



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM MEDICINA DENTÁRIA COM INCIDÊNCIA EM ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA MAXILOFACIAL

INTERNSHIP REPORT IN DENTISTRY WITH A FOCUS ON STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL SURGERY

Ana Beatriz Rachinhas da Silva Guimarães, 201907649

Orientador: Doutor Francisco Diogo Carvalho Correia

Porto, 2024

Resumo

O documento atual encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular denominada Monografia/Relatório de Estágio do segundo semestre do quinto e último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD), ministrado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP). Este abordará, detalhadamente, a experiência de um estágio observacional realizado no prestigiado Serviço de Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia Pediátrica (SCMFE) alocado no Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA).

O estágio observacional decorreu em duas fases distintas, sendo que a primeira se prolongou desde 19 de fevereiro, até dia 3 de abril no serviço de Estomatologia Pediátrica (SEP) todas as segundas e quartas-feiras em contexto de consulta externa e a última fase do dia 15 de abril até 28 de maio, nos idênticos dias da semana, na ala de Cirurgia Maxilofacial (SCMF), contabilizando um total de 89 horas e 30 minutos de estágio. Além das consultas, foi viabilizada a observação de sete intervenções cirúrgicas em bloco operatório, conforme descrito no presente relatório.

Inicialmente, preceder-se-á à descrição do Centro Hospitalar Universitário do Santo António, bem como, o modo de funcionamento dos diversos serviços e das áreas correlacionadas às consultas do Serviço de Estomatologia Pediátrica, nomeadamente, Medicina Dentária Preventiva, Medicina Oral, Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão e Cirurgia Oral.

Num segundo momento serão descritos o funcionamento e as áreas relacionadas com o serviço de Cirurgia Maxilofacial.

O relatório tem por objetivos primordiais a descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio, a análise reflexiva das experiências adquiridas e do desenvolvimento de competências profissionais e académicas, bem como a apresentação dos casos clínicos mais pertinentes, explicitando as patologias identificadas e a abordagem terapêutica

escolhida para cada caso. Além disso, visa estabelecer uma conexão entre a teoria adquirida durante a formação académica e sua aplicação na prática profissional. Avalia-se, igualmente, o desempenho pessoal e profissional, contribuindo para a avaliação do programa de estágio e proporcionando um feedback construtivo para a instituição de ensino e o local de estágio.

Abstract

The current document is inserted within the scope of the Curricular Unit entitled Monograph/Internship Report of the second semester of the fifth and final year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine, taught by the *Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto* (FMDUP). This will comprehensively address the experience of an observational internship carried out at the prestigious Pediatric Maxillofacial Surgery and Stomatology Service (SCMFE) located at the *Centro Hospitalar Universitário de Santo António* (CHUdSA).

The observational internship took place in two distinct phases, the first of which extended from February 19th to April 4th in the Pediatric Stomatology Service (SEP) every Monday and Wednesday in an outpatient setting, and the latter phase from April 15th to May 28th, on the same weekdays, in the Maxillofacial Surgery ward (SCMF), amounting to a total of 89 hours and 30 minutes hours of internship. In addition to consultations, the observation of seven surgical interventions in the operating room was made possible, as described in this report.

Initially, a description of the University Hospital Center of Santo António will be provided, as well as an explanation of the operation mode of the various services and areas related to the consultations of the Pediatric Stomatology Service, specifically mentioning Preventive Dental Medicine, Oral Medicine, Operative Dentistry, Orthodontics, Occlusion, and Oral Surgery. In a second phase, the functioning and areas related to the Maxillofacial Surgery service will be described.

The report has as its main objectives the detailed description of the activities carried out throughout the internship period, reflective analysis of the experiences gained and the development of professional and academic skills, as well as the presentation of the most relevant clinical cases, explaining the identified pathologies and the therapeutic approach chosen for each case. Additionally, it aims to establish a connection between the theory acquired during academic training and its application in professional practice. Personal and professional performance is also evaluated, contributing to the evaluation of the

internship program and providing constructive feedback to the educational institution and the internship site.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de expressar a minha profunda gratidão à minha mãe pelo suporte incondicional em todos os momentos, inclusive naqueles em que achei não precisar, e pelo esforço em proporcionar-me uma experiência académica de excelência e uma vida repleta de felicidade. Ela é, e sempre será, a minha melhor amiga e confidente em todas as ocasiões. Sacrificou mais do que eu jamais poderei retribuir. No entanto, como ela própria diz, não foi um sacrifício, mas sim um investimento num futuro promissor e de muito sucesso. A sua personalidade forte e amável, bem como a sua devoção à profissão que tanto a realiza, foram uma constante fonte de motivação para aquilo que pretendo alcançar, tanto a nível pessoal como profissional.

Ao meu pai, a minha consideração pelo seu apoio incansável e incondicional ao longo de todo o meu percurso. O seu exemplo de perseverança e dedicação foi uma fonte constante de inspiração. A sua confiança nas minhas capacidades foi essencial para desenvolver em mim a coragem necessária para enfrentar cada desafio. Agradeço por todos os conselhos amigos e sábios que foram fundamentais para a concretização deste relatório.

À minha irmã, que sempre me inspirou a ser uma pessoa melhor com suas palavras carinhosas, encorajadoras e sinceras. Por permitir que eu cometesse erros, mas estando sempre ao meu lado com uma mão estendida para me ajudar a levantar.

Gostaria também de expressar o meu agradecimento ao meu namorado, Rui, simplesmente por ser quem é e por me permitir ser eu mesma, sem jamais me julgar. Por me incentivar em tudo o que eu faço e por me encorajar a seguir todos os meus sonhos. Agradecer-lhe por fazer com que nada pareça impossível de concretizar ao seu lado e por partilhar esta experiência académica comigo, sabendo sempre o que dizer para me animar e como agir para me consolar. O seu amor e o orgulho que ele sente por mim são a maior motivação para todo o meu trabalho e felicidade.

À minha avó, uma verdadeira guerreira, que me ensinou o verdadeiro significado e a importância da família. Ela fez de tudo para que todos os nossos desejos e aspirações fossem alcançados.

À Catarina, Ângela e Maria, companheiras de jornada que me acolheram de braços abertos do outro lado do mundo. Juntas, exploramos um continente, e agora preparamo-nos para enfrentar novos desafios com a mesma garra, determinação e amizade incondicional. Este não é o fim, mas sim o início de uma trajetória repleta de conquistas e realizações.

À Bi, Bolinhas, Emília e Baba, que têm estado ao meu lado desde sempre. Conhecem bem as turbulências do meu percurso até aqui e, ainda assim, permaneceram ao meu lado, oferecendo apoio incondicional tanto dentro, como fora da faculdade. A vossa amizade, que levo comigo para sempre, é algo que quero estimar.

Aos meus amigos, cada um de vocês trouxe uma luz única para a minha vida, enriquecendo-a com a vossa amizade verdadeira e o vosso apoio incondicional. Não poderia ter pedido por melhores amigos, e sou profundamente grato por ter tido a honra de caminhar ao lado de pessoas tão especiais como vocês.

Ao meu orientador, pela generosidade em aceitar compartilhar esta última jornada comigo e pelos conselhos valiosos que tanto me ajudaram.

À Faculdade de Medicina Dentária e a todos os seus profissionais, que me acolheram ao longo destes intensos cinco anos, testemunhando e contribuindo para o meu crescimento, tanto profissional como pessoal.

Índice Geral

Resumo	II
Abstract	IV
Agradecimentos	VI
Índice de Figuras	XII
Índice de Tabelas	XIV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XV
Introdução	1
1. Locais de realização do estágio	1
1.1. Centro Hospitalar Universitário de Santo António	1
1.2. Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)	2
1.3. Descrição do Estágio	3
2. Estomatologia Pediátrica	8
2.1. Caracterização da população Pediátrica observada	11
2.1.1. Análise por idade e sexo dos pacientes observados nas consultas de Estomatologia Pediátrica conduzidas pelo Dr. José Amorim e a Drª. Teresa B. Oliveira	11
2.2. Urgências	13
2.3. Software	14
2.4. Infraestrutura e Pessoal Clínico das Consultas Externas de Estomatologia Pediátrica	15
2.4.1. Recursos Humanos e organização do corpo clínico do Serviço de Estomatologia	17
2.4.1.1. Ortodontia	18
2.4.1.2. Dentisteria Operatória	22
2.4.1.3. Periodontologia	25
2.4.1.4. Cirurgia Oral	27
2.4.1.5. Medicina Dentária Preventiva	31
2.4.1.6. Oclusão	34
2.4.1.7. Medicina Oral	35
2.5. Apresentação e discussão de Casos Clínicos	36
2.5.1. Caso Clínico 1- Fenda Palatina Completa e Implicações Dentárias	36
2.5.1.1. Fundamentação Teórica	36
2.5.1.2. Exame clínico, radiológico e diagnóstico	37
2.5.1.3. Plano de Tratamento	38
2.5.2. Caso Clínico 2- Pré-molar inferior incluso e abordagem em Bloco Operatório	39
3. Locais de funcionamento da especialidade de Cirurgia Maxilofacial	44
3.1. Recursos Humanos e organização do corpo clínico do Serviço de CMF	45
3.2. Consultas Externas de Cirurgia Maxilofacial	45
3.2.1. Dispersão das Áreas Integradas nas Consultas de CMF	46

3.2.2. Caracterização da população observada nas consultas de CMF	47
3.2.2.1. Distribuição por Idade e Sexo dos pacientes observados nas consultas de Cirurgia Maxilofacial presididas pelo Dr. Hugo Marques e pela Dr^a. Rute Saleiro.....	47
3.2.2.2. Cirurgia Ortognática	49
3.2.2.2.1. Caso Clínico TOCO	53
3.2.2.3. Traumatologia Craniomaxilofacial	56
3.2.2.4. Extrações Dentárias	57
3.2.2.5. Distúrbios Temporomandibulares.....	58
3.2.2.5.1. Caso Clínico DTM	60
3.2.2.6. Oncologia Crânio-cervico-oro-facial	61
Conclusão.....	66
Bibliografia	67
ANEXOS	72

Índice de Figuras

Figura 1- Hospital Geral de Santo António-----	2
Figura 2- Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do CHUdSA -----	2
Figura 3- Gráfico de Primeiras Consultas VS Consultas de Controlo/Seguimento no Serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA-----	9
Figura 4- Gráfico representativo da dispersão das áreas Odontológicas nas Consultas de Estomatologia Pediátrica-----	9
Figura 5- Distribuição segundo o sexo e a idade dos pacientes observados nas consultas conduzidas pelo Dr. José Amorim e pela Dr ^a . Teresa B. Oliveira-----	12
Figura 6- Escalões de prioridade de atendimento do CHUdSA -----	13
Figura 7- SCLínico, sistema operativo do CHUdSA -----	14
Figura 8- Consultório 422 do edifício de Estomatologia Pediátrica -----	15
Figura 9- Consultório 422 do edifício de Estomatologia Pediátrica -----	15
Figura 10- Planta representativa do Piso 1 do serviço de Estomatologia Pediátrica -----	16
Figura 11- Sala destinada à esterilização dos materiais do serviço de Estomatologia -----	16
Figura 12- Material ortodôntico e expansor maxilar -----	21
Figura 13- Material clínico utilizado para Dentisteria Operatória em EP -----	24
Figura 14- Material cirúrgico utilizado no serviço de Estomatologia Pediátrica	30
Figura 15- Material Cirúrgico utilizado no serviço de Estomatologia Pediátrica -----	30
Figura 16- Moldeira Individual para aplicação tópica de flúor em gel -----	32
Figura 17- Ortopantomografia da paciente do caso clínico 1 -----	37
Figura 18- Anomalia de forma dos incisivos laterais superiores e posição ectópica do elemento 12-----	38
Figura 19- Apinhamento dos incisivos centrais superiores -----	38
Figura 20- Cefalometria utilizada para identificação do elemento incluso -----	39
Figura 21- Isolamento do Campo Cirúrgico-----	40

Figura 22- Osteotomia mandibular com recurso a turbina para expor dente incluso -----	41
Figura 23- Elemento 45 após odontosecção e consequente extração -----	41
Figura 24- Colocação de hemostático reabsorvível no local pós-extracional --	42
Figura 25- Reposicionamento da mucosa com auxílio de uma pinça -----	42
Figura 26- Sutura -----	42
Figura 27- Consultório 1.7 do Serviço de CMF -----	44
Figura 28- Sala das pequenas cirurgias do serviço de CMF -----	44
Figura 29- Distribuição das áreas de Cirurgia Maxilofacial presentes nas consultas com a Dr ^a . Rute Saleiro e o Dr. Hugo Marques -----	46
Figura 30- Consultas de Controlo/Seguimento VS 1 ^a Consulta no serviço de CMF -----	47
Figura 31- Distribuição dos pacientes observados nas consultas de CMF por idade e sexo -----	47
Figura 32- Telerradiografia de Perfil antes da distração maxilar -----	54
Figura 33- Telerradiografia de Perfil após concluir a distração maxilar -----	54
Figura 34- Ortopantomografia após colocação dos distratores maxilares -----	54

Índice de Tabelas

Tabela 1- Organização e distribuição do estágio realizado -----	4
Tabela 2- Comorbidades dos Pacientes de Estomatologia Pediátrica -----	10
Tabela 3- Localização das fraturas observadas nos pacientes do serviço de CMF -----	56
Tabela 4- Patologias observadas nas consultas de Oncologia crânio-cervico-oro- facial -----	61

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AAO	<i>American Association of Orthodontics</i>
AINE	Anti-inflamatório Não Esteróide
ATM	Articulação Temporomandibular
BO	Bloco Operatório
CAD/CAM	Computer-aided design/Computer-aided manufacturing
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CHUPorto	Centro Hospitalar Universitário do Porto
CHUdSA	Centro Hospitalar Universitário do Santo António
CICA	Centro Integrado de Cirurgia em Ambulatório
CMF	Cirurgia Maxilofacial
CMIN	Centro Materno-Infantil do Norte
DDF	Deformidade Dentofacial
ECG	Eletrocardiograma
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
HGSA	Hospital Geral do Santo António
HSA	Hospital de Santo António
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
LIC	Lista de Inscritos em Cirurgia
MIMD	Mestrado Integrado de Medicina Dentária
MGF	Medicina Geral Familiar
PHDA	Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção

PET	<i>Positron Emission Tomography</i>
RIF	<i>Rigid Internal Fixation</i>
SCMF	Serviço de Cirurgia Maxilofacial
SEP	Serviço de Estomatologia Pediátrica
SECMF	Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tomografia Computorizada
TO	Tratamento Ortodôntico
TOCO	Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático
WC	<i>Water Closet</i>

Introdução

1. Locais de realização do estágio

1.1. Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Em 2007, decorrente da união entre o Hospital Geral de Santo António, o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis surgiu o Centro Hospitalar do Porto (CHP), sendo renomeado Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), em 2018.

Em 2014, as divisões dedicadas à saúde feminina, infantil e juvenil do CHP consolidaram-se sob a designação do recém-criado Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso do CHP.

No ano de 2016, as especialidades cirúrgicas de regime ambulatorio transferiram-se para as instalações do novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

O CHUdSA (Centro Hospitalar Universitário de Santo António) surgiu em janeiro de 2023, resultante da fusão entre o Centro Hospitalar Universitário do Porto e o Hospital de Magalhães Lemos – estabelecimento psiquiátrico.

Em síntese, no presente momento o CHUdSA é a associação de quatro polos físicos:

- Hospital Geral de Santo António, incluindo o CICA;
- Hospital Magalhães Lemos;
- Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso;
- Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães.

O Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) prioriza a prestação de cuidados de saúde à comunidade, promovendo, de forma complementar, a pesquisa, a formação e o ensino. [1]



Figura 1-Hospital Geral de Santo António

1.2. Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), inserido no Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), foi concebido para atuar como uma instituição de saúde especializada na oferta de serviços cirúrgicos ambulatoriais, num cenário em que o paciente é admitido e recebe alta no próprio dia, abrangendo consultas tanto antes, quanto depois dos procedimentos cirúrgicos.

O CICA é distinguido por adotar uma abordagem inovadora, proporcionando aos pacientes um atendimento de alta qualidade, humanizado e eficaz. Ao mesmo tempo procura também otimizar os custos operacionais. [1]

As intervenções cirúrgicas realizadas no CICA abrangem um amplo espectro de especialidades, tais como, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilofacial, Dermatologia, Estomatologia, Neurocirurgia, Neuropatologia, Oftalmologia, Ortopedia, entre outras.



Figura 2-Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do CHUdSA

1.3. Descrição do Estágio

No âmbito do acordo estabelecido entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e o Centro Hospitalar da Universidade do Porto (CHUPorto), para o segundo semestre do último ano do ciclo de estudos do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD), foi realizado um estágio observacional no serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial do CHUdSA, para a conclusão do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (SECMF).

O estágio decorreu sob a orientação do Doutor Figueiredo Dias desde o dia 19 de fevereiro até ao dia 29 de maio do presente ano letivo, com uma carga semanal de oito horas, tendo sido dividido em dois momentos: o primeiro envolveu consultas de Estomatologia Pediátrica até dia 3 de abril, todas as segundas, quartas e quintas-feiras, abrangendo as áreas de medicina dentária preventiva, cirurgia, ortodontia e imagiologia estomatológica. No segundo momento, nas consultas de Cirurgia Maxilofacial, observando temas como traumatologia oral, patologia oro-cervico-facial, cirurgia ortognática, oncologia, entre outros.

Na tabela a seguir apresentada, encontra-se a distribuição do estágio em duas fases distintas, bem como os dados relativos a cada um dos serviços onde se realizou o estágio.

Tabela 1- Organização e distribuição do estágio realizado

1ª Fase do Estágio						
Área Médica	Local de realização	Dias da semana	Horário das consultas	Extensão do estágio	Total de horas	Médicos responsáveis
Estomatologia Pediátrica	CHUdSA- Edifício de Consultas Externas de Estomatologia	Segundas e Quartas-feiras	Das 7:40h até ao 12:30h	19/02/2024 até 03/04/2024	45h e 30min.	Dr. José Amorim e Dr ^a . Teresa B. Oliveira
2ª Fase do Estágio						
Área Médica	Local de realização	Dias da semana	Horário das consultas	Extensão do estágio	Total de horas	Médicos responsáveis
Cirurgia Maxilofacial	CICA- Piso 1 das Consultas Externas de Cirurgia Maxilofacial	Segundas e Quintas-feiras	Das 8:30h até ao 12:30h	15/04/2024 até 28/05/2024	44h	Dr. Hugo Marques e Dr ^a . Rute Saleiro

Em Portugal, a especialidade de Estomatologia no campo médico dedica-se, fundamentalmente, ao estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias que afetam o aparelho estomatognático e estruturas anexas. [2] Inclui anomalias no crescimento facial, dismorfias orofaciais, e alterações funcionais ou patológicas que impactam tanto a região oral, quanto maxilar, decorrentes tanto de fatores odontogénicos, quanto não odontogénicos. Adicionalmente, abrange as patologias que impactam as glândulas salivares, articulações temporomandibulares, mucosa oral e tecidos contíguos. No que se refere à Estomatologia Pediátrica, esta área de subespecialização contempla as mesmas esferas de intervenção, mas concentra-se exclusivamente em pacientes com idade inferior a 18 anos, marcando a transição para o serviço de adultos.

A Cirurgia Maxilofacial é uma especialidade direcionada para a concretização de intervenções cirúrgicas com o objetivo final de corrigir deformidades faciais, tratar lesões traumáticas, realizar procedimentos de reconstrução, remover tumores e tratar condições relacionadas com os ossos e tecidos da região craniofacial, tendo como metas fundamentais a reabilitação

facial e restabelecimento de funções como a fala, mastigação e respiração, preservando ao máximo a estética facial. [3]

A relação entre a Estomatologia e a Cirurgia Maxilofacial reveste-se de grande importância, permitindo a disponibilização de um leque diversificado de tratamentos, desde procedimentos médico-dentários mais simples, até cirurgias mais complexas. Este trabalho conjunto assegura uma abordagem abrangente para a saúde oral e maxilofacial.

A Medicina Dentária encontra-se intrinsecamente ligada aos dois domínios acima mencionados. São diversos os achados na literatura que sublinham a colaboração entre as três áreas – Estomatologia, Cirurgia Maxilofacial e Medicina Dentária – como por exemplo a Cirurgia Ortognática, a Traumatologia Facial, o Diagnóstico e Tratamento de Tumores Orais e a prestação de Cuidados Pediátricos.

O presente relatório de estágio tem como objetivo:

- Descrever pormenorizadamente as atividades desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio;
- Fazer uma análise reflexiva das experiências adquiridas e do desenvolvimento de competências profissionais e académicas;
- Apresentar casos clínicos pertinentes;
- Estabelecer uma conexão entre a teoria adquirida durante a formação académica e sua aplicação na prática profissional;
- Avaliar o desempenho pessoal e profissional, contribuindo para a avaliação do programa de estágio e proporcionando um feedback construtivo para a instituição de ensino e o local de estágio.

Capítulo I

Estomatologia

Pediátrica

2. Estomatologia Pediátrica

A Estomatologia Pediátrica tem uma forte presença em hospitais, com vários serviços e unidades dentro do Sistema Nacional de Saúde, integrada na Rede de Referência Hospitalar de Estomatologia do SNS.

As consultas do Serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA ocorrem numa área específica às consultas externas, dentro do próprio hospital, dedicada ao atendimento odontopediátrico e adulto. Os consultórios situam-se numa secção acessível e facilmente identificável do hospital, garantindo que os pacientes e suas famílias possam encontrar o serviço com facilidade.

Os pacientes do Serviço de Estomatologia Pediátrica são crianças e adolescentes cuja idade está compreendida entre os 0 e os 17 anos, que apresentam problemas dentários ou orais que requerem atenção especializada. A partir dos 18 anos, os pacientes devem ser orientados para o serviço de adultos.

Podem ser referenciados por diferentes profissionais de saúde, como pediatras, dentistas, profissionais de medicina geral familiar (MGF), entre outros especialistas, que identificam a necessidade de avaliação ou tratamento específico na área da medicina de estomatologia pediátrica. Regularmente, os utentes são conduzidos por meio de consultas médicas regulares ou encaminhamento direto de outros serviços do hospital.

O Dr. José Amorim está encarregue da pré-seleção e triagem dos pacientes que serão atendidos no serviço de Estomatologia pediátrica do CHUdSA.

A predominância das consultas observadas consistiu em consultas de acompanhamento, aproximadamente 95% das consultas (Figura 3).

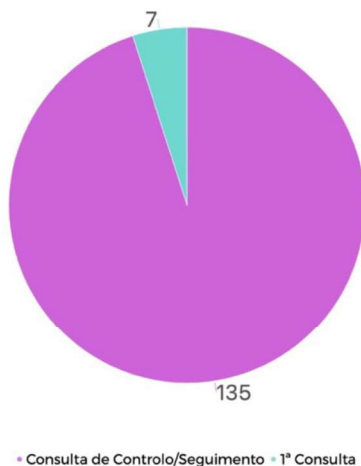


Figura 3-Gráfico de Primeiras Consultas VS Consultas de Controlo/Seguimento no Serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA

Durante a primeira fase do estágio, foram observadas 138 consultas.

A área de medicina dentária com maior número de consultas foi a Ortodontia, com um total de 63 consultas assistidas. Em seguida, destacam-se as consultas pré e pós-operatórias. (Figura 4)

Não foram registadas consultas na área de Endodontia.

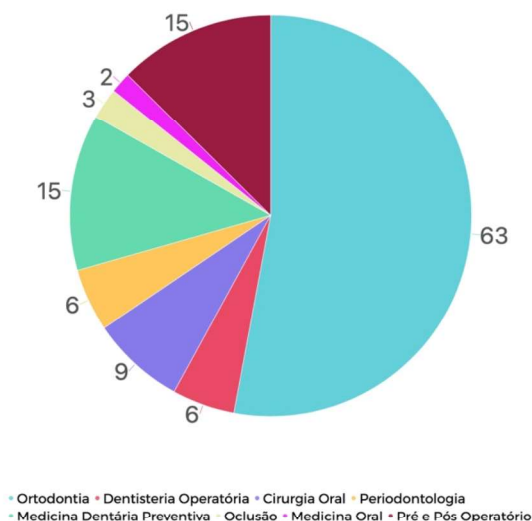


Figura 4-Gráfico representativo da dispersão das áreas Odontológicas nas Consultas de Estomatologia Pediátrica

Na tabela 2 podemos encontrar as comorbidades observadas em função do número de pacientes. As fendas lábio-palatinas foram a comorbidade mais prevalente na população considerada.

Tabela 2- Comorbidades dos Pacientes de Estomatologia Pediátrica

Comorbidades	Nº de Pacientes Observados
ADPM	7
Alfa-Talassemia	1
Alteração Cromossómica	1
Anemia	1
Asma	2
Ataxia com Apraxia Oculomotora do Tipo 4 (AOA4)	1
Autismo	6
Cardiopatia	2
Dismorfia dos membros	1
Distrofia Muscular Miotrófica	1
Doença das membranas hialinas	1
Doenças raras em estudo	1
Epilepsia	3
Escoliose	1
Estereotipia	1
Estrabismo	3
Fendas Lábio-palatinas	10
Hemofilia	1
Hipoacusia Pré e Pós Lingual	1
Hipotireoidismo	1
Leucemia Mieloide Aguda (LMA)	1
Macroglossia	1
Paralisia Cerebral	2
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA)	3

Perturbação dos Sons da Fala	1
Perturbação Intelectual	1
Plagiocefalia	1
Polegar Acessório	1
Roncopatia	1
Síndrome Beckwith-Wiedemann	1
Síndrome de Down	1
Síndrome de Treacher-Collins	1
Síndrome Phelan-McDermid	1
Sinusite Alérgica	1
Surdez Neurosensorial	1
Tremor crónico	1

2.1. Caracterização da população Pediátrica observada

2.1.1. Análise por idade e sexo dos pacientes observados nas consultas de Estomatologia Pediátrica conduzidas pelo Dr. José Amorim e a Dr^a. Teresa B. Oliveira

Ao analisar a Figura 5, constata-se que dos 142 pacientes atendidos, a maioria era do sexo feminino.

No serviço de Estomatologia Pediátrica, embora o foco sejam pacientes com idade inferior a 18 anos, nas consultas do Dr. José Amorim foram atendidos pacientes de diversas idades superiores, principalmente para tratamentos ortodônticos e extrações dentárias. Esses pacientes foram incluídos na análise de ambos os gráficos.

Os pacientes foram distribuídos por idade e sexo, formando um total de 10 grupos etários (intervalos de 5 em 5 anos). Entre esses grupos, dois apresentaram exclusivamente pacientes do sexo feminino (70-74 anos e 75-79 anos), enquanto três grupos tinham predominância masculina e quatro predominância feminina. Um grupo apresentou igual número de pacientes de ambos os sexos.

Não se registaram pacientes nas faixas etárias de 30 a 49 anos, 55 a 64 anos, nem de 80 a 89 anos.

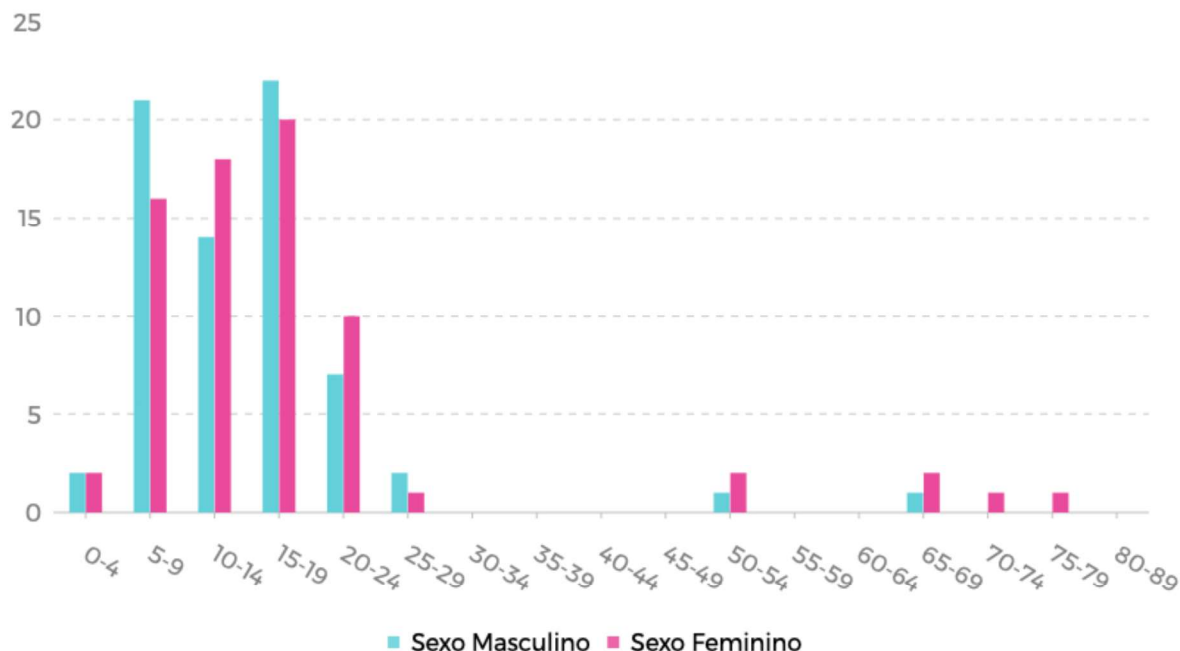


Figura 5-Distribuição segundo o sexo e a idade dos pacientes observados nas consultas conduzidas pelo Dr. José Amorim e pela Dr^a. Teresa B. Oliveira

As primeiras consultas seguem um procedimento específico, iniciando-se com o histórico familiar e médico passando pela recolha de dados do paciente durante a anamnese, que inclui o motivo da consulta e a revisão da informação enviada pelo médico referenciador. Em seguida, realiza-se um exame clínico inicial, minucioso, da cavidade oral. O diagnóstico pode exigir a realização de exames complementares, sendo a ortopantomografia o mais comum. A ortopantomografia era apenas realizada em pacientes com mais de cinco anos de idade. Dado o contexto de atendimento a crianças, é fundamental explicar e demonstrar claramente todos os passos e materiais utilizados, a fim de estabelecer confiança com o paciente. Após o diagnóstico, é elaborado um plano de tratamento a ser implementado, podendo incluir procedimentos de medicina dentária, orientações de higiene oral, encaminhamento para outros especialistas, entre outros.

2.2. Urgências

O Centro Hospitalar tem à sua disposição um serviço de urgência que se encontra seccionado em urgência para adultos em todas as especialidades médicas, à exceção de Dermatologia, Psiquiatria e Pediatria e urgência de Obstetrícia e Ginecologia que ocorre no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN).

Após a admissão dos pacientes no serviço de urgência, estes passam por um processo de triagem que segue o modelo de Manchester, [4] com uma classificação por cores, como demonstrado na figura abaixo, com a finalidade de averiguar a prioridade de atendimento médico.



Figura 6-Escalões de prioridade de atendimento do CHUdSA [4]

O APR, Atendimento Pediátrico Referenciado, funciona todos os dias, das oito da manhã até às seis da tarde.

O serviço de pediatria decorre com normalidade no CMIN, no entanto, as urgências pediátricas ficam sob a alçada do UPIP, Urgência Integrada do Porto, que possui pessoal médico do CMIN, contudo decorre nas instalações do CHUSJ, Centro Hospitalar Universitário São João.

2.3. Software

O software utilizado em todo o Hospital Santo António denomina-se de SClínico Hospitalar e, segundo o SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), este sistema de informação foi disponibilizado a nível nacional no final de janeiro do ano de 2013 e partiu da evolução e prévia experiência obtida de outros dois aplicativos: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

Ao contrário dos seus precedentes, o SClínico tem caminhado na direção de ser utilizado por todos os prestadores de cuidados de saúde, para que haja uma maior facilidade na partilha e acesso à informação dos pacientes em diferentes áreas geográficas, permitindo assim uma melhoria e uma uniformização na prestação de cuidados e um seguimento mais personalizado do paciente.

O sistema de informação em causa permite aos profissionais ficarem a par de diversas informações cruciais, em particular, medicação crónica, vacinas em falta, exames realizados, acompanhados dos respetivos relatórios e histórico de consultas noutras áreas médicas ou cirurgias previamente realizadas.

Este sistema operativo já se encontra disseminado por cerca de 50 instituições do SNS e tem como objetivo aumentar a sua utilização nos diferentes serviços de saúde.

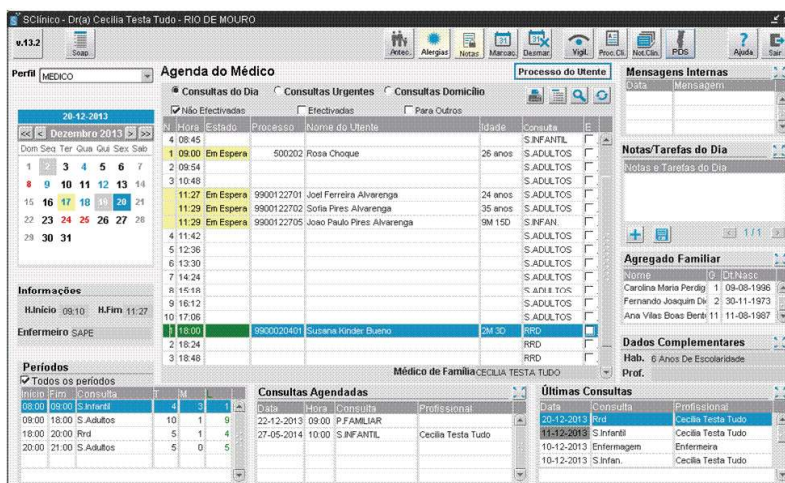


Figura 7-SClínico, sistema operativo do CHUDSA

2.4. Infraestrutura e Pessoal Clínico das Consultas Externas de Estomatologia Pediátrica

O Serviço de Estomatologia do CHUdSA está segregado em dois departamentos distintos: Estomatologia Pediátrica e Estomatologia para Adultos, como mencionado previamente. Situado nas instalações do antigo CICAP (Centro de Instrução de Condutores Auto do Porto), na Rua D. Manuel II, o referido serviço é composto por três pisos. [1]

O subsolo aloja dois vestiários e uma área comum destinada a refeições e ao convívio do corpo clínico.

No piso térreo, o espaço é subdividido entre o serviço de Estomatologia Pediátrica e o serviço destinado a adultos. O primeiro dispõe de uma receção dedicada aos pacientes pediátricos e seus acompanhantes, três consultórios plenamente equipados (sala 420 a sala 422), uma instalação sanitária adaptada para indivíduos com mobilidade reduzida e uma área administrativa.

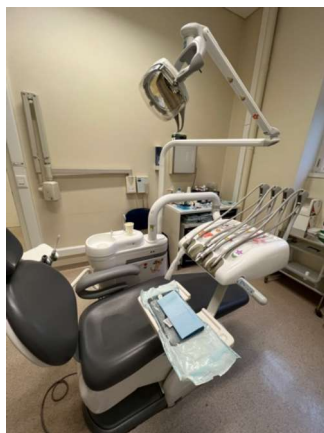


Figura 8- Consultório 422 do edifício de Estomatologia Pediátrica



Figura 9- Consultório 422 do edifício de Estomatologia Pediátrica

Já o setor voltado para os adultos compreende uma receção específica para os utentes correspondentes, sete gabinetes dotados de equipamentos adequados, uma sala administrativa e uma instalação sanitária igualmente equipada.

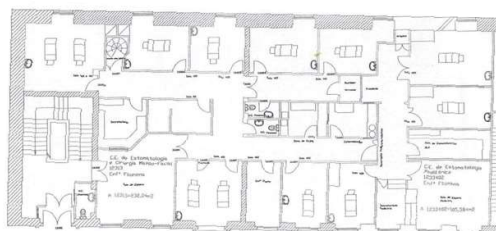


Figura 10- Planta representativa do Piso 1 do serviço de Estomatologia Pediátrica

Adicionalmente, em ambos os serviços, o piso térreo também inclui uma sala de enfermagem, um espaço destinado para procedimentos anestésicos e colheita de amostras sanguíneas, além de um local destinado à realização de exames radiológicos e outro reservado à esterilização de todos os materiais.

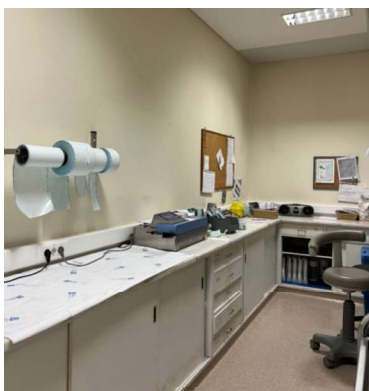


Figura 11- Sala destinada à esterilização dos materiais do serviço de Estomatologia

O primeiro andar abriga uma sala de reuniões, palco para reuniões de serviço e apresentação de temas diversos, todas as terças-feiras da parte da tarde, e o gabinete do diretor do serviço, o Dr. Alfredo Figueiredo Dias.

2.4.1. Recursos Humanos e organização do corpo clínico do Serviço de Estomatologia

O corpo clínico é composto por sete médicos especializados em Estomatologia para adultos, além de três médicos dedicados à Estomatologia Pediátrica, nomeadamente a Dr^a. Teresa Oliveira, a Dr^a. Isabel Queiroga e o Dr. José Amorim.

Ademais, integram-se sete residentes em formação especializada, dos quais dois pertencem ao quarto ano, dois ao terceiro, dois ao segundo e um ao primeiro. Os recursos humanos são complementados por uma enfermeira, duas assistentes administrativas e sete assistentes operacionais.

2.4.1.1. Ortodontia

Em 2006, a Ordem dos Médicos de Portugal aprovou a instituição da subespecialidade de Ortodontia, bem como a sua inclusão na especialidade médica de Estomatologia. [5] Contudo, este processo de admissão, sujeito a consenso, revelou-se prolixo, prolongando-se até ao ano de 2011.

A Ortodontia Pediátrica é uma área especializada na avaliação e correção das desarmonias dentofaciais em crianças e adolescentes. Engloba o diagnóstico precoce e a intervenção terapêutica visando a otimização da oclusão dentária e da estética facial. Esta área de atuação visa mitigar a má oclusão, irregularidades no alinhamento dentário, assimetrias maxilofaciais, entre outras disfunções.

O momento ideal para o início do tratamento ortodôntico (TO), é um assunto deveras controverso e ainda bastante discutido, nos dias de hoje. O tratamento ortodôntico em idade precoce é frequentemente iniciado por volta dos 7 anos de idade (de acordo com a Associação Americana de Ortodontia (*American Association of Orthodontists* - AAO). [6] Contudo, esta idade varia de acordo com o grau de complexidade e a natureza do problema ortodôntico, tendo em consideração as necessidades específicas do paciente e a opinião do ortodontista responsável pelo caso. São empregues métodos ortopédicos e ortodônticos, como aparelhos fixos e/ou removíveis para reestabelecer a harmonia dentofacial, promovendo não apenas a saúde oral, mas também a autoestima e bem-estar psicossocial das crianças atendidas.

A maioria dos pacientes cujas consultas foram observadas apresentavam dismorfias dentoalveolares, associadas a diversos fatores, nomeadamente, fissuras labiais e palatinas incompletas ou completas, bem como a outros síndromes, alguns dos quais referidos na *Tabela 1*. Além disso, muitos destes pacientes pertencem a famílias com recursos socioeconómicos limitados, incapazes de suportar os custos associados aos tratamentos na prática clínica privada.

Geralmente, o tratamento é iniciado após a erupção da maioria dos dentes, principalmente dos 1ºs molares para estabelecer a chave de oclusão, ou de todos os dentes permanentes, o que ocorre por volta dos 12 anos de idade. No entanto, em certos casos, as intervenções podem começar mais cedo, por volta dos 7 anos de idade, durante a fase de dentição mista, para abordar precocemente problemas de desenvolvimento dentofacial. Além disso, o tratamento ortodôntico pode ser realizado

em pacientes adultos, embora possa ser mais complexo e prolongado devido ao crescimento esquelético completo. O momento ideal para iniciar o tratamento ortodôntico é determinado pelo ortodontista, com base na avaliação clínica e radiográfica individualizada do paciente. [7]

Antes do início do tratamento ortodôntico, é imperativo observar determinados critérios delineados pelo Centro Hospitalar Universitário do Santo António (CHUdSA). Uma avaliação meticulosa da correção ortodôntica é necessária para uma variedade de problemas, tais como, apinhamento dentário, diastemas, má oclusão de Classe I, II ou III, mordida aberta, mordida cruzada unilateral ou bilateral, entre outros. Adicionalmente, é crucial considerar o estágio de desenvolvimento dentofacial do paciente, incluindo a presença da dentição permanente e a fase de desenvolvimento esquelético. É de primordial importância assegurar uma saúde oral ótima, não apenas dentária, mas também gengival, para garantir o sucesso do tratamento. Assim como gerir as expectativas do paciente em relação aos objetivos do tratamento e certificar-se de que este apresenta idade e maturidade suficientes para cumprir os cuidados e instruções fornecidos durante todo o processo. Especificamente para pacientes que requerem tratamento ortodôntico combinado com cirurgia ortognática (TOCO) posterior e para aqueles com fendas labiais e palatinas completas ou incompletas, são aplicadas considerações adicionais e são os casos mais frequentes.

Durante o período de estágio, a maioria das consultas observadas consistiu em consultas de controlo de aparelhos fixos (aproximadamente 87% das consultas na área de ortodontia) em pacientes fora da idade pediátrica (Figura 27), nas quais ocorriam principalmente uma avaliação clínica da evolução do caso e troca de ligaduras elásticas e, em menor frequência, trocas de ligaduras metálicas, colocação de arcos ou recolagem de brackets soltos. É importante notar que em várias das consultas de controlo observadas, os pacientes exibiam considerável acumulação de placa bacteriana, devido à dificuldade na higienização oral, fazendo-se novamente o reforço das instruções de higienização oral.

Nas consultas de colocação inicial de aparelho fixo, o procedimento começava apenas com a colocação das bandas, geralmente nos primeiros molares, para otimizar o tempo de consulta. Na segunda consulta, o arco e os brackets eram então colocados. Quanto às consultas de remoção do aparelho fixo, não era realizada imediatamente a colocação de contenção fixa. Esta intervenção era adiada durante um período de

monitorização do paciente, considerando-se a possibilidade de recidiva. A abordagem adotada pelos profissionais do serviço não coincide com as práticas recomendadas pelos professores de ortodontia da FMDUP, que advogam a colocação imediata de contenção, baseando-se na premissa de que os dentes tendem a retornar à sua posição inicial, resultando, frequentemente, em recidiva ortodôntica.

No que diz respeito aos casos de aparelhos removíveis observados, a maioria consistia em dispositivos Hyrax, destinados a corrigir mordidas cruzadas posteriores e a promover o alargamento transversal da maxila, decorrentes de fendas lábio-palatinas ou hábitos parafuncionais, como sucção digital ou uso prolongado do biberão, para além da idade recomendada. [8] Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), o hábito de sucção digital deve ser abandonado até aos 3 anos de idade e o uso do biberão não se deve prolongar para além do primeiro ano de idade. [9]

O plano de tratamento para tais situações envolve a suspensão do hábito parafuncional, se aplicável. Passa também por uma avaliação da cronologia de erupção dentária até aproximadamente os 12 anos de idade, para garantir que todos os dentes permanentes tenham erupcionado, bem como pela colocação de bandas metálicas nos primeiros molares. Após a inserção do aparelho expensor, são fornecidas instruções detalhadas sobre os cuidados e precauções necessárias, tanto para a criança, quanto para os pais, assim como a técnica de ativação do dispositivo (número e direção das voltas e inserção da chave). Nas situações observadas, a ativação envolvia a inserção de uma chave na peça metálica localizada na região central do palato e o movimento desta na direção ântero-posterior, uma ou duas vezes ao dia, dependendo da dimensão do alargamento desejado. No caso das fendas labiais e palatinas, o protocolo aplicado é semelhante, no entanto, a colocação do aparelho ocorre de forma mais precoce, geralmente aos 7 anos de idade, para permitir o subsequente enxerto ósseo, sendo as bandas metálicas posicionadas nos primeiros molares já erupcionados.



Figura 12- Material ortodôntico e expansor maxilar

2.4.1.2. Dentisteria Operatória

Na área de dentisteria operatória do serviço hospitalar, os casos mais frequentemente observados envolvem pacientes com cárie dentária (cerca de 83%), tanto em dentes decíduos, quanto permanentes.

A cárie dentária é uma condição que afeta aproximadamente 90% da população mundial [10], de acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas portuguesa, sendo causada por bactérias presentes na microbiota oral, resultando na destruição total ou parcial dos tecidos mineralizados dos dentes. O aparecimento da cárie dentária pode ser facilitado por fatores etiológicos, como a dieta, especialmente o consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono (como bolos, bolachas e doces), e uma higiene oral deficiente [10]. Os dentes mais suscetíveis ao desenvolvimento de cárie são os recém-erupcionados, pois a sua maturação ainda não está completa, assim como os dentes com sulcos e fissuras pronunciados, que permitem a retenção prolongada de restos alimentares e bactérias. [11]

As lesões de cárie, predominantemente observadas e tratadas, localizavam-se em molares e pré-molares recém-erupcionados, conforme mencionado anteriormente. Principalmente, foram realizadas restaurações de classes I e II. Além disso, com certa frequência, foram identificadas lesões das classes III e IV, devido a cáries interproximais em incisivos, principalmente em dentes decíduos. Nesses casos, entre os incisivos decíduos, não há pontos de contato, mas sim superfícies de contato, o que pode contribuir para o desenvolvimento de cáries interproximais.

Para deteção destas lesões, o método radiográfico utilizado foi a ortopantomografia, uma vez que este exame é rotineiramente realizado no serviço após os 7 anos de idade, sendo subsequentemente repetido para fins de acompanhamento. Nos consultórios não havia a disponibilidade de aparelhos radiográficos que permitam a obtenção de radiografias interproximais ou periapicais. Outro método empregado é a observação clínica direta, especialmente em casos de lesões extensas, ou a utilização de uma sonda exploradora para avaliar a aderência ao esmalte.

O protocolo clínico empregue no CHUdSA é em tudo semelhante ao protocolo clínico da FMDUP, com a remoção de tecido cariado, primeiramente com uma broca esférica acoplada à turbina. Se se encontrar próxima à polpa, ou se a criança for não colaborante e apresentar medo dos barulhos ou do próprio instrumento de rotação, é

utilizado escavador de dentina. Por último recorre-se a uma broca esférica multilaminada acoplada a contra-ângulo para limpeza de todo o tecido e para uniformização da cavidade para restauração posterior.

Em seguida, aplica-se o condicionamento ácido, com tempo ideal de 20 segundos. Em casos de inquietação da criança, o tempo de aplicação pode ser reduzido. Após a aplicação, o ácido fosfórico 37% é removido com água abundante e com o aspirador de saliva. O sistema adesivo é do tipo universal e é aplicado numa única camada com microbrush e fotopolimerizado durante 15 a 20 segundos.

Por fim, a restauração propriamente dita é feita com resina composta ou com Dyract. O Dyract é um material restaurador desenvolvido pela Dentsply Sirona® (Charlotte, Estados Unidos da América). Consiste numa resina composta modificada por ionómero de vidro, combinando assim as características de ambos os biomateriais, nomeadamente a capacidade de retenção e estética das resinas compostas e a libertação de flúor do ionómero de vidro para prevenção de cáries.

Para a restauração só é utilizada uma espátula de Heidemann ou a pistola de aplicação do Dyract, utilizando o método de pressão digital. Os restos de material são retirados com o auxílio da sonda exploradora. O acabamento apenas é realizado em casos de ajuste oclusal, após a verificação com o papel articular. Para o acerto oclusal é utilizada uma broca em forma de chama acoplada a turbina. O polimento quando realizado faz-se com recurso a taças de borracha acopladas a contra-ângulo.

Para a realização das restaurações, o isolamento absoluto não é empregado. Em vez disso, é utilizado o isolamento relativo, maioritariamente, em caso de restaurações em dentes posteriores. Em dentes posteriores superiores, um rolo de algodão é inserido entre a maxila e a mucosa jugal, enquanto em dentes posteriores inferiores, são utilizados dois rolos de algodão: um posicionado na região das faces vestibulares dos dentes, entre a mucosa jugal e o bordo alveolar, e outro posicionado do lado lingual, no fundo do vestíbulo.

A utilização do isolamento relativo é recomendada e deve ser executada com rigor, a fim de evitar a infiltração de saliva nas restaurações, o que pode resultar no insucesso das mesmas.

Ao invés da doutrina proposta na FMDUP, no CHUdSA a aplicação de anestesia, aquando das restaurações definitivas, não é implementada. Apenas se realiza, em casos raros, em que há dor aguda e quando é solicitado explicitamente pela criança devido ao medo de agulhas e de modo a criar uma relação de confiança com o médico estomatologista.



Figura 13- Material clínico utilizado para Dentisteria Operatória em EP

2.4.1.3. Periodontologia

Nos pacientes pediátricos observados havia uma elevada taxa de placa bacteriana e tártaro associado a hemorragia e inflamação gengival, principalmente na face lingual dos dentes inferiores anteriores. Isto resulta do facto da maioria dos pacientes apresentar dificuldade na escovagem, devido a fatores como a idade, da falta de supervisão dos pais/ tutores legais dos mesmos ou da presença de diversas comorbidades que acometem a destreza manual.

Uma circunstância testemunhada, várias vezes, no serviço do Dr. Amorim foi a presença de placa bacteriana associada ao tratamento ortodôntico, devido à falta de seguimento das indicações dadas pelo médico acerca dos cuidados reforçados a ter aquando da higienização oral. Como consequência os pacientes apresentavam inflamação exacerbada gengival, levando ao diagnóstico de gengivite generalizada.

Já nas consultas do serviço da Dr^a. Teresa B. Oliveira, a grande parte dos casos em que os pacientes partilhavam o mesmo diagnóstico que o caso anterior, este devia-se à presença de comorbidades associadas tais como, autismo, paralisia cerebral, síndrome de Down, de Beckwith-Wiedemann, de Treacher-Collins, entre outras. Estas comorbidades resultam na dificuldade ou impossibilidade na higienização oral correta feita tanto pelos próprios, como pelos cuidadores. Num dos casos mais graves observados, uma paciente, do sexo feminino com autismo e síndrome de Down teve de ser submetida a anestesia geral para realizar uma destartarização bimaxilar devido, à falta de colaboração da mesma.

O plano de tratamento executado nestes pacientes passou por destartarização, apenas nas zonas com presença de tártaro supragengival visível, o que difere do protocolo aplicado na FMDUP. A destartarização foi realizada em ambulatório, sem uso de qualquer tipo de anestesia local. O reforço das instruções de higienização oral com diretrizes específicas, nomeadamente a utilização de escovilhão, ao invés do fio dentário, pela maior facilidade de manuseamento, bem como o uso de pasta dentífrica com 1450ppm de flúor, com efeito redutor de placa bacteriana e da inflamação gengival, também fez parte do plano supracitado. Foi fornecida uma amostra da referida pasta dentífrica, aos pacientes, de maneira a incentivar o seu uso.

2.4.1.4. Cirurgia Oral

No contexto de cirurgia oral, a população pediátrica poderia ser submetida a procedimentos em dois ambientes distintos: bloco operatório do CMIN (Centro de Materno-Infantil do Norte) ou no consultório de consulta externa de Estomatologia Pediátrica. A decisão acerca do ambiente onde se iria realizar a cirurgia dependia de diversos fatores como, a idade e condições sistémicas associadas, comorbidades, o tipo de procedimento a ser realizado, sendo o principal a colaboração do paciente em consultório.

Ainda que a abordagem em bloco operatório seja a última a considerar, esta foi a mais observada, sendo que nas consultas pré-operatórias ocorria a inscrição dos pacientes pediátricos na lista de espera, mais especificamente no LIC (Lista de Inscritos em Cirurgias). Para a inscrição no LIC, teriam de ser fornecidos os dados relativos ao paciente, assim como a justificação da submissão do mesmo ao procedimento sob anestesia geral. A maioria das crianças eram não colaborantes ou possuíam comorbidades como, por exemplo, síndrome de Down, autismo, entre outros, que inviabilizavam a execução da cirurgia em consultório sob anestesia local.

A população de pacientes pediátricos sujeitos a exodontias sob anestesia geral possuía múltiplos dentes decíduos ou permanentes, com lesões cariosas extensas, onde era necessário tratamento endodôntico ou dentisteria operatória extensa ou possuíam dentes não restauráveis. Estes procedimentos não seriam possíveis de realizar em ambulatório devido à falta de colaboração por parte da criança, recorrendo-se por isso à extração dos dentes.

Os dentes decíduos apenas eram restaurados em bloco se, mesmo com lesões cariosas, apresentassem sintomatologia dolorosa recorrente que não alivia com a administração de AINE's, ou se existissem processos infecciosos ou inflamatórios associados, como abscessos periapicais. Se os critérios mencionados anteriormente não se aplicassem, os dentes eram mantidos na cavidade oral até à sua exfoliação e substituição pela dentição permanente. Devido a esta *guideline* instaurada pelo hospital, a maioria dos dentes decíduos que possuíam lesão cariosa não eram restaurados, mas sim extraídos.

Nas consultas pré-operatórias, durante a história clínica eram recolhidos dados importantes acerca do paciente, como reações adversas a medicamentos ou

anestésicos, presença de problemas sistémicos que pudessem causar complicações intra ou pós-cirúrgicas, como problemas de coagulação sanguínea, problemas cardíacos ou respiratórios, entre outros.

Para além disso, eram também fornecidas aos pais todas as explicações acerca de como iria decorrer a cirurgia, bem como indicações e cuidados pré e pós-operatórios. Toda esta informação era também transcrita em papel, nomeadamente:

- No dia antes da cirurgia deve manter uma dieta equilibrada e deve suspender a alimentação após a meia-noite;
- Deve ingerir o mínimo de líquidos mantendo-se hidratado;
- Pode haver um acompanhante, por paciente, dentro da sala operatória para acalmar a criança aquando da sedação;
- Deve levar roupa confortável e prática.

Após a cirurgia também havia precauções a adotar. A exemplo:

- Os pais podiam estar presentes na sala de recobro, se não ocorressem complicações intra-operatórias que não o permitisse;
- O paciente tem alta no próprio dia, mas esta decisão cabe ao médico responsável, após a avaliação da condição de saúde e estado de consciência do paciente;
- Nos dias a seguir ao procedimento o paciente deve seguir algumas indicações como: não escovar na zona sujeita à cirurgia, é aconselhável aplicar gelo na região, não bochechar líquidos com vigor para não promover hemorragia, não tocar com a língua e ingerir alimentos moles e frios.

No fim da primeira consulta pré-operatória era ainda pedido o consentimento informado e voluntário aos tutores legais da criança e a sua assinatura que permitiria assim a realização da cirurgia ao paciente menor de idade.

Antes da cirurgia o paciente era também submetido a duas consultas complementares: consulta de enfermagem para realização de análises e uma consulta de anestesiologia.

Na primeira consulta são pedidos o hemograma completo e o exame à urina, com o fim de obter valores importantes como o de eletrólitos séricos, creatinina, glicemia e glicose e proteínas, respetivamente.

Já na consulta de anestesiologia, os resultados das análises são, detalhadamente, observados e interpretados. Caso estes apresentem alguma irregularidade, o médico anestesiologista pode pedir a realização de mais exames complementares de diagnóstico, sendo que os mais frequentemente pedidos são os das especialidades de pneumologia e cardiologia. Ainda é realizado um exame geral da condição de saúde do paciente e, consoante o mesmo, é deliberado o tipo de técnica anestésica a implementar. Subsequente ao procedimento cirúrgico a área de intervenção de anestesiologia expande-se para a terapia medicamentosa a prescrever ao paciente.

Todo este processo demorado de diversas consultas em diferentes especialidades é justificado com a diminuição do risco de morbilidade ou mortalidade durante a intervenção médico-cirúrgica.

Em consultório, a área de cirurgia oral incidiu, mais especificamente, na extração de dentes decíduos que já se encontravam parcialmente exfoliados. Estes procedimentos eram executados com anestesia tópica de lidocaína, Lidonostrum® Bomba-Spray 10% e complementada com anestesia infiltrativa, se necessária.

O protocolo clínico não engloba curetagem nem sutura, havendo sempre cicatrização por segunda intenção. No que toca à medicação foi aconselhado caso houvesse dor a toma de comprimido único de paracetamol.

Outro caso observado em consultório foi a extração de um terceiro molar, em que houve a necessidade de fazer bloqueio do nervo alveolar inferior, complementado com o bloqueio do nervo bucal. Posteriormente, foi realizada a sindesmotomia com um sindesmótomo curvo, luxação com alavanca reta e, por fim, a extração foi executada com auxílio de um boticão de terceiros molares. Apesar de se ter executado uma leve curetagem para limpeza do alvéolo e verificar a presença de espículas ósseas, não se realizou mais uma vez a sutura.



Figura 14- Material cirúrgico utilizado no serviço de Estomatologia Pediátrica

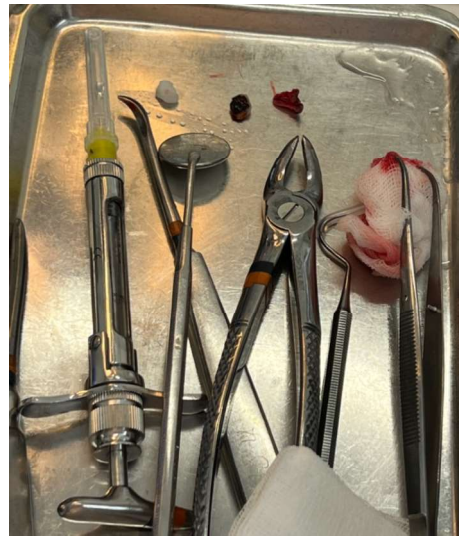


Figura 15- Material Cirúrgico utilizado no serviço de Estomatologia Pediátrica

2.4.1.5. Medicina Dentária Preventiva

A Medicina Dentária Preventiva e Comunitária tem incidência sobretudo na prevenção primária das patologias da cavidade oral, nomeadamente a cárie dentária, bem como o diagnóstico e tratamento das mesmas.

Nas consultas de Medicina Dentária Preventiva, os procedimentos passaram não só pela colocação de selantes de fissuras e aplicação tópica de flúor, mas também no ensino e reforço das técnicas específicas que permitem a manutenção da saúde oral.

Esta partilha de conhecimentos pelo médico passou pela explicação da técnica de escovagem de Bass, com a respetiva demonstração, bem como a recomendação da pasta dentífrica mais adequada para cada caso e faixa etária. As informações previamente explícitas foram, por vezes, feitas por uma enfermeira que tinha recentemente chegado ao serviço. A enfermeira pediu para assistir às primeiras consultas de alguns pacientes, para que, posteriormente, conseguisse acompanhar a progressão da sua saúde oral.

Procedeu-se a uma aplicação tópica de flúor em gel, com uma concentração de 12 300 ppm, numa moldeira de esferovite que poderia ser mandibular, maxilar ou conjunta. [12]

A aplicação de flúor não apresentava um protocolo rigoroso e definido, uma vez que a forma da moldeira, assim como o tempo de aplicação variaram consoante a cooperação do paciente.

Existiram fatores predominantes em todas estas consultas, designadamente:

- O paciente deveria sentar-se numa posição ortogonal para prevenir a passagem do flúor para a faringe e consequente asfixia;
- Aquando da remoção das moldeiras era pedido para o paciente cuspir o excesso;
- Era dada a indicação que o paciente não poderia comer ou beber durante 1 hora após a aplicação.



Figura 16- Moldeira Individual para aplicação tópica de flúor em gel

O selamento de fissuras está indicado como medida preventiva, principalmente em crianças e nos dentes que apresentem sulcos profundos que constituam ambientes propícios à organização de biofilme que concomitantemente com a presença dos restos alimentares e alterações do pH normal da cavidade oral levem ao desenvolvimento de lesões de cárie e à destruição da estrutura dentária, sendo estes em regra geral os molares permanentes.

Os dentes permanentes eram escolhidos como primeira opção em detrimento dos decíduos devido ao tempo limitado de consulta e falta de colaboração por parte dos pacientes.

Os selantes de fissuras são então aplicados em camada única fina, nos sulcos e fissuras da face oclusal mastigatória dos dentes, fazendo com que estas se tornem superfícies mais lisas e menos retentivas de forma a facilitar a higienização e reduzir o risco de aparecimento de lesões cariosas.

O protocolo aplicado em consultório hospitalar foi em tudo semelhante ao aplicado na clínica da FMDUP passando por:

- Profilaxia prévia com o uso do contra-ângulo, escova Robinson e pasta profilática sem óleo;
- Isolamento relativo com rolos de algodão, este dependia da colaboração da criança;
- Aplicação do condicionamento ácido com ácido fosfórico durante um tempo o mais próximo dos 20 segundos possível;

- Lavagem da face do elemento com jato de água e simultânea aspiração;
- Aplicação do sistema adesivo com a ajuda de um microbrush;
- Aplicação do selante de fissuras com a ponta descartável e com auxílio da sonda exploradora de modo a não criar bolhas de ar;
- Fotopolimerização por um mínimo de 15 segundos, este tempo também variava consoante a colaboração da criança;
- Verificação da oclusão com um papel articular e posterior desgaste de zonas de maior compressão com uma broca chama de vela ou esférica, diamantadas acopladas em turbina.

2.4.1.6. Oclusão

De entre todas as consultas observadas apenas três incidiram sobre o domínio de oclusão, aproximadamente 2% da totalidade das consultas assistidas. Constatou-se que os pacientes em questão apresentavam desgaste acentuado do esmalte dentário nas faces oclusais dos dentes posteriores e nas incisais dos anteriores, também manifestaram ter dores na zona anterior à ATM, mais precisamente na área do músculo masséter e foi relatado pelos pais das crianças em questão que estas apertavam e/ou rangiam os dentes durante a noite.

Todos estes fatores culminaram num diagnóstico de bruxismo¹, tendo sido recomendado o uso de uma goteira de miorrelaxamento, apenas se o desgaste observado fosse já bastante acentuado e se a criança já apresentasse toda a dentição permanente erupcionada, caso contrário iria ocorrer a inadaptação da goteira. Se os critérios mencionados anteriormente não fosses observáveis então a opção de tratamento passava por vigilância e acompanhamento atento do paciente.

As goteiras do tipo Michigan consistem em placas interoclusais removíveis obtidas através de técnicas de desenho digital como o Computer-aided design/ Computer-aided manufacturing (CAD/CAM) e têm como principal função o auxílio na diminuição da atividade muscular. O uso da goteira, quando o envolvimento é muscular, é indicado apenas para uso noturno.

O tratamento pode ser complementado com exercícios funcionais, técnicas de consciencialização do hábito parafuncional, massagens e aplicação de calor, caso o problema seja de origem muscular. Adicionalmente, pode ser prescrita a toma de relaxantes musculares, embora este último recurso não seja frequentemente direcionado a crianças.

¹ Os estudos conduzidos por Paiva (1997) revelaram que o sintoma mais comum entre os pacientes que apresentam bruxismo é a dor, frequentemente localizada nos músculos mastigatórios, na região pré-auricular e/ou nas articulações temporomandibulares.

2.4.1.7. Medicina Oral

A medicina oral representa uma área que engloba tanto a medicina dentária, como a medicina geral. De acordo com descrições internacionais, a medicina oral é definida como *“a especialidade dentária posicionada na interface entre a medicina e a medicina dentária e que se ocupa do diagnóstico e tratamento de patologias (não dentárias) que afetam a região oral e maxilofacial”*. [11]

Nas consultas cujo foco é o domínio da Medicina Oral, os profissionais de saúde devem providenciar aos pacientes o acompanhamento clínico necessário para a identificação, diagnóstico e tratamento de uma panóplia de condições orofaciais, inclusive de patologias e/ou lesões da mucosa oral, patologias relacionadas com as glândulas salivares e manifestações orais de condições sistémicas.

No serviço de estomatologia pediátrica foi possível constatar um caso de um paciente que apresentava uma lesão no lábio inferior que se caracterizava, clinicamente, por vesículas que causavam ardência, dor ligeira e coceira. Após a descrição da sintomatologia e da observação clínica conseguiu concluir-se que se tratava de um herpes labial.

A herpes simplex labial é uma infeção causada pelo vírus HSV, Herpes Vírus Simples ou Simplex e cujas lesões se estendem por um período de 5 a 7 dias, exibindo a sintomatologia acima descrita.

Neste caso específico não foi recomendado nenhuma medicação específica para além da que a paciente já se encontrava a fazer, aplicação tópica de uma pomada antiviral para o alívio dos sintomas, como o Aciclovir.

Poderiam ter sido recomendadas outras estratégias, como por exemplo, a aplicação de gelo no local da lesão e evitar fatores que possam desencadear outros surtos, como a exposição ao sol por longos períodos. Além disso, deveria ter sido alertado o alto risco de contágio. [13]

2.5. Apresentação e discussão de Casos Clínicos

2.5.1. Caso Clínico 1- Fenda Palatina Completa e Implicações Dentárias

Paciente ASA I de 10 anos, do sexo feminino, sem qualquer comorbidade associada. Não relatou ter alergias nem tomava medicação tendo sido estas informações corroboradas pelos seus tutores legais que compareceram ambos na consulta.

Compareceu na consulta externa de Estomatologia Pediátrica para acompanhamento clínico ortodôntico.

Frequenta o serviço desde 2022 e no ano a seguir foi submetida a uma frenectomia lingual e extração de múltiplos elementos decíduos por lesão de cárie extensa, sob anestesia geral. Também realizou previamente uma restauração do elemento 46 Classe II em Dyract.

A paciente apresenta como história clínica a presença de fenda palatina do grupo III² completa³ de acordo com a classificação de Veau. Decorrente da fenda apresenta um apinhamento severo dos incisivos centrais superiores, uma posição ectópica dos incisivos laterais, assim como uma alteração da forma dos mesmos. [14, 15]

2.5.1.1. Fundamentação Teórica

As fendas lábio-palatinas estão por entre as malformações congénitas mais prevalentes e caracterizam-se clinicamente pela fissura do lábio e/ou palato, comprometendo, assim tanto a face, como a cavidade oral. As fendas expressam-se relativamente cedo na vida intra-uterina, dado que a formação da face se conclui no período embrionário (4^a à 8^a semana) e a formação do palato tem fim no período fetal (desde a 6^a semana), por isso estima-se que as fendas possam ocorrer entre a 8^a a 12^a semana de vida intra-uterina. [16]

A etiologia das fissuras palatinas é multifatorial e complexa, sabemos ainda que poderá ter fatores genéticos e ambientais associados. [16]

² A classificação das fendas lábio-palatinas segundo Veau (1931) divide-as em quatro grupos distintos, o tipo III enquadra as fendas palatinas que envolvem o palato mole e se estendem até ao alvéolo podendo também acometer o lábio superior.

³ O grupo III das fendas palatinas de Veau pressupõem que haja lábio superior fissurado também.

Os indivíduos com fendas lábio-palatinas têm uma maior probabilidade de apresentarem anomalias dentárias características desde a dentição decídua, principalmente na região fissurada. A complexidade destas anomalias têm relação com a complexidade da fenda em si. Os defeitos dentários e de oclusão podem surgir como agenesia dentária, supranumerários, posição ectópica de dentes, rotação ou versão, micro ou taurodontia e ainda hipoplasia do esmalte. [17]

2.5.1.2. Exame clínico, radiológico e diagnóstico

Foi realizado um exame complementar radiográfico em 2022 (Figura 17), mais especificamente, uma ortopantomografia para controlo da erupção dentária. Após a visualização da mesma é passível de observar o apinhamento severo dos incisivos centrais superiores permanentes, os caninos permanentes do primeiro e segundo quadrantes não estão numa posição que lhes possibilite uma erupção normal devido à falta de espaço na arcada maxilar, o primeiro molar permanente já se encontra erupcionado em todos os quadrantes.



Figura 17- Ortopantomografia da paciente do caso clínico 1

No exame clínico realizado a 3 de abril deste ano já não eram estas as características encontradas, sendo que os caninos já se encontravam a erupcionar, o elemento 22 estava distovertido com um diastema entre este e o elemento 21, o elemento 12 encontrava-se lingualizado, os pré-molares superiores não se encontravam em boca e ainda existia o primeiro molar decíduo do 1º quadrante a exfoliar.

Como efeito da fenda palatina, a criança apresentava uma dimensão transversal maxilar diminuída que resultaria, por sua vez, numa mordida cruzada posterior e uma falta de oclusão anterior, como é possível observar pelas figuras 18 e 19.



Figura 18- Anomalia de forma dos incisivos laterais superiores e posição ectópica do elemento 12

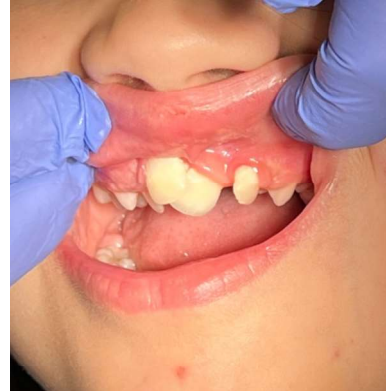


Figura 19- Apinhamento dos incisivos centrais superiores

2.5.1.3. Plano de Tratamento

Com o objetivo de resolver o problema ortodôntico, estético e de oclusão da paciente foi delineado um plano de tratamento que foi discutido em consulta de grupo para aprovação do mesmo. Este plano de tratamento foi apresentado aos tutores legais da paciente e passava por:

- Extração do primeiro molar decíduo do primeiro quadrante 55 em ambulatório;
- Submissão do pedido na lista de espera para aparelho removível para expansão maxilar- Hyrax;
- Moldagem com alginato para confecção de aparelho expensor removível;
- Após a erupção dos pré-molares definitivos, o Hyrax pode ser colocado em boca para realizar a expansão da arcada maxilar de modo a conseguir espaço para o correto posicionamento dos dentes e descruzar a mordida posterior;
- Concluída a expansão deverá passar-se à fase da ortodontia fixa com o objetivo principal de mesioverter o elemento 22 para a posição normal e diminuir o espaço existente entre este e o 21, tracionar o elemento 12 para vestibular e solucionar o apinhamento severo entre os elementos 11 e 21.

2.5.2. Caso Clínico 2- Pré-molar inferior incluso e abordagem em Bloco Operatório

Paciente com 16 anos de idade, sexo masculino era seguido no serviço de estomatologia pediátrica e foi proposto para intervenção cirúrgica sob anestesia geral pelo Dr. José Amorim com o objetivo de realizar a extração do pré-molar inferior, 44, incluso que tinha sido detetado aquando da realização de uma cefalometria. [18]



Figura 20- Cefalometria utilizada para identificação do elemento incluso

A intervenção cirúrgica ocorreu no dia 14 de março do presente ano e teve a duração de aproximadamente de 40 minutos excetuando o tempo requerido para preparação da sala operatória e sedação do paciente.

O paciente não apresentava qualquer patologia associada e indicava não ter alergias. As consultas de anestesiologia e de enfermagem, que antecederam a cirurgia, permitiram concluir que o paciente poderia ser submetido ao procedimento sem qualquer contra-indicação.

Como história dentária não se encontraram nenhum com relevância para relatar para além do descrito acima, higienizava os dentes 2 vezes ao dia e não fazia uso de método de higienização complementar à escovagem.

O bloco operatório apresenta uma sala de espera para os pacientes e os seus acompanhantes que se localiza perto da sala de operações propriamente dita. O

paciente foi então transportado para o bloco por volta das 8:30h após a verificação e desinfecção do bloco pelas enfermeiras, este optou por entrar não acompanhado.

De seguida as enfermeiras do serviço ficam responsáveis por confirmar os sinais vitais do paciente no aparelho GE Datex-Ohmeda®, a título de exemplo controlo da frequência cardíaca no eletrocardiograma (ECG), pressão arterial, eletrocardiografia, frequência respiratória e a colocação do oxímetro e verificação de funcionamento do mesmo. [19]

A seguinte etapa passou pela anestesia endovenosa juntamente com a administração de relaxantes musculares pelo médico anestesiológista presente, posteriormente foi realizada a intubação traqueal com o auxílio do laringoscópio, complementado ainda pelo tamponamento com gaze e estabilização do tubo com tiras de fita adesiva. Realizou-se a antisepsia da face do paciente com uma gaze embebida em solução dérmica de iodopovidona.

Aquando do começo da cirurgia encontravam-se no bloco operatório, o médico responsável por realizar o procedimento cirúrgico, o Dr. André Santos Luís, acompanhado pelo Dr. José Amorim, duas alunas do 2º ano do internato de Estomatologia, Drª Maria Guedes Maleitas e a Drª Vânia Manuela Pinto, uma enfermeira instrumentista, Rosário Seabra, e a anestesista, a Drª Ana Paula Carneiro Alves e o enfermeiro anestesista Nuno Costa.

Procedeu-se à paramentação dos médicos presentes e de seguida ao isolamento do campo cirúrgico.



Figura 21- Isolamento do Campo Cirúrgico

O procedimento cirúrgico começou a infiltração na região do elemento incluído de lidocaína + adrenalina 2% com o objetivo de fazer vasoconstrição, diminuindo o sangramento na área e permitindo uma melhor visão. Na sequência foi realizado um retalho de Neumann entre os elementos 45 e 47 com incisão de descarga a distal do elemento 45 e o respetivo descolamento mucoperiósteo com um descolador de Molt para expor a área onde se encontrava o pré-molar incluído e para localizar e identificar a saída do foramen mentoniano.

A próxima etapa passou pela realização de osteotomia com um broca esférica acoplada a turbina até se conseguir visualizar a coroa do dente incluído. Realizou-se também odontosseção do dente em três partes distintas com uma broca esférica acoplada a turbina. (Figura 23)



Figura 22- Osteotomia mandibular com recurso a turbina para expor dente incluído



Figura 23- Elemento 45 após odontosseção e consequente extração

Posteriormente com recurso a uma lima de osso foram regularizados os bordos ósseos- alveoloplastia -e foi curetado o alvéolo com uma cureta de Lucas.

Foi colocado no local pós-extracional um hemostático reabsorvível formado por celulose oxigenada, para controlar o processo de hemorragia e facilitar o processo cicatricial (Figura 25). A sutura dada foram pontos simples começando pela sutura no ângulo da descarga e ao longo da mesma e, posteriormente, entre as papilas dos elementos envolvidos no retalho.

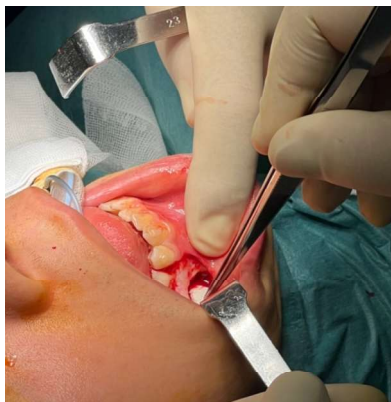


Figura 24- Colocação de hemostático reabsorvível no local pós-extracional

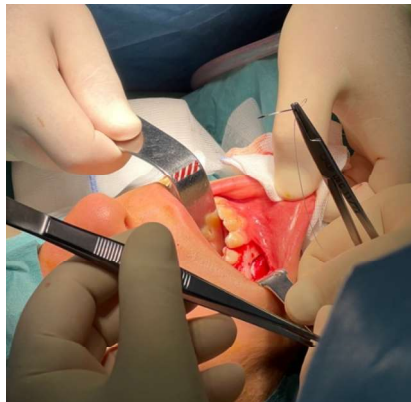


Figura 25- Reposicionamento da mucosa com auxílio de uma pinça

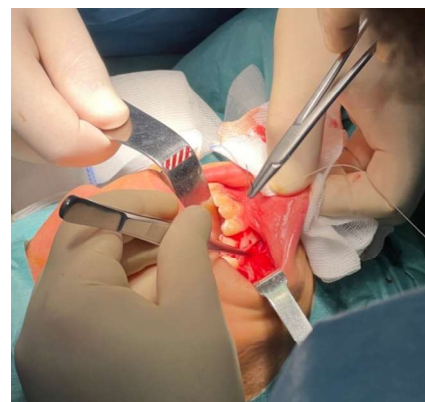


Figura 26- Sutura

No final retirou-se o tamponamento e fez-se a contagem final dos materiais descartáveis utilizados na cirurgia.

De salientar que não ocorreram nenhuma complicação peri ou pós-operatória.

Capítulo II

Cirurgia

Maxilofacial

3. Locais de funcionamento da especialidade de Cirurgia Maxilofacial

A unidade de Cirurgia Maxilofacial está alocada no CICA. O edifício do CICA é composto por 8 pisos sendo que todos os pacientes a serem atendidos devem primeiramente que passar na receção geral situada no piso 0 para efetivarem a consulta de determinada especialidade. Também nesse piso se encontram o bar, e os elevadores ou escadas que darão acesso aos diversos pisos.

No primeiro piso é onde se desenvolve a grande maioria das consultas da unidade de CMF, assim como das unidades de otorrinolaringologia e oftalmologia.

Este piso possui, uma sala de espera com a respetiva receção, um WC, diversas salas cada uma com a sua função, especificamente, sala de pensos, de recobro, sala técnica, do secretariado, sala polivalente e duas salas técnicas, existem ainda nove gabinetes (sala 1.1. a 1.9.) (Figura 30 e 31), uma sala operatória designada para pequenas cirurgias, um vestiário com casa de banho, um armazém de materiais consumíveis.

As consultas externas de Cirurgia Maxilofacial (CMF), assim como as intervenções cirúrgicas de menor porte realizadas em regime de ambulatório pela mesma unidade, são efetuadas no piso 1.



Figura 27- Consultório 1.7 do Serviço de CMF



Figura 28- Sala das pequenas cirurgias do serviço de CMF

O funcionamento da unidade de CMF passa também pelo HGSA, Hospital Geral do Santo António, alocado no Largo Abel Salazar no centro da cidade do Porto. [1] Neste edifício decorrem as cirurgias de maior complexidade, no segundo piso, mais especificamente no Bloco Central. Ainda no piso 5 ocorre o internamento dos pacientes com patologias relacionadas com a área ou após as cirurgias ortognáticas.

3.1. Recursos Humanos e organização do corpo clínico do Serviço de CMF

O corpo clínico da unidade de CMF era composto por:

- Dr^a Rute Saleiro;
- Dr. Hugo Marques;
- Dr. André Santos Luís;
- Dr. Alfredo Figueiredo Dias;
- Internos da especialidade.

A complementar os recursos humanos faziam também parte do serviço enfermeiras, assistentes operacionais e administrativos.

A Dra. Rute Saleiro e o Dr. Hugo Marques, em colaboração com os internos de especialidade Dr. Rafael Nobre e Dra. Joana Silva, supervisionaram o estágio, conduzindo as consultas e os procedimentos aos quais tivemos a oportunidade de assistir.

3.2. Consultas Externas de Cirurgia Maxilofacial

As consultas externas da especialidade de Cirurgia maxilofacial ocorreram às segundas e quintas de manhã, a partir das oito e meia da manhã até ao meio-dia, sob orientação da Dr^a Rute Saleiro no gabinete 1.7 e pelo Dr. Hugo Marques no gabinete 1.3, respetivamente.

Em todo o período de estágio foram observadas a totalidade de 139 consultas (Figura 32).

Os pacientes atendidos nestas consultas provinham do Serviço de Urgência do próprio CHUdSA, agora em estado não-urgente, outros eram referenciados por especialidades distintas, como Estomatologia, para continuidade do plano de tratamento com TOCO. Encaminhamentos por profissionais de medicina geral familiar, direcionando os pacientes para o hospital correspondente à sua zona geográfica, bem como para seguimento pós-cirúrgico ou após alta do internamento no HSA.

Foi também dada a oportunidade de assistir a 3 cirurgias minor realizadas no mesmo piso que as consultas externas, na sala de pequenas cirurgias, tendo sido estas: duas biópsias incisionais de lesões ulceradas (uma na comissura labial e outra no bordo esquerdo da língua), sob anestesia local e uma enucleação de quistos maxilares ao nível dos elementos 12 e 22, também este sob anestesia local.

3.2.1. Dispersão das Áreas Integradas nas Consultas de CMF

O número total de consultas observadas no âmbito da Cirurgia Maxilofacial foi 138, sendo a área com maior número de consultas a Oncologia da Cabeça e Pescoço.

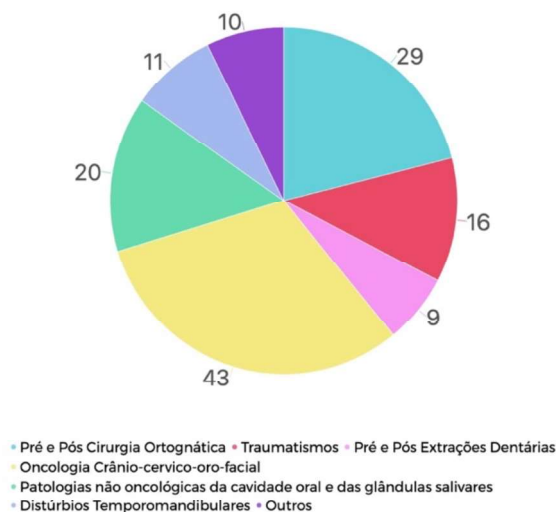


Figura 29- Distribuição das áreas de Cirurgia Maxilofacial presentes nas consultas com a Dr^a. Rute Saleiro e o Dr. Hugo Marques

De um total de 138 consultas, apenas 6 destas foram primeiras consultas e as restantes 132 foram consultas de seguimento.

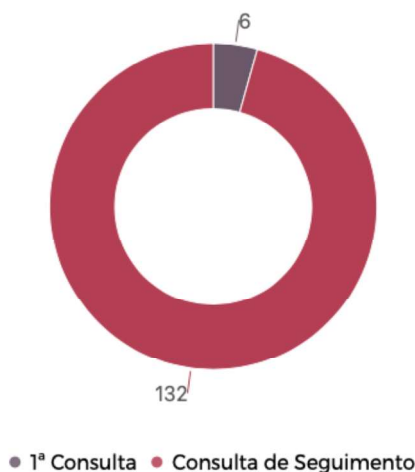


Figura 30- Consultas de Controlo/Seguimento VS 1ª Consulta no serviço de CMF

3.2.2. Caracterização da população observada nas consultas de CMF

3.2.2.1. Distribuição por Idade e Sexo dos pacientes observados nas consultas de Cirurgia Maxilofacial presididas pelo Dr. Hugo Marques e pela Drª. Rute Saleiro

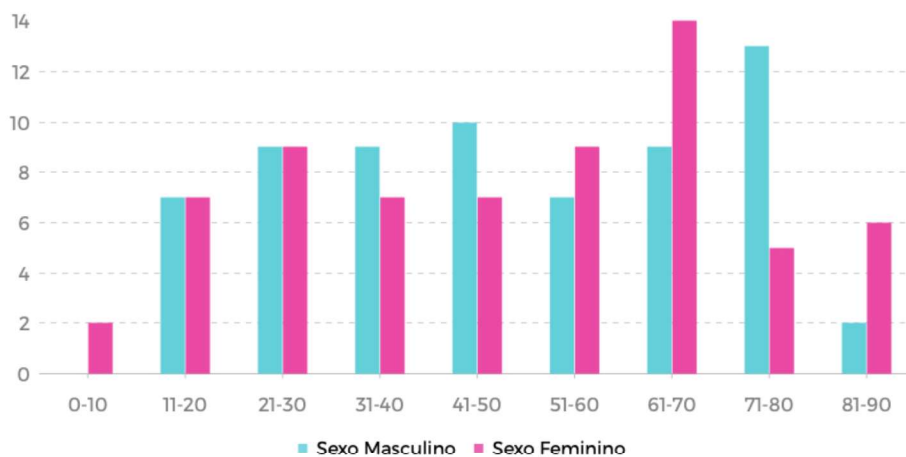


Figura 31- Distribuição dos pacientes observados nas consultas de CMF por idade e sexo

Das 138 consultas assistidas ao longo do estágio no serviço de Cirurgia Maxilofacial, 6 foram de pacientes previamente observados, sendo incluídos na amostra dos dois gráficos anteriores apenas uma vez. Assim, a amostra de pacientes observados totalizou 132 indivíduos, com uma distribuição equitativa de 66 do sexo masculino e 66 do sexo feminino.

Na figura 35, observa-se a distribuição dos pacientes em 9 grupos distintos, classificados por sexo e idade, com intervalos de 10 anos. Verificou-se uma predominância de pacientes do sexo feminino em 3 grupos etários, enquanto em outros 3 grupos predominou o sexo masculino. Na faixa etária até aos 10 anos, registaram-se apenas pacientes do sexo feminino. Nos grupos dos 11-20 anos e dos 21-30 anos, o número de pacientes de cada sexo foi igual.

3.2.2.2. Cirurgia Ortognática

A Cirurgia Ortognática Maxilofacial compreende todos os procedimentos cirúrgicos, que visem obter um padrão facial considerado normal para indivíduos que possuam alterações ao nível do desenvolvimento dos ossos maxilares, comprometendo também a estética facial - DDF (Deformidades Dentofaciais). [3]

Os procedimentos cirúrgicos podem ser realizados em apenas na maxila ou mandíbula ou em ambos os maxilares em simultâneo (Cirurgia Ortognática Bimaxilar).

Ao longo das consultas, presenciei a explicação de diversas técnicas cirúrgicas, tais como a osteotomia Le Fort, na qual a maxila é separada da base craniana superior para permitir o seu reposicionamento.

Outra técnica comum é a osteotomia sagital bilateral mandibular, utilizada para corrigir assimetrias faciais ou para avançar ou retroceder a mandíbula, muitas vezes complementada com mentoplastia.

Além disso, a técnica de fixação interna rígida (RIF) é amplamente empregada, envolvendo o uso de placas e parafusos de titânio para estabilizar os ossos fraturados e promover um processo de cicatrização mais eficaz.

Na maioria dos casos, esses tratamentos são complementados por intervenções ortodônticas, seja no período pré-operatório ou pós-operatório da cirurgia ortognática. No CHUdSA, a vasta maioria dos tratamentos ortodônticos que precedem a cirurgia ortognática são supervisionados no serviço de Estomatologia pelo Dr. Carlos Miranda e pela Dr^a Daniela Rolo.

A Deformidade Dentofacial é, por definição, um desvio considerável para além dos padrões de normalidade do complexo maxilomandibular. Esta condição pode afetar tanto a relação dentária intra-arcada, como a oclusão inter-arcadas. As funções básicas do indivíduo, incluindo a respiração, deglutição, mastigação, da fala e a competência labial, podem ser prejudicadas em diferentes graus. [20]

As articulações temporomandibulares estão intimamente associadas a estas deformidades, sendo que problemas na ATM, como a reabsorção condilar idiopática, podem constituir a base da evolução de uma assimetria facial. [20]

A posição dentária e a integridade do periodonto também podem ser afetadas.
[21]

Após diálogos com os pacientes do serviço que apresentavam desproporções faciais, concluiu-se que tais deformidades têm efeitos negativos em termos psicológicos, de interação e integração social, frequentemente resultando em baixa autoestima, isolamento e até tendências depressivas.

Dentro das deformidades dentofaciais, podemos destacar:

1) Classes de Angle: [22]

- a) Classe II: Pode estar relacionada com retrognatismo mandibular ou prognatismo maxilar.
- b) Classe III: Pressupõe um prognatismo mandibular ou um retrognatismo maxilar.

2) Deformidades transversais: [22]

- i) Mordida cruzada: Pode ser classificada como anterior ou posterior e uni ou bilateral, caracterizando-se pelo desalinhamento transversal das arcadas dentárias.
- ii) Mordida aberta: Caracteriza-se pela ausência de contactos entre os dentes anteriores ou dos contactos oclusais posteriores aquando do fecho da boca.

3) Assimetrias faciais: Devido a um crescimento desigual, principalmente na mandíbula, onde esta cresce mais de um lado do que do outro. [22]

4) Deformidades verticais: Observadas, por exemplo, em indivíduos dolicofaciais, em que o terço inferior da face é excessivamente grande comparativamente à restante face.[23]

No âmbito desta área foram observadas 29 consultas, 14 das quais dizem respeito a consultas pós-operatórias, 11 a consultas pré-operatórias e inscrição na LIC e 4 foram primeiras consultas para avaliação da possibilidade de TOCO.

As consultas pré-operatórias foram conduzidas de acordo com dois cenários distintos. Alguns pacientes foram encaminhados para o serviço de Cirurgia Maxilofacial (CMF) com o objetivo de receberem uma avaliação inicial e a determinação do

tratamento futuro a ser implementado, que poderia consistir apenas em camuflagem ortodôntica ou, alternativamente, exigir a realização de uma intervenção ortognática (TOCO).

No entanto, a maioria dos indivíduos já estava a ser acompanhada no serviço de Estomatologia e já havia iniciado o tratamento ortodôntico. Nessas situações, as consultas envolveram uma explicação detalhada sobre os procedimentos a serem realizados na cirurgia ortognática, a inscrição dos pacientes na LIC e um exame clínico minucioso que passou pela avaliação do tratamento ortodôntico da posição dentária, da linha média e a comparação com os modelos de estudo e fotografias e exames radiográficos iniciais, mais especificamente uma ortopantomografia e telerradiografia.

O tempo de espera para realização da cirurgia ortognática ronda cerca de uma ano ou mais que, se alinha com o tempo de realização do tratamento ortodôntico.

Durante as consultas pré-operatórias, os pacientes frequentemente apresentam dúvidas que são prontamente esclarecidas pelos cirurgiões. Estes profissionais têm sempre o cuidado de gerir as expectativas dos pacientes e de compreender os objetivos que pretendem alcançar com o procedimento cirúrgico. É imperativo lembrar que estas cirurgias são consideravelmente invasivas e resultam em alterações estéticas significativas na face. Por conseguinte, é fundamental avaliar a motivação e o equilíbrio emocional do paciente para assegurar o seu bem-estar ao longo do processo. [3]

Nas consultas após a cirurgia, os pacientes foram convidados a partilhar a sua experiência no período pós-operatório, descrevendo detalhadamente o que sentia. A maioria dos pacientes relatou ter experienciado dor e rubor no dia da cirurgia e no dia subsequente, no entanto no momento da consulta realizada uma semana após a cirurgia, os pacientes relataram outros sinais e sintomas que não dor, incluindo:

- Edema facial;
- Desconforto ao realizar tarefas simples;
- Hematomas faciais;
- Dificuldades na alimentação e na fala;
- Dificuldades respiratórias;
- Alteração da sensibilidade, principalmente no lábio inferior;
- Dores de garganta;

- Mal-estar geral;
- Dor pré-auricular;
- Ruído intra-auricular.

No decurso destas consultas, foram reforçados os cuidados dietéticos a implementar após a cirurgia, uma vez que o osso ainda se encontra extremamente fragilizado e não deve ser submetido a forças mastigatórias normais. Nos primeiros quinze dias, é recomendada a manutenção de uma dieta líquida e fria, como sopas frias, batidos e gelados, sendo permitido remover os elásticos intermaxilares apenas após uma semana, durante as refeições.

Entre o 16º e o 30º dia, o paciente deverá começar a introduzir alimentos moles que não exijam grande esforço de mastigação.

Após um mês, não existem evidências que desaconselhem a retoma gradual da dieta habitual, com a introdução progressiva de alimentos mais duros e rígidos.

As consultas pós-operatórias de controlo realizam-se quinzenalmente durante o primeiro mês, sendo a segunda e a terceira consultas agendadas para dois e três meses após a cirurgia, respetivamente. Na primeira consulta, é sempre solicitada uma nova ortopantomografia e telerradiografia, com o objetivo de realizar uma avaliação comparativa com os exames iniciais.

É de salientar que, tal como qualquer procedimento cirúrgico, também o TOCO acarreta alguns riscos e possíveis complicações peri e pós-operatórias. Estes variam consoante a técnica cirúrgica a implementar e a sua complexidade, do profissional que irá realizar o procedimento e das condições intrínsecas ao paciente que devem ser avaliadas previamente. Os riscos mais comuns de ocorrerem são: [24]

- Dano de estruturas anexas, como nervos e vasos sanguíneos aquando da fratura dos ossos maxilares (o que ocorre com mais frequência é a lesão do nervo alveolar inferior);
- Complicações aquando da fixação dos ossos fraturados, não garantindo a sua estabilidade;
- Fraturas ósseas atípicas;

- Má-Oclusão, que pode ser facilmente revertida com o tratamento ortodôntico complementar;
- Recidivas no padrão esquelético facial são comuns, como no caso da distração mandibular, que deve ser realizada com um excedente de 2mm, antecipando uma eventual recidiva pós-cirúrgica. No entanto, em algumas situações, essas recidivas podem ser mais pronunciadas.

Durante o estágio, houve a oportunidade de testemunhar duas das complicações anteriormente mencionadas. Numa das consultas conduzidas pela Dr.^a Rute Saleiro, foi realizado o acompanhamento pós-operatório de uma paciente do sexo feminino que, durante o procedimento de cirurgia ortognática (TOCO), sofreu uma fratura atípica do ramo mandibular. Durante a cirurgia, apenas foram realizados o reposicionamento mandibular e a mentoplastia.

O segundo caso envolveu o acompanhamento pós-operatório de um paciente do sexo masculino que, inicialmente, apresentava uma Classe III de Angle e que, após a cirurgia ortognática, passou a apresentar uma Classe II.

3.2.2.2.1. Caso Clínico TOCO

Paciente do sexo masculino, ASA I, com 17 anos de idade. Paciente apresentava uma Classe III esquelética e hipoplasia maxilar devido a uma fenda labiopalatina, tendo sido submetido a uma distração maxilar com distratores expostos.

Antes da intervenção cirúrgica, o paciente foi submetido a uma cefalometria inicial (Figura 32), a fim de realizar um estudo detalhado do caso, que seria posteriormente comparado com a cefalometria após a finalização do TOCO (Figura 33).

Após a cirurgia de colocação dos distratores, e para confirmar a osteointegração e o correto posicionamento destes na maxila, foi realizada uma ortopantomografia (Figura 34).



Figura 32- Telerradiografia de Perfil antes da distração maxilar



Figura 33- Telerradiografia de Perfil após concluir a distração maxilar



Figura 34- Ortopantomografia após colocação dos distratores maxilares

A distração foi feita ao longo de um mês, em que os distratores eram ativados com duas voltas por dia só de manhã ou uma volta de manhã e outra à noite.

Optou-se por este tipo de distração em detrimento de distração ortognática cirúrgica convencional, porque a primeira é mais estável e como se tratava de um paciente com fenda labiopalatina e o avanço necessário era superior a 1 cm, quase 2 cm, a estabilidade e a cicatrização mais prolongada são as principais premissas para o sucesso do TOCO. [25]

Após ter sido concluída a distração observou-se que o paciente ainda não apresentava Classe I, propositadamente, uma vez que estava a ficar com incompetência nasofaríngea devido ao grande avanço maxilar (15mm), prejudicando a fala. [26] Depois

da remoção dos parafusos e estabilização dos tecidos moles estes adaptam-se havendo melhorias na fala. Poderá ser feito uma camuflagem ortodôntica posterior para suavizar a presença ainda da Classe III.

3.2.2.3. Traumatologia Craniomaxilofacial

Um total de 16 consultas foram observadas, nas quais os pacientes apresentavam algum tipo de fratura no complexo craniomaxilofacial. Este número diverge do apresentado na tabela abaixo, pois um dos pacientes observados apresentou uma fratura da sínfise mandibular e uma fratura subcondilar. Não se pode considerar este caso como politraumatismo, uma vez que não apresentava outras fraturas.

As consultas consistiam na identificação da fratura através do relato do paciente e da observação de danos visíveis na face, com posterior confirmação da localização exata recorrendo a Tomografia Computorizada (TC).

Apenas as fraturas subcondilares e mandibulares (ramo, sínfise, etc.) eram submetidas a intervenção cirúrgica, envolvendo a fixação dos segmentos ósseos fraturados com placas de titânio. As restantes fraturas observadas eram monitorizadas e dispensavam intervenção cirúrgica. [27]

Tabela 3- Localização das fraturas observadas nos pacientes do serviço de CMF

Tipo de Fratura	Nº de Pacientes observados
Arco Zigomático	4
Mandíbula	5
Nariz	3
Órbita	3
Politraumatismo	1
Subcondilar	1
	17

3.2.2.4. Extrações Dentárias

Relativamente às extrações dentárias, foram assistidas 9 consultas, das quais 3 foram pré-operatórias e as restantes pós-operatórias.

As consultas pré-operatórias centraram-se na avaliação da necessidade de extrações dentárias em diversos pacientes. Por exemplo, foi analisada a extração dos dentes do siso antes do tratamento ortodôntico e posterior cirurgia ortognática. Estas extrações visavam criar espaço na arcada dentária para facilitar o movimento dos dentes remanescentes até à posição desejada. Nestes casos, foi dada ao paciente a opção de realizar a cirurgia no consultório, no serviço de Estomatologia, ou de proceder à extração de todos os dentes em simultâneo sob anestesia geral em bloco operatório.

Uma paciente do sexo feminino, de 27 anos, foi proposta para a extração dos quatro dentes do siso, sendo que um deles apresentava uma lesão associada. A peça foi enviada para análise em anatomia patológica, tendo sido detetado um queratocisto associado ao elemento 18.

Outro exemplo incluiu extrações de dentes com patologias associadas, tais como abscessos periodontais, a título de exemplo, uma paciente do sexo feminino veio reencaminhada do internamento devido a um abscesso odontogénico que já havia sido drenado, no dia 09/03/2024 e segundo o diário clínico do paciente tinha uma extensão considerável envolvendo a base da mandíbula, causando trismo e limitando a abertura da boca. Segundo a opinião da Dr^a. Rute os médicos dentistas devem ter cuidado para não mandarem o paciente para casa com antibiótico sem manter vigilância apertada nos três dias seguintes caso não haja melhorias então o dente deve ser extraído com a maior das brevidades.

Um paciente do sexo masculino, de 72 anos, compareceu na consulta de Cirurgia Maxilofacial (CMF) com uma lesão ulcerada traumática na mucosa ao nível do ângulo direito da mandíbula, mantendo o dente 48 em boca. Após o exame clínico, concluiu-se que a cúspide distovestibular do dente 48 estava a causar a lesão, tendo sido indicada a extração do mesmo.

3.2.2.5. Distúrbios Temporomandibulares

As patologias associadas à articulação temporomandibular (ATM) permanecem um tema controverso, devido à multiplicidade de causas que podem desencadear estas disfunções. [28]

As disfunções da ATM podem ser categorizadas de várias formas, abrangendo principalmente desordens musculares, que podem ser dolorosas (mialgia) ou resultantes de uma inflamação atípica dos músculos mastigatórios; disfunções articulares propriamente ditas, que podem incluir deslocamento do disco, hipermobilidade da articulação ou anquilose, onde ocorre uma fixação dos ossos articulares, reduzindo a mobilidade da ATM. [28]

Estas disfunções podem também resultar de um trauma prévio, como fraturas ou luxações, e podem estar relacionadas com doenças degenerativas que gradualmente destroem a ATM, como a osteoartrite e a artrite. [29]

Há uma vasta gama de tratamentos que podem ser aplicados à ATM e aos músculos envolvidos no seu movimento.

Estes tratamentos variam desde a terapêutica medicamentosa, com analgésicos e relaxantes musculares, à terapia com substâncias injetáveis, como a toxina botulínica ou o ácido hialurónico.

O uso de goteira de miorelaxamento é indicado em casos de sintomatologia muscular associada ou isolada.

Outras opções incluem a lavagem da articulação (artrocentese) e, em casos mais graves, intervenções mais invasivas, como a cirurgia artroscópica da ATM. [29]

Na prática clínica, o diagnóstico das disfunções temporomandibulares pressupõe sempre a anamnese do paciente constituindo, sem dúvida, o passo mais crucial para compreender os seus principais sinais e sintomas. A grande maioria dos pacientes observados relatava dor na área da ATM ou na região pré-auricular. Alguns ainda relatavam dor na fronte, na zona temporal ou abaixo do ângulo da mandíbula.

Tanto a Dr.^a Rute, como o Dr. Hugo procederam à recolha da história clínica e à realização do exame clínico com a palpação das áreas mencionadas e solicitaram aos

pacientes que indicassem precisamente onde sentiam dor, de modo a reunir o máximo de informações possíveis.

Quando a dor se localizava no músculo masséter e havia hipertrofia associada, havia razões para suspeitar de bruxismo cêntrico. O questionário era então direcionado para determinar se os pacientes passavam por períodos de ansiedade e se percebiam que cerravam os dentes nessas situações, havendo agravamento da sensação dolorosa. Nestes casos, o tratamento incluía a consciencialização do hábito e tentativa de sua suspensão, a recomendação para a confeção de uma goteira de miorrelaxamento e, nos casos em que as dores musculares eram muito exacerbadas, a prescrição de relaxantes musculares e analgésicos.

Nos casos de hiperatividade muscular exacerbada, sugeria-se a infiltração de toxina botulínica para diminuir a atividade muscular, tendo um paciente optado por este tratamento. A fisioterapia e as massagens na região afetada foram aconselhadas na maioria dos casos.[30]

Houve casos em que o exame clínico e a história clínica do paciente não foram suficientes para se obter um diagnóstico preciso, sendo então necessários exames complementares, como a tomografia computadorizada (TC) para confirmar a integridade da componente óssea da ATM ou a ressonância magnética (RM), que irá permitir reunir mais informações levando à adoção de um melhor plano de tratamento.

3.2.2.5.1. Caso Clínico DTM

Um paciente do sexo masculino, com 59 anos de idade apresentou-se na consulta da Dr^a. Rute, com as seguintes queixas principais: dor da ATM do lado esquerdo, limitação de movimentos de lateralidade e de protrusão, subsequentemente a um traumatismo ao mastigar.

Foi pedido uma TAC à ATM esquerda, não tendo evidenciado nenhuma alteração morfológica ou estrutural e existia integridade das superfícies articulares. Um mucocelo no seio maxilar direito foi detetado no exame, que não apresenta correlação com as queixas do paciente.

O exame clínico foi realizado e pode constatar-se um desgaste acentuado nos dentes (incisais dos dentes anteriores e oclusais dos posteriores), sendo consistente com o diagnóstico de Bruxismo. O paciente com este hábito parafuncional exerce pressão na articulação que fragilizada após o traumatismo provoca sintomatologia dolorosa.

Como opção de tratamento aconselhou-se que realizasse no médico dentista uma goteira de miorrelaxamento do tipo Michigan, para que ao utilizar não faça contactos oclusais tão exacerbados permitindo que a ATM não seja sujeita a esforços atípicos.

3.2.2.6. Oncologia Crânio-cervico-oro-facial

A área de oncologia crânio-cervico-oro-facial representou 43% do total das consultas acompanhadas durante a segunda fase do estágio no serviço de Cirurgia Maxilofacial (CMF). Foi possível observar 46 patologias oncológicas do complexo crânio-cervico-oro-facial distintas apresentadas na *Tabela 4*.

Tabela 4-Patologias observadas nas consultas de Oncologia crânio-cervico-oro-facial

Patologia	Nº de Pacientes observados com a patologia em causa
Adenoma Pleomórfico da Mucosa Jugal	1
Adenoma Pleomórfico da Parótida	2
Adenoma Pleomórfico do Trígono Retromolar	1
Adenoma Pleomórfico Parafaríngeo	1
Ameloblastoma Mandibular	1
Carcinoma Adenocístico da Mandíbula	2
Carcinoma Adenocístico da Parótida	1
Carcinoma Basocelular do Lábio	1
Carcinoma do Malar	1
Carcinoma do Pilar Amigdalino	1
Carcinoma Epidermóide da Cavidade Oral	4
Carcinoma Epidermóide da Pele	2
Carcinoma Epidermóide de Lábio	3
Carcinoma Epidermóide Invasor da Maxila	1
Carcinoma Epidermóide Queratinizante da Língua	1
Carcinoma Epitelial do Palato	1
Carcinoma Espinocelular da Língua	5
Carcinoma Espinocelular da Mandíbula	1
Carcinoma Espinocelular do Pavimento da Boca	1
Carcinoma Verrucoso Oral	1
Linfoma de MALT	1
Líquen Erosivo	3

Melanoma	1
Queratocisto Odontogénico	2
Quisto Branquial	2
Quisto Sebáceo Retroauricular	1
Tumor de Warthin	2
Tumor Mucoepidermóide da Parótida	1
Tumor Sarcomatóide	1
	46

Predominantemente, tratou-se do acompanhamento de pacientes com estas patologias, muitos dos quais já não apresentavam doença ativa após terem sido submetidos a procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia adjuvante.

Ao longo do estágio e da observação destes casos, tanto o Dr. Hugo Marques, como a Dr^a. Rute Saleiro enfatizaram o papel crucial do médico dentista na deteção precoce destas lesões.

A primeira linha de atuação deve ser o encaminhamento imediato destes pacientes para médicos especialistas, a fim de realizar uma biópsia da lesão suspeita. Os médicos dentistas também têm a responsabilidade de alertar os pacientes sobre os sinais e sintomas iniciais destas patologias e de aconselhar sobre os riscos associados a hábitos tabágicos e consumo de álcool, bem como a fatores traumáticos que podem favorecer o aparecimento destas lesões. [31]

O cancro oral é um termo que pressupõe o crescimento de células malignas na região oral, podendo manifestar-se em diversos sítios sendo os mais prevalentes o pavimento da boca, palato e na língua mais especificamente nos bordos laterais. [32]

A etiologia desta patologia é multifatorial, no entanto sabemos que existem fatores e hábitos que podem potenciar o seu aparecimento, como por exemplo os supracitados, hábitos tabágicos e o consumo excessivo de álcool.

Além disso podem estar relacionados com infeções pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV). Segundo o artigo *“A Current Update on Human Papillomavirus-Associated Head*

and Neck Cancers” de outubro de 2019, cerca de 70% das neoplasias no palato mole e da base da língua, encontram-se ligadas a este vírus, principalmente o HPV16. [33]

As consultas nesta área podem-se dividir em pré, pós-operatórias, de controlo e ainda de comunicação do diagnóstico ao paciente.

O protocolo seguido pelo serviço de CMF para pacientes com suspeita de patologia maligna, passa por, primeiramente, realização de um exame clínico e recolha minuciosa da anamnese. De seguida são realizados alguns exames imagiológicos, nomeadamente, uma TC da cabeça e pescoço [34] e tórax para localização exata da lesão e do acometimento de estruturas adjacentes e para observar o aspeto imagiológico desta. Nas consultas de controlo a Tomografia Computorizada é também o exame de excelência.

A biópsia da lesão pode ser incisional, excisional ou aspirativa, tendo apenas sido observada no estágio a primeira referida sob anestesia local de uma lesão ulcerada no bordo lateral direito da língua de um paciente do sexo masculino de 46 anos, realizada no serviço, na sala de pequenas cirurgias.

Nas biópsias é necessário ter em atenção a recolha de número significativo de células tanto normais, como as afetadas pela patologia de modo a obter o diagnóstico mais fiel à realidade possível.

A peça anatómica é então enviado para a anatomia patológica e após o resultado, caso se trate de uma patologia maligna é realizado o seu estadiamento de maneira a delinear a abordagem de tratamento mais eficaz conforme a agressividade do tumor e a sua complexidade.

Este estadiamento pode ser feito através da Tomografia por emissão de positrões (PET),[34] este exame também é relevante em casos em que a lesão encontrada se trata de uma metástase e necessitamos de localizar o tumor original.

No relatório da anatomia patológica e no caso de biópsias excisionais, obtém-se também dados relevantes acerca do tamanho da lesão e as margens de segurança e se há afeção de mais zonas adjacentes.

Numa primeira consulta após o diagnóstico, este é comunicado ao paciente, esclarecendo todos os seus receios e medos, sendo o mais realista possível, mas agindo

sempre com empatia para com o paciente, uma vez que o seu estado emocional é um fator de extrema importância para o prognóstico.

Nesta mesma consulta é explicado ao paciente todas as etapas seguintes, nomeadamente a consulta de grupo onde se irá traçar o plano de tratamento, as consultas pré-operatórias e pós-operatória e as diversas consultas de controlo.

A consulta de grupo servem para um conjunto de médicos que ficaram responsáveis pelo caso em questão se reúna na presença do próprio paciente e abordem as opções de tratamento. O tratamento pode passar pela exérese da lesão, quimioterapia e radioterapia que podem ser prévias à exérese ou adjuvantes ou terapias combinadas e as consultas de seguimento com realização de TC de controlo ou ecografia que se realizam de 2 em 2 meses no primeiro ano, de 3 em 3 no segundo, de 4 em 4 no terceiro e nos seguintes passa a ser feito anualmente. No serviço a vigilância é mantida, uma vez que a probabilidade de desenvolvimento de novos tumores ou reaparecimento do mesmo é maior neste tipo de pacientes.

A título de exemplo, um paciente do sexo masculino com 82 anos de idade compareceu no serviço com um carcinoma espinocelular (T3) da base da língua, foi realizada a exérese da lesão e esvaziamento cervical esquerdo e realizou radioterapia adjuvante. Passados 2 meses após a exérese foram detetadas um aglomerado de metástases do lado contrário. Realizou novamente exérese da lesão e esvaziamento contralateral cervical, com lesão do nervo acessório durante o procedimento cirúrgico. Ainda faz radioterapia e quimioterapia adjuvante.

Conclusão

Através da participação do estágio observacional ao longo destes 4 meses, houve a possibilidade de assistir a diversas práticas clínicas associadas às áreas de Estomatologia Pediátrica e Cirurgia Maxilofacial.

Esta experiência permitiu-me não só aprofundar a formação académica como também crescer a nível pessoal, contactar com casos clínicos singulares em ambiente hospitalar e esclarecer dúvidas acerca de protocolos e opções de tratamento. A possibilidade de vivenciar o quotidiano hospitalar e a interação e partilha de conhecimentos com todo o pessoal médico de ambos os serviços, foram uma mais-valia.

Ajudou-me ainda a compreender mais detalhadamente a importância do trabalho em equipa e da abordagem multidisciplinar no tratamento de pacientes, sendo digno salientar a entreajuda observada entre os médicos do Serviço de Cirurgia Maxilofacial e também a discussão de casos clínicos entre todos os profissionais de saúde – todos sempre com o mesmo objetivo em comum – obter o melhor tratamento possível para cada paciente em particular.

Existiu também ainda a oportunidade de adquirir novas competências cirúrgicas, sobretudo em bloco operatório e médico-dentárias e a transposição dessas mesmas práticas clínicas médico-dentárias para o futuro.

A realização do estágio aprimorou ainda o meu discernimento crítico e deu-me oportunidade de me tornar uma profissional mais competente na prática da Medicina Dentária, aumentando a minha capacidade de participar mais ativamente no desenvolvimento científico da área.

Em suma, as metas inicialmente traçadas e objetivos definidos foram alcançados ao longo desta experiência desafiante e enriquecedora.

Bibliografia

- [1] CHPorto. Centro Hospitalar Universitário de Santo António, <https://www.chporto.pt/v0E0F/urgencia> (accessed 15 April 2024).
- [2] Ordem dos Médicos, Colégio da Especialidade de Estomatologia, Lisboa, <https://ordemdosmedicos.pt/colegio-da-especialidade-de-estomatologia/> (2020, accessed 19 June 2024).
- [3] Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea SEXTA EDIÇÃO*.
- [4] Marques da Silva A. *TRIAGEM DE PRIORIDADES, TRIAGEM DE MANCHESTER*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.
- [5] AMEP. AMEP- Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. 2023, <https://www.estomatologia.org/estomatologia> (accessed 18 May 2024).
- [6] American Association of Orthodontists. *EUA: Anon*, <https://aaoinfo.org/child-orthodontics/> (2024, accessed 8 May 2024).
- [7] Fleming PS. Timing orthodontic treatment: early or late? *Aust Dent J* 2017; 62: 11–19.
- [8] Dias ÊR, Salomão AC de C. PREVENÇÃO DE MÁ OCLUSÃO NA DENTIÇÃO DECÍDUA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* 2023; 9: 3054–3065.
- [9] OMD- Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde oral na criança, <https://www.ond.pt/publico/saude-oral-crianca/> (accessed 25 April 2024).
- [10] OMD- Ordem dos Médicos Dentistas. Cárie e Dentisteria, <https://www.ond.pt/publico/carie-dentisteria/> (accessed 20 April 2024).
- [11] Schmidt-Westhausen AM, Bornstein MM. Orale Medizin: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin.

Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54: 1061–1065.

- [12] Jardim JJ, Maltz M. O papel do flúor no processo de formação e controle da lesão de cárie. *R Fac Odonto, Porto Alegre* 2005; 46: 64–69.
- [13] Kaye KM. *Infecções por vírus do herpes simples (Herpes Simplex Virus, HSV)*, <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/infecções/infecções-por-her.../infecções-por-vírus-do-herpes-simples-herpes-simplex-virus,-hsv>.
- [14] Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, et al. Classificação das fissuras labio-palatais: breve historico, considerações clínicas e sugestão de modificação . *Rev Bras Cir* 1992; 82: 59–65.
- [15] Da Luz M, Lima S. *Fissuras labiopalatais-Considerações sobre o tratamento interdisciplinar Cleft palatal and lip-Consideration about interdisciplinary treatment*. 2008.
- [16] L. Moore K, Persaud TVN, Torchia MG. *Before we are born- Essentials of Embryology and Birth Defects*. 9th ed. Philadelphia: ELSEVIER, 2016.
- [17] de Oliveira Sá J, Cintra Maranhão S, Leite Canguçu D, et al. *ANOMALIAS DENTÁRIAS NAS FISSURAS LABIAIS E/OU PALATINAS NÃO-SINDRÔMICAS • revisão da literatura •*.
- [18] Stelzenberger ALS, Lima LR, Santos JVS, et al. Exodontia de segundo pré-molar impactado em mandíbula: relato de caso. *Research, Society and Development* 2021; 10: e257101421939.
- [19] Jundiaí Daniel de Carli Benjamin Cohn José Fernando Amara| Meletti Lucas Perrone César de Miranda SA. *PROTOCOLO DE CONDUTAS ANESTÉSICAS*. 2016.
- [20] Deformidad dentofacial - Cirugía Ortognática en Madrid, <https://clincanavarrovila.com/deformidad-dentofacial/#toggle-id-5> (accessed 6 June 2024).
- [21] Kim S, Keith DA. Combined or Staged Temporomandibular Joint and Orthognathic Surgery for Patients with Internal Derangement and

- Dentofacial Deformities. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 2018; 30: 351–354.
- [22] Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics*. 4th ed. 2007.
- [23] Eslamipour F, Borzabadi-Farahani A, Le B, et al. A retrospective analysis of dentofacial deformities and orthognathic surgeries. *Ann Maxillofac Surg* 2017; 7: 73.
- [24] Soares Filho RMM, Locatti AA, Barros KDC, et al. CIRURGIA ORTOGNÁTICA: ACIDENTES E COMPLICAÇÕES TRANS E PÓS-OPERATÓRIAS. *Revista Contemporânea* 2024; 4: e3514.
- [25] Kloukos D, Fudalej P, Sequeira-Byron P, et al. Maxillary distraction osteogenesis versus orthognathic surgery for cleft lip and palate patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016. Epub ahead of print 30 September 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD010403.pub2.
- [26] Pellby D, Bengtsson M. Changes in the upper airway volume after orthognathic surgery: three-dimensional measurements in a supine body position. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2023; 52: 948–955.
- [27] Sharifi F, Samieirad S, Grillo R, et al. Treatment Options of Maxillofacial Fractures in Iran: A Comprehensive Systematic Review. Epub ahead of print 2023. DOI: 10.52547/wjps.12.2.20.
- [28] Gauer RL, Semidey MJ. *Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders*, www.aafp.org/afp. (2015).
- [29] Gauer RL, Semidey MJ. *Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders*, www.aafp.org/afp. (2015).
- [30] Submetido Por T, Schneider JB. *INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA USO DA TOXINA BOTULÍNICA COMO MEIO TERAPÊUTICO EM MEDICINA DENTÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA*.

- [31] Mano Azul A, Frias Bulhosa J, Ribeiro de Melo P, et al. *GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE | INTERVENÇÃO PRECOCE NO CANCRO ORAL.*
- [32] Paiva R, Fernanda Q, Cardoso R. *GUIA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO uma abordagem multidisciplinar.*
- [33] Tumban E. A current update on human papillomavirus-associated head and neck cancers. *Viruses*; 11. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.3390/v11100922.
- [34] Sarrión Pérez MG, Bagán J V., Jiménez Y, et al. Utility of imaging techniques in the diagnosis of oral cancer. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2015; 43: 1880–1894.

