

U. PORTO



**FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**CLÍNICA CABEÇA E PESCOÇO, BLOCO OPERATÓRIO – IPO PORTO
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Francisco Ronê Felix de Melo

**Orientadora:
Professora Doutora Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton**

Porto 2025

Resumo

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da disciplina *Monografia/Relatório de Estágio*, do segundo semestre do último (quinto) ano, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP).

Trata-se de um estágio observacional que decorreu no IPO Porto (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.), mais precisamente no Bloco Operatório Central (BOC) e no ambulatório da Clínica da Cabeça e Pescoço (CCP), gabinetes 11 e 13.

Teve início no dia 5 de março de 2025 e término no dia 25 de junho de 2025, duração de 18 semanas, dois turnos de quatro horas por semana, perfazendo um total de 120 horas. Às segundas-feiras pela manhã, a atividade era observação de anestésias e cirurgias do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, no Bloco Operatório Central (BOC), e, às quartas-feiras manhã, a observação de consultas iniciais, consultas de seguimento de lesões, e consultas pré ou pós-operatórias na Clínica da Cabeça e Pescoço (CCP).

Neste relatório será feita uma breve descrição do IPO Porto, hospital quaternário, de referência no atendimento do paciente oncológico, da sua estrutura organizacional com seus diversos departamentos e serviços além de casos atendidos e cirurgias do Serviço de Cabeça e Pescoço. Portanto, através deste relatório será possível entender o vivenciado durante estes quatro meses no Bloco Operatório Central (BOC) e na Clínica da Cabeça e Pescoço (CCP).

O estágio teve como principal objetivo proporcionar uma experiência clínica e cirúrgica integrada no âmbito da Medicina Dentária, com ênfase nas patologias orofaciais e cervicais de etiologia oncológica. A experiência do estágio permitiu a compreensão do papel do médico dentista na prevenção, diagnóstico precoce, apoio ao tratamento e reabilitação de doentes com cancro da cavidade oral e estruturas adjacentes.

Agradecimentos

A realização deste estágio foi uma experiência profundamente enriquecedora, tanto a nível académico como pessoal. Portanto, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização de mais esta etapa.

Acima de tudo, agradeço à Deus, que me fortalece a cada amanhecer...

Um agradecimento muito especial à minha amada esposa, Renata, pelo amor, compreensão, companheirismo e incentivo constantes. O seu apoio incondicional foi essencial para a concretização deste momento e de tantos outros ao longo desta nossa aventura de imigrar.

Agradeço em especial à Professora Doutora Ana Norton pela aceitação de ser orientadora e pelos seus ensinamentos teóricos nas aulas e ensinamentos práticos na Clínica da FMDUP.

Agradeço em especial à Doutora Rita Canotilho que me acolheu como responsável pelo estágio sempre de forma solícita, prestativa e dinâmica.

Agradeço em especial ao Doutor Igor Afanas (anestesiologista), que me recebeu e acolheu nas cirurgias.

Aos meus colegas, amigos e à minha família, um agradecimento especial pelo apoio contínuo ao longo de mais um percurso académico.

A todos, o meu muito obrigado!

Abreviaturas

BOC – Bloco Operatório Central

CAEC – Carcinoma Espinocelular

CCP – Clínica da Cabeça e Pescoço

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EAM – Enfarto Agudo do Miocárdio

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

IPO Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

MEN - Multiple Endocrine Neoplasia

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TC – Tomografia Computorizada

RMN – Ressonância Magnética

Índice de figuras

Figura 1 Monitor relaxamento muscular.	8
Figura 2 Ecrã monitor sala de operação.	8
Figura 3 Classificação de Mallampati	8
Figura 4 Lesão freio lingual.....	11
Figura 5 Perfuração palatina e prótese com obturador palatino.....	12
Figura 6 Paciente sem prótese.	12
Figura 7 Paciente com prótese.....	12
Figura 8 Prótese com rebasamento temporário.	13
Figura 9 Prótese com rebasamento definitivo.	13
Figura 10 Lesão recidivada lábio inferior.....	13
Figura 11 Lesão crista óssea inferior esquerda.....	14
Figura 12 Lesão pediculada palatina.	14
Figura 13 Esvaziamento cervical.....	15
Figura 14 Pelviglossectomia parcial esquerda.....	15
Figura 15 Esvaziamento cervical.....	15
Figura 16 Maxilectomia parcial direita.	15
Figura 17 Sutura esvaziamento cervical.....	16
Figura 18 Esvaziamento cervical.....	16
Figura 19 Esvaziamento cervical e traqueostomia.	16
Figura 20 Esvaziamento cervical.....	17
Figura 21 Pelviglossectomia parcial esquerda.....	17
Figura 22 Mandibulectomia marginal.	17
Figura 23 Lesão marginal da língua.	18
Figura 24 Esvaziamento cervical e Glossectomia parcial esquerda.	18

Índice de tabela

Tabela 1 Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.....	6
---	---

Índice

Resumo	II
Agradecimentos	III
Abreviaturas	IV
Índice de Figuras.....	V
Índice de Tabelas.....	V
Índice.....	VI
1. Introdução	1
2. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.....	3
2.1 Departamentos e Serviços	4
2.1.1 Área de Gestão Cirúrgica.....	4
2.1.2 Área de Gestão Médica.....	4
2.1.3 Área de Gestão Meios Comp. de Diagnóstico e Terapêutica.....	5
3. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas	6
3.1 No Bloco Operatório Central.....	7
3.2 Na Clínica de Cabeça e Pescoço.....	10
4. Casos Clínicos	10
4.1 Casos Clínicos Ambulatório	10
4.2 Casos Clínicos Bloco Operatório.....	14
5. Considerações Pessoais	18
6. Conclusão	20
Bibliografia	21

1. Introdução

Através do acordo firmado entre a unidade curricular Monografia/Relatório de Estágio, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO Porto), fica possibilitado a dois estudantes, a realização de um estágio curricular, durante o último semestre do curso, sob tutela do Dr. José Carlos Pereira, que por motivos pessoais, se encontra afastado e foi substituído pela Dra. Rita Canotilho.

O consumo de álcool e tabaco são ainda os principais fatores de risco do cancro da cavidade oral, laringe, orofaringe, e hipofaringe, que representam 75% do carcinoma da Cabeça e Pescoço ¹.

O tratamento ideal depende da localização do tumor primário, do estadiamento da doença e da expectativa de sequelas funcionais versus o controlo oncológico possível. Os estádios iniciais são habitualmente tratados com uma modalidade terapêutica, cirurgia ou radioterapia. Contudo estádios localmente avançados requerem uma combinação variável de radioterapia, cirurgia, quimioterapia, imunoterapia e outros novos fármacos ².

O diagnóstico precoce é considerado fundamental pois numa fase inicial o tratamento deste cancro tem uma taxa de sucesso de 80% ³.

A Cirurgia da Cabeça e Pescoço é a especialidade médica que trata de patologias e condições que afetam a cavidade oral, cavidade nasal, faringe, laringe, glândulas salivares e estruturas ganglionares cervicais ². No IPO do Porto, o Serviço de Oncologia Cirúrgica assegura o tratamento das patologias da cavidade oral, glândulas salivares e pescoço³.

Assim como todos os cancros, de forma geral, a deteção e intervenção o mais precoce de patologias da cabeça e do pescoço é determinante no sucesso do seu tratamento. Os médicos dentistas, com sua área de atuação em boca, têm muitas vezes a oportunidade precoce de detetar lesões presentes na cavidade oral ainda em fase inicial, o que não acontece com tanta frequência nas outras regiões da cabeça e do pescoço ¹. Estas patologias comumente se manifestam por uma ou mais alterações tais como: aumento do volume/deformação do pescoço, alterações na pele da face ou

pescoço, disfonia (alterações do timbre da voz/rouquidão), disfagia (dificuldade) ou odinofagia (dor) ao engolir, presença de sangue na saliva ou na boca, aparecimento de leucoplasias (manchas brancas) ou eritroplasias (manchas vermelhas) na mucosa da boca, ou feridas de longa duração que não cicatrizem, tumefações ou feridas dos maxilares que prejudicam a adaptação ou causam desconforto ao usar as próteses dentárias, entre outros ³. A presença de uma destas alterações não significa a existência de um cancro, mas a necessidade de uma consulta especializada.

O tabagismo (cigarros, charutos, cachimbo, narguilé, etc.), consumo excessivo de álcool, infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) – especialmente o tipo 16, exposição solar excessiva (lábio inferior), mucosas lesionadas cronicamente, má Higiene Oral e doença periodontal crônica são principais fatores de risco para o surgimento destes tumores ².

Muito comumente, os tratamentos das patologias da cabeça e pescoço trazem consigo consequências (sequelas) que tem grande relevância. A principal opção terapêutica é a excisão cirúrgica da neoplasia, coadjuvada, por vezes, com a Radioterapia (RT) e/ou Quimioterapia (QT). Quando se trata de lesão de pequena dimensão, procede-se com a Biópsia Excisional, que consiste na remoção completa da lesão para estudo histológico, ou seja: ela é diagnóstica e terapêutica; porém quando se trata de lesão de maior dimensão, procede-se com a Biópsia Incisional, que consiste de colheita cirúrgica de amostra da lesão para diagnóstico histológico.

A Cirurgia Oncológica é por muitas vezes mutilante, o que compromete a qualidade de vida do doente significativamente e tem como objetivo principal a extirpação completa da lesão, de preferência com margens de segurança o que, com frequência, causa grandes alterações anatômicas, funcionais ou estéticas, e comumente precisa da participação da Cirurgia Plástica para reconstrução ³.

A Radioterapia (RT) teve grande melhoria em termos de precisão e dosagem com os avanços tecnológicos de imagem, mas muito comumente causa lesões actínicas por vezes transitórias e permanentes. Em termos de alterações transitórias, enquadram-se a mucosite, o aumento da viscosidade das secreções salivares, infecções das mucosas, dor e alterações sensitivas, e com relação as alterações permanentes, as mais frequentes o endurecimento dos tecidos, a perda ou alteração de função das glândulas salivares levando a aumento de suscetibilidade para a doença periodontal, cáries e infecções das mucosas, a dor neuropática, alterações sensitivas. Tudo isto decorrente

da intensa injúria e reação inflamatória local provocada pela radioterapia nos tecidos adjacentes ⁵.

Desta forma, no estágio, percebeu-se que é primordial a identificação, encaminhamento e detecção de todas as lesões ainda na sua fase inicial, tornando os tratamentos mais simples e menos mutilantes. “Mais fácil e mais simples tratar neoplasias nas fases iniciais”.

2. O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Em 1968 houve o lançamento da primeira pedra para construção do IPO Porto, que contou com a presença do Senhor João dos Santos Ferreira, o grande impulsionador da criação do Centro do Porto do IPO. Teve, finalmente, suas atividades iniciadas em 1974. Em 1993 houve a inauguração do Edifício Central – Cirurgia no qual o Bloco Operatório se localiza no quarto pavimento e o ambulatório no terceiro ⁶.

O IPO Porto é um hospital quaternário, centro de referência em oncologia e tratamento do cancro, é ranqueado como um dos melhores hospitais de Oncologia do país, oferecendo tratamentos avançados, o que inclui desde consultas, cirurgias, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT), assim como, acompanhamento e suporte ao paciente e à sua família ¹.

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. é uma entidade pública empresarial. É dirigido por um Conselho de Administração, nomeado pelos acionistas do Estado, que responde pelo bom funcionamento técnico, humano e financeiro da Instituição. É uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial ⁸.

O IPO – Porto tem como missão a prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, centrados no doente, não descurando a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da Oncologia, com o objetivo de garantir os mais elevados níveis de qualidade, humanismo e eficiência ⁷. A Clínica da Cabeça e Pescoço é a unidade do IPO Porto dedicada à prestação de cuidados de saúde ao doente com lesões

O Cancro Espinocelular da Cabeça e Pescoço (CECC), também chamado de Carcinoma de Células Escamosas, é o tipo histológico mais comum de câncer que ocorre na região de cabeça e pescoço. Os locais mais frequentes de CECC são a laringe, a faringe e a cavidade oral ³.

O tratamento do cancro da Cabeça e Pescoço exige uma equipa diferenciada e multidisciplinar, o que caracteriza esta Clínica e a posiciona num lugar distinto a nível nacional.

Nesta unidade hospitalar de 352 leitos de internamento, distribuídos em um Serviço de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Intermédios e está organizado da seguinte forma: 6 Departamentos, 38 Serviços Assistenciais (distribuídos pelos 6 departamentos) ⁷.

2.1 Departamentos e Serviços

2.1.1 Área de Gestão Cirúrgica

a) Departamento de Anestesiologia e Medicina Intensiva

- i. Serviço de Anestesiologia;
- ii. Serviço de Medicina Intensiva;
- ii. Emergência Médica Intra-hospitalar;
- iv. Unidade de Dor.

b) Departamento de Cirurgia

- i. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- ii. Serviço de Cirurgia Torácica;
- iii. Serviço de Dermatologia;
- iv. Serviço de Estomatologia;
- v. Serviço de Ginecologia;
- vi. Serviço de Neurocirurgia;
- vii. Serviço de Oftalmologia;
- vi. Serviço de Oncologia Cirúrgica;
- ix. Serviço de Ortopedia;
- x. Serviço de Otorrinolaringologia;
- xi. Serviço de Urologia.

2.1.2 Área de Gestão Médica

c) Departamento de Medicina

- i. Serviço de Cardiologia;
- ii. Serviço de Endocrinologia;

- iii. Serviço de Gastroenterologia;
- iv. Serviço de Genética Médica;
- v. Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
- vi. Serviço de Medicina Interna;
- vii. Serviço de Nefrologia;
- viii. Serviço de Neurologia;
- ix. Serviço de Imuno-hemoterapia;
- x. Serviço de Pneumologia;
- xi. Serviço de Psiquiatria;
- xii. Serviço de Terapia Celular.

d) Departamento de Medicina Oncológica

- i. Serviço de Cuidados Paliativos;
- ii. Serviço de Onco-Hematologia;
- iii. Serviço de Oncologia Médica;
- iv. Serviço de Pediatria Oncológica;
- v. Serviço de Transplantação de Medula Óssea.

2.1.3 Área de Gestão de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

e) Departamento de Ciências da Imagem e Radio Oncologia

- i. Serviço de Braquiterapia;
- ii. Serviço de Medicina Nuclear;
- iii. Serviço de Radiologia;
- iv. Serviço de Radiologia de Intervenção;
- v. Serviço de Radioterapia.

f) Departamento de Patologia e Medicina Laboratorial

- i. Serviço de Anatomia Patológica;
- ii. Serviço de Genética Laboratorial;
- iii. Serviço de Patologia Clínica.

O IPO Porto tem 4 Unidades Funcionais (Bloco Operatório Central e de Ambulatório, Hospital de Dia, Serviço de Atendimento Não Programado e Unidade de Cuidados Intermédios ³).

Para além disto, o atendimento em ambulatório foi organizado em Clínicas de Patologia, ou seja, em unidades funcionais específicas para cada tipo de patologia diferente.

No total, foram criadas 11 Clínicas de Patologia (Cabeça e Pescoço, Sistema Nervoso, Onco-Hematologia, Mama, Patologia Digestiva, Pediatria, Pele/Tecidos Moles/Osso, Pulmão, Ginecologia, Tumores Endócrinos –e Urologia). As atividades foram desenvolvidas na Clínica da Cabeça e Pescoço (CBC), localizada no terceiro piso, e no Bloco Operatório Central (BOC), localizado no quarto piso do Edifício Central do IPO Porto.

3. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas

O estágio iniciou-se no dia 5 de Março, com a Dra. Rita Canotilho (responsável pelo estágio) no Gabinete 11 da Clínica de Cabeça e Pescoço.

O estágio decorreu entre 5 de Março e 25 de Junho de 2025 (Tabela 1), num total de 120h.

O horário cumprido foi o seguinte:

- Segunda-feira, das 9 horas às 13 horas – observação de cirurgias no BOC. Porém habitualmente chegava mais cedo, por volta das oito e trinta, para ter oportunidade de acompanhar o preparo dos pacientes e o início das anestésias.
- Quarta-feira, das 9 horas às 13 horas – observação das consultas realizadas na Clínica da Cabeça e Pescoço.

Tabela 1 Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.

MARÇO	5	10	12	17	19	24	26	31
CCP	X		X		X		X	
BOC		X		X		X		X

ABRIL	2	4	9	11	16	18	25
CCP		X		X		X	
BOC	X		X		X		X

MAIO	5	7	12	14	19	21	26	28
CCP		X		X		X		X
BOC	X		X		X		X	

JUNHO	2	4	9	11	16	18	23	25
CCP		X		X		X		X
BOC	X		X		X		X	

Nota: X – Semana não letiva

Este estágio teve, deste modo, como objetivos, acompanhar os procedimentos tanto no Bloco Operatório como nas consultas da Clínica de Cabeça e Pescoço, visando enriquecer os conhecimentos sobre técnicas anestésico-cirúrgicas, os materiais e técnicas necessárias a um bom diagnóstico e tratamento das patologias encontradas.

Nenhum caso atendido no ambulatório pré-operatório foi visto no BOC, e nem vice-versa, caso operado no bloco visto no ambulatório pós-operatório.

Em suma, com este relatório pretende-se dar a conhecer as experiências adquiridas nestes quatro meses.

3.1 No Bloco Operatório Central

Às segundas-feiras, o estágio era no BOC, consistia na observação de anestésias e cirurgias do Serviço da Cabeça e Pescoço, o que me possibilitou acompanhar o tratamento cirúrgico de diferentes patologias que acometem esta região.

A equipa era composta de cirurgião principal, os cirurgiões ajudantes, o médico anestesista, internos da cirurgia e da anestesia, uma enfermeira instrumentista, uma enfermeira circulante e uma enfermeira anestesista.

Com o objetivo de acompanhar o preparo da sala de cirurgia, do preparo paciente, a indução anestésica, sempre cheguei mais cedo, antes de iniciar a cirurgia propriamente dita.

Todas as cirurgias foram realizadas sob Anestesia Geral Veno-Inalatória. As anestésias com indução com Propofol, Fentanil, Rocurônio e manutenção com Sevoflurane. Todos os pacientes com monitorização padrão: oximetria de pulso, eletrocardiografia (Fig. 2), monitor de relaxamento muscular – (TOF) Train Of Four (Fig. 1), índice bispectral, tensão arterial periférica e invasiva, temperatura. Realizadas intubações orais, nasais e, dependendo do caso, traqueostomias. Houve um caso com anatomia orofaríngea desfavorável (Mallampati III) (Fig. 3), foi feita intubação com videolaringoscópio.



Figura 1 Monitor relaxamento muscular.

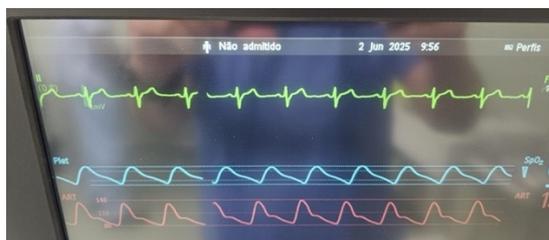


Figura 2 Ecrã monitor sala de operação.



Figura 3 Classificação de Mallampati

Como a maioria das cirurgias eram de longa duração, devido o seu nível de dificuldade e complexidade, muitas vezes com tempos distintos: esvaziamento cervical, exérese do tumor e reconstrução, infelizmente não me foi possível assistir a todas as cirurgias até ao fim.

Neste estágio no Bloco Operatório foi possível assistir a diversos procedimentos anestésico/cirúrgicos relacionados, entre eles:

•Intubação oral/nasal

Introdução de uma cânula pelo nariz ou boca, através do qual se realiza a ventilação (respiração) do paciente durante a anestesia.

- **Punção artéria radial**

Introdução de um cateter na artéria radial para monitorização contínua da tensão arterial.

- **Cateterismo vesical**

Introdução da algalia uretral para drenagem e medição do débito urinário.

- **Traqueostomia**

Introdução cirúrgica de cânula, logo acima da furca jugular, na traqueia, para respiração do paciente; pode ser temporária ou definitiva... dependendo do planeamento cirúrgico.

- **Esvaziamento cervical**

Consiste na remoção dos gânglios linfáticos cervicais, pelos quais ocorre a drenagem da região oral e face, sendo possível via de disseminação do tumor e também usado para fazer o estadiamento do tumor, pois dá-nos informações pertinentes quanto o acometimento e grau de evolução de possíveis metástases e a quantidade de gânglios que estão afetados ⁵.

- **Mandibulectomia**

É um procedimento cirúrgico que pode ser classificado em termos de dimensão, é denominada como uma *mandibulectomia marginal* quando é apenas removida uma pequena parte no osso mandibular, sem seccionar transversalmente a mandíbula, apenas resseca-se margem do osso, geralmente na face interna, e *mandibulectomia segmentar* quando se remove um segmento, envolvendo uma fração do osso, em toda a sua espessura, sendo necessária sua reconstrução com haste metálica ².

- **Submandibulectomia**

A submandibulectomia consiste na excisão da glândula submandibular ⁵.

- **Parotidectomia**

É a excisão cirúrgica da glândula parótida, pode ser parcial ou total. É um procedimento tecnicamente delicado porque o Nervo Facial atravessa a parótida podendo, no caso de lesão, causar paralisia definitiva ⁵.

- **Glossectomia**

Cirurgia da língua, que pode ser total ou parcial, sendo normalmente classificada de acordo os seguintes termos: lateralidade e proporção de tecido removido. Nos casos de lesões malignas ou pré-malignas da língua é o procedimento mais comumente realizado e com certa margem de segurança ⁹. Nos casos em que as lesões também acometem o pavimento da boca, faz-se necessário um procedimento mais radical, com uma excisão mais extensa, incluindo as estruturas presentes no pavimento da boca e uma porção da língua, denominando-se *pelveglossectomia*, podendo ser associada a uma mandibulectomia.

3.2 Na Clínica de Cabeça e Pescoço

Às quartas-feiras o estágio era nas consultas externas na Clínica de Cabeça e Pescoço, onde se realiza o atendimento inicial, diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento de doentes acometidos de neoplasias do cabeça e pescoço. Nesta parte do estágio foi possível observar diversos atendimentos: consultas de seguimento, primeiras consultas, nas quais o paciente foi encaminhado por um profissional da saúde (médico de família, médico dentista, ...) ou é referenciado pelos Cuidados de Saúde Primários ou pelo Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), um outro serviço de Detecção Precoce do Cancro Oral.

Na primeira consulta, como qualquer outro atendimento médico são realizados diversos procedimentos: anamnese, exame físico (inspeção, palpação, ...), solicitação de exames complementares de diagnóstico (análises laboratoriais, radiografia, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância Magnética, ...), e até mesmo biópsia por pinça (Incisional), todos estes procedimentos são realizados no próprio IPO-Porto, de modo a complementar a investigação do caso do paciente para se efetuar um planeamento o quanto antes para definir opções de tratamento.

4. Casos Clínicos

4.1 Casos Clínicos – Ambulatório

Caso #1

Paciente sexo feminino, 67 anos, diagnóstico de carcinoma espinocelular (CaCEC) bordo direito da língua, submetida a hemiglossectomia e esvaziamento cervical direito em Fevereiro 2022, seguida de Radioterapia coadjuvante. Em Março 2024 teve novo diagnóstico de Carcinoma Epidermóide de esôfago torácico, tratado com Quimioterapia (QT) e instalada Gastrostomia Percutânea Endoscópica. Retorna com recidiva da lesão lingual. Proposto tratamento paliativo.

Caso #2



Figura 4 Lesão freio lingual.

Paciente sexo masculino, 52 anos, diagnóstico de Carcinoma Epidermóide Invasor, por biópsia incisional, no freio língual (Fig. 4). Paciente grande fumador há anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – dependente do uso contínuo de oxigênio. Encaminhado para ambulatório de Anestesiologia para avaliação cirúrgica.

Caso #3

Paciente sexo feminino, 81 anos, submetida à exérese de palato em 2020. Retorna para última consulta de seguimento pós-operatório, está de alta do cancro. Porém como sequela ficou com perfuração palatina que permite comunicação oro-nasal (Fig. 5) e queixa-se de eliminação alimentar pelo nariz ao comer ou beber. É edêntula e não tem queixa da voz anasalada, apesar da grande dificuldade de se compreender o seu discurso, e nem se incomodava com a falta dos dentes (Figs. 6 e 7)



Figura 5 Perfuração palatina e prótese com obturador palatino.

Após discutir o caso com os Professores Maria Helena Figueiral e Manoel Sampaio, convidei a paciente para ser atendida na Clínica FMDUP. Na consulta fomos informados que ela já tinha Prótese Total Removível superior (com obturação palatina) (Fig. 5) e inferior que não conseguiu usar por causar lhe grande desconforto.

Feito rebasamento com Condicionador (*Soft Tissue*) (Fig. 8), que corrigiu a adaptação e ajuste das próteses e, de imediato, já se percebeu a melhora da fala, estética facial (Figs. 6 e 7) e conseguiu beber água sem refluxo nasal.



Figura 6 Paciente sem prótese.



Figura 7 Paciente com prótese.



Figura 8 Prótese com rebasamento temporário.

Após 2 semanas de uso diário das próteses, foi feito rebasamento definitivo em acrílico (Fig. 9).



Figura 9 Prótese com rebasamento definitivo.

Caso #4

Paciente sexo feminino, 59 anos, em 2015 submeteu-se a ressecção de Carcinoma Espinocelular (CaEC) lábio inferior. Há aproximadamente 3 semanas apresentou-se com recidiva da lesão (Fig. 10).



Figura 10 Lesão recindivada lábio inferior.

Caso #5

Paciente sexo feminino, 76 anos, com lesão ulcerada na crista óssea inferior esquerda (Fig. 11), já feita biópsia com diagnóstico de CAEC, retorna para avaliação pré-operatória.



Figura 11 Lesão crista óssea inferior esquerda.

Caso #6

Paciente sexo feminino, 52 anos, com lesão palatina pediculada (Fig. 12), de crescimento lento, não sabe informar, de consistência macia e não cística. Paciente queixa-se no momento lesão está dificultando a fala e a deglutição. Feita biópsia sem malignidade. Tomografia Axial Computadorizada (TAC) sem alterações. Encaminhada para cirurgia.



Figura 12 Lesão pediculada palatina.

4.2 Casos Clínicos – Bloco Operatório

Caso #1

Paciente sexo masculino, 83 anos, Mallampati I, ASA III, diagnóstico de CAEC bordo esquerdo da língua com provável metastização ganglionar cervical. Operação proposta: Pelviglossectomia Parcial esquerda (Fig. 14) com esvaziamento cervical radical modificado esquerdo (Fig. 13) e reconstrução. Anestesia Geral veno inalatória com entubação nasal.



Figura 13 Esvaziamento cervical.



Figura 14 Pelviglossectomia parcial esquerda.

Caso #2

Paciente sexo masculino, 65 anos, Mallampati II, ASA II, diagnóstico de CAEC crista óssea superior direita. Operação proposta: ressecção alargada com maxilectomia parcial direita (Fig. 16), esvaziamento cervical direito seletivo (Fig. 15) e reconstrução (Fig. 17). Anestesia Geral veno-inalatória com entubação nasal.

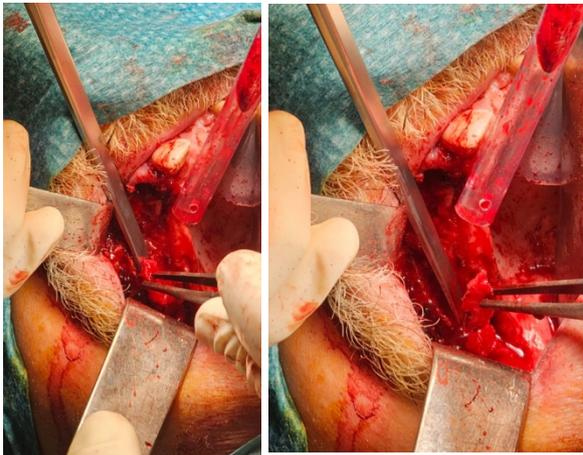


Figura 16 Maxilectomia parcial direita.

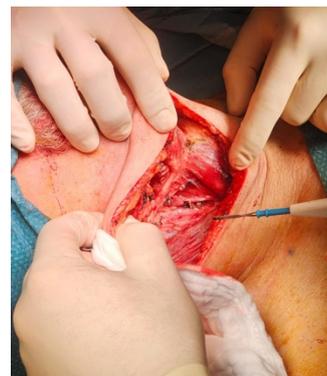


Figura 15 Esvaziamento cervical.



Figura 17 Sutura esvaziamento cervical.

Caso #3

Paciente sexo masculino, 57 anos, Mallampati III, ASA III, fumador 40 cigarros/dia, dos 12 aos 53 anos. Diagnóstico de CAEC de língua. Operação proposta: pelviglossectomia direita com esvaziamento cervical seletivo (Fig. 18) com traqueostomia (Fig. 19). Anestesia Geral veno-inalatória com entubação oral e de seguida trocada para traqueostomia.



Figura 18 Esvaziamento cervical.



Figura 19 Esvaziamento cervical e traqueostomia.

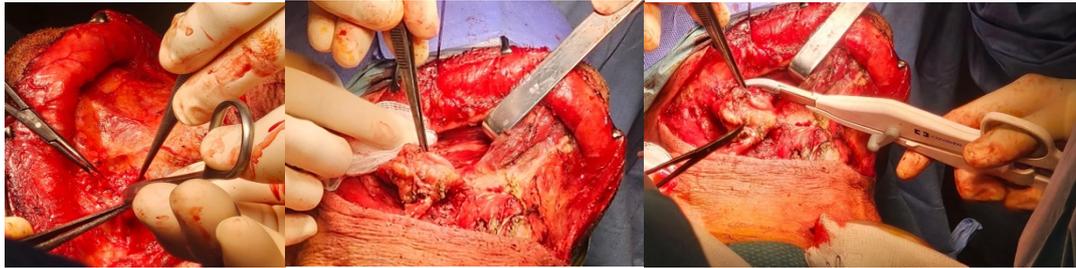


Figura 20 Esvaziamento cervical.

Caso #4

Paciente sexo masculino, 59 anos, Mallampati não avaliável devido retração da língua, ASA III, fumador 20 cigarros/dia, há 40 anos, consumo abusivo de álcool. Diagnóstico de CAEC de língua com metastização ganglionar cervical.



Figura 21 Pelviglossectomia parcial esquerda.

Operação proposta: pelviglossectomia parcial esquerda (Fig. 21) com mandibulectomia marginal (Fig. 22) com esvaziamento cervical radical com traqueostomia. Anestesia Geral veno-inalatória com entubação oral e e, seguida trocada para traqueostomia.

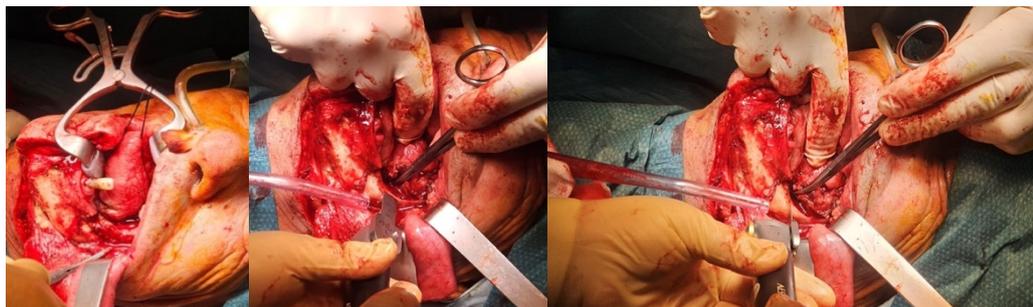


Figura 22 Mandibulectomia marginal.

Caso #5

Paciente sexo masculino, 56 anos, Mallampati II/III, ASA III. Diagnóstico de CaEC bordo esquerdo da língua (Fig. 23). Operação proposta: glossectomia parcial esquerda (Fig. 26) com esvaziamento cervical seletivo esquerdo (Fig. 24) com traqueostomia.

Anestesia Geral veno-inalatória com entubação oral e em seguida trocada para traqueostomia.



Figura 23 Lesão marginal da língua.



Figura 24 Esvaziamento cervical e Glossectomia parcial esquerda.

5. Considerações Pessoais

No estágio, me foi possível perceber a importância de, como profissional da saúde - médico dentista, temos de ter ao nos deparar com qualquer lesão suspeita... como agentes de saúde temos de ter atitude promotora de hábitos saudáveis, desestimular os hábitos nocivos como o tabagismo e o consumo de álcool.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar o quanto grave, preocupante é a simples suspeita de ter um cancro da cabeça e pescoço ou qualquer outro sítio, o impacto que pode ter na vida dos pacientes, familiares, bem como, a importância de uma abordagem precoce e multidisciplinar no seu tratamento.

Durante os quatro meses do estágio no IPO Porto, deparei-me com situações muito diversas, tanto no ambulatório: paciente com lesão suspeita sem malignidade na cavidade oral, paciente com lesão com diagnóstico de neoplasia maligna sem nenhum fator de risco identificado e paciente grande fumador há anos com lesão avançada na

boca... Já no Bloco cirúrgico vimos desde o paciente com lesão maligna inicial e tratamento menos agressivo até paciente com lesão agressiva recidivante e tratamento cirúrgico extenso e traqueostomia definitiva.

Ter participado deste estágio, enquanto estudante a terminar o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, foi muito enriquecedor, proporcionando-me a oportunidade de ficar a conhecer o funcionamento de um hospital oncológico e de acompanhar a equipa médica nas cirurgias e nas consultas.

Portanto tenho como positiva a realização do estágio. Sou grato pela oportunidade e estou certo de que toda a experiência enriquecerá o meu futuro profissional, permitindo a uma maior sensibilidade para ser vigilante com as lesões orais e o diagnóstico destas patologias.

6. Conclusão

O estágio, no ambiente Hospitalar - ambulatório e bloco cirúrgico, propiciou-me experiências que não seria possível na FMDUP. Ao mesmo tempo vi na prática ensinamentos de lesões que devem ser analisadas com maior profundidade e outras sem relevância clínica; cirurgia menos agressiva de lesão sem metástase ganglionar e outras cirurgias extensas com esvaziamento cervical bilateral e traqueostomia definitiva.

Foram quatro meses de observação de consultas, anestesia e cirurgias na especialidade de Cabeça e Pescoço.

Me foi muito enriquecedor perceber os aspetos psicossociais relacionados com o tratamento do cancro, tanto para os pacientes, os familiares e profissionais.

O objetivo deste estágio no IPO Porto, é aprender a identificar as lesões de forma prática, a conhecer os procedimentos realizados na investigação delas, pois durante o curso na FMDUP ficamos limitados à teoria apenas, conhecer as opções terapêuticas, cirúrgicas e clínicas, existentes atualmente. Acredito ter alcançado o objetivo. Me sinto hoje bem mais seguro e confiante ao atender pacientes e saber como me conduzir diante das alterações da cavidade oral.

Bibliografia

1. Amsel Z, Strawitz JG, Engstrom PF. The dentist as a referral source of first episode head and neck cancer patients. *J Am Dent Assoc.* 1983 Feb;106(2):195-7. doi: 10.14219/jada.archive.1983.0391. PMID: 6572673
2. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet.* 2008 May 17;371(9625):1695-709. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60728-X. PMID: 18486742; PMCID: PMC7720415.
3. SNS, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE [Available from: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/instituto-portugues-oncologia-do-porto-francisco-gentil-epe/> (acedido em 18/06/2025)]
4. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, Heavilin N, Zumsteg ZS. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer Med.* 2017 Dec;6(12):2918-2931. doi: 10.1002/cam4.1221. Epub 2017 Oct 25. PMID: 29071801; PMCID: PMC5727249.
5. Seethala RR. Current state of neck dissection in the United States. *Head Neck Pathol.* 2009 Sep;3(3):238-45. doi: 10.1007/s12105-009-0129-y. Epub 2009 Aug 7. PMID: 20596978; PMCID: PMC2811628.
6. IPO, História [Available from: <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/historia/> (acedido em 18/06/2025)]X. IPO, HISTORIA [Available from: <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/historia/> (acedido em 18/06/2025)] XI.IPO, SOBRE O IPO <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/sobre-o-ipo/>
7. IPO, Valores e Missão [Available from: <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/missao-valores-e-objetivos/> (acedido em 18/06/2025)]
8. Regimento Interno IPO [Available from: https://ipoporto.pt/wpsite_2020/wpcontent/uploads/2024/11/RegulamentoInternoHomologado-20.10.2021.pdf(acedido em 18/06/2025)]
9. Cleveland Clinic, Mandibulectomy [Available from:<https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/23455-mandibulectomy> (acedido em 15/06/2025)]

10. Cumpston E, Chen P. Submandibular Excision. [Updated 2023 Feb 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568740/> (acedido em 18/06/2025)
11. El Sayed Ahmad Y, Winters R. Parotidectomy. 2023 Jan 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32491583.