



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

**ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA MAXILO-FACIAL – RELATÓRIO DE**  
**ESTÁGIO**  
**STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL SURGERY – INTERNSHIP**  
**REPORT**

Ana Alexandra Amorim Palhares

**Orientadora: Professora Doutora Sara Filipa Oliveira Durão**

**Coorientadora: Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

Porto, 2023

## Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Monografia/Relatório de Estágio do 10º semestre do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

De forma sucinta, pretende descrever os locais onde foi realizado o estágio, nomeadamente o Hospital Geral Santo António e o CICA (Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória), reportar as atividades desenvolvidas, relatar todas as informações relevantes dos casos observados e as competências adquiridas no estágio observacional realizado no Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial no Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA).

Por fim, será exposta uma opinião crítica sobre o processo de estágio, realçando os pontos positivos da realização do mesmo e da aquisição de vivências em ambiente hospitalar, num momento tão marcante, que é a passagem de um ambiente clínico universitário para um ambiente profissional.

O estágio decorreu no período de 6 de fevereiro a 9 de junho do presente ano letivo, com a carga horária semanal de oito horas, tendo sido dividido em dois momentos.

Durante a primeira metade do semestre, de 6 de fevereiro a 8 de abril, o estágio ocorreu na Unidade de Estomatologia Pediátrica, realizando-se a observação das consultas externas da Dr<sup>a</sup>. Teresa Oliveira. Nesta consulta os pacientes eram sobretudo pacientes de classes socioeconómicas carenciadas, com comorbilidades associadas ou não cooperantes.

No restante período, de 11 de abril a 9 de junho, realizou-se a frequência das consultas externas e a observação de cirurgias de Cirurgia Maxilo-facial, com a Dr<sup>a</sup>. Rute Saleiro e o Dr. Hugo Marques, acompanhando, principalmente, o tratamento de pacientes com patologia oncológica, casos indicados para cirurgia ortognática, e pacientes com disfunção temporomandibular. Neste período, foi ainda possível a observação de cirurgias em ambulatório e uma cirurgia ortognática em bloco operatório.

## **Agradecimentos**

Este relatório de estágio é o culminar de uma etapa, que só foi possível com a colaboração e carinho que recebi por parte de todos os que fizeram parte do meu percurso académico.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família, especialmente aos meus pais, tudo o que sou e tudo o que alcanço deve-se a vocês. Obrigada pela maneira dedicada e carinhosa com que sempre me educaram e obrigada por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu própria não acreditei.

Ao meu irmão e à minha avó, pelo amor e apoio incondicional desde sempre.

Ao meu namorado e melhor amigo, por estar sempre ao meu lado ao longo deste percurso. Obrigada por me fazeres ser a melhor versão de mim própria e por me fazeres acreditar que o céu é o limite, mas sempre com os pés bem assentes na terra.

Aos meus amigos e amigas, tanto os que já levava comigo, como os que encontrei ao longo destes 5 anos, por todos os momentos que vivemos juntos. Obrigada pelas pessoas fantásticas que são e por terem tornado este caminho mais leve, levo comigo um bocadinho de todos vocês.

Em particular, à minha binómia, porque “conhecemo-nos tão bem que basta um olhar e não há maior sentimento de reconforto numa amizade do que isto”. Obrigada por teres sido a melhor companhia que podia pedir, desde o primeiro dia.

Às professoras orientadoras da tese, Professora Doutora Sara Durão e Professora Doutora Maria de Lurdes Pereira, obrigada pelo acompanhamento, orientação e ajuda para a concretização deste relatório.

Por último, à Dr<sup>a</sup>. Rute Saleiro, ao Dr. Hugo Marques e à Dr<sup>a</sup>. Teresa Oliveira, obrigada pelo acolhimento, partilha de conhecimentos e experiências proporcionadas ao longo do estágio.

# Índice

Resumo .....	I
Índice de figuras .....	IV
Índice de tabelas .....	V
Índice de gráficos .....	VI
Lista de abreviaturas .....	VII
<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Locais de realização do estágio .....</b>	<b>2</b>
1.1.1. Hospital Geral Santo António (HGSA) .....	2
1.1.2. Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) .....	3
<b>2. Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Unidade de Estomatologia .....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Consultas Externas .....	7
2.1.1.1. Dentisteria .....	8
2.1.1.2. Cirurgia oral .....	10
2.1.1.3. Periodontologia .....	12
2.1.1.4. Ortodontia .....	13
2.1.1.5. Medicina Dentária Preventiva .....	14
2.1.1.6. Oclusão .....	16
2.1.1.7. Medicina Oral .....	16
2.1.1.8. Outras .....	17
2.1.1.8. Caraterização da população pediátrica observada .....	17
2.1.1.9. Casos clínicos .....	19
2.2. Unidade de Cirurgia Maxilo-facial .....	24
2.2.1. Consultas Externas .....	27
2.2.1.1. Consulta oncologia crânio-cervico-oro-facial .....	28
2.2.1.2. Consulta Disfunção da articulação temporomandibular .....	31
2.2.1.3. Consulta pré/pós-operatório de cirurgias ortognáticas .....	33
2.2.2. Bloco operatório .....	34
2.2.3. Casos clínicos .....	36
<b>3. Conclusão .....</b>	<b>48</b>
Referências Bibliográficas .....	50
Anexos .....	52

## Índice de figuras

Figura 1 - Hospital Geral de Santo António, Edifício Neoclássico .....	3
Figura 2 - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório .....	4
Figura 3 - Entrada da Unidade de Estomatologia Pediátrica .....	5
Figura 4 - Consultório de Estomatologia Pediátrica .....	5
Figura 5 – Gabinete Médico – CICA .....	26
Figura 6 – Tomografia Computorizada Tridimensional .....	38
Figura 8 - Telerradiografia de perfil ao terminar distração óssea mandibular .....	38
Figura 7 - Telerradiografia de perfil ao iniciar a distração óssea mandibular .....	38
Figura 9 - Ortopantomografia atual .....	38
Figura 10 - Ortopantomografia atual .....	39
Figura 11 - Ortopantomografia pré-operatória de extrações dentárias .....	40
Figura 12 - Ortopantomografia pós-operatória de extrações dentárias .....	41
Figura 13 - Mucocele no lábio inferior .....	42
Figura 14 - Lesão inicial – granuloma piogénico traumático .....	43
Figura 15 - Lesão após biópsia .....	43
Figura 16 - Lesão 1 semana após biópsia .....	43
Figura 17 - Face dorsal da língua sem lesão .....	44
Figura 18 - Ortopantomografia pré-operatória .....	47
Figura 19 - Ortopantomografia pós-operatória .....	47
Figura 21 - Telerradiografia de perfil pós-operatória .....	47
Figura 20 - Telerradiografia de perfil pré-operatória .....	47

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição das consultas de oncologia crânio-cervico-oro-facial.....	29
---	----

## Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição das consultas observadas em Estomatologia Pediátrica .....	8
Gráfico 2 - Distribuição das consultas observadas em Cirurgia Maxilo-Facial.....	28

## Lista de abreviaturas

CHUdSA	Centro Hospitalar Universitário de Santo António
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CICA	Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
CHUPorto	Centro Hospitalar Universitário do Porto
HGSA	Hospital Geral Santo António
USF	Unidade de Saúde Familiar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
CMF	Cirurgia Maxilo-facial
DTM	Disfunção da articulação temporomandibular
HPV	Vírus do papiloma humano
TC	Tomografia Computorizada
ATM	Articulação temporomandibular
PET	Tomografia por emissão de positrões
CMIN	Centro Materno Infantil do Norte
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
TOCO	Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático
DDF	Dismorfia Dento Facial
TER	Tratamento endodôntico radical

## 1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Monografia/Relatório de Estágio integrante do plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, durante o período de 6 de fevereiro a 9 de junho de 2023, foi realizado um estágio curricular no Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), sob orientação do Dr. Figueiredo Dias

A 1 de outubro de 2007, foi criado o Centro Hospitalar do Porto (CHP), momento 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, posteriormente, se aliou o Hospital Joaquim Urbano, em 2011, e o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, em 2013.

Em 2014, as áreas de saúde relacionadas com a criança, o adolescente e a mulher no CHP (Centro Hospitalar do Porto) passaram a ser organizadas no novo Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso. As valências cirúrgicas de ambulatório instalaram-se no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), em 2016.

Em 2018, o CHP foi redenominado Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto).

O CHUdSA foi criado em janeiro de 2023, por fusão entre o CHUPorto e o Hospital de Magalhães Lemos.

O CHUdSA destaca-se por ser um hospital central e universitário, devido à sua associação com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. A missão da instituição é fornecer cuidados de saúde humanizados, competitivos e de excelência, estabelecendo parcerias com outros intervenientes do sistema, valorizando a formação pré e pós-graduada, promovendo o desenvolvimento profissional, estimulando a investigação e avanço científico na área da saúde.<sup>1</sup>

O estágio iniciou-se a 6 de fevereiro, com a observação das consultas externas da Dr<sup>a</sup>. Teresa Oliveira, na unidade de Estomatologia, até dia 5 de abril. Durante o

período de estágio curricular em Estomatologia Pediátrica, semanalmente, todas as segundas e quartas-feiras, o horário de entrada para o estágio era às 8.30h e de saída às 12.30h.

A partir do dia 10 de abril, iniciou-se o acompanhamento das consultas externas e das cirurgias, da Dr<sup>a</sup>. Rute Saleiro e do Dr. Hugo Marques, em Cirurgia Maxilo-facial. Nesta Unidade, semanalmente, todas as segundas e quintas-feiras, o horário de entrada para o estágio era às 8.30h e de saída às 12.30h.

## **1.1. Locais de realização do estágio**

Atualmente, o CHUdSA é composto por quatro polos: Hospital Geral Santo António; Hospital Magalhães Lemos; Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso; Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães. Os locais de realização do estágio foram o Hospital Geral Santo António e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), que se encontra incluído no primeiro.

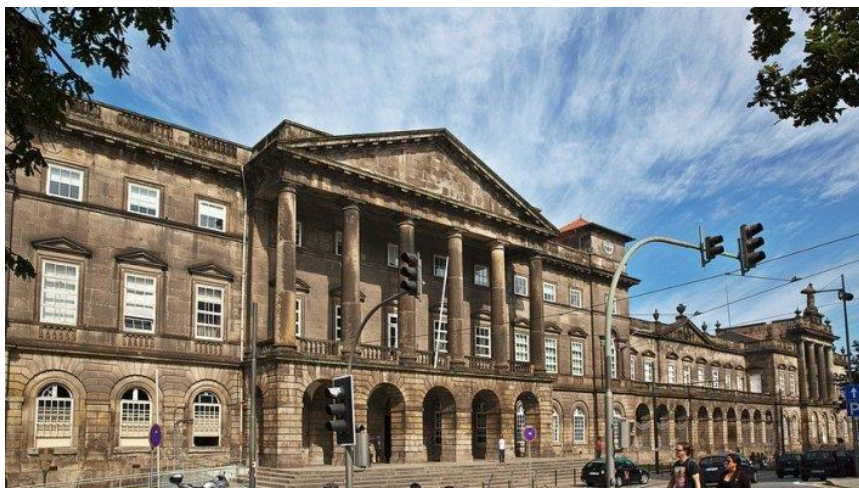
### **1.1.1. Hospital Geral Santo António (HGSA)**

O Hospital Geral Santo António (HGSA) (Figura 1) presta cuidados de saúde a toda a população do Distrito do Porto e apresenta vários serviços e especialidades, dos quais se destaca o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial.

Os cuidados de saúde prestados incluem consulta externa, serviço de urgência, bloco operatório e enfermaria, operando de forma ininterrupta, 24 horas por dia.

O acompanhamento das consultas externas de Estomatologia Pediátria ocorreu no HGSA, mais concretamente no Edifício – Ex-cicap, situado na Rua Dom Manuel II.

Para além disso, foi também no Edifício Neoclássico do HGSA, localizado no Largo do Prof. Abel Salazar, que se realizou a observação da Cirurgia Ortognática em Bloco Operatório.



*Figura 1 - Hospital Geral de Santo António, Edifício Neoclássico*

### **1.1.2. Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)**

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) (Figura 2), localizado na rua D Manuel II, é um centro cirúrgico que tem como objetivo oferecer aos pacientes um serviço de alta qualidade, com foco na humanização do atendimento.

A sua atividade principal é a prestação de cuidados cirúrgicos em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia. Adicionalmente, são realizados outros tipos de cuidados de saúde, nomeadamente consultas de seguimento e apoio à realização de cirurgias.

As cirurgias realizadas no CICA, incluem as seguintes áreas: Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neuropatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Neste local, o estágio consistiu na observação de consultas externas de Cirurgia Maxilo-facial, nomeadamente consultas de seguimento, pré e pós-operatório, assim como foi possível a observação de cirurgias em ambulatório.



*Figura 2 - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório*

## **2. Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial**

A especialidade de Estomatologia dedica-se à pesquisa, estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças que afetam o sistema estomatognático. Engloba anomalias no crescimento facial, dismorfias orofaciais, alterações funcionais ou patológicas, que afetam tanto a região oral quanto maxilar, de origem odontogênica e não odontogênica. Além disso, também abrange as doenças que afetam as glândulas salivares, as articulações temporomandibulares, a mucosa oral e os tecidos circundantes.

No que diz respeito à Estomatologia Pediátrica, esta abrange as mesmas áreas de atuação, porém concentra a sua intervenção exclusivamente em pacientes com idade inferior a 18 anos, momento em que ocorre a transição para o serviço de adultos.

A Cirurgia Maxilo-Facial é uma especialidade médico-cirúrgica que se dedica à prevenção, estudo, diagnóstico, tratamento e reabilitação das condições patológicas que afetam a cavidade oral, a face e a região craniofacial, incluindo os órgãos e estruturas cervicais associadas. Sendo assim, essa especialidade concentra-se em

lesões e traumatismos faciais, doenças oncológicas da cabeça e pescoço, cirurgia maxilar e cirurgia das glândulas salivares.

No CHUdSA, as especialidades de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial trabalham em estreita colaboração, integradas no serviço conjunto de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial, cuja direção está a cargo do Dr. Figueiredo Dias.

## 2.1. Unidade de Estomatologia

Conforme já mencionado, a Unidade de Estomatologia situa-se no Edifício – Excicap, na rua Dom Manuel II, que é constituído por três pisos.

O piso 0 é composto pelo serviço de Estomatologia, subdividido em Estomatologia Adultos e Estomatologia Pediátrica (Figura 3).



*Figura 3 - Entrada da Unidade de Estomatologia  
Pediátrica*



*Figura 4 - Consultório de Estomatologia  
Pediátrica*

A ala estomatologia pediátrica inclui:

- Uma sala de receção;
- Três gabinetes médicos (salas 420 a 422) (Figura 4);

- Um WC;
- Uma sala administrativa.

A ala estomatologia adultos é constituída por:

- Uma sala de receção;
- Sete gabinetes médicos;
- Um WC;
- Uma sala administrativa.

Os espaços comuns incluem as diferentes salas:

- Sala de colheitas sanguíneas/anestesiologia;
- Sala de enfermagem;
- Sala de esterilização;
- Sala de raio-x.

O piso -1 é constituído por dois vestiários e uma sala de refeições e o piso 1 pelas salas de reuniões e o gabinete do diretor do serviço.

O corpo clínico é constituído por:

- Sete médicos na Estomatologia Adultos;
- Três médicos na Estomatologia Pediátrica:
  - Dr<sup>a</sup> Teresa Oliveira;
  - Dr<sup>a</sup> Isabel Queiroga;
  - Dr. José Amorim.
- Sete internos de Especialidade.

Os recursos humanos são complementados por:

- Uma enfermeira;

- Duas administrativas;
- Sete assistentes operacionais.

### **2.1.1. Consultas Externas**

As consultas externas de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA decorrem todos os dias úteis no período da manhã, exceto às quintas-feiras, sendo que assisti às mesmas sob a tutoria da Dr<sup>a</sup> Teresa Oliveira.

Os utentes que são observados nas primeiras consultas na especialidade são referenciados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF), por outras especialidades do CHUdSA ou por qualquer outro hospital que não possua o serviço de Estomatologia. Após a primeira consulta, o agendamento das consultas subsequentes é feito pelo próprio hospital.

Os pacientes atendidos nestas consultas são, principalmente, pacientes de classes socioeconómicas desfavorecidas, sem capacidade monetária para arcar com os custos das consultas de Medicina Dentária no setor privado, assim como pacientes não colaborantes, com necessidades especiais ou patologias associadas.

No decorrer do estágio, foi possível assistir a um total de 89 consultas, sendo que 27 delas ocorreram na área da dentisteria (30%), 12 consistiram em procedimentos de cirurgia oral (14%), 4 na área da periodontologia (5%), 11 resultaram em intervenções de ortodontia (12%), 11 desenvolveram-se na área da medicina dentária preventiva (12%), 2 na área da oclusão (2%), 1 na área da medicina oral (1%) e as restantes foram consultas básicas de rotina e reavaliação (Gráfico 1). Durante o período de estágio, não foi possível assistir a consultas na área da endodontia.

A observação destas consultas permitiu-me compreender a dinâmica do serviço, contactar com diversos materiais e assimilar abordagens terapêuticas de doentes com comorbilidades e necessidades especiais.

## Distribuição das consultas observadas em Estomatologia Pediátrica

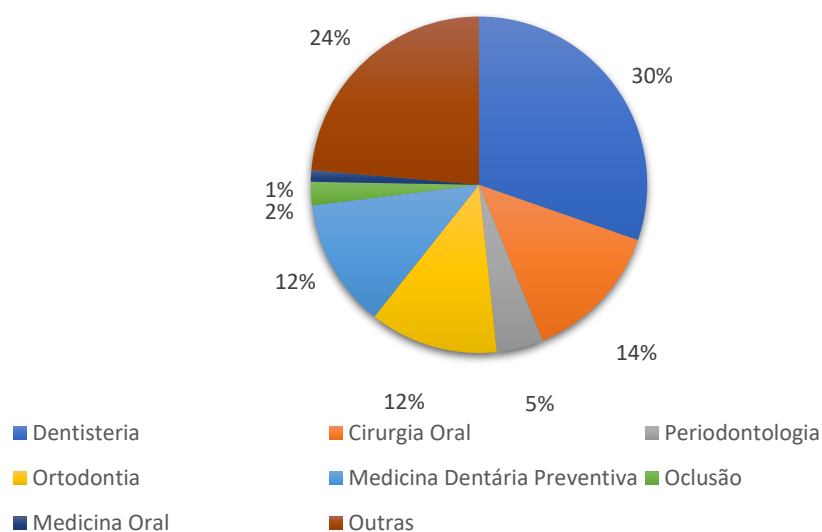


Gráfico 1 - Distribuição das consultas observadas em Estomatologia Pediátrica

### 2.1.1.1. Dentisteria

A cárie dentária é uma das patologias da cavidade oral com maior prevalência. De acordo com a World Health Organization, 35.3% da população mundial apresenta cárie dentária, o que a torna um dos maiores problemas de saúde oral da atualidade.<sup>2,3</sup>

Esta patologia infecciosa caracteriza-se pela desmineralização dos tecidos duros dos dentes, provocada por ácidos produzidos por microrganismos presentes no biofilme oral, através da metabolização de restos alimentares, ao longo do tempo.<sup>2</sup> Esta condição manifesta-se através de estados de gravidade e destruição da estrutura dentária crescentes, variando desde alterações subclínicas assintomáticas a lesões graves com sintomatologia associada.<sup>4,5</sup>

Determinados fatores, como a especificidade bacteriana, a patogenicidade, a suscetibilidade individual e os hábitos relacionados com a saúde oral que podem variar no mesmo indivíduo ao longo da vida, podem influenciar o início, o padrão de evolução e as características clínicas associadas à cárie dentária.<sup>2</sup>

Durante o período de estágio, foi possível observar muitos pacientes pediátricos com atividade cariogénica elevada.

O diagnóstico das lesões de cárie dentária era realizado através da inspeção visual e tátil com recurso a uma sonda exploradora, utilizada para inspecionar todos os sulcos ou cavidades.

Em alguns casos, recorria-se também ao exame radiográfico para confirmar as suspeitas de cárie, no entanto, como se tratavam de pacientes pediátricos, estes exames só eram realizados preferencialmente a partir dos 9 anos e quando estritamente necessário para o diagnóstico.

Nas consultas, realizaram-se várias restaurações definitivas e também provisórias, principalmente em dentes permanentes. As restaurações efetuadas foram principalmente classe I e classe II, sendo que a maioria das lesões se apresentavam nas superfícies oclusais, decorrentes da presença de fossas e fissuras, que facilitavam a maior retenção de placa bacteriana.

Relativamente ao procedimento, a cavidade era aberta, com uma broca montada em turbina, sendo o tecido cariado removido também com uma broca montada em contra-ângulo e escavador de dentina.

De seguida, era colocado o isolamento relativo com rolos de algodão e realizado o condicionamento ácido, tanto no esmalte como na dentina.

Uma vez que a maior parte das crianças atendidas eram não colaborantes, um dos cuidados a ter era a remoção da maior parte do ácido com uma compressa antes da lavagem com jato de água, para que o sabor azedo típico do ácido não condicionasse a colaboração do paciente.

Posteriormente, realizava-se a aplicação de adesivo com microbrush e a sua fotopolimerização. Por fim, aplicava-se a resina composta, normalmente numa única camada, compactando a mesma com o auxílio do brunidor e espátula de Heidemann.

Relativamente às restaurações provisórias, estas foram maioritariamente realizadas em pacientes que inicialmente se apresentavam colaborantes, mas que se foi perdendo a sua colaboração ao longo da consulta, impossibilitando a realização da restauração definitiva.

De salientar que, contrariamente ao protocolo realizado nas consultas de Odontopediatria na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), os procedimentos só eram realizados sob anestesia local quando os doentes começavam a sentir dor ou quando era explicitamente solicitado pelo próprio. Esta escolha reside no medo associado à agulha, prevenção de possíveis acidentes, tanto devido ao traumatismo que o paciente pode infligir a ele próprio devido ao efeito anestésico, assim como à dificuldade que as crianças sentem em distinguir a sensação do desconforto da anestesia da própria dor.

### **2.1.1.2. Cirurgia oral**

A consulta de cirurgia oral na população pediátrica pode ser realizada em dois ambientes distintos: no consultório ou no bloco operatório.

No decorrer do estágio, o principal fator que influenciou o ambiente em que se iria proceder à cirurgia foi a capacidade de colaboração do paciente, sendo que a idade e condições sistémicas também foram tidas em consideração.

Tendo em conta estes fatores, grande parte das consultas observadas tiveram como fim a inscrição do paciente em cirurgia no bloco operatório sob anestesia geral, apesar de este constituir sempre o último recurso para o tratamento dentário.

Na maioria dos casos, eram pacientes não colaborantes ou com necessidades especiais que impossibilitavam o tratamento em consultório para exodontia de dentes decíduos e permanentes cariados, exodontia de terceiros molares e exodontia de dentes inclusos.

Na consulta de inscrição da criança na lista cirúrgica, procede-se à explicação do procedimento e possíveis complicações ao representante legal que acompanha o menor e que assina o consentimento informado. É também fornecido um documento com as informações relativas aos cuidados a ter no período pré-internamento, internamento, e pós-internamento nomeadamente:

- Na véspera do internamento, o doente não pode comer nem beber nada a partir das 24 horas;

- No dia do internamento, se a criança tomar medicação de manhã, deve tomá-la com o mínimo de água possível;
- Durante o internamento, os pais poderão permanecer junto da criança, salvo se as indicações físicas não o permitirem;
- O paciente terá alta no próprio dia, exceto se houver indicação médica em contrário;
- Nos três dias após a cirurgia: só deverá ingerir alimentos líquidos, moles e frios, deve engolir o sangue, não deve bochechar com nenhum líquido ou cuspir, pode aplicar gelo se a cara inchar;
- Os pontos são reabsorvíveis, mas podem demorar cerca de 1 mês a desaparecer.

Ainda na consulta de inscrição, a enfermeira procede à colheita de sangue para estudo da coagulação, hemograma, doseamento de glicose, ureia e creatinina.

Antes da intervenção cirúrgica, o paciente tem uma consulta com o médico anestesiológista para uma avaliação pré-anestésica. Nesta consulta, avalia-se a história clínica, efetua-se o exame físico e avalia-se os resultados das análises clínicas, sendo que o objetivo é identificar pacientes que apresentem um risco aumentado de morbidade e mortalidade no perioperatório.

De referir que normalmente não se realizam tratamentos restauradores no bloco operatório, principalmente de dentes decíduos, uma vez que o risco de recidiva da cárie dentária é elevado e, tratando-se de pacientes que não colaboram no tratamento restaurador em ambiente de consultório, não é viável submetê-los várias vezes a anestesia geral. Em dentes permanentes, o risco-benefício da extração face ao tratamento restaurador em bloco operatório também era tido em consideração. Assim como também não é aconselhável a realização de tratamentos endodônticos radicais no bloco, uma vez que as diretrizes seguidas pelo Hospital defendem que idealmente estes devem ser realizados em várias consultas, o que não é possível em ambiente de bloco operatório.

Relativamente à cirurgia oral em ambiente de consultório, os casos observados consistiram na extração de dentes decíduos cuja retenção prolongada poderia afetar a correta erupção dos dentes permanentes, extração de dentes decíduos ou

permanentes cariados não restauráveis e extração de terceiros molares, em pacientes colaborantes.

Nos pacientes pediátricos é de salientar a importância do controlo da dor na intervenção cirúrgica. Para este fim, era utilizada anestesia tópica antes da administração da anestesia local injetável, assim como se injetava o anestésico lentamente, com o objetivo de conseguir uma experiência o mais indolor possível e melhorar a cooperação da criança. Outro cuidado que era tido para deixar a criança mais calma e cooperante era nunca colocar a carpule no seu campo de visão.

Após a realização da exodontia, o doente e o seu representante legal eram informados sobre as instruções pós-operatórias, nomeadamente: manter uma compressa no local da extração durante alguns minutos, dieta mole e fria nas 24h seguintes, não bochechar, aplicar gelo, evitar esforço físico intenso, dormir com a cabeça mais elevada e tomar paracetamol em caso de dor. Aconselhava-se também que o representante legal vigiasse a criança durante as primeiras horas para evitar o traumatismo autoinfligido devido ao efeito analgésico.

### **2.1.1.3. Periodontologia**

Na população pediátrica que frequentou as consultas assistidas, em que muitos dos pacientes eram portadores de comorbilidades e necessidades especiais, a presença de tártaro era frequente, devido à dificuldade acrescida na higienização da cavidade oral.

Nestas consultas, foi possível observar alguns casos de pacientes com gengivite, onde se verificava, ao exame objetivo, para além da presença de tártaro, a gengiva edemaciada e hemorrágica. Nestes casos, realizaram-se destartarizações bimaxilares, sempre que os pacientes colaboraram.

É de realçar que a inscrição do paciente na lista cirúrgica para que o tratamento seja realizado em bloco operatório sob anestesia geral não era realizada quando o tratamento a efetuar era somente a instrumentação com ultrassons, no entanto, em casos onde os pacientes eram não colaborantes e necessitavam de outros

tratamentos, a sua submissão a anestesia geral era ponderada e, caso os prós superassem os contras, a destartarização era realizada em ambiente de bloco operatório.

#### **2.1.1.4. Ortodontia**

A presença de consultas de Ortodontia na infância no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é de extrema importância, pois permite a deteção e correção precoce de más oclusões, especialmente em pacientes cujas famílias não possuem recursos financeiros para arcar com os custos desses tratamentos na prática clínica privada.

No entanto, o CHUdSA apresenta vários critérios para colocação de aparelho ortodôntico no hospital, sendo que a sua colocação é essencialmente realizada em pacientes com fenda lábio-palatina e/ou pacientes que necessitem de intervenção cirúrgica (tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático).

Assim, é de referir que a maioria dos pacientes que eram observados nestas consultas não cumpriam os critérios necessários, assim como, em alguns casos, apesar dos pacientes cumprirem os critérios, o tratamento não era realizado de imediato, de modo a só ser iniciado quando o paciente já possuísse idade e maturidade suficiente para garantir a sua colaboração num tratamento tão longo.

Apesar deste facto, ao longo do estágio foi possível assistir a algumas consultas de controlo ortodôntico em pacientes que já se encontravam em tratamento, realizadas mensalmente. Nestas consultas, era possível observar a manutenção do aparelho ortodôntico, troca de ligaduras, mudança de arco e reforço das instruções de higiene.

Relativamente à manutenção do aparelho ortodôntico, alguns pacientes surgiam nestas consultas com arcos e ligaduras partidos, brackets descolados, assim como vários doentes se apresentavam com gengivite.

É de destacar que os acompanhantes de alguns pacientes com necessidades especiais questionaram a colocação de aparelho ortodôntico nestes pacientes. No

entanto, para a maioria destas crianças a colocação não é possível, devido à dificuldade na sua cooperação.

#### **2.1.1.5. Medicina Dentária Preventiva**

Em relação à Medicina Dentária Preventiva, as consultas assistidas consistiram na aplicação tópica de flúor e colocação de selantes de fissuras.

A estrutura mineral dentária depende de vários fatores presentes no ambiente oral, nomeadamente dos valores de pH da cavidade oral. Valores de pH inferiores a 5,5 propiciam o aumento da solubilidade e a desmineralização do esmalte. Quando os episódios de pH reduzido são intercalados por períodos mais longos de retorno ao pH fisiológico, ocorre um equilíbrio. No entanto, quando estes períodos de desmineralização se tornam mais frequentes, pode formar-se uma lesão de cárie. Sendo que a presença de flúor no meio durante as trocas iónicas entre os tecidos duros do dente e o fluido adjacente pode interferir neste processo, a aplicação tópica de flúor tem como objetivo diminuir a incidência de cárie e promover a remineralização de lesões brancas.<sup>5</sup>

Nas consultas assistidas, a aplicação tópica de gel de flúor foi feita com moldeiras e o gel utilizado possuía 12 300ppm de flúor.

O protocolo utilizado foi o seguinte:

- Paciente sentado a 90°;
- Secagem dos dentes;
- Colocação das moldeiras com gel na maxila e mandíbula durante alguns minutos;
- Remoção das moldeiras;
- Pedir ao paciente para cuspir o gel;
- Informar o doente que não pode comer nem beber durante a hora que se segue à aplicação.

De salientar que a colocação conjunta ou individual das moldeiras, assim como o tempo de atuação do gel variou conforme a cooperação do paciente.

As lesões de cárie aparecem fundamentalmente nos sulcos e fissuras de dentes temporários e definitivos, devido à sua morfologia. Estas zonas são áreas de difícil acesso para a escovagem, mais suscetíveis à acumulação de placa, o que as torna mais vulneráveis ao início precoce e à rápida progressão de cárie dentária. Por este motivo, os selantes de fissuras que foram aplicados nestas consultas consistem em finas camadas de material, aplicados nas superfícies mastigatórias dos molares, pré-molares e cíngulos dos incisivos superiores, com o objetivo de suprimir as superfícies retentivas que facilitam a formação de placa bacteriana, facilitar a higiene oral e, assim, reduzir o risco de cárie.<sup>6</sup>

Nestes casos, realizou-se: profilaxia, condicionamento ácido, colocação de adesivo e aplicação dos selantes, seguida do controlo oclusal.

Em algumas consultas, apesar de existir cárie na dentição decídua, optou-se pela aplicação tópica de flúor ou colocação de selantes nos dentes permanentes, uma vez que a dentição permanente constitui sempre a prioridade destas consultas, ainda para mais tendo em conta que não é possível realizar os tratamentos com a brevidade necessária no serviço, devido à grande quantidade de pacientes que existem para o número reduzido de médicos.

Ainda no âmbito da Medicina Dentária Preventiva, no passado, havia uma enfermeira no serviço que realizava o ensino da técnica de escovagem e fornecia conselhos dietéticos, no final da consulta. No entanto, durante o período de estágio, não se prestaram estes conselhos por parte da enfermeira. Como modo de colmatar esta situação, na maioria destas consultas era realizada uma breve motivação do paciente e do acompanhante para hábitos de higiene oral e dieta, por parte da médica, juntamente com a entrega de informação escrita relativa à prevenção da cárie dentária e outras patologias orais, nomeadamente com conselhos sobre alimentação e higiene oral.

#### **2.1.1.6. Oclusão**

Existiram algumas consultas dentro da área da Oclusão, em que os acompanhantes reportaram que a criança apertava ou rangia os dentes frequentemente, durante o período diurno e/ou noturno.

Durante estas consultas, realizou-se o diagnóstico de bruxismo, que consiste numa atividade repetida dos músculos caracterizada pelo apertar e ranger dos dentes, em momentos que não correspondem às funções normais da mastigação ou deglutição. Esta atividade pode estar associada a alterações emocionais do paciente. O bruxismo, como um hábito parafuncional, pode produzir efeitos negativos no periodonto, nos músculos mastigatórios e na articulação temporomandibular. Além disso, pode causar dor de cabeça e efeitos comportamentais e psicológicos que podem ter um alto impacto na idade pediátrica.<sup>7</sup>

Nestes pacientes, o tratamento pelo qual se optou foi a vigilância, uma vez que os pacientes apresentavam um desgaste dentário muito ligeiro e ainda se apresentavam com a dentição decídua, o que implicaria a desadaptação da goteira com a troca da dentição decídua para a permanente e com o crescimento ósseo, o que tornava esta opção de tratamento não indicada.

#### **2.1.1.7. Medicina Oral**

Relativamente à área de medicina oral, apenas foi possível observar uma consulta em que paciente não apresentava a lesão no momento, uma vez que esta lesão aparecia e desaparecia, caracterizando-se por ser uma lesão branca no dorso da língua, com aspeto eritematoso, presente de forma intermitente desde setembro de 2021. Assim, neste caso, marcou-se uma consulta para controlo, no entanto, foi indicado que o paciente deve aparecer nas consultas num dia em que a lesão esteja presente, mesmo sem marcação, para que a mesma possa ser observada e, se necessário, realizada uma biópsia.

#### **2.1.1.8. Outras**

Durante o estágio, foi possível acompanhar também consultas de rotina e vigilância, nomeadamente para controlo da erupção dentária, confirmação de suspeita de agenesias ou dentes supranumerários, assim como avaliação pós cirúrgica de exodontias realizadas em bloco.

Foram também frequentes as consultas em que se assistiu à aplicação de fenoprata em dentes decíduos muito cariados e próximos da esfoliação. Procedeu-se a este tratamento principalmente em pacientes não colaborantes, que não permitiam a sua exodontia ou que necessitavam de tratamentos nos dentes permanentes e, sendo o tratamento da dentição permanente prioritário e o período de espera entre consultas longo, o tempo de consulta era dedicado à dentição definitiva.

A fenoprata é um produto manipulado, líquido, que entre outros ingredientes apresenta nitrato de prata.<sup>8</sup> Este é utilizado, por norma, no tratamento de aftas e úlceras. No entanto, no Serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA é também utilizado com o objetivo de criar uma necrose superficial que permita o controlo da dor até à esfoliação destes dentes. Por vezes, recorreu-se também a este material com o objetivo de manter o espaço para a dentição permanente, uma vez que no CHUdSA não é possível colocar mantenedores de espaço. Este material é colocado no interior da cavidade, deixando-se atuar durante alguns segundos, seguido de lavagem.

Neste grupo de consultas, estão também incluídas algumas primeiras consultas, em que se optou por não realizar qualquer tratamento neste primeiro contacto de modo a ganhar a confiança e cooperação da criança numa próxima consulta. Em alguns destes casos, realizou-se apenas o pedido de ortopantomografia para decidir o plano de tratamento.

#### **2.1.1.8. Caraterização da população pediátrica observada**

Relativamente à caraterização da população pediátrica observada, dos 89 pacientes observados, 44 eram pacientes saudáveis, referenciados para o Serviço de Estomatologia Pediátrica por não colaborarem com o tratamento no consultório médico-

dentário e/ou por não terem capacidades económicas para suportar os custos associados a estes tratamentos no setor privado. Os restantes possuíam patologias sistémicas associadas e/ou apresentavam necessidades especiais de tratamento.

O paciente com necessidades especiais é aquele cujas condições físicas, intelectuais, habilidades sociais e emocionais apresentam desvios em relação aos padrões considerados normais. Por este motivo, exigem atenção e abordagem clínica diferenciada durante um determinado período ou de forma contínua.

A saúde geral e a saúde oral possuem uma relação bidirecional e, tendo em conta que os indivíduos com necessidades especiais apresentam um comprometimento referente à saúde geral, como o facto de serem muitas vezes portadores de doenças sistémicas e polimedicados, pode concluir-se que as características associadas às condições destes pacientes têm repercussões na cavidade oral e vice-versa.

Os pacientes que fazem uso de múltiplos medicamentos têm uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de problemas de saúde oral. Por exemplo, medicamentos com efeitos anticolinérgicos podem reduzir o fluxo salivar, enquanto medicamentos que contenham açúcar na sua composição podem aumentar o risco de cárie dentária.

Paralelamente, esses pacientes frequentemente enfrentam limitações em relação à sua condição física, o que afeta a destreza manual necessária para realizar movimentos relacionados, por exemplo, com a escovagem dentária. Também é comum que tenham limitações cognitivas que influenciam a sua capacidade de realizar tarefas sequenciais. Estas limitações físicas e cognitivas têm um impacto na eficácia da higiene oral.

As alterações sistémicas, em combinação com fatores locais desfavoráveis, como alterações da função salivar, higiene oral deficiente, má oclusão, relacionadas diretamente com a acumulação de placa bacteriana, são responsáveis pelo aumento do risco de desenvolvimento de patologias orais. É também fundamental ter em consideração que estes pacientes podem apresentar manifestações orais típicas de determinada patologia, ou a própria patologia pode tornar o paciente mais suscetível a determinadas condições orais.

O sucesso da consulta neste grupo de pacientes depende em parte do paciente, mas também da abordagem do atendimento, que deverá centrar-se no paciente, sendo fundamental que a equipa identifique, interprete e responda aos sinais verbais, não verbais e emocionais apresentados pelo paciente, de modo precoce e adequado.

Nas consultas observadas, o tratamento destes pacientes só era iniciado após a avaliação da sua condição sistémica. Durante esta fase, realizava-se a avaliação do nível cognitivo e estabelecia-se contacto verbal e não-verbal com o paciente. Os acompanhantes foram também uma importante mais-valia no decorrer das consultas, facilitando a comunicação e fornecendo informações complementares. Nestes doentes também se procurou obter informações acerca de tratamentos dentários prévios, para que se pudesse antecipar as necessidades psicológicas do paciente.

Após a recolha da história clínica, procedia-se à realização do exame físico e clínico. O exame clínico deve seguir uma abordagem sistematizada, que compreenda desde a observação geral do paciente até a análise minuciosa das estruturas orais. No entanto, nas consultas observadas, raros foram os pacientes que permitiram uma observação minuciosa da cavidade oral.

Regularmente, o plano de tratamento teve de ser reavaliado, tendo, muitas vezes, o tratamento dentário de ser interrompido e posteriormente reestruturado.

Para alcançar o objetivo das consultas são necessárias a cooperação e participação do doente, por isso, procurou-se sempre adaptar a abordagem utilizada a vários fatores, como a ansiedade, idade e alterações funcionais e cognitivas, criando-se estratégias adaptadas às limitações do paciente e estabelecendo uma relação de confiança.<sup>9,10</sup>

#### **2.1.1.9. Casos clínicos**

##### **Caso clínico 1**

Paciente do sexo feminino, com 9 anos de idade. Portadora de perturbações no espectro do autismo. Sem alergias conhecidas. O encarregado de educação declarou não ter sido submetida a intervenções cirúrgicas no passado.

As perturbações no espectro do autismo são transtornos de neurodesenvolvimento que se manifestam de diferentes formas clínicas, variando em intensidade. O sintoma mais prevalente é a dificuldade na interação social, acompanhado por défice na comunicação e a presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.<sup>11</sup>

Compareceu à consulta de Estomatologia Pediátrica com odontalgias, devido à presença de múltiplas cáries nos dentes decíduos.

A criança demonstrou-se não colaborante com o tratamento médico-dentário em consultório e, por esse motivo, foi encaminhada para extração com gengivoplastia e alveoloplastia dos dentes decíduos cariados sob anestesia geral no bloco operatório.

Procedeu-se à obtenção do consentimento informado por parte do representante que acompanhava a criança, entrega da informação escrita relativa aos cuidados pré e pós cirurgia e internamento, assim como se realizou o pedido de análises.

Com o objetivo de aliviar a odontalgia, aplicou-se fenoprata no interior das cavidades dos dentes que a doente permitiu. Iniciou-se a colocação pela cavidade mais extensa, tendo em conta que a cooperação poderia ser perdida a qualquer momento.

Nas crianças com autismo, é crucial estabelecer uma rotina, por isso, os cuidados de higiene oral e as visitas periódicas ao médico dentista devem ser implementadas de forma gradual precocemente. Idealmente, a criança deve fazer várias visitas ao médico dentista antes de iniciar o tratamento médico-dentário, que pode ser dificultado pelos problemas médicos e comportamentais que apresentam.

A cooperação no consultório é desafiadora, devido à sensibilidade aumentada ao sons, luzes, cheiros e cores. Possuem, também, dificuldades na interação, compreensão e seguimento de instruções. Por estes motivos, o tratamento destes pacientes é um processo que exige muita paciência e tempo, devendo-se prestar especial atenção ao ambiente que rodeia a criança. Devido a estas alterações comportamentais, em grande parte dos casos o tratamento dentário tem de ser realizado sob sedação ou anestesia geral.<sup>10</sup>

## Caso clínico 2

Paciente do sexo masculino, com 5 anos de idade. Apresenta como antecedentes pessoais: antecedentes de fenda palatina completa do palato primário, reparação do lábio leporino com fenda minor gengival aos 2 meses de idade, Síndrome de Cimitarra, Síndrome Polimalformativo, Síndrome de Horner Congénito.

As fendas palatinas são alterações congénitas frequentes, que se formam entre a 8ª e a 12ª semana de vida intra-uterina. Apesar dos fatores etiológicos não estarem bem definidos, frequentemente surgem associadas a síndromes. O seu tratamento deve ser realizado idealmente logo após o nascimento, com o objetivo de reabilitar a estética e a função. As crianças em que não se realiza este tratamento precoce estão sujeitas a mais problemas oclusais, erupção de dentes ectópicos, inclusão dentária, assim como são mais frequentes anomalias de desenvolvimento dentário junto às fendas.<sup>12</sup>

O motivo da consulta foi a fratura da restauração presente no dente 61. Assim, realizou-se o tratamento restaurador, iniciando-se pela colocação do isolamento relativo, ataque ácido, remoção do ácido com jato de água sob aspiração cirúrgica, substituição do isolamento relativo, aplicação do sistema adesivo, fotopolimerização e colocação de uma camada de Dyract® flow A2, seguida da fotopolimerização final.

Apesar da cronologia de erupção, optou-se por não extrair o dente 61 e, em alternativa, procedeu-se ao tratamento restaurador, como forma de preservar o osso devido à fenda palatina.

Neste tratamento, não surgiu a necessidade de obter analgesia, no entanto, os pacientes portadores de fendas palatinas apresentam algumas particularidades. Face às várias intervenções cirúrgicas a que são submetidos, verifica-se a presença de tecido fibroso cicatricial, o que torna a mucosa mais resistentes e a punção mais dolorosa. Para além disso, observa-se uma alteração da inervação, devido à divisão da maxila pelo defeito ósseo, o que torna necessária a analgesia da região adjacente para diminuir a dor e incómodo.<sup>13</sup>

### Caso clínico 3

Paciente do sexo feminino, com 13 anos de idade. Como antecedentes pessoais apresentava: doença aórtica congênita. Declarou não possuir alergias. Realizou extrações dentárias múltiplas sob anestesia geral em 2014, sem complicações.

Tratou-se de uma consulta de rotina, marcada periodicamente com o objetivo de vigiar e controlar a higiene oral da paciente.

Ao exame objetivo, observou-se que a criança apresentava: classe I molar bilateral, mordida cruzada posterior esquerda, ausência de cáries, presença de tártaro e gengivite. Face ao exame objetivo, procedeu-se à destartarização com ultrassons e à aplicação tópica de gel de flúor.

As cardiopatias congênitas são caracterizadas como malformações do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, que causam ou têm potencial para causar alterações funcionais. Os pacientes portadores destas alterações são mais suscetíveis à endocardite infecciosa.<sup>14</sup>

A endocardite infecciosa é uma doença em que ocorre a infecção bacteriana ou, em casos mais raros, fúngica, da superfície endocárdica do coração. Essa condição é desencadeada pela disseminação de microrganismos através da corrente sanguínea, que se conseguem fixar no endocárdio, numa válvula cardíaca ou num vaso sanguíneo. Trata-se de uma patologia que apresenta uma alta morbidade e mortalidade.<sup>15</sup>

Os fatores de risco para o desenvolvimento da endocardite infecciosa incluem a presença de válvula cardíaca protética, doença cardíaca estrutural ou congênita, uso de drogas intravenosas e história recente de procedimento médico ou dentário invasivo.

Existe evidência científica que esta patologia está associada aos microrganismos orais. O seu desenvolvimento está relacionado com bacteriemias transitórias, que ocorrem como resultado de procedimentos invasivos, nomeadamente determinados procedimentos dentários. No entanto, embora os procedimentos dentários invasivos sejam uma possibilidade para o aparecimento de bactérias provenientes da cavidade oral na circulação sanguínea, há evidência de que estes

procedimentos são menos propensos a causar endocardite infecciosa do que as atividades diárias (escovar os dentes, utilizar fio dentário, mastigar) e a má higiene oral dos pacientes.

Assim, o tratamento dentário prévio e o controlo regular da saúde oral, através da eliminação da gengivite, cáries e doença periodontal, reduz a infeção e a inflamação local, o que diminui tanto a bacteremia transitória causada por procedimentos dentários invasivos, como causada por hábitos diários.

Por outro lado, uma má higiene oral aumenta consideravelmente a probabilidade de bactérias entrarem na corrente sanguínea, principalmente durante momentos de escovagem, mastigação ou uso do fio dentário, onde o risco de hemorragia diária é mais elevado, o que justifica a importância de realizar consultas de controlo e vigilância da higiene oral nestes pacientes.<sup>16</sup>

#### **Caso clínico 4**

Paciente do sexo feminino, com 13 anos de idade, portadora de Síndrome de Down. Declarou não possuir alergias conhecidas. Foi submetida a extração de dentes decíduos sob anestesia geral em 21/11/2017 e extração do 46 e tratamentos restauradores do 15 e 26 sob anestesia geral em 13/02/2020.

Ao exame objetivo, apresenta: macroglossia e cáries em múltiplos dentes.

Na última consulta, realizou-se restauração provisória do dente 11 por falta de colaboração. Verificou-se que a restauração foi perdida e a cárie apresenta atingimento pulpar, provocando odontalgia. Realizou-se o diagnóstico de pulpite irreversível.

As opções de tratamento fornecidas foram: exodontia ou tratamento endodôntico radical. Uma vez que a paciente não colabora em consultório, qualquer um destes tratamentos terá de ser realizado em ambiente de bloco operatório sob anestesia geral.

Após ser informada das vantagens e riscos de cada uma das opções, a acompanhante legal da criança optou pela inscrição em cirurgia sob anestesia geral para tratamento endodôntico radical. No entanto, foi informada que há o risco de, durante a cirurgia, ser necessário optar pela extração, dependendo da estrutura

dentária remanescente após remoção do tecido cariado, assim como existe o risco de insucesso deste tratamento, o que obrigaria a uma segunda anestesia geral para exodontia.

A paciente não colaborou na realização da ortopantomografia. Por esse motivo, apenas foram realizados os pedidos de análises, a marcação da consulta de anestesiologia, assinado o consentimento informado e entregues as informações relativas ao internamento.

A Síndrome de Down caracteriza-se pelo défice cognitivo e várias anomalias físicas devido a presença de um cromossoma a mais no cromossoma 21.

No que diz respeito às características dento-maxilo-faciais, é possível observar hipodesenvolvimento do terço médio da face, pseudoprognatismo, palato duro de menor tamanho e com formato ogival. Apresentam uma prevalência mais elevada de doença periodontal. No entanto, a prevalência de cáries é mais baixa comparativamente à restante população.<sup>10</sup>

Existem algumas anomalias dentárias que podem ser observadas regularmente nestes pacientes, como: hipodontia ou oligodontia, agenesias, dentes conóides, microdentes, hipocalcificação do esmalte, fusão e geminação. A erupção dentária e a esfoliação dos dentes decíduos e permanentes são tardias, o que deve ser alertado aos pais.

A colaboração destes pacientes está muitas vezes dificultada, sendo que os pais têm um papel muito importante na orientação numa boa higienização. A evolução do seu estado periodontal deve ser controlada periodicamente, clínica e radiograficamente.<sup>10</sup>

## **2.2. Unidade de Cirurgia Maxilo-facial**

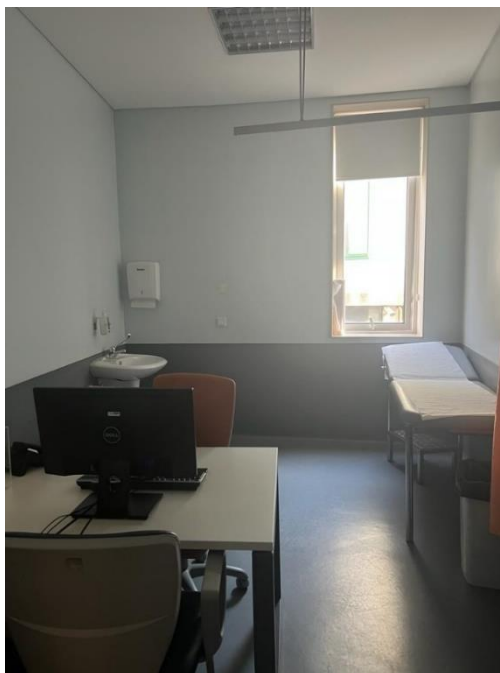
A Unidade de Cirurgia Maxilo-facial localiza-se no CICA e no Hospital Geral de Santo António. No CICA, ocorrem as cirurgias em ambulatório, assim como as consultas externas. No HGSA, dão-se as cirurgias convencionais em bloco operatório e os internamentos.

O CICA, localizado na Rua D. Manuel II, possui um total de 8 pisos, sendo que 4 deles são destinados a estacionamento subterrâneo. No piso 0, encontramos a receção principal, os acessos aos elevadores e escadas, além de um bar. Já no piso 1, estão localizados os serviços de Cirurgia Maxilo-facial (CMF), Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

O piso 1 é formado por:

- Receção;
- Nove gabinetes médicos (Salas 1.1 a 1.9) (Figura 5);
- Blocos operatórios;
- Sala polivalente;
- Sala de pensos;
- Salas de recobro;
- Sala de espera;
- Salas técnicas;
- Sala de secretariado;
- WC;
- Vestiário;
- Armazém de consumíveis;
- Zona de tratamento de sujos.

As consultas externas e as cirurgias em ambulatório de CMF, observadas durante o estágio, ocorreram no piso 1 deste edifício.



*Figura 5 – Gabinete Médico – CICA*

O HGSA, situado no Largo do Prof. Abel Salazar, é formado por várias especialidades e serviços. No decorrer do estágio, apenas frequentei o bloco central, localizado no piso 2.

A atividade de CMF também se desenvolve no Edifício Luís de Carvalho, também integrante do HGSA. Neste edifício, mais concretamente no piso 5, ocorre o internamento de CMF. No entanto, a atividade assistencial do estágio não incluiu o serviço de internamento.

O corpo clínico da Unidade de CMF é constituído por:

- Dr. Alfredo Figueiredo Dias;
- Dr<sup>a</sup>. Rute Saleiro;
- Dr<sup>a</sup>. Sílvia Dionísio;
- Dr. Hugo Marques;
- Dr. André Luís;
- Internos de especialidade.

Os recursos humanos são complementados por:

- Enfermeiras;
- Administrativas;
- Assistentes operacionais;

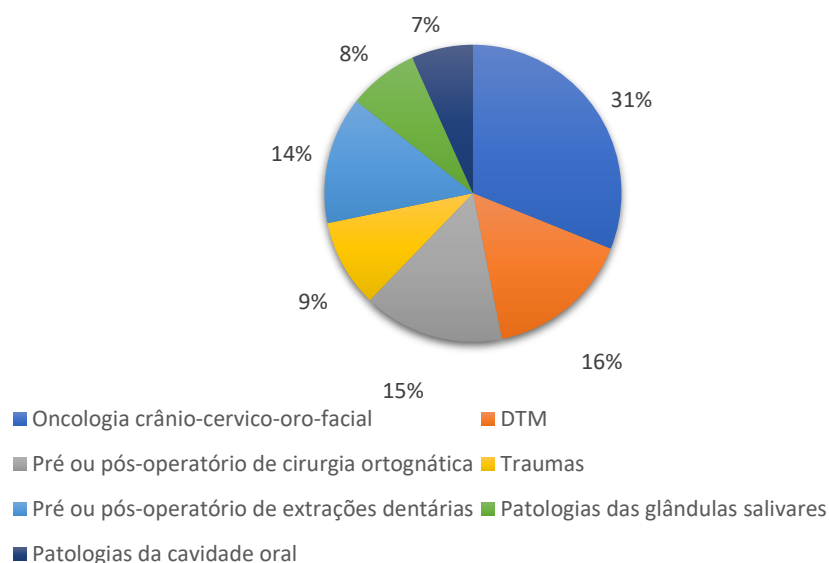
### **2.2.1. Consultas Externas**

A observação das Consultas Externas de CMF ocorreu às segundas-feiras da parte da manhã, sob tutoria da Dr<sup>a</sup>. Rute Saleiro, e às quintas-feiras de manhã, sob orientação do Dr. Hugo Marques.

Os pacientes atendidos nessas consultas provinham de diversas origens, tais como: Serviço de Urgência (SU), quando apresentavam patologia não urgente; encaminhamento por parte do médico assistente; acompanhamento pós-cirúrgico ou pós-internamento no Serviço; e solicitação de colaboração por outra especialidade do CHUdSA.

Ao longo do estágio, foi possível observar um total de 209 consultas, das quais 65 consistiram em consultas na área da oncologia crânio-cervico-oro-facial (31%), 33 compreenderam consultas sobre disfunções das articulações temporomandibulares (DTM) (16%), 32 abrangeram pré ou pós-operatórios de cirurgia ortognática (15%), 20 foram referentes a traumas (9%), 29 focaram-se em pré ou pós-operatórios de extrações dentárias (14%), 16 debruçaram-se sobre patologias das glândulas salivares (8%) e as restantes 14 abrangeram patologias da cavidade oral (7%) (Gráfico 2).

## Distribuição das consultas observadas em Cirurgia Maxilo-Facial



*Gráfico 2 - Distribuição das consultas observadas em Cirurgia Maxilo-Facial*

De seguida, irei destacar as consultas de seguimento na área de oncologia crânio-cervico-oro-facial, consultas de DTM e consultas de pré e pós-operatório de cirurgias ortognáticas.

### **2.2.1.1. Consulta oncologia crânio-cervico-oro-facial**

Este estágio proporcionou a oportunidade de comprovar e consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo de nossa formação acadêmica, nomeadamente a noção que um exame clínico minucioso e detalhado é fundamental na deteção precoce do cancro oral.

É de salientar a importância da Medicina Dentária neste aspeto, uma vez que grande parte dos pacientes observados nestas consultas tiveram as suas lesões detetadas numa primeira fase pelo seu médico dentista, inclusive enquanto estas ainda não provocavam sintomas.

Adicionalmente, o papel do médico dentista passa também pela prevenção, através da educação dos pacientes sobre os fatores de risco e também sinais e sintomas da patologia.

Durante o período de estágio, no que concerne à área da oncologia crânio-cervico-oro-facial, observaram-se um total de 65 consultas, cuja distribuição está representada na Tabela 1.

*Tabela 1 - Distribuição das consultas de oncologia crânio-cervico-oro-facial*

Patologia oncológica	Nº de casos observados
Carcinoma	43
Adenoma pleomórfico	7
Tumor de Whartin	2
Melanoma	2
Linfangioma	2
Linfoma	1
Em estudo	8

O cancro oral é definido como um conjunto de tumores malignos que podem afetar a cavidade oral, abrangendo desde os lábios até a garganta. As localizações mais frequentes compreendem o pavimento da boca, o bordo lateral da língua e o palato mole.

A causa do aparecimento do cancro oral é multifatorial, existindo vários fatores internos e externos ao indivíduo, no entanto, os principais fatores de risco são o tabaco e o consumo excessivo de álcool.<sup>17</sup>

Os tumores da cabeça e do pescoço têm sido também associados ao vírus do papiloma humano (HPV), principalmente as variantes HPV16 e HPV18.<sup>17</sup>

A denominação do tumor está relacionada com a sua localização inicial. Existem dois tipos de tumores sólidos: os carcinomas, que se originam das células epiteliais, e os sarcomas, que se desenvolvem no tecido conjuntivo. Já em relação aos tumores líquidos, os linfomas têm origem nas células linfoides, enquanto as leucemias têm origem nas células sanguíneas.<sup>18</sup>

O carcinoma, que afeta o epitélio da mucosa oral, é o tipo mais prevalente, correspondendo a mais de 90% dos casos de cancro oral.<sup>17</sup>

Os carcinomas na cavidade oral podem apresentar-se como manchas, geralmente de cor branca ou avermelhada, uma massa com diferentes graus de endurecimento ou uma úlcera persistente que não cicatriza. Inicialmente, essas lesões costumam ser assintomáticas, mas podem tornar-se dolorosas com o passar do tempo.<sup>19</sup>

Durante o estágio observacional, quando uma lesão suspeita era identificada, era realizado um estudo detalhado, que incluía a avaliação das estruturas anatômicas, a medição da lesão primária, a solicitação de técnicas de imagiologia e a realização de biópsia.

A avaliação das estruturas anatômicas é executada através de um exame visual e palpação. No que concerne ao exame visual da língua, esta deve ser tracionada anterior e lateralmente. Relativamente à palpação, procura-se palpar a musculatura profunda da língua, mucosa oral, pavimento da boca, estruturas salivares e ósseas.

Em relação às técnicas imagiológicas, a tomografia computadorizada (TC) é o exame mais adequado para detecção, avaliação e vigilância destes casos. A tomografia por emissão de positrões (PET) foi também um exame imagiológico pedido em algumas consultas com o objetivo de realizar o estadiamento ou detetar o tumor primário em casos em que a lesão diagnosticada correspondia a uma metástase e o tumor primário ainda não tinha sido possível de localizar.

Em determinados casos, a realização de uma biópsia da lesão era necessária, sendo importante que a amostra fosse representativa de toda a lesão e adequada à profundidade da invasão tecidual. Após a realização da biópsia, a amostra é encaminhada para o departamento de anatomia patológica para análise e estudo.

No serviço de CMF, é comum utilizar o sistema TNM de classificação de tumores malignos para orientar o tratamento e fornecer uma avaliação prognóstica. Nesta classificação, T representa o tamanho do tumor primário, N refere-se à disseminação para gânglios linfáticos regionais e M é relativo à existência/ausência de metástases distantes.

Relativamente ao tratamento, este é decidido em conjunto com a equipa de oncologia numa consulta de grupo oncológico, dependendo de vários fatores. Observaram-se alguns pacientes que, devido à sua idade avançada e/ou classificação do tumor, decidiu-se pelo tratamento sintomático exclusivo, procurando-se obter o controlo da dor e, quando necessário, a orientação para os cuidados paliativos, uma vez que o tratamento cirúrgico aliado à quimioterapia e/ou radioterapia iriam diminuir a qualidade de vida destes pacientes.

Os pacientes que já sofreram de cancro oral ou cancro dos pulmões, garganta ou esófago apresentam um maior risco de desenvolvimento de novos tumores ou recorrência do cancro original.<sup>17</sup> Por esse motivo, mantêm-se em vigilância no serviço de CMF.

As consultas de controlo são realizadas inicialmente com uma frequência mensal, trimestral, semestral e, por fim, anual. Nestas consultas, para além da realização do exame visual e da palpação com o objetivo de avaliar a presença de alterações sugestivas de recidiva, também é comum realizar-se o pedido de exames imagiológicos, principalmente TC ou ecografia, no caso de tumores das glândulas salivares. O período de intervalo entre as consultas de vigilância depende também do tipo de tumor e da sua probabilidade de recidiva.<sup>17</sup>

#### **2.2.1.2. Consulta Disfunção da articulação temporomandibular**

As DTM são caracterizadas como problemas clínicos que afetam os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM), as estruturas relacionadas ou uma combinação de ambos. A sua etiologia ainda se encontra em estudo, no entanto, existem 5 fatores que têm sido relacionados com esta patologia: atividades parafuncionais, fatores oclusais, estímulos de dor profunda, trauma e stress emocional.

Os pacientes observados nestas consultas apresentavam-se com variados sinais e sintomas, tais como: estalido ou crepitação da ATM, dor nos músculos da mastigação ou ATM, redução da abertura da boca, dor de ouvidos ou dor de cabeça.

Com base nas consultas observadas, as pacientes do sexo feminino surgem nestas consultas com DTM associadas, principalmente, à ansiedade e ao stress. Por outro lado, os doentes do sexo masculino apresentam queixas relacionadas com a ATM, maioritariamente, devido à perda de dentes posteriores.

As DTM podem ser classificadas em articulares e não articulares. As disfunções não articulares normalmente estão associadas aos músculos da mastigação e causam diminuição da amplitude dos movimentos e dor associada aos mesmos. Por outro lado, as disfunções articulares podem ser inflamatórias e não inflamatórias, sendo que as inflamatórias costumam estar associadas a sintomatologia, enquanto as não inflamatórias por norma são assintomáticas, podendo tornar-se sintomáticas com a evolução da patologia.

Nestas consultas, para se obter o diagnóstico, realizava-se a palpação muscular, avaliava-se a amplitude dos movimentos e, quando necessário, eram pedidos exames complementares de diagnóstico.

Quando o diagnóstico obtido era de dor muscular, por norma, ofereciam-se 3 opções de tratamento para alívio dos sintomas: punção seca, injeção tópica de anestésico e injeção de toxina botulínica. Em alguns dos casos observados, em que o motivo de consulta era a dor muscular, realizou-se o diagnóstico de bruxismo, sendo o tratamento aconselhado a goteira de miorrelaxamento e, por esse motivo, os pacientes eram encaminhados para Estomatologia.

Quando a dor era diagnosticada como articular, em estádios iniciais, o tratamento passava essencialmente pela prescrição de relaxantes musculares, medicação anti-inflamatória, dieta mole, calor húmido e fisioterapia. Quando a patologia já se encontrava mais avançada, com dor e limitação funcional associada, a artrocentese é uma opção de tratamento e, em último caso, recorre-se à artroplastia.<sup>17</sup>

### **2.2.1.3. Consulta pré/pós-operatório de cirurgias ortognáticas**

A dismorfia dentofacial (DDF) é definida como uma condição em que o esqueleto facial difere do normal, o que se associa a má oclusão e aspeto facial alterado.<sup>20</sup>

A maioria dos pacientes observados nestas consultas já tinham sido avaliados por um Ortodontista que, a partir da análise cefalométrica, definiu que o paciente possuía uma má oclusão de origem esquelética.

Nestes casos, em que o paciente é adulto, com o crescimento craniofacial terminado e a camuflagem ortodôntica não é uma opção de tratamento aceitável, é necessário iniciar o estudo para a realização da cirurgia ortognática.

A cirurgia ortognática, combinada com o tratamento ortodôntico, tem como objetivo melhorar tanto a função mastigatória quanto a aparência facial, com um resultado estável do ponto de vista oclusal.

Por norma, a avaliação inicial é realizada em conjunto com a Unidade de Estomatologia, onde se inicia o tratamento ortodôntico pré-cirúrgico. Neste momento, realiza-se também a avaliação por parte do cirurgião e a inscrição do paciente para cirurgia ortognática. Nesta etapa, recolhem-se as informações necessárias para a sua realização, nomeadamente a história médica, antecedentes familiares, alergias e medicação.

Quando os pacientes estão preparados, em termos ortodônticos, para a intervenção cirúrgica são encaminhados para uma consulta pré-operatória na unidade de CMF, em que se o cirurgião avalia se todas as condições necessárias para a cirurgia estão reunidas, normalmente através da avaliação dos modelos de estudo.

Habitualmente, o tempo de espera para a realização da cirurgia ortognática é relativamente coincidente com o período em que o paciente se encontra a realizar o tratamento ortodôntico pré-cirúrgico (normalmente, 1 a 2 anos).

É de salientar que a análise facial é fundamental em termos de diagnóstico e planeamento cirúrgico, uma vez que irá definir a quantidade de movimento cirúrgico necessário para obter a harmonia facial. Em alguns casos, a cirurgia combinada da

maxila e mandíbula é escolhida com o fim de evitar grandes movimentos cirúrgicos isolados, uma vez que estes apresentam maior probabilidade de recidiva.<sup>21</sup>

Após a cirurgia, iniciam-se as consultas pós-operatórias. Nestas consultas, avalia-se a cicatrização e o resultado, realizando-se fotografias pós-operatórias e também o pedido de nova ortopantomografia e telerradiografia de perfil.

No geral, os pacientes que foram observados nestas consultas, mesmo os casos em que a cirurgia tinha sido realizada há poucos dias, apresentavam-se sem dores e apenas com um ligeiro edema ou hematoma na face.

No pós-operatório, os pacientes são instruídos a realizar dieta líquida durante duas semanas. Após duas semanas, são ensinados a remover os elásticos intermaxilares para que possam retirá-los às refeições e realizar uma alimentação mole. Os elásticos devem permanecer colocados a maior parte do tempo durante as primeiras três semanas para evitar a reabsorção condilar idiopática, devido à pressão exercida na ATM.

### **2.2.2. Bloco operatório**

Relativamente à área do bloco operatório, o estágio ocorreu no HGSA e também no CICA.

O bloco operatório do HGSA é formado por 4 salas operatórias: o bloco central, o bloco de ortopedia, o bloco de neurocirurgia e o bloco do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN). Foi no bloco central que ocorreu a cirurgia ortognática que assisti, sob anestesia geral.

Em cada sala operatória, existe uma equipa cirúrgica, constituída, por norma, por dois cirurgiões, um interno de especialidade, um anestesista, um interno de anestesiologia, um enfermeiro anestesista, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro circulante. No entanto, o número de elementos da equipa pode variar conforma as necessidades da cirurgia.

Após estas cirurgias, o paciente permanece em internamento durante os dias necessários.

No CICA, foi possível assistir a 3 cirurgias em ambulatório: 1 sialodectomia sublingual direita, 1 exérese de quisto sebáceo epidermóide no lóbulo da orelha direita, 1 infiltração com toxina botulínica dos músculos masséter e temporal. As cirurgias observadas ocorreram sob anestesia local, com exceção da infiltração de toxina botulínica, que ocorreu sem anestesia.

Nestas intervenções cirúrgicas, a equipa era constituída por um cirurgião especialista, um interno de especialidade e um enfermeiro. Sendo que as cirurgias assistidas neste contexto foram realizadas sob anestesia local ou sem anestesia, não houve necessidade da presença de um anestesista.

Após a cirurgia em ambulatório, o utente tem alta no próprio dia, preferencialmente acompanhado por um familiar. Neste momento, é informado dos cuidados a ter no pós-operatório e também se realiza a prescrição médica para os sete dias seguintes. Após uma semana, o paciente tem a sua primeira consulta de seguimento na especialidade.

Todas as cirurgias observadas, tanto no HGSA como no CICA, iniciam-se com a limpeza e desinfeção total do bloco operatório, assim como organização de todo o material a utilizar durante a cirurgia.

De seguida, o doente é transferido para o bloco e realiza-se o processo de anestesia, geral ou local, conforma a cirurgia em causa.

Posteriormente, é realizada a desinfeção de toda a área do corpo do paciente que será intervencionada, garantindo assim a assepsia necessária para o procedimento. Além disso, são colocadas toalhas cirúrgicas ao redor da área operatória, para manter o ambiente livre de contaminação.

### **2.2.3. Casos clínicos**

Por limitação do número de palavras para elaboração do presente relatório, descrevem-se alguns casos mais representativos da minha atividade de estágio.

#### **Caso clínico 1 – Consulta oncologia crânio-cervico-oro-facial**

Paciente do sexo feminino, com 57 anos de idade. Apresenta como antecedentes pessoais esquizofrenia e carcinoma epidermoide invasor no lado esquerdo da mandíbula, sem invasão linfática e venosa.

Como medicação habitual, realiza: Biperideno 4mg, Haloperidol 5mg, Lorazepam 1mg, Clozapina 100mg. Afirma não possuir alergias medicamentosas conhecidas.

No dia 15/03/2023, foi submetida a exérese tumoral, mandibulectomia esquerda, reconstrução com barra de titânio, esvaziamento cervical radical modificado e exodontias múltiplas. A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências.

Após a cirurgia, foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Durante o internamento, desenvolveu pneumonia associada à ventilação, fibrilação atrial paroxística, infecção do trato urinário, sudâmina rubra e litíase vesicular não complicada, tendo apresentado boa evolução, com transferência para a Enfermaria de CMF a 03/04/2023.

Na consulta, ao exame objetivo, apresentou assimetria facial e boa cicatrização.

A paciente encontra-se a realizar fisioterapia, devido à sarcopenia que possui derivada do período em que esteve internada na UCI. Para além disso, queixa-se que os sintomas da esquizofrenia pioraram desde esse período, uma vez que a medicação foi cessada durante o internamento. A utente retomou a toma da medicação após saída da UCI, no entanto, demorará cerca de 2 meses a fazer novamente efeito.

Relativamente à reabilitação oral, a doente questionou se poderia começar a utilizar uma prótese removível. No entanto, a resposta foi negativa, a paciente deverá aguardar mais alguns meses até realizar a reabilitação oral, até lá a alimentação terá de ser apenas líquida.

A utente foi encaminhada para Consulta de Grupo Oncológico para avaliar proposta para radioterapia adjuvante.

## **Caso clínico 2 – Consulta DTM**

Doente do sexo masculino, com 19 anos. Sem patologias sistémicas, não realiza medicação habitual, não possui alergias conhecidas.

É seguido nas consultas de CMF devido a anquilose da ATM (Figura 6). A etiologia desta patologia normalmente está associada a trauma ou infeção, mas pode ser congénita ou resultar da artrite reumatoide. No entanto, neste caso em específico, a causa é desconhecida, sendo que o paciente não apresenta nenhuma síndrome ou patologia associado e a acompanhante (grau de parentesco: mãe) nega a ocorrência de trauma ou infeção na infância.

A anquilose da ATM não permite o crescimento mandibular, o que causa dificuldade na alimentação, sendo que realiza uma dieta apenas líquida, uma vez que não consegue abrir a cavidade oral suficientemente para a entrada de alimentos. Por sua vez, esta deficiência alimentar provoca atraso no desenvolvimento físico do paciente.

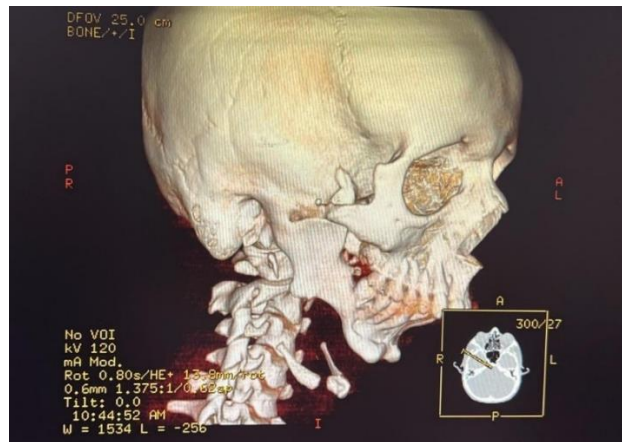
Já foi submetido a distração óssea mandibular (Figura 7), que melhorou consideravelmente a dimensão da via área (Figura 8).

Atualmente, encontra-se em planeamento para artoplastia com próteses de cêndilo. Trata-se de uma cirurgia complexa com riscos inerentes, mas que constitui a única opção de tratamento neste caso.

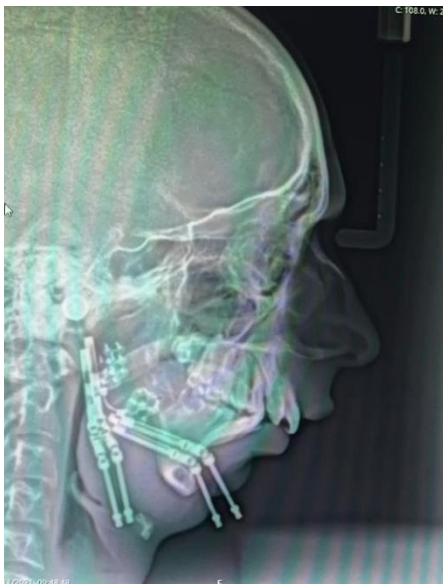
Antes da realização da cirurgia, apesar de não apresentar alergias conhecidas, foi submetido a testes alérgicos para confirmar que não é alérgico a nenhum componente da prótese.

Para além disso, o dente 46 apresentava uma cárie bastante extensa, visível através da ortopantomografia (Figura 9). No entanto, o seu tratamento não é possível, tendo em conta a dimensão da abertura bucal do paciente.

Foi inscrito na lista cirúrgica e regressa daqui a 1 mês para vigilância, uma vez que o tempo de espera da cirurgia é de alguns meses.



*Figura 6 – Tomografia Computorizada Tridimensional*



*Figura 8 - Telerradiografia de perfil ao iniciar a distração óssea mandibular*



*Figura 7 - Telerradiografia de perfil ao terminar distração óssea mandibular*



*Figura 9 - Ortopantomografia atual*

### Caso clínico 3 – Consulta trauma

Utente do sexo masculino, 24 anos de idade, sem patologias sistémicas, não realiza medicação habitual, nem possui alergias conhecidas.

Sofreu acidente de viação em setembro de 2022, motivo pelo qual foi submetido a cirurgia maxilo-facial para alinhamento das fraturas, colocação de placas de titânio e encerramento de comunicação oroantral.

Ao exame objetivo, apresenta assimetria da face, principalmente devido à ausência de dentes, e recidiva da comunicação oroantral à direita, encerrada cirurgicamente no passado com bola adiposa de bichat.

Necessita de nova intervenção cirúrgica para encerramento da comunicação oroantral e plastia do lábio. Após cicatrização completa, irá ser avaliada a possibilidade de reabilitação oral.

Relativamente à reabilitação oral, esta terá de ser realizada com recurso a uma prótese removível, uma vez que não existem tecidos ósseos e moles que permitam a reabilitação fixa (Figura 10). Se o encerramento da comunicação oroantral não for realizado com sucesso, terá de se recorrer a uma prótese obturadora.

Atualmente, o paciente encontra-se a realizar alimentação normal.

Para além disso, encontra-se em acompanhamento psiquiátrico, já podendo retomar o trabalho e vida normal.

Marcou-se consulta de vigilância com intervalo de 1 mês.



*Figura 10 - Ortopantomografia atual*

#### **Caso clínico 4 – Consulta pós-operatória de extrações dentárias**

Paciente do sexo masculino, 41 anos de idade. Como antecedentes pessoais apresenta displasia cleidocraniana. Não realiza medicação habitual. Não possui alergias conhecidas.

A displasia cleidocraniana consiste numa patologia com prevalência estimada de cerca de um por milhão de nascimentos.<sup>22</sup> A aplasia ou hipoplasia clavicular é a sua característica principal. Apresenta ainda como características maxilo-faciais: atraso na ossificação craniana, atresia maxilar, atraso na erupção dentária e presença de dentes supranumerários.<sup>23</sup>

O doente foi submetido a cirurgia sob anestesia geral em março de 2023 para extração de vários dentes inclusos (Figura 11).

Na consulta de pós-operatório, realizada 1 mês após a cirurgia, realizou-se o exame objetivo da cavidade oral, onde se verificou uma boa cicatrização dos tecidos e início da ossificação, visível na ortopantomografia (Figura 12). Para além disso, referiu sentir uma diminuição da sensibilidade na língua após a cirurgia, sendo que esta tem vindo a melhorar, com redução do território afetado.

Foi aconselhado a iniciar uma dieta dura e recorrer à prótese removível para reabilitação oral dos espaços desdentados.

Regressa para consulta de controlo em 3 meses.



*Figura 11 - Ortopantomografia pré-operatória de extrações dentárias*



*Figura 12 - Ortopantomografia pós-operatória de extrações dentárias*

### **Caso clínico 5 – Consulta patologia das glândulas salivares**

Utente do sexo feminino, com 28 anos. Saudável, não realiza medicação habitual, nem apresenta alergias conhecidas.

Surgiu na consulta de CMF, encaminhada pela médica de família, devido ao aparecimento de um mucocele no lábio inferior (Figura 13).

O mucocele surge clinicamente como uma bolha com cor semelhante à mucosa e consiste numa lesão benigna, em que ocorre retenção de saliva no seu interior, devido a trauma local e obstrução das glândulas salivares menor. É mais comum no lábio inferior devido ao trauma provocado pelos dentes superiores.

Na maioria dos casos, é assintomático e ocorre o seu rompimento espontâneo. No entanto, se não forem removidas as glândulas salivares adjacentes a sua recorrência é relativamente comum.<sup>24</sup>

Por esse motivo, optou-se pelo encaminhamento para a excisão cirúrgica da lesão em ambulatório. A cirurgia só pode ser realizada se a lesão estiver presente, com o objetivo de detetar as glândulas salivares envolvidas, por isso, a lesão foi removida no próprio dia da consulta.

A paciente regressou para consulta de pós-operatório passado 1 semana.

Na consulta de pós-operatório, apresentou uma boa cicatrização dos tecidos. No entanto, verifica-se ainda a presença de algum edema, próprio da intervenção.

A paciente teve alta do seguimento em CMF.



*Figura 13 - Mucocelo no lábio inferior*

#### **Caso clínico 6 – Consulta patologia da cavidade oral**

Paciente do sexo masculino, com 32 anos idade. Saudável, sem alergias conhecidas, não realiza medicação habitual.

Surgiu pela primeira vez na consulta de CMF a 29/12/2022 devido ao aparecimento de uma lesão na face dorsal da língua (Figura 14). Nesta consulta, realizou-se a biópsia da lesão (Figura 15), cujo resultado foi de granuloma piogénico traumático.

O granuloma piogénico é uma condição caracterizada por uma hiperplasia inflamatória da pele e da mucosa oral.

A sua causa é multifatorial, estando frequentemente associada a fatores reacionais, como agressões repetitivas, microtraumatismos e irritação crônica local. Além disso, os distúrbios hormonais também podem estar relacionados com o seu desenvolvimento. A gengiva é o local mais comumente afetado, seguido pelos lábios, língua, mucosa e palato duro.<sup>25</sup>

A lesão diminuiu de volume ao longo do tempo (Figura 16), sendo que o paciente compareceu à consulta no dia 27/04/2023 sem lesão (Figura 17), tendo tido alta do seguimento das consultas de CMF.



*Figura 14 - Lesão inicial – granuloma piogénico traumático*



*Figura 15 - Lesão após biópsia*



*Figura 16 - Lesão 1 semana após biópsia*



*Figura 17 - Face dorsal da língua sem lesão*

### **Caso clínico 7 – Cirurgia Ortognática Bimaxilar**

Paciente do sexo masculino, 26 anos de idade. Saudável, sem alergias conhecidas, ASA I. Não realiza medicação habitual.

Como antecedentes pessoais apresentava DDF classe III (Figura 20) e laterognatia (Figura 18), motivo pelo qual se decidiu pelo Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático (TOCO).

A protrusão mandibular é característica do padrão facial de classe III. No entanto, em alguns casos, o problema está localizado na maxila ou em ambas as bases ósseas. Este padrão facial está associado a uma convexidade facial reduzida, o que resulta num perfil côncavo ou reto, devido ao prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar ou à sua associação.<sup>21</sup>

A cirurgia ortognática bimaxilar, realizada pelo cirurgião principal Dr. Hugo Marques e restante equipa cirúrgica, teve como objetivo proceder ao avanço de 4mm e impactação de 2mm da maxila, recuo ligeiro e rotação para a direita de 1mm da mandíbula.

Iniciou-se pela colocação, por parte dos enfermeiros, de todos os materiais e equipamentos necessários.

De seguida, o médico anestesista e enfermeiro anestesista, iniciaram o processo de anestesia geral sob intubação endotraqueal, que se encontrou dificultado devido ao tamanho reduzido da via aérea do doente.

O procedimento que se seguiu foi a desinfeção e colocação dos campos operatórios.

Posteriormente, realizou-se infiltração vestibular de lidocaína e adrenalina no 1º e 2º e uma incisão vestibular entre pré-molares maxilares, progredindo por planos com a incisão até ao periósseo. Efetuou-se o descolamento dos tecidos e exposição óssea com identificação e preservação dos nervos infraorbitários.

Apesar do paciente estar sujeito a anestesia geral, a infiltração de lidocaína com adrenalina deve-se ao efeito vasoconstritor da adrenalina.

Foi realizada uma osteotomia maxilar tipo Le Fort I, seguida de septoplastia, com eletrocoagulação dos cornetos.

Seguidamente, bloqueou-se a posição da maxila obtida através da férula cirúrgica e fixou-se esta posição com a mandíbula através da colocação de arames a unir o aparelho ortodôntico superior e inferior.

Realizou-se osteossíntese bilateral com 4 placas em L e removeu-se o bloqueio da maxila.

O passo seguinte consistiu na infiltração submucoperióssea vestibular mandibular com lidocaína e adrenalina.

Procedeu-se à incisão mucoperióssea vestibular para abordagem do ângulo mandibular à esquerda e direita e osteotomia sagital bilateral em ambos os ramos mandibulares.

Posicionou-se a mandíbula de forma a obter a classe I dentária e esquelético, assim como as linhas médias alinhadas, novamente recorrendo a arames para unir o aparelho ortodôntico da maxila com o da mandíbula. Manteve-se propositadamente um pequeno desvio da linha dentária mandibular, uma vez que esta posição permitia que o mento estivesse na sua posição correta. Neste caso, não é possível efetuar um recuo extenso da mandíbula, pelo facto de a via aérea do doente ser reduzida.

Realizou-se osteossíntese com 2 placas retas com espaço e removeram-se os arames.

De seguida, procedeu-se à realização da sutura contínua das feridas operatórias com Vicryl® 3/0.

Por fim, colocou-se um dreno ativo na mandíbula, sendo que este é retirado ao fim de 24h se o valor de sangue aspirado for inferior a 30cc. Caso contrário, o dreno permanece durante mais alguns dias, enquanto o paciente estiver no internamento. Para remoção do dreno, não é necessário realizar sutura, sendo suficiente a colocação de um steryl strip.

Nestas cirurgias, o paciente, de um modo geral, fica internado durante 1 ou 2 dias a realizar terapêutica com corticoides, com o objetivo de diminuir o edema facial.

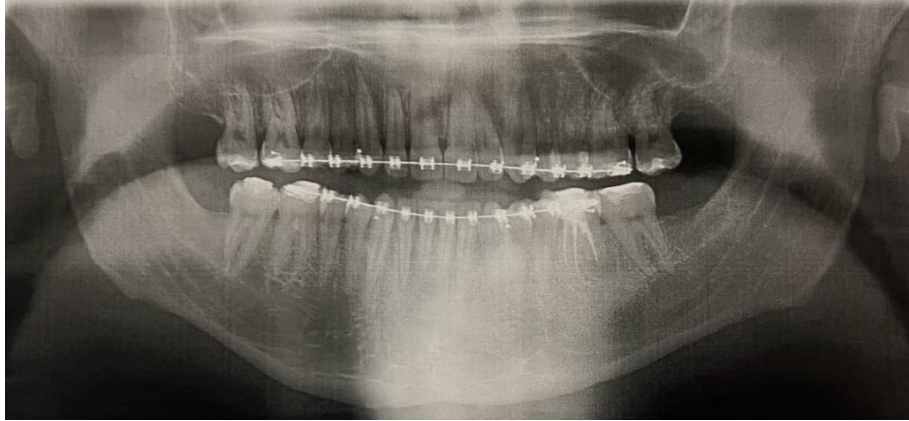
Neste caso, o paciente apresentou um grande edema facial nos primeiros dias do pós-operatório da cirurgia ortognática.

Na consulta de pós-operatório, 1 mês após a realização da cirurgia ortognática (Figura 19) (Figura 21), o paciente apresentou-se com uma evolução favorável em termos de edema facial. Para além disso, a respiração melhorou após a cirurgia.

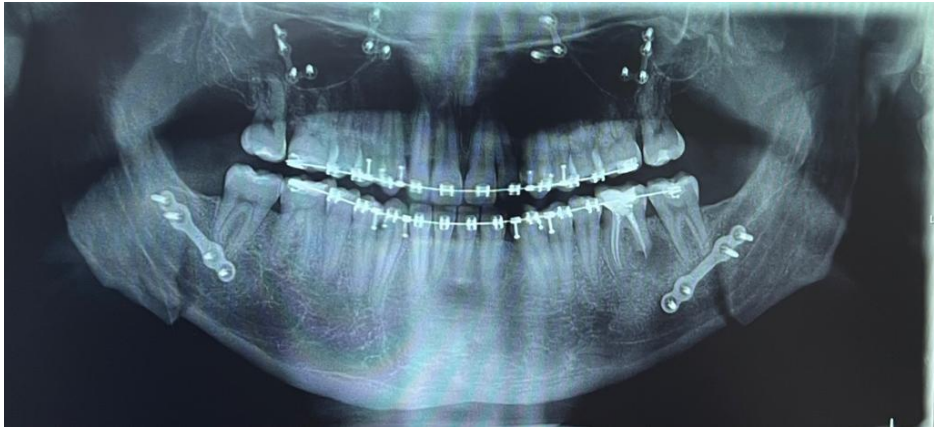
A partir desta consulta, irá iniciar a alimentação sólida gradualmente e a utilização dos elásticos intermaxilares será reduzida para 10h/dia (8h em sono e 2h em vigília).

Os resultados estéticos foram bastante favoráveis.

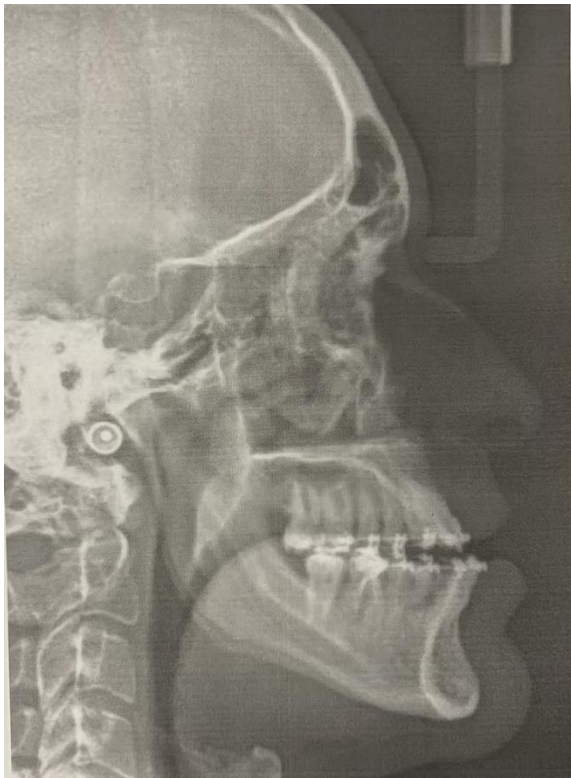
O paciente deve regressar novamente para consulta de seguimento no período de 1 mês.



*Figura 18 - Ortopantomografia pré-operatória*



*Figura 19 - Ortopantomografia pós-operatória*



*Figura 21 - Telerradiografia de perfil pré-operatória* 47 *Figura 20 - Telerradiografia de perfil pós-operatória*

### 3. Conclusão

A realização do estágio no Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial constituiu uma experiência bastante enriquecedora, tanto em termos académicos e profissionais, como também em termos de desenvolvimento pessoal, uma vez que promoveu a vivência de emoções e o desenvolvimento de competências pessoais, na minha opinião, essenciais para o exercício de qualquer profissão na área médica e que irei levar comigo para a prática da Medicina Dentária.

Em Estomatologia, foi possível vivenciar uma perspetiva da Medicina Dentária diferente daquela que vivemos na FMDUP. Foi de extrema importância a observação da empatia e confiança que era criada entre o médico e a criança nestas consultas. Para além disso, o contacto com pacientes pediátricos não colaborantes, com patologias associadas ou com necessidades especiais também foi extremamente benéfico, uma vez que permitiu assistir de perto à dificuldade que constitui o atendimento destas crianças e aprender e consolidar novas abordagens.

Apesar da Estomatologia apresentar algumas lacunas no cumprimento de protocolos e ser mais direcionada para o tratamento da causa da dor, não dando tanta importância à componente estética e preventiva da Medicina Dentária, a sua abordagem é compreensível, uma vez que os pacientes seguidos nestas consultas raramente são colaborantes com um tratamento mais demorado e minucioso. Para além disso, o tempo de consulta também é bastante reduzido devido ao elevado número de utentes seguidos, o que impede os médicos desta Unidade de se centrarem nessas questões.

Na Cirurgia Maxilo-facial, ocorreu uma aprendizagem mais generalizada da Medicina, que considero muito importante, uma vez que a Medicina Dentária é uma área médica que tem um grande impacto na saúde geral do paciente, sendo cada vez mais importante que o médico dentista possua um conhecimento geral da medicina.

Em relação à prática clínica da Medicina Dentária, o seguimento de casos na Unidade de Cirurgia Maxilo-facial permitiu valorizar ainda mais o papel do médico dentista na prevenção e identificação precoce de neoplasias orais e, com certeza, serei

uma profissional mais atenta aos sinais e sintomas desta patologia devido às experiências que vivi neste estágio.

Assim, considero que a inclusão deste estágio no último semestre do curso de Medicina Dentária constitui uma mais-valia, pois permite o contacto com o ambiente hospitalar, a observação de uma variedade de casos clínicos e patologias, a compreensão da importância da abordagem multidisciplinar e um melhor entendimento da atitude ética, humana e crítica que é necessária no contacto com pacientes.

É com satisfação que considero que os objetivos a que me propus previamente à realização do estágio foram cumpridos e acrescento que foi uma experiência inesquecível.

## Referências Bibliográficas

1. CHUdSA. Apresentação. Available from: <https://www.chporto.pt/v0B0A/apresentacao>. (acedido em 01/04/2023)
2. Relvas M, Diz P, Seoane J, Tomas I. Oral Health Scales: Design of an Oral Health Scale of Infectious Potential. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*. 2013;e664–70.
3. Cho GJ, Kim S, Lee HC, Kim HY, Lee K-M, Han SW, et al. Association between dental caries and adverse pregnancy outcomes. *Scientific Reports*. 2020 Mar 24;10(1).
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Untreated Caries. *Journal of Dental Research*. 2015 Mar 4;94(5):650–8.
5. JARDIM JJ, MALTZ M. O papel do flúor no processo de formação e controle da lesão de cárie. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. 2011 Jan 26;46(1):64–9.
6. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF, Bader J, et al. The Effectiveness of Sealants in Managing Caries Lesions. *Journal of Dental Research*. 2008 Feb;87(2):169–74.
7. Alencar CRB de, Cavalcanti AL, Bezerra PKM. Perda Precoce de Dentes Decíduos: Etiologia, Epidemiologia e Consequências Ortodônticas. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2007;13(1/2).
8. Amorim J. Nascer e Crescer 2013; 22(2): 111-112.
9. Monteiro J. Prevenção da Saúde Oral em Pacientes com Necessidades Especiais. 2020.
10. Lima A. Cuidados a ter na saúde oral em pacientes com necessidades especiais. 2011.
11. Braz. J. Psychiatry 28 (suppl 1). Maio 2006.
12. Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. Pacientes Especiais. In: Guedes Pinto AS. *Odontopediatria*. 7th ed. Editora Santos; 2003. p. 895-931.
13. Trindade-Suedam IK, Gaia BF, Cheng CK, Trindade PA, Bastos JC, Mattos BS. Cleft lip and palate: recommendations for dental anesthetic

- procedure based on anatomic evidences. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(1):122-7.
14. Pinheiro CLS, Meira ACL, Santos AS, Silva DA. Oral health knowledge of parents of children and adolescents with congenital heart disease. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia.* 2019;67.
  15. Castro Afonso A, Silva I. Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral e Variáveis Associadas: Revisão Integrativa. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2015;16(3):311-330.
  16. Relvas M, Diz P, Seoane J, Tomás I. Oral Health Scales: Design of an Oral Health Scale of Infectious Potential. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013 Jul 1;18 (4):e664-70.
  17. Miloro, Michael; Ghali, G; Larsen, Peter. Waite, Peter. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. Shelton, PMPH – USA, 2011.
  18. Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros. 2020.
  19. Cancro oral. Ordem dos Médicos Dentistas. Available from: <https://www.omb.pt/publico/cancro-oral-2/cancro-oral/>. (acedido em 10/05/2023)
  20. *Braz. j. otorhinolaryngol.* vol.81 no.1 São Paulo jan./fev. 2015.
  21. Luiz A, Sousa Teixeira D, Vieira N, Rodrigues C. Osteotomia Le Fort I Alta para Tratamento de Pacientes Padrão III – Série de Casos Clínicos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research -BJSCR.* 2019;27(1):2317–4404.)
  22. *R. Ci. méd. biol., Salvador,* v. 6, n. 1, p. 122-127, jan./abr. 2007
  23. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* vol.13 no.3 Camaragibe Jul./Set. 2013.
  24. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* vol.67 no.3 Sao Paulo 2013.
  25. *Arch Health Invest* (2022)11(4):585-588.

**Anexos**

## **ANEXO I**

# **DECLARAÇÃO DE FORMA DE DIVULGAÇÃO DO TRABALHO**

**DECLARAÇÃO**  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

**Identificação do autor**

Nome completo Ana Alexandra Amador Palhares  
N.º de identificação civil 259483992 N.º de estudante 201806030  
Email Institucional up201806030@up.pt  
Email alternativo alexandra.palhares@hotmail.com Tlf/Tlm 919237115  
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Identificação da publicação**

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

**Título completo**

Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial - Relatório de Estágio

Orientador Professora Doutora Sara Filipa Oliveira Duão

Coorientador Professora Doutora Maria de Luísa Ferreira Cobo Pereira

Palavras-chave \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: X (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: \_\_\_\_\_; 120 Meses: \_\_\_\_\_.

Justificação para a não autorização imediata \_\_\_\_\_

Data 19 / 06 / 2023

Assinatura Alexandra Palhares

## **ANEXO II**

# **DECLARAÇÃO DA AUTORIA DO TRABALHO APRESENTADO**

## **DECLARAÇÃO**

### **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.

19 / 06 / 2023

Alexandra Palhares

A estudante

## **ANEXO III**

# **PARECER PARA ENTREGA DEFINITIVA DO TRABALHO APRESENTADO**

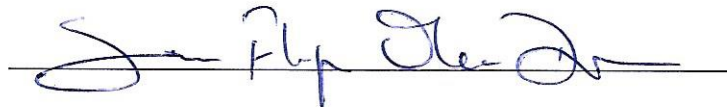
## PARECER

### Relatório de Estágio

Informo que o Trabalho de Relatório de Estágio desenvolvido pela Estudante Ana Alexandra Amorim Palhares com o título: Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial – Relatório de Estágio, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

19/06/2023

A Orientadora



A Coorientadora

