



RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

MEDICINA DENTÁRIA NO CONTEXTO ONCOLÓGICO: ESTÁGIO NA
UNIDADE DE CABEÇA E PESCOÇO DO IPO-PORTO

Eduarda Miguel Vieira Garrido

Porto, 2025



RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

MEDICINA DENTÁRIA NO CONTEXTO ONCOLÓGICO: ESTÁGIO NA
UNIDADE DE CABEÇA E PESCOÇO DO IPO-PORTO

Eduarda Miguel Vieira Garrido

Orientadora:

Professora Doutora Maria Margarida Ferreira Sampaio Fernandes

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2025

Este relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Monografia/Relatório de Estágio, inserida no plano de estudos do 2º semestre do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

O estágio decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, entre março e junho de 2025, sob a tutela da Dr.^a Rita Canotilho, médica de Oncologia Cirúrgica Geral.

Resumo

O estágio decorreu entre março e junho de 2025 na Clínica da Cabeça e Pescoço e no Bloco Operatório Central do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E..

Este relatório contempla uma breve contextualização da instituição e dos serviços envolvidos, e um enquadramento teórico sobre o cancro oral desde o diagnóstico às abordagens terapêuticas. Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas com a apresentação de nove casos clínicos observados no momento cirúrgico ou no acompanhamento na consulta externa em consultas de follow-up. Termina com uma reflexão sobre a prática multidisciplinar no acompanhamento do doente oncológico. Os objetivos do estágio são acompanhar os doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço, aprender a realizar o exame objetivo nas consultas de seguimento, adquirir conhecimentos sobre a realização de um diagnóstico precoce e sobre o ambiente hospitalar dedicado à oncologia.

Dos casos clínicos acompanhados destacam-se situações de elevada complexidade cirúrgica e clínica, como glossectomias parciais e totais com reconstrução funcional, mandibulectomias segmentares com retalhos livres, tratamento de lesões recidivantes, bem como intervenções em doentes com historial médico relevante e comorbilidades severas. Estes casos permitiram observar a aplicação prática de diferentes estratégias terapêuticas, compreender os desafios da reabilitação orofacial e reconhecer o impacto funcional, estético e psicológico destas patologias nos doentes.

Este período foi uma experiência particularmente enriquecedora a nível académico e pessoal, permitindo desenvolver competências clínicas, humanas e interdisciplinares fundamentais para o futuro exercício profissional.

Abstract

The internship took place between March and June 2025 at the Head and Neck Clinic and the Central Operating Theatre of the Portuguese Oncology Institute of Porto Francisco Gentil, E.P.E..

This report includes a brief contextualization of the institution and the departments involved, along with a theoretical framework on oral cancer, covering the process from diagnosis to therapeutic approaches. It is followed by a description of the activities carried out, including the presentation of nine clinical cases observed either during surgery or during follow-up appointments in outpatient consultations. The report concludes with a reflection on multidisciplinary practice in the care of oncology patients.

The objectives of the internship were to accompany patients with head and neck oncologic pathology, learn to perform clinical examinations during follow-up consultations, and gain knowledge about early diagnosis and the hospital environment dedicated to oncology.

Among the clinical cases followed, several involved high surgical and clinical complexity, such as partial and total glossectomies with functional reconstruction, segmental mandibulectomies with free flaps, treatment of recurrent lesions, as well as interventions in patients with significant medical past and severe comorbidities. These cases allowed the observation of the practical application of different therapeutic strategies, a better understanding of the challenges of orofacial rehabilitation, and a recognition of the functional, aesthetic, and psychological impact of these pathologies on patients.

This period was a particularly enriching experience on both academic and personal levels, allowing for the development of essential clinical, human, and interdisciplinary skills for future professional practice.

Agradecimentos

A realização deste estágio representa o culminar de um ciclo académico que me transformou, me desafiou e me preparou para o futuro profissional com confiança, que só foram possíveis graças ao apoio, orientação e presença de várias pessoas e instituições, às quais deixo o meu mais profundo e sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e ao Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. Esta experiência foi, sem dúvida, uma etapa marcante e transformadora no meu percurso académico e pessoal.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Maria Margarida Ferreira Sampaio Fernandes, pela disponibilidade, orientação e inspiração ao longo do meu percurso.

À equipa da Unidade de Cabeça e Pescoço, especialmente à Dr^a Rita Canotilho, deixo um agradecimento muito especial pela forma calorosa como me acolheram, pelo exemplo inspirador de profissionalismo, competência e humanismo com que lidam diariamente com os seus doentes.

Aos meus pais e irmãos, e a toda a minha família, agradeço o amor incondicional, o apoio constante e a força que me transmitem todos os dias. São a minha base e motivação.

Um agradecimento do coração às minhas queridas amigas da faculdade, Beatriz, Catarina, Constança, Paula e Inês, com quem partilhei todos os desafios, conquistas, ansiedades e alegrias desta caminhada.

Agradeço à Adriana, Catarina e Sofia, pela alegria contagiante sempre que estamos juntas.

Aos meus amigos de casa, Liliana, Sara, Francisca, Francisco, Joana, Andreia e Leonor, obrigada por tornarem o regresso a casa mais leve, divertido e acolhedor.

Por fim, ao Rodrigo, agradeço por estares sempre ao meu lado, com paciência, amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos os que fizeram parte deste capítulo da minha vida, o meu mais sincero obrigada.

Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BOC – Bloco Operatório Central

CAAF – Citologia Aspirativa por Agulha Fina

cc – centímetros cúbicos

CCP – Clínica da Cabeça e do Pescoço

CEC – Carcinoma Espinocelular

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECOG – *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status*

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA- Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

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

PET-CT – Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada

PIPCO - Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral

RMN – Ressonância Magnética

TC – Tomografia Computorizada

UCA I – Unidade de Cuidados Ambulatórios I

UCA II – Unidade de Cuidados Ambulatórios II

UCI – Unidade de Cuidados Intermédios

Índice

RESUMO	1
ABSTRACT	3
AGRADECIMENTOS	4
ABREVIATURAS	6
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABELAS	12
1. Introdução	13
1.1. IPO-Porto	14
1.1.1. Clínica da Cabeça e do Pescoço.....	15
1.1.2. Bloco Operatório Central.....	16
1.2. O Cancro oral.....	17
1.2.1. Epidemiologia e fatores de risco.....	18
1.2.2. Biopatologia do Cancro Oral.....	18
1.2.3. Lesões potencialmente malignas	19
1.2.4. Formas de apresentação clínica.....	19
1.2.5. Biópsia	19
1.2.6. Avaliação clínica e Exames auxiliares de diagnóstico.....	19
1.2.7. Estadiamento e Classificação.....	20
1.2.8. Modalidades terapêuticas, algoritmo de atuação e efeitos secundários	
22	
1.2.9. Reabilitação Oral Protética e Cirúrgica	26
1.3. Objetivos	26

2. Atividades desenvolvidas	27
2.1. Bloco Operatório Central	27
2.1.1. Casos Clínicos.....	28
Caso Clínico 1	28
Caso clínico 2	31
Caso clínico 3	35
Caso Clínico 4	37
Caso Clínico 5	40
2.2. Clínica da Cabeça e do Pescoço	42
2.2.1. Casos Clínicos.....	43
Caso clínico 6	43
Caso clínico 7	44
Caso clínico 8	45
Caso clínico 9	46
Outros casos clínicos	47
3. Discussão.....	48
4. Conclusão	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS.....	57

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática dos níveis ganglionares cervicais (I a VI).(24)	24
Figura 2. Lesão maligna localizada no bordo lateral direito da língua, compatível com CEC.....	28
Figura 3. Intraoperatório de esvaziamento cervical seletivo bilateral dos níveis I a III, com dissecação cuidadosa das estruturas cervicais e remoção dos gânglios linfáticos.	29
Figura 4. Momento intraoperatório da hemiglossectomia, com resseção da metade direita da língua até à linha média, incluindo tecido muscular profundo.	30
Figura 5. Paciente 2 dias após cirurgia, com tubo de traqueostomia e sonda nasogástrica.	30
Figura 6. Conclusão da traqueostomia de suporte com tubo traqueal já posicionado e início da incisão cervical para realização do esvaziamento cervical radical modificado esquerdo.	32
Figura 7. Gânglios linfáticos cervicais excisados durante o esvaziamento cervical radical modificado esquerdo (níveis I a V).	33
Figura 8. Aspeto intraoperatório do pescoço esquerdo da paciente após esvaziamento cervical radical modificado (níveis I a V), antes do encerramento da ferida cirúrgica.	33
Figura 9. Momento intraoperatório imediatamente após a resseção da hemilíngua direita e da porção adjacente do pavimento da boca. À esquerda da fotografia observa-se a peça tumoral excisada (segmento da língua com a lesão maligna). O campo operatório mostra a área de resseção na cavidade oral, com exposição dos planos profundos e preparação para os passos seguintes da cirurgia reconstrutiva.	34
Figura 10. Aspeto intraoperatório após resseção da hemilíngua direita, com remoção completa da área tumoral previamente identificada.	34
Figura 11. Colheita do retalho osteocutâneo livre de perónio na perna esquerda. Observa-se a dissecação cuidadosa do segmento ósseo e do componente cutâneo.	36

Figura 12. Momento intraoperatório durante a preparação da cavidade oral, com manipulação da área recetora. É visível a placa de reconstrução mandibular metálica previamente colocada.	36
Figura 13. Aspeto do campo cirúrgico cervical após esvaziamento seletivo esquerdo (níveis I a III), antes do encerramento.	38
Figura 14. Lesão maligna visível no bordo lateral esquerdo da língua, antes da resseção cirúrgica.	38
Figura 15. Peça cirúrgica correspondente à glossectomia parcial esquerda, ressecada com margens de segurança para análise histopatológica.....	39
Figura 16. Aspeto da cavidade oral após glossectomia parcial esquerda, com evidência do defeito resultante da resseção tumoral antes do encerramento cirúrgico.	39
Figura 17. Peça cirúrgica resultante da resseção alargada da cavidade oral, incluindo segmento mandibular direito, tecido tumoral da base da língua, pavimento da boca, bordo lateral da língua, rebordo alveolar inferior e região do trígono retromolar ipsilateral.....	41
Figura 18. Imagem intraoperatória da cavidade oral após resseção do tecido tumoral.	41
Figura 19. Lábio inferior após biópsia excisional de lesão suspeita - zona de cicatrização com crosta e eritema local.....	46
Figura 20. Lesão potencialmente maligna no bordo alveolar esquerdo da mandíbula.	47
Figura 21. Lesão endurecida no lábio inferior, com aspeto potencialmente maligno.	47
Figura 22. Tórus palatino, apesar de não ser uma lesão maligna, muitas vezes acaba por ser realizada a biópsia e a remoção cirúrgica.....	47

Índice de Tabelas

Tabela I. Classificação do Tumor Primário, considerado o tamanho e a extensão.....	24
Tabela II. Gânglios Linfáticos Regionais: Descreve a presença, número, lado e tamanho de metástases em gânglios linfáticos regionais.....	24
Tabela III. Metástases à Distância: Indica se o cancro já se disseminou para órgãos distantes.....	24
Tabela IV. Estádios combinados (I a IV)	25
Tabela V. Escala de performance.....	25
Tabela VI. Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.....	30

1. Introdução

A Cirurgia da Cabeça e do Pescoço abrange um conjunto de procedimentos destinados ao tratamento de doenças e condições que afetam a cavidade oral, a cavidade nasal, a faringe, a laringe, as glândulas salivares e as estruturas ganglionares cervicais. No Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO-Porto), o Serviço de Oncologia Cirúrgica é responsável por tratar patologias neoplásicas da cavidade oral, glândulas salivares e pescoço.(1)

A deteção precoce de patologias na cabeça e pescoço é de extrema importância. Os médicos dentistas estão, frequentemente, melhor preparados para identificar lesões na cavidade oral, o que não se aplica necessariamente às restantes regiões da cabeça e do pescoço.(2)

Essas patologias podem apresentar sinais e sintomas que merecem atenção, como tumefação no pescoço, alterações na voz, dificuldade ou dor ao engolir, presença de sangue na saliva ou na boca, alterações na pele da face ou do pescoço, manchas brancas ou vermelhas na boca, feridas que não cicatrizam, tumefações ou lesões nos maxilares que dificultem o uso de próteses dentárias, aumento do volume das glândulas salivares, entre outros.(3)

Embora, na maioria dos casos, esses sintomas não indiquem a presença de um tumor, é essencial realizar um exame detalhado para descartar essa possibilidade. Por isso, destaca-se a importância de um exame médico-dentário minucioso da cavidade oral, aliado a um acompanhamento médico-cirúrgico rigoroso.(4)

Os tratamentos para patologias da cabeça e pescoço podem acarretar diversas consequências que requerem atenção. Uma das opções terapêuticas frequentemente empregadas é a remoção cirúrgica da neoplasia, que pode ser associada à radioterapia e à quimioterapia.(5)

Neste relatório, serão abordados aspetos teóricos e casos clínicos específicos do cancro oral, sendo este o subtipo observado com mais frequência durante este estágio.

1.1. IPO-Porto

O IPO-Porto é uma unidade hospitalar pública especializada no diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente oncológico. Fundado em 1974, integra a rede nacional de Institutos Portugueses de Oncologia e é tutelado pelo Ministério da Saúde. É uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.(4) Centrado na oncologia, o IPO presta cuidados de saúde altamente diferenciados, abrangendo todas as fases da doença oncológica – desde o rastreio e diagnóstico até ao tratamento e seguimento. A sua atuação assenta numa abordagem multidisciplinar e personalizada, assegurando o bem-estar físico, psicológico e social do doente.(4)

Atualmente, o IPO-Porto dispõe de aproximadamente 400 camas de internamento, distribuídas por vários serviços clínicos, incluindo internamentos cirúrgicos, médicos, pediátricos, cuidados intensivos e cuidados paliativos. A instituição conta ainda com diversas unidades de ambulatório, laboratórios de diagnóstico e investigação, farmácia hospitalar, radioterapia, imagiologia, medicina nuclear e a unidade do bloco operatório central.(4)

O IPO-Porto apresenta um Serviço de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCI) e está organizado da seguinte forma:

- 6 Departamentos:
 - Cirurgia
 - Medicina
 - Ciência da Imagem e Radioncologia
 - Medicina Oncológica
 - Anestesiologia e Medicina Intensiva
 - Patologia e Medicina Laboratorial
- 38 Serviços Assistenciais (distribuídos pelos 6 departamentos)
- 4 Unidades Funcionais:
 - Bloco Operatório Central e de Ambulatório
 - Hospital de Dia
 - Serviço de Atendimento Não Programado
 - Unidade de Cuidados Intermédios

O atendimento em ambulatório está organizado em Clínicas de Patologia, ou seja, em unidades funcionais específicas para cada tipo de patologia diferente. No total, foram criadas 11 Clínicas:

- Sistema Nervoso
- Cabeça e Pescoço
- Mama
- Onco-Hematologia
- Patologia Digestiva
- Pediatria
- Pele, Tecidos Moles e Osso
- Pulmão
- Ginecologia
- Tumores Endócrinos
- Urologia

1.1.1. Clínica da Cabeça e do Pescoço

A Clínica da Cabeça e do Pescoço (CCP) do IPO-Porto é uma das unidades clínicas especializadas na abordagem de tumores malignos e benignos localizados na região da cabeça e pescoço, incluindo cavidade oral, faringe, laringe, fossas nasais, seios perinasais, glândulas salivares e tiróide. Trata-se de um serviço de elevada complexidade, que requer uma abordagem multidisciplinar integrada, envolvendo cirurgia, oncologia médica, radioterapia, imagiologia, anatomia patológica, fisioterapia, enfermagem especializada e apoio psicológico.(7)

Esta unidade clínica dispõe de cinco gabinetes de consulta (10-15), uma sala de enfermagem equipada para prestar assistência simultânea a três utentes, onde são realizados pensos, colheitas de biópsias e outros procedimentos diagnósticos ou terapêuticos necessários. Além disso, conta com uma sala destinada a consultas de grupo e uma área reservada ao apoio administrativo.

Cada gabinete possui uma marquesa, uma secretária com cadeiras, um computador, um lavatório e um armário com documentos de suporte às consultas e para armazenar material de proteção descartável.

O corpo clínico da Clínica da Cabeça e Pescoço é constituído por:

- Dr. Jorge Guimarães (Coordenador da Clínica)
- Dr.^a Rita Canotilho (Responsável do Estágio)
- Dr. José Carlos Pereira
- Dr. Augusto Moreira
- Dr.^a Cristina Sanches
- Dr.^a Dora Cunha
- Dr.^a Cláudia Araújo
- Dr.^a Rosa Capelo
- Dr.^a Margarida Lima
- Internos de especialidade

No que diz respeito aos recursos humanos afetos à CCP, destacam-se os seguintes profissionais:

- Equipa de Enfermagem (consulta e sala de tratamentos)
- Equipa de Oncologia Médica e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva
- Equipa de Estomatologia
- 4 Auxiliares
- 1 Administrativa
- 1 Assistente Social
- 1 Terapeuta da Fala

1.1.2. Bloco Operatório Central

O Bloco Operatório Central (BOC) é um dos três espaços dedicados à realização de procedimentos cirúrgicos no IPO Porto, sendo os outros duas Unidades de Cuidados Ambulatórios (UCA I e UCA II).

Localizado no quarto piso do Edifício Central, o BOC dispõe de uma estrutura completa que inclui oito salas operatórias, dois vestiários com casas de banho, um laboratório de Anatomia Patológica, uma receção, uma sala de espera, um armazém de consumíveis, uma sala de recobro, uma sala de equipamentos, uma sala de repouso/refeições e uma sala destinada ao tratamento de resíduos hospitalares (tratamento de sujios).

Cada sala operatória conta com uma equipa composta por: um cirurgião principal, um cirurgião assistente, um médico anestesista, uma enfermeira instrumentista, uma enfermeira circulante e uma enfermeira responsável pelo apoio à anestesia e, na maioria das vezes estão também presentes internos de especialidade.

1.2. O Cancro oral

Cancro oral é uma neoplasia maligna localizada na cavidade oral, que pode afetar qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, (incluindo as amígdalas e a faringe). A sua localização mais comum é no pavimento da boca, bordo lateral da língua e no palato mole.(8)

A cavidade oral é uma estrutura anatómica multifuncional, com papel essencial na comunicação verbal, nas relações sociais, na respiração e no início da digestão. As alterações anatómicas significativas, como as provocadas por tumores malignos, podem comprometer de forma irreversível essas funções fundamentais.(9)

O cancro oral, particularmente quando diagnosticado em estádios avançados, exige frequentemente tratamentos agressivos, como cirurgias extensas, radioterapia e quimioterapia. Essas abordagens, embora necessárias, podem resultar em complicações funcionais e estéticas, afetando gravemente a qualidade de vida dos pacientes.(10) Por isso, a preservação da integridade da cavidade oral, sempre que possível, deve ser uma prioridade, com o objetivo de manter funções como a fala, a deglutição e a mobilidade da língua, além de prevenir infeções e complicações como fístulas e aspiração.(5)

Neste contexto, o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas ou neoplasias em estádios iniciais assume um papel central, permitindo intervenções mais conservadoras, com maior preservação funcional e melhores prognósticos. (8)

A atuação dos profissionais de saúde como agentes de prevenção é fundamental, tanto na promoção de hábitos saudáveis como na orientação para a autoavaliação oral e deteção precoce de alterações suspeitas.

1.2.1. Epidemiologia e fatores de risco

O cancro oral é um problema de saúde pública relevante, representando cerca de 2% a 4% de todas as neoplasias malignas.(8) Estima-se que, em Portugal, surjam anualmente entre 1000 e 1200 novos casos, com uma elevada taxa de mortalidade associada ao diagnóstico tardio.(11) Os principais grupos de risco incluem homens acima dos 40 anos, fumadores crónicos, consumidores de álcool, pacientes com má higiene oral, portadores de infeções pelo vírus do papiloma humano (HPV) especialmente o subtipo 16, e indivíduos com história familiar de cancro oral.(12)

1.2.2. Biopatologia do Cancro Oral

O carcinoma espinocelular (CEC) é o tipo histológico mais comum do cancro oral, originando-se no epitélio escamoso da mucosa. O processo neoplásico é desencadeado por alterações genéticas acumuladas em oncogenes e genes supressores tumorais, provocadas por agentes carcinogénicos externos. Estas alterações afetam os mecanismos de proliferação, diferenciação e apoptose celular, resultando numa proliferação celular descontrolada.(13)

Embora o CEC seja dominante, o cancro oral pode apresentar outros tipos histológicos, menos frequentes, mas clinicamente relevantes.(14) Entre eles incluem-se:

- Carcinoma verrucoso, uma variante bem diferenciada do CEC, de crescimento lento e baixo potencial metastático;
- Carcinoma basocelular, que afeta mais frequentemente a região do lábio, embora raro na mucosa intraoral;
- Melanoma maligno, geralmente agressivo, podendo ocorrer em regiões pigmentadas da mucosa oral, como o palato e gengiva;
- Sarcomas (como o osteossarcoma ou o fibrossarcoma), que se originam em tecidos mesenquimatosos, como osso ou tecido conjuntivo;
- Linfomas não-Hodgkin, que podem manifestar-se na cavidade oral, especialmente no palato ou nas amígdalas;
- Tumores das glândulas salivares menores, como o carcinoma mucoepidermoide ou o adenocarcinoma, localizados frequentemente no palato duro, lábio ou mucosa jugal.

1.2.3. Lesões potencialmente malignas

As lesões potencialmente malignas são alterações morfológicas visíveis da mucosa oral com risco aumentado de transformação maligna, podendo evoluir para CEC.(13) Estas lesões incluem, entre outras, a leucoplasia, a eritroplasia, o líquen plano oral, a queratose actínica, e a fibrose submucosa oral. Outras lesões com potencial de malignização incluem o lúpus eritematoso, a displasia epitelial e algumas formas de papilomatose oral associadas ao HPV.(15)

A transformação maligna depende de múltiplos fatores, como o grau de displasia histológica, os hábitos de risco (tabaco e álcool), e o tempo de evolução da lesão. A sua deteção precoce, vigilância regular e, quando indicado, tratamento cirúrgico ou farmacológico são essenciais para reduzir o risco de progressão para cancro oral.(13)

1.2.4. Formas de apresentação clínica

Clinicamente, o cancro oral pode apresentar-se como uma úlcera indolor de bordos elevados, uma massa exofítica, uma leucoplasia com endurecimento ou uma lesão infiltrativa e adenopatias cervicais. Formas raras incluem superfície verrucosa, manchas pigmentadas assimétricas e massas expansivas no osso ou músculo.(12)

1.2.5. Biópsia

A biópsia é obrigatória em todas as lesões suspeitas. Pode ser incisional (quando a lesão é extensa) ou excisional (em lesões pequenas) o que significa a remoção parcial ou total da lesão, respetivamente, para análise anatomo-patológica.(11)

A citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) é usada na avaliação de massas cervicais. As amostras devem ser conservadas em formol 10% e enviadas com dados clínicos relevantes.(11)

1.2.6. Avaliação clínica e Exames auxiliares de diagnóstico

A avaliação clínica da cavidade oral deve ser sistemática, envolvendo inspeção direta e palpação de todas as regiões: mucosa jugal, rebordo alveolar, palato duro e mole, assoalho da boca, dorso e bordos da língua, observando a cor, textura, integridade e simetria da mucosa oral, gengivas, língua, soalho bucal, palato e área orofaríngea.(11) O exame neurológico é essencial para detetar alterações de sensibilidade ou mobilidade associadas a envolvimento nervoso.

De acordo com o objetivo, são recomendados os seguintes exames de diagnóstico:

- Tomografia computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RMN): avaliação de extensão local e invasão óssea;(16)
- Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada (PET-CT): pesquisa de metástases e recidivas;(17)
- Ultrassonografia com CAAF: avalia massas cervicais.(18)

1.2.7. Estadiamento e Classificação

Segundo a 7.^a edição do sistema TNM, da *American Joint Commission on Cancer*, o estadiamento baseia-se no tamanho tumoral (T), envolvimento linfático regional (N) e presença de metástases à distância (M) - Tabelas I, II e III.(17)

Tabela I. Classificação do Tumor Primário, considerado o tamanho e a extensão.(19)

Categoria	Critério
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor ≤ 2 cm
T2	Tumor > 2 cm e ≤ 4 cm
T3	Tumor > 4 cm
T4a	Invasão moderada (ex: cortical da mandíbula, pele, maxilar, nervo)
T4b	Invasão profunda (ex: base do crânio, artéria carótida, espaço mastigador)

Tabela II. Gânglios Linfáticos Regionais: Descreve a presença, número, lado e tamanho de metástases em gânglios linfáticos regionais.(19)

Categoria	Critério
N0	Sem metástase ganglionar
N1	Um linfonodo ipsilateral ≤ 3 cm
N2a	Um linfonodo ipsilateral > 3 cm e ≤ 6 cm
N2b	Múltiplos ipsilaterais, todos ≤ 6 cm
N2c	Linfonodos bilaterais ou contralaterais, todos ≤ 6 cm
N3	Linfonodo > 6 cm

Tabela III. Metástases à Distância: Indica se o cancro já se disseminou para órgãos distantes.(19)

Categoria	Critério
M0	Sem metástase
M1	Com metástase

A combinação dos valores T, N e M determina o estadió clínico (ou patológico) do tumor, conforme Tabela IV.(19)

Tabela IV. Estádios combinados (I a IV).(19)

Estádio	Características Gerais
I	T1 N0 M0
II	T2 N0 M0
III	T3 N0/N1 M0 ou T1/T2/T3 com N1
IVA	T4a N0/N1 M0 ou T1–T4a com N2
IVB	T4b qualquer N M0 ou qualquer T com N3
IVC	Qualquer T, qualquer N, com M1

Existe ainda a escala *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG) - Tabela V - uma ferramenta clínica usada principalmente em oncologia para avaliar o estado funcional do doente, ou seja, o quanto a doença afeta a sua capacidade de realizar as atividades do dia a dia.(17)

Tabela V. Escala de performance.(17)

ECOG	Descrição detalhada	Exemplos de situações
0	O doente está totalmente ativo, como antes da doença.	Trabalha, faz exercício, vida normal.
1	O doente tem ligeiras limitações em atividades físicas exigentes, mas ainda é ambulatorial.	Cansaço ao esforço intenso, mas realiza as tarefas do dia a dia.
2	O doente está ativo e consciente, cuida de si mesmo, mas não consegue trabalhar ou fazer esforço.	Pode cozinhar ou vestir-se, mas não tem energia para trabalhar.
3	O doente está muito limitado, consegue apenas cuidados pessoais mínimos.	Fica deitado ou sentado a maior parte do dia.
4	O doente está totalmente incapacitado, acamado, dependente de terceiros para tudo.	Não consegue levantar-se da cama nem fazer higiene pessoal.
5	Óbito.	—

Esta é uma escala simples de 0 a 5, onde 0 representa o melhor estado funcional (sem limitações) e 5 corresponde ao óbito, sendo fundamental para decisões clínicas como:(17)

- Elegibilidade para certos tratamentos (como quimioterapia ou ensaios clínicos);
- Avaliação do prognóstico;
- Acompanhamento da evolução da doença.

Um estado funcional classificado como ECOG 0-1 indica que o doente mantém boas condições físicas, estando apto a tolerar tratamentos oncológicos mais agressivos. Por outro lado, um desempenho avaliado como ECOG 3-4 frequentemente orienta a opção terapêutica para cuidados paliativos ou para abordagens menos invasivas, devido à maior fragilidade do paciente. É importante salientar que a avaliação ECOG é subjetiva, baseada na observação clínica do médico e no relato do próprio doente acerca da sua capacidade funcional.(17)

1.2.8. Modalidades terapêuticas, algoritmo de atuação e efeitos secundários

O tratamento do cancro da cabeça e pescoço envolve diversas modalidades terapêuticas, entre as quais se incluem a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada.(20) A seleção da abordagem terapêutica mais adequada depende de múltiplos fatores, nomeadamente o estadió clínico da doença, a localização anatómica do tumor, o estado geral do doente e a viabilidade de uma reabilitação funcional eficaz.(21)

A reabilitação, seja de natureza cirúrgica ou protética, assume um papel essencial na recuperação da função mastigatória, fónica e estética, frequentemente comprometidas pelos tratamentos oncológicos. O planeamento terapêutico segue, assim, algoritmos clínicos que visam equilibrar o controlo da doença com a preservação da qualidade de vida, integrando abordagens multidisciplinares desde o diagnóstico até à fase de reabilitação.(22)

Tratamento Cirúrgico

A cirurgia constitui, geralmente, a principal abordagem terapêutica no tratamento do cancro da cabeça e do pescoço. Apesar de poder estar condicionada pela localização e pela extensão do tumor, a intervenção cirúrgica permite, na maioria dos casos, um

controle eficaz da doença a nível locorregional, contribuindo para um melhor prognóstico. (3)

A margem cirúrgica obtida durante a ressecção oncológica tem um papel determinante na definição do plano terapêutico pós-operatório, podendo influenciar a necessidade de tratamento adjuvante ou de nova intervenção cirúrgica.(23,24) Para garantir uma margem cirúrgica negativa — ou seja, com ausência de tecido tumoral a pelo menos 5 mm da área ressecada — recomenda-se, na maioria dos casos de cancro oral (excetuando os tumores do lábio), uma margem de segurança entre 1 e 1,5 cm. Quando a margem é inferior a 5 mm, considera-se positiva, sendo habitualmente indicativa de necessidade de terapia adjuvante.(24)

Apenas com cirurgia, é possível alcançar a cura em cerca de 90% dos casos em estágio I e em 70% dos casos em estágio II.(3) Nos estádios iniciais (T1 e T2), a abordagem cirúrgica pode ser realizada com impacto funcional e estético relativamente reduzido. No entanto, em estádios mais avançados (T3 e T4), podem ser necessárias cirurgias mais extensas como maxilectomias, mandibulectomias e glossectomias, que implicam alterações anatómicas e funcionais significativas, afetando a estética facial, a mastigação, a deglutição e a fala, com repercussões diretas na qualidade de vida.(25,26)

Neste contexto, a implementação de uma consulta pré-operatória informativa, que permita ao doente compreender o procedimento cirúrgico, os seus efeitos esperados e as possibilidades de reabilitação maxilofacial, tem demonstrado benefícios psicossociais relevantes no período pós-operatório, contribuindo para uma melhor adaptação à nova realidade funcional e estética.(27)

É a modalidade primária na maioria dos casos. As abordagens variam conforme a localização e o estadio:(16)

- Excisão local ampla com margens seguras
- Ressecção de mucosa jugal
- Esvaziamento cervical uni ou bilateral
- Glossectomia (parcial, hemiglossectomia ou total)
- Mandibulectomia (segmentar ou marginal)
- Maxilectomia (parcial ou total)
- Palatectomia (parcial ou total)
- Pelviglossetomia
- Reconstrução com retalho (local, regional, à distância, livre)

O esvaziamento cervical é frequentemente incluído na cirurgia do cancro da cabeça e pescoço, devido à propensão destas neoplasias para metastizar para os gânglios linfáticos cervicais. Pode ser seletivo, radical modificado e radical, consoante a extensão da doença e a localização do tumor primário. No esvaziamento seletivo são removidos gânglios de um subconjunto entre os níveis I e V, no esvaziamento radical modificado e no radical são removidos os gânglios do nível I a V, variando depois nas estruturas que são preservadas. No cancro oral, é comum realizar-se esvaziamento dos níveis I a III mesmo na ausência de metástases aparentes – Figura 1.(24)

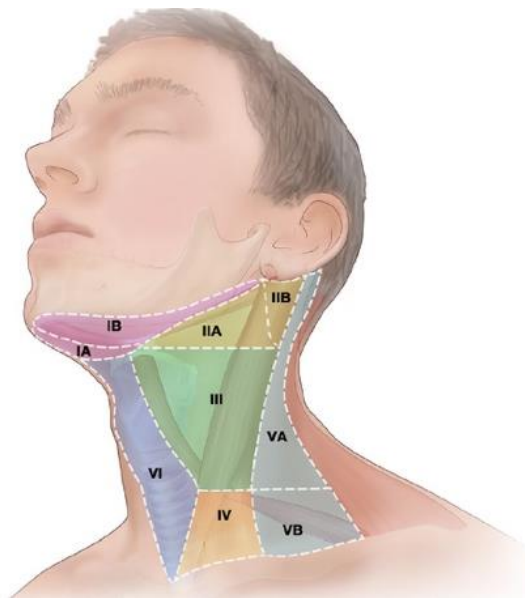


Figura 1. Representação esquemática dos níveis ganglionares cervicais (I a VI).(24)

A cirurgia oncológica da cabeça e do pescoço, apesar de ser uma modalidade terapêutica fundamental, está frequentemente associada a simples perdas. Dentárias até alterações estruturais significativas no sistema estomatognático, como se verifica nas consultas de *follow-up* operatório.

Radioterapia

A radioterapia constitui uma das principais modalidades terapêuticas no tratamento do cancro da cabeça e do pescoço. Trata-se de uma abordagem multimodal, ou seja, pode ser aplicada isoladamente ou em combinação com outras terapias, como a cirurgia e a quimioterapia. Aproximadamente 75% dos doentes com neoplasias malignas nesta região sejam tratados com radioterapia em algum momento do seu

percurso clínico.(20) No entanto, apesar dos avanços técnicos, continua a verificar-se uma taxa de recorrência local considerável — aproximadamente 50% em três anos — bem como uma elevada incidência de efeitos adversos graves(28)

A principal vantagem desta terapêutica reside na possibilidade de conservar os tecidos anatómicos, através da utilização de radiações ionizantes que destroem seletivamente as células tumorais, induzindo mecanismos de morte celular como apoptose, necrose ou senescência.(20) A radiação pode ser administrada de forma externa (radioterapia conformacional) ou interna (braquiterapia), sendo esta última realizada através da colocação de microimplantes radioativos diretamente na zona tumoral. A dose total de radiação é cuidadosamente planeada de forma a maximizar a destruição do tumor, respeitando os limites de tolerância dos tecidos saudáveis vizinhos. Ainda assim, a radioterapia interfere com as glândulas salivares principalmente através de danos diretos às células secretoras e à vascularização glandular.(29)

Quimioterapia

A quimioterapia é uma das modalidades terapêuticas mais frequentemente utilizadas no tratamento de cancros da cabeça e do pescoço localmente avançados, especialmente em casos em que a cirurgia não é viável. Uma das suas principais vantagens é a possibilidade de preservar a anatomia e a função do órgão afetado, ao contrário do que ocorre com abordagens cirúrgicas mais invasivas. (30)

Esta terapêutica pode ser aplicada isoladamente ou em combinação com outras, em diferentes momentos do plano de tratamento. A administração prévia à cirurgia ou à radioterapia é conhecida como quimioterapia neoadjuvante e tem como principal objetivo reduzir o volume tumoral, facilitando intervenções menos agressivas. Já a quimioterapia adjuvante, realizada após a terapêutica principal, visa eliminar micrometástases residuais não detetáveis por exames complementares.(31)

Mesmo nos contextos em que a doença já não é curável, a quimioterapia pode ser utilizada com intenção paliativa, atuando na redução dos sintomas associados ao tumor e promovendo um aumento da qualidade de vida e, por vezes, da sobrevivência do doente. Ainda assim, é fundamental ponderar cuidadosamente o equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos da terapêutica, para não comprometer o bem-estar global do paciente.(32)

1.2.9. Reabilitação Oral Protética e Cirúrgica

A reabilitação é essencial para restabelecer função mastigatória, deglutição, fonação e estética facial. Inclui:

- Próteses maxilofaciais, restauradoras ou complementares;
- Reabilitação dentária fixa com implantes zigomáticos;
- Reconstrução com retalhos locais ou livres.(11)

1.3. Objetivos

Este estágio tem como objetivos:

- acompanhar os doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço, tanto a nível cirúrgico como a nível clínico pré e pós-operatório;
- aprender a realizar o exame objetivo nas consultas da clínica da cabeça e do pescoço
- adquirir conhecimentos sobre a realização de um diagnóstico precoce e sobre o ambiente hospitalar dedicado à oncologia.

2. Atividades desenvolvidas

O estágio decorreu entre 5 de março e 25 de junho de 2025. As atividades desenvolveram-se em 8 horas semanais, repartidas por dois dias, totalizando 120 horas - Tabela VI. Em cada semana, um dos dias foi dedicado ao Bloco Operatório Central (BOC), enquanto o outro decorreu na consulta externa da Clínica da Cabeça e Pescoço (CCP), da seguinte forma:

- segunda-feira, 9:00-13:00 – observação de cirurgias no BOC;
- quarta-feira, 9:00-13:00 – acompanhamento das consultas na CCP.

Tabela VI. Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.

Tabela 7.1: Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.																														
Meses 2025	Março							Abril							Maio					Junho										
Dias	5	10	12	17	19	24	26	31	2	7	9	14	16	21	23	28	30	12	14	19	26	28	2	4	9	11	16	18	23	25
Local																														

Legenda:

-  Consulta externa na Clínica de Cabeça e pescoço
-  Bloco Operatório Central

2.1. Bloco Operatório Central

O estágio, na vertente do BOC, centrou-se na observação de cirurgias no âmbito da Oncologia da Cabeça e Pescoço, permitindo o contacto direto com diversas patologias que afetam esta região anatómica, bem como o conhecimento das diferentes abordagens terapêuticas cirúrgicas disponíveis. Durante as visitas ao BOC, mantive-me posicionada sobre um estrado, de forma a obter melhor visibilidade do campo operatório, respeitando sempre a distância mínima de 30cm dos campos estéreis, conforme as normas de assepsia.

Dado o elevado grau de complexidade e consequente longa duração da maioria das cirurgias observadas, não foi possível assistir à totalidade de todas as intervenções até ao seu término.

Apesar de ter acompanhado cerca de 15 manhãs no bloco operatório durante o estágio, neste relatório optei por apresentar apenas cinco casos clínicos. A seleção

baseou-se na relevância clínica, complexidade cirúrgica e diversidade de intervenções observadas, de forma a ilustrar diferentes aspectos do tratamento oncológico da cabeça e pescoço. No entanto, foram acompanhados outros casos que, embora igualmente enriquecedores, não foram incluídos por questões de concisão e foco do conteúdo.

2.1.1. Casos Clínicos

Caso Clínico 1

Doente do sexo masculino, 57 anos, 58 Kg.

História médica: HTA, dislipidemia, doença cerebrovascular, doença ateromatosa carotídea, hábitos tabágicos 40 cigarros/dia dos 12 aos 53 anos; hábitos alcoólicos pesados prévios, abstinência de álcool desde 2011; síncope vagais e angor dada anemia grave por carcinoma gástrico, gastrectomia subtotal laparoscópica radical com reconstrução em Y de Roux e esvaziamento D1 em dezembro de 2023. Portador de prótese removível superior e inferior.

Sinais clínicos: impossível fazer protusão da língua, desde extração dentária em 2023.

Exames auxiliares: TC cavidade oral e pescoço – lesão homogênea na porção anterior da língua à direita, com 22mm de maior eixo e profundidade de 10mm; sem erosão do corpo da mandíbula adjacente. Ausência de adenopatias, supra ou infra-hiódeias.

Diagnóstico: CEC bordo da língua com extensão para o pavimento da boca e linha média, N0 – Figura 2.



Figura 2. Lesão maligna localizada no bordo lateral direito da língua, compatível com CEC.

Tratamento proposto: Pelviglossectomia direita com esvaziamento cervical seletivo e reconstrução, com eventual traqueostomia de apoio.

No dia 14 de abril de 2025, a equipa de anestesia procedeu à sedação e anestesia geral do paciente e, de seguida, colocaram-se os campos cirúrgicos e procedeu-se à desinfeção do paciente, por meio de compressas embebidas em iodopovidona.

Após a traqueostomia de suporte iniciou-se o esvaziamento cervical. Neste caso, o esvaziamento dos gânglios linfáticos foi seletivo e bilateral, dos níveis I (submandibular e submentoniano), II (cadeia jugular superior) e III (cadeia jugular média), preservando estruturas nobres como o nervo espinal acessório, veia jugular interna e músculo esternocleidomastóideo - Figura 3.



Figura 3. Intraoperatório de esvaziamento cervical seletivo bilateral dos níveis I a III, com dissecação cuidadosa das estruturas cervicais e remoção dos gânglios linfáticos.

De seguida, procedeu-se à hemiglossectomia onde foi removida cirurgicamente a metade direita da língua, com o objetivo de excisar completamente o tumor. A exérese foi realizada com margens de segurança oncológica, de forma a garantir remoção completa da lesão – Figura 4.



Figura 4. Momento intraoperatório da hemiglossectomia, com ressecção da metade direita da língua até à linha média, incluindo tecido muscular profundo.

Após a excisão tumoral, foi necessário fechar o defeito cirúrgico para proteger estruturas profundas (vasos, músculos), facilitar a cicatrização e restaurar a função e a mobilidade da língua. Neste caso, foi utilizado um retalho de mucosa intraoral, o que significa que o tecido da própria cavidade oral (geralmente da bochecha ou palato) foi mobilizado para cobrir a área ressecada.

No final da cirurgia, o doente teve perdas de 50cc de fluídos, não foi necessária nenhuma transfusão de sangue, e foi colocado um dreno aspirativo cervical bilateralmente. O doente esteve estável durante o procedimento que decorreu sem intercorrências.

No pós-operatório imediato, foi necessário manter o doente com tubo de traqueostomia para garantir a via aérea, e sonda nasogástrica para alimentação entérica e administração de medicação, evitando a estimulação precoce da cavidade oral – Figura 5.



Figura 5. Paciente 2 dias após cirurgia, com tubo de traqueostomia e sonda nasogástrica.

Caso clínico 2

Doente do sexo feminino, 77 anos, 57Kg, não fumadora.

História médica:

- Diabetes Mellitus tipo 2 há 20 anos. Hemoglobina glicada (HbA1c) de 7.7% (avaliada a 21/12/2024), reflete controlo moderado da diabetes nos últimos 2-3 meses. Sem Retinopatia Diabética: último rastreio ocular a 23/10/2024.
- Doença arterial coronária, EAM em 2007 - Cateterismo cardíaco descendente anterior, estenose de 30% no segmento distal (leve) e estenose de 80% no segmento terminal (grave); na CXd (circunflexa distal), estenose de 85% (grave) e 2ª OMi (segunda artéria marginal obtusa), estenose de 70% (grave); Angioplastia à artéria circunflexa (CX) com colocação de *stent* coronário, com sucesso e sem lesão residual; insuficiência cardíaca (IC) com Fração de Ejeção (FE) de 47%, indica disfunção ventricular esquerda ligeira (FE normal é $\geq 55\%$).

Antecedentes cirúrgicos

- julho 2022: exérese alargada de CEC do rebordo alveolar da mandíbula direita, mandibulectomia marginal anterolateral direita, maxilectomia parcial direita (tipo IIb de Brown), esvaziamento cervical direito radical modificado tipo III, reconstrução com retalho miocutâneo de grande peitoral e traqueostomia de suporte. Em julho de 2022, gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) devido à dificuldade alimentar após a cirurgia na cavidade oral. Entretanto já foi removida.
- maio 2023: exérese alargada de lesão gengival no terceiro quadrante, CEC na gengiva do terceiro quadrante.
- junho 2024): biópsias excisional alargada das duas lesões exofíticas adjacentes peri e infracentimétricas na mucosa jugular inferior à esquerda junto ao retalho de cirurgia prévia, retalhos de avanço local. Resultados histológicos: carcinoma verrucoso e carcinoma confinado ao epitélio, ainda sem invasão profunda (CEC *in situ*).
- outubro 2024: exérese alargada de lesão ulcerada e vegetante da mucosa jugal direita, reconstrução com retalho nasogeniano ipsilateral. Resultados histológicos: CEC invasor.

Exames auxiliares (2025):

TC da cavidade oral e pescoço – lesão expansiva (18x14mm nos maiores eixos axiais e 19mm no eixo longitudinal) localizada no terço posterior da língua à direita, estendendo-se até à transição para a base da língua. Extensão da lesão ao pavimento da boca, ao pilar anterior da amígdala, ao trígono retromolar, à vertente posterior da mucosa alveolar da mandíbula direita e ao ângulo da mandíbula; erosão da cortical alveolar e do ângulo mandibular, sugerindo invasão óssea associada, no atual contexto clínico; surgimento de adenopatias de novo nos níveis II e III à esquerda, com dimensões de 17mm e 14mm no maior eixo axial (não presentes em exames prévios). Devido à ausência de contraste iodado endovenoso, é limitada a avaliação da possível invasão da mucosa jugal adjacente e da mucosa vestibular.

Diagnóstico: CEC invasor do 1/3 posterior da língua, com metástase nos gânglios cervicais.

Cirurgia proposta: pelviglossectomia parcial direita, mandibulectomia marginal direita, esvaziamento cervical radical modificado esquerdo (contralateral) e reconstrução.

No dia 12 de maio de 2025, a intervenção cirúrgica iniciou-se com a realização de uma traqueostomia de suporte, seguida do esvaziamento cervical radical modificado do lado esquerdo (contralateral à lesão), abrangendo os níveis ganglionares I a V - Figura 6, 7 e 8.



Figura 6. Conclusão da traqueostomia de suporte com tubo traqueal já posicionado e início da incisão cervical para realização do esvaziamento cervical radical modificado esquerdo.

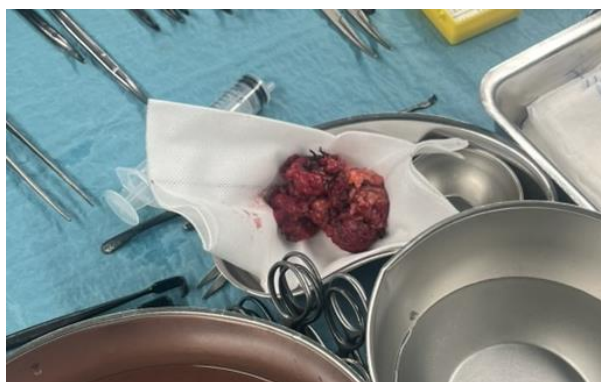


Figura 7. Gânglios linfáticos cervicais excisados durante o esvaziamento cervical radical modificado esquerdo (níveis I a V).



Figura 8. Aspeto intraoperatório do pescoço esquerdo da paciente após esvaziamento cervical radical modificado (níveis I a V), antes do encerramento da ferida cirúrgica.

Concluído o esvaziamento, passou-se à pelviglossectomia parcial direita, com ressecção da hemilíngua direita e porção adjacente do pavimento da boca, garantindo margens oncológicas livres. Posteriormente, procedeu-se à mandibulectomia marginal direita – Figuras 9 e 10.



Figura 9. Momento intraoperatório imediatamente após a ressecção da hemilíngua direita e da porção adjacente do pavimento da boca. À esquerda da fotografia observa-se a peça tumoral excisada (segmento da língua com a lesão maligna). O campo operatório mostra a área de ressecção na cavidade oral, com exposição dos planos profundos e preparação para os passos seguintes da cirurgia reconstrutiva.



Figura 10. Aspeto intraoperatório após ressecção da hemilíngua direita, com remoção completa da área tumoral previamente identificada.

Por fim, foi realizada a reconstrução do defeito resultante, através de um retalho com o objetivo de restaurar a integridade funcional e anatômica da cavidade oral, nomeadamente ao nível da mobilidade lingual, da deglutição e da articulação da fala. Foram colocados drenos aspirativos cervicais bilateralmente para controlo de fluido no pós-operatório. A cirurgia decorreu sem intercorrências, com perdas hemáticas controladas, não tendo sido necessária transfusão sanguínea. A doente foi transferida estável para a unidade de cuidados pós-anestésicos.

Caso clínico 3

Doente do sexo feminino, 74 anos e 74Kg.

História médica: HTA, doença valvular aórtica reumática, calcificação ateromatosa das artérias coronárias de grau moderado, dislipidemia, insuficiência venosa periférica.

Antecedentes cirúrgicos: para além dos que serão referidos no ponto do diagnóstico, são: cirurgia de varizes em 2005, laqueação tubar, cirurgia na mão direita na infância.

Diagnóstico: deiscência da sutura intraoral com exposição da placa de reconstrução consequência da cirurgia prévia (11 fevereiro 2025): Mandibulectomia segmentar com extensão cutânea em bloco, esvaziamento cervical radical modificado esquerdo e esvaziamento cervical seletivo I/II/III direito, reconstrução com retalho (grande peitoral esquerdo) e enxertos de pele total infra mamários com traqueostomia de apoio.

Resultado histológico prévio: CEC da gengiva inferior anterior com extensão bilateral e invasão óssea e cutânea na região submandibular esquerda com metastização cervical esquerda.

Cirurgia proposta: revisão de ferida e eventual reconstrução com retalho livre.

A cirurgia decorreu a 10 de março de 2025, sob anestesia geral, com monitorização rigorosa devido ao historial cardiovascular da doente, deu-se início à cirurgia com a colheita do retalho osteocutâneo livre de perónio, realizado pela equipa de cirurgia plástica.

A perna esquerda foi preparada e desinfetada, e iniciou-se a dissecação cuidadosa do retalho, que incluiu: um segmento de osso peronial, um compósito cutâneo, necessário para a reconstrução mucosa intraoral e o pedículo vascular (artéria e veia peronial), dissecado até à sua origem para garantir um comprimento adequado para a anastomose microvascular – Figura 11. A zona dadora foi mantida em condições estéreis até ao momento da transferência do retalho.

De seguida, procedeu-se à revisão da ferida intraoral e cervical, onde se confirmou a deiscência da sutura intraoral com exposição da placa de reconstrução mandibular previamente colocada. Foram removidos tecidos desvitalizados. A região recetora foi preparada com a dissecação dos vasos cervicais recetores, que foram isolados e preparados para anastomose – Figura 12.

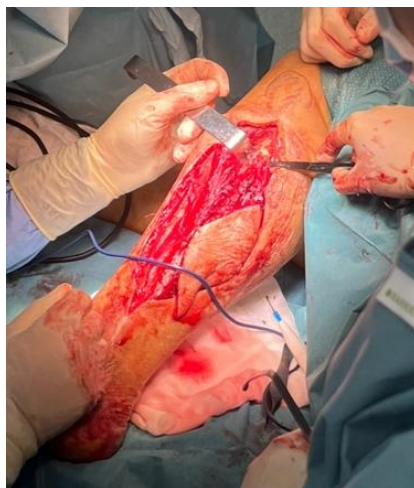


Figura 11. Colheita do retalho osteocutâneo livre de perônio na perna esquerda. Observa-se a dissecação cuidadosa do segmento ósseo e do componente cutâneo.



Figura 12. Momento intraoperatório durante a preparação da cavidade oral, com manipulação da área recetora. É visível a placa de reconstrução mandibular metálica previamente colocada.

O retalho de perônio foi então transferido para a região orofacial e moldado de acordo com o defeito existente. Procedeu-se à anastomose microvascular entre os vasos do retalho e os vasos cervicais recetores sob microscópio cirúrgico. Após libertação dos clamps, observou-se perfusão imediata e adequada do retalho.

O componente cutâneo foi suturado aos tecidos intraorais para assegurar cobertura eficaz da placa e fechamento da cavidade oral. Foram colocados drenos aspirativos no local cervical e na zona dadora do retalho, que foi encerrada primariamente.

A doente foi posteriormente transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos para vigilância do retalho, controlo da dor e monitorização hemodinâmica intensiva no pós-operatório imediato.

Caso Clínico 4

Doente do sexo masculino, 56 anos, 100Kg.

História médica: litíase renal, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada há cerca de 3 anos (sem conhecimento de lesões de órgão-alvo), e hábitos alcoólicos pesados no passado. Em termos respiratórios, é um ex-fumador com cessação tabágica há 2 meses, sem diagnóstico conhecido de DPOC. Do ponto de vista cardiovascular, nega história de EAM ou AVC. Não apresenta antecedentes de doença oncológica disseminada, nem de radioterapia ou quimioterapia. A dentição encontra-se em bom estado e nega alergias conhecidas.

Antecedentes cirúrgicos: realizou circuncisão na infância e uma ureterorrenoscopia para extração de cálculo renal. Relativamente aos antecedentes anestésicos, foi previamente submetido a anestésias gerais sem intercorrências.

Diagnóstico: CEC do bordo esquerdo da língua .

Cirurgia proposta: glossectomia parcial esquerda com esvaziamento cervical seletivo esquerdo e se necessário reconstrução e/ou traqueostomia.

A cirurgia realizou-se no dia 19 de maio de 2025, sob anestesia geral e monitorização hemodinâmica contínua. Tendo em conta os antecedentes patológicos do doente, nomeadamente Diabetes Mellitus tipo 2, litíase renal e história de grande tabagismo até há 2 meses, iniciou-se o procedimento com a realização de uma traqueostomia de proteção, garantindo uma via aérea segura e desobstruída desde o início da intervenção.

De seguida, procedeu-se ao esvaziamento cervical seletivo esquerdo (níveis I a III), com disseção cuidadosa das estruturas cervicais e preservação dos nervos, vasos e músculos não envolvidos – Figura 13.



Figura 13. Aspecto do campo cirúrgico cervical após esvaziamento seletivo esquerdo (níveis I a III), antes do encerramento.

Posteriormente, realizou-se a glossectomia parcial esquerda, com ressecção da lesão tumoral da hemilíngua esquerda (Figura 14) com margens de segurança adequadas, respeitando os planos anatómicos. A peça cirúrgica foi enviada para exame histopatológico – Figura 15.

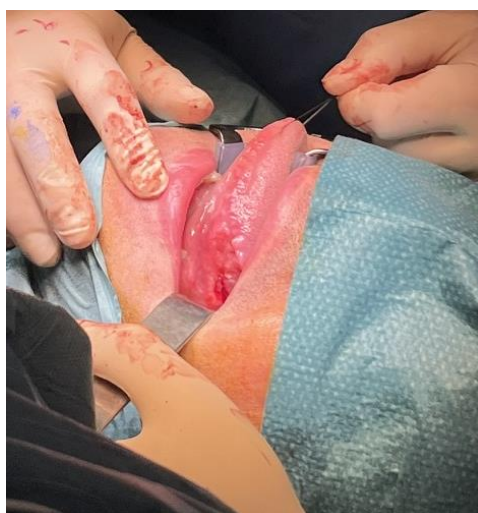


Figura 14. Lesão maligna visível no bordo lateral esquerdo da língua, antes da ressecção cirúrgica.



Figura 15. Peça cirúrgica correspondente à glossectomia parcial esquerda, ressecada com margens de segurança para análise histopatológica

Durante o procedimento, não foi considerada necessária reconstrução com retalho, dada a dimensão do defeito e a possibilidade de encerramento direto com boa aproximação dos bordos remanescentes – Figura 16.



Figura 16. Aspeto da cavidade oral após glossectomia parcial esquerda, com evidência do defeito resultante da resseção tumoral antes do encerramento cirúrgico.

A cirurgia decorreu sem intercorrências, com perdas hemáticas mínimas e estabilidade hemodinâmica ao longo de todo o procedimento. Foram colocados drenos aspirativos cervicais, e o doente foi encaminhado para vigilância pós-anestésica, com posterior admissão na enfermaria cirúrgica para seguimento e cuidados pós-operatórios.

Caso Clínico 5

Doente do sexo masculino, 68 anos, 66 Kg.

História médica e dentária: poliomielite, condição que resultou numa diminuição da força muscular, particularmente evidente em determinados grupos musculares. dislipidemia, com alterações persistentes no perfil lipídico. Portador de uma prótese removível superior.

Antecedentes cirúrgicos:

2015, no IPO-Porto: glossectomia parcial direita (lesão leucoplásica localizada no bordo direito da língua), sem intercorrências anestésicas documentadas.

Exame objetivo (12 maio 2025): lesão ulcerovegetante localizada no pavimento da boca à direita, com extensão ao bordo lateral da língua, rebordo alveolar inferior e trígono retromolar do mesmo lado; características sugestivas de invasão local, sem evidência de atingimento da base da língua ou da parede lateral da orofaringe. Estes achados são compatíveis com uma neoplasia maligna da cavidade oral com envolvimento regional significativo, mas sem extensão para estruturas mais profundas da orofaringe.

Diagnóstico: carcinoma do trígono retromolar direito localmente avançado.

Cirurgia proposta: resseção alargada com mandibulectomia segmentar e esvaziamento cervical radical modificado direito, reconstrução com traqueostomia de apoio.

No dia da cirurgia, dia 16 de junho de 2025, constatou-se um aumento da extensão da lesão em relação ao previamente observado, com invasão da faringe, nomeadamente da parede lateral. Perante este achado intraoperatório, foi necessário rever e adaptar o plano cirúrgico inicialmente previsto.

A cirurgia, procedeu-se inicialmente com realização da traqueostomia de apoio, conforme planeado. Durante a abordagem cirúrgica, foi necessário ajustar o plano cirúrgico previamente definido, alargando os limites da resseção para assegurar margens de segurança adequadas.

Realizou-se então a resseção alargada da lesão, incluindo mandibulectomia segmentar direita, com esvaziamento cervical radical modificado do mesmo lado – Figuras 17 e 18. Paralelamente, procedeu-se à preparação do retalho livre

antebraquial, com isolamento dos vasos pediculares, tendo em vista a reconstrução da cavidade oral após a exérese tumoral.



Figura 17. Peça cirúrgica resultante da resseção alargada da cavidade oral, incluindo segmento mandibular direito, tecido tumoral da base da língua, pavimento da boca, bordo lateral da língua, rebordo alveolar inferior e região do trígono retromolar ipsilateral.



Figura 18. Imagem intraoperatória da cavidade oral após resseção do tecido tumoral.

Após a conclusão da resseção e do esvaziamento, o retalho foi transferido e anastomosado microcirurgicamente para reconstrução da área ressecada na cavidade oral. O procedimento decorreu sem intercorrências técnicas relevantes, tendo sido assegurada a hemóstase e viabilidade do retalho no final da intervenção. Não houve possibilidade de acompanhar a recuperação do estado do doente.

2.2. Clínica da Cabeça e do Pescoço

As consultas de Oncologia Cirúrgica na Clínica da Cabeça e Pescoço ocorrem de terça-feira a sexta-feira durante o período da manhã. Neste estágio, assistimos às consultas que decorreram nas manhãs de quarta-feira, variando entre os médicos: Dr.^a Rita Canotilho, Dr.^a Margarida Lima e Dr.^a Dora Cunha.

Ainda nos foi possível assistir às consultas de planeamento cirúrgico, sob tutela do Dr. Jorge Guimarães, onde o paciente é informado da preparação que necessita realizar para a cirurgia, as possíveis complicações operatórias e pós-operatórias, assim como os cuidados pós-cirúrgicas.

O estágio foi realizado maioritariamente no gabinete 11, embora algumas consultas se tenham realizado no gabinete 10 e 13.

Durante as consultas, procedeu-se à recolha de informação relativa ao estado geral dos utentes, seguida da realização de exame objetivo, com o propósito de identificar eventuais alterações face ao normal ou ao expectável, particularmente em doentes previamente submetidos a intervenção cirúrgica. Sempre que considerado pertinente pelo médico assistente, foram solicitados exames complementares de diagnóstico e efetuados encaminhamentos para outras valências, como fisioterapia, consulta de cessação tabágica, nutrição, cirurgia plástica, entre outras especialidades.

Nas consultas da CCP, estive presente em várias sessões clínicas, mas optei por destacar apenas quatro casos neste relatório. A escolha recaiu sobre situações que permitiram refletir sobre o processo de vigilância e acompanhamento multidisciplinar dos doentes oncológicos, bem como sobre o papel da medicina dentária hospitalar neste contexto. Outros casos observados também contribuíram para a minha formação, mas não me foi possível recolher, no período da consulta, dados suficientes para descrever detalhadamente o caso clínico.

2.2.1. Casos Clínicos

Caso clínico 6

Doente do sexo masculino, 57 anos.

Antecedente cirúrgico (28 janeiro 2025): Glossectomia parcial esquerda com esvaziamento cervical seletivo (níveis I-III) esquerdo, devido a diagnóstico de CEC da língua à esquerda.

Exame histológico: pT1N0 com margens livres (R0) - doente integrado em grupo de vigilância.

Consulta de seguimento pós-operatório (5 março 2025):: Doente eupneico, corado e hidratado, com ECOG 0. Dificuldade em tolerar dieta sólida, sendo necessário adaptar a alimentação para consistência mais pastosa. Relata dor ocasional, descrita como “fisgada” ou sensação de dormência na face e região cervical esquerda, sem necessidade de medicação analgésica regular. Refere ainda sensação de "repuxamento" a nível do trapézio esquerdo, embora mobilize bem o ombro homolateral.

Exame objetivo: Cicatrização da língua em curso, com região da cicatriz ainda algo cruenta e endurecida, apresentando pequena hemorragia ao toque e alguma limitação na mobilização. Cicatriz cervical em boas condições, sem sinais inflamatórios ou de infeção. Sem adenopatias nem lesões suspeitas à inspeção e palpação cervical.

Plano de tratamento: Pedido de antecipação da consulta de Medicina Física e de Reabilitação (inicialmente marcada para julho de 2025) e referência para Nutrição (otimização da dieta adaptada). Agendada nova consulta para reavaliação clínica dentro de aproximadamente um mês.

Caso clínico 7

Doente do sexo feminino, 61 anos.

Antecedentes cirúrgicos:

- fevereiro 2020: CEC *in situ* do esófago distal, tratado com disseção submucosa endoscópica na Suíça (mantém seguimento ativo).
- novembro 2022: CEC do maxilar direito tratado com maxilectomia parcial direita tipo IIa de Brown, esvaziamento cervical radical modificado tipo III homolateral, reconstrução com retalho nasogeniano homolateral e traqueostomia de suporte. O estadiamento histológico foi pT4aN0 e, em março de 2023 concluiu radioterapia adjuvante.
- agosto 2024: revisão por Cirurgia Plástica, lipofilling da região dadora do retalho.
- Fevereiro 2025: glossectomia parcial esquerda, após diagnóstico de CEC do bordo esquerdo da língua, inicialmente abordado por biópsia excisional.

Exame histológico recente: CEC *in situ* (língua esquerda), com cerca de 5mm de maior diâmetro e 3mm de profundidade, sendo a doente atualmente seguida em regime de vigilância.

Consulta de seguimento pós-operatório (5 março 2025): Bom estado geral, sem queixas de dor ou hemorragia, tolerando bem uma dieta mais mole. A fala ainda algo alterada, mas perceptível.

Exame objetivo: Endurecimento da região dadora do enxerto de gordura do abdómen. Na cavidade oral, a porção mais posterior da cicatriz cirúrgica da glossectomia encontrava-se ainda em processo de cicatrização, com alguma fibrina, mas sem sinais de infeção, edema ou exsudado relevante embora se tenha observado um pequeno ponto solto nesta região. A língua restante apresentava boa mobilidade sem lesões suspeitas. Sem adenopatias palpáveis.

Plano de tratamento: Endoscopia Digestiva Alta (EDA) fora da instituição, com posterior envio do relatório para o IPO. Marcação de nova consulta de Cirurgia Plástica e também nova consulta de reavaliação clínica para dali a três meses.

Caso clínico 8

Doente do sexo feminino, 81 anos.

Antecedentes cirúrgicos:

- fevereiro 2023: ressecção alargada de CEC da mucosa jugal direita, com reconstrução por retalho nasogeniano homolateral.

Exame histológico: CEC com profundidade inferior a 1mm, com margens livres de tumor. Margens anteriores a menos de 1mm de áreas com displasia moderada a grave, mas a mais de 5mm do carcinoma invasor. As margens superior, inferior, posterior e profunda estavam todas a mais de 3 a 5mm das áreas displásicas e tumorais.

- 20 fevereiro 2023: deiscência intraoral do retalho, com nova intervenção para desbridamento e reposicionamento com sutura do retalho.

- 19 julho 2023: excisão de uma lesão cutânea no rebordo mandibular direito;

Exame histológico: CEC bem diferenciado, com margens cirúrgicas livres.

- Lesão suspeita na glândula parótida, entretanto com regressão espontânea, motivo pelo qual a biópsia inicialmente programada não chegou a ser realizada.

Consulta de seguimento: No dia 5 de março de 2025, a doente não referia sintomas novos da cavidade oral, negando dor, hemorragia ou alterações na dieta. No entanto, mencionava o aparecimento de uma lesão cutânea descamativa na face anterior da perna esquerda, com evolução de vários meses, sem prurido, dor ou história de traumatismo associado.

Exame objetivo: Bom estado geral, eupneica, corada e hidratada. O retalho nasogeniano encontrava-se bem posicionado e sem sinais de lesões suspeitas na cavidade oral. Não foram detetadas adenopatias cervicais palpáveis.

Notas da consulta: TC realizada a 25 de fevereiro de 2025, mas relatório ainda não disponível. Aguarda reagendamento de ecografia das glândulas salivares, não realizada devido a greve.

Plano de tratamento: Solicitado o relatório da TC à radiologia. Caso sejam identificadas alterações, seria necessário contactar a filha da doente para possível antecipação da ecografia. Próxima consulta de seguimento agendada para daí a seis meses.

Caso clínico 9

Doente do sexo feminino, 72 anos.

Historial oncológico (abril 2025): Observação devido a aparecimento de uma lesão suspeita no lábio inferior, para a qual foi solicitada exérese cirúrgica em regime de ambulatório e uma ecografia cervical para avaliação regional.

Exame realizado (23 maio 2025): biópsia excisional da lesão do lábio inferior sob anestesia local, procedimento que decorreu sem intercorrências.

Consulta de seguimento pós biópsia (4 junho 2025): reavaliação em consulta de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, mas sem o resultado da histologia da peça excisada:

- exame objetivo da cavidade oral e estado de cicatrização local - evolução favorável, sem sinais de infeção, deiscência ou outras complicações locais - Figura 19.



Figura 19. Lábio inferior após biópsia excisional de lesão suspeita - zona de cicatrização com crosta e eritema local.

Plano de tratamento: Agendada nova consulta para reavaliação clínica após receção do relatório histopatológico, para definição da eventual necessidade de tratamento adicional ou vigilância.

Outros casos clínicos

Durante as consultas na Clínica de Cabeça e Pescoço, foram capturadas algumas fotografias que ilustram lesões orais de interesse clínico (Figuras 20 a 22). Embora não tenham sido recolhidos dados do doente suficientemente detalhados para a construção completa de casos clínicos, considerou-se relevante incluir estas imagens pelo seu valor ilustrativo, permitindo visualizar o aspeto de diferentes lesões potencialmente malignas ou de evolução suspeita.



Figura 20. Lesão potencialmente maligna no bordo alveolar esquerdo da mandíbula.



Figura 21. Lesão endurecida no lábio inferior, com aspeto potencialmente maligno.



Figura 22. Tórus palatino, apesar de não ser uma lesão maligna, muitas vezes acaba por ser realizada a biópsia e a remoção cirúrgica.

3. Discussão

Durante o estágio realizado na Unidade de Cabeça e Pescoço do IPO-Porto, observou-se de forma aprofundada o impacto das várias abordagens terapêuticas no tratamento do cancro oral, bem como o papel crucial da medicina dentária na deteção precoce, gestão das complicações e reabilitação funcional dos doentes. Os efeitos secundários da cirurgia, radioterapia e quimioterapia são, muitas vezes, inevitáveis, mas podem ser prevenidos, minimizados ou tratados através de uma abordagem integrada e multidisciplinar.

Durante o estágio, o tipo de cancro mais frequentemente diagnosticado foi o CEC, representando a maioria dos casos observados. Este tipo de neoplasia revelou-se especialmente prevalente na região da língua, sendo esta a localização mais comum entre os pacientes acompanhados.

A cirurgia, enquanto modalidade principal de tratamento do CEC da cavidade oral, revelou-se central na maior parte dos casos acompanhados. Desde lesões localizadas e passíveis de exérese limitada, como no caso clínico 4, até tumores localmente avançados com envolvimento ósseo e necessidade de reconstrução complexa, como nos casos 3 e 5, a opção cirúrgica variou em função do estadiotumoral, do estado geral do paciente e da presença de comorbilidades significativas.(3)

O esvaziamento cervical, componente fundamental na abordagem cirúrgica do cancro oral, foi amplamente observado e executado com rigor técnico. Foram realizados esvaziamentos seletivos dos níveis I a III em doentes sem adenopatias clínicas (casos 1, 4 e 6), garantindo a remoção de possíveis micrometástases subclínicas e possíveis recidivas. Nestes procedimentos, houve preservação criteriosa de estruturas nobres próximas às áreas de intervenção, como o nervo espinal acessório, a veia jugular interna e o músculo esternocleidomastóideo, minimizando o risco de disfunções pós-operatórias, como a síndrome do ombro (caso 6).(24)

Nos casos com envolvimento ganglionar documentado ou suspeito, como os casos 2, 3 e 5, foram realizados esvaziamentos cervicais radicais modificados, abrangendo os níveis I a V, com abordagem mais agressiva, mas ainda com preservação de estruturas não envolvidas. Estas decisões cirúrgicas refletem a tentativa de alcançar

um equilíbrio entre controlo locorregional eficaz e preservação funcional, um dos maiores desafios da cirurgia oncológica da cabeça e pescoço.

Quanto às opções cirúrgicas utilizadas, a sua diversidade ilustra bem o nível de personalização exigido. No caso clínico 1, por exemplo, uma pelviglossectomia com reconstrução intraoral foi suficiente para garantir margens livres e preservar a função. Já no caso 2, a cirurgia implicou glossectomia parcial associada a mandibulectomia marginal e esvaziamento contralateral, refletindo uma doença mais extensa.

O caso clínico 2 destaca ainda um aspeto particularmente relevante: a recidiva tumoral múltipla ao longo de diferentes regiões da cavidade oral, num curto intervalo de tempo. Esta doente foi submetida a diversas cirurgias entre 2022 e 2025, incluindo maxilectomia parcial, várias exéreses locais e, mais recentemente, uma glossectomia parcial com mandibulectomia marginal e reconstrução. Esta evolução evidencia a agressividade biológica do tumor e os desafios da vigilância clínica, sobretudo em pacientes com antecedentes oncológicos extensos e fatores de risco como a imunossenescência e a cicatrização difícil.(25,26)

Em situações de recidiva ou defeitos cirúrgicos complexos, como nos casos 3 e 5, foram aplicadas técnicas de reconstrução microcirúrgica com retalhos livres (perónio e antebraquial, respetivamente), envolvendo anastomoses vasculares delicadas e moldagem personalizada dos tecidos colhidos.

É também de destacar o impacto funcional e psicológico das alterações anatómicas provocadas por estas cirurgias, como se observou em vários doentes acompanhados na consulta de ambulatório ou acompanhamento. A perda de mobilidade lingual, as dificuldades na fala, mastigação e deglutição, e as alterações estéticas exigem intervenções reabilitadoras coordenadas, desde a nutrição ao apoio psicológico, passando pela reabilitação protética e maxilofacial. A Medicina Dentária tem aqui um papel insubstituível, seja no planeamento pré-cirúrgico, na reabilitação protética ou no acompanhamento funcional a longo prazo.(4,26)

Em doentes como o do caso 6, observou-se dor neuropática residual, limitação da mobilidade lingual e disfagia leve. Nestes casos, o uso de analgésicos (como paracetamol ou tramadol), neuromoduladores (gabapentina ou pregabalina) e sessões de fisioterapia e terapia da fala têm demonstrado benefícios claros na melhoria da qualidade de vida.(29,33)

A radioterapia, aplicada muitas vezes como adjuvante (como no caso 7), está associada a complicações graves e duradouras. Entre os efeitos imediatos destaca-se a mucosite, que causa dor intensa, ulcerações e infeções secundárias como candidíase. Estes efeitos podem ser atenuados com o uso de colutórios com lidocaína, antifúngicos (como nistatina ou fluconazol) e cuidados rigorosos de higiene oral.(34) A longo prazo, surgem complicações como xerostomia, osteorradionecrose e disgeusia. O uso de sialagogos, saliva artificial e fluoretos tópicos ajuda a controlar a secura oral e prevenir as cáries de radiação. A osteorradionecrose, complicação severa, requer abordagem multidisciplinar com antibióticos, oxigenoterapia hiperbárica e, em casos avançados, cirurgia de reconstrução.(31,32)

A quimioterapia está associada a efeitos sistémicos como náuseas, imunossupressão, alopecia e mucosite. A mucosite pode ser gerida com bochechos de bicarbonato e anestésicos tópicos. A suplementação nutricional, hidratação rigorosa e o uso de antieméticos são fundamentais. O acompanhamento médico-dentário durante a quimioterapia permite identificar precocemente lesões orais, evitando infeções graves em pacientes imunocomprometidos.(34)

Outro papel essencial do médico dentista é na deteção precoce das lesões orais. Lesões como leucoplasias, eritroplasias ou úlceras persistentes devem ser criteriosamente avaliadas. Uma lesão com mais de duas semanas sem cicatrização, com aspeto endurecido, vegetante, pigmentado ou com crescimento rápido, deve ser biopsiada. A biópsia, como demonstrado no caso 9, pode ser realizada de forma excisional em ambiente ambulatorio, sob anestesia local.

O encaminhamento de doentes com lesões orais suspeitas é um processo estruturado que visa garantir um diagnóstico precoce e um tratamento célere, sobretudo em casos oncológicos. Em Portugal, o Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO), desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), desempenha um papel central neste processo. Quando um profissional de saúde, médico dentista, médico de família ou outro, identifica uma lesão com características suspeitas, o doente pode ser referenciado através do PIPCO. Dependendo da localização da lesão, da gravidade clínica e dos recursos locais, o doente pode ser encaminhado para consulta no IPO, para Cirurgia Maxilofacial hospitalar ou para um médico dentista com contrato no âmbito do PIPCO, capacitado para realizar a avaliação e a eventual biópsia. Estes médicos dentistas

foram selecionados após passarem por um processo de formação e avaliação conduzido pela OMD , garantindo a sua qualificação para atuarem no âmbito do programa.(35)

Para facilitar e acelerar este processo, foi criado o “cheque biópsia”, um mecanismo que permite ao doente realizar a biópsia oral gratuitamente com um profissional aderente ao programa, mesmo fora dos hospitais. Esta medida visa reduzir o tempo de espera para diagnóstico e contribuir para o rastreio eficaz de lesões potencialmente malignas. A atuação atempada, aliada a uma via de encaminhamento clara, é fundamental para aumentar as taxas de deteção precoce e melhorar o prognóstico dos doentes com cancro oral. Nos primeiros 5 anos de criação do PIPCO (2014 a 2019), foram realizadas 5.136 biópsias, através das quais foi possível detetar 270 lesões potencialmente malignas e 239 malignas.(36)

A medicina dentária tem um papel central na reabilitação dos doentes após os tratamentos oncológicos. As próteses maxilofaciais, obturadoras do palato, são essenciais em casos de maxilectomia, permitindo restabelecer o vedamento oral, a fala e a deglutição, no entanto são próteses muito desafiadoras a nível técnico devido à anatomia modificada pós-cirurgia, a gestão de defeitos comunicantes com seios maxilares, cavidades nasais ou orbitária e o planeamento de reabilitação funcional a nível da fonação, deglutição e mastigação.(11)

A utilização de implantes osteointegrados tornou-se uma alternativa para solucionar os problemas de retenção e estabilidade. das próteses. No entanto, para os casos específicos de doentes oncológicos maxilectomizados, a identificação de um leito ósseo favorável para a instalação dos implantes nem sempre é fácil, uma vez que, além da redução das estruturas ósseas pós-cirúrgicas, a região é frequentemente irradiada, podendo ocorrer osteoradionecrose. A utilização do osso zigomático como leito dos implantes pode ser uma opção para doentes com espessura óssea maxilar insuficiente para a colocação de implantes. A colaboração com cirurgia plástica, fisioterapia e terapia da fala é igualmente determinante para alcançar resultados satisfatórios.(26)

A experiência adquirida neste estágio realçou a importância da atuação precoce do médico dentista na deteção de lesões suspeitas, na realização de biópsias ou referência para serviços especializados, e na preparação oral dos doentes que

serão submetidos a tratamentos oncológicos, incluindo exodontias preventivas antes da radioterapia e estratégias de manutenção da saúde oral em contexto de xerostomia, mucosite ou osteorradioneecrose.

Neste período houve ainda a oportunidade de participar ativamente nas consultas externas da Unidade de Cabeça e Pescoço, onde pude acompanhar o processo clínico desde a anamnese até à decisão terapêutica. Destaco, em particular, a experiência de realizar o exame objetivo intraoral e extraoral sob supervisão, contribuindo para o desenvolvimento de competências clínicas fundamentais no âmbito da observação, palpação, identificação de sinais de alarme e raciocínio diagnóstico. Esta vivência direta reforçou a minha perceção da relevância do médico dentista no contexto hospitalar, não só como elemento de apoio técnico, mas como profissional integrado na decisão clínica e no seguimento ativo do doente oncológico. O contacto direto com os casos clínicos observados reforçou a noção de que o tratamento do cancro oral não se resume à remoção da lesão, mas sim a um processo contínuo que envolve diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica precisa, vigilância rigorosa e reabilitação multidisciplinar.

4. Conclusão

O estágio curricular na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do IPO-Porto constituiu uma oportunidade única para consolidar conhecimentos, desenvolver competências clínicas e humanas, e integrar a Medicina Dentária no contexto mais vasto da oncologia multidisciplinar. Através da observação de casos reais, foi possível perceber a importância da deteção precoce, da atuação preventiva e do acompanhamento contínuo dos doentes oncológicos, reconhecendo que o impacto das nossas intervenções vai muito além da cavidade oral.

Este contacto próximo com a realidade hospitalar permitiu compreender o valor do trabalho em equipa, o rigor técnico necessário nas decisões clínicas e a importância da comunicação eficaz entre profissionais de diferentes áreas. A Medicina Dentária, ao integrar-se ativamente neste percurso terapêutico, não só contribui para o sucesso clínico, como desempenha um papel determinante na reabilitação funcional, na autoestima e na reintegração social dos doentes.

Resultou deste estágio uma nova perspetiva sobre a minha futura prática profissional, mais consciente, mais preparada e mais humana. Esta experiência confirmou a minha motivação para exercer uma Medicina Dentária comprometida com a excelência, com o trabalho multidisciplinar e, acima de tudo, com o bem-estar integral do doente.

Referências bibliográficas

1. SNS. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE . 2025.
2. Amsel Z, Strawitz JG, Engstrom PF. The dentist as a referral source of first episode head and neck cancer patients. The Journal of the American Dental Association. 1983 Feb 1;106(2):195–7.
3. Argiris A, Karamouzis M V., Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. The Lancet. 2008 May 17;371(9625):1695–709.
4. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maníglia J V, al. et. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(2):239–47.
5. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun R, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy. CA Cancer J Clin. 2012 Nov;62(6):400–22.
6. Saúde DG da. Normas para a prevenção e controlo da infeção em oncologia. Lisboa: Ministério da Saúde; 2022.
7. Fernandes M, Silva R, Oliveira P. Multidisciplinary approach in head and neck oncology: Current practices. Portuguese Journal of Oncology. 2023;29(1):45–58.
8. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol. 2009 Apr 1;45(4–5):309–16.
9. Silva DF, NRM, & ATS (2020). Oncologia oral: fundamentos clínicos e terapêuticos. 2020th ed. Editora Médica.;
10. Scully C, Felix DH. Oral Medicine-Update for the dental practitioner Oral cancer. Vol. 200, BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME. 2006.
11. Santos LL, & TLM. Oncologia oral. 2021.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences; 2015.
13. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2010;36(10):575–80.
14. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. World Health Organization

- Classification of Tumours. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017.
15. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol.* 2009;45(4–5):317–23.
 16. Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer—Surgery. *Oral Oncol.* 2009;45(4–5):394–401.
 17. (NCCN) NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers [Internet]. 2023. Available from: <https://www.nccn.org>
 18. Ferlito A, Shaha AR, Silver CE, Rinaldo A, Mondin V. Incidence and sites of distant metastases from head and neck cancer. *ORL.* 2006;68(4):226–33.
 19. Amin M, Edge S, Greene F, Byrd D, Brookland R, Washington M, et al. *AJCC Cancer Staging Manual.* 8th ed. New York: Springer; 2017.
 20. Nutting C. Radiotherapy in head and neck cancer management. *J Laryngol Otol.* 2016;130(S2):S66–7.
 21. Lydiatt WM, Patel SG, O’Sullivan B. Head and neck cancers—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):122–37.
 22. Dietz A, Wichmann G, Kuhnt T. Multidisciplinary care of head and neck cancer. *Laryngorhinootologie.* 2013;92(S1):S1–36.
 23. Dillon JK, Hayden RE, Lubek JE. Surgical margins in head and neck cancer: a contemporary review. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(3):341–54.
 24. Shanti RM. Surgical margins in head and neck cancer: a contemporary review. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2017;29(3):305–15.
 25. Petrovic I, Rosen EB, Teng MS, Yom SS, Holsinger FC. Functional outcomes and quality of life after surgical treatment for oral cavity cancer. *Curr Oncol Rep.* 2019;21(9):84.
 26. Vosselman N, Verdonck-de Leeuw IM, Hordijk GJ. Functional outcome and health-related quality of life after surgical treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Head Neck.* 2021;43(1):39–48.
 27. Dort JC, Farwell DG, Findlay M, al. et. Optimal perioperative care in major head and neck cancer surgery with free flap reconstruction: a consensus review. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery.* 2017;143(3):292–303.

28. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla R V., Migliorati CA, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. Vol. 6, Cancer Medicine. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 2918–31.
29. Guia de Prática Clínica em Radioterapia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Oncologia; 2007.
30. Salinas TJ. Dental management of head and neck cancer patients. Semin Oncol Nurs. 2010;26(3):172–80.
31. Chaveli-López B. Oral toxicity produced by chemotherapy: a review. J Clin Exp Dent. 2014;6(3):e291–9.
32. Rajendra R, Shanmugasundaram N, Rathinavelu A. Oral cancer and chemotherapy: a double-edged sword. Drug Discov Today. 2020;25(10):1793–800.
33. Worthington H V, Clarkson JE, Bryan G. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;(4):CD000978.
34. Chaveli-López B, Bagán J V. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. J Clin Exp Dent. 2016;8(2):e201–9.
35. Dentistry J. Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral já abrangue mais de 5 mil utentes. Jornal Dentistry [Internet]. 2023; Available from: <https://www.jornaldentistry.pt/news/noticias/programa-de-intervencao-precoce-do-cancro--oral-ja-abrangeu-mais-de-5-mil-utentes>
36. Verdade RA. Projeto PIPCO quer diminuir atraso no diagnóstico do cancro oral. A Verdade [Internet]. 2022; Available from: <https://averdade.com/projeto-pipco-quer-diminuir-atraso-no-diagnostico-do-cancro-oral/>

Anexos