



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ESTOMATOLOGIA E
CIRURGIA MAXILOFACIAL REALIZADO NO CENTRO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO**

**INTERNSHIP REPORT PERFORMED IN
STOMATOLOGY AND MAXILOFACIAL SURGERY AT
CENTRO HOSPITALAR UNIVERITÁRIO DE SANTO
ANTÓNIO**

Koi Fai Ku (Óscar), 202010837

Orientador:

Inês Sansonetty Gonçalves Côrte-Real

(Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto)

Porto, 2026

RESUMO

O relatório atual referente ao estágio efetuado foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Monografia/Relatório de Estágio, do 2º semestre do quinto ano, do curso de mestrado integrado em Medicina Dentária da Faculdade da Medicina Dentária da Universidade do Porto, em colaboração com o Centro Hospitalar Universitário de Santo António. O estágio realizado consistiu na observação, em ambiente hospitalar, da atividade desempenhada pelo serviço de Estomatologia em idade pediátrica e pelo serviço de cirurgia Maxilofacial no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.

O estágio decorreu no período de 19 de fevereiro a 06 de junho do presente ano letivo. Inicialmente, nos primeiros 3 meses, o estágio consistiu no acompanhamento da equipa de Estomatologia em consultas externas de Estomatologia Pediátrica com uma carga semanal de 10 horas, e, ocasionalmente, no bloco operatório pediátrico, localizado no Centro Materno-Infantil do Norte.

Durante as consultas de Estomatologia pediátrica foram acompanhados tratamentos em diferentes áreas, tais como cirurgia, dentisteria, ortodontia e medicina dentária preventiva. Além disso, houve oportunidade para assistir a algumas consultas específicas, raramente observadas na clínica universitária da Faculdade da Medicina Dentária da Universidade do Porto, como por exemplo, em pacientes com diagnóstico clínico do espectro de autismo ou com fenda palatina com recurso a expansão maxilar superior, possibilitando uma melhor compreensão das abordagens terapêuticas e estratégias de orientação utilizadas em pacientes com necessidades especiais.

Na segunda parte do estágio, foi feito o acompanhamento da equipa de Cirurgia Maxilofacial nas consultas externas (e no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório). Além disso, houve a oportunidade de assistir, ocasionalmente, a intervenções no bloco cirúrgico, no Hospital Santo António, localizado no Edifício Novo da Consulta Externa. Durante as consultas de Cirurgia Maxilofacial foram acompanhados diferentes casos clínicos, incluindo patologias orais, traumatismos craniofaciais, disfunção da articulação

temporomandibular, carcinoma das glândulas salivares, carcinoma da cavidade oral, sialolitíase, quistos odontogénicos, entre outros.

O relatório elaborado com base no estágio efetuado tem como objetivo compilar os casos clínicos acompanhados nas áreas da Estomatologia Pediátrica e da Cirurgia Maxilofacial, contemplando o diagnóstico, as diferentes terapêuticas e técnicas utilizadas em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Medicina Dentária; Estomatologia; Cirurgia Maxilofacial

ABSTRACT

The present report concerning the internship undertaken was developed within the scope of the Monograph/Internship Report curricular unit, in the second semester of the fifth year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine at the Faculty of Dental Medicine of the University of Porto, in collaboration with the Centro Hospitalar Universitário de Santo António. The internship consisted of observing, in a hospital setting, the activity carried out by the Pediatric Stomatology service and the Maxillofacial Surgery service at the Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.

The internship took place from February 19 to June 6 of the current academic year. Initially, during the first three months, the internship consisted of accompanying the Stomatology team in outpatient Pediatric Stomatology consultations, with a weekly workload of 10 hours, and occasionally in the pediatric operating room, located at the Centro Materno-Infantil do Norte.

During the Pediatric Stomatology consultations, treatments in different areas were observed, such as surgery, restorative dentistry, orthodontics, and preventive dental medicine. In addition, there was an opportunity to attend specific consultations that are rarely observed in the university clinic of the Faculty of Dental Medicine of the University of Porto, namely consultations involving patients clinically diagnosed with autism spectrum disorder or cleft palate undergoing maxillary expansion. This allowed for a better understanding of the therapeutic approaches and management strategies used in patients with special needs.

In the second part of the internship, the Maxillofacial Surgery team was observed during outpatient consultations at the Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório. In addition, there was the opportunity to occasionally attend surgical procedures in the operating room at Hospital Santo António, located in the New Outpatient Building. During the Maxillofacial Surgery consultations, different clinical cases were observed, including oral pathologies, craniofacial trauma, temporomandibular joint dysfunction, salivary gland carcinoma, oral cavity carcinoma, sialolithiasis, odontogenic cysts, among others.

The report prepared based on the internship undertaken aims to compile the clinical cases observed in the fields of Pediatric Stomatology and Maxillofacial Surgery, encompassing the diagnosis, the different therapeutic approaches, and the techniques used in a hospital setting.

Keywords: Dental Medicine; Stomatology; Maxillofacial Surgery

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais e à minha irmã por todo o apoio, incentivo e compreensão que me deram ao longo da minha vida académica. Especificamente, agradeço-lhes por me terem apoiado incondicionalmente durante os anos em que estive a estudar longe da minha família, permitindo-me ultrapassar todos os desafios encontrados e nunca desistir.

Gostaria igualmente de agradecer à Dr.^a Rute Saleiro, ao Dr. Hugo Marques, ao Dr. José Amorim e à Dr.^a Teresa Oliveira, por toda a disponibilidade demonstrada, pela partilha dos vossos conhecimentos e orientação ao longo do estágio. A experiência e os ensinamentos transmitidos contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Agradeço a minha orientadora, Prof.^a Inês Côrte-Real, pela sua atenção, disponibilidade, apoio e orientação durante a realização deste relatório. Os seus conselhos foram fundamentais para este trabalho.

Gostaria ainda de expressar o meu profundo agradecimento a todos os professores da Faculdade de Medicina Dentária do Porto, que ao longo destes anos partilharam os seus conhecimentos, orientaram o meu percurso académico e contribuíram para a minha formação enquanto Médico Dentista. Levo comigo todos os conhecimentos e experiências e terei sempre orgulho em ter sido aluno da FMDUP.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

Índice

Agradecimentos	6
Índice de Figuras	9
Índice de Tabelas	11
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	12
Introdução	13
Discussão	15
1. Localização do Estágio	15
1.1 Centro Hospitalar Universitário de Santo António	15
1.2 Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)	16
2. Estomatologia Pediátrica	17
2.1 Espaço físico, equipamento e recursos humanos das consultas	18
2.2 Corpo Clínico do Serviço de Estomatologia.	21
2.3 Atividade Observacional – Consultas Externas de Estomatologia Pediátrica	21
2.3.1 Ortodontia	24
2.3.2 Consulta de Reavaliação e Vigilância.....	27
2.3.3 Dentisteria e Endodontia.....	28
2.3.4 Medicina Dentária Preventiva	30
3. Cirurgia Maxilofacial	31
3.1 Espaço físico, equipamento e recursos humanos das consultas	32
3.2 Atividade Observacional – Consultas externas de Cirurgia Maxilofacial	35
3.2.1 Oncologia Crânio-Cervico-Oro-Facial.....	36
3.2.2 Disfunção Temporomandibular.....	38
3.2.3 Traumatologia da Cabeça e Pescoço.....	40
3.2.4 Fratura Maxilar/Mandibular	40
3.2.5 Consulta pré-/pós-cirurgia ortognática	41
3.2.6 Quisto odontogénico	43

3.3	Atividade Observacional – Bloco Cirúrgico de Cirurgia Maxilofacial	
	45	
3.3.1	Palatoplastia	46
3.3.2	Cirurgia ortognática bimaxilar e Mentoplastia	48
3.3.3	Excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal	50
3.3.4	Excisão da glândula submandibular bilateral	51
Conclusões		53
Referências		54

Índice de Figuras

Figura 1- Centro Hospitalar Universitário de Santo António.	15
Figura 2 - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.....	16
Figura 3 - Sala de espera da consulta de Estomatologia de Adultos.	19
Figura 4 - Entrada principal de Estomatologia de Adultos e Pediátrica.....	19
Figura 5 - Sala de radiologia.....	19
Figura 6 - Gabinete médico-dentário.	19
Figura 7 - Carrinho da sala de emergência.	20
Figura 8- Carrinho de materiais utilizados em estomatologia nas salas de atendimento.	20
Figura 9 - Sala de apoio técnico.	20
Figura 10 - Sala de refeição.....	20
Figura 11 - Proporção das consultas acompanhadas.	21
Figura 12 - Consultas observadas realizadas pelo Dr. José Amorim.	22
Figura 13 - Consultas observadas realizadas pela Dr. ^a Teresa Oliveira.	22
Figura 14 - Entrada principal da Maternidade Júlio Dinis.	23
Figura 15 - Espaço para desinfecção das mãos no bloco operatório.....	23
Figura 16 - Área de armazenamento e distribuição dos kits de higiene oral. ...	25
Figura 17 - Preparação do campo operatório prévio à consulta.....	25
Figura 18 - Dispositivo ortopédico do tipo Hyrax e respetiva chave de ativação.	26
Figura 19 - Aparelho de contenção após disjunção maxilar.	26
<i>Figura 20 - Entrada principal de CICA.</i>	<i>32</i>
Figura 21 - Receção geral do CICA.....	32
Figura 22 - Consultório no serviço de CMF.	33
Figura 23 – Receção no serviço de CMF.	33
Figura 24 - Corredor central do bloco operatório.....	34
Figura 25 - Área de armazenamento de medicamentos.....	34
Figura 26 - Equipamento de ecografia utilizado no apoio ao diagnóstico.	34
Figura 27 - Zona de higienização das mãos à entrada do bloco operatório.....	34
Figura 28 - Distribuição das consultas observadas em CMF.	35

Figura 29 - Infecção extensa da região do ramo posterior da mandíbula após correção cirúrgica.	39
Figura 30 - Ortopantomografia de controlo pós-operatório após a fixação de fratura mandibular bilateral de um dos casos acompanhados.	40
Figura 31 - Cefalometria utilizada na análise e planeamento pré-cirúrgico de cirurgia ortognática num dos casos acompanhados.....	41
Figura 32 - Ortopantomografia do caso clínico com diagnóstico de quisto botrióide.	44
Figura 33 - Fotografia intraoral após aremoção do quisto.	44
Figura 34 - CBCT demonstrando a localização do quisto e a sua relação anatómica com o nervo mentoniano.....	44
Figura 35 - Momento intraoperatório da obtenção de enxerto ósseo da crista ilíaca utilizado osteótomo e martelo cirúrgico	46
Figura 36 - Acesso cirúrgico à crista ilíaca para colheita de enxerto ósseo	46
Figura 37 - Fotografia intraoral após a colocação do enxerto ósseo.....	47
Figura 38 - Colocação do enxerto ósseo na região da fenda palatina.	47
Figura 39 - Separação da maxila das estruturas adjacentes.....	48
Figura 40 - Realização da osteotomia Le Fort I com recurso a osteótomo e martelo cirúrgico.	48
Figura 41 - Ferulização da maxila após osteotomia Le Fort I.....	49
Figura 42 - Ferulização da mandíbula após osteotomia sagital bilateral dos ramos mandibulares (BSSO).	49
Figura 43 - Fixação intermaxilar com fios metálicos para obtenção da oclusão planeada.	49
Figura 44 - Osteotomia do mento durante a mentoplastia.....	50
Figura 45 - Procedimento de excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal.	50
Figura 46 - Realização de incisão com bisturi elétrico e dissecação dos tecidos adjacentes com pinça eletrocirúrgica.....	51
Figura 47- Sutura do ducto excretor e sutura da ferida cirúrgica após a excisão da glândula.	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Organização e distribuição do estágio realizado.	14
--	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA — American Psychiatric Association
ASA — American Society of Anesthesiologist
ATM — Articulação temporomandibular
BII — Blood-injection-injury
BSSO — Osteotomia sagital dos ramos mandibulares
CHUdSA — Centro Hospitalar Universitário de Santo António
CICA — Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
CMF — Cirurgia Maxilofacial
CPI — Cárie precoce da infância
CT — Tomografia Computorizada
DTM — Disfunção temporomandibular
FMDUP — Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
IV — Ionómero de vidro
MDP — Medicina Dentária Preventiva
OPG — Ortopantomografia
ORL — Otorrinolaringologia
RM — Ressonância magnética
RTG — Regeneração tecidular guiada
TNM — Tumor-Nódulo-Metástase
TO — Tratamento ortodôntico
TOCO — Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático
WHO — Organização Mundial da Saúde

Introdução

O estágio descrito no presente relatório decorreu durante o segundo semestre do quinto ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), em colaboração com o Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Este consistiu no acompanhamento de casos clínicos dos serviços de Estomatologia Pediátrica e de Cirurgia Maxilofacial no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

A carga horária semanal atribuída foi de 10 horas, distribuídas ao longo do estágio em duas fases distintas. Numa fase inicial, o estágio decorreu nas Consultas Externas de Estomatologia Pediátrica, às segundas e quartas-feiras em Estomatologia e, às quintas-feiras, na Maternidade (Bloco Cirúrgico Pediátrico). Posteriormente, decorreu nas consultas de Cirurgia Maxilofacial, às segundas e quintas-feiras em Consulta Externa e, às quartas-feiras, em Cirurgia Externa.

O presente relatório inicia-se com a caracterização da instituição de acolhimento, incluindo a descrição do Centro Hospitalar Universitário de Santo António e do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA). Seguidamente, são abordadas as atividades observacionais desenvolvidas na área da Estomatologia Pediátrica, com descrição do espaço físico, dos recursos humanos e das principais tipologias de consulta acompanhadas, nomeadamente Ortodontia, consulta de reavaliação e vigilância, Dentisteria/Endodontia e Medicina Dentária Preventiva. Por fim, é analisada a componente de Cirurgia Maxilofacial, contemplando quer a atividade observacional em consultas externas — com enfoque em áreas como oncologia crânio-cérvico-oro-facial, traumatologia e cirurgia ortognática — quer a atividade em bloco operatório, incluindo a descrição dos procedimentos cirúrgicos observados. Na Tabela 1 encontra-se detalhada a organização do estágio nas duas fases, bem como os respetivos horários e demais informações associadas.

Tabela 1 - Organização e distribuição do estágio realizado.

1ª FASE DO ESTÁGIO

Área Médica	Localização	Dias da semana	Horário do estágio	Extensão do estágio	Total de Horas	Médico responsável
Estomatologia Pediátrica	Consultas Externas de Estomatologia / Maternidade Júlio Dinis	Segundas, Quartas e Quintas- feiras	Das 8:30h até às 12:30h	18/02/2026 até 09/04/2026	60h no total	Dr. José Amorim; Dr ^a Teresa B. Oliveira

2ª FASE DO ESTÁGIO

Área Médica	Localização	Dias da semana	Horário do estágio	Extensão do estágio	Total de Horas	Médico responsável
Cirurgia Maxilofacial	CICA – Piso 1 das Consultas Externas de Cirurgia Maxilofacial	Segundas, Quartas e Quintas- feiras	Das 8:30h até às 12:30h	13/04/2026 até 01/06/2026	80h no total	Dr. Rute Saleiro; Dr. Hugo Marques

Neste contexto, o presente relatório tem como finalidade compilar e descrever os casos clínicos acompanhados nestas áreas, com enfoque no diagnóstico, nas opções terapêuticas e nas técnicas utilizadas em contexto hospitalar.

Discussão

1. Localização do Estágio

1.1 Centro Hospitalar Universitário de Santo António

O Centro Hospitalar do Porto é criado, em setembro de 2007, com a fusão do Hospital Geral de Santo António, do Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Posteriormente, foi reforçado com a integração do Hospital Joaquim Urbano, em março de 2011, e continuou a evoluir em maio de 2013, com a inclusão do Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães. [1]

No âmbito de um processo de melhoria da prestação de cuidados de saúde, em 30 de janeiro de 2023, foi criado o Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) (Figura 1), resultante da fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto com o Hospital Magalhães Lemos, instituição de referência na área da saúde mental. [2]



Figura 1- Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Deste modo, e por ser constituído por uma amálgama de instituições de cariz hospitalar, o Centro Hospitalar Universitário do Santo António garante uma integração multidisciplinar e funcional em ambiente hospitalar.

1.2 Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)

No sentido de melhorar os serviços de saúde, a Unidade Local de Saúde de Santo António propôs a implementação de um projeto centrado no doente designado de Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (Figura 2). Esta iniciativa teve como objetivo otimizar e automatizar o percurso cirúrgico, promovendo uma maior eficiência dos processos, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e um acompanhamento mais próximo e personalizado do doente ao longo de todo o período. [3]



Figura 2 - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.

2. Estomatologia Pediátrica

A consulta externa de Estomatologia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, integrada no Hospital de Santo António, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde oral infantil. Esta consulta é direcionada ao diagnóstico, prevenção e tratamento precoce de algumas patologias orais em crianças.

Além disso, por se realizar em ambiente hospitalar permite uma abordagem multidisciplinar, envolvendo vários serviços e especialidades. Esta estrutura é particularmente importante em doentes com necessidades especiais, como é o caso da síndrome de Pierre-Robin.

Os doentes do serviço de Estomatologia Pediátrica são crianças e adolescentes cuja idade está compreendida entre os 0 e os 17 anos, e, que normalmente já apresentam problemas dentários, incluindo cáries, lesões da mucosa oral, má-oclusão, entre outros. A partir dos 18 anos estes pacientes são direcionados para a consulta de adultos de estomatologia.

2.1 Espaço físico, equipamento e recursos humanos das consultas

O serviço de Estomatologia localiza-se no edifício das consultas externas do Hospital de Santo António, constituído por 2 pisos, estando dividido em setores para adultos e pediátrico.

O piso 0, destina-se essencialmente ao atendimento dos doentes, encontrando-se o espaço organizado nas áreas de Estomatologia de Adultos e Pediátrica, e, sendo constituído pelos seguintes espaços (Figuras 3 a 8):

Espaços de Estomatologia Pediátrica:

- Uma receção;
- Três salas de atendimento;
- Um quarto de banho;
- Uma sala de esterilização;

Espaço de Estomatologia para Adultos:

- Uma receção;
- 7 sala de atendimento;
- 1 sala de emergência;
- Um quarto de banho;
- Uma sala de instrumentos;

Espaço comum:

- Sala de Radiologia;
- Sala de esterilização;
- Sala de enfermagem;

Relatório de Estágio em Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial do Centro Hospitalar
Universitário de Santo António



Figura 3 - Sala de espera da consulta de Estomatologia de Adultos.



Figura 4 - Entrada principal de Estomatologia de Adultos e Pediátrica.



Figura 6 - Gabinete médico-dentário.

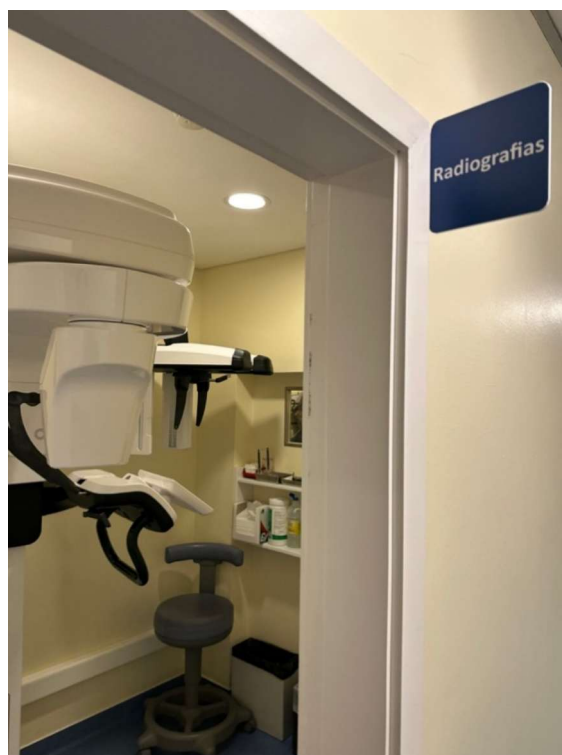


Figura 5 - Sala de radiologia.



Figura 8- Carrinho de materiais utilizados em estomatologia nas salas de atendimento.

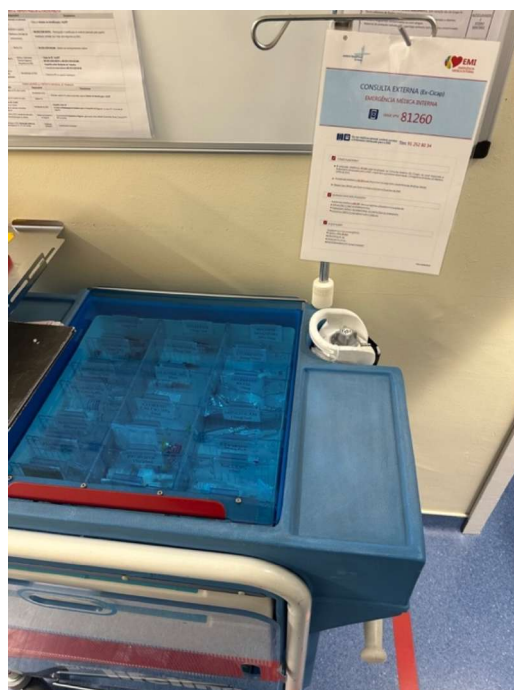


Figura 7 - Carrinho da sala de emergência.

No piso -1, é formado essencialmente as áreas de uso interno, sendo constituído por uma sala de refeições, um vestiário e uma sala de apoio técnico (Figuras 9 e 10).



Figura 10 - Sala de refeição.



Figura 9 - Sala de apoio técnico.

2.2 Corpo Clínico do Serviço de Estomatologia.

O corpo clínico responsável pelo Serviço de Estomatologia Pediátrica e de Adultos é constituído por 10 Médicos especializados em Estomatologia, sendo 3 Médicos responsáveis pela área pediátrica, e, 7 pela área de adultos. De referir ainda a presença de 7 assistentes operacionais que acompanham os médicos, 1 enfermeira e 2 administrativas que integram a restante equipa do serviço de Estomatologia.

2.3 Atividade Observacional – Consultas Externas de Estomatologia Pediátrica

Durante a primeira fase do estágio, foram acompanhadas 136 consultas. A figura seguinte apresenta a proporção das consultas observadas entre o Dr. José Amorim e a Dr.^a Teresa Oliveira (Figura 11).

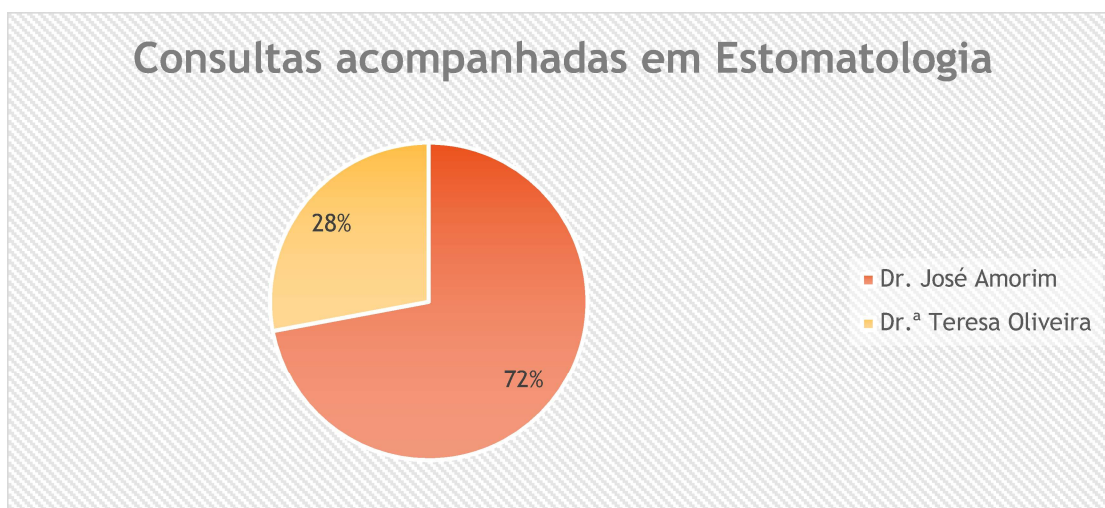


Figura 11 - Proporção das consultas acompanhadas.

Em relação ao acompanhamento das consultas realizadas pelo Dr. José Amorim, a maioria destas corresponderam a consultas de ortodontia, incluindo a colocação e manutenção de aparelho ortodôntico, com um número total de 60 consultas (Figura 12).

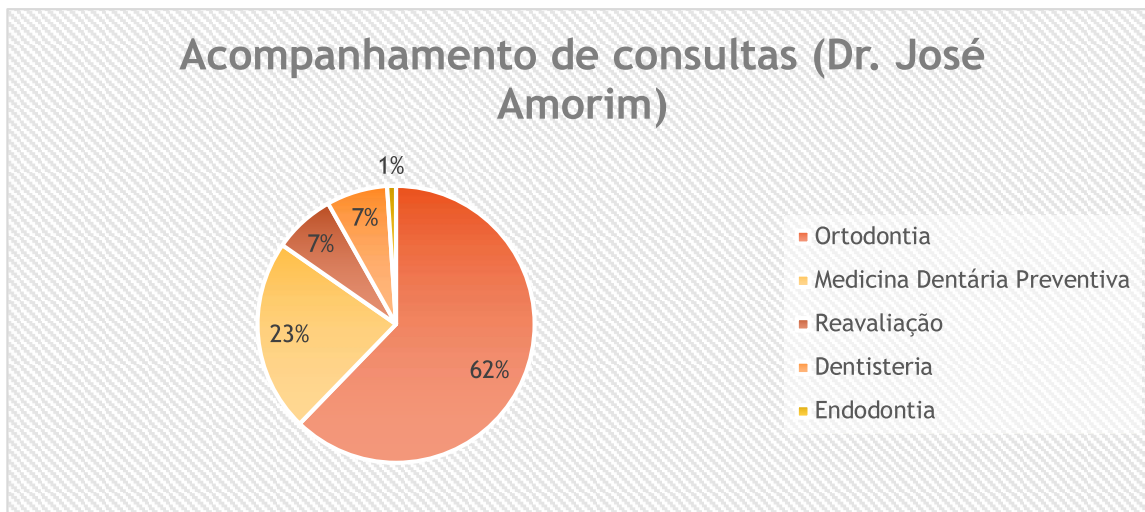


Figura 12 - Consultas observadas realizadas pelo Dr. José Amorim.

Relativamente ao acompanhamento das consultas realizadas pela Dr.^a Teresa Oliveira, a maioria das consultas observadas foram efetuadas no âmbito de uma reavaliação clínica, sobretudo no acompanhamento de doentes com necessidades especiais, doentes com múltiplas cáries, correspondendo um número significativo de casos a situações de necessidade da prescrição de realização de tratamento sob anestesia geral (Figura 13).

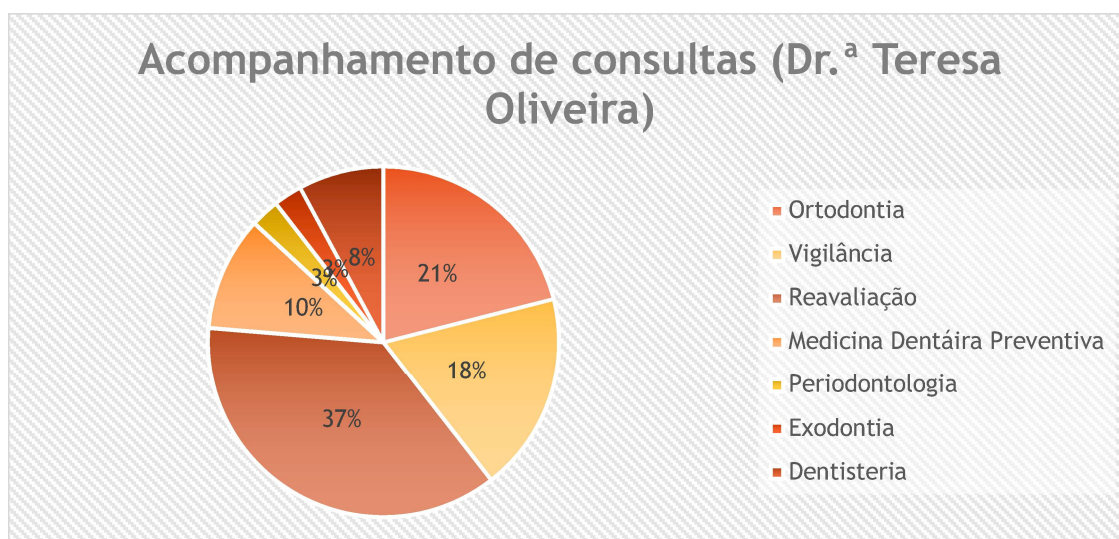


Figura 13 - Consultas observadas realizadas pela Dr.^a Teresa Oliveira.

Além disso, foi feito o acompanhamento de 5 casos clínicos realizados na Maternidade Júlio Dinis (Figuras 14 e 15), sob anestesia geral, em crianças com necessidade específicas, que incluíram a exodontia de 20 dentes decíduos, numa criança de 4 anos de idade devido a múltiplas cáries extensas, a exodontia de um dente supranumerário incluso superior direito (paramolar), a exodontia de 9 dentes num doente com diagnóstico do espectro de autismo, e, a exodontia de 4 sisos inclusos.



Figura 14 - Entrada principal da Maternidade Júlio Dinis.



Figura 15 - Espaço para desinfeção das mãos no bloco operatório.

2.3.1 Ortodontia

A Ortodontia Pediátrica é uma área se dedica ao diagnóstico, prevenção e tratamento precoce da dismorfia dentoalveolar. A etiologia da dismorfia dentoalveolar é multifatorial, incluindo fatores genéticos e/ou ambientais, que podem afetar o crescimento ósseo e os padrões de erupção dentária. [4]

O diagnóstico e tratamento precoce, como a orientação da erupção e a promoção de um desenvolvimento adequado da dentição primária, são extremamente importantes para prevenir problemas de má-oclusão e promover um desenvolvimento adequado das arcadas dentárias.

Em relação ao momento ideal de início do tratamento ortodôntico (TO), embora ainda seja um assunto controverso, de acordo com a Associação Portuguesa de Ortodontia, a primeira observação de uma criança por um ortodontista deve ser efetuada até aos 6 anos de idade, por ser um momento de mudança da dentição, e, por os tratamentos tenderem a ser mais fáceis e rápidos de executar nessa idade. [5] Contudo, esta referência etária pode variar de acordo com a natureza e o grau de complexidade do problema ortodôntico.

O tratamento ortodôntico precoce apresenta diversos benefícios, quer em termos de desenvolvimento craniofacial e saúde oral da criança, como também no bem-estar psicológico e social desta. Em relação a este último aspeto a correção dos apinhamentos dentários e de outras alterações oclusais ao contribuir para a melhoria da estética do sorriso da criança, promove, consequentemente, uma melhoria da autoestima e uma melhor inserção social.

Durante o período de estágio, a maioria das consultas de ortodontia observadas no serviço de Estomatologia consistiu em consultas de controlo de aparelhos ortodônticos fixos, realizadas pelo Dr. José Amorim, estas consultas centravam-se principalmente na manutenção geral do aparelho ortodôntico, incluindo a substituição das ligaduras elásticas, substituição dos arcos, entre outros procedimentos (Figuras 16 e 17). No início de cada consulta, o Estomatologista efetuava uma avaliação geral da posição dentária, explicava ao doente o progresso obtido até ao momento, procedendo, posteriormente, à manutenção propriamente dita.



Figura 17 - Preparação do campo operatório prévio à consulta.



Figura 16 - Área de armazenamento e distribuição dos kits de higiene oral.

Entre os casos clínicos acompanhados durante o estágio, foram observados alguns casos de mordida cruzada posterior bilateral associada à constrição maxilar, condição causada principalmente por uma deficiência do crescimento transversal da maxila. Entre adolescentes, a prevalência de constrição maxilar documentada varia entre os 10% e os 15%, não existindo diferenças em relação ao género. [6] Para além disso, algumas doenças hereditárias podem também estar associadas a esta situação, como a fenda palatina, a síndrome de Pierre Robin, hipotireoidismo, entre outras.

O tratamento precoce da constrição maxilar e da mordida cruzada posterior tem como objetivo promover uma expansão transversal do maxilar para restabelecer uma relação oclusão adequada. No serviço de Estomatologia do Hospital de Santo António, um dos aparelhos ortodônticos utilizados para este tipo de tratamento é um dispositivo fixo do tipo “Hyrax”. O disjuntor maxilar “Hyrax” (Figura 18) é um dispositivo ortopédico constituído por um parafuso de expansão com extensão metálica soldada a quatro bandas aplicadas nos primeiros pré-molares e primeiros molares superiores. [7] A ativação do aparelho é realizada com uma chave específica, inserida no orifício do parafuso central. Posteriormente, a chave é rodada no sentido indicado pela seta até aparecer um novo orifício, correspondendo a uma ativação do aparelho e à disjunção progressiva do maxilar. Após disjunção maxilar é utilizado um aparelho de contenção (Figura 19).



Figura 18 - Dispositivo ortopédico do tipo Hyrax e respetiva chave de ativação.

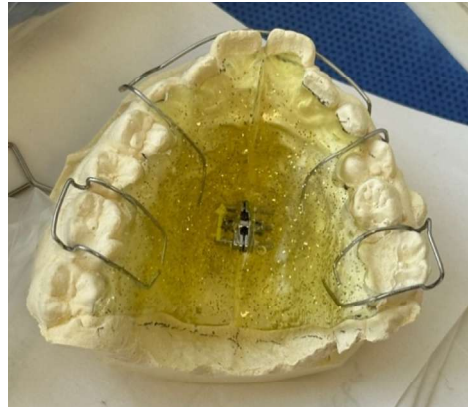


Figura 19 - Aparelho de contenção após disjunção maxilar.

Durante o estágio, houve ainda a oportunidade de acompanhar uma consulta de reavaliação pós-cirúrgica de um doente previamente submetido a cirurgia de encerramento de fenda palatina. Nesta consulta, foi avaliada a evolução clínica após a intervenção cirúrgica, bem como a necessidade de correção das alterações dentárias e maxilofaciais associadas à malformação.

2.3.2 Consulta de Reavaliação e Vigilância

No contexto hospitalar, as consultas de Estomatologia Pediátrica do Hospital de Santo António assumem uma grande importância devido à necessidade de acompanhamento de alguns doentes com cuidados e situações clínicas mais complexas. Durante o estágio, a maioria das consultas observadas realizadas pela Dr^a Teresa Oliveira consistiram em reavaliações e vigilância, centradas na avaliação geral do estado clínico da criança e na decisão do tratamento mais adequado

Em vários casos acompanhados, foi necessária a prescrição e planeamento do tratamento sob anestesia geral, sobretudo devido à gravidade da situação clínica da criança e/ou à impossibilidade de realizar o tratamento com a criança consciente pela presença de fobia dentária, falta da cooperação, ou mesmo doentes com perturbações cognitivas e comportamentais tal como no espectro do autismo. Todos esses fatores contribuem para um aumento significativo da dificuldade do tratamento em contexto clínico convencional.

A fobia dentária é uma situação frequente que consiste num medo persistente e excessivo a procedimentos dentários e que resulta na resistência à realização dos mesmos. Segundo a American Psychiatric Association (ADA, 2013), a fobia dentária é classificada como uma fobia específica, mais concretamente integrada no subtipo “blood-injection-injury” (BII), relacionada com sangue, injeções e procedimentos invasivos. [8]

Em relação aos casos com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, a observação e orientação clínica é extremamente importante devido às capacidades reduzidas de comunicação e interação social do doente. A equipa médica deve estar preparada para respostas sensoriais atípicas e variáveis do próprio doente, tais como alterações na gestão emocional, movimentos repetitivos, e hiperatividade do doente, de forma a facilitar a cooperação da criança, permitindo um melhor diagnóstico e plano de tratamento mais adaptado. [9]

2.3.3 Dentisteria e Endodontia

Nas consultas de estomatologia pediátrica do hospital de Santo António, o tratamento conservador menos invasivo é considerado de eleição para todas as crianças, embora possa ser limitado nesta faixa etária nos casos de falha de colaboração. Neste contexto, a cárie precoce da infância (CPI) constitui um problema importante de saúde oral, apresentando uma elevada prevalência e gravidade a nível mundial. Devido à etiologia multifatorial da CPI, incluindo fatores alimentares, microbiológicos, comportamentais, entre outros, o tratamento consiste numa abordagem multidisciplinar.

No estágio, foram observados vários casos de cárie precoce de infância, principalmente em crianças entre os 4 e 5 anos de idade. A maioria das lesões foram diagnosticadas em molares decíduos, sendo frequentes as cavidades de Classe II. Relativamente aos tratamentos realizados, estes dependeram das características de cada caso clínico, da colaboração da criança, e da profundidade da lesão de cárie. Em casos de lesões múltiplas associadas à dificuldade de realizar os tratamentos devido à ausência de colaboração da criança, a indicação e posterior realização dos tratamentos num só ato clínico sob anestesia geral permitiu uma abordagem mais eficaz, segura e confortável para os doentes.

No que diz respeito ao protocolo clínico para a realização de restaurações dentárias, o procedimento adotado no serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA, corresponde ao consensualmente adotado sendo semelhante ao protocolo implementado na clínica da FMDUP. Em todos os tratamentos restauradores acompanhados o isolamento relativo prévio foi preconizado. Em termos de escolha de material os procedimentos restauradores acompanhados foram efetuados com recurso à resina composta ou ao compómero (Dyract®). A escolha do compómero neste tipo de procedimentos e nesta faixa etária, como material restaurador constituído por resina composta modificada por ionómero de vidro (IV), justifica-se pelas vantagens na compilação das características de ambos os materiais, por um lado, a retenção e estética da resina composta, e, por outro, a libertação de flúor e a fluidez do IV, visando a promoção de um melhor selamento na base da cavidade, e, a prevenção da recidiva de cárie.

Relativamente ao acompanhamento de tratamentos endodônticos, apenas foi possível observar um caso durante o período de estágio, realizado num adolescente. A reduzida observação deste tipo de procedimento deveu-se ao facto de a maioria dos doentes acompanhados se encontrar em dentição decídua, sendo frequentemente adotadas abordagens terapêuticas distintas das utilizadas na dentição permanente. Durante a consulta realizou-se a colocação de medicação intracanal de Hidróxido de Cálcio, com o objetivo de garantir a desinfeção e favorecer o sucesso das consultas seguintes.

2.3.4 Medicina Dentária Preventiva

A Medicina Dentária Preventiva (MDP) constitui uma área crucial da Odontopediatria, principalmente pela prevenção primária das patologias orais, como a cárie dentária. A implementação de medidas preventivas precoces permite uma redução da incidência de lesões de cárie, promovendo hábitos adequados de higiene oral da criança.

Entre as consultas acompanhadas foram observados alguns procedimentos nesta área, sendo a aplicação tópica de flúor na criança com alto risco de cárie um dos procedimentos mais frequentes. O protocolo clínico para aplicação tópica de flúor utilizado na consulta de estomatologia pediátrica corresponde ao amplamente aceite e ao efetuado na clínica da FMDUP.

Nos casos de crianças não colaborantes, a aplicação tópica de flúor era realizado de forma parcial e seletiva, indicado principalmente nos dentes com maior risco de cárie. Quando não era possível realizar a aplicação, o médico instruía os pais e entregava as moldeiras com gel de flúor para realização em ambiente domiciliário, num contexto mais relaxado e tranquilo para as crianças.

3. Cirurgia Maxilofacial

As consultas externas de Cirurgia Maxilofacial (CMF) do Centro Hospitalar de Santo António, realizadas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), piso 1, desempenham um papel fundamental no diagnóstico, planeamento terapêutico, e acompanhamento (follow-up) após cirurgia das patologias maxilofaciais, incluído carcinomas da cavidade oral, disfunção temporomandibular, quistos odontogénicos, entre outros.

O estágio em Cirurgia Maxilofacial decorreu entre o dia 9 de abril até ao dia 6 de junho de 2026, com uma carga semanal de 8 horas, às segundas e quintas-feiras, e, ocasionalmente, 4 horas à quarta-feira, no bloco operatório do edifício central do CHUdSA. Durante o estágio, foram acompanhadas quer consultas externas, quer cirurgias realizadas no bloco operatório pela Dr.^a Rute Saleiro e pelo Dr. Hugo Marques.

Os doentes atendidos nas consultas externas de CMF provinham maioritariamente do Serviço de Urgência do CHUdSA. Os restantes doentes foram reencaminhados por outras especialidades, por exemplo, Estomatologia, Otorrinolaringologia (ORL), ou outras, constituindo uma rede multidisciplinar no próprio hospital.

O principal objetivo desta parte do estágio consistiu na observação dos casos clínicos acompanhados e na compreensão da relação entre o Médico Dentista e o Médico Especialista em CMF, evidenciado a importância da uma boa colaboração entre os dois, para o sucesso da reabilitação oral e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

3.1 Espaço físico, equipamento e recursos humanos das consultas

A consulta externa de CMF é realizada no edifício do CICA, no piso 1, juntamente com as unidades de ORL e Oftalmologia, sendo subdividida em consultas de controlo pré, pós-operatório e consultas de urgência. O bloco operatório é localizado no Hospital de Santo António, no edifício novo, no piso 1.

O edifício do CICA (Figuras 20 e 21).é composto por 8 pisos, sendo que apenas os primeiros 4 pisos se destinam à prestação de cuidados de saúde. Todos os doentes devem ser atendidos primeiramente na receção geral do edifício, localizado no piso 1, para determinar a necessidade do doente e encaminhar para a área adequada.



Figura 20 - Entrada principal de CICA.

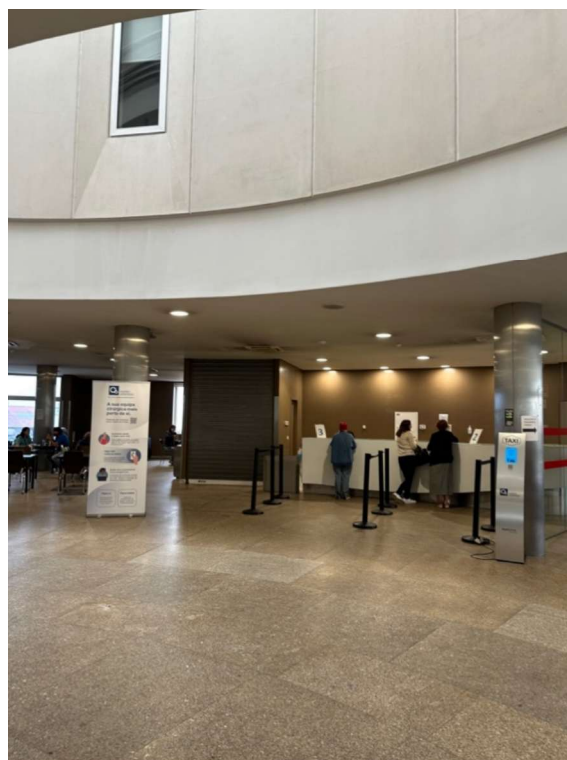


Figura 21 - Recepção geral do CICA.

A consulta externa de CMF (Figuras 22 e 23) é realizada no piso 1, sendo constituída pelos componentes seguintes:

- 1 Receção
- 1 Sala da espera
- 9 gabinetes médicos
- 1 WC
- 1 Vestuário
- 2 Sala técnicas
- 1 Sala de Secretariado
- 1 Sala Polivalente

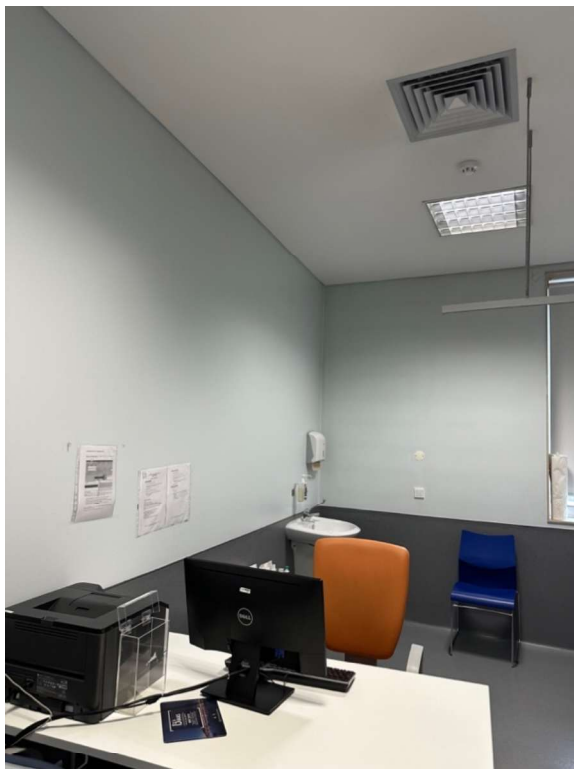


Figura 22 - Consultório no serviço de CMF.



Figura 23 – Receção no serviço de CMF.



Figura 25 - Área de armazenamento de medicamentos.

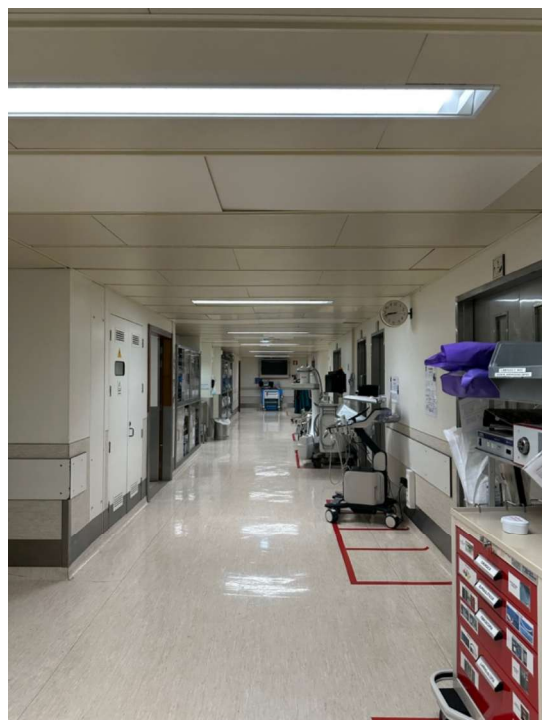


Figura 24 - Corredor central do bloco operatório.



Figura 26 - Equipamento de ecografia utilizado no apoio ao diagnóstico.



Figura 27 - Zona de higienização das mãos à entrada do bloco operatório.

3.2 Atividade Observacional – Consultas externas de Cirurgia Maxilofacial

Durante o estágio na unidade CMF, foram acompanhadas 195 consultas. Na figura 28 encontram-se identificadas todas as áreas de intervenção observadas durante o período de estágio.

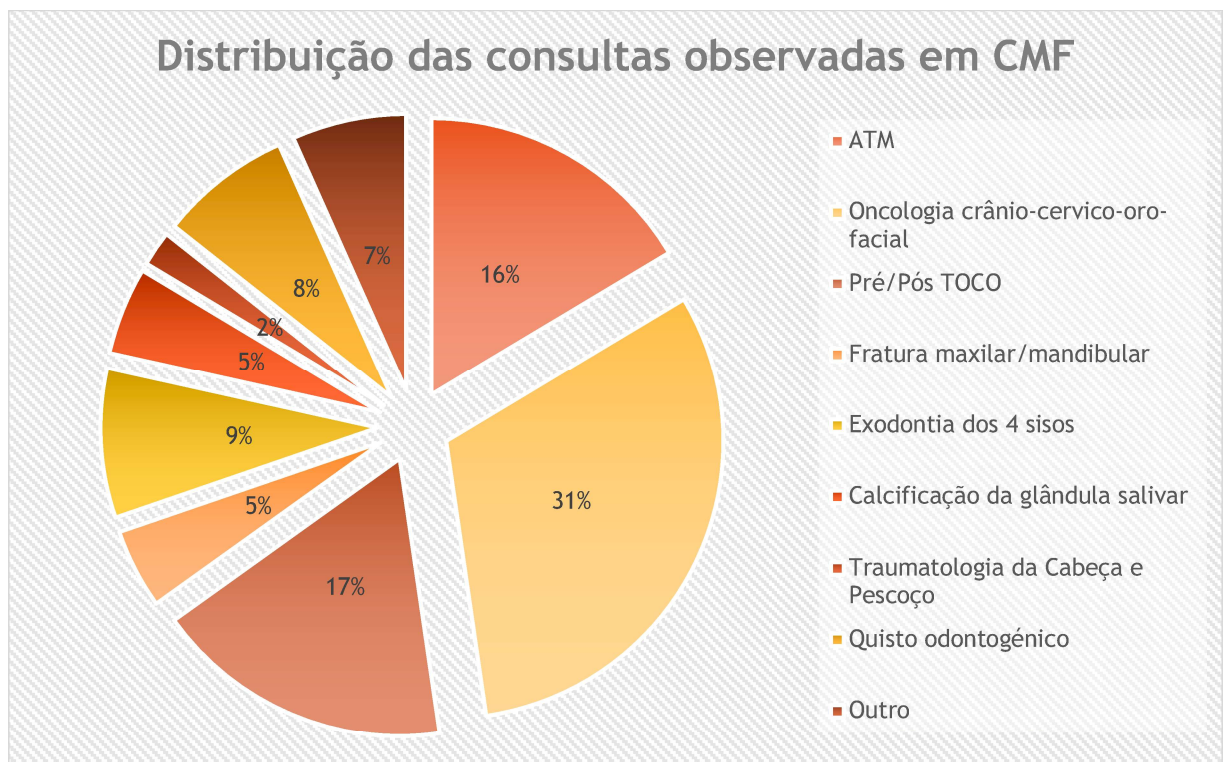


Figura 28 - Distribuição das consultas observadas em CMF.

Durante o período de estágio, a área mais frequentemente observada nas consultas externas de CMF correspondeu à Oncologia Crânio-Cervico-Oro-Facial, representando 31% do total das consultas observadas (n=61). Seguiram-se as consultas de Pré-/Pós-Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático (TOCO), que corresponderam a 17% das consultas observadas (n=34) e as consultas relacionadas com distúrbios da ATM, representando 16% das consultas (n=32). As consultas de exodontia dos terceiros molares corresponderam a 9% do total (n=17).

As restantes áreas acompanhadas incluíram quistos odontogénicos, fraturas maxilares e mandibulares, calcificação das glândulas salivares, e traumatologia da cabeça e pescoço, com menos representatividade no conjunto das consultas observadas.

Relativamente às consultas categorizadas por “Outro”, estas englobam consultas cujo diagnóstico definitivo ainda não se encontrava estabelecido no momento da observação, incluindo casos em com o diagnóstico em curso, lesões patológicas sem diagnóstico definitivo ou doentes em avaliação prévia à realização da biópsia.

3.2.1 Oncologia Crânio-Cervico-Oro-Facial

Durante o estágio, a grande maioria das consultas observadas corresponderam à pós-excisão ou vigilância da oncologia maxilofacial, incluindo carcinoma da língua e carcinoma de glândula salivar (parótida, submandibular, sublingual) com uma percentagem de 31%.

Neste contexto, o diagnóstico e tratamento precoce são cruciais, sendo que o médico dentista apresenta um papel fundamental enquanto primeiro profissional de saúde a contactar normalmente com o doente, o que é bastante importante na deteção precoce de lesões oncológicas, e, posteriormente, permitir um reencaminhamento imediato para o médico especialista, com a realização de biópsia da lesão suspeita. Para além disso, o médico dentista também deve ter o papel de instruir os doentes, sobre todos os fatores de risco associados ao carcinoma oral, como por exemplo, o hábito tabágico, que podem favorecer o aparecimento de lesões oncológicas.

No diagnóstico o sistema de classificação TNM (Tumor, Nódulo e Metástase) constitui uma classificação fundamental no estadiamento do carcinoma orofacial, baseando-se na extensão da lesão previamente ao tratamento. A avaliação inicial assenta na inspeção e palpação clínicas, sendo complementada por exames imagiológicos, os quais contribuem para a avaliação da extensão locorregional da doença e para a deteção de eventuais metástases. [10]

O protocolo seguinte pelo serviço de CMF para um doente com suspeita de lesão oncológica, inicia-se com a realização de uma anamnese completa, e de um exame clínico da lesão suspeita. De seguinte, são realizados os exames radiográficos, normalmente um Tomografia Computorizada (CT) da cabeça, pescoço e tórax, com o objetivo de avaliar a localização da lesão, a sua profundidade e a relação com as estruturas adjacentes. Após a avaliação clínica e imagiológica da lesão, a realização de uma biópsia incisional, excisional ou aspirativa é essencial relativamente à determinação da malignidade da lesão.

Na consulta subsequente à biópsia, após emissão do relatório anatomopatológico, o médico comunica ao doente o diagnóstico da doença, esclarecendo todas as informações relativas mesma de forma empática, e discute o plano de tratamento com o doente.

A manutenção da vigilância é essencial após a excisão da lesão, uma vez que a taxa da recidiva do carcinoma da cavidade oral é relativamente alta. Assim, as consultas de controlo com a realização de exames imagiológicos, nomeadamente CT, devem ser efetuadas de 3 em 3 meses após a excisão da lesão, e preferencialmente durante um período de até 5 anos.

3.2.2 Disfunção Temporomandibular

A disfunção temporomandibular (DTM) constitui uma patologia relativamente frequente, podendo provocar uma alteração significativa na qualidade de vida do doente. Durante o período de estágio, foram observados 32 casos relacionados disfunção temporomandibular.

Relativamente à disfunção temporomandibular, esta pode apresentar diferentes formas clínicas e consequências associadas. Na maioria dos casos observados as principais características identificadas foram as alterações dos músculos mastigatórios que podem originar mialgia, e, disfunção articular propriamente dita, incluindo o deslocamento do disco, reabsorção do côndilo mandibular e bloqueio da articulação temporomandibular.

O exame imagiológico, nomeadamente a ressonância magnética (RM), é bastante importante no diagnóstico da disfunção temporomandibular, uma vez que permite avaliar a localização das estruturas temporomandibulares, e analisar a respetiva morfologia, que pode apresentar alterações como o aplanamento ou arredondamento.

O protocolo clínico para a DTM seguido no serviço de CMF apresentou-se semelhante à clínica do FMDUP. Inicialmente, a consulta é iniciada com a realização de uma anamnese completa, seguida da recolha de dados subjetivos, incluindo o estilo de vida, descrição da dor, intensidade e frequência. Posteriormente, é realizada a palpação da Articulação temporomandibular em movimento (ATM), bem como a observação do trajeto de abertura oral.

No contexto da CMF, a indicação de tratamento da ATM está reservada para situações graves, nomeadamente quando a dor interfere significativamente com a qualidade de vida do doente ou quando existe limitação de abertura da cavidade oral. Neste caso, o tratamento conservador, como a lavagem articular (artrocentese) está indicado. Caso não se verifique melhoria clínica, podem ser considerados tratamentos mais agressivos, incluído a remodelação do côndilo mandibular, para melhorar a relação entre o disco e o côndilo mandibular.

No caso de hiperatividade muscular exacerbada, para além das medidas conservadoras, por exemplo, a utilização de goteira oclusal e fisioterapia, também se pode realizar a infiltração de toxina botulínica, com o objetivo de reduzir a atividade muscular.

Relativamente à relação com a medicina dentária, esta apresenta um papel importante no tratamento da disfunção temporomandibular, tendo-se verificado que a maioria dos doentes observados na consulta da CMF não apresentavam uma oclusão estável, constituindo a ausência dos dentes posteriores um fator importante no desenvolvimento deste tipo do problema. Como tal, para além de realização de uma a goteira oclusal, torna-se igualmente importante garantir através de reabilitação oral uma oclusão estável, permitindo uma distribuição das forças musculares e o restabelecimento do equilíbrio funcional dos músculos mastigatórios. No âmbito das consultas de DTM foi acompanhado um caso clínico, com diagnóstico prévio de anquilose temporomandibular, que após correção cirúrgica desenvolveu uma infeção extensa ao nível do ramo posterior da mandíbula (Figura 29).

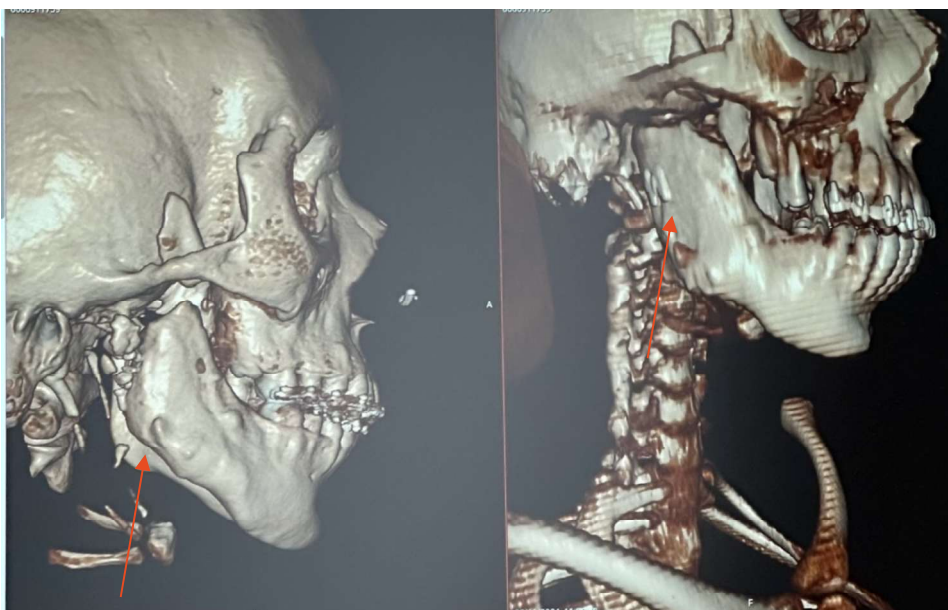


Figura 29 - Infeção extensa da região do ramo posterior da mandíbula após correção cirúrgica.

Nesse caso, foi fundamental informar o doente relativamente às complicações ocorridas após a cirurgia, esclarecer bem a situação clínica e discutir as opções terapêuticas. Posteriormente, foi decidido planear uma cirurgia piezoelétrica para colocação de uma prótese da ATM.

3.2.3 Traumatologia da Cabeça e Pescoço

Durante o estágio, foram observados 2 casos urgentes de fratura nasal, o tratamento de eleição efetuado consiste no correto reposicionamento dos ossos nasais, seguido de imobilização do nariz com uma tala externa, durante 7 a 14 dias.

3.2.4 Fratura Maxilar/Mandibular

No decorrer do estágio, foram observados 9 casos urgentes de fraturas maxilares/mandibulares, um dos quais foi acompanhado posteriormente em consulta de pós-operatório (Figura 30). O tratamento imediato assume uma importância significativa no sucesso de ferulização e estabilização dos componentes fraturados, permitindo posteriormente uma boa cicatrização no pós-operatório.



Figura 30 - Ortopantomografia de controlo pós-operatório após a fixação de fratura mandibular bilateral de um dos casos acompanhados.

3.2.5 Consulta pré-/pós-cirurgia ortognática

A cirurgia ortognática constitui uma das áreas de atuação da cirurgia maxilofacial. Nesta área, foram acompanhados casos em fase de planeamento do tratamento, consulta pré-cirúrgica, consulta pós-cirúrgica e de reavaliação de doentes.

A cirurgia ortognática tem como objetivo principal a reposição esquelética (maxilar, mandibular e/ou mento) em doentes que já ultrapassaram a fase de crescimento craniofacial e para casos de distorções alveolares demasiado graves para serem corrigidas de forma não-cirúrgica. [11]

A indicação da cirurgia ortognática deve considerar vários fatores, incluindo o grau de gravidade da distorção dentoalveolar, sobretudo quando a camuflagem ortodôntica já não permite resolver adequadamente o problema funcional e estético do doente. Por outro lado, a idade do doente também representa um fator crucial, devido ao estado do crescimento esquelético. Adicionalmente, devem ser consideradas as expectativas e interesses do próprio doente. Nestas situações, os exames radiológicos pré-cirúrgicos, nomeadamente a cefalometria (Figura 31), assumem particular importância por permitirem uma avaliação detalhada das estruturas craniofaciais e das vias aéreas superiores, possibilitando analisar a necessidade de um avanço mandibular, com o objetivo de aumentar a área das vias aéreas superiores.



Figura 31 - Cefalometria utilizada na análise e planeamento pré-cirúrgico de cirurgia ortognática num dos casos acompanhados.

Relativamente à cirurgia propriamente dita, esta pode ser realizado apenas a nível maxilar, mandibular ou mento, dependendo do tipo de distorções apresentadas pelo doente. Nos casos mais complexos, poderá ser necessário uma abordagem bimaxilar, que possa incluir também a mentoplastia, com o objetivo de melhorar a estabilidade oclusal, e a harmonia facial.

A comunicação entre o ortodontista e o médico especialista em CMF detém um papel fundamental no plano de tratamento do doente, sendo que a correção dentária pré-cirúrgica ortognática tem destino objetivos e pressupostos totalmente diferentes do da camuflagem ortodôntica. Por esta razão, a comunicação entre os dois especialistas é bastante importante para posteriormente poder oferecer todas as informações sobre os dois tratamentos ao doente, incluindo as vantagens e desvantagens da cada um, e favorecendo uma decisão consciente por parte do doente.

No período pós-cirúrgico as consultas de controlo e acompanhamento permitem avaliar a evolução clínica do doente, incluindo a cicatrização dos tecidos, estabilidade oclusal, presença de dor e sinais de infeção, bem como, a recuperação funcional da mastigação verificando a melhoria da função oral e da qualidade de vida do doente.

3.2.6 Quisto odontogénico

Durante o estágio na consulta de CMF, foram observados diversos casos clínicos relacionados com quistos odontogénicos. Estas lesões são frequentes na cavidade oral, sendo importante para além da sua remoção cirúrgica, diminuir o risco da destruição óssea, associada a possíveis fraturas dos ossos maxilares. Para além disso, o desenvolvimento de uma infeção secundária pode estar associado à presença do quisto, resultando numa situação clínica caracterizada por uma dor intensa.

De acordo com a classificação mais recente da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022), os quistos odontogénicos integram o grupo das lesões odontogénicas dos maxilares, inserido no capítulo dos tumores da região da cabeça e pescoço. Estes podem ser classificados, de acordo com a sua etiopatogenia, em quistos inflamatórios e quistos de desenvolvimento. Entre os quistos de desenvolvimento incluem-se, por exemplo, o quisto dentígero e o queratoquisto odontogénico. Para além destes, existem ainda quistos não odontogénicos descritos na região Maxilofacial. [12] Entre estes, os quistos inflamatórios apresentam a forma mais frequente, resultando da evolução progressiva de lesões periapicais em dentes necrosados.

Em relação aos casos observados nas consultas externas de CMF, o quisto inflamatório correspondeu ao tipo mais diagnosticado, sendo que a maioria dos doentes apresentavam um estado de saúde oral comprometido, associado a uma higiene oral deficitária, demonstrando uma baixa valorização dos cuidados de saúde oral.

O diagnóstico destas lesões baseava-se inicialmente numa anamnese detalhada, incluindo a queixa principal do doente, sendo que a maioria dos quistos odontogénicos apresentava sinais inflamatórios. Durante o exame objetivo, a palpação e inspeção extra- e intra-oral são dos aspetos mais importantes a considerar na avaliação e diagnóstico da região afetada. Por outro lado, para os quistos assintomáticos, os exames radiográficos de rotina, nomeadamente a ortopantomografia (OPG), desempenhava um papel importante no diagnóstico precoce destas lesões.

Durante o estágio, houve oportunidade de observar um caso raro de um quisto odontogénico de desenvolvimento, um quisto botrióideno 3º quadrante (entre os dentes 33 a 38) (Figura 32), uma variante rara e multilocular do quisto periodontal lateral, geralmente assintomático e associado a uma taxa elevada de recidiva. A sua localização ocorre mais frequentemente a nível mandibular, sendo o seu diagnóstico habitualmente realizado através de exames radiográficos de rotina (OPG). O tratamento de eleição consiste na enucleação cirúrgica da lesão, seguida de acompanhamento clínico e radiográfico prolongado, geralmente durante um período mínimo de 5 anos, devido ao risco de recidiva (Figuras 33 e 34).



Figura 32 - Ortopantomografia do caso clínico com diagnóstico de quisto botrióide.



Figura 33 - Fotografia intraoral após aremoção do quisto.

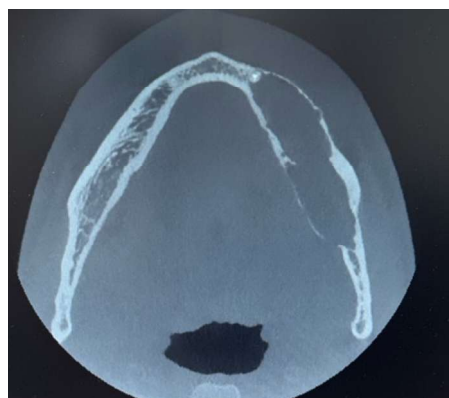


Figura 34 - CBCT demonstrando a localização do quisto e a sua relação anatômica com o nervo mentoniano.

3.3 Atividade Observacional – Bloco Cirúrgico de Cirurgia Maxilofacial

No decorrer do estágio houve oportunidade de acompanhar 4 cirurgias, principalmente na área maxilofacial. Os doentes antes de realizar a cirurgia, eram submetidos a uma consulta pré-anestésica, com o objetivo de avaliar as histórias clínicas do doente, avaliar o seu risco individual de mortalidade pós-cirúrgico, de acordo com a classificação ASA (American Society of Anesthesiologist).

Os procedimentos começavam-se às 8h30, com a preparação anestésica. Pelas 9h00, iniciava-se o procedimento propriamente dito, realizado pela equipa de CMF, constituído por um cirurgião principal e 2 cirurgiões assistentes. No caso de cirurgia ortognática bimaxilar associada a mentoplastia, o procedimento era normalmente mais prolongado, estendendo-se até ao final da manhã. No caso de cirurgia de excisão de glândulas salivares o tempo programado de cirurgia era de 3 horas.

As cirurgias acompanhadas durante o estágio encontram-se listadas abaixo e descritas, relativamente aos principais aspetos clínicos, nos subcapítulos seguintes.

- Palatoplastia;
- Cirurgia ortognática bimaxilar e mentoplastia;
- Excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal;
- Excisão das glândulas submandibulares bilateral (por alterações na secreção salivar).

3.3.1 Palatoplastia

A palatoplastia é um procedimento cirúrgico realizado com o objetivo de corrigir a fenda palatina, reconstituindo a anatomia e função normal do palato. Esta intervenção permite o encerramento da fenda, promovendo uma separação entre a cavidade nasal e a cavidade oral do doente. Durante o estágio, foi possível acompanhar uma intervenção cirúrgica de fenda palatina bilateral na Maternidade Júlio Dinis. A cirurgia foi realizada por 3 equipas diferentes, a equipa de anestesiologia, a equipa responsável pela reconstrução palatina, e a equipa responsável pela colheita do enxerto ósseo. O procedimento iniciou-se com a indução da anestesia e confirmação da estabilidade do doente, por parte da equipa de anestesiologia. Após esta fase, o procedimento decorreu simultaneamente em dois tempos cirúrgicos: a preparação e criação do acesso da fenda palatina pela equipa de reconstrução, e, a colheita do enxerto ósseo ao nível da crista ilíaca pela equipa responsável do enxerto (Figuras 35 e 36). Este procedimento multidisciplinar permite uma redução do tempo da intervenção, favorecendo uma maior eficiência do mesmo.



Figura 35 - Momento intraoperatório da obtenção de enxerto ósseo da crista ilíaca utilizado osteótomo e martelo cirúrgico



Figura 36 - Acesso cirúrgico à crista ilíaca para colheita de enxerto ósseo

Após colheita do enxerto ósseo, este é preparado e adaptado cuidadosamente ao defeito ósseo existente na maxila. De seguida, procedeu-se à colocação e estabilização na maxila, permitindo estabilizar a continuidade do palato (Figuras 37 e 38).



Figura 37 - Fotografia intraoral após a colocação do enxerto ósseo.

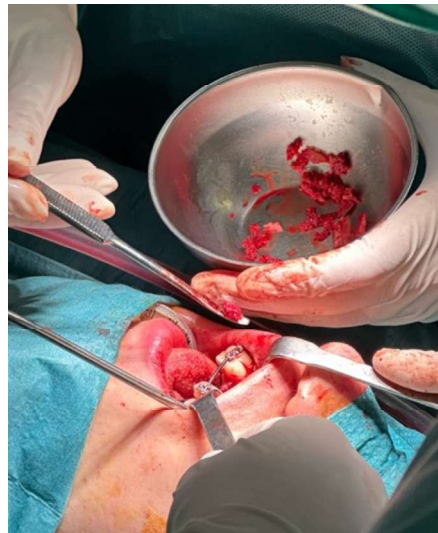


Figura 38 - Colocação do enxerto ósseo na região da fenda palatina.

Posteriormente, foi realizado o encerramento dos tecidos moles, promover uma cobertura total do enxerto para favorecer o processo de cicatrização. No final da intervenção, o doente foi encaminhado para as consultas de acompanhamento em CMF, permitindo a avaliação pós-operatória da cicatrização e da integração do enxerto ósseo, bem como a monitorização relativamente ao crescimento e desenvolvimento da maxila e do palato ao longo do tempo.

3.3.2 Cirurgia ortognática bimaxilar e Mentoplastia

A cirurgia ortognática atualmente constitui um tratamento de eleição para doentes com dismorfia craniofacial, nomeadamente em casos de Classe II e Classe III esqueléticas graves, quando a camuflagem ortodôntica já não permite corrigir adequadamente as alterações funcionais e estéticas presentes.

Na cirurgia ortognática (Figuras 39 a 41), o procedimento inicia-se habitualmente pela maxila, através da realização de uma osteotomia Le Fort I. Esta técnica permite a mobilização e reposicionamento tridimensional da maxila de acordo com o planeamento cirúrgico prévio estabelecido, tendo como objetivo restabelecer a função oclusal e a harmonia facial.



Figura 39 - Separação da maxila das estruturas adjacentes.



Figura 40 - Realização da osteotomia Le Fort I com recurso a osteótomo e martelo cirúrgico.

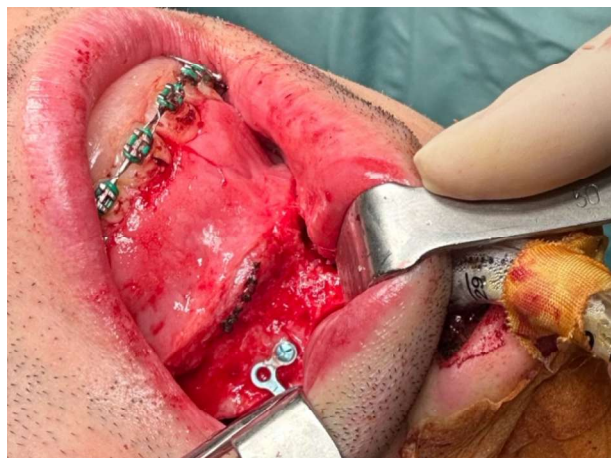


Figura 41 - Ferulização da maxila após osteotomia Le Fort I.

Posteriormente, procedeu-se à cirurgia mandibular por osteotomia sagital dos ramos mandibulares (BSSO). Antes de iniciar esta etapa, é fundamental garantir a estabilidade da maxila previamente reposicionada, uma vez que esta funciona como a referência para o estabelecimento da oclusão final (Figuras 42 e 43).

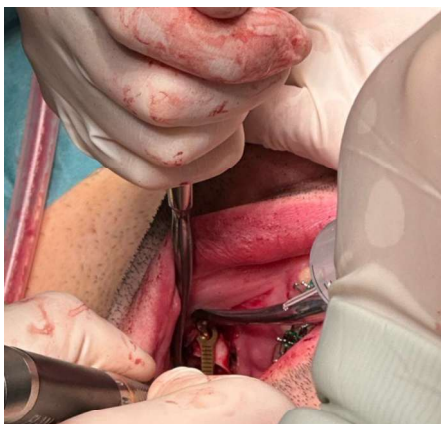


Figura 42 - Ferulização da mandíbula após osteotomia sagital bilateral dos ramos mandibulares (BSSO).

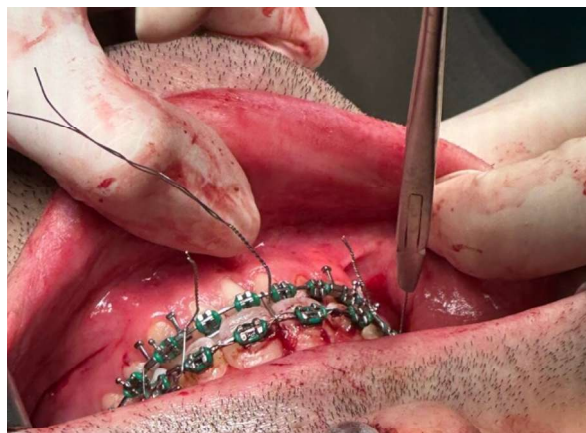


Figura 43 - Fixação intermaxilar com fios metálicos para obtenção da oclusão planeada.

Depois do reposicionamento dos maxilares, a intervenção pode ser complementada com uma mentoplastia (Figura 44) quando existe a indicação de harmonizar o perfil facial e corrigir o desvio do queixo. Esta técnica pode estar associada com um avanço, recuo, ou alongamento do segmento ósseo do mento, de acordo com o planeamento prévio.

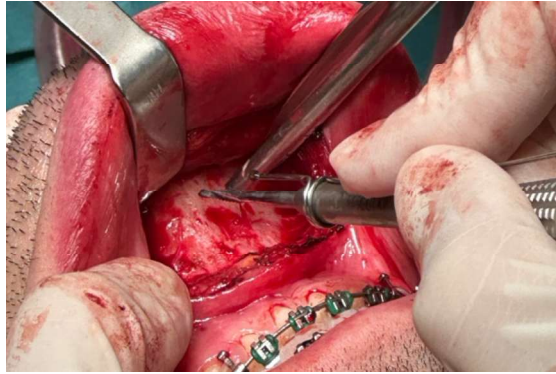


Figura 44 - Osteotomia do mento durante a mentoplastia.

3.3.3 Excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal

Durante o estágio, também foi acompanhado um caso de excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal (Figura 45). A lesão foi removida cirurgicamente com um bisturi elétrico. Após a excisão, procedeu-se à colocação de uma membrana de regeneração tecidular guiada (RTG) sobre o defeito cirúrgico, com o objetivo de promover a cicatrização dos tecidos.

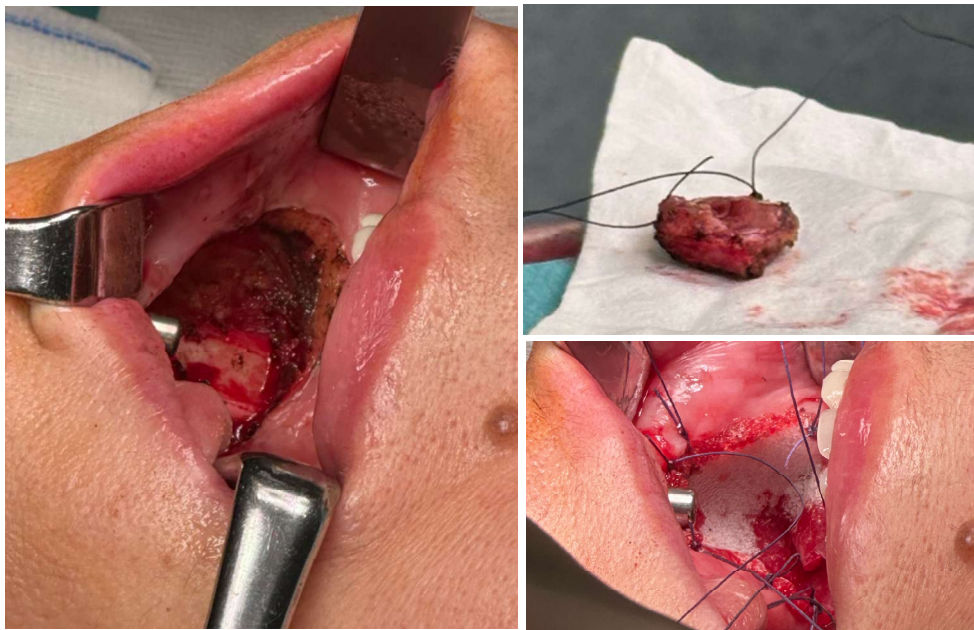


Figura 45 - Procedimento de excisão de neoplasia maligna da mucosa jugal.

Em caso de neoplasias malignas da cavidade oral, a classificação da TNM tem um papel importante no planeamento cirúrgico, uma vez que permite avaliar a dimensão do tumor primário (T), o envolvimento dos gânglios linfáticos (N), e a presença de metástases (M). Esta classificação é determinante quer na definição de extensão da cirurgia, quer na necessidade de tratamentos complementares como radioterapia ou quimioterapia.

3.3.4 Excisão da glândula submandibular bilateral

No decorrer do estágio foi possível acompanhar um caso de excisão das glândulas submandibulares (bilateral) devido a alteração da secreção salivar (Figuras 46 e 47). O protocolo cirúrgico efetuado incluí a palpação inicial da região afetada, permitindo uma melhor localização e avaliação das estruturas envolvidas antes de realizar a incisão. De seguinte, procedeu-se à realização da incisão cirúrgica e exposição da glândula submandibular. Posteriormente, foi efetuado a separação cuidadosa dos tecidos adjacentes, com especial atenção à preservação máxima das estruturas adjacentes, nomeadamente vasos sanguíneos (veia jugular) e nervos. Após a remoção completa da glândula, é fundamental proceder à sutura do ducto excretor, prevenindo a ocorrência de extravasamento salivar e favorecendo uma adequada cicatrização dos tecidos.



Figura 46 - Realização de incisão com bisturi elétrico e dissecação dos tecidos adjacentes com pinça eletrocirúrgica.

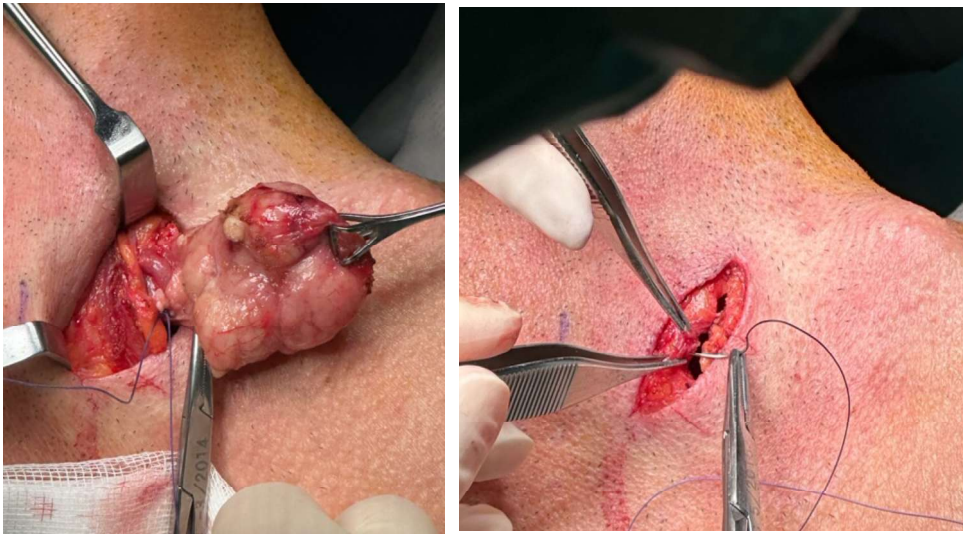


Figura 47- Sutura do ducto excretor e sutura da ferida cirúrgica após a excisão da glândula.

Conclusões

A realização do estágio de 4 meses no Centro Hospitalar Universitário do Santo António, nos serviços da Estomatologia Pediátrica e Cirurgia Maxilofacial, representou uma experiência extremamente enriquecedora, tanto a nível académico como profissional, permitindo uma profundidade dos conhecimentos em áreas da Medicina Dentária e da Cirurgia Maxilofacial que raramente existe no contexto universitário.

No âmbito da Estomatologia Pediátrica, o estágio permitiu uma melhoria da compreensão da abordagem clínica à criança, bem como da importância das estratégias preventivas, do diagnóstico precoce e acompanhamento da erupção dentária e do crescimento craniofacial na promoção de saúde oral infantil.

Por outro lado, a observação das consultas externas e dos procedimentos cirúrgicos permitiram compreender a complexidade de casos diferentes. Foi ainda possível reconhecer a importância da colaboração multidisciplinar entre diferentes especialidades, nomeadamente Estomatologia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Ortodontia e Cirurgia Maxilofacial, contribuindo para a definição de planos de tratamento mais adaptados e individualizados para o doente. Para além dos conhecimentos técnicos adquiridos, este estágio permitiu desenvolver uma maior sensibilidade sobre a importância da comunicação entre o profissional de saúde e o doente, particularmente a necessidade de adaptar a técnica de comunicação às características individuais de cada pessoa, especialmente em doentes pediátricos e/ou com necessidades especiais, promovendo uma relação de confiança e facilitando a adesão aos cuidados de saúde oral.

Em resumo, este estágio constituiu uma oportunidade única de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar, contribuindo significativamente para a minha formação enquanto futuro Médico Dentista.

Referências

1. Unidade Local de Saúde de Santo António. História [Internet]. Porto: ULS Santo António; [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.ulssa.pt/v0B0E/historia>
2. Museu do Centro Hospitalar do Porto. Identidade [Internet]. Porto: ULS Santo António; [cited 2026 May 15]. Available from: <https://museuchporto.ulssa.pt/v0B0C/identidade>
3. Unidade Local de Saúde de Santo António. I-CICA: percurso clínico digital do doente cirúrgico em ambulatório [Internet]. Porto: ULS Santo António; [cited 2026 Jun 1]. Available from: <https://www.ulssa.pt/noticia/i-cica-percurso-clinicodigitaldodoente-cirurgicoemambulatorio>
4. Koaban A, Al-Harbi SK, Al-Shehri AZ, Al-Shamri BS, Aburazizah MF, Al-Qahtani GH, et al. Current trends in pediatric orthodontics: a comprehensive review. *Cureus*. 2024;16(9). doi:10.7759/cureus.68537.
5. Associação Portuguesa de Ortodontia. Perguntas frequentes [Internet]. Porto: APO; [cited 2026 May 20]. Available from: <https://apo-ortodontia.pt/pt/content/perguntas-frequentes>
6. Altuhafy M, Jabr L, Michelogiannakis D, et al. Self-perceived pain in Hyrax versus other maxillary expansion orthodontic appliances: a systematic review of clinical studies. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2023;24:279-292. doi:10.1007/s40368-023-00795-1.
7. Silveira GS, Abreu LG, Palomo JM, et al. Mini Hyrax vs Hyrax expanders in the rapid palatal expansion in adolescents with posterior crossbite: a randomized controlled clinical trial. *Prog Orthod*. 2021;22:30. doi:10.1186/s40510-021-00365-5.
8. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: an understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev*. 2017;55:25-40. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.004.
9. Chandrashekhar S, Bommangoudar JS. Management of autistic patients in dental office: a clinical update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):219-227. doi:10.5005/jp-journals-10005-1515.

10. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884-11894.
11. Khechoyan DY. Orthognathic surgery: general considerations. *Semin Plast Surg*. 2013;27(3):133-136. doi:10.1055/s-0033-1357109.
12. Martin LHC, Speight PM. Odontogenic cysts: an update. *Diagn Histopathol*. 2017;23(6):260-265. doi:10.1016/j.mpdhp.2017.04.006.