

papo

Periódico da Associação Paulista de Odontopediatria



TESTE DA LINGUINHA

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS”

Palavra do

Vice-Presidente da APO



A Odontopediatria em Destaque

Caríssimos colegas,

É com muita satisfação que, mais uma vez, estamos com vocês não somente para agradecer a importante o apoio, participação e o envolvimento de todos em nossas atividades científicas, mas sobretudo comunicar-lhes que nunca se produziu tanto em ciência na Odontopediatria como agora.

Os pesquisadores brasileiros de nossas Universidades renovaram o cenário científico, deixando a Odontopediatria em destaque Mundial na produção científica, haja vista o Sucesso do 26º Congresso Brasileiro de Odontopediatria acontecido no mês de junho passado, em Gramado – RS, que aproveitamos para parabenizar a Comissão Organizadora do Evento em nome dos seus Presidentes respectivamente, da Associação Brasileira de Odontopediatria – Prof. Dr. José Carlos Imparato e da Associação Gaúcha de Odontopediatria – AGOPED – Prof. Dr. Paulo Kramer, pela Excelência do Evento e pelo Encontro entre amigos, onde a APO esteve representada com seus pesquisadores e ministrantes e maciçamente com seus associados.

No primeiro semestre de 2017 também realizamos o nosso Encontro falando de “Terapêuticas endodônticas em dentes decíduos e sua reabilitação” com as Prof.ªs Anna Carolina Volpi Mello-Moura e Marcia Turolla Wanderley, onde obtivemos lotação esgotada, fato que demonstra o grande interesse do odontopediatra em se atualizar para aperfeiçoar seu atendimento clínico e oferecer o melhor ao seu paciente infantil.

No próximo semestre, no dia 23 de setembro de 2017 já confirmado, convidamos a todos para o nosso Encontro para falar-lhes sobre “Prevenção da cárie na primeira infância - Abordagem baseada em evidências científicas e clínicas” com os Prof.ªs Dr.ªs Jaime Cury e Carlos Alberto Feldens. Aguardem as informações, mas contamos com a presença sempre tão importante de todos vocês.

Finalizando, acontecerá no próximo ano, mais precisamente de 07 a 09 de junho de 2018, o 8º Congresso de Odontopediatria APCD-APO.

A APO sempre trabalhando para os seus associados e para uma Odontopediatria de Excelência.

Helenice Biancalana
A Diretoria – gestão 2015 – 2017



Aos

Associados

Nessa edição, buscamos assuntos bastante em voga na área de Odontopediatria, como obrigatoriedade do teste de linguinha e as dificuldades no diagnóstico e tratamento da HMI, para que nosso associado mantenha-se sempre atualizado.

Estamos trazendo um resumo da palestra de Terapêuticas pulpares ministrada em abril pela Prof.ª Anna Carolina Volpi Mello-Moura, caso você não tenha participado desse evento promovido pela APO do 1º semestre 2017.

Trazemos em primeira mão, a lei promulgada pelo presidente Temer, em abril de 2017, estabelecendo agosto como mês do Aleitamento Materno, que nos foi encaminhada por nossa vice-presidente Sylvia Lavinia Ferreira, batalhadora há anos nesse tema.

Programem-se para nossa atividade do 2º semestre em setembro, gratuita para os associados e para nosso próximo congresso de Odontopediatria em 2018.

Boa leitura!

Até a próxima edição.

Pro.ª. Dr.ª. Sucena Matuk Long - Diretora do PAPO

Associe-se já !!!

Informações pelos telefones:

(11) 2954-3413

Mande sua mensagem ou dúvida:
apo.odontopediatria@gmail.com



Siga nosso facebook

<https://m.facebook.com/associacaopaulistadeodontopediatria>

DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ODONTOPEDIATRIA 2015 - 2017

PRESIDENTE:

Helenice Biancalana

VICE-PRESIDENTE:

Sylvia Lavinia Martini Ferreira

TESOURARIA:

Silvia Chedid Corrales e Sucena Matuk Long

SECRETARIA:

Elaine Marcílio Santos e Elza Padilha Ferri

COORDENADORA E ACESSORA CIENTÍFICA:

Sandra Kalil Bussadori

CONSELHO FISCAL:

Denise Klatchoian, Julio César Bassi,
Antonio Lucindo Bengston,
Glenda Nahás Bergamasco Dreuzzo e
Katia Esquivel.

COORDENADORA DO PERIÓDICO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ODONTOPEDIATRIA | PAPO:

Sucena Matuk Long

Contato: e-mail: apo.odontopediatria@gmail.com

As pessoas que não constarem no expediente não têm autorização para falar em nome da APO (Associação Paulista de Odontopediatria) ou para retirar qualquer tipo de material se não estiver em seu poder uma carta em papel timbrado assinada pela diretoria. Os trabalhos assinados são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Foto da capa: Shutterstock - Copyright (direitos autorais): Dmitry Shironosov

Responsáveis pelo periódico

Prof.ª. Dr.ª. Sylvia Lavinia M. Ferreira

Prof.ª. Dr.ª. Sucena Matuk Long

Criação e Diagramação

Element Publicidade Ltda.

Tel.: (11) 3871.2221

criacao@elementpublicidadeltda.com.br

TELEFONE PARA MAIORES INFORMAÇÕES

(11) 2954-3413

TERAPÊUTICAS PULPARES EM DENTES DECÍDUOS

Profª. Dra Anna Carolina Volpi Mello-Moura (Especialista em Odontopediatria FUNDECTO-USP, Mestre e Doutora em Odontopediatria FOU SP, Profª. de Odontopediatria da FMU, Profª. Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria da UNIP e Profª. do Mestrado em Bioodontologia da UNIB.)

No dia 01 de abril de 2017, a APO organizou um evento para discutir sobre Terapêutica pulpar em dentes decíduos e a sua reabilitação. A Profa Anna Carolina ministrou a parte relacionada ao tratamento endodôntico em dentes decíduos discutindo alguns pontos descritos abaixo.

A necessidade de tratamento endodôntico em dentes decíduos é frequente quando ocorre a presença de lesões de cárie profundas e traumatismo dental. Mas o que motiva estudar e realizar tratamentos mais complexos em crianças? Os estudos que mostram que a doença cárie interfere negativamente na qualidade de vida das crianças com certeza nos fazem ter um dado importante para ensinar, pesquisar e clinicar com condutas cada vez mais baseadas em evidência científica.

Existem diferentes tipos de tratamentos pulpares. As indicações, objetivos e tipos dependem do estabelecimento do grau de saúde da polpa, estágio de inflamação ou necrose em que se encontra. A terapia pulpar em dentes decíduos pode ser dividida em dois grupos, de acordo com as condições do tecido pulpar: conservadora, nos casos de polpa viva (hiperemia pulpar e pulpite aguda reversível), e radical (pulpite aguda irreversível e necrose pulpar), quando o tecido pulpar já se encontra necrosado ou em estado de degeneração avançado. Dentre as terapias pulpares conservadoras estão: capeamento pulpar indireto, capeamento pulpar direto e a pulpotomia. A terapia pulpar radical compreende o tratamento endodôntico, denominado de pulpectomia e penetração desinfetante.

Antes de apresentar as melhores evidências científicas disponíveis a respeito dos métodos de tratamento endodôntico dos canais radiculares de dentes decíduos, é importante compreender dois pontos chave que norteiam atualmente os estudos nesse tema: anatomia interna e infecção endodôntica.

Em relação à anatomia interna, estudos de tomografia e microtomografia trouxeram dados importantes para se entender melhor o sistema de canais dos dentes decíduos e não mais utilizar algumas características anatômicas para justificar técnicas que não consigam acessar e limpar os canais radiculares, especialmente de molares decíduos. Além disso, a respeito da infecção endodôntica presente no sistema de canais dos dentes com necrose pulpar e lesão periapical, é importante conhecer que existe uma microbiota polimicrobiana, restos de tecido pulpar inflamado / necrótico e smear layer, que deveriam ser removidas durante o preparo químico-mecânico. Entender esses pontos é fundamental para assimilar alguns conceitos importantes e propor estudos clínicos bem delineados que avaliem técnicas de preparo químico-mecânico, que levem em consideração a anatomia do canal radicular e a possível infecção presente.

Quando é necessário se fazer o tratamento endodôntico em dentes decíduos, cada passo técnico deve ser feito de forma criteriosa. Deve-se também ressaltar que esse tipo de tratamento é feito sob isolamento absoluto e anestesia local. Além disso, a organização criteriosa do material clínico sobre a bancada de trabalho é extremamente importante. O tratamento endodôntico em dentes decíduos é um procedimento demorado, e se tratando de crianças, precisamos diminuir o tempo de consulta.

No que se refere à parte técnica, a determinação do comprimento de trabalho radicular, Odontometria feita convencionalmente, com a radiografia periapical de diagnóstico, vem perdendo espaço para o uso de localizador apical eletrônico, uma alternativa extremamente válida para se obter o comprimento radicular de trabalho em dentes decíduos com maior precisão, rapidez e confiança. Esse método possui grande popularidade no tratamento de dentes permanentes, já com evidências científicas também em dentes decíduos, mostrando resultados superiores quando comparados aos métodos convencionais.

A cirurgia de acesso endodôntico deve ser realizada com pontas esféricas diamantadas compatíveis com o tamanho do dente, já a forma de contorno deverá ser realizada com broca troncocônica sem corte na ponta. Em seguida, é feita a limpeza da câmara pulpar com cureta de dentina e posterior irrigação com a solução de escolha. A irrigação e aspiração deve ser realizada com um sistema eficiente, por exemplo, um sistema efetivo para aspiração é o “White Mac e Capillary Tips” (Ultradent products Inc.) e para irrigação é o “NaviTips 30 G White ou Yellow, e a agulha Endo Eze Tips” (Ultradent products Inc.).

A entrada do canal radicular sempre possui um orifício pequeno e deve ser preparada antes da instrumentação, eliminando possíveis interferências que possam dificultar a instrumentação. Pode-se utilizar brocas de Gattes 1 e 2 (FKG), CPDrill (Helse) ou pontas endodônticas ultrassônicas finas e com pontas diamantadas. Outra opção para alargar a entrada do canal como o uso de alargadores preparados manualmente, usando limas de #70 ou #80 com 25 mm de comprimento (tira-se 5 mm da parte ativa da lima e afia-se a ponta com disco de carborundum. Esse passo da técnica endodôntica é de extrema importância, principalmente se selecionarmos para o preparo cirúrgico do canal um sistema de instrumentação manual com limas K. Como esses instrumentos tem conicidade fixa e tamanho de ponta muito variado, dificulta a modelagem do canal. Usando algum método de preparo da entrada do canal, pensando no aumento da conicidade na região cervical e média (para melhor acesso ao canal radicular e escoamento das pastas obturadoras) minimizamos as desvantagens do preparo com limas manuais tipo K. Posteriormente, a exploração do canal com limas finas também está indicada.

Atualmente podemos lançar mão da instrumentação associadas ao uso do hipoclorito de sódio a 1% ou ao uso de digluconato de clorexidina a 2% em gel como irrigantes. É importante destacar que o hipoclorito de sódio a 1% tem sido utilizado de maneira mais ampla até hoje, apresentando maior número de estudos na literatura referentes ao seu uso, no entanto ele ainda apresenta um potencial citotóxico e genotóxico maior em comparação ao digluconato de clorexidina 2%, e não é totalmente eficaz na remoção do smear layer. Entretanto, ainda utiliza-se as substâncias irrigadoras da seguinte forma: a instrumentação com Endo PTC nas limas + irrigação com



TERAPÊUTICAS PULPARES EM DENTES DECÍDUOS

hipoclorito de sódio a 1% entre as instrumentações + EDTA 17% como irrigante final.

Em relação à técnica de instrumentação, a mesma pode ser manual ou mecânica, ambas com o objetivo de debridar e modelar o canal, propiciando conicidade na região cervical e média, e um preparo mais cuidadoso no bisel da rizólise, além de retirar possíveis restos de material orgânico presente nos condutos. Alguns sistemas mecânicos podem apresentar desenhos de instrumentos que se adequam melhor à anatomia interna dos dentes decíduos, além de diminuir a fadiga do operador. Para exemplificar, existe um sistema (contra-ângulo Arios-Ultradent Products) que utiliza a mecânica oscilatória e um sistema de limas chamadas de pediátricas (Tilos Pedo Pack-Ultradent Products), que combinam instrumentos de Niti e aço inoxidável, todos de ponta fina (ideais para áreas de achatamento do canal e que preparam pouco o bisel) e conicidade bastante variada (para aumentar a região cervical e média). Esses tipos de instrumentos potencializados pela oscilação tem reproduzido um preparo de canal interessante para o dente decíduo.

A Pasta Guedes-Pinto ainda é muito utilizada no Brasil. Entretanto, um dos componentes da pasta, o Rifocort, não se encontra disponível do mercado atualmente. Sendo assim, a única solução imediata para se continuar usando a pasta, seria manipular o Rifocort em farmácias de manipulação. Orienta-se que para cada 1 grama da pomada Carbowax, tenha 5 mg de acetato de prednisolona, 1,5 mg de rifamicina SV sódica.

Existem outros tipos de pastas iodoformadas com a Vitapex ((Neo Dental Chemical Products Co., Tokyo, Japan), que tem expressão científica e também poderia ser utilizada como material de preenchimento endodôntico em dentes decíduos (AAPD, 2008). A Vitapex® é composta por 40,4% de iodofórmio, 30% de Ca(OH)₂, 22,4% de óleo de silicone e 6,9% de substâncias inertes. O material é comercializado em seringa com dois gramas do produto e tem sido recomendado como o material de preenchimento radicular em dentes decíduos mais próximo do ideal. O potencial citotóxico e antimicrobiano tem sido baixo. Trabalhos clínicos, nos quais os dentes decíduos com necrose pulpar foram tratados com a Vitapex®, mostraram elevados índices de sucesso e melhores resultados comparados ao tratamento com OZE.

O tratamento endodôntico de dentes decíduos tem passado por aumento de evidências científicas produzidas no assunto e nota-se que a Odontopediatria está passando a adotar e entender esses conceitos da endodontia mais modernos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAPD - American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pulp therapy for primary and young permanent teeth. *Pediatr Dent* 2016; 38(6):280-288.
2. Mello-Moura ACV, Moura-Netto C, Moura AAM, Guedes-Pinto AC, Mendes FM. Tratamento endodôntico em dentes decíduos: onde estávamos? e para onde vamos? In: *Imparato JCP. Anuário Odontopediatria Clínica: integrada e atual*. 1 ed. São Paulo: Napoleão; 2013. p.155-167.
3. Fumes AC, Sousa-Neto MD, Leoni GB, Versiani MA, da Silva LA, da Silva RA, Consolaro A. Root canal morphology of primary molars: a micro-computed tomography study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014 Oct;15(5):317-26
4. Ahmed HM. Anatomical challenges, electronic working length determination and current developments in root canal preparation of primary molar teeth. *Int Endod J* 2013 Nov;46(11):1011-22.
5. Mello-Moura ACV. Performance de diferentes métodos de instrumentação radicular em dentes decíduos naturais e artificiais avaliados pela tomografia computadorizada por feixe cônico [Tese]. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: São Paulo; 2011.
6. Mello-Moura ACV, Moura-Netto C, Araki AT, Guedes-Pinto ACV, Mendes FM. Ex vivo performance of five methods for root canal length determination in primary anterior teeth. *Int Endod J* 2010; 43(2): 143-147.
7. Ahmad IA, Pani SC. Accuracy of electronic apex locators in primary teeth: a meta-analysis. *Int Endod J*. 2015 Mar;48(3):298-307
8. Barcelos R, Tannure PN, Gleiser R, Luiz RR, Primo LG. The influence of smear layer removal on primary tooth pulpectomy outcome: a 24-month, double-blind, randomized, and controlled clinical trial evaluation. *Int J Paediatr Dent*. 2012 Sep;22(5):369-381.
9. Moura-Netto C, Palo RM, Pinto LF, Mello-Moura AC, Daltoé G, Wilhelmsen NS. CT study of the performance of reciprocating and oscillatory motions in flattened root canal areas. *Braz Oral Res*. 2015;29:1-6.
10. Barja-Fidalgo F, Moutinho-Ribeiro M, Oliveira MA, de Oliveira BH. A systematic review of root canal filling materials for deciduous teeth: is there an alternative for zinc oxide-eugenol? *ISRN Dent*. 2011;2011:367318.
11. Barcelos R, Santos MP, Primo LG, Luiz RR, Maia LC. ZOE paste pulpectomies outcome in primary teeth: a systematic review. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;35(3):241-8.
12. Cerqueira DF, Mello-Moura AC, Santos EM, Guedes-Pinto AC. Cytotoxicity, histopathological, microbiological and clinical aspects of an endodontic iodoform-based paste used in pediatric dentistry: a review. *J Clin Pediatr Dent* 2008; 32(2): 105-110.



8º Congresso de ODONTOPEDIATRIA



www.apcd.org.br/odontopediatria

Realização:



Apoio:



INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

0800 12 85 55

secretaria.decofe@apcdcentral.com.br

LOCAL: TEATRO APCD

Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
Rua Voluntários da Pátria, 547 - Santana
02011-000 - São Paulo - SP

Linha de cuidado oral da MAM:

para um início perfeito, porque bons hábitos se formam desde cedo.



mambaby.com

0+
meses

Oral Care Rabbit

2+
meses

Mini Cooler

6+
meses

Training Brush



Todos os produtos MAM são feitos de matérias livres de BPA.



“PROTÓCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS” (TESTE DA LINGUINHA)

<http://abodontopediatria.org.br/site/?p=785>

NOTA DE ESCLARECIMENTO: Posição da Associação Brasileira de Odontopediatria com relação à Lei Federal 13002/14 que instituiu a obrigatoriedade de aplicação nos hospitais e maternidades brasileiros do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” (Teste da Linguinha)

A lei federal 13002/14, sancionada e publicada no Diário Oficial da União em 23 de junho de 2014, instituiu a obrigatoriedade de aplicação do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” (Teste da Linguinha – TL) em todas as crianças nascidas em hospitais e maternidades brasileiros. Segundo o autor da lei, “com a aplicação desse protocolo é possível identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sugar, mastigar, engolir e falar” e essa aplicação deve ser realizada preferencialmente antes do primeiro mês de vida para evitar “dificuldades na amamentação, possível perda de peso e, principalmente, o desmame precoce” (Agostini, 2014)., Considerando que programas de triagem devem obedecer a alguns princípios básicos (Wilson & Jungner, 1968; Andermann et al, 2008) que incluem: a condição triada deve ser um problema importante de saúde, deve haver um teste ou exame adequado, o tratamento para a condição detectada deve estar disponível, deve haver evidência científica sobre a eficácia do rastreamento e os benefícios gerais da triagem devem superar os danos; a Associação Brasileira de Odontopediatria manifesta-se contrária à incorporação do TL ao rol de exames obrigatórios na triagem neonatal e destaca:

·Prevalência baixa da condição a ser diagnosticada pelo protocolo: A anquiloglossia, ou seja, a alteração congênita do freio lingual que interfere com a mobilidade da língua, tem prevalência variando de 0,02 a 10,7%, sendo mais aceito que esteja entre 2 e 5% (Segal et al., 2007; Power & Murphy, 2015). A maior parte dessa variação é devido à inconsistência nos métodos para o diagnóstico, uma vez que não existem critérios universalmente aceitos para a identificação da condição (Francis et al., 2015).

·Incerteza sobre os efeitos da anquiloglossia na amamentação: Existe a hipótese de que a anquiloglossia interfere com a pega do mamilo materno pelo bebê e leve, portanto, à dificuldade de amamentar (Francis et al, 2015). Entretanto, a maioria das crianças diagnosticadas com anquiloglossia são assintomáticas e não apresentam dificuldades de amamentação (Power & Murphy, 2015; Rowan-Legg, 2015). Além disso, existe grande incerteza a respeito dos benefícios da correção cirúrgica da anquiloglossia com relação a desfechos clinicamente relevantes como: prevenção da interrupção precoce da amamentação, aumento da duração da amamentação e crescimento e ganho de peso da criança (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016)

·Falta de validação adequada do método de triagem proposto: O teste mencionado na lei foi criado baseado numa casuística extremamente reduzida e específica (Martinelli et al., 2012), e houve uma proposta de validação subsequente (Martinelli, 2015), apenas após a sanção da lei. A validade de critério foi avaliada comparando-se os resultados a um outro instrumento utilizado como padrão de referência, o Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT), o qual ainda não pode ser considerado padrão-ouro para o diagnóstico de anquiloglossia que possa interferir com a amamentação por não ter cumprido todas as etapas do processo de validação. Além disso, ao estudar a correlação entre as pontuações obtidas com os dois instrumentos, não se considerou todos os itens que os compõem mas apenas aqueles que avaliam aspectos semelhantes (3 itens do total de 4 e 11 que integram o BTAT e o TL, respectivamente). Outro motivo de preocupação é o fato do padrão de referência ter sido aplicado por um dos examinadores que realizou o método teste, inclusive adotando os critérios indicados para o TL nos exames quando não havia instrução específica para aplicação de algum item do BTAT. Apesar de se ter mantido o intervalo de 30 dias entre as aplicações dos dois instrumentos, não há menção sobre cegamento das análises. É esperado que quando um método é comparado a um padrão de referência que avalia aspectos semelhantes, a acurácia seja superestimada (Haynes et al., 2006). No caso do presente instrumento de avaliação, pelas características do método, é mais provável que o teste tenha uma alta sensibilidade, mas uma baixa especificidade, o que levaria a uma ocorrência elevada de diagnósticos falso positivos. Além desse aspecto, o mais adequado teria sido avaliar a validade de constructo, através de um estudo longitudinal prospectivo, utilizando desfechos clinicamente relevantes como manutenção da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida e ganho de peso adequado nas primeiras semanas de vida. Nenhum desses desfechos foi contemplado em nenhum momento antes ou mesmo depois da sanção da lei. Adicionalmente, a cartilha contendo instruções para a aplicação a lei (Agostini, 2014) orienta que, na triagem neonatal, não se deve aplicar o instrumento completo, mas apenas a seção do teste que compreende a avaliação anatomofuncional do freio lingual composta por 7 itens. Em um estudo em que se avaliou a confiabilidade e a validade de constructo dessa versão abreviada do TL encontrou-se uma consistência interna muito baixa (Coeficiente Alfa de Cronbach=0,28). Além disso, não se observou associação estatisticamente significativa entre a pontuação do TL e a frequência de dificuldade para amamentar na maternidade e nem entre a pontuação do TL e a frequência de dor ao amamentar e a experiência de rachaduras no seio materno no primeiro mês após a alta hospitalar (Simão et al. 2016).

·Incerteza sobre os benefícios do programa obrigatório de rastreamento para anquiloglossia: Sobrediagnóstico é definido como o diagnóstico de uma doença ou de uma alteração que nunca provocará nenhum tipo de problema ao indivíduo. Devido ao fato de que a maioria dos bebês com anquiloglossia são assintomáticos e não apresentam nenhuma alteração de função, especialmente alterações relacionadas à amamentação nessa faixa etária, a aplicação do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” a recém-nascidos é um convite ao sobrediagnóstico. A ausência de estudos clínico randomizados bem conduzidos com a avaliação de desfechos clinicamente importantes não permite uma avaliação de quantos bebês teriam que ser submetidos a uma cirurgia para que uma criança chegasse a ser efetivamente beneficiada (número necessário a tratar). No entanto, pelos motivos já explicitados, especula-se que, caso o que determina a lei sancionada seja realmente seguido, o número de



“PROTOKOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS” (TESTE DA LINGUINHA)

crianças tratadas sem necessidade seria grande. Portanto, esse programa de rastreamento pode causar reais malefícios aos bebês e às suas mães, uma vez que as crianças poderão ser submetidas a uma cirurgia desnecessária, e as mães poderão desenvolver transtornos psicológicos e de ansiedade ao serem informadas que seus filhos recém-nascidos são portadores de uma anormalidade (Hewlett & Waisbren, 2006). Deve-se ressaltar também que todo programa de triagem deve ser acompanhado de um processo de preparação dos profissionais de saúde para aplicar corretamente os testes propostos, informar os pacientes sobre os riscos e benefícios da triagem e encaminhar os pacientes que testarem positivo para unidades de saúde que realizem testes adicionais confirmatórios e/ou o tratamento da condição.

Esses quatro pontos, em especial, evidenciam o quanto a obrigatoriedade de aplicação do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” a todos os recém-nascidos do país é problemática.

Além desses aspectos, outros pontos podem ser levantados que reforçam a posição contrária à obrigatoriedade da realização do “Teste da Linguinha”.

·*Dificuldade de realização do teste: Tem sido observado uma dificuldade técnica em se realizar o teste de forma adequada na maior parte dos locais. A confiabilidade inter- e intra-examinador tem sido menor do que os valores encontrados no estudo de validação do teste, e há evidências de estudos preliminares de que a aplicação correta do teste requer treinamento prévio exaustivo (Simão et al., 2016).*

·*Custos envolvidos para a realização do protocolo: Não se tendo comprovação, a partir dos resultados de ensaios clínicos controlados, de que a triagem neonatal para anquiloglossia é eficaz para reduzir o desmame precoce e os prejuízos à saúde da criança decorrentes desse evento, os escassos recursos destinados à saúde estariam sendo desperdiçados para que a execução do teste seja realizada da forma como é proposta. O custo adicional decorrente da necessidade de contratação de profissionais para adequar as maternidades à nova lei, bem como os custos envolvidos com a capacitação desses profissionais e com o aumento do número de cirurgias não parece ser justificado por um benefício comprovado decorrente da triagem obrigatória.*

·*Evidência de benefício da cirurgia baseada em evidência de baixa qualidade: Uma das propostas da lei é que a avaliação inicial permita indicar a frenotomia já na maternidade, visando a melhora na amamentação. Embora haja indicação de benefício quando a cirurgia é realizada nos casos em que há problemas de amamentação, essa indicação advém de estudos não randomizados e de estudos clínicos com baixa qualidade metodológica e que não consideram desfechos clinicamente importantes (ganho adequado de peso nas primeiras semanas de vida ou manutenção da amamentação exclusiva por um período adequado, por exemplo). Ou seja, a efetividade da cirurgia de frenotomia é baseada em evidência fraca (Ito et al., 2014; Francis et al., 2015; Power & Murphy, 2015; Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016). Portanto, estudos clínicos randomizados bem delineados e avaliando desfechos clínicos importantes são necessários para aumentar a força de evidência do procedimento.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos esses aspectos, a Associação Brasileira de Odontopediatria se posiciona contrária à obrigatoriedade de aplicação do “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” (Teste da Linguinha) na triagem neonatal e, no atual estágio de conhecimento científico sobre o tema, considera prudente restringir a avaliação da possível interferência do freio lingual na amamentação aos casos individuais em que seja constatada dificuldade de amamentação nas primeiras semanas de vida, já fora da maternidade. Em caso de evidência de que a anquiloglossia seja a causa da dificuldade de amamentação, a indicação da cirurgia de frenotomia pode ser considerada.

"Precisamos pensar em realizar um projeto sobre o tema, unindo a odontologia, a medicina e a fonoaudiologia! Assim teremos a oportunidade de um projeto multicêntrico e chegarmos a uma conclusão compartilhada! Creio que o momento é propício para essa união"

José Carlos Imparato - presidente da Associação Brasileira de Odontopediatria

**ASSOCIE-SE JÁ!!
ENTRE NESTE PAPO**

Informações pelos telefones:
(11) 2954-3413
Mande sua mensagem ou dúvidas:
apo.odontopediatria@gmail.com



“PROTÓCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS” (TESTE DA LINGUINHA)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teste da linguinha [Internet]. Brasília (DF): Congresso Nacional; 2014. [citado 16 fev. 2017]. Disponível em: http://www.abramofono.com.br/wp-content/uploads/2014/10/testelinguinha_2014_livro.pdf
 2. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Dery V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008; 86:317-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18438522> >
 3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. 2016 Jun 15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373454/>
 4. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. Pediatrics. 2015;135:e1458-66.
 5. Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology: how to do clinical practice research. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
 6. Hewlett J, Waisbren SE. A review of the psychosocial effects of false-positive results on parents and current communication practices in newborn screening. J Inher Metab Dis 2006;29:677-682.
 7. Ito Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? Pediatr Int. 2014;56:497-505.
 8. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Rev CEFAC. 2012; 14:138-45.
 9. Martinelli RLC. Validação do Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2015.
 10. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. Arch Dis Child. 2015;100:489-94
 11. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. Paediatr Child Health. 2015;20:209-18.
 12. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. 2007;53:1027-33.
 13. Simão CAB, Sudo ARC, Massa GS, Almeida LC, Filizzola P, Marsillac MWS, Barja Fidalgo F, Oliveira BH. Avaliação da confiabilidade e validade do Teste da Linguinha utilizado na triagem neonatal. Braz Oral Res. 2016;30 (Suppl 1):50.
- Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization; 1968. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf

LEI Nº 13.435, DE 12 DE ABRIL DE 2017

Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno.

Parágrafo único: No decorrer do mês de agosto serão intensificadas ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, como:

I. Realização de palestras e eventos;

II. Divulgação nas diversas mídias;

III. Reuniões com a comunidade;

IV. Ações de divulgação em espaços públicos;

V. Iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada.

Art 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 12 de abril de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER

Ricardo José Guimarães Barros

Lourdes Santos-Pinto - Prof^ª. Titular da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Rita Cordeiro - Prof^ª. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Fabiano Jeremias - Prof^º. Doutor, Substituto da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Juliana Feltrin - Prof^ª. Doutora do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná - UFPR

Camila Fragelli - Pós-Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Manuel Restrepo - Prof^º. Doutor da Faculdade de Odontologia da Universidad CES - Colombia

Diego Bussanelli - Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

O que é Hipomineralização?

É um defeito no esmalte dentário que acontece quando a formação do esmalte é interrompida e, pode afetar dentes permanentes e decíduos. Na hipomineralização a espessura do esmalte é normal, no entanto; fatores de risco interferem na absorção de minerais e no crescimento dos cristais resultando em um esmalte poroso e friável.

O defeito é observado clinicamente como uma alteração na translucidez do esmalte denominada opacidade. As opacidades que apresentam contorno definido e coloração variando entre branco, amarelo ou castanho e que na dentição permanente afetam de 1 a 4 primeiros molares e em alguns casos os incisivos, são conhecidas como hipomineralização molar incisivo (HMI). Na dentição decídua afeta os molares e às vezes as cúspides de caninos (hipomineralização de molares decíduos - HMD) e como afeta prioritariamente os segundos molares decíduos tem sido denominada também de hipomineralização de segundo molar decíduo (HSMD).

Existe associação entre HMI e HMD?

Crianças com HMD têm de 4 a 5 vezes mais chances de apresentar a HMI nos dentes permanentes. Como os segundos molares decíduos irrompem em média de 3 a 4 anos antes dos permanentes a HMD é considerada como um alerta para a possibilidade de ocorrência de HMI.

Como realizar o diagnóstico da HMI e DMH?

Os defeitos de esmalte característicos na HMI e DMH são as opacidades que apresentam-se como uma alteração da translucidez do esmalte, com bordas definidas que demarcam claramente o limite entre o esmalte normal e o esmalte afetado. Esta opacidades podem variar da cor branca ao marrom. Quando o defeito apresenta superfície intacta é considerado suave e quando apresenta fraturas que podem estar restritas ao esmalte ou expor a dentina é considerado severo.

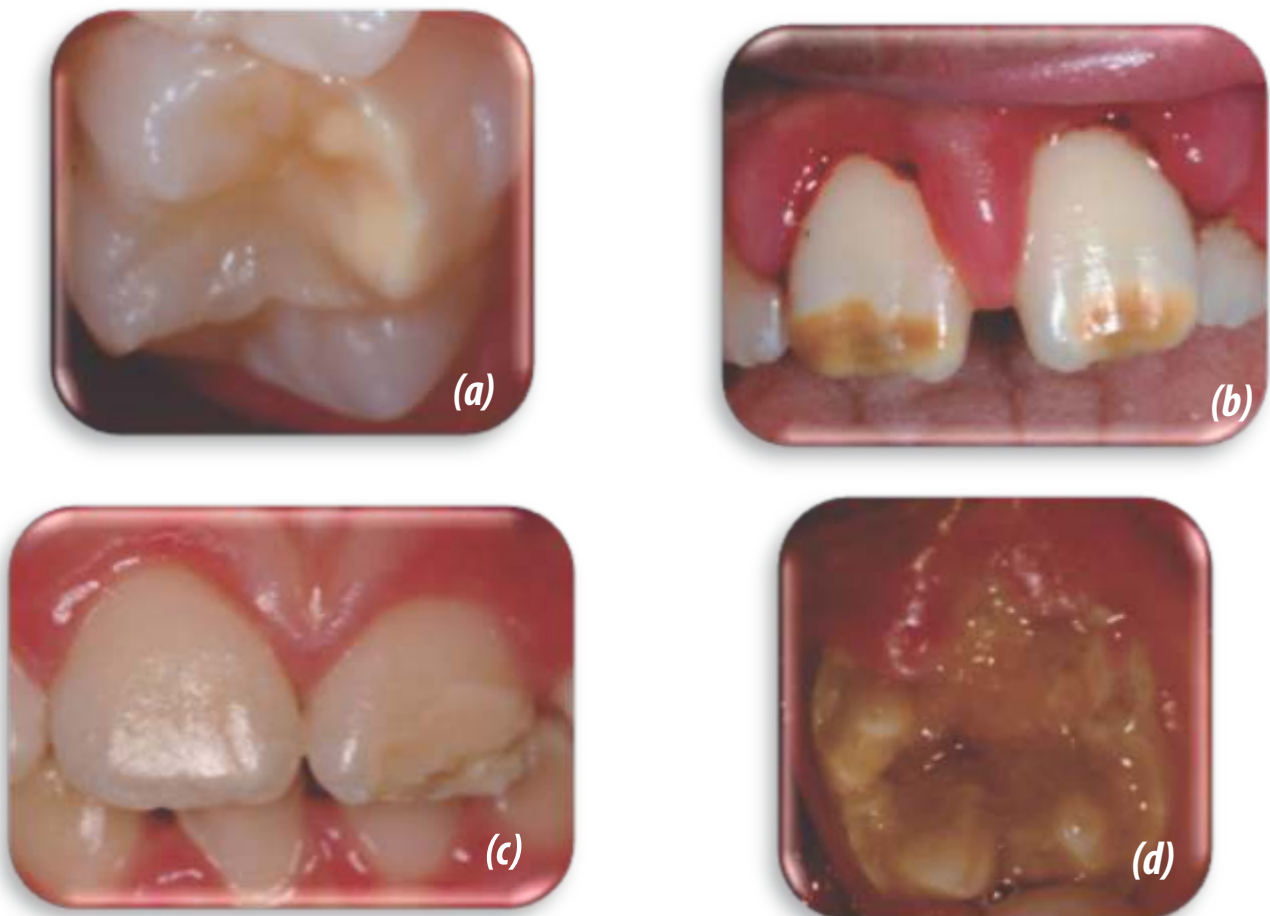


Figura 1: HMI - Opacidade branca em molar (a) e marrom em incisivo (b). HMI com fraturas em incisivo (c) e em molar (d)

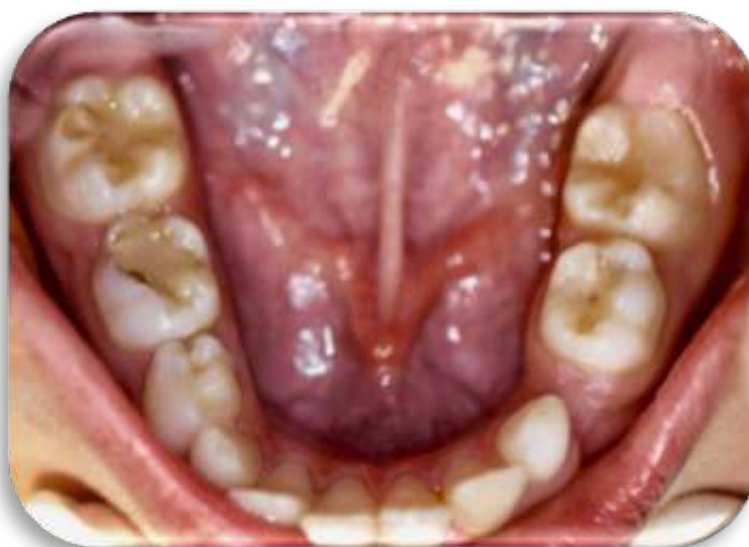


Figura 2: Paciente com HMI, dentes afetados com fratura (46) e restauração atípica no 36 e com HMD, dentes afetados com restauração atípica em 85 e opacidade em 75.

* Fotos do arquivo do Grupo HMI/CNPq

Quais são as implicações das hipomineralizações na prática clínica?

- Crianças com HMD e HMI são mais propensas a apresentar segundos molares decíduos e primeiros molares permanentes, respectivamente, afetados por cárie.
- As lesões cariosas e as restaurações dos dentes afetados são consideradas atípicas, pois o tamanho e a forma da lesão não estão de acordo com a distribuição de cárie na boca da criança e as restaurações geralmente se estendem para superfícies lisas vestibular ou palatina.
- Desconforto ao ingerir alimentos frios ou até mesmo ao respirar são relatados pelos pacientes logo após a irrupção dos dentes.
- Dificuldade em se obter anestesia adequada. Prescrição de anti-inflamatório previamente ao procedimento clínico e técnicas anestésicas suplementares, como anestesia intraligamentar, têm contribuído para o controle da dor.
- Pacientes com estes defeitos de esmalte geralmente são de difícil manejo.
- Quando necessitam de tratamento restaurador, a adesão dos materiais é deficiente.

Com que frequência posso diagnosticar este defeito em meu consultório?

Os estudos de prevalência apresentam resultados muito diferentes em países que estudaram a presença destes defeitos em suas populações. A prevalência da HMI pode variar de 2 a 40% e da DMH de 0,1 a 22%.

Quais as Causas?

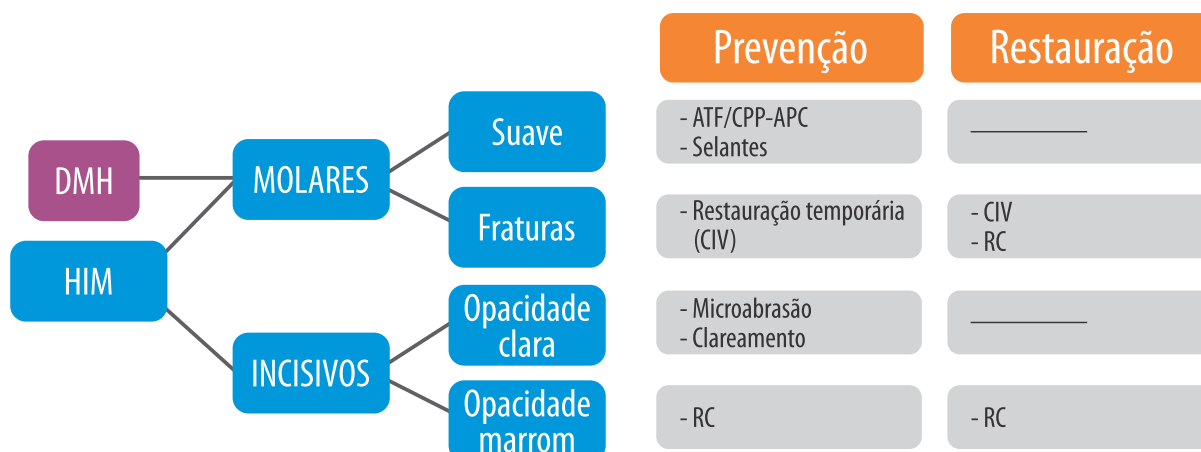
Até o momento não se conhece a etiologia. Devido à coincidência no período de formação dos dentes decíduos e permanentes acredita-se que os fatores de risco para a HMD sejam os mesmos que para HMI e devem ocorrer particularmente no período pré-natal e ao nascimento. Fatores genéticos, fatores adquiridos, fatores sistêmicos e fatores locais ou uma combinação deles podem estar associados a estes defeitos.

Qual o melhor tratamento?

O diagnóstico precoce da HMI é essencial para garantir uma abordagem preventiva e/ou conservadora, e também evitar inflamação pulpar e dor, o que dificultaria qualquer tratamento futuro. É importante que os pacientes e seus pais sejam orientados sobre o risco aumentado de desenvolver cárie e de ocorrência de fratura nos dentes afetados. Os cuidados preventivos básicos devem incluir:

- Escovação supervisionada com pasta fluoretada.
- Aplicação tópica de flúor.
- Aconselhamento da dieta reduzindo a frequência do consumo de açúcares.
- Monitoramento a cada 3 meses.

Não existe um protocolo de tratamento estabelecido para dentes com este tipo de defeito e existe uma carência de estudos que possam orientar a escolha da melhor conduta a ser adotada para prevenir a fratura do esmalte afetado ou a escolha da técnica e do material restaurador mais adequado. As condutas mais aplicadas são



·ATF – Aplicação tópica de flúor

·CPP-APC – Fosfopeptídeo de caseína - fosfato de cálcio amorfo

·CIV – Cimento de ionômero de vidro

·RC – Resina composta

Conclusão

A HMD é considerada como um indicador para a possibilidade de ocorrência de HMI. A importância deste alerta está no fato de que o diagnóstico precoce possibilita a introdução de medidas preventivas para a preservação do esmalte afetado. Em crianças com estes defeitos em esmalte recomenda-se exames de revisão em intervalos menores e especial atenção na fase de erupção dos primeiros molares permanentes.:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jälevik B, Norén JG. Enamel hypomineralization of permanent first molars: a morphological study and survey of possible aetiological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2000;10(4):278-89.
2. Weerheijm KL. Molar incisor hypomineralisation (MIH). *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4(3):114-20.
3. Mangum JE, Crombie FA, Kilpatrick N, Manton DJ, Hubbard MJ. Surface integrity governs the proteome of hypomineralized enamel. *J Dent Res.* 2010;89(10):1160-5.
4. Robinson C. Enamel maturation: a brief background with implications for some enamel dysplasias. *Front Physiol.* 2014;5:388.
5. Weerheijm KL, Duggal M, Mejäre I, Papagiannoulis L, Koch G, Martens LC, et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4(3):110-3.
6. Elfrink MEC, Schuller AA, Weerheijm KL, Veerkamp JSJ. Hypomineralized second primary molars: Prevalence data in Dutch 5-year-olds. *Caries Research.* 2008;42(4):282-5.
7. Elfrink MEC, Ten Cate JM, Jaddoe VVW, Hofman A, Moll HA, Veerkamp JSJ. Deciduous molar hypomineralization and molar incisor hypomineralization. *Journal of Dental Research.* 2012;91(6):551-5.
8. Elfrink ME, Veerkamp JS, Aartman IH, Moll HA, Ten Cate JM. Validity of scoring caries and primary molar hypomineralization (DMH) on intraoral photographs. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10 Suppl 1:5-10.
9. Elfrink ME, Moll HA, Kieffe-de Jong JC, Jaddoe VW, Hofman A, ten Cate JM, et al. Pre- and postnatal determinants of deciduous molar hypomineralisation in 6-year-old children. The generation R study. *PLoS One.* 2014;9(7):e91057.
10. Elfrink ME, Schuller AA, Veerkamp JS, Poorterman JH, Moll HA, ten
11. Negre-Barber A, Montiel-Company JM, Boronat-Catalá M, Catalá-Pizarro M, Almerich-Silla JM. Hypomineralized Second Primary Molars as Predictor of Molar Incisor Hypomineralization. *Sci Rep.* 2016;6:31929



Olha!
Eu posso
ajudar a
mamãe!

Linha de cuidado oral da MAM: para um início perfeito, porque bons hábitos se formam desde cedo.

Com a MAM, o cuidado oral adequado começa antes mesmo do primeiro dente. Com as orelhas do coelho em microfibra especial, Oral Care Rabbit da MAM limpa a boca do bebê e remove bactérias desde o início. O inovador Massaging Brush massageia gengivas sensíveis e limpa os primeiros dentes do bebê. Começando com a escova Training Brush, os bebês podem ajudar ativamente também. E com a escova First Brush, eles aprendem de maneira lúdica e segura algo que se tornará um hábito divertido e saudável.

Prontos para tudo:
Com a nossa linha de Cuidado Oral MAM desde o início.



Testado Cientificamente



Trabalho em equipe para garantir a máxima segurança: Somente após a aprovação dos **experts médicos** as inovações da MAM estão disponíveis para fazer parte da vida da criança.



Todos os produtos MAM são feitos de materiais livres de BPA.