



Premissas baseadas em *posts* do SROO – 2012 e informações pessoais, segundo interpretação de Cléber Bidegain Pereira

- 1) O exame clínico é soberano. O profissional que examina o paciente deve requerer os exames que julgar necessários para o diagnóstico.
- 2) Errar o diagnóstico pode ser catastrófico e algumas vezes irreversível. É falha ética o profissional errar o diagnóstico por falta de solicitação de exames que poderiam ter evitado o erro. Também é falha ética indicar exames desnecessários, por mercantilismo ou falta de conhecimento, onerando o paciente desnecessariamente.
- 3) A indicação de imagens deve levar em conta os sinais e sintomas clínicos, histórico do paciente e a estrutura a ser radiografada. Não havendo peculiaridades sintomáticas que sugiram a necessidade de exames especiais, deve-se seguir um protocolo para cada especialidade odontológica.
- 4) Considerando-se que as imagens em 3D têm dose de radiação ionizante maior que as radiografias não se deve solicitar indiscriminadamente a Tomografia Computadorizada do Feixe Cônico (TCFC), a qual só deve ser requerida quando os métodos tradicionais de exames radiográficos, usados na Odontologia, não são suficientes para o diagnóstico seguro e preciso.
- 5) O profissional não deve ser levado pelo deslumbramento das belas imagens em 3D, mas precisa estar atento para aqueles casos em que a observação em 2D é insuficiente e usar corretamente a TCFC quando ela é esclarecedora para o diagnóstico.
- 6) O profissional que solicita os exames deve ter conhecimento dos equipamentos dos Serviços de Radiologia de sua área, pois é grande a diferença de radiação ionizante dos equipamentos de radiografia analógicos e digital.
- 7) Os equipamento de TCFC de última geração têm menor radiação ionizante, menos dispersão de raios e quando são usados protocolos de aquisição adequados os níveis de irradiação perniciosos pode sem bem menores.

8) Protetores, tipo “colar” devem ser usados quando são indicados e adequados a cada caso.

9) Deve-se levar em conta que com uma aquisição das estruturas da face pela TCFC, pode-se avaliar o paciente de modo panorâmico, ou em planos axiais, frontais (coronal), sagitais (lateral) ou transversais e uma infinidade de outros cortes capazes de elucidar com clareza a localização, natureza e densidade das estruturas sem estudo, bem como distúrbios de desenvolvimento, lesões, cistos, tumores, fraturas etc.

10) Para os estudos das assimetrias da face pode-se comparar o lado direito com o esquerdo, por meio de sobreposição de imagens ou pela avaliação em 3D. Uma observação das reais condições anatômicas por meio da TCFC, na avaliação ortodôntica, proporciona informações importantes em relação à dentição, às ATM's, à morfologia esquelética, dos processos alveolares, das vias aéreas e da cavidade bucal como um todo, no que diz respeito as suas alterações de desenvolvimento e ou patológicas;

11) O barato pode sair caro quando é feita radiografia comum e esta mostrando-se insuficiente para o diagnóstico então solicitar a TCFC. Neste caso somam-se a irradiações das radiografias + TCFC.

A perspicácia do profissional pode perceber, no exame clínico, se as radiografias comuns, caso não serão suficiente para o bom diagnóstico, então deve partir direto para a TCFC.

12) Sempre dependente do exame clínico sugere-se a possibilidade de necessidade de 3D, nos casos que seguem:

- Fissura palatina;
- Síndromes que comprometem a face;
- Cirurgias ortognáticas;
- Dentes supranumerários e ausências dentárias congênitas;
- Dentes retidos;
- Anomalias de crescimento com severos apinhamentos;
- Retratamento ortodôntico quando há sinais de distúrbios graves;
- Fratura de côndilo e da mandíbula;
- Pacientes com DTM a Ressonância Magnética (RM) é o exame de primeira opção, o qual revela lesões nos tecidos moles. Porém naqueles casos de paciente não jovens que tenham DTM há bastante tempo, pode haver também lesões graves ósseas que são reveladas pela TCFC.

13) O profissional que examina o paciente utilizando a TCFC deve ter conhecimentos técnicos de sua aquisição, monitores de qualidade para a observação da imagem, co-

nhecimentos profundos de Anatomia e suas variações, Semiologia, Fisiologia e Patologia da boca e estruturas anexas, para que possa avaliar o que esta ocorrendo e emitir um diagnóstico radiográfico preciso baseado nos dados clínicos.

14) As informações em 3D possibilitam o entrelaçamento de arquivos digitais, de TCFC, das fotografias e dos modelos 3D, permitindo a obtenção de informações extremamente relevantes e impossíveis de serem obtidas com as técnicas convencionais. Dentre elas podemos citar a avaliação do posicionamento axial das raízes dentárias, as inter-relações entre tecidos moles e duros, a avaliação volumétrica das vias respiratórias e a determinação de planos de referência para uma análise cartesiana ortogonal. As ferramentas de software disponíveis no mercado oferecem uma gama de possibilidades no que diz respeito a simulações virtuais de tratamento ortodôntico, assim como a confecção de guias cirúrgicos e de guias de colagem indireta para técnicas labiais e linguais;

15) Grandes ensinamentos a Ortodontia teve e vai continuar tendo com as observações e avaliações cefalométricas tradicionais. Os sistemas tridimensionais, por certo mais elucidativos, são indicado em muitos casos, principalmente em Cirurgia Ortognática, mas ainda carecem da sedimentação de estudos em continuidade para que sejam mais melhor aproveitados. As medidas da cefalometria em 3 D, são muito próximas da realidade quando avaliadas em crânios secos, enquanto que as medidas lineares, na cefalometria em 2D, sofrem a distorção da magnificência, portanto, neste aspecto, os padrões de 2D e 3D são diferentes. Lembramos que as medidas de angulares devem ser similares para as duas técnicas.

16) *“Os ortodontistas e ortopedistas precisam estar familiarizado com as imagens tridimensionais, não só no que diz respeito à visualização da anatomia em três dimensões, mas também do estudo da imagem em programas computadorizados. A mudança é grande e grandes mudanças levam tempo para serem assimiladas. Para que haja um real ganho com essa nova tecnologia, se faz necessária uma maior interação entre os radiologistas e os ortodontistas para um maior intercâmbio de informações. Este simpósio sugere que as Associações de Ortodontia e Ortopedia convidem mais radiologistas para ditar cursos de informações sobre interpretação de 3D e RM. E as Associações de radiologia convidem mais ortodontistas para falarem sobre suas inquietudes e necessidades.”* (Kyria Spyro Spyrides)