



## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA MAXILOFACIAL DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO**

Patrícia Isabel Cunha Azevedo

**Orientador**

**Inês Sansonetty Gonçalves Côrte-Real**

Porto, 2026

## RESUMO

O estágio integrado na Unidade Curricular "Monografia/Relatório de Estágio" da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto decorreu no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, entre fevereiro e junho de 2026, totalizando 112 horas distribuídas semanalmente entre o Serviço de Cirurgia Maxilofacial e o Serviço de Estomatologia. Esta experiência constituiu uma oportunidade singular de contacto com a realidade hospitalar e com a complexidade clínica que caracterizam um serviço especializado de referência.

Como tema central do relatório elegi as fendas labiopalatinas, por se tratar de uma das malformações congénitas mais frequentes da região orofacial. Têm repercussões funcionais, estéticas e psicossociais que se estendem ao longo de toda a vida do doente e que exigem uma resposta clínica coordenada entre múltiplas especialidades. Assim, a sua presença transversal em ambos os serviços onde decorreu o estágio, tanto na vertente cirúrgica como no acompanhamento em estomatologia, tornou-a um fio condutor natural para a reflexão e análise desenvolvidas neste trabalho.

Sob orientação do Dr. Hugo Marques e da Dra. Rute Saleiro em Cirurgia Maxilofacial, e do Dr. José Amorim e da Dra. Teresa Oliveira em Estomatologia, foi possível observar e acompanhar um espectro alargado de situações clínicas, desde consultas, a procedimentos em ambulatório até intervenções de maior complexidade realizadas em bloco operatório.

Para além das fendas labiopalatinas, o estágio proporcionou contacto com patologia oncológica oral, cirurgia ortognática, patologia das glândulas salivares, patologia óssea e dentária, disfunções temporomandibulares e doentes pediátricos com necessidades especiais de saúde, enriquecendo a formação de forma global e integradora.

Palavras-chave: Medicina Dentária; Cirurgia Maxilofacial; Estomatologia; Fendas Labiopalatinas.

## **ABSTRACT**

The curricular internship integrated in the "Monograph/Internship Report" curricular unit of Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto took place at Centro Hospitalar Universitário de Santo António, between February and June 2026, totalling 112 hours distributed weekly between the Oral and Maxillofacial Surgery Department and the Stomatology Department. This experience provided a unique opportunity to engage with the reality of hospital practice and the clinical complexity that characterises a specialised reference centre.

Cleft lip and palate was chosen as the central theme of this report, as it represents one of the most common congenital malformations of the orofacial region. Cleft lip and palate carries functional, aesthetic and psychosocial implications that extend throughout the patient's lifetime and require a coordinated clinical response across multiple specialties. Its transversal presence in both departments where the internship took place, both in the surgical setting and in stomatology follow-up, made it a natural thread for the reflection and analysis developed in this work.

Under the supervision of Dr. Hugo Marques and Dr. Rute Saleiro in Oral and Maxillofacial Surgery, and Dr. José Amorim and Dr. Teresa Oliveira in Stomatology, it was possible to observe and follow a broad spectrum of clinical situations, ranging from outpatient consultations and minor procedures to more complex interventions performed in the operating theatre.

Beyond cleft lip and palate, the internship provided exposure to oral oncology, orthognathic surgery, salivary gland disease, dental and bone pathology, temporomandibular disorders and paediatric patients with special healthcare needs, enriching training in a comprehensive and integrative manner.

Keywords: Dentistry; Oral and Maxillofacial Surgery; Stomatology; Cleft Lip and Palate.

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, agradeço à minha família, que este ano ficou mais pequenina, mas que nunca deixou de brilhar. Obrigada por me impulsionarem a embarcar nesta jornada, por me ouvirem e compreenderem, por cada abraço, cada palavra de incentivo e por todo o amor que me dão, incondicionalmente.

À Sandra, minha binómia e confidente neste percurso, companheira de todos os dias, sempre com uma palavra amiga, obrigada por estares sempre lá.

À Magda e à Inês, por todo o percurso que fizemos juntas até aqui, apoiando-nos mutuamente.

À Sílvia, uma amiga que este estágio me deu e que espero levar para a vida.

À minha orientadora, pela atenção, cuidado e carinho com que sempre me acompanhou não só ao longo deste estágio, mas desde o primeiro dia em que a conheci.

À Dra. Rute e ao Dr. Hugo, pela partilha generosa de conhecimento e pela paciência com que estão sempre dispostos a ensinar. Ao Dr. José Amorim e à Dra. Teresa, por partilharem o seu dia-a-dia, os seus desafios e a sua experiência, tornando este estágio o mais enriquecedor possível.

Por fim, tenho a certeza de que se hoje pudesse escolher de novo este estágio, fá-lo-ia sem qualquer hesitação. Fez-me ver mais além, deu-me coragem para explorar novos caminhos e deixou uma marca genuína no meu percurso pessoal e profissional.

## ÍNDICE

|                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RESUMO.....                                                                                                                        | II  |
| ABSTRACT.....                                                                                                                      | III |
| AGRADECIMENTOS .....                                                                                                               | IV  |
| ÍNDICE DE FIGURAS .....                                                                                                            | 7   |
| ÍNDICE DE TABELAS .....                                                                                                            | 9   |
| ABREVIATURAS.....                                                                                                                  | 10  |
| 1. INTRODUÇÃO.....                                                                                                                 | 11  |
| 2. DISCUSSÃO .....                                                                                                                 | 12  |
| 2.1 Relato sistemático das atividades realizadas.....                                                                              | 12  |
| 2.2 Caracterização das atividades realizadas em Cirurgia Maxilofacial.....                                                         | 13  |
| 2.2.1 Áreas de atuação da Cirurgia Maxilofacial, e caracterização da sua intervenção<br>.....                                      | 13  |
| 2.2.2. Descrição específica de cada área de atuação da Cirurgia Maxilofacial .....                                                 | 16  |
| a) Pacientes com fenda labiopalatina .....                                                                                         | 16  |
| - Caso clínico 1: Enxerto ósseo da crista ilíaca em paciente com fenda<br>labiopalatina unilateral.....                            | 21  |
| - Caso clínico 2: Cirurgia ortognática de avanço maxilar em paciente com fenda<br>labiopalatina .....                              | 25  |
| b) Pacientes Oncológicos.....                                                                                                      | 28  |
| - Caso clínico 3 – Cirurgia de exérese de tumor do bordo lateral direito da língua<br>com esvaziamento cervical ipsilateral.....   | 31  |
| - Caso clínico 4 – Cirurgia de exérese de tumor do bordo lateral esquerdo da<br>língua com esvaziamento cervical ipsilateral ..... | 34  |
| c) Cirurgia ortognática .....                                                                                                      | 36  |
| - Casos clínico 5: Cirurgia ortognática de avanço mandibular e mentoplastia....                                                    | 38  |

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| - Caso clínico 6: Registos radiográficos do pré e pós-procedimento BIMAX.....     | 39        |
| d) Patologia das glândulas salivares .....                                        | 40        |
| - Caso clínico 7: Exérese de glândula submandibular por sialolitíase múltipla.... | 43        |
| e) Patologia dentária e óssea.....                                                | 44        |
| f) Outras áreas: DTMs, trauma, patologia neuropática e outros tumores .....       | 48        |
| <b>2.3 Caracterização das atividades realizadas em Estomatologia .....</b>        | <b>50</b> |
| 2.3.1 Áreas de atuação da Estomatologia e caracterização da sua intervenção ..... | 50        |
| <b>3. CONCLUSÕES .....</b>                                                        | <b>53</b> |
| <b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                        | <b>54</b> |
| <b>5. ANEXOS .....</b>                                                            | <b>56</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1:</b> Motivos de consulta dos casos acompanhados em CMF.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 14 |
| <b>Figura 2:</b> Tipos de consulta .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 15 |
| <b>Figura 3:</b> Classificação de Veau das fendas labiopalatinas (6). .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 18 |
| <b>Figura 4:</b> a) Corte coronal do CBCT; b) Fotografia inicial, c) Visualização do defeito ósseo; d) Colheita do enxerto na crista ilíaca; e) Amostra de osso coletado; f) Preparação do osso para a colocação no defeito; g) Colocação do enxerto; h) Preenchimento total do defeito ósseo; i) Sutura e fotografia final. Fonte: arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                             | 24 |
| <b>Figura 5:</b> Cortes axiais de CBCT antes e depois de enxerto ósseo, respetivamente. Fonte: arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 25 |
| <b>Figura 6:</b> a) Telerradiografia inicial; b) Ortopantomografia inicial; c) Osteotomia Le Fort I; d) e e) Mobilização total da maxila; f) Visualização da espinha nasal anterior; g) Fixação da posição maxilar obtida; h) Fixação com placas de titânio. Fonte: Arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                                                                                             | 27 |
| <b>Figura 7:</b> Biópsia excisional de duas lesões suspeitas da hemiface esquerda em doente com história de CEC na pirâmide nasal: a) marcação das margens; b) excisão de uma das lesões; c) sutura. Fonte: arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 29 |
| <b>Figura 8:</b> Biópsia excisional de queratose no couro cabeludo: a) incisão; b) retalho de deslizamento; c) encerramento do retalho; d) sutura e fotografia final. Fonte: arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 29 |
| <b>Figura 9:</b> Biópsias incisionais: a) biópsia do lábio inferior em doente com história de CEC do lábio superior; b) sutura; c) anestesia local em lesão do bordo da língua a biopsar. Fonte: arquivo pessoal da autora. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 29 |
| <b>Figura 10:</b> Níveis ganglionares cervicais. Adaptado de: (12). ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 31 |
| <b>Figura 11:</b> Esvaziamento cervical e exérese de tumor do bordo lateral direito da língua: a) corte axial TAC; b) marcação da incisão cervical; c) fase inicial do esvaziamento dos níveis I, IIa e III; d) identificação e exposição da veia jugular interna durante a dissecação dos níveis I-III; e) identificação da veia jugular, seio carotídeo e nervo vago (de cima para baixo); f) esvaziamento dos níveis IIb e V; g) tumor lingual e margens de segurança; h) língua após remoção do tumor; i) marcação das margens da amostra. Fonte: o arquivo da autora. .... | 33 |
| <b>Figura 12:</b> Esvaziamento cervical e exérese de tumor do bordo lateral esquerdo da língua: a) TAC: corte axial; b) TAC: corte coronal; c) TAC: corte sagital; d) identificação de estruturas anatómicas durante esvaziamento cervical níveis I-III; e) níveis I, IIa, III; f)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| níveis IIb e V; g) tumor do bordo lateral esquerdo da língua; h) língua após remoção do tumor; i) medição da amostra. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                          | 35 |
| <b>Figura 13:</b> a) Ortopantomografia pós-ortodôntica e pré-cirúrgica; b) telerradiografia pré-cirúrgica; c) ortopantomografia pós-cirúrgica (15 dias); d) colocação do parafuso na placa de titânio a fixar o mento; e) colocação de drenos. Fonte: o arquivo da autora. .... | 39 |
| <b>Figura 14:</b> a) Telerradiografia inicial, b) Telerradiografia após tratamento ortodôntico, c) Telerradiografia pós-cirúrgica, d) Ortopantomografia pós-cirúrgica. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                         | 40 |
| <b>Figura 15:</b> Ortopantomografia: cálculo submandibular. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                                    | 41 |
| <b>Figura 16:</b> Sialolitotomia em ambulatório: a) corte sagital de TAC, com visualização de cálculo submandibular localizado anteriormente no canal de Wharton; b) excisão cirúrgica do cálculo; c) cálculos. Fonte: o arquivo da autora. ....                                | 42 |
| <b>Figura 17:</b> Exérese de adenoma pleomórfico da parótida. Fonte: o arquivo da autora.                                                                                                                                                                                       | 43 |
| <b>Figura 18:</b> Exérese de glândula submandibular: a) marcação da incisão; b) controle hemostático com bipolar; c) secção do canal de Wharton; d) sutura intradérmica. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                       | 44 |
| <b>Figura 19:</b> TAC de doente com abscesso odontogénico: a) corte coronal; b) corte axial. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                   | 45 |
| <b>Figura 20:</b> Ortopantomografia: a) pré-cirúrgica; b) pós-cirúrgica. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                       | 46 |
| <b>Figura 21:</b> Ortopantomografia: quisto dentígero associado ao 38. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                         | 46 |
| <b>Figura 22:</b> Ortopantomografia: dente 35 invertido. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                                       | 47 |
| <b>Figura 23:</b> Ortopantomografia: múltiplos supranumerários. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                                | 47 |
| <b>Figura 24:</b> Ameloblastoma no 3º Q: a) ortopantomografia, b) remoção do tumor com visualização e preservação do nervo alveolar inferior (seta branca). Fonte : o arquivo da autora. ....                                                                                   | 48 |
| <b>Figura 25:</b> Reconstrução 3D de TAC. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                                                      | 49 |
| <b>Figura 26:</b> TAC: corte axial. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                                                            | 50 |
| <b>Figura 27:</b> Ortopantomografia de paciente com fenda labiopalatina. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                       | 51 |
| <b>Figura 28:</b> Cicatriz de fenda palatina e más posições dentárias. Fonte: o arquivo da autora. ....                                                                                                                                                                         | 52 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1:</b> Sistematização do estágio .....                                                                    | 13 |
| <b>Tabela 2:</b> Número de procedimentos observados no âmbito da cirurgia de ambulatorio e de bloco operatório..... | 16 |
| <b>Tabela 3:</b> Etapas de reconstrução das FLP. Adaptado de: (1), sem autorização dos autores. ....                | 20 |
| <b>Tabela 4:</b> Classificação TNM do Carcinoma Espinocelular da Região Maxilofacial (1, 11) .....                  | 30 |

## **ABREVIATURAS**

AJCC - American Joint Committee on Cancer  
ASA - Sociedade Americana de Anestesiologistas  
ATM - Articulação Temporomandibular  
BAAF - Biópsia Aspirativa por Agulha Fina  
BIMAX - Cirurgia Ortognática Bimaxilar  
CBCT - Tomografia Computorizada de Feixe Cónico  
CEC - Carcinoma Espinocelular  
CHUdSA - Centro Hospitalar Universitário de Santo António  
CICA - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório  
CMIN - Centro Materno Infantil do Norte  
CMF - Cirurgia Maxilofacial  
DTMs - Disfunções Temporomandibulares  
ENE - Extensão Extranodal  
EST - Estomatologia  
FL - Fenda Labial  
FLP - Fenda Labiopalatina  
FLNS - Fenda Labiopalatina Não Sindrómica  
FLPS - Fenda Labiopalatina Sindrómica  
FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto  
FP - Fenda Palatina  
HGSA - Hospital Geral de Santo António  
HPV - Vírus do Papiloma Humano  
MIMD - Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
PEA - Perturbação do Espectro do Autismo  
PI - Profundidade de Invasão  
TAC - Tomografia Axial Computorizada  
TNM - Tumor, Nódulo, Metástase

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio” que integra o plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), no ano letivo 2025/2026, foi-me proporcionada a oportunidade de realizar um estágio nos serviços de Cirurgia Maxilofacial (CMF) e Estomatologia (EST) do Centro Hospitalar Universitário de Santo António no Porto (CHUdSA).

Na sequência das atividades desenvolvidas ao longo de 5 meses, surge a elaboração deste relatório de estágio. O seu objetivo, consiste em relatar, sistemática e circunstancialmente, integrando a respetiva fundamentação teórica e todos os conhecimentos e competências adquiridas na resolução dos desafios clínicos encontrados diariamente.

Em primeiro lugar, o motivo pelo qual escolhi realizar este estágio deveu-se não só à minha curiosidade pelas mais variadas áreas médicas hospitalares, mas também pela aprendizagem que certamente obteria na observação das atividades desenvolvidas em Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia, que estão tão intimamente relacionadas com a Medicina Dentária.

O estágio decorreu em duas fases, com frequência de 2 a 3 vezes por semana, iniciando-se no serviço de CMF. Durante esta primeira fase, acompanhei consultas e procedimentos em ambulatório no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) e observei cirurgias mais complexas no bloco operatório do prédio central do Hospital de Santo António. Na segunda fase, no serviço de Estomatologia, acompanhei consultas no edifício anexo ao CICA e, oportunamente, cirurgias em bloco operatório no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

Após terminar este estágio, posso afirmar com convicção aquilo que, na altura, me motivou a realizá-lo: a importância da articulação entre a Medicina Dentária, a Cirurgia Maxilofacial e a Estomatologia. Destaco igualmente o papel fundamental do médico dentista na triagem, diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento dos doentes, visando o tratamento mais adequado nas mais diversas patologias do aparelho estomatognático. Neste contexto, torna-se também evidente a relevância da comunicação eficaz e da colaboração entre especialidades, sempre em benefício do doente.

Ao longo deste relatório serão apresentadas situações exemplificativas, que tive

oportunidade de vivenciar, e que refletem o relevante contributo, que o médico dentista pode efetivamente fornecer, de modo a contribuir significativamente na melhoria da qualidade de vida dos seus doentes.

Além disso, vou abordar de uma forma mais aprofundada as atividades desenvolvidas na especialidade de Cirurgia Maxilofacial, pela experiência única que me proporcionou, de ver em primeira mão as mais diversas patologias e procedimentos multidisciplinares que não teria acesso durante a atividade clínica na FMDUP. Estas atividades despertaram em mim um especial interesse científico e clínico, motivando a procura contínua de novos conhecimentos.

A multidisciplinariedade é vigente na atuação diária destas áreas clínicas, refletindo-se nos doentes que a elas recorrem. Um dos exemplos mais marcantes corresponde aos doentes com fenda labiopalatina (FLP), perfil que representa uma parte significativa dos casos acompanhados nestes serviços hospitalares. Desde o nascimento até à idade adulta, estes doentes são acompanhados por equipas multidisciplinares, responsáveis pela coordenação de um tratamento longo e complexo com o objetivo de restabelecer não só a função, mas também a estética. Deste modo, a abordagem clínica destes doentes constituirá um dos principais tópicos desenvolvidos ao longo deste relatório.

Sendo assim, este relatório pretende não só descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, mas também evidenciar a importância da integração do médico dentista no contexto hospitalar e multidisciplinar.

## **2. DISCUSSÃO**

### **2.1 Relato sistemático das atividades realizadas**

O estágio observacional nos serviços de Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António no Porto (CHUdSA) decorreu do dia 18 de fevereiro de 2026 a 4 de junho de 2026, perfazendo um total de 112 horas em atividades, divididas equitativamente por ambos os serviços hospitalares. Na primeira fase, tive oportunidade de acompanhar, 2 a 3 vezes por semana, as atividades do Dr.º Hugo Marques e da Dr.ª Rute Saleiro, pertencentes ao corpo clínico do Serviço de Cirurgia Maxilofacial. Até 9 de abril de 2026, acompanhei consultas e procedimentos em ambulatório no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) no 1º piso, gabinete

1.3. As cirurgias mais complexas foram realizadas no bloco operatório do edifício central do Hospital Geral de Santo António (HGSA).

Após esta data, iniciou-se a segunda fase do estágio, no serviço de Estomatologia, que me permitiu acompanhar as consultas do Dr. ° José Amorim e da Dr.ª Teresa Oliveira. As consultas foram realizadas no edifício anexo ao CICA (Ex- CICAP), no piso 0, subdividido em Estomatologia Adultos e Estomatologia Pediátrica. Oportunamente, observei cirurgias em bloco operatório no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

O relato sistemático deste estágio encontra-se descrito na tabela 1 que se encontra a seguir.

**Tabela 1:** Sistematização do estágio

| Fase 1                |                                                   |                              |                                |                 |             |                                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------------|------------------------------------------|
| Área                  | Local                                             | Período                      | Dias                           | Horário         | Nº de horas | Médico                                   |
| Cirurgia Maxilofacial | CICA e Bloco operatório do HGSA                   | 18/02/2026<br>a<br>9/04/2026 | Segunda, quarta e quinta-feira | 8:30h às 12:30h | 68          | Dr. ° Hugo Marques e Dr.ª Rute Saleiro   |
| Fase 2                |                                                   |                              |                                |                 |             |                                          |
| Área                  | Local                                             | Período                      | Dias                           | Horário         | Nº de horas | Médicos                                  |
| Estomatologia         | Edifício anexo ao CICA e Bloco operatório do CMIN | 13/04/2026<br>a<br>4/06/2026 | Segunda, quarta e quinta-feira | 8:30h às 12:30h | 48          | Dr. ° José Amorim e Dr.ª Teresa Oliveira |

## 2.2 Caracterização das atividades realizadas em Cirurgia Maxilofacial

### 2.2.1 Áreas de atuação da Cirurgia Maxilofacial, e caracterização da sua intervenção

Segundo Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery (1), a Cirurgia Maxilofacial constitui uma especialidade cirúrgica abrangente e multidisciplinar, voltada para o tratamento de patologias do complexo craniomaxilofacial, o que inclui procedimentos reconstrutivos, funcionais e estéticos. A obra destaca que a CMF abrange

diversas áreas, como a cirurgia oral, a traumatologia maxilofacial, a cirurgia ortognática, a cirurgia craniofacial, a patologia oral e maxilofacial, a reconstrução facial, as cirurgias das glândulas salivares, os tratamentos das disfunções temporomandibulares (DTMs), a cirurgia oncológica da cabeça e pescoço e o tratamento de fendas labiopalatinas.

A multidisciplinaridade da especialidade advém da indiscutível integração com áreas como a Medicina Dentária, a Estomatologia, a Otorrinolaringologia, a Cirurgia Plástica, a Oncologia, a Neurocirurgia e outras áreas.

Durante o estágio pude observar uma grande variedade de vertentes de atuação desta especialidade, com grande diversidade no tipo de patologia e condições clínicas. Assim, destaco, na figura 1, por ordem decrescente de frequência, os principais motivos de consulta.

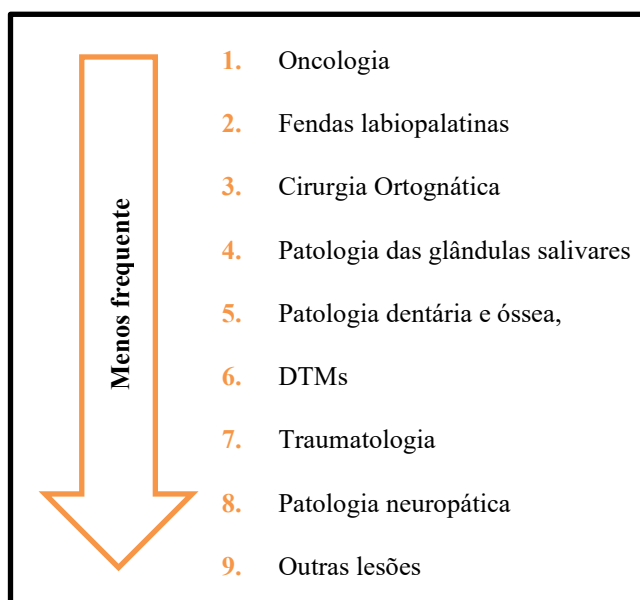


**Figura 1:** Motivos de consulta dos casos acompanhados em CMF

Os pacientes oncológicos e os pacientes com fenda labiopalatina são os que mais recorrem à consulta no Serviço de CMF do CHUdSA. Uma das possíveis explicações para estes dados pode ser o elevado número de consultas de vigilância e controlo, nomeadamente na prevenção de recidivas do cancro da cabeça e pescoço e da necessidade cirúrgica dos pacientes com fenda labiopalatina.

Já a cirurgia ortognática é um dos procedimentos mais realizados neste serviço, com variados fins terapêuticos, ao nível da saúde, função e estética. Por sua vez, surgem outros tipos de patologia e também casos de trauma, área com a qual tive menor contacto, por surgir com maior relevância em contexto de urgência hospitalar.

Torna-se assim relevante analisar quais os tipos de consulta mais frequentes de entre os seguintes: primeira consulta, consulta de planeamento, consulta pré-cirúrgica, consulta pós-cirúrgica e de controlo.

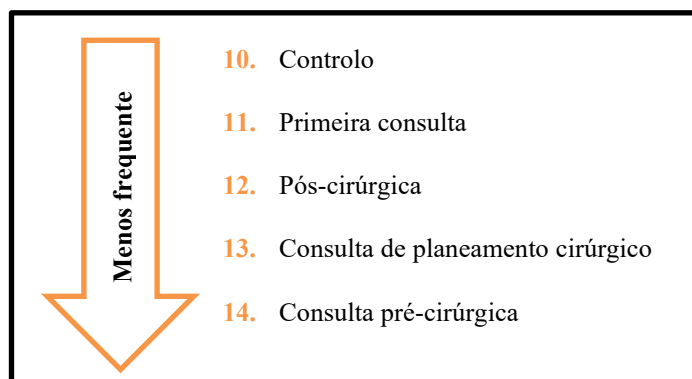


**Figura 2:** Tipos de consulta

Os dados da figura 2 refletem a priorização pela vigilância, não só na prevenção de recidivas oncológicas, mas também no controlo de lesões benignas com potencial de malignização, nas abordagens conservadoras quanto à patologia glandular, nas DTMs, e noutras patologias sem solução cirúrgica.

Além da consulta externa, tive oportunidade de ver procedimentos cirúrgicos em regime de ambulatório durante três manhãs à quinta-feira. Oportunamente, às quartas-feiras, pude assistir a procedimentos cirúrgicos mais complexos em bloco operatório. Segue-se, na tabela 2 a lista de procedimentos que pude presenciar e o total de cada um em número.

**Tabela 2:** Número de procedimentos observados no âmbito da cirurgia de ambulatório e de bloco operatório

|                               | Tipo de procedimento                                         | Nº de vezes observado |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Cirurgias em ambulatório      | Exodontia simples e exodontia de dente incluso               | 4                     |
|                               | Apicectomia                                                  | 1                     |
|                               | Biópsia excisional de lesão da pele                          | 3                     |
|                               | Biópsia incisional de lesão no lábio inferior                | 1                     |
|                               | Biópsia incisional de lesão no bordo da língua               | 1                     |
|                               | Biópsia aberta da glândula parótida                          | 1                     |
|                               | Aplicação de toxina botulínica                               | 2                     |
|                               | Sialolitotomia do ducto de Wharton                           | 1                     |
| Cirurgias em bloco operatório | Cirurgia Ortognática                                         | 2                     |
|                               | Mentoplastia                                                 | 1                     |
|                               | Cirurgia de secção de pedículo                               | 1                     |
|                               | Enxerto ósseo da crista ilíaca em paciente com FLP           | 1                     |
|                               | Excisão de glândula submandibular                            | 1                     |
|                               | Cirurgia de excisão de tumor maligno e esvaziamento cervical | 2                     |
|                               | Cirurgia de alargamento de margens                           | 2                     |

### 2.2.2. Descrição específica de cada área de atuação da Cirurgia Maxilofacial

#### a) Pacientes com fenda labiopalatina

Como referi no ponto anterior, as fendas labiopalatinas (FLP) são um dos principais motivos de consulta da CMF. E não é por acaso, pois esta especialidade pertence a uma equipa multidisciplinar dedicada ao acompanhamento e tratamento desta patologia.

Um tratamento bem-sucedido depende de uma coordenação entre diversas áreas da saúde, nomeadamente, a cirurgia maxilofacial, a medicina dentária, a estomatologia, a otorrinolaringologia, a pediatria, a cirurgia plástica, a genética, a terapia da fala e a psicologia (1).

As fendas labiopalatinas são a malformação craniofacial congénita mais comum,

com uma prevalência total, na Europa, de 1,1 em cada 1000 nascimentos, sendo a mais comum (0,7/1000), seguida pela fenda palatina (FP) (0,5/1000) e a fenda labial (FL) (0,3/1000) (2).

De um modo geral, durante a embriogénese, por volta da sexta semana de gestação, a fusão da proeminência nasal mediana com as proeminências nasais laterais e maxilares origina o lábio superior e o palato primário. Posteriormente, às oito semanas, as lâminas palatinas elevam-se e fundem-se com o septo nasal para formar o palato secundário. A fenda labiopalatina resulta precisamente da falha, parcial ou total, destes mecanismos de fusão, podendo manifestar-se de forma unilateral ou bilateral consoante o número de estruturas que não completam o processo de união (1).

A sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores ambientais como tabaco, álcool, fármacos teratogénicos e deficiência de folato, bem como influências genéticas, acreditando-se que a fenda ocorre quando estes fatores ultrapassam um determinado limiar (1,3,4).

As fendas labiopalatinas podem classificar-se em fendas labiopalatinas síndrómicas (FLPS), associadas sobretudo a fendas do palato, e fendas labiopalatinas não síndrómicas (FLNS), mais associadas a fendas labiopalatinas unilaterais esquerdas (1,3). As formas síndrómicas estão associadas a anomalias cromossómicas, como as trissomias 13 e 18, ou a doenças monogénicas, condições em que a mutação de um único gene é suficiente para causar a patologia (1,3). Já as formas não síndrómicas, que constituem a maioria dos casos, apresentam-se como um achado isolado, sem outras malformações *major* associadas. Nas formas não síndrómicas de ocorrência familiar, as causas monogénicas são responsáveis por até 10% dos casos, com transmissão tipicamente autossómica dominante (3,5).

Para além das mutações génicas, os polimorfismos herdados de qualquer um dos progenitores podem igualmente contribuir para o desenvolvimento da fenda ou aumentar a suscetibilidade individual, mesmo na ausência de uma causa genética isolada identificável. Esta complexidade na base genética familiar reforça a importância do aconselhamento genético como parte integrante da abordagem multidisciplinar destes doentes (3,5).

De acordo com *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*, as fendas podem ser classificadas em unilaterais ou bilaterais; microfenda, incompleta, ou completa e podem ainda envolver o lábio, o nariz, o palato primário e/ou o palato secundário (1). Atualmente, a classificação de Veau (6) é a mais utilizada tanto na prática

clínica como na literatura e, categoriza as fendas palatinas com base na extensão anatômica do envolvimento do palato primário e secundário. Assim, como podemos ver esquematizado na figura 3 a classe I (a) corresponde a uma fenda incompleta limitada ao palato mole; a classe II (b) a uma fenda completa do palato secundário, envolvendo tanto o palato mole como o palato duro; a classe III (c) a uma fenda completa unilateral que envolve o lábio, o palato primário e secundário; e, por fim, a classe IV (d) a uma fenda completa bilateral.

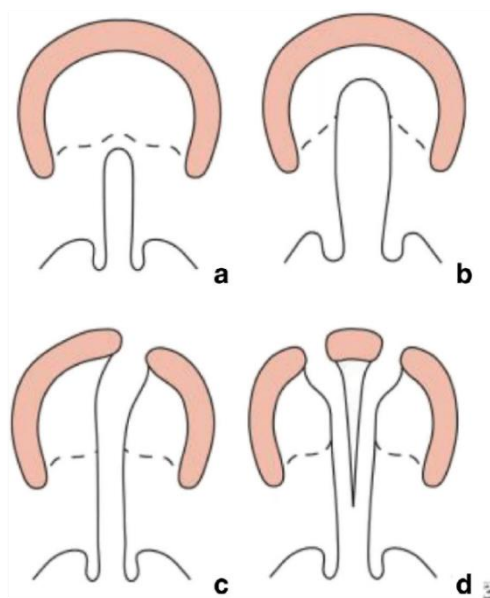


**Figura 3:** Classificação de Veau das fendas labiopalatinas. Adaptado de (6), sem autorização dos autores

O diagnóstico das fendas labiopalatinas é sobretudo pré-natal e, baseia-se essencialmente na ecografia obstétrica. A fenda labial pode ser identificada a partir das 16 semanas de gestação, enquanto a fenda palatina apresenta um diagnóstico mais difícil devido à maior complexidade na visualização das estruturas palatinas. Consequentemente, a maioria dos diagnósticos ocorre no segundo trimestre de gestação. Os casos de diagnóstico mais precoce, nomeadamente no primeiro trimestre de gestação, estão habitualmente associados a malformações adicionais de carácter síndrómico. Quando existem anomalias associadas ou história familiar relevante, a pesquisa genética complementa o diagnóstico ecográfico, sendo particularmente útil na identificação de formas síndrómicas, uma vez que as fendas isoladas apresentam invariavelmente testes genéticos normais (3).

O diagnóstico pré-natal precoce assume um papel determinante não apenas na preparação emocional e logística das famílias, mas também no início atempado do

planeamento terapêutico multidisciplinar, permitindo que as equipas de cirurgia maxilofacial, estomatologia, medicina dentária, otorrinolaringologia, pediatria, cirurgia plástica, genética e psicologia sejam mobilizadas ainda antes do nascimento da criança. Neste contexto, é relevante salientar que a maioria das gravidezes com fendas orofaciais isoladas continua até ao termo com desfechos neonatais favoráveis, contrastando com os casos de FLPS com malformações associadas, que apresentam uma taxa significativamente mais elevada de interrupção médica da gravidez ou morte fetal (3).

A gestão do paciente com fenda labiopalatina é controversa, pois não há consenso internacional nem evidência científica suficiente quanto ao “timing” ideal para intervir (1). A principal razão é a necessidade de uma ponderação cuidadosa entre as necessidades funcionais, as preocupações estéticas e o impacto da intervenção no crescimento craniofacial em curso. Aliás, em nenhuma outra patologia o efeito da cirurgia precoce sobre o crescimento se torna tão evidente e determinante como no tratamento das deformidades de fenda labial e palatina, tornando o momento da intervenção uma decisão de particular complexidade e relevância clínica. Na maioria dos casos, o mais vantajoso é esperar por um grau de crescimento maior, mas em algumas exceções, pode ser necessária intervenção precoce por problemas funcionais ou estéticos que a isso obriguem (1).

As sequelas cirúrgicas mais frequentes nas fendas labiopalatinas incluem o colapso maxilar nos planos ântero-posterior e transversal, consequência da cicatrização gerada pelas cirurgias primárias do lábio e do palato. Este fenómeno traduz-se clinicamente numa retrusão dentoalveolar de carácter centrípeto e numa projeção da pré-maxila, contribuindo para um desenvolvimento deficitário do terço médio facial. O padrão oclusal resultante caracteriza-se tipicamente por uma tendência para a classe III esquelética e por hipoplasia maxilar transversal grave com mordida cruzada posterior. A nível dentário, são igualmente comuns anomalias de desenvolvimento, nomeadamente alterações de forma, tamanho e número, como agenesias e presença de dentes supranumerários. O conjunto destas alterações compromete simultaneamente a estética facial e dentária, com repercussões psicossociais relevantes, nomeadamente ao nível da autoestima e da qualidade das interações sociais do indivíduo (7).

Embora o tratamento cirúrgico desta patologia deva ser individualizado e adaptado a cada paciente, a literatura descreve protocolos orientadores, entre os quais se destaca o proposto em *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery* (Tabela 3) (1).

**Tabela 3:** Etapas de reconstrução das FLP. Adaptado de: (1), sem autorização dos autores.

| Procedimento                                    | Período de realização                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reparação da fenda labial                       | Após as 10 semanas                                                                                                            |
| Reparação da fenda palatina                     | 9–18 meses de idade                                                                                                           |
| Retalho faríngeo ou velofaringoplastia          | 3–5 anos de idade ou mais tarde, dependendo do desenvolvimento da fala                                                        |
| Reconstrução maxilar/alveolar com enxerto ósseo | 9 anos de idade, dependendo do desenvolvimento dentário                                                                       |
| Cirurgia ortognática da fenda                   | 14–16 anos nas raparigas, 16–18 anos nos rapazes                                                                              |
| Rinoplastia da fenda                            | Após os 5 anos de idade, mas preferencialmente após a maturidade esquelética; e após cirurgia ortognática sempre que possível |
| Revisão da cicatriz da fenda labial             | A qualquer momento após a remodelação inicial e maturação da cicatriz, mas preferencialmente após os 5 anos de idade          |

Em suma, a reparação da fenda labial deve realizar-se após os 3 meses, uma vez que fornece tempo para uma avaliação médica completa e reduz o risco anestésico. Além disso, intervenções mais precoces não demonstraram benefícios e associam-se a uma pior cicatrização e piores resultados a nível estético. A reparação do palato é efetuada entre os 9 e os 18 meses, antes do desenvolvimento da fala, uma vez que intervenções anteriores aos 9 meses estão associadas a hipoplasia maxilar sem melhoria dos resultados na fala. Quando a insuficiência velofaríngea persiste após a palatoplastia, o que se caracteriza por uma voz hipernasal, pode ser necessário um retalho faríngeo ou uma velofaringoplastia, geralmente aos 3 - 5 anos (1). Ainda na fase de crescimento, está indicada ortopedia dentofacial logo após o início da segunda infância, com o objetivo de corrigir o colapso sagital e transversal do maxilar, recorrendo a dispositivos como a máscara facial e a disjunção palatina. Numa fase subsequente, o tratamento ortodôntico torna-se necessário para organização do setor anterior, em preparação para o enxerto ósseo secundário. Este é realizado durante a dentição mista, idealmente antes da erupção do canino permanente, de modo a promover a sua erupção

já no enxerto, sendo o osso da crista ilíaca o *gold standard*. A ortodontia deve ser iniciada 2 a 3 anos antes do início da adolescência, em articulação com as restantes etapas do protocolo terapêutico (1,7).

A cirurgia ortognática é maioritariamente realizada entre os 14 e os 18 anos, quando se atinge a maturidade esquelética, em conjunto com a ortodontia. Constitui geralmente uma das fases finais do tratamento, sobretudo nos doentes que não beneficiaram de tratamento ortopédico precoce. Aproximadamente 25 a 50% dos doentes com fenda labiopalatina desenvolve má oclusão de classe III por hipoplasia maxilar significativa, sendo a osteotomia Le Fort I o procedimento mais frequentemente utilizado. Contudo, quando o grau de avanço maxilar necessário é demasiado extenso, a osteotomia convencional pode revelar-se insuficiente, associando-se a um risco considerável de recidiva e de cicatrização excessiva dos tecidos moles. Nestes casos, a distração osteogénica surge como alternativa, permitindo um avanço maxilar gradual com menor risco de recidiva a longo prazo e menor compromisso vascular das estruturas envolvidas, apresentando-se como uma opção promissora em alguns casos (1,7).

Por fim, as revisões da cicatrização do lábio e do nariz são reservadas preferencialmente para após os 5 anos de idade, devendo a rinoplastia ser idealmente realizada após a cirurgia ortognática. Em ambos os casos, devem ser evitadas revisões múltiplas precoces para não comprometer o crescimento (1).

No CHUdSA pude acompanhar de perto dois procedimentos cirúrgicos em pacientes com esta patologia, casos clínicos 1 e 2, com realização de um enxerto ósseo da crista ilíaca e com a realização de uma cirurgia ortognática de avanço maxilar, respetivamente.

### **Caso clínico 1: Enxerto ósseo da crista ilíaca em paciente com fenda labiopalatina unilateral**

Data: 4/03/2026;

Paciente: RSG, Masculino, 20 anos, ASA II;

Duração estimada: 1h30min; Hemorragia estimada 200 ml.

### Descrição do procedimento:

O doente, com antecedentes de fenda labiopalatina e história de dois enxertos ósseos alveolares prévios realizados em idade pediátrica, que se revelaram um insucesso, foi proposto para enxerto ósseo terciário da crista ilíaca para correção do defeito alveolar residual localizado entre o dente 21 e o dente 23.

O doente apresentava ainda agenesia dos incisivos laterais superiores, um achado que é frequente nesta população, com uma incidência de agenesia do incisivo lateral do lado da fenda entre 35% e 60% (1). Este dado influencia diretamente o planeamento reabilitador a longo prazo, nomeadamente no que respeita à eventual colocação de implante dentário após consolidação do enxerto ou encerramento do espaço com o tratamento ortodôntico e reconfiguração estética do dente 23.

A realização do enxerto em idade adulta, após insucesso dos enxertos anteriores, enquadra-se na categoria de enxerto tardio secundário, modalidade associada a maior complexidade técnica, dado o potencial de morbilidade periodontal das estruturas adjacentes ao defeito e a menor previsibilidade dos resultados quando comparada com o enxerto em dentição mista (1).

A cirurgia foi realizada em simultâneo por duas equipas cirúrgicas, uma para colheita do enxerto na crista ilíaca e outra para preparação do local recetor. Esta estratégia permite reduzir o tempo operatório total e é amplamente suportada pela literatura como uma das principais vantagens da utilização da crista ilíaca como local dador (1). A crista ilíaca é preferida pela sua acessibilidade e relativa facilidade de colheita e riqueza em osso esponjoso, que é considerado um melhor material de enxerto pelas suas características de suporte e vascularização. O osso esponjoso possui células osteoblásticas viáveis, responsáveis por uma resposta angioblástica precoce e formação óssea mais rápida comparativamente às alternativas alógenas (8).

Assim, no local dador, coletou-se osso medular, através da criação de uma janela e também tecido ósseo da cortical interna. No final suturou-se com Vicryl® 3-0 e Nylon® 3-0 (Ethicon, Johnson & Johnson) e colocou-se um dreno para remoção do excesso de fluídos que se acumulam após o procedimento.

Em simultâneo, no local recetor, realizou-se uma incisão sulcular com descarga distal, seguida de descolamento mucoperiósteo de espessura total para exposição e visualização completa do defeito ósseo entre os dentes 21 e o 23. Procedeu-se ao encerramento da mucosa nasal e do palato com fio de sutura reabsorvível, de modo a

criar uma barreira entre o enxerto e a cavidade nasal, que é condição essencial para o sucesso do procedimento. O material de enxerto, osso autógeno da crista ilíaca, foi introduzido e compactado no defeito com elevador periósteo, assegurando o preenchimento completo de todos os espaços. Por fim, verificou-se que a quantidade de tecido mole disponível permita o encerramento primário direto no local da incisão e suturou-se com Nylon® 4-0 (Ethicon, Johnson & Johnson), assegurando um encerramento sem tensão sobre o enxerto (figura 4).

Neste caso optou-se pela técnica clássica sem membrana barreira, sendo o encerramento hermético dos tecidos moles sobre o enxerto considerado o fator mais determinante para o sucesso do procedimento. Embora Singkhorn et al. demonstrem que a utilização de membrana de colagénio reabsorvível se associa a menor reabsorção do volume ósseo aos 3 e 6 meses pós-operatórios e a menor dor e edema no pós-operatório imediato, a técnica sem membrana continua a ser amplamente praticada e clinicamente aceite (9).

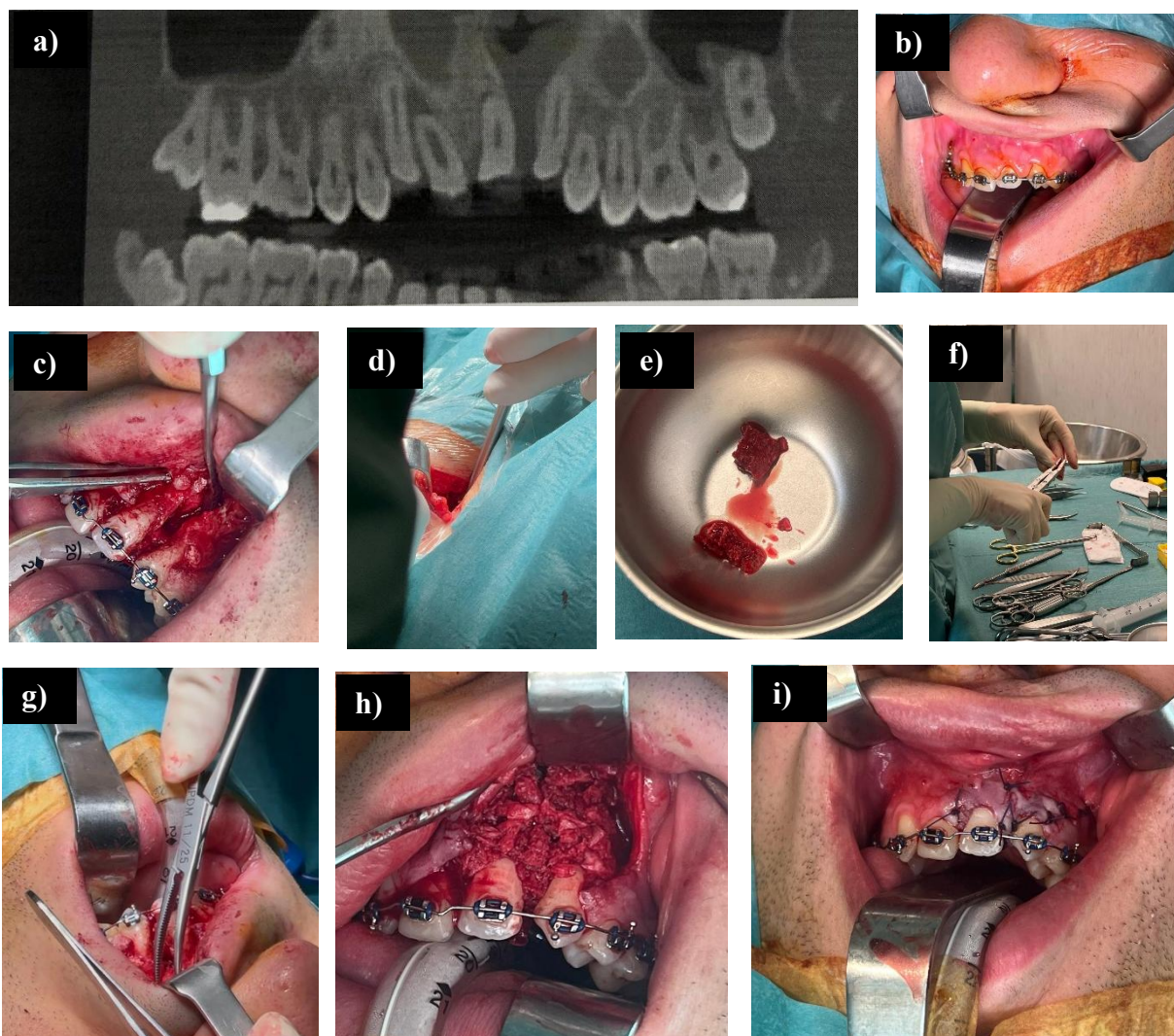


**Figura 4:** a) Corte coronal do CBCT; b) Fotografia inicial, c) Visualização do defeito ósseo; d) Colheita do enxerto na crista ilíaca; e) Amostra de osso coletado; f) Preparação do osso para a colocação no defeito; g) Colocação do enxerto; h) Preenchimento total do defeito ósseo; i) Sutura e fotografia final. Fonte: arquivo pessoal da autora.

#### Controlo pós- cirúrgico radiográfico deste tipo de procedimento:

A avaliação radiográfica pós-operatória por Tomografia Computorizada de Feixe Cónico (CBCT) é o método de eleição para a análise da qualidade e quantidade de osso formado após enxerto ósseo alveolar e que permite uma avaliação tridimensional precisa da densidade e do volume ósseo no local recetor. As imagens representativas desta avaliação, apresentadas na figura 5, correspondem ao seguimento de uma doente do género feminino, com 26 anos de idade, com diagnóstico de fenda, submetida a enxerto ósseo alveolar em setembro de 2025, com CBCT de controlo realizado em fevereiro de 2026, correspondendo a um intervalo de aproximadamente cinco meses. Este período é

considerado adequado para a avaliação da consolidação do enxerto, sendo que a literatura refere que a incorporação do osso esponjoso autógeno da crista ilíaca ocorre progressivamente nas primeiras semanas, com estabilização da densidade óssea entre os três e os seis meses. As imagens permitem verificar o grau de preenchimento do defeito alveolar e a qualidade da integração do enxerto nas estruturas ósseas adjacentes. Estes dados permitem determinar o planeamento das etapas subsequentes do tratamento, nomeadamente a movimentação ortodôntica na área enxertada ou a eventual reabilitação com implante dentário no espaço correspondente (1).



**Figura 5:** Cortes axiais de CBCT antes e depois de enxerto ósseo, respetivamente.

Fonte: arquivo pessoal da autora.

## **Caso clínico 2: Cirurgia ortognática de avanço maxilar em paciente com fenda labiopalatina**

Data: 25/02/2026

Paciente: AISR, Feminino, ASA I

Duração estimada 1h30min; Hemorragia estimada: 200 ml

### Descrição do procedimento:

A doente foi submetida a cirurgia ortognática de avanço maxilar por hipoplasia maxilar no contexto de fenda labiopalatina, sob anestesia geral com intubação nasotraqueal.

Realizou-se uma incisão no fundo do vestibulo da maxila, seguida de dissecação subperiosteal da parede lateral da maxila, proporcionando ampla exposição para a visualização das osteotomias planeadas.

Procedeu-se à osteotomia tipo Le Fort I com serra reta recíprocante e mobilização controlada do complexo maxilar com particular atenção à preservação da vascularização comprometida pelas cicatrizes das cirurgias prévias de correção da fenda. A área de maior resistência à mobilização corresponde à porção vertical do osso palatino, na região posteromedial do seio maxilar, característica anatômica frequente nestes doentes (1).

Após mobilização completa, procedeu-se ao avanço maxilar com verificação da oclusão e fixação intermaxilar intraoperatória através de arames metálicos colocados nos brackets, uma vez que a preparação ortodôntica pré-cirúrgica incluía aparelho fixo. Uma vez obtida a posição desejada da maxila, realizou-se a fixação rígida bilateral com placas de titânio Synthes® (DePuy Synthes, Johnson & Johnson) e parafusos nos pilares zigomático-maxilares e na abertura piriforme. O encerramento foi realizado por planos com sutura Nylon® 3-0 (Ethicon, Johnson & Johnson).

No final, removeu-se a fixação metálica colocada nos brackets e substituíram-se por elásticos que serão apenas removidos após 2 a 4 semanas (figura 6). Por esse motivo, o doente deverá manter uma dieta líquida nesse período.

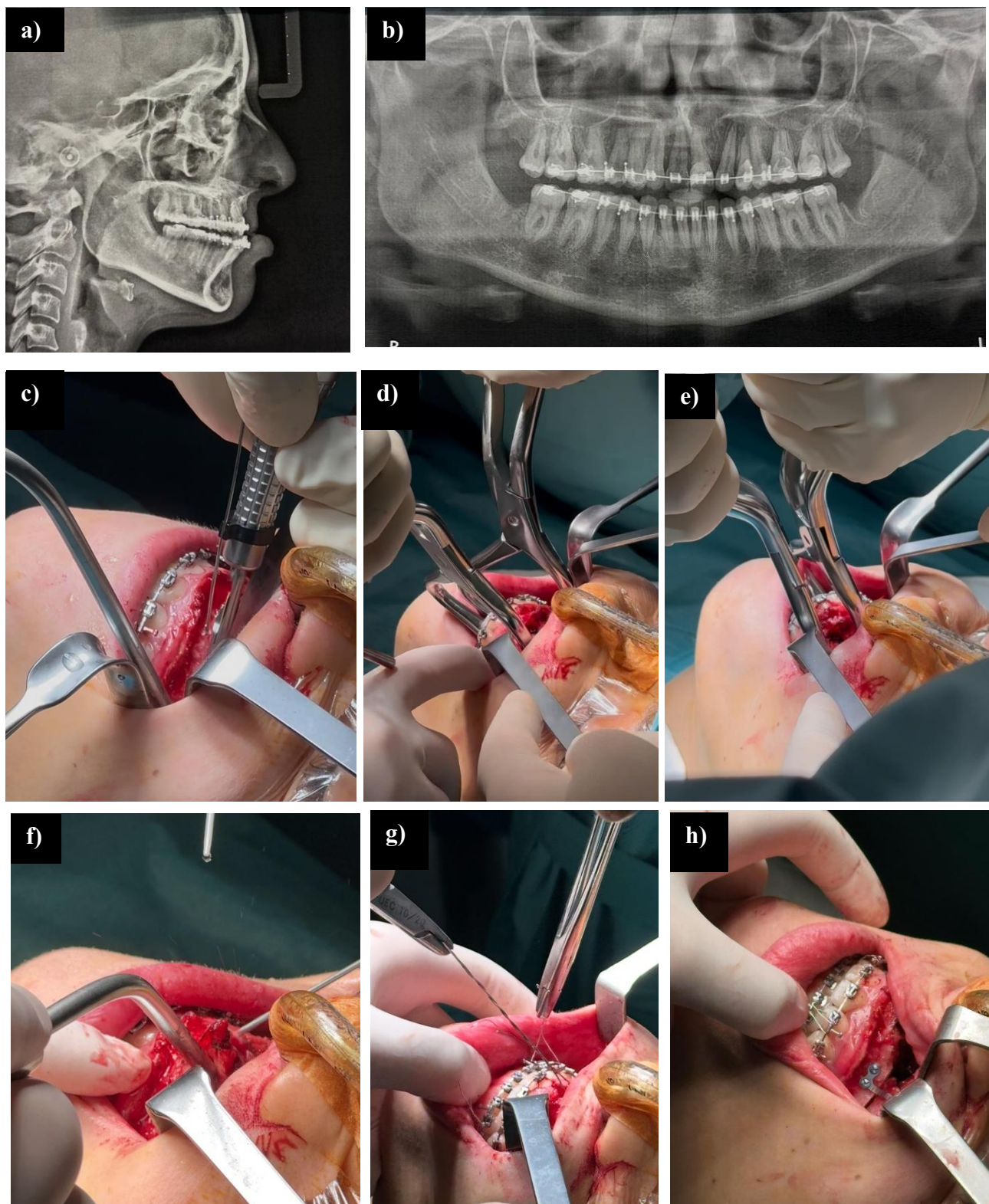


**Figura 6:** a) Telerradiografia inicial; b) Ortopantomografia inicial; c) Osteotomia Le Fort I; d) e e) Mobilização total da maxila; f) Visualização da espinha nasal anterior; g) Fixação da posição maxilar obtida; h) Fixação com placas de titânio.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora.

## **b) Pacientes Oncológicos**

Os pacientes oncológicos são grande parte da ocupação diária do serviço de Cirurgia Maxilofacial do CHUdSA. Este aumento da frequência de consultas pode refletir, em parte, um crescimento real da incidência de patologia oncológica oral, tendência bem documentada em Portugal e na Europa (10).

O carcinoma espinocelular (CEC) é o tipo histológico predominante nos tumores malignos da cabeça e pescoço, representando aproximadamente 90% dos casos, sendo a língua a localização anatómica intraoral mais frequentemente afetada, seguida do pavimento da boca, mucosa jugal, gengiva, palato duro e trígono retromolar. Estes são locais onde a exposição crónica a fatores de risco como o tabaco e o álcool, associada à vulnerabilidade da mucosa local, favorece a transformação maligna (1).

De acordo com o *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN 2020), plataforma epidemiológica da *International Agency for Research on Cancer*, pertencente à *World Health Organization*, foram registados em Portugal 2.424 novos casos de carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço e 1.103 óbitos anuais, representando 4,0% de todos os novos casos de cancro e 3,7% da mortalidade oncológica no país, numa tendência crescente impulsionada por fatores como o consumo de tabaco e álcool, a crescente prevalência de infeção por HPV e o diagnóstico tardio em estadios avançados (10).

Contudo, o elevado volume de consultas reflete não apenas o crescimento da incidência, mas também a acumulação de doentes em acompanhamento prolongado, tornando essencial distinguir entre novos casos e episódios de seguimento. Este volume de consultas gerado pelos doentes oncológicos em Cirurgia Maxilofacial reflete a complexidade e a extensão do percurso terapêutico que caracteriza o carcinoma espinocelular oral. Este inicia-se com a referenciação e avaliação inicial da lesão, seguida de biópsia incisional na porção mais espessa da lesão. Esta deve incluir espessura total sempre que possível, para permitir ao médico anatomopatologista uma avaliação adequada da profundidade de invasão, fator que é determinante no estadiamento e na decisão terapêutica segundo a classificação mais usada mundialmente da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) (8.<sup>a</sup> edição) descrita mais abaixo.

Neste estágio pude observar procedimentos de biópsia realizados em regime de ambatório, sob anestesia local, ilustrando as diferentes técnicas de biópsia em função da localização, da suspeita clínica e da dimensão da lesão. Os casos observados

incluíram biópsias excisionais de lesões cutâneas (figura 7 e 8), em que a reduzida dimensão das lesões permitiram a remoção completa com fins simultaneamente diagnósticos e terapêuticos, uma biópsia incisional do lábio, em que se procedeu à recolha de uma amostra representativa da lesão com preservação do tecido adjacente (figura 9a e 9b), e uma biópsia incisional do bordo lateral da língua (figura 9c).

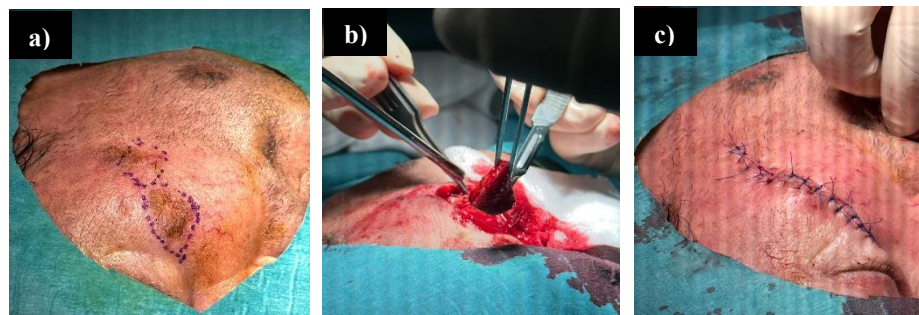


**Figura 7:** Biópsia excisional de duas lesões suspeitas da hemiface esquerda em doente com história de CEC na pirâmide nasal: a) marcação das margens; b) excisão de uma das lesões; c) sutura. Fonte: arquivo pessoal da autora.

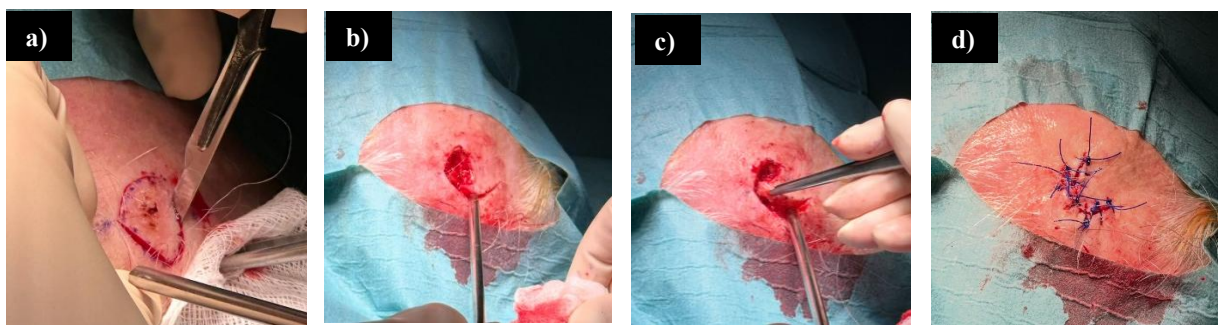


**Figura 9:** Biópsia excisional de queratose no couro cabeludo: a) incisão; b) retalho de deslizamento; c) encerramento do retalho; d) sutura e fotografia final. Fonte: arquivo pessoal da autora.



**Figura 8:** Biópsias incisionais: a) biópsia do lábio inferior em doente com história de CEC do lábio superior; b) sutura; c) anestesia local em lesão do bordo da língua a biopsar. Fonte: arquivo pessoal da autora.

O estadiamento do CEC da cavidade oral resulta da combinação dos critérios T, N e M da classificação da AJCC (tabela 4), sendo a profundidade de invasão um fator determinante na classificação T e no prognóstico.

**Tabela 4:** Classificação TNM do Carcinoma Espinocelular da Região Maxilofacial (1, 11)

| Categoria                         | Definição                                                            | Exemplos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T - Tumor primário                | Classifica o tamanho e a extensão local do tumor na cavidade oral.   | <p>T1: <math>\leq 2</math> cm e PI <math>\leq 5</math> mm</p> <p>T2: <math>\leq 2</math> cm com PI <math>&gt;5</math> mm e <math>\leq 10</math> mm; ou <math>&gt;2</math> cm e <math>\leq 4</math> cm com PI <math>\leq 10</math> mm</p> <p>T3: <math>&gt;4</math> cm ou PI <math>&gt;10</math> mm</p> <p>T4a: Invasão de estruturas adjacentes (maxila, mandíbula, pele da face, seio maxilar)</p> <p>T4b: Invasão da base do crânio, placas pterigóideas ou carótida interna</p> |
| N – Gânglios Linfáticos regionais | Avalia a presença de metástases em gânglios cervicais.               | <p>N0: Sem metástases</p> <p>N1: 1 gânglio ipsilateral <math>\leq 3</math> cm, ENE (–)</p> <p>N2a: 1 gânglio ipsilateral <math>&gt;3</math> cm e <math>\leq 6</math> cm, ENE (–)</p> <p>N2b: Múltiplos ipsilaterais <math>\leq 6</math> cm, ENE (–)</p> <p>N2c: Bilaterais/contralaterais <math>\leq 6</math> cm, ENE (–)</p> <p>N3a: <math>&gt;6</math> cm, ENE (–)</p> <p>N3b: ENE (+) clinicamente evidente</p>                                                                 |
| M - Metástases à distância        | Indica a disseminação do tumor para outros órgãos.                   | <p>M0: Sem metástases à distância</p> <p>M1: Presença de metástases à distância</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Exemplo de estadiamento           | Combinação dos critérios T, N e M para determinar o estadio clínico. | T2 N1 M0 → Estadio III (tumor entre 2–4 cm com 1 gânglio afetado e sem metástases à distância)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

*Legenda: ENE - extensão extranodal; PI - profundidade de invasão.*

Estando confirmado o diagnóstico, procede-se à cirurgia de excisão com margens oncológicas livres, sendo a abordagem cirúrgica primária o tratamento de eleição no carcinoma espinocelular da cavidade oral. Nesta cirurgia, consoante o estadiamento, realiza-se ou não o esvaziamento cervical. Está sempre indicado nos casos N+ e quando N0, é recomendado de forma eletiva quando o risco de metastização oculta supera os

15–20%, o que corresponde aos tumores classificados como T2, T3 e T4. A decisão para T1 é mais controversa, mas para uma profundidade de invasão superior a 4 mm, deve ser realizado esvaziamento. Já o tipo de esvaziamento, seletivo ou radical modificado, isto é, de apenas alguns grupos ganglionares ou de todos de I a V, respectivamente, é determinado pela extensão do envolvimento ganglionar (N), ou seja, é seletivo para N0 e N1 e radical para os restantes casos (1).

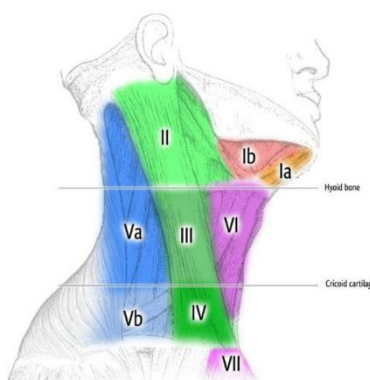


**Figura 10:** Níveis ganglionares cervicais. Adaptado de: (12).

O pós-operatório implica um período de hospitalização variável, durante o qual se inicia frequentemente radioterapia adjuvante, nomeadamente nos casos com margens positivas ou extensão extracapsular, bem como quimioterapia concomitante nas situações de doença avançada. A este período acresce um programa de vigilância estruturado de 5 anos, dado que 90% das recidivas do carcinoma espinocelular oral ocorrem nos primeiros dois anos, justificando consultas de seguimento regulares a longo prazo.

O carcinoma da língua, sendo o subtipo mais frequente do carcinoma espinocelular intraoral, constituiu um dos casos oncológicos acompanhados durante o estágio, como se verifica nos dois casos cirúrgicos que a seguir se encontram.

### **Caso clínico 3 – Cirurgia de exérese de tumor do bordo lateral direito da língua com esvaziamento cervical ipsilateral**

Data: 11/03/2026

Paciente: MGPM, Feminino, 59 anos, ASA II

Duração estimada 3h30min; Hemorragia estimada: 200 ml

### Descrição do procedimento:

A doente foi submetida a cirurgia de exérese de carcinoma espinocelular do bordo lateral direito da língua com esvaziamento cervical ipsilateral, sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. A cirurgia foi realizada em abordagem descontínua (isto é, tumor primário e o esvaziamento cervical são realizados como dois procedimentos separados, em campos cirúrgicos distintos, sem remover os tecidos intermédios), com o esvaziamento cervical a preceder a ressecção do tumor primário, seguindo o princípio de operar primeiro o campo limpo, o pescoço, antes do campo contaminado, a cavidade oral (1).

Numa primeira fase, procedeu-se ao esvaziamento cervical seletivo ipsilateral direito, com dissecação dos níveis I, II, III e V. Foram preservadas as estruturas não linfáticas *major*, como o nervo espinhal acessório, veia jugular interna e músculo esternocleidomastóideo, minimizando a morbilidade funcional associada, nomeadamente a síndrome dolorosa do ombro.

Para a hemóstase e dissecação dos tecidos moles durante o esvaziamento cervical, foi utilizado o bisturi ultrassónico Harmonic Focus+® (Ethicon, Johnson & Johnson), dispositivo que combina corte e coagulação simultâneos por vibração ultrassónica, com menor dano térmico lateral e menor risco de lesão neurovascular comparativamente à eletrocirurgia convencional.

Numa segunda fase, procedeu-se à ressecção do tumor do bordo lateral direito da língua com margens oncológicas de segurança, com auxílio do bisturi elétrico e do bisturi ultrassónico, sendo o espécime enviado para exame anatomopatológico para avaliação das margens cirúrgicas, fator determinante na decisão de tratamento adjuvante.

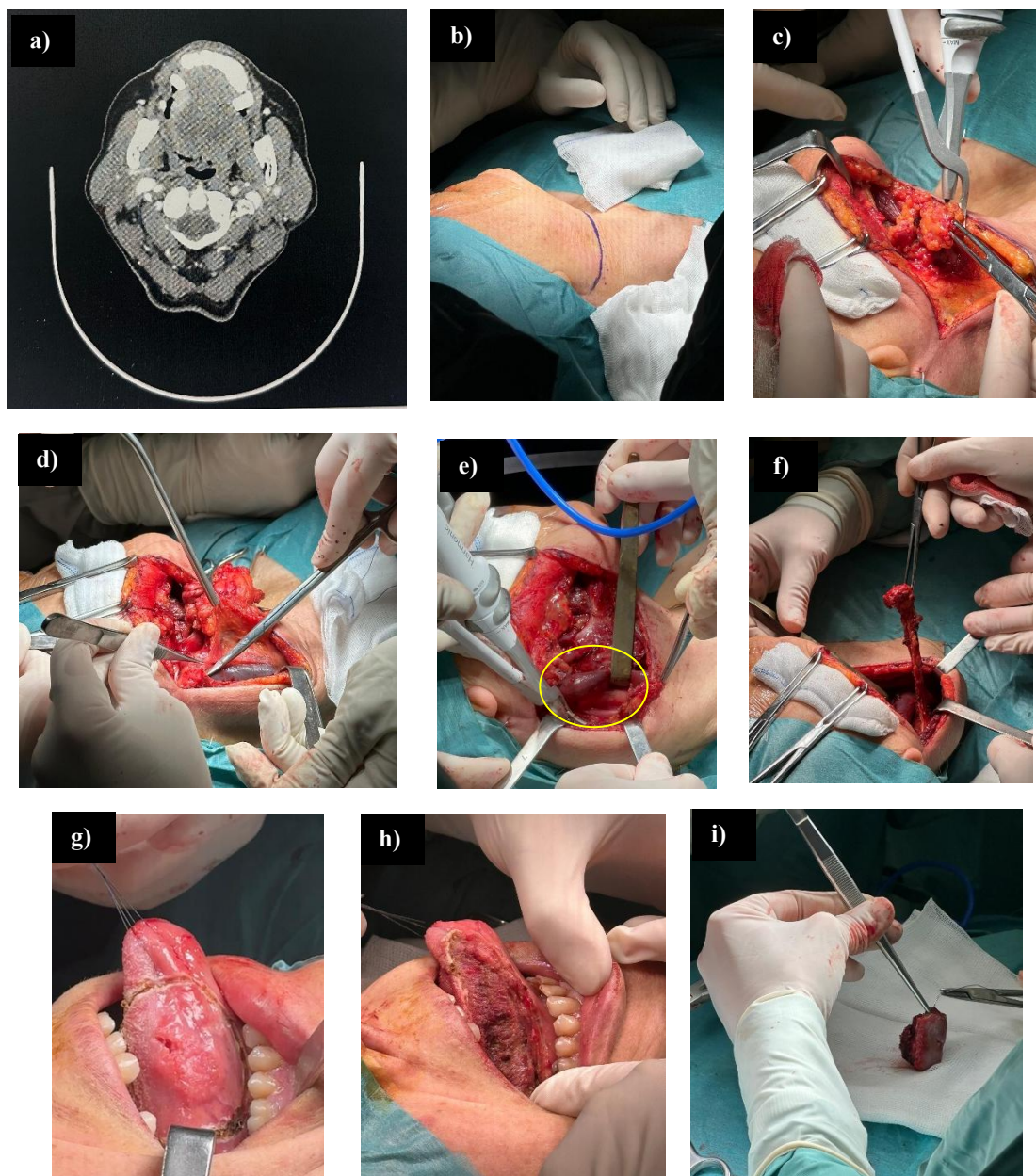


**Figura 11:** Esvaziamento cervical e exérese de tumor do bordo lateral direito da língua: a) corte axial TAC; b) marcação da incisão cervical; c) fase inicial do esvaziamento dos níveis I, IIa e III; d) identificação e exposição da veia jugular interna durante a dissecação dos níveis I-III; e) identificação da veia jugular, seio carotídeo e nervo vago (de cima para baixo); f) esvaziamento dos níveis IIb e V; g) tumor lingual e margens de segurança; h) língua após remoção do tumor; i) marcação das margens da amostra. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

#### **Caso clínico 4 – Cirurgia de exérese de tumor do bordo lateral esquerdo da língua com esvaziamento cervical ipsilateral**

Data: 18/03/2026

Paciente: ML, Masculino, 88 anos, ASA II.

Duração estimada 3h30min; Hemorragia estimada: 200 ml

##### Descrição do procedimento:

O presente caso corresponde a uma cirurgia de exérese de carcinoma espinocelular do bordo lateral esquerdo da língua com esvaziamento cervical seletivo ipsilateral esquerdo dos níveis I, II, III e V, realizada sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. A abordagem cirúrgica foi idêntica à descrita no caso clínico anterior, diferindo apenas na lateralidade.

Salienta-se que, do lado esquerdo, a dissecação do nível V exige particular atenção à identificação e preservação do canal torácico, principal ducto linfático do organismo. A sua lesão inadvertida pode originar uma fístula quilosa, caracterizada pela fuga de linfa rica em gordura, com potenciais repercussões nutricionais e metabólicas significativas no pós-operatório (1).

O tumor apresentava, por Tomografia Computorizada pré-operatória, uma dimensão máxima de 26,6 mm (figura 12c), dado relevante para o estadiamento e planeamento cirúrgico. O registo fotográfico intraoperatório, apresentado nas imagens seguintes, permite identificar estruturas anatómicas de referência do campo cirúrgico, nomeadamente o músculo digástrico, o músculo milohioideu e a artéria facial, cuja identificação e preservação são fundamentais durante a dissecação dos níveis I e II (figura 12d).

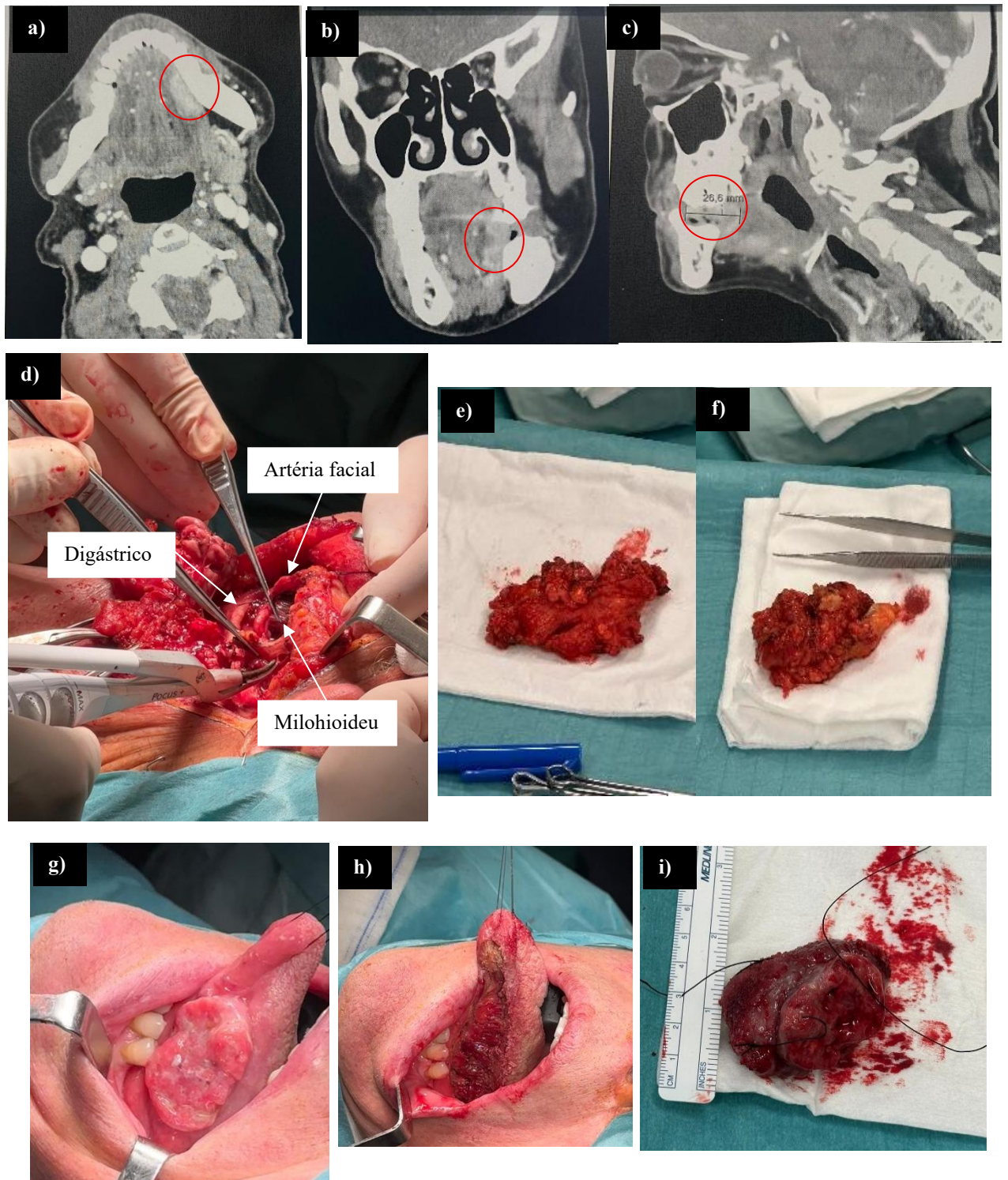


**Figura 12:** Esvaziamento cervical e exérese de tumor do bordo lateral esquerdo da língua: a) TAC: corte axial; b) TAC: corte coronal; c) TAC: corte sagital; d) identificação de estruturas anatómicas durante esvaziamento cervical níveis I-III; e) níveis I, IIa, III; f) níveis IIb e V; g) tumor do bordo lateral esquerdo da língua; h) língua após remoção do tumor; i) medição da amostra. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

### c) Cirurgia ortognática

A cirurgia ortognática engloba um conjunto de procedimentos destinados à correção de deformidades de origem esquelética que ultrapassam os limites do tratamento ortodôntico isolado. A base da cirurgia ortognática são a osteotomia de Le Fort I e a osteotomia bilateral sagital do ramo mandibular, que podem ser realizados independentemente ou em conjunto. Assim, nos casos de discrepância bimaxilar, realiza-se cirurgia ortognática bimaxilar (BIMAX). Estas osteotomias permitem o reposicionamento tridimensional dos segmentos maxilar e mandibular, através do avanço, intrusão, descida ou rotação, e posterior fixação por placas e parafusos de titânio (1).

No que diz respeito às indicações, esta cirurgia está indicada nas deformidades esqueléticas que excedem a capacidade de compensação ortodôntica, incluindo a hipoplasia maxilar com classe III esquelética, prognatismo mandibular, mordida aberta esquelética e assimetrias faciais. De acordo com *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*, refere que avanços maxilares superiores a 6 mm estão associados a maior risco de recidiva, sendo recomendado enxerto ósseo nos pilares de fixação quando o avanço ultrapassa este limiar. Assim, na prática clínica, considera-se que o limite máximo de avanço seguro e estável se situa entre 8 a 10 mm. Já valores acima deste limiar podem exigir outras técnicas como a distração osteogénica, referida anteriormente neste relatório como necessária em alguns pacientes com fenda labiopalatina, de forma a minimizar o risco de recidiva (1). A recidiva está frequentemente relacionada com a adaptação incompleta da musculatura mastigatória ao novo posicionamento esquelético (1).

Quanto às vantagens do procedimento, a correção da hipoplasia maxilar e do retrognatismo tem impacto direto no perfil facial, com melhoria da projeção do terço médio facial e do mento. Para além dos benefícios estéticos, o avanço maxilomandibular promove o aumento do calibre da via aérea superior, constituindo a opção cirúrgica mais eficaz no tratamento da apneia obstrutiva do sono (13).

Relativamente às desvantagens, as consequências sensoriais são as mais relevantes, sobretudo na osteotomia sagital bilateral do ramo mandibular que está associada a hipoestesia do nervo alveolar inferior. A sua incidência é variável consoante a técnica cirúrgica utilizada, que varia de 8,9% subindo para valores até 37,3% (14). A maioria das alterações sensoriais é transitória, com recuperação progressiva ao longo

dos primeiros doze meses, contudo, défices permanentes podem ocorrer numa minoria de doentes. Nos casos em que ocorre hipoestesia pós-operatória, nomeadamente após osteotomia sagital bilateral, pode ser prescrita suplementação com complexo vitamínico B Neurobion® (Procter & Gamble / Merck), com o objetivo de promover a regeneração nervosa periférica.

Contudo, esta sequela não parece comprometer a satisfação global dos doentes. Haas et al. demonstraram que a hipoestesia não teve impacto negativo na satisfação após cirurgia ortognática bimaxilar para correção de classe III, sendo os fatores determinantes para a satisfação a melhoria da função mastigatória e da estética facial (15).

O recuo mandibular nos casos de prognatismo representa um risco específico adicional, dado que o reposicionamento posterior da mandíbula pode reduzir o espaço da via aérea superior e agravar uma apneia do sono preexistente, pelo que a avaliação respiratória pré-operatória é indispensável nestes casos (1). No contexto específico da apneia obstrutiva do sono, a telerradiografia lateral permite identificar alterações esqueléticas associadas a risco aumentado, como o retroposicionamento mandibular e a redução do espaço aéreo posterior, sendo que o reconhecimento destas alterações pelo médico dentista e o encaminhamento atempado para consulta de cirurgia maxilofacial constituem uma responsabilidade clínica relevante, ainda frequentemente subestimada na prática clínica (13).

*Alhammadi et al.* demonstraram que, mesmo nos casos *borderline* em que a camuflagem ortodôntica é tecnicamente viável, o tratamento combinado ortodôntico-cirúrgico proporciona resultados significativamente superiores a nível esquelético e dos tecidos moles, reforçando a importância de não adiar o encaminhamento cirúrgico nestas situações (16).

O protocolo padrão implica uma fase de ortodontia pré-cirúrgica de descompensação dentária, tipicamente de 12 a 18 meses, seguida da cirurgia e de uma fase de ortodontia pós-cirúrgica de ajuste fino da oclusão, requerendo uma articulação estreita entre o médico dentista, o ortodontista e o cirurgião maxilofacial (1).

O pós-operatório da cirurgia ortognática implica um período de internamento variável, habitualmente de um a dois dias, seguido de um período de recuperação domiciliária de aproximadamente quatro a seis semanas. O protocolo farmacológico inclui antibioterapia profilática, analgesia multimodal e corticoterapia para controlo do edema. A dieta líquida é mantida nas primeiras semanas, com progressão para dieta

mole consoante a tolerância e a estabilidade da fixação. A remoção das placas de titânio raramente é necessária, sendo realizada apenas na presença de infecção, exposição do material ou sintomatologia persistente (1).

### **Casos clínico 5: Cirurgia ortognática de avanço mandibular e mentoplastia**

Data: 18/02/26

Paciente: NZR, Feminino, 37 anos, ASA I

Duração estimada: 2h; Hemorragia estimada: 200 ml

#### Descrição do procedimento:

A doente foi submetida a cirurgia ortognática sob anestesia geral com intubação nasotraqueal, com o objetivo de corrigir uma discrepância esquelética mandibular e melhorar o perfil facial, clinicamente caracterizado por um padrão braquifacial.

Realizaram-se osteotomias sagitais bilaterais do ramo mandibular, com incisão intraoral ao longo do bordo anterior do ramo ascendente da mandíbula, seguida de descolamento subperiósteo e exposição do ramo mandibular. De seguida, as osteotomias foram executadas bilateralmente com separação controlada dos segmentos proximal e distal, permitindo o avanço mandibular programado. Após o reposicionamento dos segmentos, verificou-se a oclusão e colocou-se fixação intermaxilar transitória. A fixação rígida foi obtida bilateralmente com placas de titânio de 6 mm e parafusos, assegurando a estabilidade do reposicionamento mandibular. De forma complementar, procedeu-se à mentoplastia, com osteotomia horizontal do mento, reposicionamento inferior do fragmento ósseo e fixação com placa de titânio de 6 mm, com o objetivo de reduzir o padrão braquifacial, aumentando a altura facial inferior e melhorando a proporção e harmonia do terço inferior da face (figura 13d).

Procedeu-se ainda à colocação de drenos bilateralmente na região submandibular, com o objetivo de prevenir a acumulação de hematoma e reduzir o edema pós-operatório. A sua remoção está prevista nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia. Aos 15 dias de pós-operatório realizou-se consulta de controlo com ortopantomografia, que permitiu avaliar o posicionamento das osteotomias, a integridade das fixações com placas e parafusos de titânio e a ausência de complicações precoces (figura 13c).

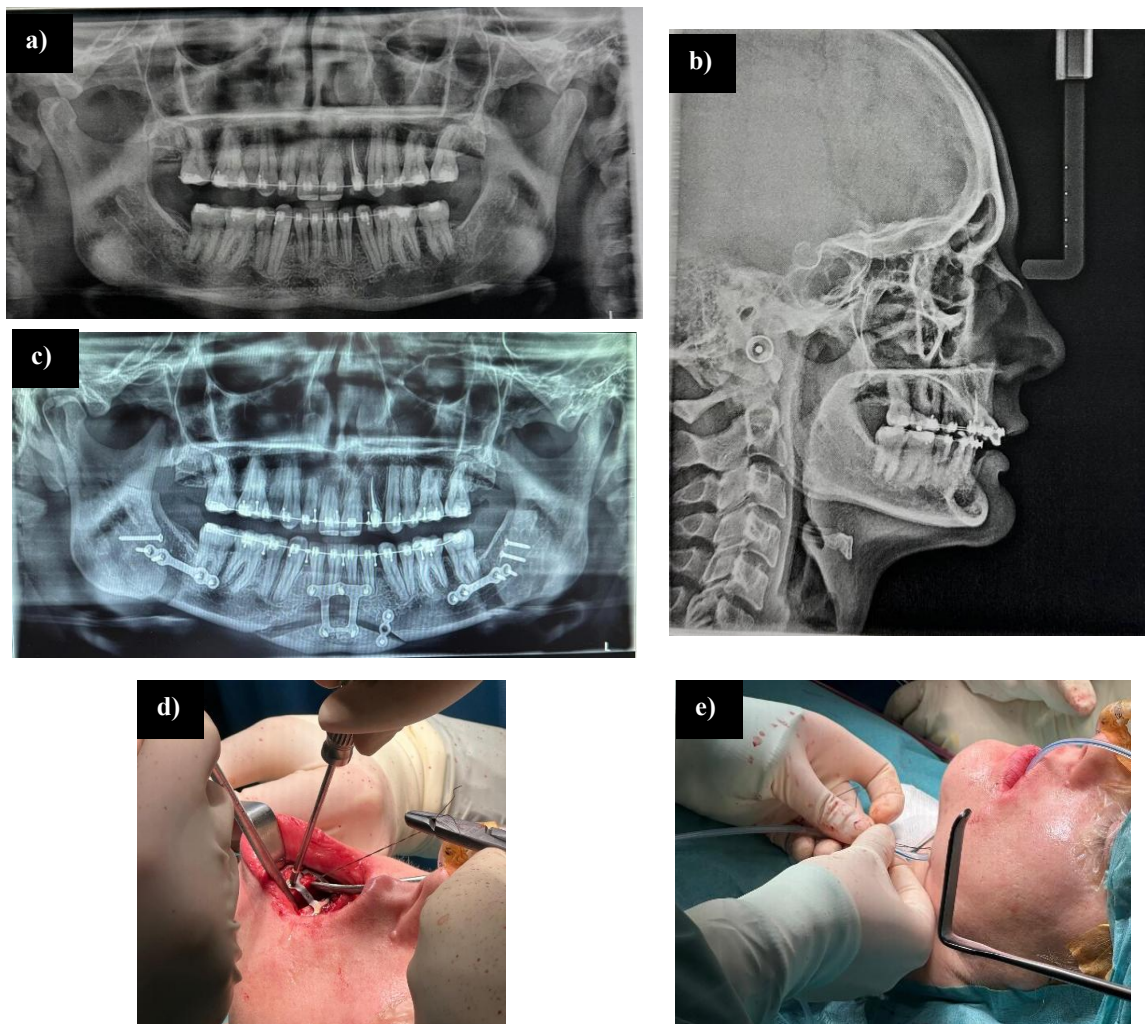


**Figura 13:** a) Ortopantomografia pós-ortodôntica e pré-cirúrgica; b) telerradiografia pré-cirúrgica; c) ortopantomografia pós-cirúrgica (15 dias); d) colocação do parafuso na placa de titânio a fixar o mento; e) colocação de drenos. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

### **Caso clínico 6: Registos radiográficos do pré e pós-procedimento BIMAX**

Paciente: ABA, Feminino, 25 anos, ASA I

#### Descrição do procedimento:

A doente foi submetida a cirurgia ortognática bimaxilar (BIMAX), precedida de tratamento ortodôntico pré-cirúrgico com duração aproximada de dois anos e meio, documentado por telerradiografia de perfil inicial (15/05/2023) e pré-cirúrgica (07/11/2025). O procedimento cirúrgico foi realizado a 07/11/2025, sendo o controlo imagiológico pós-operatório efetuado através de telerradiografia aos 15 dias

(24/11/2025), permitindo avaliar o reposicionamento dos segmentos ósseos e a integridade das fixações. A comparação sequencial das três telerradiografias ilustra a evolução do caso desde o planejamento ortodôntico inicial até ao resultado cirúrgico obtido (figura 14).

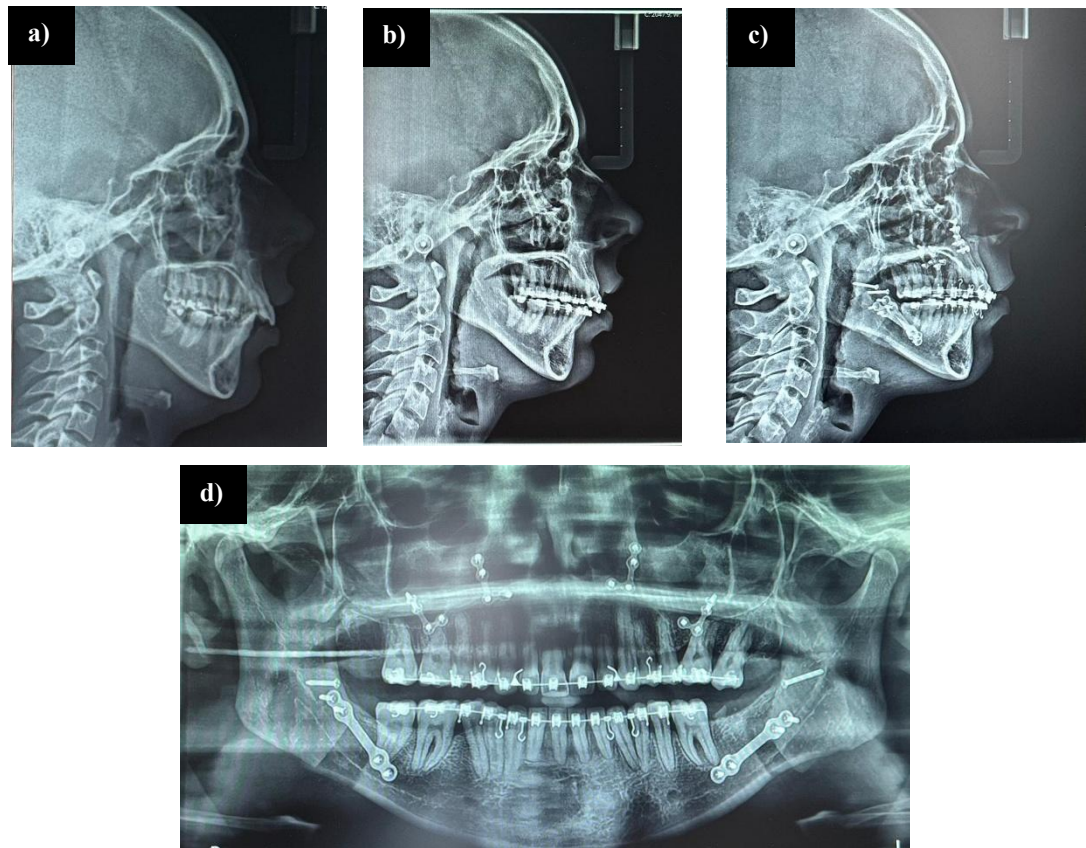


**Figura 14:** a) Telerradiografia inicial, b) Telerradiografia após tratamento ortodôntico, c) Telerradiografia pós-cirúrgica, d) Ortopantomografia pós-cirúrgica. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

#### **d) Patologia das glândulas salivares**

As glândulas salivares dividem-se em glândulas *major*, como a parótida, a submandibular e sublingual e, glândulas *minor*, distribuídas pela mucosa oral. A patologia que as afeta é diversa, englobando condições obstrutivas, inflamatórias, autoimunes e neoplásicas, cada uma com apresentação clínica, abordagem diagnóstica e tratamento específicos (1).

Durante o estágio pude observar diversos tipos de patologia das glândulas salivares, nomeadamente sialolitíases, sialoadenites, e tumores das glândulas salivares, bem como situações de sialorreia.

A sialolitíase constitui a patologia obstrutiva mais frequente, ocorrendo na glândula parótida e na glândula submandibular, sobretudo. Fatores anatômicos e bioquímicos específicos desta glândula, nomeadamente o maior teor de cálcio na saliva, o pH mais alcalino e o percurso ascendente do canal de Wharton contribuem para a formação de cálculos neste local. Clinicamente, para ambas as glândulas a principal queixa dos doentes quando há uma obstrução é a recorrência de tumefação dolorosa durante as refeições. O diagnóstico é sobretudo imagiológico, sendo a tomografia computadorizada o método de eleição. Já a ortopantomografia é um meio útil na identificação de cálculos no canal de Wharton, sendo frequentemente o primeiro exame a revelar este achado, dado que o médico dentista é o profissional com maior acesso a este meio imagiológico acaba por deter um papel relevante no diagnóstico precoce (1). A ortopantomografia que se segue (figura 15) denota isso mesmo, um caso em que se pode observar um cálculo no canal de Wharton da glândula submandibular direita.



**Figura 15:** Ortopantomografia: cálculo submandibular. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Para a resolução destes casos de obstrução, a sialendoscopia representa atualmente uma abordagem minimamente invasiva que permite a visualização direta do sistema ductal e a remoção destes cálculos, preservando a glândula. No entanto, nos casos em que há múltiplos cálculos, que se localizam proximamente, e provocam obstrução recorrente e destruição parenquimatosa, a excisão cirúrgica total da glândula pode ser necessária (como o que ocorreu no caso clínico 7 que descrevo adiante). Quando os cálculos se localizam mais anteriormente, como na figura 16, pode ser realizada sialolitotomia submandibular em ambulatório por via intraoral.

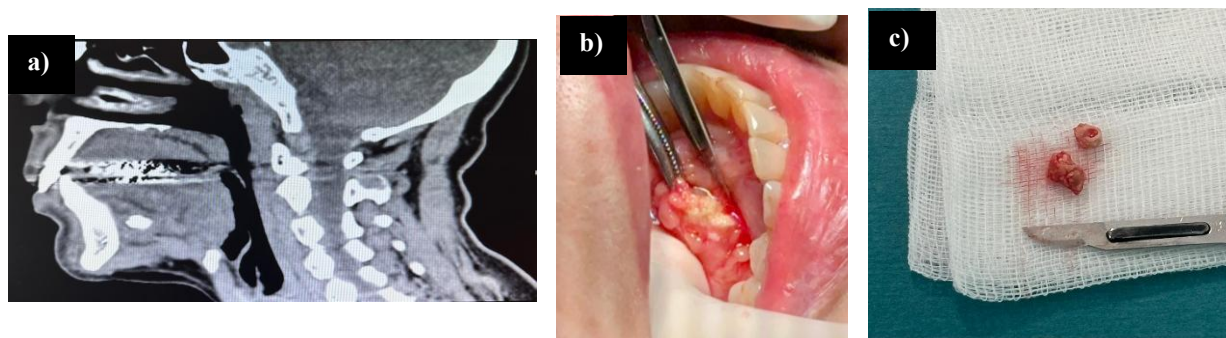


**Figura 16:** Sialolitotomia em ambulatório: a) corte sagital de TAC, com visualização de cálculo submandibular localizado anteriormente no canal de Wharton; b) excisão cirúrgica do cálculo; c) cálculos. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

A sialoadenite pode ser de etiologia bacteriana ou viral, apresentando-se de forma aguda ou crônica, com particular relevância em contexto pediátrico na forma de parotidite recorrente juvenil. Esta entidade está associada a uma anomalia congênita do canal de Stenon ou a episódios prévios de parotidite viral, que tornam a glândula progressivamente mais vulnerável a infecções recorrentes. Nos casos em que os episódios se tornam frequentes e refratários ao tratamento conservador, tanto em adultos como em crianças, a exérese glandular pode ser ponderada como opção terapêutica definitiva, embora não seja isenta de riscos, nomeadamente a lesão do nervo facial, no caso da parótida. A sialorreia persistente e incapacitante constitui igualmente uma possível indicação para exérese glandular em casos selecionados (1).

Relativamente aos tumores das glândulas salivares, estes representam 2 a 6,5% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço, com pico de incidência na sexta e sétima décadas de vida e ligeira predominância no género feminino (1).

A maioria das neoplasias ocorre na parótida, sendo o adenoma pleomórfico o tumor benigno mais frequente, apresentando-se como uma massa indolor, de crescimento lento e móvel. O tratamento de eleição é a parotidectomia superficial (figura 17), sendo importante salientar que tumores de longa data sem tratamento ou com múltiplas recidivas apresentam um risco de transformação maligna até 25%, os carcinoma ex-adenoma pleomórfico. A biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) constitui o *gold standard* diagnóstico para as massas das glândulas *major* (1).

Do ponto de vista cirúrgico, a principal complicação a ter em conta nas intervenções da parótida, e também na submandibular, é a lesão do nervo facial. A síndrome de Frey, é uma complicação da parotidectomia em que fibras nervosas parassimpáticas, após secção cirúrgica, regeneram de forma anómala e inervam as glândulas sudoríparas da

pele, provocando sudorese e rubor na região pré-auricular em resposta a estímulos alimentares (sudorese gustativa) (1).



**Figura 17:** Exérese de adenoma pleomórfico da parótida.

Fonte: o arquivo pessoal da autora.

### **Caso clínico 7: Exérese de glândula submandibular por sialolitíase múltipla**

Data: 04/03/26

Paciente: TS, Feminino, 72 anos, ASA II

Duração estimada: 1h; Hemorragia estimada: 200 ml

#### Descrição do procedimento:

O doente foi proposto para exérese da glândula submandibular por sialolitíase situação em que a localização proximal dos cálculos ou a sua presença no parênquima glandular inviabiliza abordagens conservadoras como a sialendoscopia ou a remoção intraoral, tornando a remoção glandular a opção terapêutica definitiva.

Realizou-se uma incisão cervical horizontal de aproximadamente dois dedos abaixo do bordo inferior da mandíbula, em linha de tensão cutânea. De seguida realizou-se dissecação por planos, com auxílio de um bipolar (figura 18b), com identificação e preservação do ramo marginal do nervo facial, do nervo lingual e do nervo hipoglosso que são estruturas de particular relevância nesta abordagem, cuja lesão inadvertida constitui a principal complicação neurológica desta cirurgia. Procedeu-se ao controlo hemostático da artéria e veia faciais, identificadas na sua relação com a glândula nos polos inferior e superior, bem como ao encerramento e secção do canal de Wharton. Por fim, a exérese completa da glândula submandibular, colocação de dreno e sutura intradérmica (figura 18d).

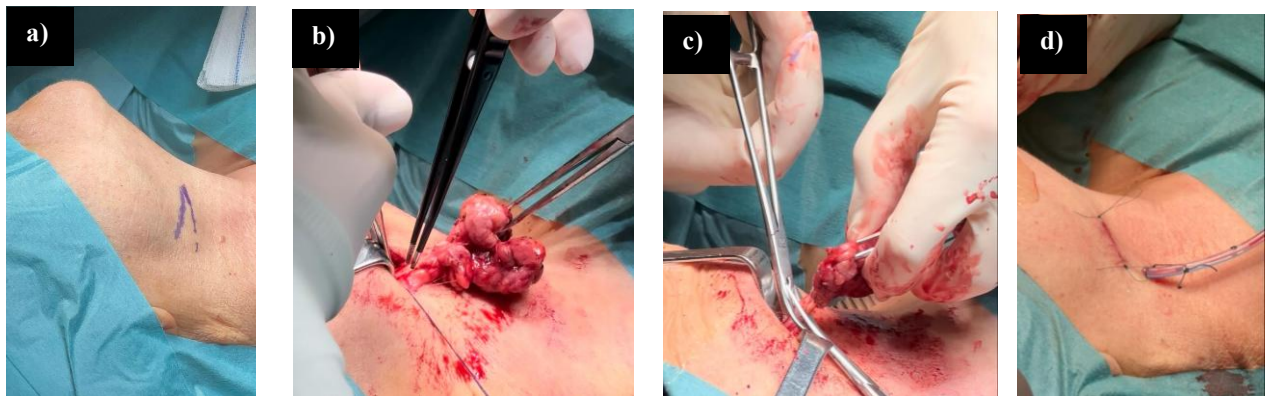


**Figura 18:** Exérese de glândula submandibular: a) marcação da incisão; b) controle hemostático com bipolar; c) secção do canal de Wharton; d) sutura intradérmica. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

### **e) Patologia dentária e óssea**

A patologia dentária constitui uma área de elevada prevalência em Cirurgia Maxilofacial, abrangendo um espectro alargado de entidades clínicas que vão desde as infeções odontogénicas agudas até às lesões neoplásicas do aparelho estomatognático.

As infeções odontogénicas representam uma das causas mais frequentes de urgência hospitalar em CMF. De acordo com o Peterson's Principle of Oral and Maxillofacial Surgery, a gravidade de uma infeção odontogénica é determinada pela sua localização anatómica, pela velocidade de progressão e pelo potencial de compromisso da via aérea, sendo este último a principal causa de morte nos casos graves. O princípio fundamental da sua gestão assenta na remoção cirúrgica da causa e drenagem do abscesso, sendo o antibiótico um tratamento adjuvante e não primário (1). A literatura demonstra que o tratamento dentário prévio à admissão hospitalar, incluindo a extração dentária ou a drenagem intraoral, reduz significativamente o tempo de internamento, evitando até a sua escalada para contexto hospitalar (1). Este princípio é clinicamente relevante e reforça o papel insubstituível do médico dentista na prevenção e na resolução precoce destas situações.

Em contexto de consulta de controlo, pude acompanhar uma doente, que procurou diretamente a urgência hospitalar após automedicação prolongada sem recorrer previamente a um médico dentista, o que ilustra de forma paradigmática as consequências do diagnóstico e tratamento tardios. Nesta doente, com comorbilidade associada (obesidade), foi necessária drenagem cirúrgica do abscesso, internamento prolongado e extração dentária em contexto hospitalar (figura 19).

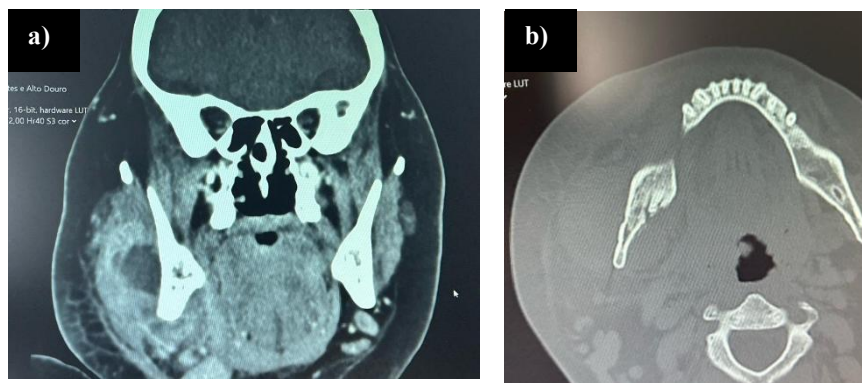


**Figura 19:** TAC de doente com abscesso odontogénico: a) corte coronal; b) corte axial. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Os quistos e tumores odontogénicos constituem um grupo heterogéneo de lesões com comportamento biológico variável. Entre os casos observados durante o estágio, destaco o caso de um odontoma complexo mandibular no contexto da síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims, num doente com 10 anos.

A síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims é uma doença congénita rara caracterizada pela presença de nevos sebáceos associados a alterações neurológicas, oculares e esqueléticas. A associação desta síndrome a odontomas encontra-se descrita na literatura, embora seja pouco frequente (17). No caso deste menino de 10 anos, realizou-se uma primeira cirurgia para remover o odontoma complexo da mandíbula, o que se pode comprovar na figura 20, pelas ortopantomografias antes e depois da cirurgia. Também é possível observar odontomas compostos na maxila e mandíbula que serão intervencionados posteriormente. Dadas as agenesias e alterações eruptivas que se podem verificar, este paciente encontra-se a ser acompanhado por outras áreas da medicina hospitalar, como a estomatologia.

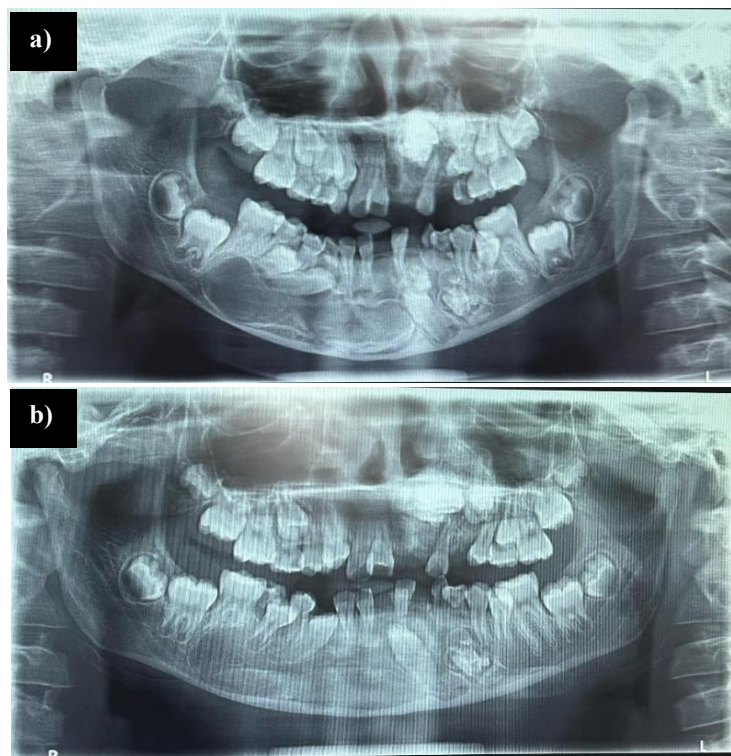


**Figura 20:** Ortopantomografia: a) pré-cirúrgica; b) pós-cirúrgica.

Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Também pude acompanhar em contexto de consulta, um caso de um quisto dentígero associado ao dente 38, num paciente de 21 anos, mais comum no dia-a-dia do médico dentista. Em bloco operatório, foi extraído e removida a lesão cística (figura 21).



**Figura 21:** Ortopantomografia: quisto dentígero associado ao 38. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Durante o estágio, observei também doentes com más posições dentárias ou presença de múltiplos supranumerários. O caso que se segue, apareceu em consulta com queixas de dor submandibular, encaminhada pelo médico dentista. Na análise da

ortopantomografia, verificou-se uma inversão do dente 35, associada a um pequeno quisto dentígero, numa menina de 10 anos (figura 22). Ponderou-se uma abordagem mais conservadora, de controlo, mas considerando a dor e a lesão já associada decidiu-se pela abordagem cirúrgica. Considerou-se a abordagem intraoral, mas ao analisar o CBCT, é possível observar que o dente se encontra posteriormente ao nervo alveolar inferior e por isso, essa abordagem teria um grande risco de parestesia. Assim, o acesso ao dente invertido será feito extraoralmente, com incisão submandibular.



**Figura 22:** Ortopantomografia: dente 35 invertido. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Um caso de múltiplos supranumerários também foi acompanhado, num doente de 15 anos, onde se verificavam múltiplos gérmes dentários ainda por erupcionar, mesmo quando quase toda a dentição definitiva já tinha erupcionado (figura 23).



**Figura 23:** Ortopantomografia: múltiplos supranumerários. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Um caso de um ameloblastoma (figura 24), tumor odontogênico de comportamento localmente agressivo com elevada taxa de recidiva quando não excisado com margens adequadas, foi também um dos casos que pude observar. Foram realizadas as endodontias dos dentes 35, 36 e 37 e posterior remoção do tumor, preservando o nervo alveolar inferior (figura 24b).



**Figura 24:** Ameloblastoma no 3º Q: a) ortopantomografia, b) remoção do tumor com visualização e preservação do nervo alveolar inferior (seta branca). Fonte : o arquivo pessoal da autora.

Sob anestesia local, em regime de ambulatório pude observar também exodontias simples e complexas, bem como uma apicectomia.

#### **f) Outras áreas: DTMs, trauma, patologia neuropática e outros tumores**

As disfunções temporomandibulares (DTMs) constituem um conjunto heterogêneo de condições que afetam a ATM, a musculatura mastigatória e as estruturas adjacentes, estimando-se que cerca de 10 a 20% dos doentes que procuram tratamento necessitem de uma abordagem invasiva, após falência das medidas conservadoras (1). Entre as abordagens minimamente invasivas observadas durante o estágio, destaca-se a artrocentese, que é um procedimento de lavagem articular. Também a aplicação de toxina botulínica foi utilizada em ambulatório como modalidade terapêutica adjuvante do bruxismo e da dor miofascial, atuando por paresia muscular seletiva com redução da hiperatividade e dos pontos gatilho, sendo indicada nos doentes que não responderam às medidas conservadoras prévias.

A desdentação e o insuficiente suporte protético foram também identificados como fatores etiológicos relevantes, pela alteração da dimensão vertical e consequente sobrecarga articular. Atualmente, o serviço de CMF ou de EST do CHUdSA não integram

reabilitação protética nem implantológica na sua prática, estando, contudo, prevista a implementação futura desta valência, nomeadamente no contexto da reabilitação oral de doentes oncológicos.

Em contexto de consulta, foi observado um caso de subluxação recorrente da ATM esquerda em que a doente optou por conduta expectante em detrimento da eminectomia, que é a redução do tubérculo articular por acesso pré-auricular. De seguida encontram-se a reconstrução 3D da TAC realizada pela doente, em se se observa o avanço do côndilo além do tubérculo articular.

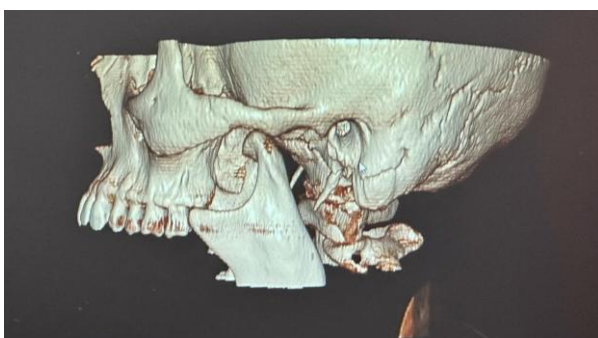


**Figura 25:** Reconstrução 3D de TAC. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

No âmbito do trauma maxilofacial, foram observadas algumas consultas de controlo de fraturas subcondilanas, do malar ou do pavimento da órbita. As fraturas subcondilanas têm na ortopantomografia o exame de primeira linha, permitindo identificar o traço de fratura e avaliar o grau de deslocamento condilar.

Foi ainda acompanhada uma consulta de controlo de mordida de cão na face, situação frequente em urgência maxilofacial, com particular atenção à contaminação polimicrobiana característica destas lesões.

No domínio da patologia neuropática, foi observado um caso paradigmático de nevralgia do trigémeo, uma das condições de dor orofacial mais incapacitantes, caracterizada por episódios de dor lancinante na área de distribuição do nervo trigémeo. O caso ilustra o desafio diagnóstico desta entidade: o doente recorreu inicialmente ao médico dentista com queixa de dor dentária, tendo sido submetido a tratamentos endodônticos sucessivos em dentes distintos sem resolução da sintomatologia, que progressivamente migrou para dentes adjacentes. Este é um padrão típico da nevralgia, em que a dor segue o trajeto nervoso e não uma origem pulpar. O diagnóstico foi finalmente estabelecido e iniciada terapêutica com pregabalina, fármaco de primeira

linha no controlo da dor neuropática.

Por fim, no domínio dos tumores não odontogénicos, foi observado um caso de schwannoma da região parafaríngea, um tumor benigno das células de Schwann, de crescimento lento e habitualmente encapsulado. A localização no espaço parafaríngeo representa um desafio cirúrgico pela proximidade a estruturas vasculonervosas nobres, tendo o diagnóstico sido estabelecido e a extensão da lesão caracterizada por TAC. O tratamento consistiu na exérese cirúrgica completa, com prognóstico favorável dado o carácter benigno da lesão e a baixa taxa de recidiva após remoção completa (figura 26).



**Figura 26:** TAC: corte axial. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

## **2.3 Caracterização das atividades realizadas em Estomatologia**

### **2.3.1 Áreas de atuação da Estomatologia e caracterização da sua intervenção**

A Estomatologia é amplamente reconhecida na literatura como uma especialidade dedicada ao diagnóstico e tratamento das doenças que afetam a cavidade oral e as estruturas maxilofaciais. Destaca-se por atuar na interface entre a medicina e a medicina dentária, com uma forte componente hospitalar, o que lhe permite articular o diagnóstico e tratamento da patologia oral com a gestão clínica de doentes com comorbilidades sistémicas complexas, muitas vezes em regime de internamento em complementaridade com as restantes especialidades.

Durante o estágio, o perfil dos utentes era predominantemente pediátrico, incluindo um número significativo de crianças e adolescentes com necessidades especiais, como a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), a paralisia cerebral e ainda pacientes diagnosticados com doenças genéticas raras.

O acompanhamento de pacientes com fenda labiopalatina também representou uma parte relevante da atividade, que se insere num seguimento multidisciplinar e prolongado no tempo, que resulta num volume considerável de consultas ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança.

Sob orientação do Dr. José Amorim, pude ainda observar consultas mais focadas em ortodontia e no seguimento de tratamentos ortodônticos e ainda algumas consultas de estomatologia do adulto, com um maior foco na dentisteria e prevenção.

O acompanhamento estomatológico dos doentes com fenda labiopalatina inicia-se ainda antes da cirurgia de encerramento do palato e prolonga-se ao longo de todo o desenvolvimento dentofacial, com o objetivo de monitorizar o desenvolvimento dentário e preparar o doente para as sucessivas etapas do protocolo terapêutico multidisciplinar.

Do ponto de vista dentário, estas patologias associam-se frequentemente a anomalias de desenvolvimento, nomeadamente agenesias, dentes supranumerários e alterações de posição dentária. Deste modo, a ortopantomografia constitui um meio imagiológico essencial no seguimento destes doentes, permitindo avaliar a posição e desenvolvimento dos gérmes dentários e monitorizar a resposta ao tratamento. Na figura 27, encontra-se uma ortopantomografia de um paciente com fenda labiopalatina unilateral de 6 anos. O paciente apresenta mordida cruzada bilateral e anterior e agenesia do incisivo lateral superior do lado da fenda e de todos os pré-molares, exceto o 44.



**Figura 27:** Ortopantomografia de paciente com fenda labiopalatina.

Fonte: o arquivo pessoal da autora.

Como referido anteriormente, o acompanhamento ortodôntico, visa corrigir o colapso sagital e transversal do maxilar e preparar o setor anterior para o enxerto ósseo alveolar (7).

Durante as consultas de estomatologia vi também um caso de uma doente com 17 anos, em que os gérmes dentários foram tracionados bilateralmente em direção à linha média aquando da correção da fenda palatina (figura 28), e que agora inicia tratamento ortodôntico para a sua correção.



**Figura 28:** Cicatriz de fenda palatina e más posições dentárias. Fonte: o arquivo pessoal da autora.

### 3. CONCLUSÕES

O estágio realizado no CHUdSA revelou-se uma experiência formativa de inegável valor, proporcionando um contacto direto com a complexidade clínica e organizacional de um serviço hospitalar especializado e consolidando competências que transcendem o âmbito da prática clínica convencional em Medicina Dentária.

A fenda labiopalatina, tema central deste relatório, ilustra de forma paradigmática a necessidade de uma abordagem verdadeiramente multidisciplinar e longitudinal, onde a qualidade do resultado final depende não apenas da excelência técnica de cada intervenção isolada, mas da coordenação eficaz entre todas as especialidades envolvidas ao longo do acompanhamento. Esta realidade reforça que o trabalho em equipa, centrado no doente e nas suas necessidades globais, deve ser o princípio orientador de qualquer abordagem clínica complexa.

O estágio evidenciou ainda uma lacuna que merece reflexão: o distanciamento entre a prática hospitalar e o médico dentista em contexto de clínica privada. A criação de mais fóruns, congressos e iniciativas de formação contínua que aproximem estas realidades seria um contributo valioso para melhorar a referenciação precoce, reduzir o diagnóstico tardio e promover uma maior literacia clínica sobre patologias como a fenda labiopalatina ou o cancro oral. O médico dentista, enquanto profissional com contacto privilegiado e regular com a população, ocupa uma posição estratégica no diagnóstico precoce e no correto encaminhamento hospitalar, responsabilidade que exige formação sólida e atualizada.

Conclui-se que este estágio, para além de ter enriquecido a formação clínica, reforçou a convicção de que uma Medicina Dentária de excelência se faz na articulação com a medicina, com o hospital e com todas as especialidades que partilham o mesmo objetivo: o bem-estar do doente.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. 4th ed. Cham: Springer; 2022.
2. Pérez-Hetzinga AC, González-Carrera MC, Duque-García EA, Mora-Díaz II, Rengifo-Reina HA, Díaz-Báez D. Prevalence and incidence of cleft lip and/or palate in Europe: a scoping review and meta-analysis. *Cleft Palate Craniofac J*. 2026;63(4):539–553.
3. Dias H, Fernandes da Rocha D, Henriques Costa M, Guimarães S, Costa Braga A, Oliveira R, et al. Cleft lip and palate: prenatal diagnosis, genetic testing, and pregnancy outcomes in a tertiary referral center. *Acta Med Port*. 2025;39(1):33–40.
4. Ács M, Cavalcante BG, Bănărescu M, Wenning AS, Hegyi P, Szabó B, et al. Maternal factors increase risk of orofacial cleft: a meta-analysis. *Sci Rep*. 2024;14:28104.
5. Cheng X, Du F, Long X, Huang J. Genetic inheritance models of non-syndromic cleft lip with or without palate: from monogenic to polygenic. *Genes*. 2023;14:1859.
6. Zhang Z, Stein M, Mercer N, Malic C. Post-operative outcomes after cleft palate repair in syndromic and non-syndromic children: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2017;6:56.
7. Maló AL, Vale F, Francisco I, Bento S, Albergaria M. Fendas lábio-palatinas: protocolo de atuação. *J Dent*. 2015;(22):20–2.
8. Murali SP, Denadai R, Chou PY, Chang CS, Lo LJ. Secondary alveolar bone grafting in patients with cleft lip and palate: a step-by-step video series. *Plast Reconstr Surg*. 2022;149(6):1176e–1180e.
9. Singkhorn T, Pripatnanont P, Nuntanaranont T, Supakanjanakanti D, Ritthagol W. Influence of a resorbable collagen membrane for alveolar bone graft on clinical outcomes and ridge volume stability in cleft alveolus. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2023;52(8):860–868.
10. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–249.
11. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., editors. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. Cham: Springer; 2017.
12. Gaillard F. Lymph node levels [Internet]. *Radiopaedia.org*; 2008 [citado 2026 Mai 30]. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/lymph-node-levels>
13. Guerrero-Martínez FJ, Romero-Reyes MJ, Borrás-Sanchís S, Peñarrocha-Diago M,

- Peñarrocha-Oltra D. Virtual guided and customized orthognathic surgery in patients with obstructive sleep apnea syndrome. J Clin Med. 2025;14(10):3388.*
14. *Verweij JP, Mensink G, Gooris PJ, van Merkesteyn JP. Influence of BSSO surgical technique on postoperative inferior alveolar nerve hypoesthesia: a systematic review of the literature. J Craniomaxillofac Surg. 2014;42(7):1338–43.*
  15. *Haas OL Jr, Scolari N, Dias CM, Heitz C, Rilo Varela GE, de Oliveira RB. Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction. J Craniomaxillofac Surg. 2010;38(6):400–6.*
  16. *Alhammadi MS, Halboub E, Al-Jewair T, Alshahrani I, Zawawi KH, Baeshen HA, et al. Orthodontic camouflage versus orthodontic-orthognathic surgical treatment in borderline class III malocclusion: a systematic review. Clin Oral Investig. 2022;26(12):6801–6816.*
  17. *Sakkas N, Schramm A, Gellrich NC, Gutwald R, Düker J, Schmelzeisen R. The ameloblastic fibroodontoma of the maxilla: case report of a child with Schimmelpenning-Feuerstein-Mims syndrome/skin-eye-brain-heart syndrome. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(3):524–527.*

## 5. Anexos

### Anexo 1: Descrição sistemática das atividades do estágio na 1ª Fase

| Fase I | Data     | Médico             | Atividade                                                                                                       |
|--------|----------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 18/02/26 | Dr. ° Hugo Marques | Cirurgia Ortognática de avanço mandibular e Mentoplastia                                                        |
|        | 19/02/26 | Dr. ° Hugo Marques | Consulta externa                                                                                                |
|        | 23/02/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Consulta externa                                                                                                |
|        | 25/02/26 | Dr. ° Hugo Marques | Cirurgia Ortognática de avanço maxilar em paciente com fenda labiopalatina e cirurgia de alargamento de margens |
|        | 26/02/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Cirurgia ambulatorio                                                                                            |
|        | 02/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Consulta externa                                                                                                |
|        | 04/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Enxerto ósseo da crista ilíaca em paciente com fenda labiopalatina<br>Excisão de glândula submandibular         |
|        | 05/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Cirurgia ambulatorio                                                                                            |
|        | 09/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Consulta externa                                                                                                |
|        | 11/03/26 | Dr. ° Hugo Marques | Cirurgia excisão tumor maligno e esvaziamento cervical                                                          |
|        | 12/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Cirurgia ambulatorio                                                                                            |
|        | 16/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Consulta externa                                                                                                |
|        | 18/03/26 | Dr. ° Hugo Marques | Cirurgia excisão tumor maligno e esvaziamento cervical                                                          |
|        | 19/03/26 | Dr. ° Hugo Marques | Consulta externa                                                                                                |
|        | 23/03/26 | Dr. ª Rute Saleiro | Consulta externa                                                                                                |
|        | 25/03/26 | Dr. ° Hugo Marques | Cirurgia de secção de pedículo + cirurgia de alargamento de margens de lesão                                    |
|        | 09/04/26 | Dr. ° Hugo Marques | Consulta externa                                                                                                |

## Anexo 2: Descrição sistemática das atividades do estágio na 2ª Fase

| Fase 2 | Data     | Médico                | Atividade                                                        |
|--------|----------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
|        | 13/04/26 | Dr. ° José Amorim     | Consulta                                                         |
|        | 15/04/26 | Dr. ° José Amorim     | Consulta                                                         |
|        | 16/04/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Cirurgias de estomatologia pediátrica em bloco operatório        |
|        | 20/04/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Consulta de estomatologia pediátrica                             |
|        | 22/04/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Consulta de estomatologia pediátrica                             |
|        | 27/04/26 | Dr. ° José Amorim     | Consulta                                                         |
|        | 11/05/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Consulta estomatologia pediátrica                                |
|        | 13/05/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Cirurgias de estomatologia pediátrica em bloco operatório        |
|        | 18/05/26 | Dr. ª Teresa Oliveira | Consulta estomatologia pediátrica                                |
|        | 20/05/26 | Dr. ° José Amorim     | Cirurgia de estomatologia pediátrica/ adulto em bloco operatório |
|        | 25/05/26 | Dr. ° José Amorim     | Consulta estomatologia pediátrica                                |