



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I- CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LORENNÁ SIMPLÍCIO SOARES**

**TÉCNICA DE ARCHER MODIFICADA APLICADA A FRENECTOMIA LABIAL-  
RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE´  
2018**

**LORENNIA SIMPLÍCIO SOARES**

**TÉCNICA DE ARCHER MODIFICADA APLICADA A FRENECTOMIA LABIAL-  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião- dentista  
Orientador: Prof. Marcelino Guedes de Lima.

**CAMPINA GRANDE  
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S676t Soares, Lorena Simplicio.  
Técnica de Archer modificada aplicada a Frenectomia labial [manuscrito] : relato de caso / Lorena Simplicio Soares, Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho, Waldénia Pereira Freire. - 2018.  
22 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima , Departamento de Odontologia - CCBS."

1. Diastema. 2. Freio labial. 3. Ortodontia.

21. ed. CDD 617.643

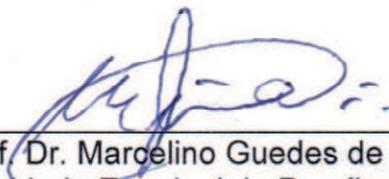
TÉCNICA DE ARCHER MODIFICADA APLICADA A FRENECTOMIA LABIAL-  
RELATO DE CASO

LORENNIA SIMPLÍCIO SOARES

Artigo apresentado a Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

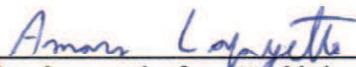
Aprovada em: 13/06/2018

BANCA EXAMINADORA



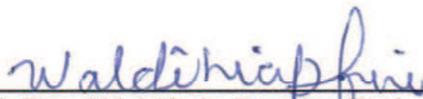
---

Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dr. Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dra. Waldênia Pereira Freire  
Universidade Estadual da Paraíba(UEPB)

A minha mãe Soraia, fortaleza  
nesses anos de graduação, minha  
guerreira, minha luz.

**DEDICO**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida e pela conquista desse trunfo incrível.

Aos meus pais pela dedicação, amor e esforço durante todos esses anos, essa vitória também é de vocês.

A minha tia Solange Cunha pelo cuidado e incentivo em toda essa minha jornada, minha eterna gratidão.

Ao meu noivo Anderson Araújo, por sempre compartilhar os altos e baixos dessa trajetória, sempre me incentivando para meu melhor, amo você.

Aos meus irmãos Camilla e Vinícius pela felicidade de comemorar comigo este momento.

A minha tia Sandra pelo exemplo de força e dedicação na profissão, seus ensinamentos também me foram essenciais.

Ao meu orientador Prof. Marcelino Guedes pelas palavras sempre de incentivo, força e fé. Fostes essencial, obrigada.

Ao professor Amaro, pela amizade e confiança depositada durante esses anos.

A professora Darlene, pelos ensinamentos e amizade, és luz.

A professora Waldênia pelo aprendizado e pela presteza, Deus te ilumine!

Aos demais professores pelo enriquecimento que me propuseram de conhecimentos, sem vocês nada disso estaria se concretizando. Em especial ao professor Gustavo e Ana Flávia, a segurança de vocês e presteza levarei para sempre.

Aos meus pacientes, vocês me deram muito mais que a concretização dos meus aprendizados, me trouxeram o sentimento de generosidade.

A minha amiga Erika Porto pela amizade sincera de anos e por tudo que fosses pra mim nessa graduação.

A minha amiga Alynne Siqueira pelo incentivo e irmandade depositada nesses anos, assim como a Lucas Casimiro, pela amizade. Vocês são essenciais.

A minha amiga Lourena, como uma irmã pudemos vivenciar esse sonho desde o início, obrigada pelo que representa para mim, te desejo o melhor sempre.

A vocês Saionara, Djayr, Kamila, Raquel, Lara, Raissa, Thaysi e Mariele por serem tão presentes mesmo não estando no meu dia-dia, vocês eu levarei para a vida toda.

A Arlinso pela amizade sincera, pudemos compartilhar nossas vitórias.

Ao meu tio Airlon pela confiança e torcida depositada durante todo curso.

A Malena, Bianca, Isabel, Elisabeth, Anderson, Pâmela, Jéssica, Eline e Ana Maria que Deus abençoe o caminho de vocês. Muita luz!

A minha dupla de clínica Heloísa Raquel pela parceria e companheirismo.

A dona Hilda, tão querida e especial, sei o quanto torceu por mim, e quão importante fostes nessa concretização.

A Aline Lobato pela presteza de sempre, que Deus ilumine seus caminhos.

A Jaciel pela amizade e cuidado durante esses anos.

Aos funcionários da UEPB, em especial a “Pequena”, Cris, Rejane e Cristhoper. Enfim agradeço a todos que torceram por mim e que contribuíram direta ou indiretamente, para que esse sonho fosse virar realidade.

.

*“Que no mínimo que a gente faça seja, a cada momento, o melhor que afinal se conseguiu fazer”*

**LUFT, L.F.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Imagem inicial evidenciando o freio labial hipertrófico na região interincisiva.

**Figura 2** – Realização de pinçamento e incisão em forma de cunha, com lâmina de bisturi número 15.

**Figura 3** – Divulsão do tecido, rompendo as fibras teciduais.

**Figura 4** – Imagem evidenciando a hemostasia.

**Figura 5** – Freio labial removido.

**Figura 6** – Imagem mostrando a sutura feita em pontos interrompidos.

**Figura 7** – Aspecto após 15 dias do pós-cirúrgico.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 RELATO DE CASO .....</b>	<b>13</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## TÉCNICA DE ARCHER MODIFICADA APLICADA A FRENECTOMIA LABIAL- RELATO DE CASO

Modified Archer Technique Applied to Labial Frenectomy- Case Report

### RESUMO

O freio labial é uma estrutura anatômica presente em todas as pessoas, porém por vezes pode se apresentar fora dos padrões de normalidade. Um exemplo clássico é a presença de freio labial hipertrófico. Sua posição fora dos padrões normais pode levar a redução do movimento dos lábios, dificultar a escovação dos dentes, assim como causar interferência na fonética e na aceitação da autoimagem do paciente. Sendo assim influencia diretamente na estética do paciente. O presente artigo tem como objetivo relatar o sucesso clínico da frenectomia labial, a partir da exposição de um caso clínico de freio labial hipertrófico. O caso relata uma paciente do gênero feminino, 28 anos, melanoderma, a qual procurou atendimento na Universidade Estadual da Paraíba a fim de solucionar o problema do diastema e posteriormente utilizar aparelho ortodôntico. Também se observava inserção baixa na margem gengival, presença de diastema intericisal e ao ser tracionado, o freio produzia isquemia na papila palatina. Feita a anamnese e solicitação dos exames necessários, foi escolhida a técnica cirúrgica adequada. A técnica cirúrgica utilizada foi a de Archer modificada, também chamada de pinçamento simples, seguindo o protocolo de biossegurança e cirúrgico adequados. Com o êxito do procedimento a paciente pôde iniciar o tratamento ortodôntico condizente.

**Palavras-Chave:** Diastema. Freio Labial. Ortodontia.

### 1 INTRODUÇÃO

A estética facial influencia na autoestima, no bem-estar e na qualidade de vida de muitos indivíduos, assim como na beleza do sorriso. Para exibir um sorriso saudável, se faz necessária uma harmonia entre os diferentes tecidos da cavidade bucal (SANTOS et al, 2014).

Os freios anatômicos são estruturas móveis sujeitas a variações no tamanho, na forma e posições durante os diferentes estágios de crescimento do ser humano. Os labiais têm a função de limitar os movimentos dos lábios, proporcionando a estabilização da linha média e impedindo a exposição em excesso do tecido gengival. O freio lingual, por sua vez, possui a função de limitação do

movimento da língua para favorecer a deglutição, fala e fonação (IZOLANI NETO et al, 2014).

O frênulo labial, também denominado como freio labial, é uma prega fina, que interliga o lábio e a bochecha à mucosa alveolar ou gengiva e periósteo subjacente. Geralmente, possui formato de triângulo ou em forma de leque com a base voltada para o lábio ou mucosa gengival (FONSECA et al, 2017). Sua constituição histológica está dividida em três planos: tecido conjuntivo denso e frouxo, epitélio estratificado pavimentoso orto ou paraqueratinizado e a submucosa contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos (KINNA et al, 2005). Embriologicamente, o freio é originário das células centrais do remanescente da lâmina vestibular na região mediana e é constituído de epitélio e tecido conjuntivo, podendo conter fibras musculares (BOUTSI; TATAKIS, 2014).

O posicionamento fora dos padrões de normalidade ou a hipertrofia do freio labial superior pode reduzir os movimentos dos lábios, obstaculizar a escovação dos dentes, bem como ocasionar retração dos tecidos gengivais, interferindo na fonação e estética do paciente, e ainda pode estar relacionado ao diastema interincisal (CAVALCANTE et al, 2009). De acordo com Morais et al. (2014) a presença de um freio labial hipertrófico pode causar como consequência, recessão dos tecidos adjacentes quando sua localização for próxima a margem gengival. Um fator determinante na etiologia da recessão gengival é a presença de biofilme quando o paciente apresenta higienização deficiente, o que leva a comprometer as estruturas periodontais.

O freio labial tem início sua formação na 10<sup>a</sup> semana de gestação. Nos recém-nascidos o freio possui sua inserção diretamente na papila palatina, durante o crescimento e o processo de erupção dentária e com a expansão do rebordo alveolar, normalmente a inserção se modifica (SANTOS et al, 2014). Contudo, quando o freio permanece sua inserção na papila palatina, ocorre um aumento do tamanho do diastema, sendo denominado nesse caso de freio labial hipertrófico (MACEDO et al, 2012; SOUZA et al, 2015).

Um exame clínico acurado é de extrema importância para se diagnosticar possíveis anomalias do freio. Os fatores que são observáveis incluem uma inserção baixa na margem gengival, isquemia da papila na face palatina, quando o freio é tracionado e a presença de diastema interincisal. Analisando esses sinais pode-se

prever se o freio poderá influenciar negativamente no desenvolvimento anterior da maxila (VIERA, 2012; FONSECA et al, 2017)

Geralmente o tratamento mais adequado para freios hipertróficos é a realização de alguma técnica cirúrgica, onde o profissional pode decidir-se por frenectomia, ou seja, remoção total do freio, frenotomia sendo a secção do freio sem eliminá-lo ou ainda pela reinserção do freio ou seja mudando sua inserção de posição. A frenectomia, mesmo sendo considerada como uma técnica cirúrgica simples, apresenta várias modificações de técnicas e são importantes diferentes análises visando o melhor pós-cirúrgico ao paciente. (KINNA et al, 2005).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico apresentando a remoção do freio labial maxilar, a fim de facilitar a correção do espaço interincisivo, em um segundo momento, pela ortodontia.

## 2 CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 28 anos, melanoderma, procurou os serviços na Clínica-escola da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no Campus I na cidade de Campina Grande-PB, a fim de solucionar problema estético relacionado ao seu sorriso: presença de freio labial hipertrófico, entre os incisivos superiores. O qual ocasionou diastema, sendo a queixa principal da paciente.

A anamnese inicial não mostrou alterações sistêmicas relevantes, sobretudo em relação a históricos familiares ou doenças relacionadas. Paciente não etilista, não fumante, nenhum habito parafuncional. Apresentando boa saúde geral, sem usos de medicamentos sistêmicos ou histórico de reações alérgicas

Ao exame intra-oral foi notado a inserção curta do freio labial superior, de modo que dificultava funcional e esteticamente a qualidade de vida da paciente. Ao ser pressionado produzia isquemia na papila palatina, levando ao diagnóstico de freio labial hipertrófico. Trazendo alterações no dia-dia da paciente como acúmulo de biofilme, restrições de movimentos de lábio e a mais evidente, insatisfação estética, devido a presença do diastema e contraindicação da ortodontia proposta com o freio na posição em que se encontrava.

Após concluir-se a anamnese, onde foi possível observar clinicamente as características da inserção de freio (Figura 1), foi solicitado os seguintes exames hematológicos: glicemia em jejum, hemograma completo, tempo de sangramento, tempo de protrombina, VSH e tempo de coagulação.



**Figura 1** – Imagem inicial evidenciando o freio labial hipertrófico na região interincisiva.

Após decisão cirúrgica a ser adotada, planejou-se a frenectomia labial superior pela técnica de Archer modificada. Seguindo o protocolo de biossegurança cirúrgica foi feita a antissepsia do campo operatório com digluconato de clorexidina a 2% com o auxílio de uma pinça Alis e de gase estéril. E a antissepsia intra-oral com digluconato de clorexidina a 0,12% por meio de um bochecho por um minuto. Deu-se então a aplicação da anestesia. O anestésico escolhido foi a mepivacaína a 2%. Inicialmente aplicou-se um tubete no fundo de sulco, complementando por interpapilar, desta forma anestesiando os nervos alveolares superiores anteriores e o nervo nasopalatino.

A pinça hemostática foi posicionada na altura do freio, correspondente ao lábio e com lâmina de bisturi número 15 foi realizada incisão (Figura 2) em forma de cunha na região de inserção do freio até o limite de sua inserção palatina.



**Figura 2** – Realização de pinçamento e incisão em forma de cunha, com lâmina de bisturi número 15.

Dando sequência foi realizado o deslocamento e a remoção das fibras, assim liberando a inserção do freio, a partir da divulsão tecidual (Figura 3). Essencial para o sucesso do procedimento de frenectomia.



**Figura 3** – Divulsão do tecido, rompendo as fibras teciduais.

Sequenciando as etapas, lavou-se a ferida cirúrgica com soro fisiológico e foi realizada a compressão da mesma com gaze estéril, promovendo a hemostasia dos vasos (Figura 4). Com o freio labial removido (Figura 5), e a hemostasia realizada adequadamente seguiu-se a técnica da síntese.



**Figura 4** – Imagem evidenciando a hemostasia.

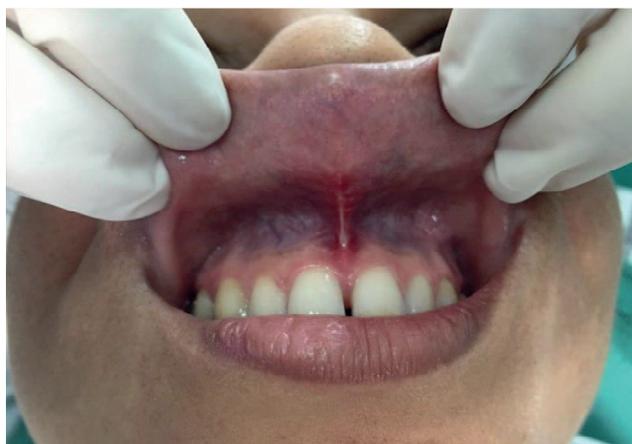


**Figura 5** – Freio labial removido.

A sutura foi realizada com fio de seda 3-0, por ser maleável, provocando menos desconforto no pós-operatório. Em pontos interrompidos (Figura 6). Após 15 dias pôde-se notar a boa cicatrização da região e direcionou-se a paciente ao ortodontista para iniciar o seu tratamento ortodôntico (Figura 7).



**Figura 6** – Imagem mostrando a sutura feita em pontos interrompidos.



**Figura 7** – Aspecto após 15 dias do pós-cirúrgico.

### 3 DISCUSSÃO

De acordo com Townsend et al (2013) o freio deve estar inserido no nível da junção mucogengival, de maneira a não interferir na adesão da gengiva ceratinizada. O freio labial maxilar pode apresentar alterações morfológicas comuns com o aumento da idade. Sendo que o fator étnico e o gênero não estão associados à morfologia do freio.

Normalmente os freios labiais não costumam ser causa de patologias de grande relevância para a Odontologia; entretanto, estão intimamente relacionados a alterações clínicas relevantes nas áreas de Ortodontia, Periodontia, Prótese e Estética. Além disso, podem estar associados à dificuldade de higienização, com elevação local de biofilme, além de problemas fonéticos, dentre outros (MOURÃO, 2013). Porém a paciente não relatou dificuldade de higienização da cavidade bucal.

Existe um consenso na literatura que o diagnóstico de freio labial hipertrófico pode ser feito por meio do tracionamento do lábio superior onde se verifica isquemia e movimentação da papila interdental, além do uso de radiografias e modelos de estudo como meios auxiliares de diagnóstico (MACEDO et al, 2012).

O diastema interincisivo presente no caso clínico pode estar relacionado ao freio labial superior hipertrófico, pois este apresentava características clínicas, como inserção baixa, além de apresentar estrutura bastante fibrosa. Contudo, segundo Lamenha et al. (2007), existem dúvidas de que o freio hipertrófico possa causar diastema ou estar diretamente relacionado com ele, considerando ambos como anormalidades como entidades distintas.

O diastema é um espaço presente na região anterior maior que 0,5 milímetros, o que causa ausência do contato proximal entre os dentes adjacentes da maxila. O diastema mediano é considerado um aspecto de normalidade durante a infância, denominado a “fase do patinho feio” - dentição mista. Com o desenvolvimento da oclusão e erupção dos incisivos laterais superiores, há um fechamento fisiológico espontâneo, na maioria dos casos (ALMEIDA et al, 2004; VIERA, 2014).

A discussão sobre o fechamento fisiológico de diastemas já é realizada há décadas, TAYLOR (1939) afirmou em um estudo que o diastema mediano em maxila mostra-se presente em 97% das crianças durante a erupção dos incisivos centrais superiores permanentes. Com a erupção dos incisivos laterais superiores

permanentes, esta porcentagem diminuiu para 46% a 48% e após a erupção dos caninos superiores permanentes, a prevalência caiu para 7%.

Os autores SANIN; SEKIGUCHI; SAVARA (1969), em um estudo longitudinal, já correlacionavam na época o tamanho do diastema, em milímetros, com a probabilidade de fechamento espontâneo destes e demonstrou que para diastemas de até 1,85mm a possibilidade de autocorreção é de 50%; esta probabilidade de fechamento fisiológico diminuiu quanto maior for o diastema. Porém o mesmo pode permanecer, o que pode necessitar de uma intervenção ortodôntica para sua correção.

A frenectomia poderá ser realizada antes, durante ou depois do tratamento ortodôntico, dependendo da avaliação de cada situação. A remoção cirúrgica do freio labial hipertrófico em associação ao tratamento ortodôntico é muito vantajosa. Observa-se na literatura que o freio labial espesso inibe ou retarda os movimentos ortodônticos, sendo que este deveria ser eliminado durante a movimentação dos dentes, ou antes, desta (VALLADARES; RIBEIRO; SILVA FILHO, 1996; SANTOS et al, 2014). Neste caso clínico apresentado, optou-se pelo procedimento cirúrgico iniciado previamente ao tratamento ortodôntico.

A frenectomia seja feita qualquer método, não sugere evento doloroso ao paciente. Uma vez que é realizada sob anestesia local, sendo efetiva durante o procedimento e não trazendo algias significativas no pós-operatório. O desempenho apropriado leva a não ocorrência de recidiva. (ROSA et al, 2018).

A técnica utilizada no caso clínico apresentado foi a de Archer Modificada, devido a sua maior simplicidade. Conhecida com denominação “pinçamento simples” é realizada utilizando-se uma pinça hemostática em região de bisetriz do freio. (SILVA et al, 2018)

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mediante o caso clínico exposto observou-se que a técnica de Archer modificada é efetiva no tratamento de freios labiais com inserção curta. Com a realização do procedimento cirúrgico, é possível dar continuidade ao tratamento odontológico, a partir do acompanhamento na área da ortodontia, sendo ainda mais essencial na fase adulta, assim reestabelecendo a estética e a função.

## **MODIFIED ARCHER TECHNIQUE APPLIED TO LABIAL FRENECTOMY - CASE REPORT**

### **ABSTRACT**

The lip brake is an anatomical structure present in all people, but at times it can present itself outside normal patterns. A classic example is the presence of a hypertrophic lip brake. Its position outside normal patterns can lead to reduced lip movement, difficult brushing of teeth, as well as causing interference in the phonetics and acceptance of the patient's self-image. Thus, it directly influences in the aesthetics of the patient. The aim of this article is to report the clinical success of the labial frenectomy, based on the presentation of a clinical case of hypertrophic labial brake. The case reports a female patient, 28 years old, melanoderma, who sought for care at the State University of Paraíba in order to solve the diastema problem and later use orthodontic appliance. There was also low insertion in the gingival margin, and a presence of intericisal diastema when traction was produced, the brake produced ischemia in the palatine papilla. Made the anamnesis and the necessary exams requested, the appropriate surgical technique was chosen. The surgical technique used was the Modified Archer technique, also called simple pinching, following the appropriate biosafety and surgical protocol. With the success of the procedure the patient was able to initiate the correct orthodontic treatment.

**Keywords:** Diastema. Lip Brake. Orthodontics

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.R. et al. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v.9, n.3, p. 137-156 maio/jun. 2004.
- BOUTSI, E. A.;TATAKIS, D.N. Maxillary labial frenum attachment in children. **Int J Paediatr Dent**, Estados Unidos, v. 21, n. 4, p. 284-288, jul, 2011.
- CAVALCANTE, J. A. et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso. **Rev Inst Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 290- 294, 2009.
- FONSECA, T. M C. et al. Frenectomia labial associada à ortodontia para fechamento de diastema. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v.29, n.1, p. 93- 98, jan/mar, 2017.
- IZOLANI NETO, O. et al. Frenectomia: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v.18, n.3, p. 21-25, 2014.
- KINA, J. R. et al. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.26, n.1, p. 61-64, jan/jun, 2005.
- LAMENHA, E.G.R. et al. Diastemamediano superior: aspectos etiológicos. **Int J Dent**, Recife, p., v.1, p. 2. 2007.
- MACEDO, M. P. et al. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 332-335, set./dez. 2012.
- MORAIS, J. F. et al. Postretention stability after orthodontic closure of maxillary interincisor diastemas. **J Appl Oral Sci**, v. 22, n. 5, p. 409- 415, set/out, 2014.
- MOURÃO, F.R. et al. Surgical option for removing upper labial frenulum preserving the papila. **Perionews**, São Paulo, v.7, n.4, p.343-347. 2013.
- ROSA, P. M. M. et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. **Braz J Periodontol**, v. 28, n. 01, p. 56-60, 2018.

SANIN, C.; SEKIGUCHI, T.; SAVARA, B.S. A clinical method for the prediction of closure the central diastema. **J. Dent. Child**, Chigado, v.36, n.6, p.415-418, 1969.

SANTOS, P. D. et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial anormal na dentição mista: relato de caso. **BJSCR**, Maringá, v.8, n. 2, p. 41-46, 2014.

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

SOUZA, A V et al. Frenectomia labial maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid.**, São Paulo, v.27, n.1, p. 82-90, jan/abr. 2015.

TAYLOR, J.E. Clinical observations relating to the normal and abnormal frenum labii superioris. **Amer. J. Orthodont.**, Estados Unidos, p.646- 50, 1939.

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

Valladares, N. J; Ribeiro, A.V.; Silva Filho, O.G. O dilema do diastema mediano e freio labial superior: Análise de pontos fundamentais. **ROBRAC**, Goiás, v. 6, p. 19, p. 9-16. 1996.

VIERA, J.I.M.P. Tecnologia Laser em Medicina Dentária – Frenectomia em Foco. Monografia (medicina dentária) Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal, p. 77. 2012.