

**FRENECTOMIA LINGUAL EM PACIENTE ADULTO COM ANQUILOGLOSSIA GRAVE:
RELATO DE CASO**

**LINGUAL FRENECTOMY IN AN ADULT PATIENT WITH SEVERE ANKYGLOSSIA:
CASE REPORT**

**FRENECTOMÍA LINGUAL EN PACIENTE ADULTO CON ANQUILOGLOSIA GRAVE:
CASO CLÍNICO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-390>

Data de submissão: 29/10/2025

Data de publicação: 29/11/2025

Ana Beatriz do Valle Pereira Faria dos Santos

Graduanda em Odontologia

Instituição: Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO)

E-mail: ana.santtos30@hotmail.com

Lindeberg Henrique Rocha

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Instituição: Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO)

E-mail: linden-berg@hotmail.com

Thiago Jonathan Silva dos Santos

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO)

E-mail: thiagojonath@outlook.com

RESUMO

A língua apresenta vascularização e inervação complexas, fundamentais para suas funções motoras e sensoriais, destacando-se a artéria lingual e o nervo lingual, estruturas que exigem atenção durante procedimentos cirúrgicos devido ao risco de injúrias. A anquiloglossia consiste no encurtamento congênito do frênuo lingual, podendo comprometer fala, deglutição e desenvolvimento dentofacial. Alterações fonéticas são frequentes, especialmente na articulação de fonemas dentogengivais, e casos não tratados podem favorecer deglutição atípica e maloclusões. A avaliação clínica pode ser realizada pelo Protocolo Bristol (BTAT), que permite mensurar objetivamente a limitação funcional. O presente estudo apresenta um estudo observacional descritivo do tipo relato de caso de anquiloglossia grave em paciente adulta, ressaltando a importância da avaliação funcional pelo BTAT e a eficácia da frenectomia lingual. A cirurgia foi realizada com antisepsia adequada, anestesia tópica, local e infiltrativa, tração lingual e técnica cirúrgica com incisão, divulsão e sutura com pontos simples. O pós-operatório demonstrou melhora imediata da mobilidade e, após dez dias, cicatrização satisfatória e recuperação funcional, com melhora da fala e da deglutição.

Palavras-chave: Frenectomia. Anquiloglossia. Freio Lingual. Protocolo Bristol. Cirurgia.

ABSTRACT

The tongue has complex vascularization and innervation, which are fundamental to its motor and sensory functions, notably the lingual artery and lingual nerve, structures that require attention during surgical procedures due to the risk of injury. Ankyloglossia consists of congenital shortening of the

lingual frenulum, which can compromise speech, swallowing, and dentofacial development. Phonetic alterations are frequent, especially in the articulation of dentogingival phonemes, and untreated cases can favor atypical swallowing and malocclusions. Clinical evaluation can be performed using the Bristol Protocol (BTAT), which allows objective measurement of functional limitation. This study presents a descriptive observational case report of severe ankyloglossia in an adult patient, emphasizing the importance of functional evaluation using the BTAT and the effectiveness of lingual frenectomy. The surgery was performed with adequate antisepsis, topical, local, and infiltrative anesthesia, tongue traction, and a surgical technique involving incision, divulsion, and simple sutures. The postoperative period showed immediate improvement in mobility and, after ten days, satisfactory healing and functional recovery, with improvement in speech and swallowing.

Keywords: Frenectomy. Ankyloglossia. Tongue Tie. Bristol Protocol. Surgery.

RESUMEN

La lengua presenta una vascularización e inervación complejas, fundamentales para sus funciones motoras y sensoriales, destacando la arteria lingual y el nervio lingual, estructuras que requieren atención durante los procedimientos quirúrgicos debido al riesgo de lesiones. La anquilosis consiste en el acortamiento congénito del frenillo lingual, lo que puede comprometer el habla, la deglución y el desarrollo dentofacial. Las alteraciones fonéticas son frecuentes, especialmente en la articulación de fonemas dentogingivales, y los casos no tratados pueden favorecer la deglución atípica y las maloclusiones. La evaluación clínica puede realizarse mediante el Protocolo Bristol (BTAT), que permite medir objetivamente la limitación funcional. El presente estudio presenta un estudio observacional descriptivo del tipo informe de caso de anquilosis grave en una paciente adulta, destacando la importancia de la evaluación funcional mediante el BTAT y la eficacia de la frenectomía lingual. La cirugía se realizó con antisepsia adecuada, anestesia tópica, local e infiltrativa, tracción lingual y técnica quirúrgica con incisión, divulsión y sutura con puntos simples. El postoperatorio mostró una mejora inmediata de la movilidad y, al cabo de diez días, una cicatrización satisfactoria y una recuperación funcional, con mejora del habla y la deglución.

Palabras clave: Frenectomía. Anquilosis. Frenillo Lingual. Protocolo Bristol. Cirugía.

1 INTRODUÇÃO

A língua apresenta uma vascularização extremamente rica, essencial para a execução de suas funções motoras e sensoriais, a qual é predominantemente suprida pela artéria lingual, a qual se ramifica em três divisões principais: artéria dorsal da língua, responsável pela irrigação da base lingual e estruturas adjacentes, artéria profunda da língua, que vasculariza o corpo e o ápice lingual, e a artéria sublingual, destinada ao suprimento do assoalho bucal, da glândula sublingual e dos tecidos moles próximos (Torres, Carvalho e Souza, 2025). O nervo lingual (NL) é responsável pela sensibilidade do assoalho da boca, gengiva lingual dos dentes inferiores e dos dois terços anteriores da língua. Ele percorre a face lateral da língua, passa inferiormente ao ducto da glândula submandibular e segue entre o músculo pterigóideo medial e o ramo da mandíbula até unir-se ao tronco posterior do nervo mandibular (Rapaport e Brown, 2020 e Leroi, 2020). Danos ao nervo podem resultar em parestesia, caracterizada por dormência, formigamento ou alterações sensoriais, dessa forma, a manipulação cirúrgica e anestésica na região deve ser realizada com técnica criteriosa e conhecimento aprofundado das variações anatômicas para prevenção de injúrias ao nervo (Rabelo, et al., 2016).

O frênuo lingual é um remanescente embrionário do tecido que, durante o período fetal, conecta a parte inferior da língua ao assoalho da boca, posteriormente, ele é parcialmente reabsorvido, permanecendo apenas uma prega vertical de mucosa. A anquiloglossia é a alteração do desenvolvimento da língua, caracterizada pelo encurtamento do freio lingual, resultando na limitação dos movimentos, a qual sua etiologia pode ser genética ou esporádica (Costa-Romero *et. al.*, 2021). A “língua presa” pode ocasionar repercussões estéticas e funcionais relevantes, tais como alterações fonéticas e deglutições, além de potencial contribuição para o desenvolvimento de mordida aberta e diastemas (Neville, 2016).

A produção da fala depende da coordenação entre lábios, dentes, mandíbula, palato e, sobretudo, da mobilidade lingual. A presença de um freio lingual curto pode comprometer a articulação de fonemas dentogengivais, como *d*, *l*, *n*, *r*, *s*, *t* e *z*, devido à limitação de elevação da língua. Estudos demonstram que cerca de 50% dos adolescentes e adultos com anquiloglossia relatam alterações na fala, embora alguns indivíduos desenvolvam compensações funcionais adequadas. A condição é menos comum em adultos, indicando possível melhora espontânea ao longo do crescimento. Entretanto, a restrição lingual pode favorecer deglutição atípica e impactar o desenvolvimento dentofacial, resultando em mordida cruzada posterior e, em alguns casos, prognatismo mandibular. Após o diagnóstico, torna-se essencial definir o momento e o tipo de intervenção. A correção cirúrgica deve ser considerada para prevenir ou minimizar repercussões morfológicas e alterações no posicionamento dentário associadas à anquiloglossia. (Rego, 2017).

A avaliação do frênuo lingual pode ser realizada por meio de diversos métodos. Atualmente, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) recomenda o uso do Protocolo Bristol (BTAT) por fornecer uma medida objetiva e simples de definição da gravidade da anquiloglossia. Os elementos avaliados são:

1. Aparência da ponta da língua;
2. Ponto de fixação do frênuo;
3. Capacidade de elevação da língua;
4. Projeção da língua;

As pontuações atribuídas a cada um dos quatro itens são somadas, resultando em um total que pode variar de 0 a 8 pontos, tendo em vista que a pontuação de 0 e 3 indica uma possível redução mais grave de função (Brzcka, *et. al.*, 2019). Nos adultos, a anquiloglossia grave é relativamente rara, sendo estimada em dois a três casos a cada 10.000 indivíduos. (Neville, 2016).

Tabela 1.

Aspectos avaliados	0	1	2
Aparência da língua quando elevada	Ponta em formato de coração	Leve fenda na ponta aparente – entalhada	Arredondada ou quadrada
Ponto de fixação do frênuo	Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	Fixado na face interna da gengiva (atrás)	Fixado no assoalho da boca (meio)
Capacidade de elevação da língua	Elevação mínima da língua	Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	Elevação completa da língua em direção ao palato duro
Projeção da língua	Nenhuma das anteriores, ou presença de “giba” na língua (hump) – ponta da língua fica atrás da gengiva	Ponta ultrapassa apenas a gengiva inferior	Ponta ultrapassa o lábio inferior

Fonte: Adaptado do Protocolo Bristol (Brzcka et al., 2019).

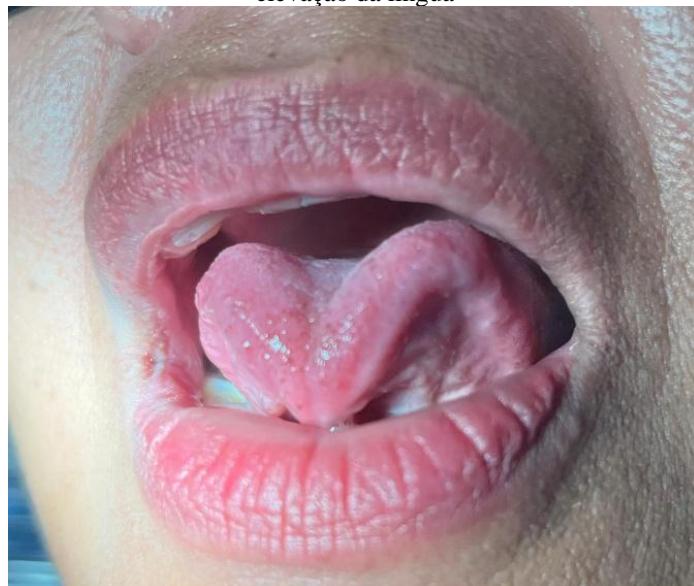
2 CASO CLÍNICO

Paciente R.S.S., do sexo feminino, 47 anos de idade, compareceu a Clínica Odontológica Fametro para realizar um tratamento endodôntico dos Incisivos Centrais Superiores Direito e Esquerdo, previamente diagnosticados por um cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a anamnese, durante a qual a paciente relatou dificuldade na fala e discreta alteração no processo de deglutição. Informou, ainda, estar na lista de espera para realizar a cirurgia de frenectomia lingual há quase 1 ano, sem ter recebido nenhum retorno. Negou uso de medicações, alergias e hábitos nocivos, como etilismo e tabagismo, e não possuir doenças sistêmicas como diabetes e cardiopatias.

Ao exame clínico intraoral, observou-se o freio lingual encurtado, diante disso, aplicou-se o Protocolo Bristol para auxílio de diagnóstico e elaboração do plano de tratamento. Para isso, aplicou-se manobras clínicas na paciente solicitando que a paciente elevasse a língua em direção ao palato duro até o limite máximo possível e, em seguida, realizasse a máxima extensão da língua, essas avaliações resultaram nos seguintes achados:

- A. Aparência da ponta da língua em formato de coração (Figura 1) – score 0;
- B. Fixação do frênuco na parte interna da gengiva, ocasionando diastema entre os incisivos centrais inferiores (Figura 2) – score 1;
- C. Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro (Figura 1) – score 1;
- D. Projeção da ponta da língua ultrapassa apenas a gengiva inferior (Figura 3) – score 1.

Figura 1. Aparência e elevação lingual. Formato de coração, com as bordas voltadas para o palato duro, durante a elevação da língua



Fonte: Autores.

Figura 2. Fixação e projeção. Fixação na parte interna da gengiva. Diastema nos incisivos inferiores resultando da exposição prolongada à força derivada do freio lingual (Arquivo pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

Figura 3. Projeção lingual. Projeção mínima, ponta da língua ultrapassa somente a gengiva inferior (Arquivo pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

A paciente apresentou pontuação total igual à 3, score correspondente ao quadro de anquiloglossia grave, com significativa redução da função lingual, dessa forma, estabeleceu-se que a conduta terapêutica mais indicada seria a realização da cirurgia de frenectomia lingual.

O procedimento iniciou com a aferição da pressão arterial da paciente, a qual estava dentro dos padrões de normalidade (110/70mmHg). Com Digliconato de Clorexidina Degermante a 2%, realizou-se a antisepsia das unhas, mãos, antebraços até o cotovelo do operador, paramentação com Equipamentos de Proteção Individual (EPI) estéreis, incluindo capote cirúrgico e luvas cirúrgicas estéreis. Na sequência, efetuou-se a montagem da mesa cirúrgica odontológica, contendo os principais instrumentais necessários para o procedimento:

1. Cabo de bisturi nº 3;
2. Lâmina de bisturi nº 15C;
3. Anestésico tópico benzocaína;
4. Duas cubetas: uma contendo soro fisiológico 0,9% estéril, outra contendo tubetes de vidro de anestésico articaína 4% com epinefrina 1:100.000 e agulha gengival curta, com Gliconato de Clorexidina Degermante 2%;
5. Seringa carpule com refluxo;
6. Afastador de minnesota;
7. Pinça anatômica de dissecção;
8. Pinça Pean Murphy;
9. Três Pinças Backhaus;
10. Tesoura Metzembbaum;
11. Pinça Hemostática Halstead Mosquito curva;
12. Pinça porta-agulha Mayo-Hegar;
13. Tesoura Spencer 12cm;
14. Gaze estéril;
15. Seringa descartável de 15ml;
16. Sugador cirúrgico estéril;
17. Adaptador para sugador;
18. Fio dental;
19. Abridor de boca;
20. Dois fios de sutura Seda 4-0.

Após a organização da mesa, procedeu-se à paramentação da paciente com campo cirúrgico estéril, fixado mediante uso das pinças Backhaus. Em seguida, foi realizada a antisepsia extraoral, por meio de esfregaço em toda a região peribucal, incluindo áreas submandibular e nasal, utilizando gaze embebida em Digliconato de Clorexidina Degermante 2%, com movimentos do centro para a periferia. Além disso, a antisepsia intraoral foi efetuada com bochecho de Digliconato de Clorexidina 0,12% durante 60 segundos.

Procedeu-se à secagem do assoalho bucal, da região inferior e do ápice da língua mediante o uso de gaze estéril associada a jato de ar. Na sequência, realizou-se a aplicação da anestesia tópica por meio de esfregaço com gaze e bencocaína, e administrou-se a anestesia local na região do ápice lingual. Após essa etapa, posicionou-se um fio de sutura em seda 4-0, destinado à tração controlada da língua,

com o auxílio do abridor de boca, medida que teve como propósito aprimorar a visualização do campo operatório e assegurar maior estabilidade da estrutura durante o ato cirúrgico. Adicionalmente, realizou-se a anestesia infiltrativa bilateral no assoalho bucal e ao longo da extensão do freio lingual, considerando-se que a infiltração diretamente sobre o tecido frenular não é recomendada.

Previamente à diérese, foi realizada a preensão da membrana por meio da pinça hemostática Halstead Mosquito curva, orientada ao longo eixo anatômico e posicionada discretamente superior à carúncula submandibular. A incisão fez-se com a lâmina de bisturi nº 15C, aplicada verticalmente nas porções superior e inferior do frênuco e perpendicularmente em sua porção medial, e procedeu-se à divulsão cuidadosa das fibras através da tesoura Metzembbaum.

Figura 4. Diésere. Frênuco lingual após incisão e divulsão das fibras (Arquivo Pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

Hemostasia foi realizada por meio da aplicação de soro fisiológico 0,9% estéril, associada à compressão leve com gaze. Para a etapa de síntese, empregou-se fio de seda 4-0, confeccionando-se suturas em pontos simples, totalizando oito pontos distribuídos ao longo da extensão lingual. Quanto ao manejo farmacológico, foram prescritos Dipirona Monoidratada 500 mg, como analgésico para controle da dor, e Ibuprofeno 600 mg, com finalidade anti-inflamatória, visando à redução da dor, prevenção de processos inflamatórios e controle de edema. A paciente recebeu orientações pós-operatórias, incluindo a manutenção de dieta líquida e/ou pastosa em temperatura amena nos primeiros dias, realização de compressas frias extraorais, além da recomendação de evitar esforços físicos e a prática de cuspir, de modo a favorecer a cicatrização adequada.

Figura 5. Síntese. Sutura com pontos simples em toda extensão da língua (Arquivo Pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

Figura 6. Pós-operatório imediato. Elevação da língua imediatamente após a cirurgia (Arquivo Pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

No pós-operatório imediato, a paciente apresentou melhora visível na mobilidade lingual, com elevação superior à observada no exame pré-operatório. Após 10 dias, verificou-se adequada cicatrização do sítio cirúrgico, sem presença de edema, infecção ou deiscência. Observou-se também elevação lingual significativamente ampliada em comparação ao exame inicial. A paciente relatou melhora perceptível na fala e maior eficiência no processo de deglutição, indicando evolução funcional favorável após a intervenção.

Figura 7. Pós-Operatório. Elevação da língua 10 dias após a cirurgia (Arquivo Pessoal, 2025).



Fonte: Autores.

3 RESULTADOS

A frenectomia lingual foi executada pela técnica convencional, sem registro de intercorrências intraoperatórias. A diérese e a divulsão das fibras frenulares foram realizadas conforme planejamento, permitindo adequada exposição e liberação do tecido fibroso. A hemostasia mostrou-se eficaz mediante compressão com solução estéril, e a síntese em pontos simples apresentou estabilidade satisfatória.

No pós-operatório imediato, observou-se incremento funcional significativo, evidenciado por aumento da amplitude de elevação lingual e melhora do movimento anteroposterior, compatíveis com a remoção efetiva da restrição mecânica. Após 10 dias, constatou-se cicatrização primária adequada, sem sinais de inflamação exacerbada, infecção, hematoma ou deiscência. A mobilidade lingual apresentava-se substancialmente superior ao período pré-operatório, com elevação plena e projeção mais eficiente. Funcionalmente, a paciente relatou melhora perceptível na articulação de fonemas e otimização do padrão de deglutição, sem registro de efeitos adversos.

4 DISCUSSÃO

A anquiloglossia em adultos é considerada uma condição relativamente incomum, com prevalência estimada de dois a três casos para cada 10.000 indivíduos, conforme descrito por Neville (2016). No presente relato, observou-se um caso de anquiloglossia grave diagnosticada pelo Protocolo Bristol (BTAT), atualmente recomendado pela Fiocruz por oferecer uma avaliação objetiva e padronizada da função lingual. A pontuação total de 3 reforça a severidade do quadro e a necessidade de intervenção cirúrgica.

Os achados deste caso corroboram estudos que demonstram que o freio lingual curto pode comprometer funções essenciais, como fala, mastigação e deglutição (Costa-Romero et al., 2021;

Rego, 2017). A paciente relatava dificuldade fonética e discreta alteração na deglutição, alinhando-se ao que descreve a literatura sobre a limitação na articulação de fonemas dentogengivais, como l, r, t, d, s e n. Além disso, observou-se diastema entre os incisivos inferiores, alteração frequentemente relacionada à tensão mecânica crônica exercida pelo frênuco encurtado, conforme relatado por Brzecka et al. (2019).

A técnica cirúrgica empregada seguiu o método convencional amplamente descrito na literatura, envolvendo antisepsia rigorosa, anestesia tópica e infiltrativa, incisão precisa, divulsão cuidadosa das fibras e sutura simples (Marinho & Silva, 2022; Recchioni et al., 2021). A melhora imediata da mobilidade lingual no pós-operatório imediato está em consonância com estudos que demonstram benefícios funcionais quase imediatos decorrentes da liberação mecânica do frênuco (Torres et al., 2025). Após dez dias, a paciente apresentava cicatrização satisfatória, sem edema ou sinais de infecção, reforçando a segurança e a previsibilidade da técnica quando executada com atenção à anatomia local.

Outro aspecto relevante foi o impacto positivo percebido pela paciente na fala e na deglutição após o procedimento. Tais achados dialogam com a literatura, que demonstra que adultos podem apresentar avanços significativos na fonética mesmo após anos de compensação muscular (Rego, 2017; Silva, 2024). A ausência de complicações cirúrgicas também evidencia a importância da correta identificação de estruturas anatômicas, em especial do nervo lingual, cuja lesão pode resultar em parestesia (Rabelo et al., 2016).

Do ponto de vista social, o caso evidencia uma problemática importante: a paciente aguardava há quase um ano pela realização da frenectomia na rede pública, sem retorno. Esse cenário destaca a necessidade de protocolos de triagem e encaminhamento mais eficientes, considerando que a anquiloglossia pode comprometer significativamente a qualidade de vida quando não tratada de forma oportuna.

Como limitação deste relato, destaca-se tratar-se de um relato isolado, sem acompanhamento a longo prazo e sem avaliação integrada com fonoaudiologia — abordagem amplamente recomendada para potencializar os resultados funcionais. Ainda assim, o desfecho positivo reforça a eficácia da frenectomia lingual convencional em adultos com anquiloglossia grave, especialmente quando associada a diagnóstico preciso e execução técnica criteriosa.

5 CONCLUSÃO

Com isso, conclui-se que a anquiloglossia, quando não diagnosticada e tratada de forma adequada, pode comprometer de maneira significativa as funções orais, especialmente fala e

deglutição. A aplicação do Protocolo Bristol (BTAT) demonstrou-se um método objetivo e eficaz para a identificação da gravidade da restrição lingual, auxiliando no estabelecimento da conduta terapêutica. A frenectomia lingual, realizada com técnica criteriosa e observância das particularidades anatômicas da região, mostrou-se um procedimento seguro e efetivo, resultando em melhora imediata da mobilidade da língua e evolução pós-operatória satisfatória. Os achados deste relato evidenciam a importância do diagnóstico preciso, do planejamento individualizado e da intervenção cirúrgica adequada para o restabelecimento da função lingual e melhora da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, A. C. S.; LOPES, M. A. M.; ROCHA, L. H. Anquiloglossia: métodos e ferramentas de diagnósticos – revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 01-18, maio/jun. 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n3-096.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Nota Técnica nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*: orientação sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos e fluxo de atendimento no SUS. Brasília, DF, 25 maio 2021. Disponível em:
https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601_N_NT11AVALIACAOFRENULOLINGUALRN_772086272972157347.pdf. Acesso em: 21 nov. 2025.
3. BRZĘCKA, D. et al. Diagnosis, classification and management of ankyloglossia including its influence on breastfeeding. *Developmental Period Medicine*, v. XXIII, n. 1, p. 79-87, 2019. DOI: 10.34763/devperiodmed.20192301.7985.
4. COSTA-ROMERO, M. et al. Ankyloglossia in breastfeeding infants: An update. *Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 119, n. 6, p. e600-e609, 2021.
5. GUIMARÃES, L. A. et al. Acidentes e complicações em cirurgia oral menor. *Revista Eletrônica Acervo Odontológico*, 2023.
6. LEITE, C. L. A. N. et al. Indicações da cirurgia de frenectomia lingual: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2022.
7. LEROI, S. C. M. Artérias sublinguais e submentais: estudo anatómico, riscos e precauções em implantologia e cirurgia oral. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Instituto Universitário Egas Moniz, 2020.
8. MARINHO, G. M.; SILVA, K. A. S. Frenectomia lingual em adultos pela técnica convencional: relato de 2 casos clínicos. 2022. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, 2022.
9. NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
10. OLIVEIRA, D. A. M.; SANCHES, I. P. R.; ANTONIO, R. C. Frenectomia lingual: relato de caso. *Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas*, v. 3, n. 5, p. 1-8, jan./jun. 2019. DOI: 10.24980/ucsb.v3i5.3414.
11. RABELO, Z. H. et al. Relação entre a anatomia do nervo alveolar inferior e lingual com a parestesia pela técnica anestésica: revisão de literatura. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, v. 3, n. 1, 2016.
12. RAPAPORT, B. H. J.; BROWN, J. S. Systematic review of lingual nerve retraction during surgical mandibular third molar extractions. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 58, n. 7, p. 748–752, 2020.
13. RECCHIONI, C. et al. Tratamento cirúrgico de frenectomia lingual: relato de caso. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 6, e1110614615, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.14615.
14. RECCHIONI, Christian. *Prática em cirurgia bucomaxilofacial*. Vol. II. 1. ed. São Paulo: Nativa, 2018. ISBN 9788563315069.

15. REGO, A. S. T. Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica. 2017. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade do Porto, 2017.
16. RIBEIRO, F. P. et al. Frenectomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas, [s.d.].
17. SILVA, D. F. Anquiloglossia: implicações anatómicas e funcionais na cavidade oral. 2024. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa, 2024.
18. SILVA, P. I. et al. Frenectomia lingual em bebê: relato de caso. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 7, n. 3, p. 104-108, jul./set. 2010.
19. TORRES, C. A. et al. Frenectomia lingual como abordagem terapêutica para anquiloglossia em adultos: relato de caso e revisão integrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 8, p. 1113-1140, 23 ago. 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n8p1113-1140.