



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTÁGIO EM ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA MAXILOFACIAL NO
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO**

**“INTERNSHIP IN STOMATOLOGY AND ORAL AND MAXILLOFACIAL
SURGERY AT HOSPITAL SANTO ANTÓNIO**

Igor Arriada Pereira

Orientadora

Prof. Doutora. Paula Vaz

Coorientador

Prof. Doutor Pedro Gomes

PORTO 2025

RESUMO

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), em colaboração com o Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdeSA) oferece a oportunidade da realização de um estágio observacional como parte da Unidade Curricular "Monografia/Relatório de Estágio". Esta iniciativa tem como objectivo o desenvolvimento de competências clínicas complementares, assim como propiciar uma visão integrada e multidisciplinar essencial, tanto no ambiente hospitalar, como na clínica de Medicina Dentária.

Este relatório procura descrever o estágio realizado entre os dias 6 de março de 2025 e 5 de Junho de 2025, com frequência de 8 a 15 horas semanais e uma carga horária total de 136 horas. Este período foi dividido entre o Serviço de Cirurgia Maxilofacial e o Serviço de Estomatologia Pediátrica.

No sector de Cirurgia Maxilofacial, sob a orientação do Dr. Hugo Marques e da Dra. Rute Saleiro, pude acompanhar os mais diversos casos de patologia Oral, disfunção temporomandibular, traumas craniofaciais, cirurgias ortognáticas, encerramentos de fendas nasopalatinas, osteonecroses, tratamentos de patologias específicas e tumores de glândulas salivares tanto em consultas pré-operatórias, pós-operatórias e de vigilância. Também foi possível assistir a pequenas cirurgias, realizadas em ambulatório e outras mais complexas, realizadas no bloco cirúrgico, sob anestesia geral.

No sector de Estomatologia Pediátrica, sob Orientação do Dr José Amorim e da Dra Teresa Oliveira, foi possível assistir a consultas de dentisteria, medicina dentária preventiva, exodontias, patologia oral, ortodontia e principalmente, a avaliação de pacientes especiais e com patologias congénitas. Neste setor foi possível assistir a 4 casos, realizados em bloco cirúrgico, sob anestesia geral.

Este relatório tem como objetivo principal relatar e demonstrar a importância deste estágio na minha formação, como profissional da Medicina Dentária. Durante o estágio foi possível rever e aprofundar conceitos e questões técnicas de anatomia, patologia, farmacologia, imagiologia, cirurgia e comportamento em meio hospitalar. O tratamento multidisciplinar, centrado no doente, tendo em conta o seu contexto social, cultural e psicológico, foi também uma mais valia para a minha formação.

Palavras-chave: Estomatologia, Cirurgia Maxilofacial, Ortognática, Prevenção.

ABSTRACT

The Faculty of Dental Medicine of the University of Porto (FMDUP), in collaboration with the Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdeSA), offers the opportunity to undertake an observational internship as part of the curricular unit "Monograph/Internship Report". This initiative aims to develop complementary clinical skills and to provide an integrated and multidisciplinary perspective essential in both hospital and dental clinic settings.

This report seeks to describe the internship carried out between March 6, 2025, and June 5, 2025, with a weekly commitment of 8 to 15 hours and a total of 136 hours. This period was divided between the Maxillofacial Surgery Department and the Paediatric Stomatology Department.

In the Maxillofacial Surgery Department, under the supervision of Dr Hugo Marques and Dr Rute Saleiro, I was able to observe a wide range of cases including oral pathologies, temporomandibular joint disorders, craniofacial trauma, orthognathic surgeries, closure of nasopalatine clefts, osteonecrosis, and treatment of specific pathologies and salivary gland tumours, both in pre-operative, post-operative and follow-up consultations. I was also able to attend minor outpatient surgeries as well as more complex procedures performed in the operating theatre under general anaesthesia.

In the Paediatric Stomatology Department, under the supervision of Dr José Amorim and Dr Teresa Oliveira, I attended appointments related to restorative dentistry, preventive dental medicine, exodontia, oral pathology, orthodontics, and, in particular, the assessment of special care patients and those with congenital conditions. In this department, I also observed four cases performed under general anaesthesia in the surgical theatre.

The main objective of this report is to present and demonstrate the importance of this internship in my professional training as a dental medicine practitioner. Throughout the internship, I was able to review and deepen my understanding of anatomy, pathology, pharmacology, radiology, surgery, and professional conduct in a hospital environment. The multidisciplinary, patient-centred approach, which considered the patient's social, cultural, and psychological context, was also a valuable asset to my professional development.

Keywords: Stomatology, Maxillofacial Surgery, Orthognathic Surgery, Prevention.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha companheira, Janaína da Costa, pelo apoio constante e por me acompanhar nesta caminhada.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Paula Vaz, agradeço profundamente por me ter acolhido como orientando, pela atenção dedicada ao longo do percurso e pelos valiosos ensinamentos partilhados.

Ao meu coorientador Prof. Doutor Pedro Gomes pelo incentivo a realização deste estágio assim como por todo auxílio prestado.

Ao Professor Francisco Maligno por toda ajuda tanto com este relatório como na clínica da Faculdade.

Aos Médicos do Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial — Dr. Hugo Marques, Dra. Rute Saleiro, Dra. Teresa Oliveira, Dr. José Amorim e Dr. Rafael Nobre — deixo o meu reconhecimento pelo excelente acolhimento, disponibilidade e apoio prestados em todas as minhas solicitações.

Aos meus pais e a minha vó por todo apoio, mesmo que à distância.

A todos os colegas, funcionários e docentes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, com quem tive o privilégio de conviver, deixo também o meu agradecimento.

E, por fim, à encantadora cidade do Porto, pelo acolhimento caloroso e por tudo que me proporcionou.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	II
ABSTRACT	III
AGRADECIMENTOS	IV
ÍNDICE GERAL	V
ÍNDICE DE FIGURAS.	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
INTRODUÇÃO	1
MATERIAIS E MÉTODOS	2
DISCUSSÃO	3
1- Cirurgia Maxilofacial	
1.1 Consultas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)	3
1.2 Cirurgias em Bloco com anestesia geral no Hospital Santo Antonio	7
1.2.1 - Caso 1 - Enxerto de crista íliaca em fenda alveolar	9
1.2.2 - Caso 2 - Ortognática BIMAX	11
1.2.3 - Caso 3 - Dissecção extra capsular de tumores na parótida	13
1.2.4 - Caso 4 - Excisão de Carcinoma com mandilectomia parcial	15
1.3 Procedimentos Ambulatoriais no CICA	19
1.3.1 - Caso 4 - Secção do retalho pediculado (Carcinoma)	19
1.3.2 - Caso 5 - Remoção de fistula branquial pré-auricular	20
1.4 Reflexões sobre a experiência na Cirurgia Maxilofacial	20
2-Estomatologia Pediátrica	
2.1 Atendimentos em Consultório.	21
2.1.1 - Consultas de Ortodontia	23
2.1.2 - Consultas de Medicina Dentária Preventiva	23
2.1.3 - Consultas de Cirurgia Oral	24
2.1.4 - Consultas de Endodontia	24
2.1.5 - Dentisteria, Medicina Oral e Periodontologia	24
2.2 Procedimentos e Bloco operatório com anestesia geral	25
2.2.1 - Caso 6 -Epilepsia, ADPM e Lisencefalia	26
2.2.2 - Caso 7 - Saudável não cooperativo	27
2.2.3 - Caso 8 - Hemofilia A grave	27

2.2.4 - Caso 9 - Síndrome de Phelan-McDermid, ADPM	28
2.3 Reflexões sobre a experiência na Estomatologia Pediátrica	29
COMENTÁRIOS	31
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- A e B: o Ducto de Stenon dilatado pela retenção de saliva; C: Exame feito em um momento anterior onde a paciente havia ordenhado a glândula	5
Figura 2 - Fios utilizados anteriormente em Ortognáticas	6
Figura 3 - Ortognática TRIMAX com placas e parafusos.....	7
Figura 4 - A: Marcação da Incisão região do ilíaco; B: Descolamento da cortical; C: Coleta de osso medular	9
Figura 5 - A: Osso coletado; B: Preparação do leito receptor; C: Inserção do enxerto;	10
Figura 6 - A: Dreno em posição e fechamento da loja cirúrgica ; B: Áreas receptoras fechadas	11
Figura 7 - A: Incisão com bisturi elétrico; B: Medições com compasso; C: Marcas feitas com a serra.....	12
Figura 8 - A: Osteotomia para impactar a maxila; B: Soltura total da maxila; C: kit de Placas e parafusos.....	12
Figura 9 - A: Separação da Mandíbula; B: Dentário Inferior íntegro; C: Fixação com fio ortodôntico.....	13
Figura 10 - A: Eletrodos inseridos na musculatura; B: Monitor do facial.....	14
Figura 11 - A: Infiltração sob o desenho; B: Divulsão do tecido; C: Enucleação da lesão; D: Surgicel® e suturas. E: Tamanho da lesão; F: foto final.....	14
Figura 12 - A: Carcinoma; B: Divulsão do tecido; C: Manutenção da artéria Facial; D: Ligaduras na veia jugular. E: Esvaziamento terminado	16
Figura 13 - A: Incisão; B: Serra reta; C: Corte na mandíbula; D: Separação da mandíbula; E: Medição da peça; F: Leão envolvendo parte da mandíbula.....	17
Figura 14 - A: Desenho da incisão; B: Divulsão do tecido; C: Retalho; D: Comunicação com o meio oral; E: Rotação do retalho; F: Sutura intra-oral.....	18
Figura 15 - A: Retalho mantido pediculado e abertura para cavidade oral; B: Dreno cervical.....	19
Figura 16 - A: Cicatriz cervical ; B: Comunicação com o meio oral; C: Sutures após 3 semanas; D: Anestesia infiltrava. E: Separação do retalho; F: Sutura externa fechando a comunicação.....	19
Figura 17 - A: Marcação da incisão; B: Incisão; C: Divulsão dos tecidos; D: Avaliação dos tecidos; E: Sutura; F: Curativo.....	20
Figura 18 - A: Espaço para lavagem de mãos; B: Vista do bloco.....	25
Figura 19 - A: Sala de recuperação ; B: Vista do bloco; C: Aquecedor.....	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1- Distribuição dos Atendimentos da Maxilofacial por tipo de consulta.....</i>	<i>3</i>
<i>Gráfico 2- Distribuição das consultas de Maxilofacial por motivo.....</i>	<i>4</i>
<i>Gráfico 3 - Distribuição das Consultas de Estomatologia por área de atuação.....</i>	<i>22</i>

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1- Classificação da American Society of Anesthesiologists.....</i>	<i>8</i>
<i>Quadro 2- Classificação TMN - Região Maxilofacial.....</i>	<i>15</i>

ABREVIATURAS

ADPM - Atraso do desenvolvimento psicomotor

ASA - American Society of Anesthesiologists

BIMAX - Cirurgia Ortognática envolvendo maxila e mandíbula.

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CHUdSA- Centro Universitário Hospitalar de Santo António

CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório CMF – Cirurgia Maxilofacial

CIR-AMB - Cirurgia em ambulatório

CIR-BLOCO - Cirurgia em bloco operatório

DTM – Distúrbio Temporomandibular

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

HSA – Hospital de Santo António

LIS1- Mutação causadora da Lisencefalia

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PRÉ - Consulta pré-operatória

PÓS - Consulta pós-operatória

TRIMAX - Cirurgia Ortognática envolvendo maxila e mandíbul e mento.

TNM - (Tumor, Nódulo, Metástase) Classificação tumoral UICC

UICC (Union for International Cancer Control)

INTRODUÇÃO

Este estágio foi realizado como parte integrante da Unidade Curricular “Monografia/Relatório de Estágio”, sendo parte de uma parceria entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e o Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA).

A escolha pelo estágio no CHUdSA, especificamente na Clínica de Cirurgia, Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial, foi motivada pelo interesse na área cirúrgica e pela proximidade dessa especialidade com a Medicina Dentária, particularmente na abordagem de casos multidisciplinares, em que parte dos tratamentos são realizados em ambiente hospitalar.

Este estágio decorreu entre os meses de março e junho de 2025, com uma frequência semanal de 2 a 3 vezes perfazendo um total de 136h e sendo dividido em duas partes. A primeira sendo realizada junto a equipe de Cirurgia Maxilofacial e a segunda com a equipe de Estomatologia Pediátrica.

Com a equipe de Cirurgia Maxilofacial acompanhei consultas e procedimentos em ambulatório no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA). E as cirurgias maiores no bloco cirúrgico do prédio central do Hospital de Santo António.

Na Clínica de Estomatologia Pediátrica acompanhei consultas e procedimentos no setor de Estomatologia, localizado no prédio Anexo ao CICA. As cirurgias e os procedimentos em bloco cirúrgico foram realizados no Hospital Centro Materno-Infantil do Norte Albino.

O presente relatório tem como finalidade apresentar uma visão geral do funcionamento dos serviços clínicos acompanhados durante o estágio. O documento contempla a quantificação e categorização dos atendimentos observados, bem como a descrição detalhada dos casos clínicos de maior relevância do ponto de vista diagnóstico e terapêutico. Este relato visa, sobretudo, demonstrar a contribuição formativa do estágio para o desenvolvimento das competências clínicas, técnicas e reflexivas essenciais à prática profissional em Medicina Dentária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados dos doentes observados foram organizados numa tabela com as seguintes informações: idade, sexo, patologia/motivo da consulta, procedimento, sinais e sintomas e situação atual.

No Serviço de Cirurgia Maxilofacial, os procedimentos foram divididos por tipo de consulta em: consulta inicial, consulta de vigilância, consulta de preparo, consulta pré-operatória (PRÉ) , consulta pós-operatória (PÓS).

Os motivos da consulta/patologias foram categorizados em:

- 1- Oncológicos
- 2- DTM,
- 3- Ortognática,
- 4- Fissurados,
- 5- Trauma,
- 6- Patologia de glândula salivar.
- 7- Infecções e osteonecrose
- 8- Outras lesões.

Para a Estomatologia as consultas foram categorizadas por área de atuação em:

- 1- Ortodontia
- 2- Medicina Preventiva,
- 3- Cirurgia Oral,
- 4- Medicina Oral
- 5- Outros (Endodontia, Dentisteria e Oclusão)

Para a confecção deste relatório de estágio observacional foi feito uma análise comparativa dos aspectos considerados mais relevantes do estágio com com a experiência prévia em Medicina Dentária.

DISCUSSÃO

1- Cirurgia Maxilofacial

1.1 Consultas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)

No primeiro dia do estágio fui recebido pelo Diretor do serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial, Dr. Figueiredo Dias e apresentados ao Dr. Hugo Marques e ao interno Dr. Rafael Nobre, com os quais começamos as atividades e que junto com a Dr. Rute Saleiro nos acompanharam durante a primeira parte do estágio. As consultas da Cirurgia Maxilofacial são realizadas nas segundas-feiras e quintas-feiras de manhã, no mesmo momento em que são feitos os procedimentos em ambulatório, com revezamento dos profissionais. Ambos os tratamentos são realizados no CICA, em salas próximas. Nas quartas-feiras de manhã e nas sextas-feiras a tarde são realizadas as cirurgias em bloco operatório, no prédio central do CHUdSA.

No acompanhamento das consultas tivemos contato com os mais diversos procedimentos, patologias e condições clínicas. A consulta de vigilância, seja oncológica, de DTM, de lesões benignas ou de cirurgia ortognática, representa mais de 50% dos atendimentos. Esta percentagem demonstra, por si só, um grande foco na prevenção de recidivas.

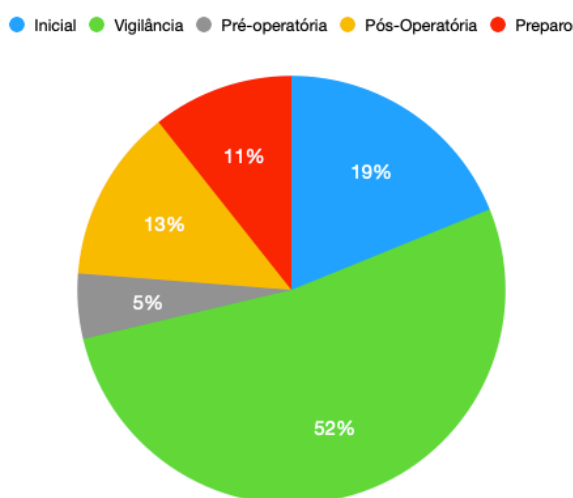


Gráfico 1- Distribuição dos Atendimentos por tipo de consulta.

No que se refere ao motivo da consulta, há uma maior prevalência de pacientes Oncológicos seguido dos pacientes de Ortognática, com patologias dentárias e com queixa de DTM. Cabe destacar que a grande maioria dos pacientes encaminhados com sinais e sintomas de DTM poderiam ser atendidos em serviços de menor complexidade, caso esses profissionais tivessem um maior conhecimento na área. É comum que os pacientes cheguem ao atendimento sem um diagnóstico preciso, após terem passado por diversos profissionais, muitas vezes acreditando que a solução para seus problemas está num procedimento cirúrgico.

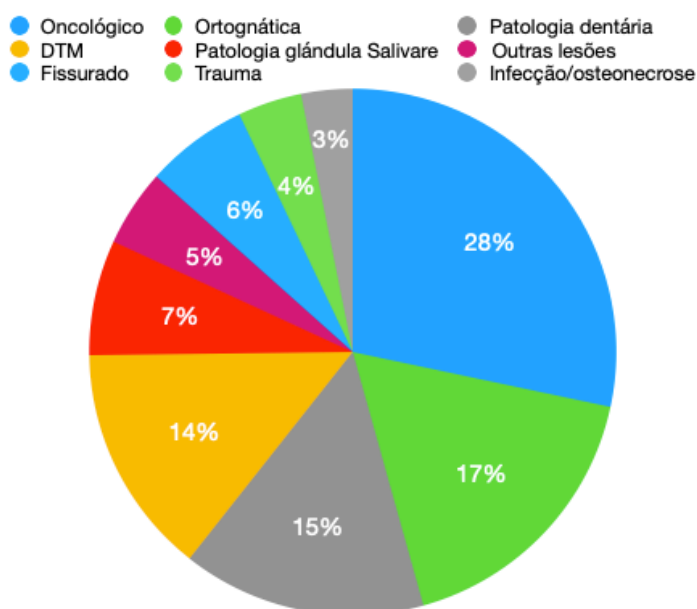


Gráfico 2- Distribuição das consultas por motivo.

O gráfico acima dá uma visão geral da variedade da multiplicidade de casos analisados durante o estágio. Para além da história clínica e exame clínico (com palpação e auscultação doente), foram sempre utilizados recursos laboratoriais e de meios auxiliares imagiológicos para confirmação do diagnóstico. Como exemplo podemos citar o caso de uma doente que desenvolveu uma dilatação do Ducto de Stenon, que lhe causava um aumento unilateral do volume facial trazendo-lhe um comprometimento estético e desconforto físico. (Figura 1) Foram necessárias várias consultas e diferentes exames de imagem para chegar ao diagnóstico, visto que em alguns momentos a saliva drenava por massagem feita pela paciente e no exame

aparecia com aspecto de normalidade. Este fato fazia os profissionais acreditarem que o problema estava resolvido quando na verdade era apenas um exame feito em um momento errado. Nesse caso, após análise de recorrentes exames, conclui-se que um estreitamento na sua passagem pelo músculo bucinador, por hipertrofia muscular ou por defeito anatômico, gerava o acúmulo de saliva causador da dilatação.

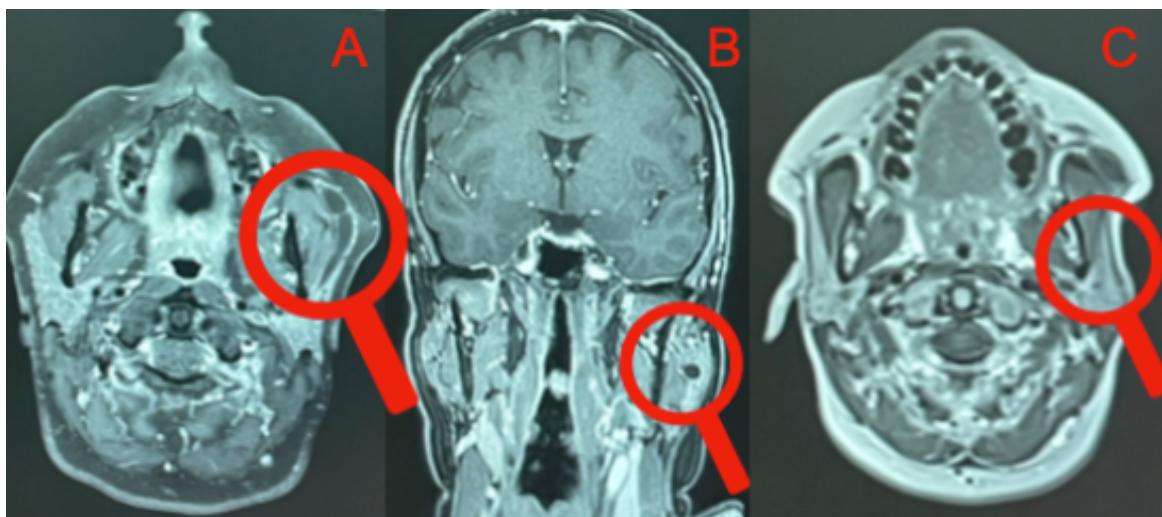


Figura 1- Em **A** e **B**: o Ducto de Stenon dilatado pela retenção de saliva ; **C**: Exame feito em um momento anterior onde a paciente havia ordenhado a glândula.

Como o serviço atende muitos pacientes oncológicos que chegam em um estado emocional muito afectado fica clara a importância do acolhimento e do atendimento integral.

Os pacientes que estavam iniciavam a fase de vigilância pós-cirúrgica e os que recebiam o diagnostico vinham num estado pior do que aqueles que já estavam em vigilância há mais tempo. A equipa oferece um grande suporte também na esfera psicológica tanto por passar segurança na qualidade do serviço prestado como no acolhimento em todas fases do tratamento. Houve alguns casos em que foi necessário o encaminhamento para o serviço de psiquiatria.

Tivemos o caso de uma senhora que estava muito abalada por toda situação e que após a cirurgia nos relatou não saber o que estava acontecendo com ela pois ela sempre foi muito ativa e agora não tinha mais vontade de viver. Conversando com a paciente ela relatou estar descontente também com o lábio que estava um pouco diferente pela parestesia. A paciente foi marcada para na semana seguinte para

aplicação de botox para harmonizar a mobilidade do lábio e na semana subsequente voltou emocionalmente muito melhor.

Também tivemos a oportunidade de acompanhar diversos casos de cirurgias ortognáticas, que representaram 17% das nossas consultas. A Ortognática é uma cirurgia onde se busca corrigir a má oclusão esquelética. Segundo Ribas et al. A cirurgia ortognática é assim denominada por constituir-se de técnicas de osteotomias realizadas no sistema mastigatório com o objetivo de corrigir as discrepâncias relacionais maxilares e, por conseguinte, estabelecer o equilíbrio entre a face e o crânio.

A maior parte desses pacientes estava em fase de preparação para a cirurgia. Nesse período, a preparação é realizado pela equipa de Estomatologia, sempre sob a supervisão da Cirurgia Maxilofacial. Além disso, tivemos a oportunidade de assistir a uma cirurgia ortognática no bloco cirúrgico e acompanhar algumas consultas pós-operatórias, o que nos mostrou como a técnica cirúrgica evoluiu bastante nos últimos anos. De cirurgias muito agressivas com pós-operatório complicado para cirurgias menos invasivas com um pós-operatório muito mais tranquilo, tudo contribuiu para um melhor entendimento da evolução dos casos. Numa dessas consultas foi avaliada uma das primeiras pacientes a fazer cirurgia ortognática em Portugal. No exame pudemos notar ainda os fios (Figura 2) que eram utilizados na época, no lugar das atuais placas e parafusos. (Figura 3)

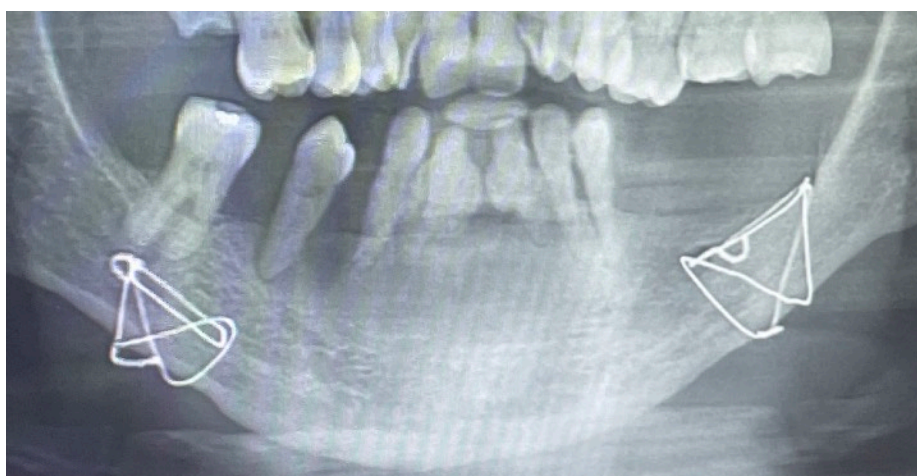


Figura 2- Fios utilizados anteriormente em Ortognáticas.

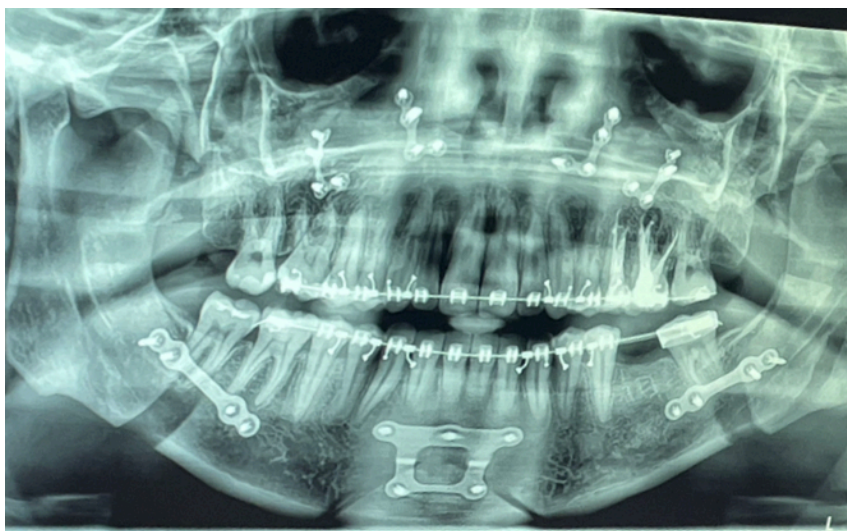


Figura 3 - Ortognática TRIMAX com placas e Parafusos.

Nas consultas para cirurgias ortognáticas pudemos notar também que uma parte dos pacientes procura o serviço com queixas estéticas, procurando padrões estéticos inalcançáveis, muitas vezes fomentados pelas redes sociais. Nessas consultas o Dr. tinha que fazer a consciencialização e aconselhamento dos pacientes, que algumas vezes já vinham para a consulta com fotos de outros casos, divulgados por outros profissionais da área.

Essas consultas costumavam levar muito mais tempo do que outras, mas são de uma grande importância para que o paciente possa optar de forma informada e consciente por fazer ou não fazer a cirurgia. O paciente deve estar ciente de todos os riscos e desconfortos que vai passar no pós-operatório para que não exista um sentimento de insatisfação com o tratamento. Segundo *Macgregor* (1), a insatisfação pode ter como causa três fatores: fatores atribuídos ao paciente (problemas psicológicos), ao profissional (preparo do paciente ou pré-operatório inadequado) e à relação do profissional com o paciente (falha na comunicação ou conflito entre as partes). Há alguns estudos, como o de *Kyak et al.* (2), que demonstram inclusive um aumento da percepção da dor relacionada a insatisfação do paciente com o tratamento.

1.2 Cirurgias em Bloco com anestesia geral no Hospital Santo Antonio.

Nas quintas-feiras são feitas cirurgias no bloco operatório do prédio central. Todos pacientes passam por uma consulta pré-anestésica onde é investigada a história

clínica do paciente. Nesta consulta os pacientes são classificados segundo o risco de morbidade e mortalidade no trans-operatório.

Essa classificação é feita de acordo com os Critérios da *American Society of Anesthesiologists* - Classificação ASA.(3) (Tabela 1) Para garantir uma preparação adequada e otimizar o uso do tempo do bloco cirúrgico, os pacientes precisam ser internados no dia anterior.

Quadro 1- Classificação da American Society of Anesthesiologists

Classe ASA	Definição	Exemplos (Adultos)
ASA I	Paciente saudável, sem doença sistêmica.	Saudável, não fumante, consumo mínimo de álcool.
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve.	Hipertensão bem controlada, diabetes sem complicações, tabagismo, gravidez, obesidade (IMC entre 30 e 40), uso social de álcool.
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave, mas não incapacitante.	Doença cardiovascular controlada, diabetes insulino-dependente, obesidade grave (IMC ≥ 40), dependência de álcool ou drogas, marca-passo implantado, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal em diálise regular.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida.	Infarto ou AVC recente (< 3 meses), insuficiência cardíaca, instabilidade hemodinâmica, insuficiência renal ou hepática grave, sepse.
ASA V	Paciente moribundo, que provavelmente não sobreviverá à cirurgia.	Aneurisma roto, trauma craniano severo, hemorragia interna grave, choque séptico, lesão multissistêmica grave.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada.	Órgãos sendo removidos para doação.

Os procedimentos começam às 8h30, momento em que os profissionais se vestem com pijamas cirúrgicos e socas. Entre 8h30 e 9h, a equipa Maxilofacial reúne-se com a equipa de Anestesia para compartilhar informações importantes sobre o doente, dando início ao processo de anestesia.

Antes do início da cirurgia, normalmente prevista para as 9:00 é feito um “*checklist*” em voz alta onde a cada equipe (Anestesistas, Cirurgiões Maxilofaciais e Enfermagem) expõe o que será feito, quais medicações serão usadas, quais equipamentos necessários e as demais características específicas do caso. O doente é

coberto por campos operatórios descartáveis deixando exposta apenas o campo operatório o qual é desinfetado com iodopovidona.

As cirurgias normalmente vão até às 13:00 ou 14:00 dependendo da complexidade dos casos e do número de cirurgias marcadas. Normalmente são marcadas 1 a 2 para esse dia de bloco.

Terminada a cirurgia, o paciente é desentubado e acordado pela equipe de anestesiologistas, sendo levado para a sala de recuperação. O tempo de internamento pós-operatório depende da complexidade e mobilidade da cirurgia.

1.2.1 - Caso Clínico 1 - Enxerto de crista ilíaca em fenda alveolar.

A paciente de 20 anos e do sexo feminino, já vinha sendo acompanhada pelo serviço de bucomaxilofacial devido a cirurgias de fechamento de fenda bilateral e preparo ortodôntico realizado pela equipe de Estomatologia. Nesta cirurgia, a equipe cirúrgica foi dividida em dois campos de trabalho: um cirurgião responsável pela coleta de osso na região do ílio (Figura 4A) e outro pela preparação do leito cirúrgico na área das fendas.

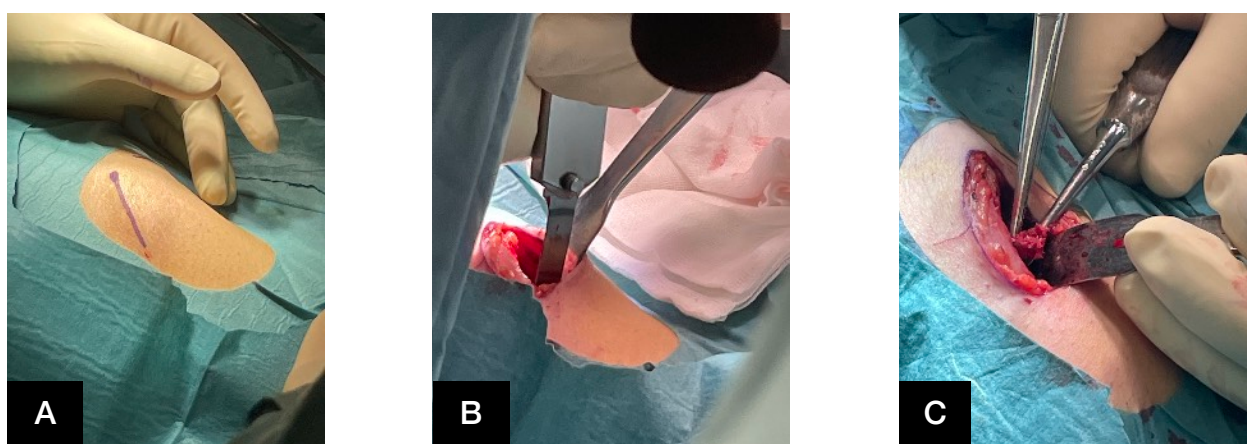


Figura 4 - A: Marcação da Incisão região do íliaco; B: Descolamento da cortical; C: Coleta de osso medular.

Na área doadora, foi acessada a cortical interna do ílio para evitar a formação de defeitos ósseos. Uma janela foi criada, com osteótomo e martelo, por onde também foi removido osso medular. (Figura 4C) Simultaneamente, a equipe responsável pela preparação do leito cirúrgico procedeu ao fechamento da comunicação nasal de um

dos lados, criando uma loja cirúrgica fechada para receber o enxerto. As suturas para esse fechamento foram realizadas com fio reabsorvível.

Após o fechamento interno, foi feito um amplo descolamento dos tecidos tanto na região vestibular quanto na palatina, a fim de garantir um fechamento completo da loja cirúrgica. O osso coletado (Figura 5A) foi sendo acomodado e comprimido no leito receptor até o completo preenchimento.(Figura 5B) O leito doador permaneceu aberto até o término da enxertia, permitindo a remoção de uma quantidade adicional de osso, quando necessário.

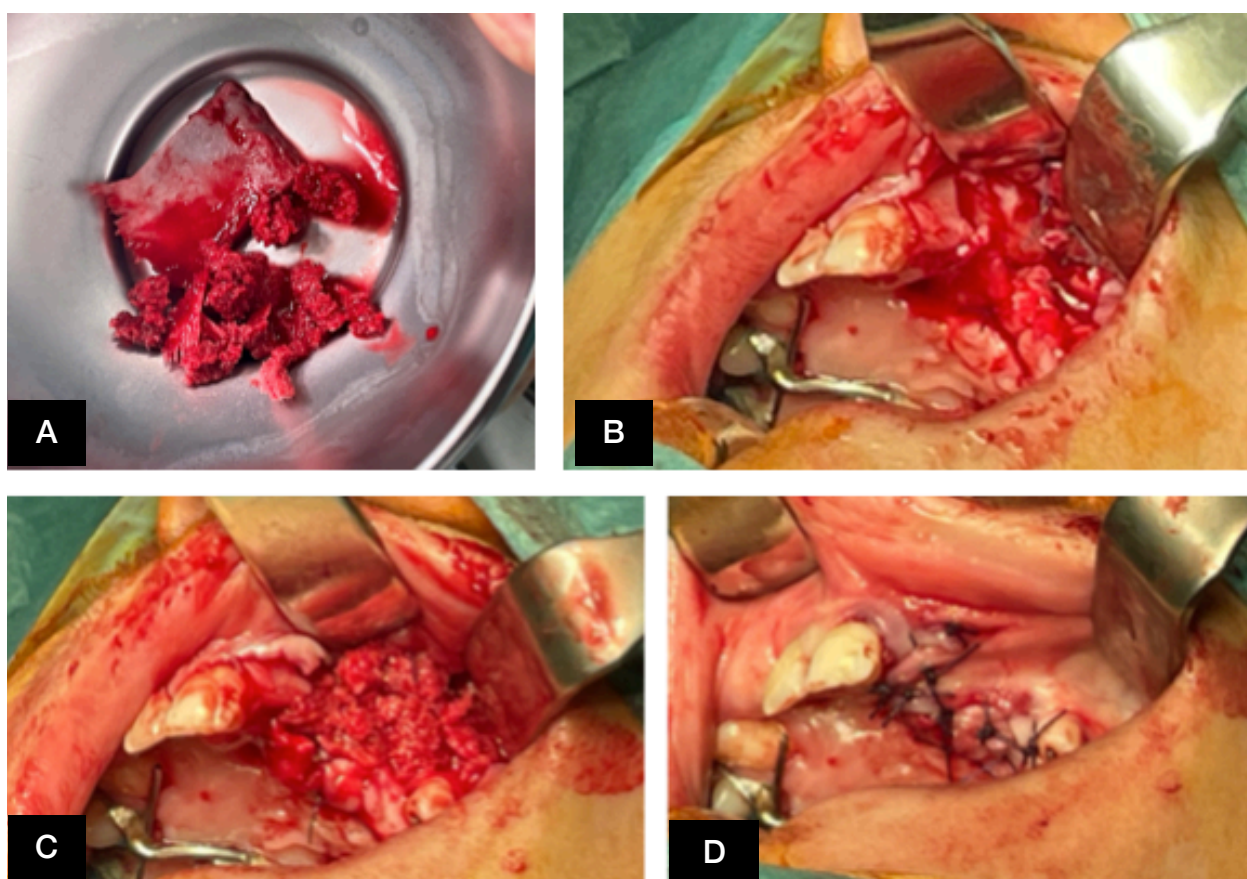


Figura 5 - A: Osso coletado; **B:** Preparação do leito receptor; **C:** Inserção do enxerto; **D:** Sutura.

Após terminado o lado esquerdo o mesmo processo foi feito para o outro lado. E é só após a inserção de quantidade suficiente que ambos os campos começam a ser fechados. na maxila, foi utilizado fio nylon 4-0, enquanto no leito doador, foi utilizado

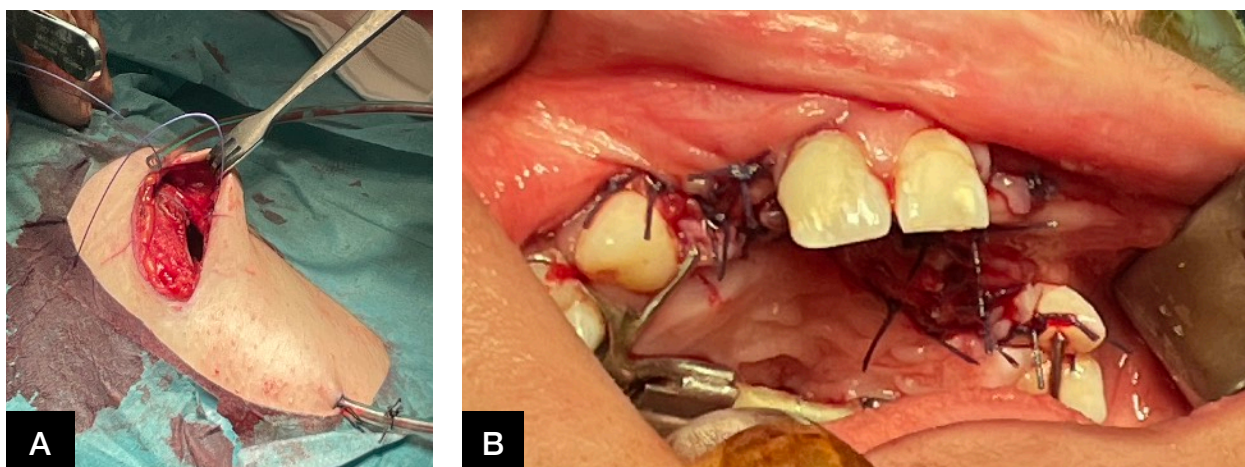


Figura 6 - A: Dreno em posição e fechamento da loja cirúrgica ; **B:** Áreas receptoras fechadas;

Vicryl® 3-0 nos planos musculares e fio nylon 3-0 na pele. Cabe destacar que, na região do ilíaco, foi necessário o uso de um dreno para evitar acúmulo de líquidos (Figura 6A).

1.2.2 - Caso Clínico 2 - Ortognática BIMAX

A paciente de 30 anos do sexo feminino que já vinha sendo acompanhada pela equipe da Maxilofacial e realizando preparo ortodôntico há 2 anos. Ela precisava realizar o avanço da maxila em aproximadamente 3 a 3,5 mm acompanhado de recuo da mandíbula compatível.

A cirurgia ortognática começou com o procedimento na maxila, onde foi feita uma incisão no fundo do sulco vestibular, de um lado ao outro, expondo toda a parte superior da maxila (Figura 7A). Em seguida, foram feitas marcações no osso a ser removido, utilizando um compasso de ponta seca (Figura 7B). Após isso, um corte foi realizado com uma serra reta recíprocante, ligando as marcações. Esse corte foi sendo aprofundado até que a maxila fosse completamente solta da base do crânio. A parte posterior da maxila só foi liberada no final, com um movimento de fratura controlada, para evitar lesões às artérias e veias maxilares.

Depois, foi realizado um aplanamento ósseo no leito ósseo, removendo os milímetros necessários para o reposicionamento adequado da maxila e garantindo um

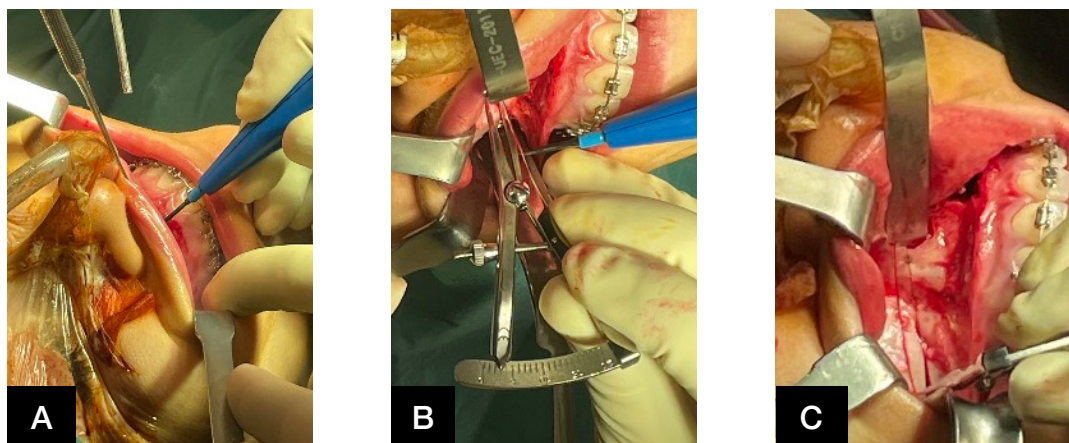


Figura 7 - A: Incisão; **B:** Medições com compasso; **C:** Marcações feitas com a serra.

encaixe perfeito na nova posição (Figura 8). A Maxila é então reposicionada com o uso de uma placa oclusal, que une mandíbula e maxila, e pelo reposicionamento dos côndilos na fossa glenoide. Nessa posição a maxila é fixada com placas e parafusos (Figura 8).

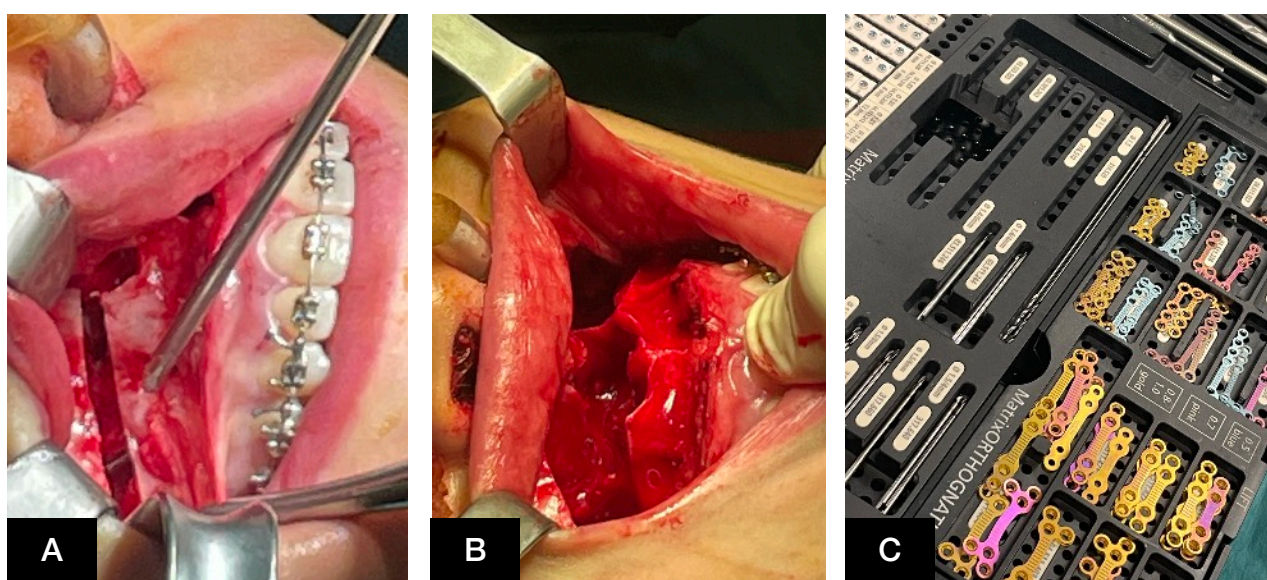


Figura 8 - A: Osteotomia da medida a impactar a maxila; **B:** Soltura total da maxila; **C:** kit de Placas e parafusos.

A seguir, iniciou-se a cirurgia na mandíbula. Foram feitas incisões na região retromolar, expondo o ramo mandibular. Então, foram realizados cortes sagitais, com broca de Lindemann, na região lingual e vestibular de ambos os lados da mandíbula, permitindo que ela pudesse se mover para frente e para trás. Assim como na maxila, a soltura final foi obtida por uma fratura controlada, feita através de osteótomo e martelo e por fim com o separador de cavidades de Smith.

Após a secção da mandíbula, Ela foi posicionada junto à maxila, na oclusão mais estável. Depois, maxila e mandíbula foram unidas com fios ortodônticos, permitindo a fixação, através de placas e parafusos, na nova posição projetada. Após a fixação da mandíbula com placas e parafusos, os fios ortodônticos foram removidos, e as suturas foram realizadas em mandíbula e maxila com fios de nylon 4-0.

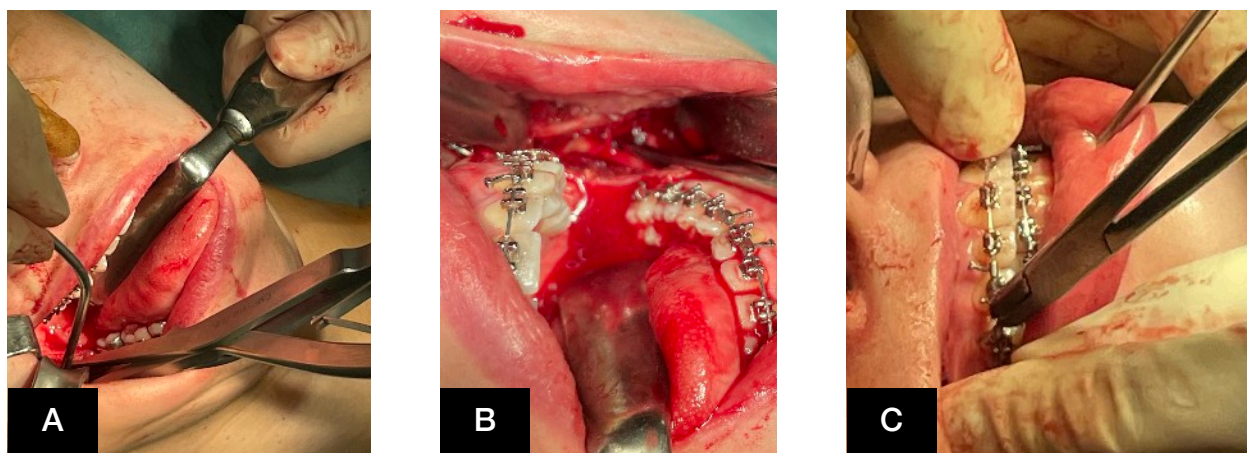


Figura 9 - A: Separação da Mandíbula; **B:** Dentário Inferior inteiro; **C:** Fixação como fio de aço.

Para finalizar, foram colocados elásticos ortodônticos entre maxila e mandíbula, que serão removidos após 2 a 4 semanas.

1.2.3 - Caso Clínico 3 - Dissecção extra capsular de tumores na parótida.

Paciente de 52 anos e sexo feminino, compareceu à consulta com tumefação na região da partida esquerda, cuja confirmação foi obtida por exame de imagem. Após os procedimentos de rotina, a cirurgia foi iniciada com a instalação do monitor do nervo facial. Foram colocados eletrodos nos músculos frontal, orbicular do olho, orbicular da boca e depressor do lábio inferior (Figura 10A). Esse monitor alerta quando o bisturi se aproxima do nervo facial, ajudando a evitar lesões ao nervo (Figura 10B).

Após a instalação do monitor, foi realizado um desenho prévio para determinar a localização aproximada da lesão e a incisão a ser feita). Antes de iniciar a incisão, aplicou-se anestesia infiltrativa com vasoconstritor para melhorar a hemostasia. A

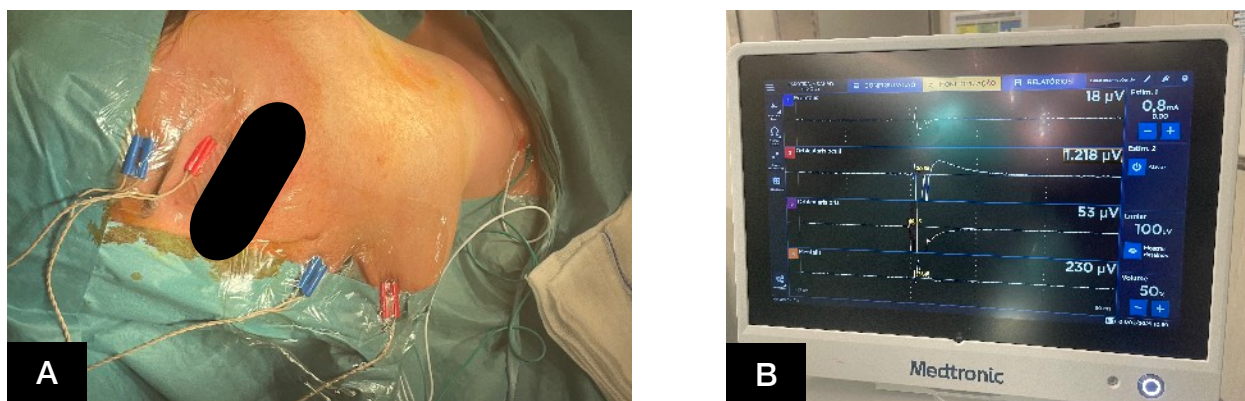


Figura 10 - A: Eletrodos inseridos na musculatura; **B:** Monitor do facial;

incisão foi então realizada com bisturi elétrico, que também foi utilizado para a divulsão do tecido até a exposição completa da área da lesão (Figura 11A e 11B).

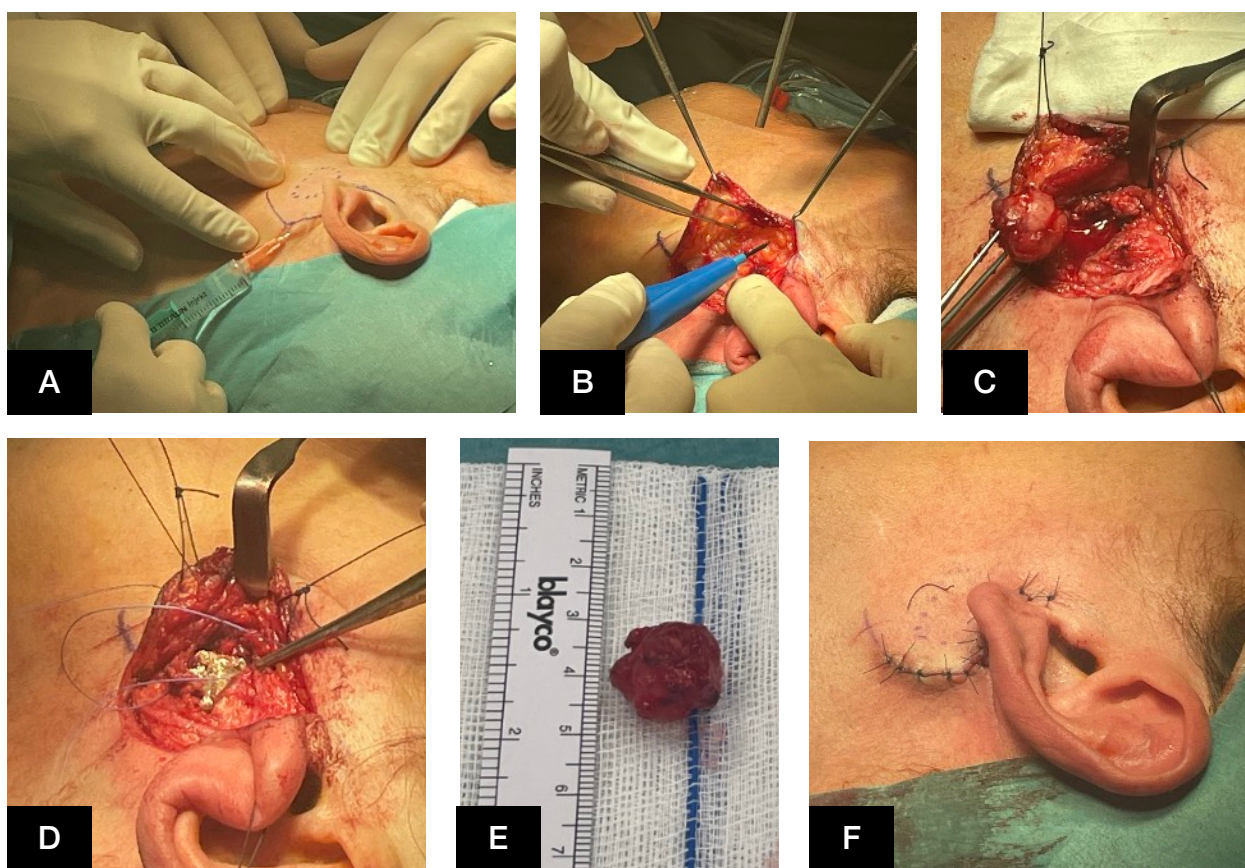


Figura 11 - A: Infiltração sob o desenho; **B:** Divulsão do tecido; **C:** Enucleação da lesão; **D:** Surgicel® e suturas.
E: Tamanho da lesão; **F:** foto final

A lesão foi cuidadosamente pinçada e removida por meio da divulsão do tecido ao redor, enquanto alguns pontos sangrantes eram cauterizados. Após a remoção, foi colocado Surgicel® no espaço e sutura realizada com fio de Nylon 4-0 (Figura 11C).

Nesse tipo de cirurgia, a maior dificuldade geralmente é a proximidade anatômica do nervo facial, o que exige muito cuidado e o uso do monitor. O tronco principal entra na partida de posterior para anterior se ramificando primeiramente em duas divisões a cervical e a temporal que se ramificam um pouco depois nos 5 ramos do nervo facial. Nomeadamente temporal, zigomático, bucal, mandibular e cervical.(4)

Na consulta de pós-operatória a paciente retornou sem nenhum tipo de complicação e referindo um pós-operatório muito tranquilo.

1.2.4 - Caso Clínico 4 - Excisão de Carcinoma com mandilectomia parcial.

Paciente de 70 anos do sexo masculino que apareceu a consulta com lesão de aspecto clínico compatível com carcinoma e que foi confirmado pela biopsia como Carcinoma Indiferenciado.

Em lesões neoplasias é de suma importância o estadiamento da lesão é o estadiamento da lesão que irá definir o protocolo cirúrgico e sua extensão. A classificação utilizada para o estadiamento é a TNM (Tumor, Nódulo, Metástase) é um sistema padronizado pela UICC (Union for International Cancer Control) e pela AJCC (American Joint Committee on Cancer), usado mundialmente para estadiamento de câncer. (Quadro 2)

Quadro 2- Classificação TMN - Região Maxilofacial

Categoria	Definição	Exemplos
T - Tumor primário	Classifica o tamanho e a extensão local do tumor na cavidade oral.	T1: <= 2 cm e profundidade <= 5 mm T2: <= 2 cm com profundidade > 5 mm, ou até 4 cm com profundidade <= 10 mm T3: >= 4 cm ou profundidade > 10 mm T4a: Invasão de estruturas adjacentes (maxila, mandíbula, pele da face, seio maxilar) T4b: Invasão da base do crânio, músculos pterigóideos ou carótida interna
N - Linfonodos regionais	Avalia a presença de metástases em linfonodos cervicais.	N0: Sem metástases N1: 1 linfonodo ipsilateral <= 3 cm N2a: 1 linfonodo ipsilateral > 3 cm até 6 cm N2b: Múltiplos ipsilaterais <= 6 cm N2c: Bilaterais/contralaterais <= 6 cm N3a: > 6 cm N3b: Extensão extranodal evidente
M - Metástase à distância	Indica a disseminação do câncer para outros órgãos.	M0: Sem metástases à distância M1: Presença de metástases à distância
Exemplo de Estadiamento	Combinação dos critérios T, N e M para determinar o estágio clínico.	Exemplo: T2 N1 M0 -> Estágio III (tumor entre 2-4 cm com 1 linfonodo afetado e sem metástase à distância)

Nessa classificação o T categoriza o tamanho e disseminação do tumor primário. Quando maior o numero maior e mais invasivo é o tumor. O N categoriza da mesma forma os linfonodos afetados e o M quantifica a disseminação por outros sítios. A partir da definição do TMN é calculado uma nota para o tumor que definir seu estadio (0,I,II,III,IV). Do carcinoma in situ (estadio 0) ao mais agressivo estadio IV. Alguns tumores utilizar além do TMN outros aspectos para o estadiamento e outros com alguns tumores no cérebro, hodgkin e outros linfomas não usam o TMN.

Nesse caso tínhamos um tumor estadiamento T4A. Lesão teve crescimento significativo após a biopsia (Figura 12A) sendo necessária a remoção com margem de segurança e esvaziamento cervical do lado associado.

Após todo protocolo prévio a cirurgia começa com o esvaziamento cervical. Essa Medida visa a remoção dos gânglios linfáticos da região do pescoço diminuindo o risco de recidivas na região. A definição de fazer ou não o esvaziamento é feita pelo parâmetros citados anteriormente que levam em conta a agressividade da lesão. A cirurgia começou com uma incisão horizontal com bisturi elétrico da lateral do pescoço

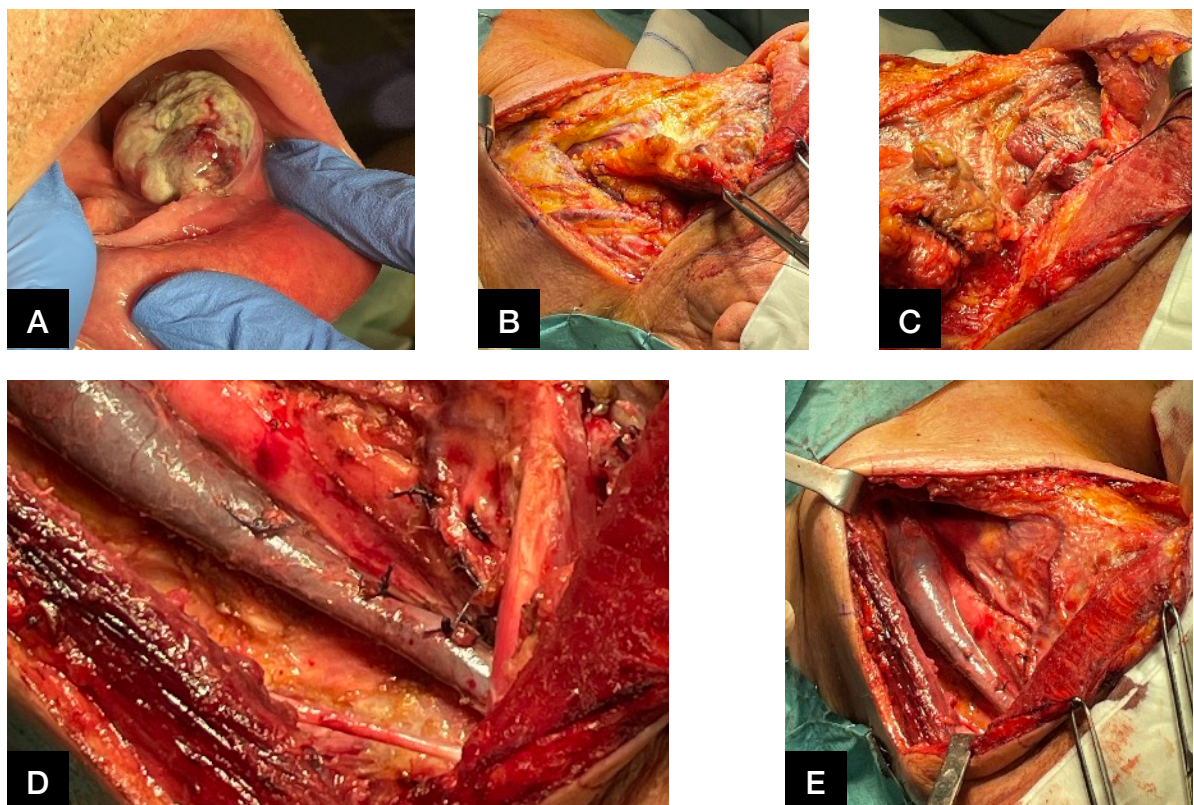


Figura 12 - A: Carcinoma; B: Divulsão do tecido; C: Manutenção da Artéria Facial; D: Ligaduras na veia jugular. E: Esvaziamento terminado;

até região próxima a traqueia. Foi sentida feita a dissecação dos tecidos com o bisturi elétrico monopolizar e depois com ajuda do bisturi ultra-sônico Harmonic®.(Figura 12B) Alguns pontos sangrantes foram sendo cauterizados e algumas pequenas artérias tiveram que ser ligadas. Foram feitas também algumas ligaduras em pequenas ramificações da veia jugular.(Figura 12D)

No procedimento de esvaziamento é dissecada toda região protegendo e tendo muito cuidado com áreas anatômicas importantes nomeadamente a veia jugular, a artéria facial.(Figura 12C) O procedimento de esvaziamento cervical levou 1h e 32 minutos para ser realizado e resultou na remoção de uma peça de mais de 15cm.

A segunda parte da cirurgia consistiu na remoção da lesão primaria localizada no rebordo esquerdo da mandíbula. Foi feita uma incisão no fundo de sulco vestibular vindo da área posterior da mandíbula (retromolar) até a linha média.(Figura13A) E outra incisão no mesmo sentido feita pelo assoalho bucal e respeitando uma margem de segurança de 10mm. Na sequência foi feita, com serra reta reciprocante,(Figura 13B e 13C) uma ressecção da mandíbula desde a área retromolar até a linha média.

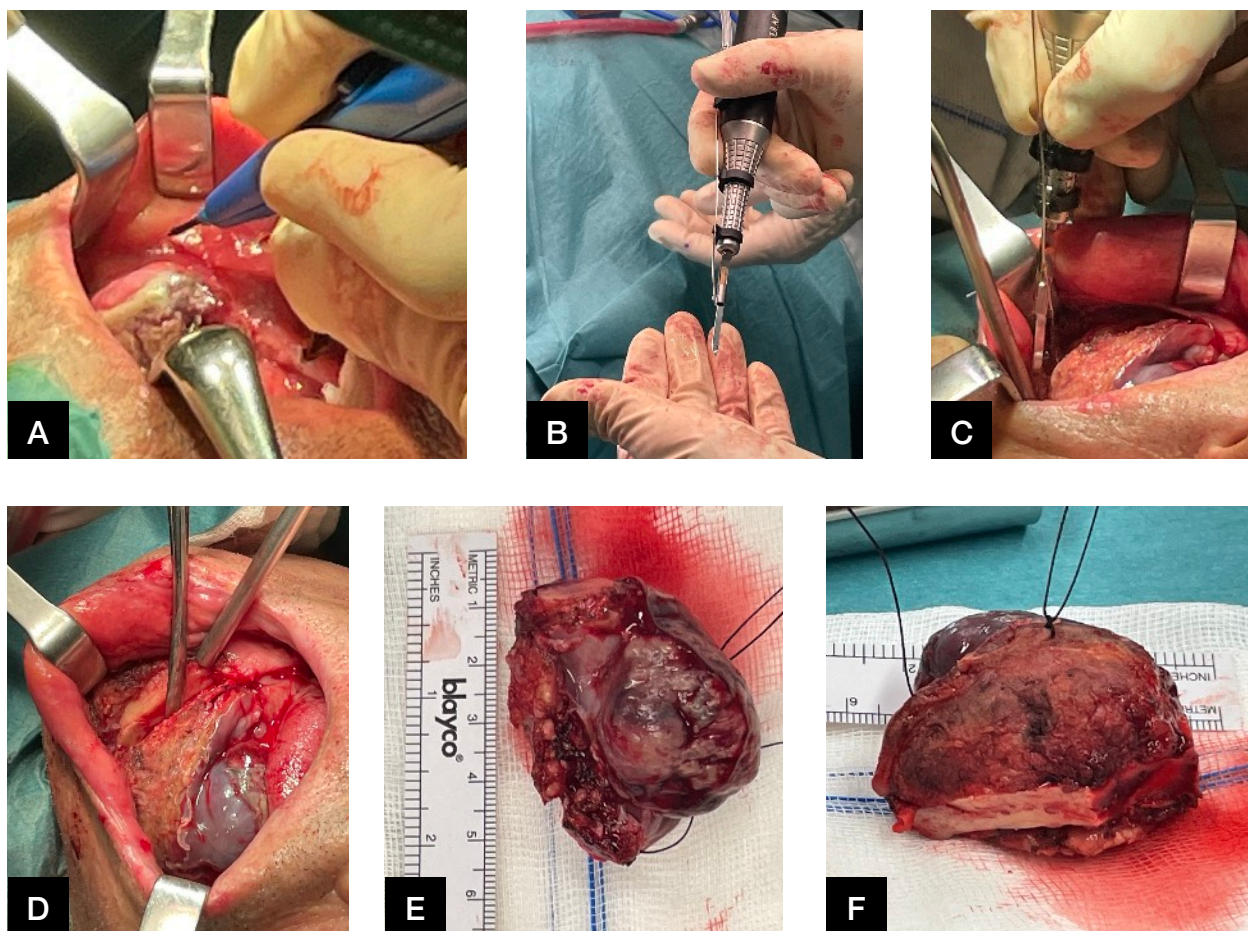


Figura 13 - A: Incisão; B: Serra reta; C: Corte na mandíbula ; D: Separação da mandíbula. E: Medição da peça; F: Leão envolvendo parte da mandíbula.

Separada com um cinzel(Figura 13D) a lesão foi removida junto com o pedaço seccionado da mandíbula e junto com a margem de segurança.(Figuras 13E e 13F)

A terceira parte da cirurgia consistiu em deslocar um retalho de pele da face e rodar para dentro da cavidade oral para recuperar o tecido perdido na remoção da lesão. Esse retalho é mantido pediculado para a manutenção do suporte sanguíneo. Ele é rodado e depois suturado junto as bordas de onde foi removido a peça.(Figuras 14A a 14F). É mantida uma abertura entre a face e a cavidade oral para evitar infecções na região e que será fechada em um segundo momento.(Figura 15A)

Após a sutura de fechamento do local do retalho é colocado um dreno(Figura 15B) na região do pescoço e feita a sutura nessa região com pontos internos no platisma com Vicryl® e com nylon 3-0 na pele.

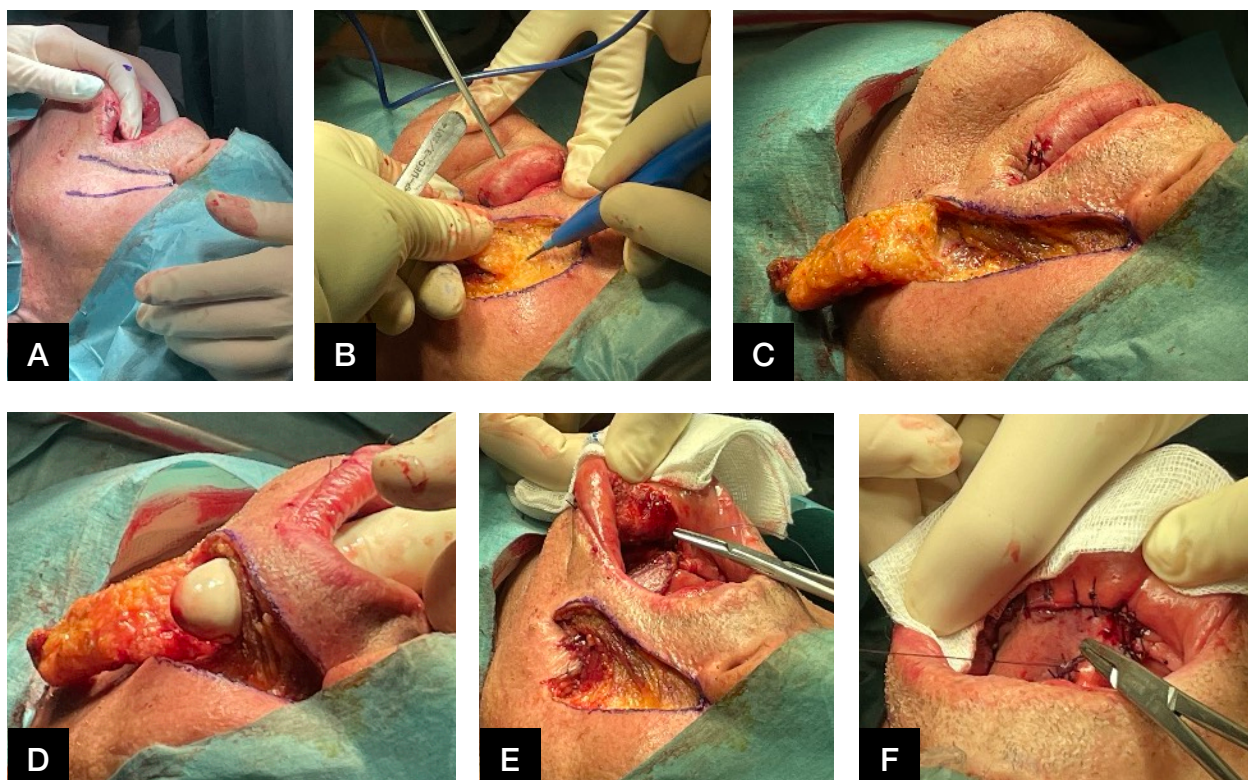


Figura 14 - A: Desenho da incisão; **B:** Divulsão do tecido; **C:** Retalho; **D:** Comunicação com o meio oral; **E:** Rotação do retalho; **F:** Sutura intra-oral.

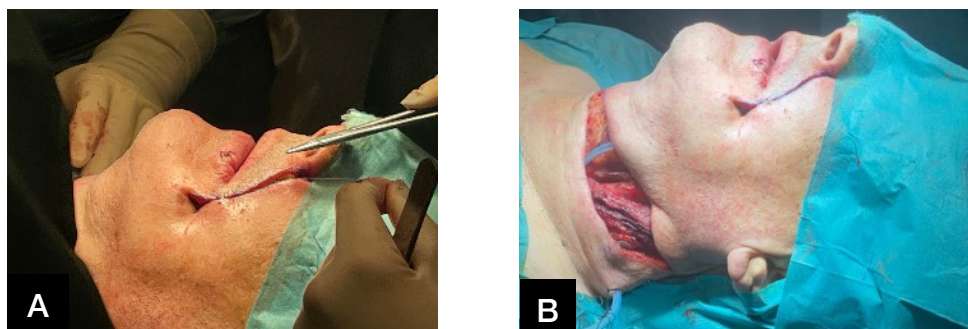


Figura 15 - A: Retalho mantido pediculado e abertura para cavidade oral; **B:** Dreno

1.3 - Procedimentos Ambulatoriais

1.3.1 Caso Clínico 4 - Secção do retalho pediculado (Seguimento)

Paciente retornou após 3 semanas com um bom aspecto para atendimento no ambulatório e fechamento da comunicação junto ao pedículo. O pedículo nesse momento é separado e é feita sutura com pontos reabsorveis na cavidade oral e sutura com Nylon na face. Os pontos reabsorveis da cirurgia foram deixados para queda espontânea. Embora seja uma cirurgia bastante invasiva teve um resultado estético bastante aceitável.(Figura 16A a 16F)

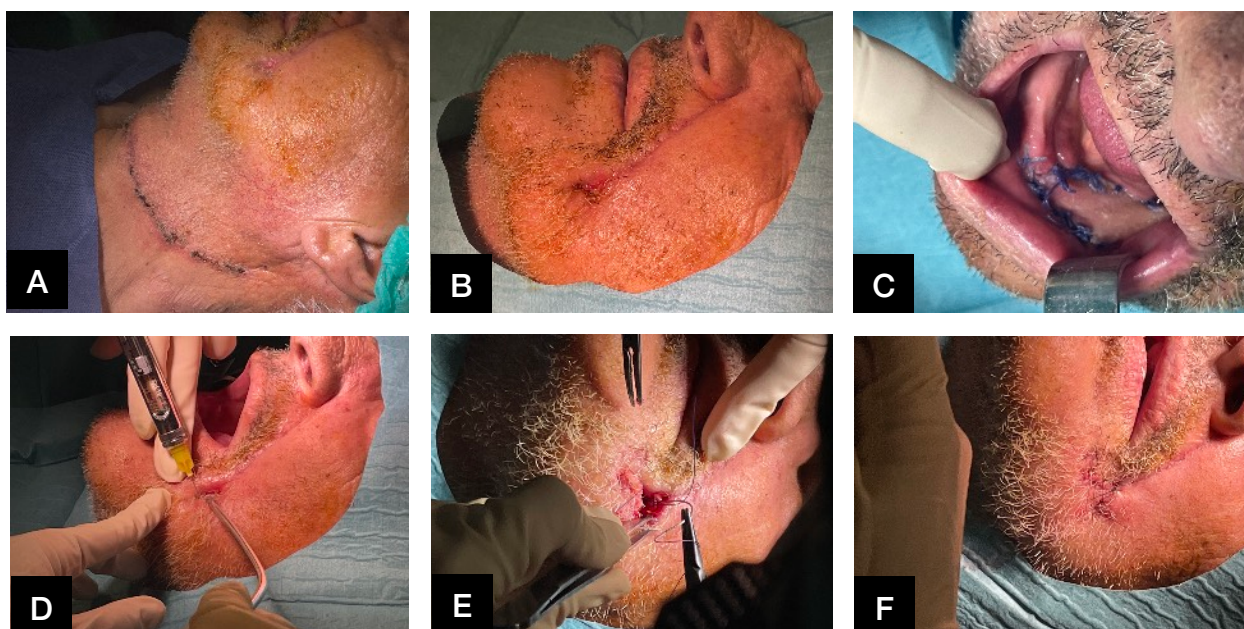


Figura 16 - A: Cicatriz cervical ; **B:** Comunicação com o meio oral; **C:** Suturas após 3 semanas ; **D:** Anestesia infiltrativa. **E:** Separação do retalho; **F:** Sutura externa fechando a comunicação.

1.3.2 - Caso Clínico 5 - Remoção de fistula branquial pré-auricular.

Paciente de 19 anos do sexo masculino foi encaminhado pelo médico de família para remoção de lesão na orelha. Nesta cirurgia a Interna do serviço Cirurgia Maxilofacial foi quem operou com auxílio da Doutora responsável. Foi feito primeiramente uma marcação da incisão(Figura 17A) a ser feita e na sequência a infiltração de anestésico com vaso constritor. Foi feita a incisão(Figura 17B) sobre a marca e foram sendo divulsionados(Figura 17C) os tecidos até a remoção total da lesão.(Figura 17D) lesão apesar de apresentar uma pequena abertura tinha aproximadamente 2cm de profundidade. Foi feita então a sutura com nylon 3-0 e curativo com gaze.(Figura 17E e 17F)

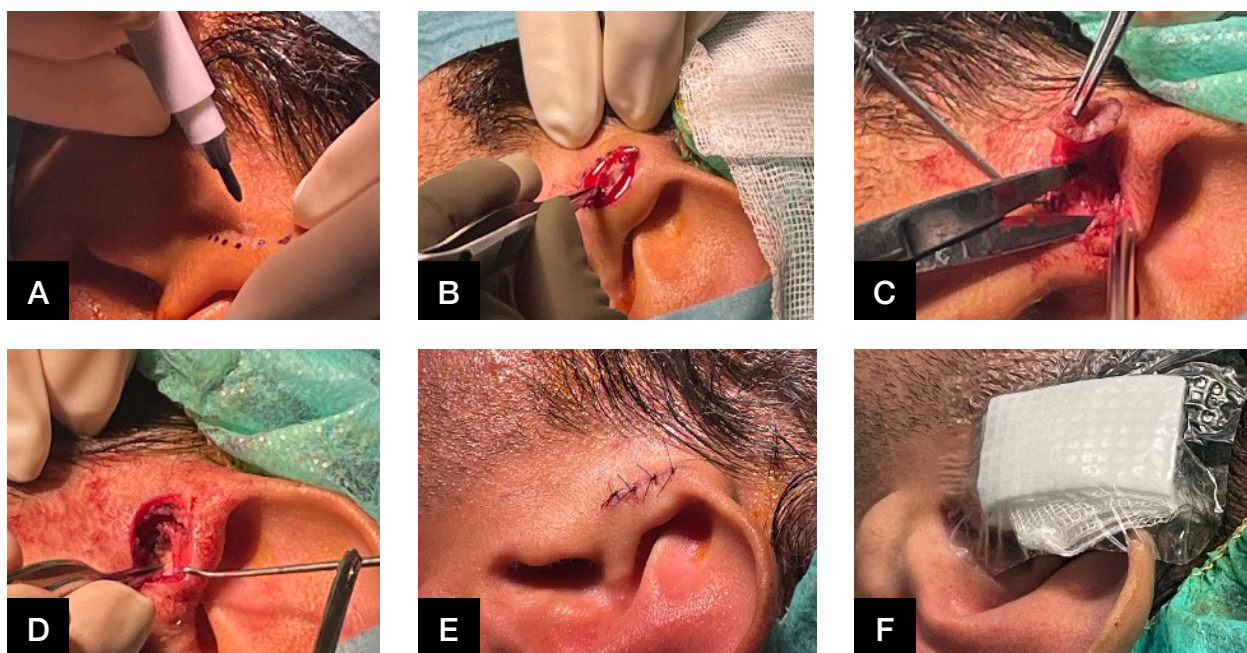


Figura 17 - A: Marcação da incisão; **B:** Incisão; **C:** Divulsão dos tecidos; **D:** Avaliação dos tecidos. **E:** Sutura; **F:** Curativo.

1.4 Reflexões sobre a experiência na Cirurgia Maxilofacial.

Um dos primeiros pontos que gostaria de destacar é o excelente acolhimento por parte da equipa de Cirurgia Maxilofacial. Apesar de se tratar de uma equipa altamente qualificada, que lida diariamente com casos complexos e, muitas vezes,

distantes da nossa realidade académica, demonstraram sempre grande disponibilidade para o ensino, tratando-nos como colegas da mesma área e promovendo discussões clínicas enriquecedoras.

Outro aspeto que me chamou particularmente a atenção foi a diferença estrutural entre as especialidades cirúrgicas no Brasil e em Portugal. No Brasil, a área da Cirurgia Maxilofacial encontra-se dividida entre duas especialidades distintas: a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (especialidade da Medicina Dentária) e a Cirurgia de Cabeça e Pescoço (especialidade médica). Por exemplo, enquanto as cirurgias ortognáticas são exclusivas dos médicos dentistas, as intervenções oncológicas e das glândulas salivares são restritas aos médicos.

Tendo já tido contacto prévio com a especialidade de Bucomaxilofacial no Brasil, acreditava que essa divisão era benéfica para a prática clínica. No entanto, após a experiência de estágio no CHUdSA, percebo que uma equipa multidisciplinar integrada, com competência para atuar em todo o espectro de casos oferece vantagens claras.

Esta abordagem permite uma maior continuidade no seguimento clínico, promove o desenvolvimento técnico mais abrangente dos profissionais envolvidos e, sobretudo, assegura um atendimento mais completo e eficiente ao paciente. A segmentação de competências, como ocorre no modelo brasileiro, pode, em certos casos, traduzir-se em limitações que acabam por comprometer a qualidade da assistência prestada.

2. - Estomatologia Pediátrica

2.1 - Atendimentos em Consultório

A segunda parte do estágio foi realizada na Clínica de estomatologia pediátrica onde acompanhei o Dr. José Amorim e a Dra. Teresa Oliveira. As consultas aconteciam na segunda e na quarta-feira pela manhã no prédio anexo ao CICA e os procedimentos em bloco eram marcados para quinta-feira pela manhã no Hospital Centro Materno-Infantil do Norte Albino.

A Estomatologia embora uma área da Medicina compartilha quase toda a rotina com a Medicina Dentária. O Estomatologista no entanto tem um preparo mais amplo para atuar com pacientes que necessitem de necessidades especiais e que demandem procedimentos em bloco cirúrgico. A maioria dos pacientes chegam até o setor de estomatologista referenciados pelo médico de saúde da família ou diretamente de outro setor hospitalar. A partir do momento ingresso no setor são acompanhados até a maior idade.

No setor são realizados procedimentos das mais diversas áreas. Sendo a estrutura física muito parecida com um consultório de medicina dentária. O setor dispunha de 2 consultórios além de uma sala de esterilização, uma sala de enfermagem, uma sala de radiologia, um vestiários e uma sala de reuniões com refeitório.

O maior numero de pacientes, quase a metade, vem ao setor para fazer ortodontia seja por correção de alguma má oclusão seja para fazer um preparo para cirurgias ortognáticas ou de fechamento de fissuras. Outros 36% são atendidos por motivos preventivos. E as demais especialidades juntas representando menos de 20% dos atendimentos como demonstra o gráfico a seguir:

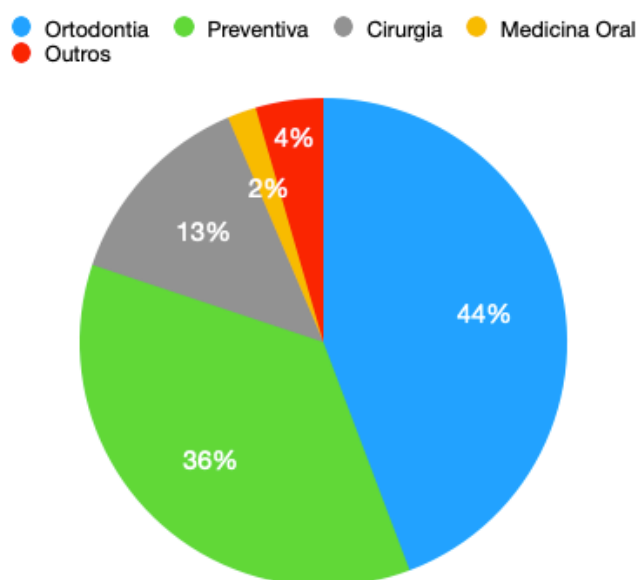


Gráfico 3 - Distribuição das Consultas de Estomatologia por área de atuação.

2.1.1 - Ortodontia

Nas consultas de ortodontia pudemos acompanhar tanto tratamentos com aparelho móvel como com aparelho fixo. A grande maioria já em manutenção do aparelho com troca das ligaduras, regulagem e mudança do fio. Alguns casos de instalação do aparelho com colagem de brackets e instalação do fio ortodôntico. Foi acompanhado alguns casos de aparelho móvel e chamou a atenção o fato de vários pacientes virem a consulta mas ainda não terem a confecção do aparelho aprovada pelo hospital.

As consultas de ortodontia exceto a de colagem de instalação do aparelho eram muito rápidas o que propiciava o atendimento de uma quantidade grande de pacientes em curto espaço de tempo. Já nas primeiras consulta notamos que diferentemente dos Médicos dentistas o Estomatologista costuma atender de pé.

2.1.2 - Medicina Dentária Preventiva

Mais de 1/3 dos pacientes atendidos nesse período foram por motivos preventivos englobando aí consultas de rotina controle de cáries, instrução de higiene oral e aplicações de flúor e selantes. Nessas consultas podemos detectar um elevado numero de pacientes com perturbação do espectro do autismo (PEA) além de outras síndromes, discrasias e necessidades especiais. Também muitos pacientes não cooperativos. Esses pacientes de difícil manejo e que demandam cuidados especiais acabam tendo dificuldade de acesso a saúde na iniciativa privada pois muitas vezes só é possível realizar o tratamento em bloco operatório sob anestesia geral. Por esse motivo em muitos casos se faz a opção pela aplicação de fenoprata e de vigilância de dentes decíduos cariados até sua esfoliação.

Nos dados recolhidos, observou-se uma prevalência de cárie de 17% numa população com idade média próxima dos 14 anos. Este valor é significativamente inferior aos 45% reportados no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, realizado em 2015 (6). Este resultado é compreensível, uma vez que se trata de uma amostra proveniente de um serviço que dá particular ênfase à prevenção e acompanhamento regular em saúde oral.

2.1.3 - Cirurgia Oral

Na área de cirurgia acompanhei algumas exodontias na maioria de dentes decíduos. Algumas consultas de avaliação da necessidade de frenectomia, de enucleação de cistos, de dentes retidos e extranumerários. Algumas cirurgias foram feitas em consultório mas uma boa parte é realizada em bloco cirúrgico. Como o serviço recebe muitos pacientes especiais e também muitos não cooperantes faz-se necessário fazer o procedimento sob anestesia geral. Nesses casos já se aproveita para resolver todas demandas dos pacientes além da cirurgia.

2.1.4 - Endodontia

Foram realizada duas consultas de Endodontia, ambas em Incisivos centrais superiores. Nessa área notei a maior diferença entre a prática da Estomatologia e a da Medicina Dentária. Enquanto na Medicina Dentária é rotina o uso de isolamento absoluto de odontometria por raio x periapical ou localizador na Estomatologia o tratamento é feito sem isolamento e o comprimento de trabalho é definido por estimativa. A instrumentação é feita de forma manual e é utilizado água oxigenada como substância irrigadora.

2.1.5 - Dentisteria, Medicina Oral e Periodontologia

Nessas áreas tivemos um número muito menor de consultas. No caso de Medicina Oral e Periodontologia é de se esperar pois são áreas que envolvem patologias que tem relação com a idade. Em Dentisteria deve-se ao fato de o serviço de estomatologia atuar mais na vigilância das caries em dentes decíduos e controle de infecções pelo uso do fenoprata. Essa vigilância visa manter espaço para a dentição permanente até o momento que esteja indicada a exodontia do mesmo. Já em Medicina Oral foram feitos 3 consultas de diagnóstico de duas mucocelos e uma Rânula.

2.2 - Procedimentos em Bloco com anestesia geral no Hospital Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso.

Como relatado anteriormente a Estomatologia realiza procedimentos em pacientes especiais e não cooperativos no Hospital Centro Materno-Infantil do Norte Albino nas quintas-feiras pela manhã. Neste estágio nos possibilitaram acompanhar um desses dias. Os procedimentos começam às 9:00 e nesse dia são marcados 4 pacientes. Nos foi indicado chegar com 30 minutos de antecedência para os procedimentos de vestimenta. No Hospital há um sistema automático de fornecimento dos pijamas cirúrgico e de coleta após a cirurgia. Após estarmos prontos numa sala antes do bloco analisamos as particularidades de cada caso antes de iniciar o primeiro paciente. Diferentemente das cirurgias na maxilofacial, onde vesti apenas o pijama cirúrgico ficando mais afastado do campo operatório, nesse bloco fiz a lavagem de mãos, (Figura 18A) e vesti bata e luvas estéreis podendo ficar mais próximo ao campo. Comparado ao bloco da maxilofacial este é um bloco bem mais amplo. Fig. (Figura 18B)



Figura 18- A: Espaço para lavagem de mãos; **B:** Vista do bloco.

Nos procedimentos pediátricos em bloco cirúrgico a criança sempre vem acompanhada do responsável, que nos 4 casos desse dia, foi a mãe. As crianças são trazidas de maca, alguns minutos antes, para uma sala de recuperação ao lado. (Figura 19A) Quando o bloco e a equipe estão prontos são levadas ao bloco junto com a mãe que fica no local até a sedação inicial fazer efeito. Pude notar que não é um momento fácil para as mães. Para manter a temperatura corporal ideal da criança

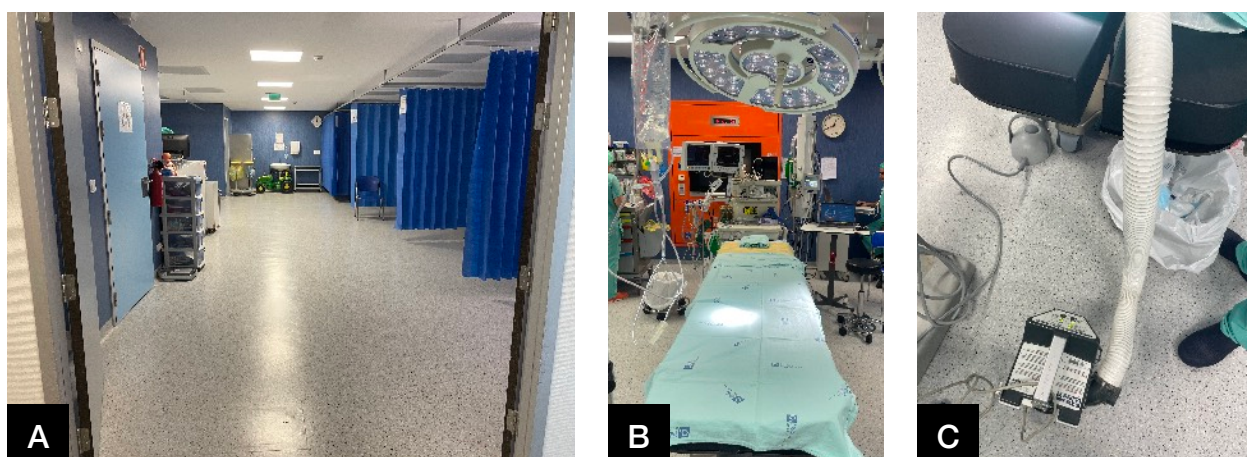


Figura 19 - A: Sala de recuperação ; **B:** Vista do bloco; **C:** Aquecedor.

proporcionando uma recuperação melhor e mais rápida é usado um aquecedor(Figura 19C) que leva calor por uma mangueira para baixo dos campos operatórios.

2.2.1 - Caso Clínico 6 - Epilepsia ADPM com crises frequentes e Lisencefalia

Paciente do sexo masculino, 14 anos de idade, cadeirante, com diagnóstico de epilepsia e atraso do desenvolvimento psicomotor (ADPM), apresentando crises frequentes. Portador de Lisencefalia (mutação LIS1), com marcadas limitações neurológicas. A Lisencefalia é um espectro de distúrbios genéticos raros nos quais o cérebro não consegue desenvolver suas dobras características. Esses distúrbios são frequentemente associados a convulsões e deficiência intelectual, e atualmente não há tratamentos disponíveis.(6)

Apresenta dificuldades alimentares significativas, com episódios recorrentes de regurgitação e atraso acentuado do reflexo de deglutição nasofaríngeo, o que tem originado episódios de aspiração.

O paciente foi referenciado para procedimento de exodontia devido à presença de múltiplas cáries dentárias com indicação clínica de remoção.

Relato Cirúrgico:

- Limpeza e desinfecção dos campos operatórios.
- Incisão intrasulcular seguida de extração cirurgica do dente 13, 23, 27, 43 e 48 e realização de alveoloplastia com regularização dos rebordos do osso alveolar .
- Excisão de tecido fibro-granulomatoso gengival com reconstrução do defeito por gengivoplastia na região do 27.
- Tamponamento alveolar com Surgicel® em todos os alvéolos
- Suturas com Vicryl®
- Revisão da Hemostase
- Remoção do tamponamento orofaríngeo sob aspiração continua.

2.2.2 - Caso Clínico 7 - Saudável não cooperativo

Paciente de 8 anos do sexo masculino saudável mas não cooperativo ao atendimento em consultório. Paciente com necessidade de exodontias dos dentes 64, 65, 36 e 46.

Relato Cirúrgico:

- Limpeza e desinfecção dos campos operatórios.
- Incisão intrasulcular seguida de extração cirurgica do dente 64, 65, 36 e 46 realização de alveoloplastia com regularização dos rebordos do osso alveolar .
- Tamponamento alveolar com surgicel® em todos os alvéolos
- Suturas com Vicryl®
- Revisão da Hemostase
- Remoção do tamponamento orofaríngeo sob aspiração continua.

2.2.3 - Caso Clínico 8 - Hemofilia A grave

Hemofilia A é distúrbios hemorrágicos ligados ao cromossomo X, caracterizados pela deficiência completa ou parcial do fator VIII. É considerada grave quando os níveis do fator VIII estão abaixo de 1% do valor normal. (7) Por ser ligada ao cromossomo X afeta quase que exclusivamente indivíduos do sexo masculino.

Paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, com diagnóstico de Hemofilia A grave, identificada aos 2 anos após aparecimento de hematoma volumoso no membro

inferior direito. Desde então, encontra-se em regime de profilaxia regular com fator VII recombinante (rFVIIa – NovoSeven®).

De acordo com o protocolo hospitalar, deve ser administrada dose de 2 mg de rFVIIa imediatamente antes do procedimento cirúrgico, com repetição 4 horas após, conforme a extensão da intervenção.(8) Está também indicado o uso de ácido tranexâmico 200 mg EV imediatamente antes do procedimento, com continuidade em regime ambulatorio de 8/8 horas, durante 7 dias.

Antes da administração de qualquer terapêutica, devem ser colhidas amostras para estudo da coagulação, com envio ao Laboratório de Trombose e Hemostase (LTH), localizado no CICAP. Nova colheita deve ser realizada uma hora após a administração do fator.

O paciente apresenta múltiplas cáries, com necessidade de restaurações dentárias e exodontias.

Relato Cirúrgico:

- Realização de antissepsia e desinfecção dos campos operatórios.
- Remoção de tecido cariado e restauração com resina composta dos elementos dentários 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84 e 85.
- Remoção cuidadosa do tamponamento orofaríngeo sob aspiração contínua.

2.2.4 - Caso Clínico 9 - Síndrome de Phelan-McDermid ADPM

A síndrome de Phelan–McDermid (SPM) ou síndrome de deleção 22q13.3 é uma doença genética rara, caracterizada por um fenótipo neurológico e psiquiátrico complexo, juntamente com características adicionais que podem variar amplamente entre os indivíduos afetados e ao longo da vida do paciente(9). Algumas das características mais comuns são: Atraso global do desenvolvimento (motricidade e linguagem); Hipotonia (baixo tônus muscular); Perturbações do espectro do autismo; Défices cognitivos; Epilepsia (em alguns casos); Eventuais malformações. Estimativas

atuais apontam que a Síndrome seja responsável por aproximadamente 1% dos casos de PEA.

Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, portadora da Síndrome de Phelan-McDermid, com atraso do desenvolvimento psicomotor (ADPM), hipotonia generalizada e alergia documentada à atropina. Apresenta antecedentes de crises epiléticas, atualmente controladas, sem episódios recentes e sem medicação em curso. A paciente apresentava indicação para exodontia de um dente supranumerário na região dos incisivos inferiores, bem como aplicação de selantes nos molares permanentes.

Relato Cirúrgico:

A cirurgia sofreu um atraso significativo devido à alergia conhecida da paciente à atropina, estando o fármaco alternativo em falta no stock hospitalar por erro no registo de inventário.

- Realização da antissepsia e desinfecção dos campos operatórios.
- Incisão intrasulcular, seguida de exodontia cirúrgica do dente supranumerário na região do dente 41.
- Tamponamento alveolar com Surgicel® em todos os alvéolos.
- Sutura com fio reabsorvível Vicryl®.
- Verificação e revisão da hemostase.
- Remoção do tamponamento orofaríngeo sob aspiração contínua.

2.3 Reflexões sobre a experiência na Estomatologia Pediátrica.

Tal como sucedeu com a Equipa de Cirurgia Maxilofacial, fiquei igualmente surpreendido com a receptividade por parte dos Doutores da Estomatologia. A experiência foi extremamente enriquecedora, sobretudo no que diz respeito à abordagem de pacientes pediátricos e de pacientes com necessidades especiais, bem como a farmacologia associada a estes casos.

Um dos aspetos que mais me chamou a atenção foi o elevado número de pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), com uma ampla

diversidade de níveis funcionais, o que exige uma preparação técnica e comportamental bastante sólida por parte dos profissionais. Muitos destes pacientes recorrem ao serviço hospitalar por não encontrarem suporte adequado na prática privada, fazendo deste o seu único recurso.

Ao contrário da Cirurgia Maxilofacial, cuja rotina difere significativamente da prática da Medicina Dentária, a Estomatologia apresenta uma prática muito próxima da realidade do Médico Dentista. Ainda assim, notei que algumas técnicas são realizadas de forma distinta e que se utilizam alguns materiais diferentes. Um exemplo curioso é o facto de os profissionais trabalharem, na maior parte de tempo, de pé, e com um foco clínico menos centrado na estética.

Esta vivência levou-me a refletir sobre o potencial benefício de se constituírem equipas multidisciplinares compostas por Estomatologistas e Médicos Dentistas, promovendo uma atuação conjunta que poderia enriquecer a prática clínica.

COMENTÁRIOS

A primeira vista pode-se pensar que a prática hospitalar é uma atividade totalmente distante da realidade do Médico Dentista. Mas a verdade é que estão intimamente ligadas, uma realidade impactando a outra.

Na estomatologia, essa proximidade é evidente, uma vez que a especialidade compartilha com a Medicina Dentária diversas práticas clínicas, diferenciando-se principalmente pelo acesso ao bloco operatório e pelo embasamento médico necessário para lidar com pacientes portadores de comorbidades sistêmicas complexas.

No caso da Cirurgia Maxilofacial, essa relação é menos imediata. À exceção de procedimentos como a extração de terceiros molares, biópsias e excisões de pequenas lesões, a rotina hospitalar do cirurgião maxilofacial difere substancialmente daquela do consultório odontológico. Trata-se de uma especialidade eminentemente hospitalar, que demanda infraestrutura cirúrgica, suporte diagnóstico por imagem e exames laboratoriais, cobertura medicamentosa especializada e articulação com equipes multidisciplinares de diferentes áreas médicas, além de uma complexa estrutura organizacional e informacional.

Ainda assim, mesmo diante dessas diferenças estruturais, existe um elo essencial que aproxima nossas áreas: a cadeia contínua entre prevenção, tratamento e reabilitação. Quanto maior o investimento em ações preventivas, menor será a necessidade de intervenções curativas, e, por consequência, menor a demanda por reabilitação. Essa relação de causalidade reforça a importância estratégica da atuação do Médico Dentista na base do cuidado.

Os casos acompanhados durante o estágio ilustram bem essa realidade. Um paciente submetido à ressecção mandibular exigirá, em breve, reabilitação oral complexa e acompanhamento clínico contínuo por bastante tempo. Uma paciente submetida à excisão de uma lesão aparentemente pequena, mas diagnosticada como carcinoma agressivo, já apresenta necessidades psicológicas além de outras demandas associadas.

Tivemos um caso de uma criança com Hemofilia A que teve que ser submetido a anestesia geral para tratar cáries. Pacientes não cooperantes são levados ao bloco para exodontias por cáries.

E o que esses casos tem em comum? Ambos começam com uma mancha branca detectável e curável. Ambas lesões detectáveis e preveníveis. E ambas lesões estão na rotina diária de um Médico Dentista.

Recordo com respeito um professor que afirmava repetidas vezes: “Se em alguns anos de profissão você não ver nenhuma lesão com potencial de malignificação pode ter certeza que muitas terão visto você.” Durante o internato em Cirurgia Bucomaxilofacial na Faculdade de Odontologia da UFRGS, no Brasil, tive contato direto com essas realidades. Em diversos casos, enfrentamos dificuldades para convencer os pacientes a realizar biópsias ou procurar atendimento especializado. Fatores como medo, limitações cognitivas ou crenças religiosas dificultavam a adesão ao tratamento.

Nesse tempo de estágio pude ver o quanto o acolhimento com a disponibilização e garantia de atendimento integral da segurança ao paciente para aderir ao tratamento e por conseguinte ter eficácia na cura. Fiquei bastante impactado com a qualidade do serviço prestado pelo Hospital Santo António pois sei que em outros países esse tipo de atendimento não se encontra nem mesmo no setor privado.

Por fim, é importante salientar que, mesmo o melhor serviço hospitalar, com os mais avançados equipamentos e os profissionais mais qualificados, não supera a eficácia da prevenção. O Médico Dentista, embora não seja responsável por realizar cirurgias ortognáticas ou ressecções oncológicas complexas, desempenha um papel essencial na prevenção dessas intervenções. Cabe-lhe identificar, orientar e intervir precocemente, evitando que lesões potencialmente graves evoluam para quadros clínicos de alta complexidade.

CONCLUSÃO

A realização deste estágio observacional no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, representou uma oportunidade ímpar de integração entre o conhecimento teórico adquirido ao longo da formação académica e a prática clínica especializada em ambiente hospitalar. A imersão nos serviços de Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia Pediátrica permitiu o contacto direto com realidades clínicas complexas, desde procedimentos cirúrgicos de elevada exigência técnica até ao acompanhamento de pacientes com necessidades especiais.

Esta experiência possibilitou não só o aprofundamento de competências clínicas em áreas como patologia oral, cirurgia ortognática e medicina dentária preventiva, como também contribuiu significativamente para a consolidação de uma visão mais abrangente e multidisciplinar do exercício profissional. A articulação entre diferentes especialidades médicas e odontológicas reforçou a importância de uma abordagem centrada no paciente, que valorize não apenas os aspetos biológicos, mas também os contextos psicossociais envolvidos no processo de tratamento e reabilitação.

Além disso, a vivência em ambiente hospitalar permitiu desenvolver uma maior consciência sobre a importância da prevenção e da deteção precoce de patologias, bem como a necessidade de um acompanhamento sistemático, sobretudo em casos oncológicos e de malformações craniofaciais. A experiência reforçou o papel fundamental do Médico Dentista na triagem, diagnóstico inicial e encaminhamento adequado destes pacientes, demonstrando o impacto direto da prática odontológica na saúde geral da população.

Assim, este estágio representou um marco relevante no meu percurso formativo, ampliando horizontes clínicos, técnicos e humanos, e contribuindo de forma efetiva para a minha construção enquanto futuro profissional da Medicina Dentária, mais preparado, sensível e comprometido com um cuidado de saúde oral integral e de excelência.

REFERÊNCIAS

1. MACGREGOR, F. C. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic Plast Surg*, New York, v. 5, p. 27-32, 1981.
2. KIYAK, H. A. et al. The psychological impact of orthodontic surgery: a 9-month follow-up. *Am J Orthod*, St. Louis, v. 81, p. 404-412, 1982.
3. Anesthesiologists ASO. ASA Physical Status Classification System [Available from: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acesso em Abril de 2025,
4. Neil S. Norton, Ph.D. and Frank H. Netter, MD: Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry, 2nd Edition, Elsevier Saunders, page 191.
5. Calado, R. et al. (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. DGS Direção-Geral da Saúde, pp:24.
6. Zhang, C., Liang, D., Ercan-Sencicek, A. G., Bulut, A. S., Cortes, J., Cheng, I. Q., Henegariu, O., Nishimura, S., Wang, X., Peksen, A. B., Takeo, Y., Caglar, C., Lam, T. T., Koroglu, M. N., Narayanan, A., Lopez-Giraldez, F., Miyagishima, D. F., Mishra-Gorur, K., Barak, T., Yasuno, K., Erson-Omay, E. Z., Yalcinkaya, C., Wang, G., Mane, S., Kaymakcalan, H., Guzel, A., Caglayan, A. O., Tuysuz, B., Sestan, N., Gunel, M., Louvi, A., & Bilguvar, K. (2025). Dysregulation of mTOR signalling is a converging mechanism in lissencephaly. *Nature*, 638(8049), 172–181.
7. Blanchette VS, Key NS, Ljung LR, Manco-Johnson MJ, van den Berg HM, Srivastava A. Definições em hemofilia: comunicação do SSC do ISTH. *J Thromb Haemost*. 2014;12(11):1935–1939.
8. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A, et al. Diretrizes da WFH para o manejo da hemofilia, 3ª edição. *Hemofilia*. 2020;26 Supl. 6:1–158. doi: 10.1111/hae.14046
9. Phelan, M.C.; Thomas, G.R.; Saul, R.A.; Rogers, R.C.; Taylor, H.A.; Wenger, D.A.; McDermid, H.E. Cytogenetic, biochemical, and molecular analyses of a 22q13 deletion. *Am. J. Med. Genet*. 1992, 43, 872–876.