

FRENECTOMIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Early Childhood Frenectomy

Walter Mariano Pereira Junior¹; Laiane Galhardo Ferreira²; Artur Cunha Vasconcelos³

1. Acadêmico de Odontologia na Faculdade Morgana Potrich - FAMP, Mineiros/GO, Brasil. E-mail: wmpj0804@gmail.com

2. Cirurgiã Dentista - Consultório Particular, Mineiros/GO, Brasil.

3. Professor no Departamento de Morfologia da Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Mineiros/GO, Brasil.

Palavras-chave: : Frênulo;
Fenectomia; Protocolos;
Classificação.

RESUMO - O frênulo lingual é uma prega mucosa mediana distendida no soalho da boca que aparece quando a ponta da língua é levantada no sentido do palato. A alteração no frênulo é chamada de anquiloglossia limitando os movimentos da língua contribuindo para problemas mecânicos na alimentação, fala e amamentação, entre outros. A atenção dos pais é demonstrada como fator determinante a fim de que seja detectada essa anomalia o mais cedo possível, pois o diagnóstico precoce continua sendo a chave principal para a prevenção e tratamento. Para o tratamento, a frenectomia é uma boa resolução cirúrgica, podendo ser efetuada por técnicas convencionais e também a laser, com diferenças mínimas na cicatrização e pós-operatório. Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre a prevalência, protocolos de avaliação, tipos de frênulo e sobre a frenectomia lingual.

Keywords: Frenulum;
Fenectomia; Protocols;
Classification

ABSTRACT - The lingual frenulum is a median fold mucosa stretched on the floor of the mouth that appears when the tip of the tongue is raised towards the palate. The change in the frenulum is ankyloglossia call limiting tongue movements contributing to mechanical problems in eating, speaking and breastfeeding, among others. The attention of parents is shown as a determining factor so that this anomaly is detected as soon as possible because early diagnosis remains the main key to prevention and treatment. For treatment, the surgical frenectomy is a good resolution can be performed by standard techniques as well as laser with minor differences in the healing and postoperative. This paper presents a literature review on the prevalence, evaluation protocols, types of frenulum and the lingual frenectomy.

INTRODUÇÃO

A língua é um órgão muscular recoberto de mucosa, situado na boca e na faringe, responsável pelo paladar e auxiliar na mastigação e na deglutição, e também na produção de sons [1]. Ela apresenta um papel importante no transporte de alimentos, na deglutição e na química da saliva. Apresenta, também, função essencial na articulação das palavras[2].

O recém-nascido na sua trajetória de 40 semanas de preparação para defrontar o mundo, depara-se com condições para respirar, chorar, sugar e deglutir, propiciados pela postura e movimento da língua. Dessa forma, esse órgão móvel apoiado sobre um pequeno e instável suporte ósseo será responsável por tarefas vitais como a coordenação entre sucção, deglutição e respiração[3].

As funções de sucção e deglutição estão ligadas diretamente à amamentação e, neste caso, a participação dos movimentos da língua é de vital importância[4]. Na amamentação o mamilo é achatado e comprimido pela língua contra a papila palatina. A língua juntamente com os lábios faz a prensão do mamilo e o vedamento oral para a perfeita amamentação[5]. Qualquer restrição ao livre movimento da língua poderá resultar na deficiência dessas funções, com consequente dificuldade de amamentação[4].

Os bebês devem realizar uma complexa coreografia com a língua para a obtenção de uma boa e efetiva transferência do leite e para não ferir o mamilo. Para isso quatro movimentos importantes devem ser realizados: extensão (estender a língua até cobrir a gengiva inferior e manter essa postura durante a mamada), elevação (língua até o palato para comprimir a aréola e assim poder mamar), lateralização (mover a língua a ambos os lados da boca) e peristaltismo (movimento ondulante que permite levar o leite até a sua deglutição)[6].

Na face inferior da língua está presente uma prega de membrana mucosa, denominada freio ou frênuo lingual que possibilita ou interfere nos movimentos da língua [7]. O freio da língua é uma grande prega mediana da túnica mucosa que passa da gengiva, recobre a face lingual da crista alveolar anterior, para a face pósterior inferior da língua[8].

O freio lingual curto ou inserido muito próximo à ponta da língua é também conhecido como anquiloglossia. Popularmente conhecido como “língua presa”, é uma anomalia congênita, causada pela presença de freio lingual curto, pela inserção do músculo genioglosso excessivamente espessa ou pela associação de ambos causando fusão completa ou parcial da língua ao assoalho da boca, resultando na limitação dos seus movimentos[9].

O diagnóstico da anquiloglossia deve ser realizado precocemente, objetivando a imediata remoção do freio para otimizar a amamentação[10]. Caso isso não seja feito, a criança poderá ter dificuldade de ganho de peso e a mãe poderá ter desconforto na amamentação podendo levar ao desmame

precoce. De tal forma, podem ocorrer também limitações da língua durante o choro e a lactação e, posteriormente, dificuldades de dicção. Em casos de maior gravidade a deficiência do crescimento mandibular também poderá estar presente[11].

O tratamento da anquiloglossia é cirúrgico, indicado quando há restrição ou dificuldade de movimentação da língua ou ainda, em crianças maiores, quando estiverem presentes problemas periodontais e dificuldades de dicção[10]. Entretanto a indicação da frenectomia ou frenotomia na primeira infância ainda é um assunto a ser explorado, pois há divergências entre profissionais de saúde a respeito dos benefícios e do risco do procedimento[12].

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância do diagnóstico precoce da anquiloglossia, a realização da frenectomia e frenotomia lingual na primeira infância, e as possíveis vantagens da realização do procedimento nas fases iniciais da vida.

MATERIAL E MÉTODOS

DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURA DA LÍNGUA

O desenvolvimento da língua se inicia na quarta semana de vida intrauterina pelos arcos faríngeos se encontrando na linha média, onde surgem as protuberâncias linguais laterais[13].

A língua é um órgão essencialmente muscular, e está revestida por um estójo mucoso, onde encontramos glândulas mucosas, tecido linfóide (amígdala lingual) e papilas gustativas[14]. Tem forma ovóide, achatada de alto a baixo[15].

Sua face superior apresenta atrás um sulco em forma de V, diante do qual se acham as papilas gustativas que a recobrem (papilas filiformes, calciformes e hemisféricas). A face inferior apresenta as veias raninas e o freio da língua, que limita seus movimentos. Aí desembocam os canais excretores de saliva das glândulas submaxilares e sublinguais[15]. Sua face inferior está voltada para o soalho da boca; as mucosas são contínuas e semelhantes. Na língua a mucosa forma uma dobra ondulada determinada pela prega franjada e recobre a veia profunda da língua e a glândula lingual anterior perto do ápice[16].

Já o freio lingual é constituído de tecido conjuntivo fibroso e, ocasionalmente, de fibras superiores do músculo genioglosso, se estendendo de uma parte mais fixa para uma parte com maior liberdade de movimentos[17]. A fixação do frênuo lingual dos recém-nascidos deve ser aproximadamente um centímetro posterior ao ápice da língua e na crista alveolar inferior deve estar próxima ou no músculo genioglosso, no soalho da boca[18].

Como relatado anteriormente, a alteração do frênulo lingual (anquiloglossia) impede sua protrusão levando à limitação de movimentos. Segundo Sanches (2004), esta alteração está presente em cerca de 5% de recém-nascidos e é responsável por 25 a 60% da dificuldade na amamentação, sendo que posteriormente pode ocasionar problemas na deglutição, fala e crescimento mandibular.

SUCÇÃO E DEGLUTIÇÃO NO RECÉM-NASCIDO E LACTANTES

O reflexo de sucção está presente desde o nascimento do bebê e perdura até os dois meses de idade[19]. O conhecimento do padrão de sucção dos recém-nascidos é fundamental, já que nos primeiros meses de vida essa função é necessária para a nutrição do bebê, além de a sucção desempenhar importante papel no desenvolvimento do sistema estomatognático e nas funções orais[20].

Para a perfeita extração do leite materno exige-se esforço e um posicionamento correto do bebê[21]. Importante lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos[22]. Para tanto, destaca-se quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

Posicionamento adequado; Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; Corpo do bebê próximo ao da mãe; Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); Bebê bem apoiado. Pega adequada; Mais aréola visível acima da boca do bebê; Boca bem aberta; Lábio inferior virado para fora; Queixo tocando a mama.

A Organização Mundial de Saúde(OMS) recomenda que a amamentação natural seja estendida até os dois anos de idade[23].

Nas funções de sucção e deglutição, diretamente relacionadas com a amamentação, a participação dos movimentos da língua é fundamental. Então, ao existir qualquer restrição à livre movimentação da língua, esta resultará no comprometimento dessas funções, dificultando a amamentação[4], como é o caso da anquiloglossia[11].

Quando a anquiloglossia é detectada no lactante, a sucção ocorre de forma diferente, pois há dificuldade de vedamento da boca no mamilo devido aos movimentos limitados da língua o que ocasionará também dores na mãe durante a amamentação[11].

ANQUILOGLOSSIA

Ao nascerem, todos os bebês têm um palato alto e fechado, mas à medida que a língua se move de forma eficiente na cavidade oral, este vai se abrindo e descendo. Se a língua não tem essa capacidade, em razão do freio curto, esta mudança não se realizará e afetará toda a estrutura maxilofacial[6].

O freio lingual alterado também prejudica outras

funções estomatognáticas[24]. Interfere na amamentação, dificulta a higienização oral do bebê, além de proporcionar prejuízos posteriores na fala[25]; pode provocar mordida aberta anterior, biprotrusão, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior [26,27,28].

Outra alteração bucal importante é a respiração bucal. A junção da língua com o assoalho bucal favorece o hábito inadequado de boca entreaberta levando ao desuso da via natural da respiração nasal[29].

A dificuldade de movimentação da língua ainda pode promover alterações periodontais, de deglutição e mastigação[17].

Assim, as mães devem observar seus filhos para que possam detectar essa anomalia o mais cedo possível, pois diagnóstico precoce ainda continua sendo o ponto principal para a prevenção e tratamento, não só de pequenas alterações, como também de enfermidades mais comprometedoras[30].

Prevalência

A prevalência da anquiloglossia varia muito dependendo dos critérios de diagnósticos utilizados e da população de estudo[12].

Em pesquisa que avaliou 260 crianças de 6 a 12 anos de idade, a prevalência de alteração no frênulo lingual constatada dentre os avaliados foi de 18%, sem diferença entre os sexos. O frênulo curto predominou sobre os demais tipos, porém o curto e interiorizado apresentou maiores implicações na fala. As características de fala mais encontradas foram a distorção e a articulação trancada[24].

Já entre bebês, a incidência de alterações do frênulo lingual encontrada no Brasil foi de 22.54%[31].

Tipos de freios linguais alterados

Existem diferentes tipos de frênulos[32]:

Normal: Fixação no meio da face inferior da língua e, no assoalho, geralmente o frênulo só fica visível a partir das carúnculas sublinguais (Figura 1).

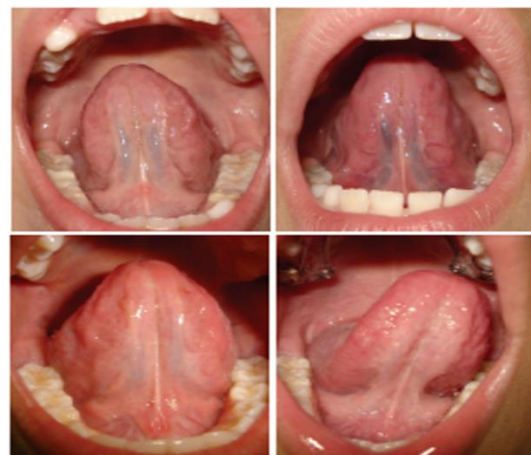


Figura 1. Frênulo normal[32].

Anteriorizado: Quando, na face inferior da língua, a fixação estiver acima da metade (Figura 2).



Figura 2. Frênulo Anteriorizado[32].

Curto: Fixação no meio da face inferior da língua como no frênulo normal, porém de menor tamanho. No geral, a fixação no assoalho da boca, é visível a partir da crista alveolar, quase sempre estando visíveis, as três pontas de fixação do frênulo na crista alveolar (Figura 3).

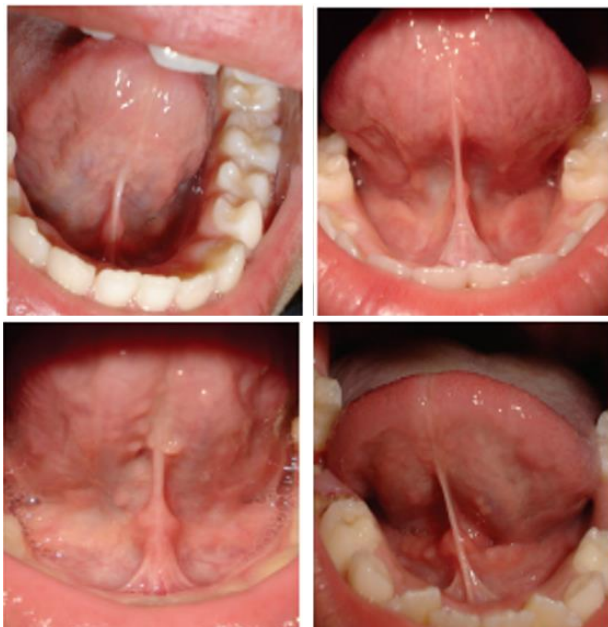


Figura 3. Frênulo curto[32].

Curto e anteriorizado: Apresenta uma combinação das características do frênulo curto e do anteriorizado (Figura 4).

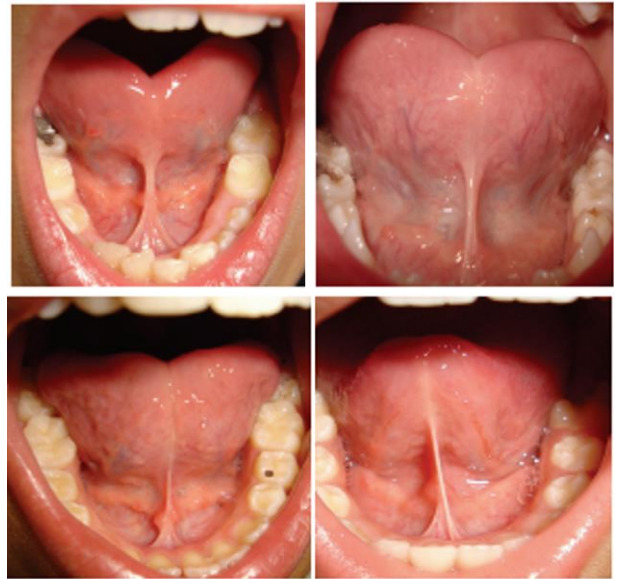


Figura 4. Frênulo curto e anteriorizado[32].

Anquiloglossia: Língua totalmente fixada no assoalho da boca (Figura 5).



Figura 5. Anquiloglossia[32].

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL

Para uma avaliação precisa, é necessário que se observe todos os aspectos referentes à língua e ao frênulo, como a mobilidade e a posição habitual da língua e sua produção articulatória da fala. Em geral, protocolos existentes avaliam somente a mobilidade da língua e do frênulo em si, e os resultados dependem de como o avaliador vê essa normalidade ou alteração presente[32].

O protocolo de avaliação do frênulo lingual[7], conhecido como “Teste da Linguinha”, é uma técnica desenvolvida no Brasil, para diagnosticar alterações do frênulo lingual. Em 2013, a autora modificou seu trabalho, indicando necessidade de adequações para se tornar um instrumento rápido e de fácil aplicação[20].

A primeira parte é composta pela história clínica, antecedentes familiares com alteração do frênulo lingual, saúde geral e aspectos gerais da amamentação. A segunda parte é composta pela avaliação anatomofuncional e das funções orofaciais. Critérios por escores em escala progressiva são utilizados para pontuações nas duas partes[20].

Em 20 de junho de 2014, foi publicada no Diário Oficial da União, a Lei nº 13.002 que obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês em todos os hospitais e maternidades em crianças nascidas em suas dependências[33].

DISCUSSÃO

Até a metade do século XX se diagnosticava e remediava a anquiloglossia quando o bebê acabava de nascer, e durante séculos as parteiras se encarregavam do procedimento. No entanto, a partir da metade do século XX a lactância materna perdeu popularidade e a frenotomia de rotina deixou de ser habitual, pois quando havia dificuldades a solução passou a ser suspender a amamentação e iniciar a administração artificial do leite. Já no século XXI, com a consciência da superioridade da amamentação e o aumento do interesse por tudo que está relacionado a ela, o tema do freio sublingual voltou à atualidade, assim como a busca de soluções para suas alterações[6].

A não indicação da cirurgia nos primeiros anos de vida da criança quando esta é necessária pode levar a consequências futuras[34], como as já citadas nos tópicos anteriores.

Entretanto, é fundamental o correto diagnóstico para a realização do procedimento cirúrgico. Para isso é fundamental que o paciente seja submetido a uma avaliação multiprofissional (odontólogo, médico, fonoaudiólogo)[35].

Os cirurgiões-dentistas e médicos tendem a realizar a cirurgia para corrigir as alterações do freio lingual. Já o fonoaudiólogo, avalia a condição do freio, verificando os movimentos da língua e avaliando as funções de mastigação, deglutição e fala, optando por terapia conservadora em substituição ou de forma complementar à cirurgia[24].

O tratamento cirúrgico da anquiloglossia é realizado por meio da frenectomia, que consiste na remoção do tecido mucoso que compõe o freio lingual. Para recém-nascidos e lactantes pode ser realizada a frenotomia, que consiste na incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem remoção de

tecido. Ambos são procedimentos simples com baixa possibilidade de complicações[36].

A técnica é simples e é realizada em poucos segundos. Muitos profissionais optam por aplicar anestesia tópica antes do procedimento, mas na maioria dos casos não é necessário, pois trata-se de uma zona pouco innervada e com pouca sensibilidade. Um rápido sangramento pode existir que se detém com uma simples compressão com uma gaze. Logo após o procedimento a criança pode ser colocada para mamar[6]. Observam-se benefícios quando o procedimento cirúrgico é realizado em bebês, melhora na postura e mobilidade da língua, postura do lábio melhora na amamentação e o ato de amamentar se torna mais prazeroso para a mãe que deixa de sentir[8].

Nos dias de hoje, o laser vem sendo empregado como uma técnica opcional nos procedimentos cirúrgicos de frenectomia. É uma terapia inovadora, segura e eficaz, onde os sintomas pós-operatórios e de recidivas estão ausentes[37]. O trabalho e o acompanhamento do fonoaudiólogo para a reabilitação pós-cirúrgica condiciona ao indivíduo tanto a possibilidade de melhor conforto para a mastigação e deglutição, como também a amamentação com boa sucção para o bebê[35].

CONCLUSÃO

A anquiloglossia provoca uma série de alterações estomatognáticas e fonoaudiológicas no bebê, além de poder contribuir ainda para seu desmame precoce. Assim, é fundamental que o bebê tenha seu freio lingual avaliado por uma equipe multiprofissional, pois o prognóstico da anquiloglossia é tanto melhor quanto mais precoce for seu diagnóstico e intervenção. A frenectomia, quando realizada em lactantes é um procedimento simples, gerando riscos mínimos ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOUASSIS, A., Villar, MS. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
2. FERES, M.A. Componentes do aparelho estomatognático. In: PETRELLI, E. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo, Lovise, 1994.
3. PROENÇA, MG. Sistema sensorio motor oral. In: GUIMARÃES, M.L.; JULIANI, R.C.; LINS, L.; MARCONDES, E.; MORIYAMA, L.; MITIE, A; PIERRI, S.

Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria. Monografias Médicas série: Pediatria. Volume 32 - 2ª edição. São Paulo, Sarvier, 1994. p. 293.

4. MARTINELLI, RLC. MARCHESAN, IQ. BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev. CEFAC. Mai-Jun; v. 15, p. 599-610. 2013.

5. ANDRADE, CF. GULLO, AC. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causas das fissuras/rachaduras mamilares. J. Pediatr. São Paulo. v.15, p. 28-33, 1993.

6. FERNÁNDEZ, A. Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta. Centros de Salud de la Marina Alta (Alicante). Lactancia según estudios y trabajo materno. I Congreso Español de Lactancia Materna. Abstract 137. Valencia, 2000.

7. MARTINELLI, RLC. MARCHESAN, IQ. RODRIGUES, AC. BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Rev. CEFAC. Jan-Fev; v. 14, p. 138-145. 2012.

8. MARCHESAN, IQ. Frênulo da língua: classificação e interferência na fala. Rev. CEFAC; v. 5, p. 341-345. 2003.

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

10. OLIVEIRA, DV. ALBUQUERQUE, GC. MARTINS, VB. GONÇALVES, FC. ARANTES, PH. Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: relato de caso clínico. Revista de Ciências da Saúde da Amazônia. 2015. (1)76-82.

11. MELO, NSFO. LIMA, AAS. FERNADES, A. SILVA, RPGVC. Anquiloglossia: relato de um caso. RSBO. Jan-Mar; v. 8, p. 93-98. 2011.

12. PROCÓPIO, IMS. Tratamento cirúrgico da anquiloglossia. Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Odontologia – UNB. Brasília: 2014.

13. NANJI, A., Histologia Oral: desenvolvimento, estrutura e função. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 7ª edição, Cap. 2, p 46-49.

14. FERREIRA, F.V. As bases anatômicas da prática ortodôntica. In: S. INTERLNDI. Ortodontia: bases para a iniciação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

15. ARAUJO, SOA. A língua e a deglutição. Monografia de conclusão de curso de especialização em Motricidade. Orientadora: Dra. Mirian Goldenberg CEFAC. Fortaleza. 2001.

16. MADEIRA, MC. Bases Anátomo-Funcionais para prática odontológica. São Paulo: Savier, 1993.

17. BRITO, SF. MARCHESAN IQ. BOSCO, CM. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.3, 343-351, 2008.

18. KUPIETZKY, A. BOTZER, E. Ankyloglossia in the infant and Young child: clinical suggestions for diagnosis and management. Pediatr Dent. v. 27, p. 40-46, 2005.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

20. MARTINELLI, RLC. Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês. Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Bauru. 2013.

21. SANCHES, MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):155-62.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

24. BRAGA, LAS. SILVA, J. PANTUZO, CL. MOTTA, AR. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. Rev. CEFAC, v. 11, n. 3, São Paulo, p. 378-390, 2009.

25. SILVA, MC. COSTA, MLVCM. NEMR, K. MARCHESAN, IQ. Alteração de frênulo lingual e interferência na mastigação. Revista CEFAC 11. 2009: 363-369.

26. MOYERS, RE. Ortodontia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

27. MARCHESAN, IQ. Motricidade oral: Visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast, 1993.

28. BIANCHINI, EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: Diagnósticos e tratamento fonoaudiológico. 3 ed. São Paulo. Pro-fono, 1995.
29. FOXEN, EHN. Conceitos básicos em otorrinolaringologia. São Paulo: Artmed. 1982.
30. LALAKEA, ML. MESSNER, AH. Ankyloglossia: Does it matter? Pediatric Clinic North American. Apr; v. 50, p. 381-97. 2003.
31. CAMPOS, PRJ. OLIVEIRA, SAJ. LIMA, AZ. SILVA, AB. VIEIRA, VRC. Atuação fonoaudiológica na atenção primária à saúde proposta a Prefeitura Municipal de Curitiba – PR. Seminário nacional de planejamento e desenvolvimento, 11-13 jun. 2013.
32. MARCHESAN, IQ. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. Rev. CEFAC. Nov-Dez; v. 12, p. 977-989, 2010.
33. BRASIL, Distrito Federal. Lei nº 13002, de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União: Obriga a realização do protocolo de avaliação de frênulo lingual em bebês, p. 4.
34. PEREIRA, EA. A avaliação das alternativas de tratamento das mordidas abertas em pacientes adultos. 2009.
35. IZOLANE NETO, OI. MOLERO, VC. GOULART, RM. Frenectomia: revisão de literatura. Revista Uningá. Vol. 18, n. 3, p. 21-25. 2014.
36. PETERSON, LJ. ELLIS, E. HUPP, JR. TUCKER, MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009. 5ª edição. Cap. 2, p. 235-237.
37. SANTOS ESR., IMPARATO JCP., MOREIRA, LA., PEDRON, IG. Frenectomia a laser em odontopediatria. Revista Odonto. São Bernardo do Campo, SP, Metodista. 2007; 15(29).