

Especificação dos Casos quanto às Categorias

A escolha dos casos a serem apresentados deverá seguir os seguintes critérios:

- 1 - Malocclusão Classe II ou III de Angle, tratada sem extração e com controle de crescimento;
- 2 - Malocclusão Classe I de Angle, tratada com extrações de dentes permanentes;
- 3 - Malocclusão Classe II de Angle, tratada com extrações de dentes permanentes;
- 4 - Malocclusão com discrepância antero-posterior acentuada : Classe III de Angle com ANB menor ou igual a -2° ; Classe II de Angle com ANB igual ou maior que 5° ;
- 5 - Malocclusão com problema transversal, apresentando pelo menos um quadrante em cruzamento;
- 6 - Malocclusão com sobremordida acentuada;
- 7 - Escolha livre;
- 8 - Escolha livre;
- 9 - Escolha livre;
- 10- Escolha livre.

Observações:

- a) - Nas categorias de 2 a 10, os casos podem ter sido tratados com ou sem controle de crescimento;
- b) - Nas categorias que envolvem extrações de dentes permanentes, não considerar os terceiros molares;
- c) - Na categoria 6, no mínimo um dos incisivos centrais superiores deverá apresentar inclinação mais para vertical ou lingual, conforme Ilustração da figura 1.
- d) - Nas categorias de malocclusão Classe II de Angle, a cúspide méso-vestibular do primeiro molar permanente superior deverá ocluir, pelo menos em um lado, entre o segundo pré-molar e o primeiro molar permanente inferior, ou para mais mesial. Em caso de ausência de um dos primeiros molares, considerar a oclusão em região de caninos (figura 2).

e) - Nas categorias de maloclusão Classe III de Angle, a cúspide méso-vestibular do primeiro molar permanente superior deverá ocluir, pelo menos em um lado, no sulco disto-vestibular do primeiro molar permanente inferior, ou para mais distal. Em caso de ausência de um dos primeiros molares, considerar a oclusão em região de caninos (figura 3).

f) - Dois dos casos apresentados deverão conter documentação de no mínimo 2 (dois) anos pós-tratamento.

g) - Os quatro casos de livre escolha deverão apresentar certo grau de complexidade, de forma que demonstre a habilidade mecânica do candidato

h) - A identificação da documentação deve seguir a seguinte orientação, com letras e cores:

i) - A possibilidade de substituição de algum caso que não esteja de acordo com uma determinada categoria deverá ser avaliada e aprovada pela Diretoria do Board;

A - Início do tratamento - preto

A1 , A2 - Intermediário - azul (Para os casos tratados em mais de uma fase e para os casos orto-cirúrgicos, e que corresponde a documentação pré-cirurgia imediata, a qual deverá ser incluída)

B - Final do tratamento - vermelho

C - Pós-tratamento - verde

Documentação Necessária

3.1 Modelos

3.2 Radiografias

3.2.1 Panorâmica ou periapicais

3.2.2 Cefalométricas

3.2.2.1 Traçados cefalométricos

3.2.2.2 Sobreposições cefalométricas

3.3 Fotografias

3.3.1 Faciais

3.3.2 Intra-orais

A documentação dos casos apresentados deve ser de qualidade e incluir modelos, radiografias e fotografias.

A documentação pós-tratamento dos casos pode ser obtida até 1 ano após a remoção do aparelho.

Em toda documentação os nomes dos candidatos devem estar rigorosamente encobertos com tarjas em preto ou branco, devendo constar somente o Código de Identificação do candidato (CI).

Para possibilitar uma avaliação mais uniforme e equilibrada, é necessário que a documentação siga uma padronização. Os requisitos estabelecidos para o recorte dos modelos, para a avaliação cefalométrica (traçados cefalométricos, medidas angulares e lineares e superposições cefalométricas), e fotografias, seguem normas internacionais, foram simplificadas e são requisitos mínimos para a apresentação dos casos.

Exames e dados complementares (tais como radiografias adicionais, medidas cefalométricas) podem ser apresentados, se o candidato entender que são necessários para melhor compreensão dos casos.

3.1 Modelos

As moldagens devem copiar fielmente as arcadas dentárias e a região do vestibulo, de forma a se obter reprodução precisa da maloclusão. Os modelos devem ser recortados em MIH, conforme orientação da figura 4 .

O ajuste ou escultura na porção anatômica (dentes e vestibulo) dos modelos deve se limitar à eliminação de bolhas ou defeitos. A alteração da anatomia dos dentes é considerada falsificação da documentação, o que ocasionará automaticamente a reprovação desse caso. Aparelhos de contenção fixa podem estar presentes em modelos finais e pós-tratamento. Os modelos devem ser polidos de modo que os detalhes dos tecidos sejam preservados. As etiquetas para identificação devem ser padronizadas. Recomendamos etiqueta Pimaco, modelo 6089, papel tipo Carta p/ 60 etiquetas c/ 4 colunas (exemplo de aplicação). Exemplo da etiqueta.

No preparo de modelos, naqueles casos em que não houver possibilidade de manter a altura e/ou os ângulos recomendados, deve ser usado bom senso considerando-se simetria, proporção e estética.

As medidas intercaninos e intermolares referem-se aos modelos superiores e inferiores. As medidas intermolares correspondem à largura entre os primeiros molares. Essas distâncias devem ser mensuradas considerando-se respectivamente, medida entre as pontas das cúspides dos caninos e entre as pontas das cúspides méso-vestibulares dos molares direito e esquerdo.

3.2 Radiografias

3.2.1 Panorâmica ou periapicais

As radiografias panorâmicas, periapicais e complementares devem ser de boa qualidade. Os filmes devem estar orientados corretamente, com os lados direito e esquerdo identificados claramente. Radiografias panorâmicas sem definição satisfatória na região dos incisivos (superiores e inferiores) devem ser complementadas com radiografias periapicais dessas áreas.

3.2.2 Cefalométricas

As radiografias de perfil devem ser devidamente padronizadas e as estruturas ósseas e o perfil tegumentar bem nítidos. Em casos de assimetria facial evidente, além de radiografias de perfil, deverão ser apresentadas radiografias cefalométricas pósterio-antérieures, devidamente analisadas. As radiografias devem ser colocadas nos plásticos que já estão dentro das pastas, e o serviço radiográfico deve ser coberto com uma tarja preta. O nome do candidato deve estar encoberto com tarjas em preto ou branco para preservar o sigilo durante o exame. O nome do paciente e a data devem permanecer visíveis.

3.2.2.1 Traçados Cefalométricos (figura 5)

Os traçados cefalométricos devem ser realizados pelo candidato, manualmente e com precisão, sobre um papel de acetato, com caneta ou lápis com até 0,5 mm de diâmetro, contendo apenas os detalhes anatômicos de interesse para as análises clínicas e sobreposições cefalométricas. Traçados gerados por computador não serão aceitos. Gabaritos para traçar o contorno dos dentes como, por exemplo "Tooth Tracing Template" 701-603 Unitek podem ser usados. Os pontos cefalométricos devem ser cuidadosamente identificados para garantir a confiabilidade nas linhas de referência obtidas. Para avaliação do padrão esquelético, dentário e do perfil facial, devem ser utilizadas as medidas da tabela 1. O candidato poderá acrescentar outras medidas se julgar necessário.

A identificação dos traçados cefalométricos deverá seguir a orientação de identificação mencionada no item 3.2.2. As linhas e medidas registradas nos traçados das diferentes fases deverão ser na cor preta.

O candidato deve estar familiarizado com todos os aspectos das radiografias cefalométricas, traçados e medidas, incluindo seus respectivos significados.

Os traçados devem ser separados das telerradiografias e também colocados nos plásticos que estão dentro das pastas.

3.2.2.2 Sobreposições cefalométricas

Serão necessárias, no mínimo, três sobreposições de traçados: craniofacial, maxilar e mandibular, a saber:

a) Craniofacial (ou total)- registro entre as grandes asas do esfenóide com a melhor adaptação das estruturas ósseas do plano do esfenóide e lâmina crivosa do etmóide ou com registro no ponto Sela, utilizando a linha Sela-Násio para avaliar o crescimento geral e alterações do tratamento.

b) Maxilar - registro na curvatura palatina e maior aproximação das estruturas ósseas maxilares para avaliar a movimentação dos dentes superiores.

c) Mandibular - registro no contorno da cortical interna da sínfise com melhor sobreposição no limite inferior do corpo mandibular para avaliar movimento dentário na arcada inferior e crescimento da mandíbula.

As três sobreposições devem ser traçadas manualmente pelo candidato com caneta ou lápis. As sobreposições separadas com traçados intermediários A-A1 (início - intermediário), A1-B (intermediário - final) e A-B (início-final) são necessárias nos casos de tratamento em duas fases. Nos casos com 2 anos pós-tratamento deverão apresentar A-B-C (início - final - 2 anos pós-tratamento).

As sobreposições devem ser colocadas em envelopes separados, sobre papel branco, sem serem afixadas.

3.3 Fotografias

3.3.1 Faciais

Os pacientes devem ser documentados, em cada fase, com os seguintes registros:

- a) uma fotografia frontal (obrigatória);
- b) uma fotografia de perfil do lado direito (obrigatória), e
- c) sempre que possível, uma fotografia frontal em sorriso.(opcional).

As fotografias faciais de frente e perfil devem estar orientadas com o plano horizontal de Frankfort paralelo ao solo e tiradas com os lábios em repouso, retratando a real situação do relacionamento labial do paciente (figura 6). Fotografias complementares podem ser incluídas, mas glamorosas são dispensáveis (figura 7). As fotografias podem ser impressas em preto e branco ou em cores, visando enquadramento mais adequado possível, utilizando-se o layout paisagem. Essas fotografias devem ser impressas em papel de qualidade fotográfica em orientação paisagem. Elas devem estar o mais próximo possível de $\frac{1}{4}$ do tamanho real, do topo da cabeça à parte inferior do queixo. Pode-se determinar se uma fotografia está a $\frac{1}{4}$ do tamanho original, medindo-se a distância vertical do paciente da linha do cabelo até a borda inferior do queixo. Se, por exemplo, a distância for 20cm, a dimensão na fotografia deve ser 5cm ou $\frac{1}{4}$ do tamanho real.

É importante ressaltar, ainda, alguns aspectos na obtenção das fotografias faciais, tais como: o fundo deve ser neutro; a iluminação de boa qualidade para revelar contornos faciais sem sombras; as orelhas devem estar expostas, visando orientação facial; os olhos abertos e direcionados para frente; óculos e outros acessórios devem ser retirados.

3.3.2 Intra-Orais

Cada caso deve ser documentado com três registros: uma vista frontal, uma vista lateral direita e uma vista lateral esquerda, com os dentes em máxima intercuspidação. Essas fotografias devem ser orientadas pelo plano oclusal. Fotografias opcionais podem ser incluídas, como vistas oclusais das arcadas dentárias superior e inferior. As fotografias devem ser o mais próximo possível da proporção 1:1 com os dentes do paciente. Se imagens de espelho forem utilizadas, a impressão deve ser invertida e as imagens montadas como se estivessemos olhando para o paciente. As cópias em papel devem ser coloridas. Diapositivos não são necessários.

É importante observar, ainda, alguns aspectos na obtenção das fotografias intra-orais como: dentição limpa, livre de placa bacteriana, sangramento ou saliva; utilizar retratores de lábios; a iluminação deve mostrar os contornos anatômicos com mínima quantidade de sombra; padronização das cores; evitar interferências visuais (retratores de lábios, rótulos e dedos).

Se as imagens das fotografias faciais e intra-orais forem geradas no computador, devem ter alta resolução de cor e nitidez, e revelar com precisão os tecidos moles e duros. Os candidatos devem ter em mente que toda a documentação apresenta valor legal inerente, não podendo ser alterada.

Para maloclusões com desarmonias esqueléticas acentuadas, com indicação de tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática, a documentação pré-operatória imediata será necessária. Veja outros exemplos de fotos.

Normas para Apresentação

As pastas serão fornecidas pela BBO. A documentação de cada paciente deve estar acondicionada numa pasta contendo plásticos transparentes e montada, rigorosamente, na seguinte ordem:

- a) Página inicial - identificação do caso de acordo com a categoria e informações sumárias quanto ao diagnóstico e tratamento;
- b) Histórico e etiologia;
- c) Resumo do estudo dos modelos, fotografias e radiografias;
- d) Sumário do diagnóstico - natureza e características das anomalias, com lista de problemas específicos;

e) Objetivos do tratamento - para maxila, mandíbula, dentes superiores, dentes inferiores, oclusão e estética facial;

f) Plano de tratamento - resumido com justificativa (extração ou não extração, aparelhagem utilizada, considerações sobre ancoragem);

g) Progresso do tratamento - análise da resposta ao tratamento planejado, relatando eventuais complicações (não é necessário descrever os procedimentos efetuados em cada consulta);

h) Resultados obtidos - relatar os resultados alcançados para a maxila, mandíbula, dentes superiores, dentes inferiores, oclusão e estética facial; verificar se os objetivos foram atingidos ou explicar porque não foram;

i) Contenção - descrever a aparelhagem e os procedimentos adicionais;

j) Avaliação final - expor todas as observações pertinentes à expectativa de estabilidade, descrever alterações pós-tratamento e relatar o que aprendeu sobre o diagnóstico específico e o tratamento executado.