



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTARIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CIRURGIA EXTRADIGESTIVA
REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE DO
PORTO**

Sara Marlene dos Santos Pedrosa

Orientador

Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton

Porto, 27 de Junho de 2022

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da “Monografia/ Relatório de Estágio” integrado no 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, o qual tem como finalidade refletir, descrever e apresentar todas as atividades que foram desenvolvidas durante o período de duração de estágio (136h). O estágio decorreu no Centro Hospitalar da Universidade do Porto, situado na cidade do Porto, no Serviço de Cirurgia Extradigestiva, no período compreendido entre 7 de fevereiro a 17 de junho de 2022.

Teve como principais objetivos o conhecimento da Instituição, a mobilização de diversas competências (conhecimentos, atitudes e aptidões) relativas à área da saúde e, em particular na área da medicina dentária, no envolvimento e interação com o utente, na experiência de trabalho em equipa multidisciplinar e na adaptação à vida profissional.

Durante o estágio curricular supervisionado tive a oportunidade de vivenciar uma rotina hospitalar vinculada ao ensino, acompanhando os médicos nas visitas matinais aos doentes internados e cirurgias, e assim, adquirindo novos conhecimentos teóricos e práticos em ambas as áreas de clínica médica e clínica cirúrgica de patologias extradigestivas. Com a elaboração deste relatório pretende-se descrever o período de estágio, desde o local, estrutura e funcionamento, atividades desenvolvidas, assim como relatar e discutir um caso clínico-cirúrgico o qual tive oportunidade de acompanhar durante o meu estágio e que despertou em mim um grande interesse.

Considero que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados. Este estágio permitiu-me um íntimo contacto com a especialidade de cirurgia extradigestiva em ambiente hospitalar, o que me permitiu ter conhecimento sobre todas as suas possibilidades e vantagens, enriquecendo assim a minha formação médica.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, por me ter mostrado o caminho, sendo ele sempre a estrela mais brilhante do meu céu. Agora acompanhado pelo meu amor mais pequenino!

Ao meu companheiro que esteve incondicionalmente ao meu lado nesta jornada, que confiou e me apoiou em todas as decisões e que também ele se sacrificou para que eu realizasse este meu sonho. O que me estende a mão e me levanta quando estou no chão ou que me leva ao colo se me faltarem as forças!

À minha filha, por me motivar a ser sempre a melhor versão de mim e por me inspirar a ver o mundo com outros olhos. Desculpa todos os momentos em que estive ausente!

Aos meus tios, que partilharam comigo esta caminhada e foram parte integrante de todo o processo, pelo apoio e amor incondicional.

À minha prima, pelo acompanhamento e amor dispensados. Ela que acreditou sempre mais em mim do que eu mesma!

Aos meus ex-patrões e amigos, João e Liliana, pela confiança, incentivo, ajuda pessoal e profissional que me proporcionaram ao longo de todos estes anos. Eles que foram os grandes impulsionadores para o início desta grande aventura!

À Professora Doutora Ana Norton pelas orientações, disponibilidade e apoio demonstrados ao longo do meu percurso académico e especialmente durante a realização deste relatório. É uma verdadeira inspiração!

.... Muito obrigada!

ABREVIATURAS

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

HSA – Hospital Santo António

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso

CGM – Centro de Genética Médica Doutro Jacinto Magalhães

CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

SCECHP – Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Centro Hospitalar do Porto

SU – Serviço de Urgência

CE – Consulta Externa

ECG – Electrocardiograma

BO – Bloco Operatório

CEC – Carcinoma espinocelular

CBC – Carcinoma basocelular

MAC – Cuidados anestésicos monitorizados

OMS – Organização Mundial de Saúde

Kg – Kilogramas

IMC – Índice de massa corporal

cm – centímetros

mm – milímetros

Cp – comprimido

TC – Tomografia computadorizada

PNI – Invasão perineural

TC-TAP – Tomografia computadorizada do tórax, abdómen e pelvis

TC- PET – Tomografia computadorizada com emissão de positrões

DGS – Direção Geral de Saúde

UV – Ultravioleta

ASA - American Society of Anesthesiologists

M. ECM – Músculo esternocleidomastoideu

M. trapézio – Musculo trapézio

VJI – Veia jugular interna

g – gramas

TMN - Tumor- Nodes- Metastasis

UICC - União Internacional Contra o Cancro

MRND – Esvaziamento cervical radical modificado

HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular

IBP- Inibidor da Bomba de Protões

Sumário

RESUMO	I
AGRADECIMENTOS	II
ABREVIATURAS	III
1. Introdução e enquadramento.....	1
1.1. Organização do relatório de estágio.....	1
2. Caracterização do CHUP	2
2.1. Caracterização do serviço de cirurgia extradigestiva do CHUP	2
2.1.1 Recursos Humanos.....	3
2.1.2. Composição do espaço físico do serviço	3
3. Atividade Assistencial	4
3.1. Internamento/ Enfermaria.....	4
3.2. Consulta Externa	5
3.3. Bloco Operatório.....	5
4. Discussão	9
Caso Clínico: Carcinoma espinocelular retroauricular esquerdo	9
Identificação	9
Dados antropométricos	9
Antecedentes pessoais	9
História de doença atual.....	9
Medicação Habitual.....	10
Exame Físico.....	10
Exames complementares de diagnóstico	10
Diagnóstico	13
Tratamento – Cirurgia.....	14
Pós-operatório.....	24
Evolução	24
Comentários	25
Conclusão	26
Bibliografia	27
ANEXOS	29
ANEXO I - Tabela de recomendações para o pedido de exames pré-operatórios para cirurgia electiva, não cardíaca do CHUP	I
ANEXO II - Protocolo de Jejum pré-operatório do CHUP	III
ANEXO III - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS/ DGS.....	V
ANEXO IV - Modelo de Declaração de forma de divulgação do trabalho.....	VII

ANEXO V - Declaração de autoria do trabalho apresentado	IX
ANEXO VI - Cumprimento das diretivas da UP.....	XI
ANEXO VII - Parecer do Orientador/Coorientador para entrega definitiva do trabalho apresentado.....	XIII

1. Introdução e enquadramento

A unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária permitiu-me ter a oportunidade de realizar um estágio prático no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do CHUP, possibilitando-me assim, ao frequentar um centro cirúrgico de referência, aprofundar conhecimentos teóricos e promover a aprendizagem prática sobre as patologias mais frequentemente tratadas neste serviço de cirurgia.

O estágio decorreu no 2º semestre do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Teve a duração de 136h no período compreendido entre 7 de fevereiro a 17 de junho de 2022 e decorreu sob tutela do responsável do serviço de cirurgia extradigestiva – Dr. Vítor Valente e com participação dos especialistas e internos do mesmo serviço, orientado pela Professora Doutora Ana Paula Norton. O referido estágio, decorreu por turnos semanais, 1 matutino das 9h00 às 13h00, dedicados maioritariamente a passagem de visita matinal, cuidados de enfermagem e registos clínicos e 1 turno vespertino das 14h00 às 19h00, alocado a acompanhamento de cirurgias em BO, todas as sextas-feiras.

A realização deste estágio surgiu na sequência da grande vontade de aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o Mestrado Integrado de Medicina Dentária numa vertente voltada para o atendimento em ambiente hospitalar.

Desta forma, ambicionei concretizar, integrar e ampliar os conhecimentos adquiridos durante o período académico, atentando na formação médica, nos cuidados prestados e implementados, na elucidação dos problemas mais comuns e nos esquemas farmacológicos adotados.

1.1. Organização do relatório de estágio

O relatório inicia-se com uma breve abordagem ao CHUPorto e a sua constituição enquanto unidade de saúde. Posteriormente, segue uma descrição da Unidade 2 do Serviço de Cirurgia Geral no âmbito do espaço físico, recursos humanos e atividades assistenciais desenvolvidas no serviço.

2. Caracterização do CHUP

O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto) foi criado em 1 de outubro de 2007 pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, altura em que o Hospital Geral de Santo António se fundiu com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e com a Maternidade de Júlio Dinis, aos quais se aliou o Hospital Joaquim Urbano em março de 2011 e o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães em maio de 2013.

Atualmente, o CHUPorto é composto por quatro polos: Hospital Santo António (HSA); Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN); Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGM) e Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

É um hospital central universitário vinculado ao ensino e à pesquisa na área da saúde, tendo como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população. Por conseguinte, disponibiliza diversos serviços como: urgência, anestesiologia, cuidados intensivos e emergência; cirurgia de ambulatório; cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia maxilo-facial e estomatologia, cirurgia no âmbito da urologia, serviço de angiologia e cirurgia vascular; medicina nos diversos serviços de cardiologia, dermatologia, doenças infecciosas, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia clínica, imunoalergologia, medicina interna, nefrologia, oncologia médica, pneumologia, unidade de imunologia clínica e unidade de doença vascular pulmonar; serviço de radiologia e medicina nuclear; neurociências; ortofisiatria e patologia.

2.1. Caracterização do serviço de cirurgia extradigestiva do CHUP

O serviço de cirurgia extradigestiva do CHUP faz parte do serviço de cirurgia geral, constituindo a unidade 2 desse serviço e localizado no 5º andar do Pólo HSA.

O corpo clínico é constituído por 8 médicos, 18 enfermeiros e 7 assistentes operacionais.

2.1.1 Recursos Humanos

Departamento de Cirurgia	
Administrador	Dr. Bruno Magalhães
Enfermeira Supervisora	Enfermeira Rosário Caetano Pereira

Serviço de cirurgia geral – unidade 2	
Diretor	Dr. Eurico Castro Alves
Responsável da unidade	Dr. Vitor Valente
Chefe de Serviço	Dr. Vitor Valente
Assistentes Hospitalares Graduados	Dr. José Polónia Dr. Moreira da Costa Dra. Isabel Novais Dra. Maria Dores Pombinho
Assistentes Hospitalares	Dra. Raquel Correia Dra. Tânia Teixeira Dra. Cláudia Paiva
Enfermeira Chefe	Filomena Martins
Encarregado Operacional	José Gabriel

2.1.2. Composição do espaço físico do serviço

Gabinete do Diretor de Serviço	Dr. Eurico Castro Alves
Gabinete do Responsável de Serviço	Dr. Vitor Valente
Gabinete da Enfermeira Chefe	Enfermeira Filomena Martins
Enfermaria	Constituída por 7 quartos com capacidade total de 19 doentes.
Sala de enfermagem	Onde se encontram os processos dos doentes e material necessário ao trabalho de enfermagem.

Sala de pensos	Realização dos cuidados de enfermagem e pequena cirurgia aos doentes internados.
Gabinete Médico	2
Casas de banho	4
Salas de chuveiro	4
Copa e refeitório	1

3. Atividade Assistencial

A atividade assistencial na unidade 2 do serviço de cirurgia geral decorreu essencialmente no internamento e Bloco Operatório (BO).

3.1. Internamento/ Enfermaria

Os doentes internados no SCECHP têm diversas proveniências: SU, CE hospitalar, encaminhamento por parte dos serviços médicos primários, nomeadamente o médico de família, referenciação de outros hospitais ou são transferidos de outros serviços deste hospital.

O internamento neste serviço da unidade 2 de cirurgia geral é partilhado com o serviço de cirurgia maxilofacial e estomatologia e apresenta capacidade para 19 doentes divididos por 7 quartos. A distribuição de quartos é elaborada tendo em conta o sexo e efetuada em função das necessidades momentâneas.

Diariamente, os médicos internos são escalados para a passagem de visita às 9h00 da manhã, acompanhados do médico especialista. A enfermeira responsável pelos doentes acompanha os médicos indicando alguma eventual complicação, ou alteração relativa a cada doente. Os doentes são devidamente observados, avaliados e estudados para posteriormente se discutir evolução clínica e se poder proceder a algum ajuste no plano terapêutico, evitando precocemente complicações, especialmente as pós-operatórias. Os doentes têm alta quando não se justifica mais o seu internamento, podendo ser encaminhados para CE ou transferidos para unidades de saúde da sua área de residência para posterior acompanhamento.

Tive o cuidado de acompanhar sempre os médicos na passagem de visita aos doentes e acompanhar a doente da cama 542 durante o seu internamento após cirurgia de excisão de carcinoma espinocelular retroauricular esquerdo. Colhi e apresentei a história clínica detalhada da doente assim como o relato cirúrgico.

Adicionalmente, como parte integrante da atividade assistencial no internamento/enfermaria, pude acompanhar o registo diário no processo clínico eletrónico de cada paciente observado durante a passagem de visita do dia.

Assisti ainda à realização de várias gasimetrias arteriais assim como ECG.

3.2. Consulta Externa

A atividade de consulta da unidade 2 de cirurgia geral decorre no piso 2 do edifício ex-Cicap. Os doentes observados na CE resultam de diferentes proveniências: SU com patologia não urgente, encaminhamento por parte do médico de família, acompanhamento pós-cirúrgico após internamento no serviço ou, após pedido de colaboração por outra especialidade intra-hospitalar.

A consulta externa deste serviço trata as seguintes patologias:

- Patologia da parede abdominal (hérnias; patologia tumoral)
- Patologia da tiróide e paratiroides
- Patologia suprarrenal
- Patologia das glândulas salivares
- Patologia do baço
- Patologia maligna da pele (Carcinoma basocelular (CBC); Carcinoma espinocelular (CEC); Melanoma)
- Patologia dos tecidos moles e retroperitoneu – Sarcomas

3.3. Bloco Operatório

O BO do Hospital Geral de Santo António é constituído por 4 BO: o Bloco Central; o Bloco de Ortopedia; o Bloco de Neurocirurgia e o Bloco CMIN.

Nesta especialidade cirúrgica, o BO constitui um elemento-chave no serviço em causa, sendo a atividade deste serviço realizada maioritariamente no BO, pelo que, foi

alocado um maior número de horas do estágio a esta vertente desta especialidade. O Bloco Central, onde decorreram todas as cirurgias que assisti, é o maior dos 4 blocos, com uma capacidade para 6 cirurgias simultâneas, 8 camas de recobro e 10 locais de armazém, apoiado por cerca de 45 colaboradores por turno. Neste BO são realizadas as cirurgias de urgência, transplantes, cirurgias de urologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e cirurgia geral (unidades 1, 2 e 3). O número de colaboradores por turno em cada BO é constituído por várias especialidades que vão desde o administrador até aos assistentes operacionais. Para cada sala operatória existe uma equipa cirúrgica e o número de elementos da equipa de apoio varia consoante as necessidades operacionais. Nas cirurgias que observei, a equipa era constituída no mínimo por um cirurgião especialista, um cirurgião e pelo menos um interno complementar de cirurgia, um anestesista e um interno complementar de anestesiologia, um enfermeiro anestesista, um enfermeiro instrumentista, um enfermeiro circulante e auxiliares, funcionando todos de forma coordenada.

O ambiente do BO exigiu uma revisão prática relativa às condições de assepsia, cuidados de lavagem de mãos e respeito pelas áreas esterilizadas. Toda esta componente assentou em conhecimentos já transmitidos teoricamente em algumas unidades curriculares, nomeadamente cirúrgicas, mas que foram sendo salientados e corrigidos, sempre que necessário, por todos os elementos do BO.

As cirurgias realizadas pela unidade 2 são as de tratamento de patologias extradigestiva retratadas na tabela seguinte.

PATOLOGIAS	
Cabeça e Pescoço	Baço
Tireoide	Suprarenal
Paratireoides	Parede Abdominal
Tórax	Sarcomas
Mama	Melanomas

Durante as tardes de sexta-feira foi-me possível observar e participar em diversas intervenções, sendo que, as que observei com maior frequência foram as patologias da parede abdominal – hernioplastia inguinal.

Em casos de cirurgia, os pacientes passam pela avaliação pré-anestésica, uma avaliação clínica que antecede o ato anestésico e que tem como principais objetivos garantir a segurança e redução do risco peri-anestésico. (1) É geralmente realizada por um anestesiolologista que avalia toda a história clínica, a patologia associada, a terapêutica a que o/a doente está sujeito e realiza o exame clínico focado nas complicações cardíacas, pulmonares e infecciosas. Tendo em conta os dados colhidos através dos registos médicos, a anamnese, o exame físico e o tipo de ato cirúrgico a realizar, são selecionados e agendados todos os exames necessários para a posterior realização do procedimento anestésico sem intercorrências. Os exames complementares pré-operatórios podem passar por: gasimetria, hemograma, estudo bioquímico, estudo da coagulação e avaliação cardíaca - ECG, conforme necessidade (ANEXO I: Recomendações para o pedido de exames pré-operatórios para cirurgia electiva, não cardíaca).

É realizada ainda uma avaliação da via aérea do doente que será sujeito a intervenção anestésica, em que são incluídas informações sobre as condições médicas prévias, cirurgias anteriores, antecedentes de via aérea difícil e avaliação de critérios de via aérea difícil. (1) (2)

Dependendo do estado geral do paciente, como no caso de uma cirurgia eletiva os exames pré-operatórios podem ser realizados até 30 dias antes da intervenção, porém, pacientes mais críticos podem necessitar de exames como estudo sanguíneo e hemogasometria mais recentes até, nalguns casos, realizados no próprio dia da intervenção.

Aquando da chegada do doente ao hospital para a realização do procedimento cirúrgico é essencial perceber se o tempo de jejum foi cumprido. Embora a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante a anestesia seja um evento raro, este está associado ao aumento da morbidade e mortalidade. A aspiração pode ocorrer durante a atuação de qualquer tipo de anestesia, uma vez que os reflexos respiratórios se encontram diminuídos pelos medicamentos sedativos aplicados. (3) A fim de reduzir o risco de aspiração e a gravidade dos efeitos pulmonares caso esta ocorra, foram desenvolvidas guidelines de jejum pré-operatório para pacientes submetidos a cirurgia eletiva e para procedimentos realizados sob anestesia geral, anestesia regional ou MAC. Segundo o Protocolo de Jejum Pré-Operatório do CHUP, os seguintes intervalos de jejum devem ser seguidos antes da indução da anestesia: 2 horas para líquidos claros

(como água, chá ou sumo sem polpa), 6 horas para leite e refeições ligeiras e 8 horas para refeições completas (Anexo II: Protocolo de Jejum Pré-Operatório do CHUP). (4)

Adicionalmente, foi possível familiarizar-me com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, desenvolvida para controlar o antes, durante e depois da cirurgia, de forma a garantir uma comunicação eficaz entre a equipa e reduzir o risco à vida e ao bem-estar do paciente submetido a cirurgia (Anexo III: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS).

4. Discussão

Caso Clínico: Carcinoma espinocelular retroauricular esquerdo

História Clínica

Anamnese

Identificação

Paciente: MAD

Idade: Entre 85 – 90 anos

Gênero: Feminino

Etnia: Caucasiana

Estado civil: Viúva

Religião: Católica

Profissão: Agricultora

Dados antropométricos

Peso: 63kg | Altura: 1,65m | IMC: 23,14 kg/m²

Antecedentes pessoais

- Insuficiência cardíaca
- Hipoacústica
- Demência

História de doença atual

Doente com idade entre 85 e 90 anos, sexo feminino, com antecedentes de insuficiência cardíaca, hipoacústica e demência.

Filha refere que acerca de 1 ano surgiu uma massa vegetante que foi crescendo progressivamente durante o último ano ficando ulcerada, atingindo o tamanho da palma da mão de um adulto. Relata que a mãe não refere qualquer tipo de dor, apenas incômodo com odor fétido e sangramento fácil.

Grande exposição solar, sem uso de protetor solar, de em média 6 a 8 horas diárias, durante alargados anos.

Não há história de prévia lesão semelhante.

Referenciada da consulta externa por neoplasia ulcerada da pele da região cervical, com cerca de 1 ano.

Medicação Habitual

- Tradozona 150mg, 1 cp à noite;
- Quetiapina 50mg, 1 cp de manhã;
- Fluticasona + salmeterol 50/250 diskus em SOS, quando refere falta de ar.
- Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Exame Físico

Objetivamente na consulta apresenta lesão tumoral retroauricular esquerda com cerca de 10cm de diâmetro, friável, bordos irregulares, sugestiva de carcinoma espinocelular.

Exames complementares de diagnóstico

1. Biópsia Incisional – Removeu-se uma pequena porção da lesão com 15x 11x 10mm, para obtenção de células ou fragmentos de tecido para exame histológico visando a realização de um diagnóstico definitivo. Lesões visíveis, como lesões leucoplásicas, eritroplásicas, vegetantes, ulceradas ou ulcerovegetantes, como a observada no caso clínico abordado, necessitam de avaliação histológica para um diagnóstico definitivo. (5) A avaliação histopatológica da lesão é um componente central no diagnóstico de CEC. (6)

O estudo histológico do retalho confirmou tratar-se de um carcinoma espinocelular invasor, moderadamente diferenciado na representação disponível, sem imagens de permeação perineural ou invasão linfovascular na amostragem enviada para análise. Concluindo-se ser, portanto, carcinoma espinocelular invasor.

As características histológicas de CEC incluem avaliação a vários fatores considerados de risco como: a invasão perineural, grau de diferenciação histológica- subtipo acantolítico, fusiforme ou desmoplásico e profundidade da invasão e localização do tumor. (7) (8)

A invasão perineural (PNI) é mais comumente definida como células tumorais que circundam, invadem ou passam por nervos periféricos e, quando presente, está geralmente associada a mau prognóstico.

No que respeita ao grau de diferenciação histológica, estes variam desde indiferenciado a bem diferenciado, sendo que, existem evidências consistentes e bem documentadas que apontam a pouca diferenciação histológica como fator prognóstico e preditor de mau resultado. A diferenciação moderada também está frequentemente associada a mau prognóstico, embora com menos evidências.

Quanto à profundidade de invasão do tumor, é definida como presente além da gordura subcutânea e considerada como um fator de particular importância na previsão do risco de metástases. A profundidade de invasão de 4 mm ou mais é consistentemente vista associada a maus resultados. (8)

2. A TC-TAP revelou parênquima pulmonar normalmente expandido, com discretas alterações de densidade em mosaico, sugerindo alterações da ventilação perfusão. Na base pulmonar direita, identifica-se um nódulo sólido subpleural, com 13mm de maior diâmetro no plano axial e 15mm de maior diâmetro no plano sagital, com baixa densidade, com ângulos obtusos em relação ao pulmão, pelo que se coloca a possibilidade de se tratar de lesão pleural. O seu aspecto imagiológico é inespecífico e neste contexto não se pode excluir que corresponda a uma metástase. Adjacente a este nódulo, identifica-se um micronódulo subpleural, com 6mm, inespecífico. Não se identificam outras alterações relevantes no parênquima pulmonar. Sem evidência de adenomegalias mediastínicas, axilares ou supraclaviculares. Apresenta aterosclerose da aorta e das artérias coronárias, ligeira ectasia da aorta ascendente e das artérias pulmonares. Sem derrame pleural ou pericárdio.

Fígado Globoso, com hipertrofia do lobo hepático esquerdo, mantendo contornos regulares. Apresenta parênquima homogêneo. No segmento IVb, identifica-se uma área nodular hipocaptante, adjacente à fissura do ligamento falciforme, com 19mm, que pode corresponder apenas uma área de esteatose, contudo, por não ser específica neste exame, sugere-se correlação com estudo ecográfico.

Pâncreas com atrofia do parênquima, sem dilatação do canal Wirsung. Sem alterações relevantes no baço ou glândulas supra-renais.

Rins com dimensões ligeiramente reduzidas, captando o produto de contraste de forma simétrica. Não se identificam adenomegalias no retroperitôneo ou no mesentério.

Sem segmentos ósseos focados.

Em suma, identificou-se um nódulo sólido na base pulmonar direita, com 15mm de maior diâmetro, de baixa densidade, inespecífico e, que pelos seus ângulos poderá inclusive ser de natureza pleural. Adjacente a este identificou-se um micronódulo de 6mm. Face à ausência de exames anteriores e contexto clínico de neoplasia conhecida, não se pode excluir a possibilidade de metástases, pelo que foi sugerida a avaliação complementar por PET-TC.

3. TC maxilo-facial – permite uma avaliação detalhada da cavidade oral, laringe e pescoço, ideal para avaliar a dimensão da neoplasia e envolvimento de estruturas adjacentes, tecidos moles do tumor, invasão óssea, assim como o envolvimento ganglionar. Aumenta a acuidade do exame clínico da região cervical. (5) (7)

A TC maxilo-facial foi realizada, captando moderada e também homogeneamente o produto de contraste; com limites relativamente definidos com dimensões de 75x 69x 20mm. Confirma que a lesão não apresenta um plano de clivagem seguro, face ao lobo superficial da glândula parótida, apresentando ainda extensão ao pavilhão auricular e à vertente lateral da pele revestindo o canal auditivo externo; adjacente à sua vertente superior e anterior, observa-se área hipodensa não captante, de limites mal definidos e com extensão profunda, sugerindo também componente tumoral. Sem imagens de erosão nas estruturas ósseas regionais. Discreto reforço difuso da densidade subcutânea facial e cervical à esquerda, em relação provável com celulite. Verifica-se assimetria da amplitude e configuração dos espaços parafaríngeos, menor o esquerdo, possivelmente por efeito de massa. Formação ganglionar no nível IIa esquerdo, mantendo contornos ovais e captando discreta e centralmente o produto de contraste, sem evidência de necrose; com cerca de 11mm de maior eixo curto, deve contudo traduzir adenopatia metastática. Referência também para formação ganglionar com 7,5mm de maior eixo curto no nível IIa direito, sem heterogeneidades no padrão de captação de contraste. Diminutas formações ganglionares observadas profundamente ao M. ECM esquerdo, sem características imagiológicas sugestivas de malignidade. Paredes faringolaríngeas de espessura, densidade e padrão de captação de contraste preservados; calibre da via aérea normal. Assimetria do calibre das veias jugulares, superior à direita, traduzindo a sua dominância; nas imagens obtidas constata-se atenuação do preenchimento das veias jugulares esquerdas, eventualmente por trombose ou apenas em relação com o seu calibre diminuído. Sem anómalas captações de contraste endocranianas, intra ou extra-axiais, que pudessem sugerir lesão ocupando espaço.

ECG – Tendo a paciente idade superior a 65 anos, é imediatamente candidata a realização de ECG que, foi realizado no dia de admissão e que permitiu uma avaliação profunda da atividade elétrica cardíaca, captada pelo equipamento e registada em formas de ondas.

PET-TC – A tomografia com emissão de positrões (PET) envolve a administração, por via endovenosa, de moléculas radioactivas, que são detetadas por um scanner. A glicose é uma molécula importante no metabolismo celular. Neste exame, associa-se à glicose um radioisótopo (o flúor – 18), que constitui a fluorodeoxiglucose (FDG). Este composto tem uma curta semivida, pelo que é um procedimento seguro. As células malignas têm um alto consumo de glicose. A FDG, que é um análogo da glicose, é transportada para dentro das células pelo mesmo transportador da membrana celular que transporta, habitualmente, a glicose. Contudo, a FDG não é completamente metabolizada, conservando-se no interior da célula. Dado que este composto emite radioatividade, quando se associa este procedimento a uma imagem de TAC (PET-TAC), pode localizar-se células malignas de forma muito precisa. (5) (9)

Este exame é uma técnica radiográfica usada para diagnosticar, estadiar e pesquisar tecido hipermetabólico, principalmente cancro na forma de metástases à distância do carcinoma identificado, assim como detetar adenopatias ocultas, sendo usada com sucesso na avaliação da resposta do tumor à terapia, pois é capaz de detetar recidiva local, metabolicamente ativa, em áreas com anatomia modificada cirurgicamente. (7)

A PET é usada principalmente para avaliar a fisiologia, enquanto a TC é usada principalmente para avaliar a anatomia. (9)

4. Hemograma; estudo bioquímico e estudo da coagulação - Tendo em conta o grau de agressividade da cirurgia a que a doente foi submetida, e de acordo com a norma da DGS 029/2013, foi realizada avaliação basal da coagulação, análises bioquímicas, hemograma, assim como exames de urina, para despistar qualquer tipo de infeção do trato urinário. (10) O acesso a esta informação não foi disponibilizado.

Diagnóstico

Carcinoma espinocelular invasor.

O CEC é um cancro de pele não melanoma caracterizado pela proliferação maligna de queratinócitos epidérmicos e é o segundo cancro de pele mais comum após o carcinoma basocelular (CBC). (11) (6) O carcinoma de células escamosas (CEC) compreende mais de 90% de todas as patologias malignas da mucosa do trato aerodigestivo superior. (12) Com base em dados epidemiológicos, a incidência de CEC tem aumentado nos últimos trinta anos. (11)

O CEC é mais comum em idosos, especialmente aqueles com 60 anos ou mais e mulheres brancas. Os fatores de risco para o CEC envolvem fatores genotípicos,

fenotípicos e ambientais. Uma predisposição genética, como pele clara e variações no receptor de melanocortina-1 são fatores de risco para CEC. Fatores ambientais, como exposição cumulativa à radiação ultravioleta (UV) e inflamação crônica da pele, podem contribuir para o desenvolvimento e progressão do CEC. Acredita-se que a exposição à radiação UV seja o fator ambiental mais importante que leva ao desenvolvimento de CEC. Isso é revelado pela localização do CEC em áreas expostas ao sol, juntamente com o aumento da idade e alta irradiação UV cumulativa. (6) (11) (12)

Clinicamente, o CEC aparece como pápulas ou placas hiperqueratóticas e bem definidas, muitas vezes acompanhadas de ulceração central. As lesões do CEC são geralmente firmes e sangram facilmente à palpação. Padrões vasculares, como vasos glomerulares, pontilhados, ou vasos irregulares com queratina também podem ser encontrados. O diagnóstico de CEC geralmente é estabelecido pelo exame histopatológico. Existem duas classificações histológicas principais do CEC: a bem diferenciada e a mal diferenciada. No CEC bem diferenciado, os núcleos são menos pleomórficos e a queratinização é fortemente evidente, como observado na paraqueratose, disqueratose celular individual, formação de pérolas de chifre e pontes intercelulares ou desmossomos. Ao contrário, pleomorfismo com alto grau de atipia, atividades irregulares de mitose celular e pouca área de queratinização são observados no CEC pouco diferenciado. (11) (12)

Tratamento – Cirurgia

O tratamento do CEC passa geralmente pela excisão cirúrgica completa do tumor primário. Esses tumores comumente metastatizam por via linfática para os gânglios linfáticos regionais, que geralmente são tratados com dissecação dos mesmos. (13)

Um procedimento cirúrgico visa principalmente erradicar as células tumorais. No entanto, isso deve ser feito tentando preservar a função e a estética da face. Uma técnica de excisão ampla é a principal opção para o manuseamento do CEC devido ao excelente resultado que apresenta. Na presença de um CEC localmente avançado, considerado ressecável, geralmente uma ampla excisão para obter margens R0 e reconstrução subsequente é preferível de acordo com alto risco de metástase ou progressão debilitante da doença em 3 meses. No entanto, uma margem cirúrgica imprecisa pode aumentar a taxa de recorrência do CEC. (7) (11) (12)

1. Avaliação pré-anestésica de forma a determinar se a paciente estava apta para realizar o procedimento e delinear o plano anestésico. A anestesiolegista procedeu a uma avaliação de registos médicos anteriores, da história clínica e resultados das análises laboratoriais e, por fim, garantiu que os consentimentos para os atos anestésicos estavam devidamente preenchidos. Na história clínica incluiu história médica atual e passada, assim como atos cirúrgicos passados e reações ou complicações à anestesia e os hábitos nocivos (tabaco, álcool e drogas ilícitas), confirmando se tem alergias e a sua medicação habitual/recente. O exame físico deve sempre acrescentar à história clínica, no caso da avaliação da via aérea, sistema cardiopulmonar e sinais vitais da paciente, verificou-se que apesar de estável a paciente apresentava broncoespasmo aquando entrada no BO. Desta forma, a anestesiolegista administrou budesonida, salbutamol, brometo de ipratrópio e sulfato de magnésio para optimização das vias aéreas.

Para simplificar na avaliação do estado de saúde da paciente usa-se a classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*. (14)

ASA I – Saudável

ASA II – Portador de doença sistémica ligeira sem limitação funcional

ASA III – Portador de doença sistémica severa com limitação funcional

ASA IV – Portador de doença sistémica severa com risco constante para a vida

ASA V – Moribundo em que não se espera que sobreviva sem a cirurgia

ASA VI – Dador de órgãos

2. Disposição e aplicação de todos os aparelhos que irão permitir uma constante monitorização dos sinais vitais, da oxigenação, ventilação, circulação e temperatura, responsabilidade da equipa de anestesiologia.
3. Administração de anestesia geral balanceada de um conjunto de fármacos sinérgicos que potenciam o efeito anestésico e minimizam os efeitos adversos adjacentes ao uso de uma substância única.

De modo a obter todos os efeitos supracitados, recorre-se ao uso de cinco tipos de fármacos: anestésicos intravenosos, anestésicos inalatórios, opioides sintéticos, bloqueadores neuromusculares e sedativos. (15)

Foi utilizado o propofol associado ao fentanil, a cetamina, efedrina e lidocaína a 2% que, foi utilizada numa quantidade considerável de indução da anestesia geral, com o objetivo de diminuir o estímulo doloroso proveniente da administração do propofol.

A anestesia geral é uma perda de consciência medicamente assistida que tem como objetivo a amnésia, hipnose, analgesia e imobilização do doente. (16)

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que requerem relaxamento profundo por longos períodos de tempo são mais indicados para anestesia geral, desde que não existam contraindicações. As cirurgias que não podem ser adequadamente anestesiadas com anestesia local ou regional requerem anestesia geral. As operações que provavelmente resultarão em perda significativa de sangue ou nas quais a respiração será afetada requerem anestesia geral. Pacientes não cooperativos também são melhor tratados com anestesia geral, mesmo para procedimentos menores. A preferência do paciente também pode influenciar a decisão de se submeter à anestesia. (15)

4. Delimitação do tumor visível, com cerca de 10cm de diâmetro na região cervical esquerda; delimitação de margem de pelo menos 1 cm em redor do tumor; exérese da lesão com margem;

A margem de excisão inicial depende da classificação de risco de CEC. Um CEC de alto risco é considerado quando o diâmetro do tumor é maior que 2 cm, pois tumores desse tamanho dobram o risco de recorrência do CEC e triplicam a taxa de metástase em comparação com a uma lesão menor. Portanto, uma margem maior para excisão é necessária no CEC de alto risco. Estudo de Bordland e Cols. demonstrou que é necessária uma margem de excisão de pelo menos 6 mm para CEC de alto risco, em comparação com a margem menor de 4 a 6 mm para CEC de baixo risco, para alcançar uma taxa de cura aceitável. (7) (11) (12)

A excisão do tumor com intenção curativa inclui a sua completa remoção com margens livres. Esta abordagem radical permite, por um lado, obter margens livres, mesmo que próximas, e por outro garante um tecido circundante saudável para uma melhor cicatrização da ferida. (7) (12)

5. Verificou-se que o tumor está aderente ao M. ECM, M. trapézio e gânglios cervicais do nível V, que têm características patológicas. Por este motivo decide-se seccionar o M. ECM para melhor acesso aos gânglios, de forma a prosseguir com a realização de esvaziamento ganglionar cervical esquerdo.

Um tumor de tamanho médio com grande invasão em profundidade e que se espalha muito além da camada de gordura subcutânea, pode exigir ressecção extremamente agressiva com sacrifício de estruturas funcionais como vasos, nervos e osso, causando resultados desfigurantes e comprometimento funcional. Assim, se a ressecção do tumor for radical, o planeamento cirúrgico deve levar em consideração as estruturas anatómicas a serem preservadas para evitar problemas funcionais e estéticos.

Quando são detetadas metástases nos gânglios linfáticos durante o exame pré-operatório e de imagem, ou até na cirurgia, há indicação de remover os gânglios da região anatómica correspondente. O valor prognóstico dessa ressecção em relação à sobrevida global da doente é incerto, mas é uma intervenção essencial no controlo da doença. (7)

A classificação dos gânglios cervicais está de acordo com o sistema desenvolvido no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center na década de 1930. Esse sistema divide os gânglios na face lateral do pescoço em cinco níveis nodais, I a V, conforme descrito abaixo. Os gânglios do compartimento central estão na categoria VI e os do mediastino ântero-superior estão no nível VII.

Os pontos de referência clínicos e cirúrgicos para os níveis dos nódulos cervicais são:

Nível I – Gânglios submentoneanos e submaxilares - Limites:

Superior - a borda inferior do corpo da mandíbula

Posterior - ventre posterior do digástrico

Inferior - osso hióide

Nível II – Gânglios jugulares superiores, jugulodigástricos e espinais superiores - Limites:

Superior - a base do crânio

Posterior - borda posterior do esternocleidomastóideo

Anterior - limite lateral do esterno-hióideo

Inferior - osso hióide

Nível III – Gânglios jugulares médios - Limites:

Superior - osso hióide

Posterior - borda posterior do esternocleidomastóideo

Anterior - limite lateral do esterno-hióideo

Inferior - membrana cricotireóidea

Nível IV – Gânglios jugulo-hióideos e jugulares inferiores - Limites:

Superior - membrana cricotireóidea

Posterior - borda posterior do esternocleidomastóideo

Anterior - limite lateral do esterno-hióideo

Inferior - clavícula

Nível V – Gânglios espinais inferiores e cervicais transversos - Limites:

Posterior - a borda anterior do trapézio

Anterior - a borda posterior do esternocleidomastóideo

Inferior - clavícula

Nível VI – Gânglios prétraqueais e paratraqueais - Limites:

Superior - osso hióide;

Inferior - incisura supraesternal

Lateral - borda medial da bainha carotídea de cada lado

Nível VII – Gânglios infraclaviculares e mediastínicos anteriores - Limites:

Superior - incisura supraesternal

Inferior - artéria inominada (12) (17)

A remoção de todos os níveis nem sempre é necessária devido à anatomia da via linfática da drenagem da cabeça e da face. (7)

6. Esvaziamento ganglionar cervical não formal dos níveis II, III, IV e V. Hemostase; dado a exposição vascular – carótida e veia jugular interna (VJI), decide-se proceder a plastia de recobrimento do defeito. Colocação de dreno aspirativo 10 Fr.

O esvaziamento ganglionar está indicado se houver suspeição clínica de gânglios cervicais metastizados. O risco de existirem gânglios metastizados é de 8% nos tumores cuja espessura é ≤ 5 mm e de 51% se a espessura for > 5 mm. (5) O cirurgião argentino Oswaldo Suarez foi o primeiro a descrever o esvaziamento cervical funcional em 1963, agora denominado esvaziamento cervical radical modificado (MRND). Ele descreveu a remoção de todos os cinco níveis de gânglios no pescoço, preservando o nervo acessório espinhal, o músculo ECM e a veia jugular interna para limitar qualquer incapacidade funcional no ombro. Desta forma os esvaziamentos ganglionares cervicais radicais classificam-se em:

Esvaziamento radical - Remoção dos gânglios do nível I-V, com sacrifício do M. ECM ipsilateral, VJI e nervo acessório espinhal; quando alguma destas estruturas é preservada são denominados esvaziamentos radicais modificados.

MRND tipo I – Remoção dos gânglios do nível I-V, M. ECM ipsilateral e VJI, com preservação do nervo acessório espinhal.

MRND tipo II - Remoção dos gânglios do nível I-V e M. ECM ipsilateral, com preservação da VJI e nervo acessório.

MRND tipo III – Remoção dos gânglios nível I-V com preservação do M. ECM, VJI e nervo acessório e é considerado como funcional.

Nos casos em que é possível ser mais conservador e fazer um esvaziamento cervical selectivo:

Esvaziamento supra-omo-hioideo – são removidos apenas os gânglios dos níveis I-III.

Esvaziamento posterolateral – são removidos apenas os gânglios dos níveis II-V.

Esvaziamento lateral – são removidos os gânglios dos níveis II a IV. (5) (17)

Os níveis dos gânglios a serem removidos são escolhidos de acordo com o local primário de desenvolvimento do CEC, mas o segundo e terceiro nível e, muitas vezes o quarto, são incluídos na ressecção na maioria das vezes, devido à contiguidade com a VJI, terminal de toda a via linfática.

O nervo acessório, o músculo ECM e VJI devem ser poupados, a menos que estejam diretamente envolvidos pela invasão tumoral. (7)

7. Desenho de retalho local cutâneo/ subcutâneo cervico-torácico esquerdo com levantamento do retalho com rotação/ transposição do retalho do peitoral maior para o local do defeito previamente realizado. Sutura em 2 planos. Pele com agafos e pontos internos com monofilamento não absorvível.

Retalhos locais são comumente usados para reconstrução cutânea em cirurgias de patologia maligna da cabeça e do pescoço. (12) Um retalho cutâneo local ou regional pediculado, transformado no defeito, fornecerá tecido mole e elástico que atuará como uma “ponte” para restaurar os limites da excisão e as suas propriedades de selamento. (7)

Um dos retalhos com maior destaque nesta especialidade e que é executado há décadas, é o retalho miocutâneo do peitoral maior, baseado na artéria toracoacromial. Este retalho pode ser usado como opção primária para reconstrução hipofaríngea após laringectomia total; como “plano B” após falha de retalhos mais sofisticados ou ainda; quando o paciente não consegue ser submetido a um procedimento demorado. Este retalho também pode ser utilizado para proteger os grandes vasos de serem expostos, ou como um

procedimento reconstrutivo de resgate caso os grandes vasos se tornem a expostos, como no caso clínico em questão. (7) (12)

Teoricamente, o procedimento reconstrutivo ideal segue imediatamente a excisão do CEC, para reparar os tecidos danificados ou substituir os ausentes.

Essa visão é a mais defendida pelos cirurgiões plásticos, no que diz respeito às melhores condições dos tecidos residuais locais, menos alterações devido ao processo inflamatório e a frequente disponibilidade de vasos no campo cirúrgico como fonte para transplante microcirúrgico. Uma reconstrução imediata requer um bom planeamento pré-operatório, pode prolongar em várias horas o tempo total da cirurgia e pode dificultar uma eventual segunda consulta para fins oncológicos devido à transposição dos retalhos cutâneos. (7)

A reconstrução de defeitos pós-operatórios por retalhos e/ ou enxertos de pele no CEC pode ser um desafio devido às suas razões funcionais e estéticas. Um retalho de pele é realizado para fechar feridas cirúrgicas que interferem no funcionamento e nos aspectos estéticos do paciente, enquanto os enxertos de pele podem ser realizados para defeitos que não podem ser adequadamente fechados por um retalho cutâneo. Os retalhos cutâneos apresentam uma taxa de sucesso de 96% para o fechamento de defeitos de cancro de pele, como CEC e CBC, sem complicações como hematoma ou infecção. (11) Quando as margens livres são questionáveis, as reconstruções mais complexas devem ser evitadas em favor dos procedimentos menos exigentes (ou seja, enxerto de pele), que podem permitir reparos temporários, ainda que aquém do melhor resultado possível, aguardando confirmação histológica. Se por outro lado, for evidente a presença de tecido tumoral nas margens da ressecção, estará invalidada a reconstrução que, no caso de ser executada, levará a recidiva local precoce e invalidará a cicatrização da ferida. (7)

8. Envio dos produtos cirúrgicos excisados, devidamente acondicionados, para estudo anatomopatológico:

- A) Peça cirúrgica resultante da ressecção de pele e anexos com 10 ou mais cm no seu eixo maior.
- B) Alargamento de margem profunda com esvaziamento do compartimento II-V.

Em relação ao tamanho e espessura do tumor, respetivamente definidos como o diâmetro máximo do CEC e a distância vertical máxima entre a superfície externa do tumor e o ninho celular mais profundo, ambos estão claramente relacionados ao aumento do risco de recorrência local e metástase à distância. (7)

Macroscopia

- A) Retalho losângico de pele com 10,5x 8x 2cm, de superfície epidérmica centrada por nódulo acastanhado, ulcerado, friável e lacerado centralmente, com 8,1x 6,2cm.
- B) Retalho de tecido fibroadiposo com 24g e 7,5x 6,5x 1,3cm, de onde se isolaram 25 gânglios linfáticos com dimensões compreendidas entre 0,5cm e 3,2cm.

Microscopia

Observa-se retalho de pele com representação de carcinoma invasor com as seguintes características:

Tipo histológico: Carcinoma epidermóide

Grau histológico: G1 (bem diferenciado)

Profundidade tumoral máxima: Pelo menos 6,2mm

Nível anatômico: Atinge pelo menos o plano muscular

Ulceração: Identificada

Invasão linfovascular: Identificada

Invasão perineural: Identificada

Estadiamento patológico (Ptnm, 8ª ed. AJCC): pT3

Margens cirúrgicas:

- Cranial: Não interseta o carcinoma (distância mínima: 14mm)
- Caudal: Não interseta o carcinoma (distância mínima: 18mm)
- Anterior: Não interseta o carcinoma (distância mínima: 19mm)
- Posterior: Não interseta o carcinoma (distância mínima: 16mm)
- Profunda: Intersecta o carcinoma

Gânglios linfáticos:

- A) Identificam-se 5 gânglios, 1 dos quais metastizado por continuidade com o tumor.
- B) Identificam-se 25 gânglios linfáticos, nenhum metastizado. Não se observam estruturas de carcinoma invasivo nos tecidos fibroadiposos do produto "B".

Conclusão definitiva: Carcinoma espinocelular invasivo cutâneo G1 pT3 M1
R1

O sistema TNM (Tumor- Nodes- Metastasis) para classificação dos tumores malignos foi desenvolvido por Pierre Denoix, em 1943. Em 1950, a União Internacional Contra o Cancro (UICC) nomeou um comité de Nomenclatura e Estatística de Tumores, que adoptou a classificação TNM como base para a classificação do estágio clínico e para definir a extensão do local dos tumores malignos. Esta classificação tem vindo a ser desenvolvida e alterada pela UICC e constitui, hoje, o sistema universalmente utilizado como *standard* para definir o estágio da doença. (5) (18)

A classificação patológica pós-cirúrgica, designada por pTNM, tem por base a informação obtida a partir do exame histopatológico da peça cirúrgica. A classificação TNM, para além de determinar o estágio da doença, permite seleccionar doentes para beneficiarem de tratamento curativo, seleccionar o tipo de tratamento, comparar resultados e é um fator de prognóstico. (5)

A TNM é composta por três elementos chave:

T- Tamanho do tumor e/ou extensão da invasão

N - Presença ou ausência de metástase para gânglios regionais /comprometimento de gânglios

M - Presença ou ausência de metástase à distância

A última edição da classificação de TNM, a 8ª edição, foi publicada em 2017, fornece os padrões mais recentes e acordados internacionalmente para descrever e categorizar os estágios e a progressão do câncer. (5) (18) (19) (12)

T- Extensão e/ ou invasão do tumor primário:

TX	Não é possível fazer uma avaliação
T0	Não há evidência de tumor
Tis	Tumor localizado
T1, T2, T3, T4	Escala do tamanho do tumor (maior o número, maior o tamanho)

Metástase para Gânglios Regionais / Comprometimento ganglionar (N):

R- ou Rx	Não é possível fazer uma avaliação dos gânglios linfáticos
R0	Ausência de metástases para gânglio regional
R+/ R1	Metástase para gânglios regionais está limitada
R+/ R2	Metástase para gânglios regionais está avançada

Metástase (M):

M- MX	Não é possível fazer uma avaliação da presença de metástases
M0	Ausência de metástases à distância
M+/ M1	Presença de metástases à distância

Uma vez que os componentes do TNM Essencial tenham sido codificados, os resultados podem ser combinados em grupos de estágio, variando de I a IV com o aumento da gravidade da doença.

- Estádio I é tipicamente atribuído a câncros localizados dentro do órgão de origem.
- Estádios II e III para câncros com aumento do comprometimento local e regional dos gânglios.
- Estádio IV para câncros com metástase à distância.

As regras para combinar os componentes do TNM Essencial, em grupos de estágio (I-IV), são fornecidas com base na localização específica do tumor. (5) (18)

O **Grau de diferenciação** histopatológica é uma informação útil em termos de prognóstico e decisão terapêutica. Assim, classifica-se o grau histológico em:

GX	Não é possível fazer uma avaliação
G1	Bem diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado

G3

Pouco diferenciado

G4

Indiferenciado

A ressecção cirúrgica efectuada é classificada em função da doença residual. Ela é curativa quando não há doença macroscópica ou microscópica e é designada por R0. Quando existe doença residual microscópica, por exemplo, margens cirúrgicas com doença microscópica, é classificada como R1. Se após ressecção cirúrgica houver doença residual macroscópica, é classificada como R2. (5)

Pós-operatório

- Dieta Zero
- Monitorização dos sinais vitais
- Imobilização
- Profilaxia de tromboembolismo com HBPM
- Profilaxia de gastropatia erosiva com IBP
- Analgesia
- Fluidoterapia
- O2 suplementar
- Medicação domiciliária após alta médica
- Cuidados de penso após alta médica

Evolução

O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, apresentando evolução clínica favorável e sem complicações da ferida operatória. A doente apresentou boa tolerância à reintrodução e progressão da dieta oral, tendo alta ao sexto dia pós-operatório. À data da alta, apresentava-se assintomática, apirética e hemodinamicamente estável com manutenção de TGI e diurese. A ferida apresentava-se sem complicações.

A doente foi encaminhada para cuidados de penso em dias alternados no centro de saúde da área de residência. Foram enviadas instruções escritas com pedido de remoção do material de sutura ao 12º dia pós-operatório, conforme cicatrização.

Foi prescrita analgesia com paracetamol 1000mg 1 cp de 8/8h, enquanto sentir dor e se esta persistir, associação de tramadol 50mg, 1 cp de 8/8h. Sendo que, no caso de surgirem náuseas, deve associar metoclopramida 10mg 1 cp 15 minutos antes da toma do tramadol.

Recomendou-se à filha da doente que a mesma deve evitar esforço físico durante um período de 30 dias após o procedimento; deve retomar a sua medicação habitual conforme previamente ao internamento; deve iniciar com dieta ligeira durante o primeiro mês após a alta, a progredir para dieta geral conforme tolerância.

Foram explicados os sinais de alarme que devem motivar avaliação médica urgente. A doente foi direcionada para consulta externa posterior.

Comentários

Em geral, o CEC apresenta alto risco de invasão local e metástase. Num estudo, 65% dos casos de CEC apresentavam alto risco de recorrência no primeiro ano após o diagnóstico. O tamanho da lesão está diretamente relacionado ao risco de metástase, daí o prognóstico. (11) A paciente deste relato de caso, apresentava aparente envolvimento ganglionar local, de forma que precisa ficar sob vigilância. Espera-se que a eliminação do tumor por excisão ampla possa melhorar o prognóstico e a qualidade e expectativa de vida da paciente.

Conclusão

A realização do estágio no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do CHP foi uma experiência extremamente enriquecedora, não só de uma perspectiva acadêmica e profissional, mas também do ponto de vista pessoal e humano. Adquiri e desenvolvi conhecimentos e competências técnicas, que serão certamente, muito úteis na prática clínica futura.

Foi possível ter a percepção do funcionamento e dinâmica de um serviço hospitalar, desde a gestão de processos clínicos até à prestação de cuidados de saúde, em toda a sua amplitude.

Os grupos de alunos presentes no serviço são numerosos, o que limitou a intervenção individual no sentido de aprofundar o conhecimento específico na área extradigestiva.

No entanto, consegui adequar o estágio ao contexto da Medicina Dentária, aperfeiçoei competências a nível de relacionamento interpessoal, integrei-me na dinâmica dos grupos de trabalho nos quais me inseri e constatei como a cooperação entre os membros de uma equipa permite uma mais rápida e eficaz resolução de problemas.

Assim, penso que foram cumpridos os objetivos a que me propus no âmbito da unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, complementando e aprofundando, do ponto de vista prático, os conhecimentos teóricos cirúrgicos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Acredito que a realização deste estágio será uma mais-valia para a minha carreira profissional como médica dentista.

Bibliografia

1. Anestesiologia CdEd. Ordem dos Médicos. [Online]; 2022. Acesso 17 de 06de 2022. Disponível en: http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Observacao_pre_anestesica_marco_2011.pdf.
2. Zambouri A. Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. Hippokratia. 2007; 11(1): p. 13-21.
3. Crowley M. UpToDate; Preoperative fasting guidelines. [Online]; 2022. Acesso 17 de 06de 2022. Disponível en: <https://www.uptodate.com/contents/preoperative-fasting-in-adults#H1384445368>.
4. Serviço de Anestesiologia C| H| PORTO; Protocolo de Jejum Pre-Operatório. [Online] Acesso 17 de 06de 2022. Disponível en: <http://www.anestesiologiachp.com/DevPort/modules/dGC/files/artigosg/PUB.ANEST.GER.009%20-%20Protocolo%20de%20Jejum%20Pre-Operatorio.pdf>.
5. Santos LL, Teixeira M. Oncologia Oral Lisboa: Lidel; 2011.
6. Geidel G, Heidrich I, Kött J, Schneider SW, Pantel K, Gebhardt C. Emerging precision diagnostics in advanced cutaneous squamous cell carcinoma. NPJ Precis Oncol. 2022; 6.
7. Brambullo T, Azzena GP, Toninello P, Masciopinto G, Lazzari D, Biffoli B, et al. Current Surgical Therapy of Locally Advanced cSCC: From Patient Selection to Microsurgical Tissue Transplant. Review. frontiers in Oncology. 2021; 11.
8. Farberg AS, Fitzgerald L, Ibrahim F, Tolkachjov S, Soleymani , Douglas LM, et al. Current Methods and Caveats to Risk Factor Assessment in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma (cSCC): A Narrative Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2022; 12(2).
9. Eyassu E, Young M. StatPearls Publishings. [Online].; 2022. Acesso 20 de maio de 2022. Disponível en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573059/>.
- 10 DGS. Serviço de Anestesiologia C| H| PORTO; DGS Norma 29 2013. [Online].; 2015. Acesso 17 de . junho de 2022. Disponível en: <http://www.anestesiologiachp.com/DevPort/modules/dGC/files/docs/DGS%20Norma%2029%2013%20-%20Avaliacao%20Pre-Anestesica%20para%20Procedimentos%20Eletivos.pdf>.

- 11 Sutedja EK, Yuliasari R, Rizki KA, Sutedja E. A Large Squamous Cell Carcinoma on the Face Treated . with Wide Excision and Defect Closure Using Forehead Flap Reconstruction. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022; 15: p. 895-901.
- 12 Brunicki FS, Pollock RE, Hunter JG, Dunn DL, Billiar R, Andersen DK, et al. Schwartz's: Principles of . Surgery. 11th ed.: McGraw-Hill; 2019.
- 13 Nyeko-Lacek M, John H, Leong S, Short , Elazzabi T, Jessop , et al. A Metastatic Well-differentiated . Squamous Cell Carcinoma in a Patient with an Arteriovenous Fistula. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022; 10(2).
- 14 ASA Physical Status Classification System | American Society of Anesthesiologists (ASA). [Online]; . 2022. Acceso 26 de maio de 2022. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.
- 15 Smith G, D'Cruz JR, Rondeau B, Goldman J. StatPearls Publishing. [Online].; 2022. Acceso 26 de maio de 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493199/>.
- 16 Forman SA, Chin VA. General anesthetics and molecular mechanisms of unconsciousness. Int. . Anesthesiol. Clin. 2008; 46(3): p. 43-53.
- 17 Gogna S, Kashyap S, Gupta N. StatPearls Publishing. [Online]; 2022. Acceso 5 de maio de 2022. . Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536998/>.
- 18 UICC Global Cancer Control. [Online].; 2022. Acceso 27 de maio de 2022. Disponible en: . https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/TNM%20Essencial%20Manual%20do%20Usuario_PORT_0.pdf.
- 19 Centro de Terminologias Clínicas. [Online]; 2022. Acceso 27 de maio de 2022. Disponible en: . <https://www.ctc.min-saude.pt/2018/11/13/tnm/>.

ANEXOS

**ANEXO I - Tabela de recomendações para o pedido
de exames pré-operatórios para cirurgia electiva,
não cardíaca do CHUP**

RECOMENDAÇÕES PARA O PEDIDO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS PARA CIRURGIA ELECTIVA, NÃO CARDÍACA

	ASA	HEMOGRAMA	BIOQUÍMICA	F. HEPÁTICA	EST. COAGULAÇÃO	ECG	RX TÓRAX	GSA
DOENTE	I	CIR. INTERMÉDIA						
IDADE → 75 ANOS		CIR. MINOR	CIR. MINOR			CIR. MINOR		
D. CARDIOVASCULAR	II	CIR. INTERMÉDIA	CIR. MAJOR			CIR. MINOR		
D. CARDIOVASCULAR	III	CIR. INTERMÉDIA	CIR. MINOR			CIR. MINOR		
D. RESPIRATÓRIA	II	CIR. INTERMÉDIA	CIR. MAJOR			CIR. MAJOR		
D. RESPIRATÓRIA	III	CIR. INTERMÉDIA	CIR. MAJOR			CIR. MINOR		CIR. MINOR
DIABETES		CIR. INTERMÉDIA	CIR. MINOR			CIR. MINOR		
D. RENAL / GENITOURINÁRIA	II	CIR. INTERMÉDIA	CIR. MINOR			CIR. MAJOR		
D. RENAL / GENITOURINÁRIA	III	CIR. MINOR	CIR. MINOR			CIR. MINOR		
D. HEPÁTICA	III	CIR. MINOR	CIR. MINOR	CIR. MINOR	CIR. MINOR	CIR. INTERMÉDIA		
D. ONCOLÓGICA	III	CIR. MINOR	CIR. MINOR			CIR. MAJOR		
RT OU QT < 3 MESES		CIR. MINOR	CIR. MINOR			CIR. MAJOR		
D. HEMATOLÓGICA		CIR. MINOR	CIR. MAJOR		CIR. MINOR	CIR. MAJOR		
HX OU RISCO DE ANEMIA		CIR. MINOR	CIR. MAJOR					
FÁRMACOS / HEMOSTASE		CIR. INTERMÉDIA	CIR. MAJOR		CIR. MINOR	CIR. MAJOR		

CIR. MINOR

Preencher análises do quadrado cinzento.

CIR. INTERMÉDIA

Preencher análises do quadrado cinzento e laranja.

CIR. MAJOR

Preencher análises do quadrado cinzento, laranja e vermelho.

O DOENTE ASA I NÃO NECESSITA DE EXAMES PARA CIRURGIA MINOR

Notas (consenso) em relação a alguns dos testes pré-operatórios:

ECG | Pode ser dispensado nos doentes com HTA controlada sem repercussão clínica nos órgãos-alvo, sem alterações clínicas e medicados com um fármaco (ou associações de fármacos, até dois).

Estudo da coagulação | O pedido de estudo da coagulação deve ser orientado pela história clínica (fármacos que aumentam a hemostase ou história pessoal/familiar de diátese hemorrágica). No entanto, continua proposto na cirurgia intra-craniana e medular.

Hemograma | Contem a informação que o laboratório do CHP fornece no perfil básico.

Bioquímica | Contem a informação que o laboratório do CHP fornece no perfil 1 - rotina e 2 - ionograma.

Classificação do tipo de cirurgia:

- A agressividade cirúrgica reflete as alterações fisiopatológicas que a cirurgia impõe ao doente.
- A classificação do tipo/estratificação de cirurgia está na dependência do risco de hemorragia, variação de fluidos e alterações fisiopatológicas impostas pelo local cirúrgico ou tipo de cirurgia.

CIR. MINOR

Hemorragia previsível <500mL, sem entrada na cavidade abdominal ou exérese de órgão, excepto colecistectomia laparoscópica e hernioplastia laparoscópica com duração inferior a duas horas.

CIR. INTERMÉDIA

Hemorragia previsível entre 500-1500mL, cirurgia abdominal e torácica com exérese de órgão.

CIR. MAJOR

Hemorragia previsível >1500mL, com variação importante de fluidos.

Março 2015

ANEXO II - Protocolo de Jejum pré-operatório do CHUP



Protocolo de Jejum Pré-Operatório

Recomendações de jejum pré-operatório

Líquidos claros	2h
Leite	6h
Refeição Ligeira (pequeno almoço)	6h
Refeição completa	8h

Tabela 1. Recomendações de jejum pré-operatório segundo guidelines da ASA e ESA.

Marcações da manhã (8.00-14.00)

- ✓ Jejum para sólidos depois das 24h do dia anterior.
- ✓ Pode beber **líquidos claros até as 6 h da manhã**, p.e. água ou chá até 200 ml (+/- 1 chávena de chá).
 - i. Na véspera da cirurgia e na refeição da Ceia requisitar via SAPE /enfermeiros, o suplemento chá c/ açúcar/adoçante (DU=200ml)

Marcações da tarde (14.00-19.00)

1º Tempo do período da tarde

- ✓ Pequeno-almoço às **6h da manhã**. Nota: na véspera da cirurgia e na refeição da Ceia requisitar via SAPE/enfermeiros o seguinte suplemento:
 - i. **Kit 2** (1 saqueta de chá + 1 bolachas (pacote individual) + 1 saqueta açúcar/adoçante)
- ✓ Pode beber **líquidos claros até as 10 h da manhã**, p.e. água ou chá até 200 ml (+/- 1 chávena de chá).

2º Tempo do período da tarde e seguintes

- ✓ Toma o pequeno-almoço fornecido pelo hospital
- ✓ Pode beber **líquidos claros até as 12 h da manhã**, p.e. água ou chá até 200 ml (+/- 1 chávena de chá).

ANEXO III - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS/ DGS

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

Antes da incisão da pele
(Time out)

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?

☐ Sim

O local está marcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

☐ Não

☐ Sim

O doente possui:

Alergia conhecida?

☐ Não

☐ Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e :

2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções

☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião enuncia em voz alta

☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina

☐ O tempo planeado para o caso

☐ Qual a perda de sangue prevista

O Anestesista enuncia em voz alta

☐ Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?

☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

☐ Sim

☐ Não Aplicável

O enfermeiro confirma verbalmente

☐ O nome do procedimento

☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)

☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam

☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009

ANEXO IV - Modelo de Declaração de forma de divulgação do trabalho



DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo: Sara Marlene dos Santos Pedrosa

Nº de Identificação Civil: 13428384

Nª estudante: 201507433

Email Institucional: up201507433@edu.fmd.up.pt

E-mail alternativo: sara.s.pedrosa@gmail.com

Tlf/ Tlm: 917934797

Faculdade/Instituto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da Publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

Título Completo: Relatório de Estágio em Cirurgia Extradigestiva realizado no Centro Hospitalar da Universidade do Porto

Orientadora: Profª. Doutora Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto:

☒ (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto :

 (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses:

; 12 Meses:

; 18 Meses:

; 24 Meses:

; 36 Meses:

Meses:

Justificação para a não autorização imediata

Data: 27/07/2022

Assinatura:

Sara Marlene dos Santos Pedrosa

ANEXO V - Declaração de autoria do trabalho apresentado

Declaração

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

Porto, 27 de junho de 2022

Sara Marlene dos Santos Pedrosa

Sara Marlene dos Santos Pedrosa

ANEXO VI - Cumprimento das diretivas da UP

Informação

Monografia/Relatório de Estágio

(Entrega do trabalho final após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto)

Informo que, relativamente ao trabalho com o título:

Relatório de Estágio em Cirurgia Extradigestiva realizado no Centro Hospitalar da Universidade do Porto

Foram cumpridas todas as diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto, encontrando-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

27/06/2022

A Estudante,

SARA MARLENE DOS SANTOS PEDROSA

Sara Marlene dos Santos Pedrosa

ANEXO VII - Parecer do Orientador/Coorientador para entrega definitiva do trabalho apresentado

Informo que o trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pela estudante, Sara Marlene dos Santos Pedrosa, com o título:

Relatório de Estágio em Cirurgia Extradigestiva realizado no Centro Hospitalar da Universidade do Porto

Está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

27/06/2022

A Orientadora,

ANA PAULA MENDES ALVES PEIXOTO NORTON

