenectomia labial em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. **RFO**,
Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 332-335, set./dez. 2012.

MARCHESAN, I. Q. Protocolo de avaliação do frênulo da lingual. **Rev CEFAC**,
v. 12, n. 6, p. 977-89, 2010.

MARCHESAN, I. Q.; MARTINELLI, R. L. C.; GUSMÃO, R. J. Frênulo Lingual:
Modificações após Frenectomia. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 24, n. 4, p. 409-12, São
Paulo, 2012.

PURICELLI, E. Frenectomia Labial Superior Variação De Tecnica Cirurgica , **R. Fac.
OdontL**, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 16, 20 jul., 2001.

PROTÁCIO, A. C. R; GALVÃO, E. L.; FALCI, S. G. M.; Laser Techniques or Scalpel
Incision for Labial Frenectomy: **A Meta-analysis; Falci; J. Maxillofac. Oral Surg.** v. 18, n.
4, p. 490–499, 2019.

REGO, A. S. T. Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica , Monografia de revisão
bibliográfica. (**Tese de Doutorado**): Universidade do Porto. 2017.

SARMADI, R.; GABRE, P. T. A. Evaluation of upper labial frenectomy: A randomized,
controlled comparative study of conventional scalpel technique and Er:YAG laser
technique. **Clin Exp Dent Res**, v. 7, p. 522–530, 2021.

RULLI, L.P.; DUARTE, C. Z.; MILANEZIN, L. A.; PERRI, S. H. V. Frênulo Labial
Superior e Inferior: Estudo Clínico Quanto a Morfologia e Local de Inserção e Sua
Referência na Higiene Bucal. **Rev Odontol**, Univ São Paulo, v. 11, p. 3, Jul., 1997.

SANTOS, P. D.; OSÓRIO, S. R. G.; FRANZIN, L. C. S. Santos et al. / **Braz. J. Surg. Clin.
Res**, v. 8, n. 2, p.41-46 (Set - Nov 2014).

SILVA, Y. G.; RIBEIRO, J. Frenectomia Labial Superior Pela Técnica de Excisão Por
Pinçagem Única: Uma Revisão de Literatura. **Cadernos De Odontologia Do
UNIFESO**: v. 4, n. 2, ISSN 2674-8223, 2022.

SILVA, H. L.; SILVA, J. J.; ALMEIDA, L. F. Frenectomia: Revisão de Conceitos e
Técnicas cirúrgicas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 1, p. 139-150, 2018.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento de autorização, por mim assinado, dou pleno consentimento a FACULDADE LEÃO SAMPAIO para, por intermédio de seus Professores Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar exames, diagnósticos, planejamentos e tratamentos em minha pessoa, de conformidade com os conhecimentos e técnicas desenvolvidas no âmbito da Odontologia.

Tenho pleno conhecimento de que as Clínicas e os Laboratórios do referido Curso, aos quais me submeto para os fins propostos, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para Estudantes e Profissionais da Odontologia, concordando assim, com toda e qualquer orientação a ser seguida, seja para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento. Concordo, ainda, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva do Curso de Odontologia, ao qual dou plenos direitos de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais, respeitando o Código de Ética Odontológica e as normas dos comitês de ética em pesquisa.

Thelaine Teles Coelho
Assinatura do paciente (ou responsável)