

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**MEDICINA DENTÁRIA HOSPITALAR NO CONTEXTO
CIRÚRGICO-ONCOLÓGICO**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DO PORTO**

Maria Eduarda Sovierzoski Torres

Orientador:

Professor Doutor Tiago Saturnino Amaral Pinto Ribeiro

Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2026

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Monografia/Relatório de Estágio, inserida no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. O estágio decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO- Porto), mais concretamente no Serviço de Oncologia Cirúrgica, abrangendo duas valências distintas: a Clínica da Cabeça e do Pescoço (CCP) e o Bloco Operatório Central (BOC).

O estágio teve início a 25 de fevereiro de 2026 e término a 11 de junho de 2026, perfazendo um total de 68 horas distribuídas em turnos de quatro horas semanais, desde as 9h00 até às 13h00. A distribuição entre a CCP e o BOC foi determinada semanalmente em função da disponibilidade da equipa clínica e da programação cirúrgica, o que conferiu ao estágio um carácter dinâmico e diversificado.

O principal objetivo deste estágio foi proporcionar uma experiência integrada clínica e cirúrgica no âmbito da oncologia da cabeça e pescoço, permitindo não apenas aprofundar o conhecimento sobre as patologias desta região bem como as opções terapêuticas disponíveis, mas também compreender o funcionamento de uma equipa multidisciplinar num hospital oncológico de referência, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma maior sensibilidade clínica por parte do médico dentista na deteção precoce das patologias que lhe estão relacionadas.

Na Clínica da Cabeça e do Pescoço foram observados um total de 36 doentes, em diferentes tipologias de consulta: primeiras consultas, consultas de seguimento pós-operatório, consultas de planeamento cirúrgico e consultas de grupo multidisciplinar. Foi ainda possível acompanhar consultas de Endocrinologia Oncológica, realizadas nos gabinetes adjacentes à CCP.

No Bloco Operatório Central foram observadas 6 cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço, envolvendo procedimentos como pelviglossectomia, glossectomia parcial, mandibulectomia marginal, parotidectomia superficial e esvaziamento cervical, com recurso a técnicas de reconstrução com retalhos pediculados e livres.

O contacto direto com doentes em diferentes fases do percurso oncológico reforçou a consciência de que o diagnóstico precoce é determinante no prognóstico na qualidade de vida, e que o médico dentista desempenha um papel insubstituível neste processo, constituindo este estágio uma experiência de formação inestimável para a prática clínica futura.

Agradecimentos

Chegar ao fim desta caminhada no Mestrado Integrado em Medicina Dentária é um momento de profunda realização, que só foi possível graças ao suporte e carinho daqueles que estiveram sempre ao meu lado.

Expresso o meu sincero agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Tiago Saturnino Amaral Pinto Ribeiro, pelos ensinamentos, paciência e orientação indispensáveis para a realização deste relatório.

Aos meus binómios ao longo do curso, pelo companheirismo, pela entreatuda e pelas vivências partilhadas ao longo de todos estes anos de formação. A exigência do percurso académico tornou-se mais leve graças à amizade e ao apoio mútuo que sempre nos uniu.

À minha família, em especial à minha mãe, ao meu padrasto e à minha irmã, por serem o meu porto seguro. Agradeço o amor incondicional, os sacrifícios partilhados e o incentivo constante que me deram forças para superar cada desafio ao longo da vida.

Ao meu companheiro, pelo apoio constante, paciência e por estar sempre presente em todos os momentos, oferecendo a estabilidade necessária para manter o foco e a serenidade.

Um agradecimento muito especial e afetuoso a minha fiel companheira de quatro patas, que com a sua presença silenciosa e pura, trouxe alegria e leveza aos dias e noites mais longos de estudo.

A todos, o meu profundo obrigada.

Abreviaturas

5-FU – 5-Fluorouracil

AINE – Anti-inflamatório Não Esteróide

ASA – *American Society of Anesthesiologists* (Sociedade Americana de Anestesiologistas)

BOC – Bloco Operatório Central

Bpm – Batimentos por minuto

CCP – Clínica da Cabeça e do Pescoço

CEC – Carcinoma Espinocelular

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

IPO-Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

UCA I – Unidade de Cuidados Ambulatórios I

UCA II – Unidade de Cuidados Ambulatórios II

UMA – Unidades Maço-Ano

Índice de figuras

Figura 1- Organização dos serviços no IPO-Porto.....	4
Figura 2- Entrada da CCP	5
Figura 3- Planta da CCP.....	5
Figura 4- Lavatório do gabinete	5
Figura 5- Vista geral do gabinete.....	5
Figura 6- Planta BOC.....	6
Figura 7- Área desinfeção	14
Figura 8- Sala de recobro.....	14
Figura 9- Classificação de Mallampati.....	15
Figura 10- Classificação ASA.....	16
Figura 11- Esvaziamento cervical níveis.....	18
Figura 12- Lesão inicial	20
Figura 13- Glossectomia.....	20
Figura 14- Mandibulectomia	20
Figura 15- Peça extraída.....	20
Figura 16- Esvaziamento cervical seletivo	21
Figura 17- Glossectomia.....	21
Figura 18- Marcações para retalho	21
Figura 19- Retalho finalizado.....	21
Figura 20- Traqueostomia	22
Figura 21- Esvaziamento cervical radical.....	22
Figura 22- Parotidectomia	23
Figura 23- Retalho.....	23
Figura 24- Esvaziamento cervical.....	24
Figura 25- Esvaziamento cervical.....	25

Índice

Resumo.....	II
Agradecimentos.....	IV
Abreviaturas.....	V
Índice de figuras.....	VI
Índice.....	VII
1. Introdução.....	1
2. O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO-Porto).....	2
2.1. Clínica da Cabeça e Pescoço.....	4
2.2. Bloco operatório central.....	6
3. Atividades desenvolvidas.....	6
3.1 Clínica da Cabeça e Pescoço.....	7
3.1.1. Atividade assistencial.....	7
3.1.2. Análise da Atividade Assistencial.....	9
3.2. Bloco Operatório Central.....	13
3.2.1. Organização e rotina cirúrgica.....	13
3.2.2. Procedimentos Cirúrgicos e Técnicas de Reconstrução.....	14
4. Casos Clínicos.....	19
→ Caso clínico 1.....	19
→ Caso clínico 2.....	20
→ Caso clínico 3.....	21
→ Caso clínico 4.....	22
→ Caso clínico 5.....	23
→ Caso clínico 6.....	24
5. Considerações finais.....	25
6. Conclusão.....	26
Bibliografia.....	27
Anexos.....	29

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular Monografia/Relatório de Estágio, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, foi estabelecido um protocolo de estágio curricular com o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO- Porto), possibilitando a realização de um estágio observacional no Serviço de Oncologia Cirúrgica, sob tutela da equipa clínica da Clínica da Cabeça e do Pescoço e do Bloco Operatório Central.

As neoplasias da cabeça e do pescoço constituem um grupo heterogéneo de tumores malignos que acometem as estruturas da cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e glândulas salivares, representando o sétimo tipo de cancro mais comum a nível mundial, com cerca de 890.000 novos casos e 450.000 mortes anuais.¹ O tipo histológico predominante é o carcinoma espinocelular, cujos principais fatores de risco são o consumo de tabaco — sob qualquer forma, incluindo cigarros, charutos, cachimbo ou narguilé — e o consumo excessivo de álcool, com um efeito sinérgico que pode aumentar o risco em quarenta vezes, a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), em particular o subtipo 16, cuja importância relativa tem vindo a crescer nas últimas décadas especialmente nos países desenvolvidos, a exposição solar excessiva, particularmente relevante nas neoplasias do lábio inferior, e ainda a má higiene oral e a doença periodontal crónica, cujos papéis como fatores de risco independentes têm vindo a ser progressivamente reconhecidos na literatura.^{1,2}

Do ponto de vista epidemiológico, estas neoplasias afetam predominantemente o género masculino, com cerca de quatro em cada cinco doentes, acometendo maioritariamente indivíduos entre os 50 e os 70 anos, com uma mediana de idade ao diagnóstico de aproximadamente 60 anos. As doentes do género feminino tendem a ser diagnosticadas em idades mais avançadas comparativamente aos homens, embora a incidência neste grupo tenha vindo a aumentar progressivamente nas últimas décadas, o que poderá refletir mudanças nos padrões de consumo de tabaco e álcool nesta população específica.^{2,3}

O diagnóstico precoce é determinante no prognóstico destes doentes, sendo que a deteção em estadios iniciais está associada a taxas de sobrevivência

significativamente superiores.^{2,4} Neste contexto, o médico dentista ocupa uma posição privilegiada, uma vez que, pela natureza da sua prática clínica, examina regularmente a cavidade oral, podendo identificar lesões suspeitas numa fase ainda precoce da doença.⁵ As manifestações clínicas mais frequentes incluem lesões brancas ou vermelhas na mucosa oral, feridas que não cicatrizam, tumefações cervicais, disfagia, disfonia, presença de sangue na saliva e alterações na adaptação de próteses dentárias, sendo que a presença de qualquer uma destas alterações justifica uma avaliação especializada.^{1,2,4}

O tratamento das neoplasias da cabeça e do pescoço é essencialmente cirúrgico, podendo ser complementado com radioterapia e/ou quimioterapia, em função da localização, extensão e estadió da lesão. As cirurgias oncológicas desta região são frequentemente mutilantes, com impacto significativo na qualidade de vida do doente ao nível da fala, deglutição e estética facial, exigindo muitas vezes reconstrução cirúrgica associada.⁴ A radioterapia, embora fundamental no controlo local da doença, acarreta sequelas transitórias — como a mucosite, a xerostomia e as infeções das mucosas — e permanentes — como a fibrose tecidular, as alterações das glândulas salivares, o aumento da suscetibilidade a cáries e doença periodontal e, em casos mais graves, a osteorradionecrose.^{4,6}

Deste modo, o presente estágio teve como objetivo proporcionar uma experiência clínica e cirúrgica integrada no âmbito da oncologia da cabeça e pescoço, permitindo aprofundar o conhecimento sobre as patologias observadas, as opções terapêuticas disponíveis e o funcionamento de uma equipa multidisciplinar num hospital oncológico de referência, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma maior sensibilidade clínica para o papel do médico dentista na deteção precoce destas patologias.

2. O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO-Porto)

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO-Porto) é uma unidade hospitalar pública especializada no diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente oncológico, integrada na rede nacional de Institutos Portugueses de Oncologia e tutelada pelo Ministério da Saúde. A construção do edifício

teve início em 1968, tendo a instituição iniciado funções a 17 de abril de 1974. Em 1993 foi inaugurado o Edifício Central, sendo que no quarto piso deste se localiza o Bloco Operatório, e no terceiro piso as clínicas.

A missão do IPO-Porto assenta na prestação de cuidados de saúde centrados no doente, em tempo útil, não descurando a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da oncologia, com o objetivo de garantir elevados padrões de qualidade, humanismo e eficiência. O compromisso institucional com a qualidade é atestado pela acreditação e certificação Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), recebida em abril de 2020, conferida por uma entidade acreditada independente que se rege pelas melhores práticas internacionais.

A instituição dispõe de 352 camas de internamento, incluindo um Serviço de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Intermédios, e organiza-se em seis Departamentos que coordenam 45 Serviços Assistenciais e quatro Unidades Funcionais: o Bloco Operatório Central e de Ambulatório, o Hospital de Dia, o Serviço de Atendimento Não Programado e a Unidade de Cuidados Intermédios. Os seis departamentos são o Departamento de Cirurgia, o Departamento de Anestesiologia e Medicina Intensiva, o Departamento de Patologia e Medicina Laboratorial, o Departamento de Ciências da Imagem e Rádio-Oncologia, o Departamento de Medicina e o Departamento de Medicina Oncológica.⁷

O atendimento em ambulatório encontra-se organizado em 11 Clínicas de Patologia — unidades multidisciplinares onde especialistas de diferentes áreas discutem, em consulta de grupo, o plano terapêutico mais adequado para cada doente. As clínicas existentes são as de Cabeça e Pescoço, Sistema Nervoso, Mama, Onco-Hematologia, Patologia Digestiva, Pediatria, Pele/Tecidos Moles/Osso, Pulmão, Ginecologia, Tumores Endócrinos e Urologia.

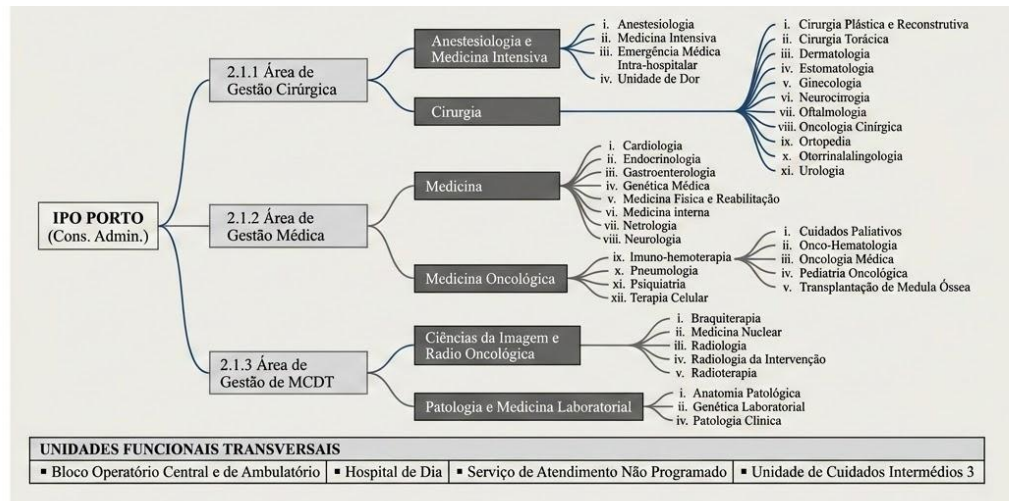


Figura 1- Organização dos serviços no IPO-Porto

2.1. Clínica da Cabeça e Pescoço

A Clínica da Cabeça e do Pescoço (CCP) é a unidade clínica do IPO-Porto dedicada ao diagnóstico, tratamento e seguimento de patologias malignas, e benignas com potencial de malignização da cavidade oral, faringe, laringe, glândulas salivares e pescoço. A sua complexidade clínica exige uma abordagem multidisciplinar integrada, que envolve a participação de cirurgia oncológica, oncologia médica, radioterapia, imagiologia, anatomia patológica, fisioterapia, enfermagem especializada, serviço social e terapia da fala.



Figura 2- Entrada da CCP

Figura 3- Planta da CCP

A CCP localiza-se no terceiro piso do Edifício Central e dispõe de cinco gabinetes de consulta, uma sala de enfermagem com capacidade para atender três doentes em simultâneo — destinada à realização de pensos, colheitas de biópsias e outros procedimentos diagnósticos ou terapêuticos —, uma sala de consultas de grupo multidisciplinar e uma área de apoio administrativo. Cada gabinete está equipado com marquesa, secretária, cadeiras, computador, lavatório e armário com material de proteção descartável.

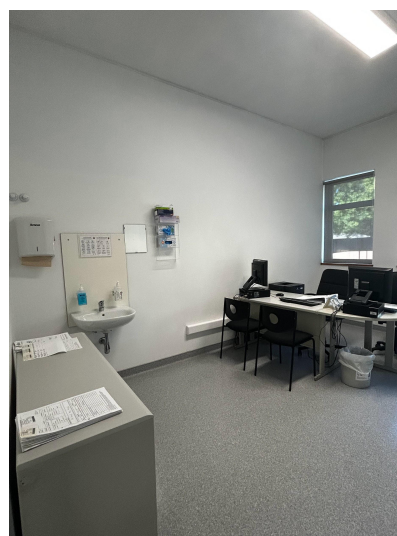


Figura 4- Lavatório do gabinete

Figura 5- Vista geral do gabinete

2.2. Bloco operatório central

O Bloco Operatório Central (BOC) é um dos três locais do IPO-Porto onde se realizam procedimentos cirúrgicos, sendo os restantes a Unidade de Cuidados Ambulatoriais I (UCA I) e a Unidade de Cuidados Ambulatoriais II (UCA II). Localizado no quarto piso do Edifício Central, o BOC é constituído por oito salas operatórias, dois vestiários com instalações sanitárias, receção, sala de espera, sala de recobro, laboratório de Anatomia Patológica, armazém de consumíveis, sala de equipamentos, sala de repouso e refeições e sala de tratamento de sujos.



Figura 6- Planta BOC

Em cada sala operatória a equipa é composta por: cirurgião principal, cirurgião ajudante, médico anestesista, enfermeira anestesista, enfermeira instrumentista e enfermeira circulante, estando frequentemente também presentes médicos internos de especialidade.

3. Atividades desenvolvidas

O presente estágio teve início a 25 de fevereiro de 2026 e término a 11 de junho de 2026, perfazendo um total de 68 horas, distribuídas em turnos de quatro horas, das 9h00 às 13h00. Não foram definidos dias fixos para cada valência, sendo a distribuição entre a CCP e o BOC estabelecida de acordo com a disponibilidade da equipa clínica e a programação cirúrgica semanal. A calendarização detalhada e a respetiva alocação em cada valência encontram-se esquematizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das atividades ao longo do estágio curricular

Fevereiro		Março						Abril					Maio			Junho
25	26	4	5	11	13	18	19	8	9	15	16	23	13	20	28	11

CCP- Clínica da Cabeça e pescoço

BOC- Bloco operatório central

Este estágio observacional teve como objetivo acompanhar o percurso clínico do doente oncológico na CCP e no BOC. Desta forma, procurei aprofundar o conhecimento prático sobre o diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço, compreendendo a importância do médico dentista na deteção precoce destas patologias e no encaminhamento a cuidados especializados.

3.1 Clínica da Cabeça e Pescoço

3.1.1. Atividade assistencial

As consultas de Oncologia Cirúrgica na CCP decorreram entre segunda e sexta-feira, no período da manhã, abrangendo diferentes tipologias de consulta: primeiras consultas, consultas de seguimento, consultas de planeamento cirúrgico e consultas de grupo multidisciplinar. Durante o estágio, as consultas foram acompanhadas em vários gabinetes e com diferentes elementos da equipa clínica, o que proporcionou o contacto com uma maior diversidade de casos e abordagens terapêuticas.

As primeiras consultas tinham como objetivo a recolha de informação clínica detalhada e a avaliação do doente, com vista ao estabelecimento de uma hipótese diagnóstica. Nestas consultas, era realizada uma anamnese completa, incluindo a história da doença atual, antecedentes pessoais e familiares, hábitos tabágicos e alcoólicos e medicação habitual, seguida de um exame objetivo e criterioso da cavidade oral e das estruturas da cabeça e pescoço. Sempre que o clínico considerasse necessário — fosse perante suspeita de malignidade, necessidade de

confirmação diagnóstica ou estudo de lesões com potencial de malignização — o doente era encaminhado para a realização de biópsia. A maioria dos doentes foi referenciada para o IPO-Porto pelos Cuidados de Saúde Primários ou por outros hospitais, chegando por vezes já com biópsia prévia realizada noutra instituição. Nestas situações, a equipa clínica procedia à análise dos resultados histológicos já disponíveis, podendo, no entanto, solicitar uma nova biópsia no próprio IPO-Porto sempre que considerasse necessário complementar ou confirmar o estudo anatomopatológico anterior.

As consultas de seguimento tinham como objetivo monitorizar a recuperação do doente e detectar precocemente eventuais recidivas. Nestas, era realizado um exame objetivo criterioso, com particular atenção à avaliação das cicatrizes cirúrgicas e dos retalhos reconstrutivos, verificando a sua viabilidade e o respetivo processo de cicatrização. Era também recolhida informação sobre o estado de saúde geral do doente e questionado o seu acesso aos serviços assistenciais de apoio, nomeadamente fisioterapia, terapia da fala e psicologia. Sempre que o doente não se encontrava a beneficiar destes serviços, era feito o respetivo encaminhamento, reforçando a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar na reabilitação do doente oncológico.

As consultas de planeamento cirúrgico contavam com a presença do médico e da enfermeira, sendo o doente informado de forma detalhada sobre o procedimento proposto, os seus riscos e as alternativas terapêuticas disponíveis, procedendo-se de seguida à obtenção do consentimento informado. Após a aceitação da cirurgia por parte do doente, era designada uma data para a intervenção. A enfermeira complementava a consulta com informações práticas sobre o internamento, nomeadamente a importância da realização prévia da consulta de anestesiologia, as regras da preparação pré-operatória e as normas de segurança durante o internamento, incluindo a utilização de calçado antiderrapante para prevenção de quedas e a recomendação de não trazer objetos de valor.

As consultas de grupo multidisciplinar — integradas no Grupo de Trabalho Multidisciplinar da unidade — constituíam um momento central na definição do plano terapêutico de cada doente. Nestas reuniões de decisão clínica, participavam médicos de diferentes especialidades, cuja composição variava em função da patologia em

causa, podendo incluir cirurgiões oncológicos, oncologistas médicos, radioterapeutas, imagiologistas e anatomopatologistas. Em conjunto, a equipa discutia sobre o plano de tratamento mais adequado para cada caso, podendo as decisões envolver cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação destas modalidades, sempre numa perspetiva individualizada e centrada no doente.

Para além das consultas de Oncologia Cirúrgica de cabeça e pescoço, foi ainda possível acompanhar, de forma pontual, consultas de Endocrinologia Oncológica, realizadas nos gabinetes adjacentes à CCP, no mesmo piso do Edifício Central. Estas consultas, conduzidas por um especialista de Endocrinologia do IPO-Porto, incidiam maioritariamente sobre patologia tiroideia maligna, nomeadamente carcinoma papilar e medular da tiroide, abordando questões relacionadas com o estadiamento, a indicação cirúrgica, a terapia com iodo radioativo e a vigilância pós-tratamento.

3.1.2. Análise da Atividade Assistencial

Ao longo dos dias de estágio na CCP foram observados um total de 36 doentes, cuja caracterização clínica se encontra sistematizada na Tabela 2.

Tabela 2 — Casos observados na Clínica da Cabeça e do Pescoço

Caso	Género	Idade	Diagnóstico	Procedimento Cirúrgico
1	F	65	Carcinoma Espinocelular	Alargamento de margens + esvaziamento cervical direito + retalho epicanto medial olho direito
2	F	27	—	Pelviglossectomia anterior + esvaziamento cervical seletivo I, II e III bilateral + retalho livre cutâneo antebraqueal esquerdo + traqueostomia
3	M	83	—	Glossectomia parcial direita + esvaziamento homolateral seletivo I, II e III
4	F	73	Lesão ulcerada (40mm)	Biópsia
5	F	57	—	Pelviglossectomia anterior + mandibulectomia + esvaziamento cervical

Caso	Género	Idade	Diagnóstico	Procedimento Cirúrgico
6	M	60	Leucoplasia pavimento da boca (20mm)	Excisão cirúrgica para biópsia
7	M	79	Carcinoma Ductal Écrino Escamóide	Excisão e vigilância
8	M	75	Carcinoma Espinocelular	Pelviglossectomia direita + esvaziamento cervical radical
9	F	35	Carcinoma Papilar da Tiroide	Tireoidectomia total + esvaziamento cervical esquerdo
10	M	66	Carcinoma Espinocelular	Glossectomia parcial esquerda + esvaziamento radical mod. tipo III + retalho nasogeniano esquerdo
11	F	51	Carcinoma Medular da Tiroide (13mm)	Tireoidectomia total + esvaziamento cervical seletivo V/VII bilateral
12	F	56	Carcinoma Papilar da Tiroide (11mm)	Tireoidectomia total
13	F	46	Nódulo Tiroideo direito (17mm)	—
14	F	55	Carcinoma Papilar da Tiroide (31mm)	Hemitireoidectomia parcial esquerda
15	M	33	Carcinoma Papilar da Tiroide (69mm)	Hemitireoidectomia parcial direita + terapia com iodo 131
16	F	62	Adenopatia Supraventricular (51mm)	Biópsia para estudo
17	M	69	Carcinoma Espinocelular (30mm)	Glossectomia parcial esquerda com reconstrução
18	M	82	Carcinoma Espinocelular	—
19	M	74	Carcinoma Espinocelular	Glossectomia parcial direita + esvaziamento cervical I e III + retalho mucosa jugal
20	F	65	Carcinoma Epidermóide não Queratinizante	Glossectomia parcial direita + excisão ganglionar homolateral

Caso	Género	Idade	Diagnóstico	Procedimento Cirúrgico
21	F	77	Carcinoma Espinocelular	Esvaziamento cervical I, II e III
22	F	75	Carcinoma Espinocelular Retromolar	Mandibulectomia marginal direita + esvaziamento radical modificado direito
23	M	55	Carcinoma Espinocelular	Biópsia
24	F	51	Carcinoma Espinocelular	Glossectomia total
25	F	51	Leucoplasia mucosa jugal (10 mm)	Ressecção com eventual plastia
26	M	45	Carcinoma Espinocelular da Tireoide + Tumor Folicular	Tireoidectomia total
27	M	78	Carcinoma Mioepitelial Parótida direita (61mm)	Parotidectomia total + esvaziamento cervical seletivo + retalho grande peitoral/trapézio
28	F	66	Adenopatia axilar (40 mm)	Biópsia excisional
29	F	77	Carcinoma do lábio inferior esquerdo — recidiva (30 mm)	Ressecção alargada + eventual mandibulectomia marginal + esvaziamento cervical seletivo bilateral + retalho nasogeniano direito
30	F	32	Metástase cervical direita de Carcinoma Papilar da Tireoide (28 mm)	Tireoidectomia total + esvaziamento cervical II/VI direito
31	F	56	Metástase cervical esquerda de Carcinoma Papilar da Tireoide (10 mm)	Esvaziamento cervical seletivo II/IV esquerdo
32	M	44	Tumor Folicular lobo esquerdo da Tireoide (21mm)	Hemitireoidectomia esquerda
33	M	72	Recidiva ganglionar de CEC do lábio	Excisão de recidiva submentoniana + esvaziamento cervical supraomohioideu + retalho supraclavicular direito
34	M	56	Carcinoma Espinocelular pavimento da boca	Pelviglossectomia parcial direita/central + esvaziamento cervical radical modificado

Caso	Género	Idade	Diagnóstico	Procedimento Cirúrgico
				direito + esvaziamento supraomohioideu esquerdo
35	F	41	Carcinoma Mucoepidermóide de baixo grau da parótida esquerda	Parotidectomia superficial esquerda
36	F	48	Carcinoma espinocelula cavidade oral	Ressecção alargada da gengiva inferior direita + mandibulectomia marginal + retalho pediculado supraradicular

21 doentes eram do género feminino (58,3%) e 15 do género masculino (41,7%). Estes dados divergem do padrão epidemiológico descrito na literatura, que aponta para uma predominância marcada do género masculino, com cerca de quatro em cada cinco doentes homens.³ Esta discrepância poderá ser explicada pela inclusão de casos de patologia tiroideia, que afetam predominantemente o género feminino, bem como pelo número limitado de casos observados, insuficientes para representar a distribuição epidemiológica da população geral.

As idades variaram entre os 27 e os 83 anos, com uma média aproximada de 58 anos, valor concordante com a mediana de 60 anos reportada na literatura para as neoplasias da cabeça e pescoço.³ A faixa etária mais representada foi a dos 51 aos 60 anos, com 10 doentes (27,8%), seguida da faixa dos 61 aos 70 anos, com 8 doentes (22,2%), o que reflete o perfil epidemiológico típico destas neoplasias, que acometem predominantemente indivíduos em idade média a avançada.²

Relativamente aos diagnósticos, o Carcinoma Espinocelular (CEC) foi o mais frequentemente observado, presente em 14 casos (38,9%), o que mais uma vez vai ao encontro da literatura que o aponta como sendo o tipo histológico predominante nas neoplasias da cavidade oral e estruturas adjacentes.¹ Seguiram-se os casos de patologia tiroideia maligna, nomeadamente o Carcinoma Papilar da Tiroide em 6 casos (16,7%) e o Carcinoma Medular da Tiroide em 1 caso (2,8%), ambos observados nas consultas de Endocrinologia Oncológica realizadas nos gabinetes adjacentes à CCP. Os restantes casos distribuíram-se por lesões com potencial de malignização, nomeadamente a leucoplasia em 2 doentes (5,6%), adenopatias em estudo estrutural

em 2 casos (5,6%), e neoplasias de comportamento biológico distinto, tais como o tumor folicular da tireoide (5,6%), o carcinoma mucoepidermóide da parótida (2,8%), o carcinoma mioepitelial da parótida (2,8%) e o carcinoma ductal écrino escamóide (2,8%), cuja distribuição proporcional e exaustiva se encontra mapeada na Tabela 2.

Em termos de procedimentos cirúrgicos realizados ou planeados, o esvaziamento cervical foi o mais frequentemente observado, presente em 14 casos (38,9%), seguido da glossectomia parcial ou total em 7 casos (19,4%), da tireoidectomia em 7 casos (19,4%), da pelveglossectomia em 4 casos (11,1%), da biópsia em 4 casos (11,1%), da mandibulectomia marginal em 3 casos (8,3%) e da parotidectomia em 2 casos (5,6%). A utilização de retalhos de reconstrução foi necessária em 10 casos (27,8%), refletindo a extensão e complexidade das ressecções realizadas.

3.2. Bloco Operatório Central

3.2.1. Organização e rotina cirúrgica

A atividade no BOC do IPO-Porto exige o cumprimento rigoroso de protocolos de biossegurança e organização hospitalar, essenciais para garantir a segurança do doente e o sucesso dos procedimentos cirúrgicos de grande porte na área de cabeça e pescoço. Trata-se de uma unidade de grande dimensão e perfeitamente equipada, cujo núcleo principal é composto por oito salas operatórias.

Para além das salas de cirurgia, a infraestrutura integra diversas áreas de apoio clínico e logístico fundamentais para o funcionamento do serviço, tais como: a receção e a sala de espera para doentes, dois vestiários equipados com instalações sanitárias (que funcionam como barreira e filtro do vestuário), uma Sala de recobro, um laboratório de Anatomia Patológica para análises urgentes, salas de arrumos para material esterilizado e consumíveis, uma sala de descanso para o pessoal clínico e uma área dedicada ao tratamento e eliminação de material hospitalar.



Figura 7- Área desinfecção

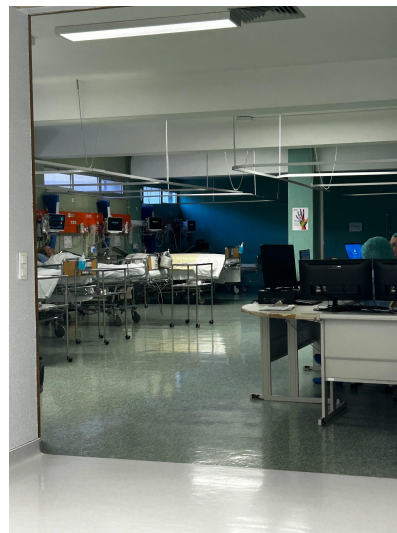


Figura 8- Sala de recobro

Antes da entrada nas salas operatórias, era obrigatória a correta preparação nos vestiários, que incluía a troca da roupa civil pelo vestuário privativo do bloco (pijama cirúrgico), barrete, máscara cirúrgica e calçado hospitalar específico. No interior da sala, a observação dos procedimentos exigia o respeito pelas barreiras estéreis, mantendo uma distância de segurança adequada de todos os campos cirúrgicos e da mesa de instrumental para evitar riscos de contaminação.

No âmbito da Medicina Dentária, a observação das grandes cirurgias realizadas nestas salas permitiu compreender a complexidade da abordagem anestésica e cirúrgica neste grupo de doentes. Pela localização anatômica dos tumores, a manutenção da via aérea representa um desafio crítico. Na maioria dos casos observados, a anestesia geral foi associada à realização de uma traqueostomia preventiva de proteção ou a uma intubação nasotraqueal, de modo a libertar a cavidade oral para a atuação da equipa cirúrgica e assegurar a ventilação pós-operatória segura, prevenindo os riscos decorrentes do edema cirúrgico.

3.2.2. Procedimentos Cirúrgicos e Técnicas de Reconstrução

O tratamento cirúrgico das neoplasias da cabeça e pescoço envolveu, de forma geral, dois momentos distintos: a ressecção tumoral e a reconstrução dos tecidos. Previamente a qualquer intervenção cirúrgica, é realizada uma avaliação pré-anestésica, na qual se recorre a instrumentos de classificação que permitem

antecipar dificuldades e estratificar o risco cirúrgico, nomeadamente a Classificação de Mallampati e a Classificação ASA.

- **Classificação de Mallampati**

Utilizada para prever a dificuldade de intubação endotraqueal, avalia a visibilidade das estruturas orofaríngeas com o doente em posição sentada e com a boca aberta. É dividida em quatro classes: na Classe I são visíveis o palato mole, os pilares amigdalídeos e a úvula; na Classe II são visíveis o palato mole e a úvula parcialmente; na Classe III apenas o palato mole e a base da úvula são visíveis; e na Classe IV apenas o palato duro é visível. Classes mais elevadas associam-se a maior dificuldade de intubação e maior risco anestésico. ⁸

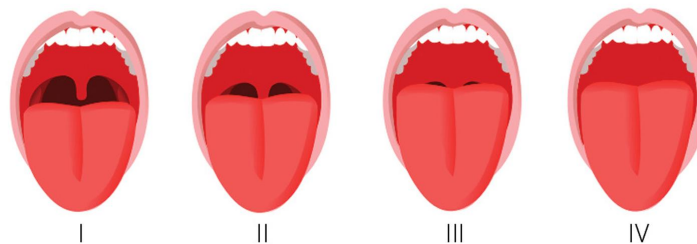


Figura 9- Classificação de Mallampati (retirada de <https://www.scielo.br/j/anp/a/qTR8zjg8VtHMffcHsywJQ9B/abstract/?lang=pt> em 08/06/2026)

- **Classificação ASA**

Desenvolvida pela American Society of Anesthesiologists, estratifica o risco anestésico-cirúrgico com base no estado de saúde geral do doente, variando de ASA I — doente saudável sem patologia sistémica — a ASA VI — doente em morte cerebral.

Classificação EF da ASA	Definição	Exemplos para adultos, incluindo, mas não se limitando a:
ASA I	Um paciente normal e saudável	Saudável, não fumante, nenhum ou uso mínimo de álcool
ASA II	Um paciente com doença sistêmica leve	Apenas doenças leves, sem limitações funcionais significativas. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): fumante atual, ingestão social de álcool, gravidez, obesidade ($30 < \text{IMC} < 40$), diabetes/hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve
ASA III	Um paciente com doença sistêmica grave	Limitações funcionais significativas; uma ou mais doenças moderadas a graves. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): diabetes ou hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida ($\text{IMC} \geq 40$), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passos implantados, redução moderada da fração de ejeção, doença renal em estágio terminal submetido a diálise programada regularmente, prematuro com PCA < 60 semanas, histórico (> 3 meses) de IM, AVC, AIT ou DAC/stents.
ASA IV	Um paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): IM, AVC, AIT ou DAC/stents recentes (< 3 meses), isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal aguda ou em estágio terminal não submetidos a diálise regularmente programada
ASA V	Um paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a operação	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): ruptura de aneurisma abdominal/torácico, trauma maciço, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquêmico mesentérico devido à doença cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas
ASA VI	Um paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação	

Figura 10- Classificação ASA (retirada de <https://sanarmed.com/classificacao-da-asa-no-pre-operatorio-colonistas/> em 08/06/2026)

Concluída a avaliação pré-anestésica e confirmada a aptidão cirúrgica do doente, procede-se à intervenção. No âmbito da oncologia da cabeça e pescoço, as cirurgias realizadas variam consoante a localização, extensão e características da lesão. De seguida, descrevem-se sucintamente os procedimentos cirúrgicos observados ao longo do estágio no Bloco Operatório Central:

- **Glossectomia**

Consiste na excisão parcial ou total da língua, sendo o procedimento cirúrgico mais frequente no tratamento de neoplasias malignas linguais. É classificada de acordo com a lateralidade e a proporção de tecido removido — parcial quando apenas uma parte da língua é ressecada, ou total quando é necessária a remoção completa. As consequências funcionais desta cirurgia,

nomeadamente ao nível da deglutição, fonação e mastigação, tornam o acompanhamento por terapia da fala essencial no pós-operatório.

- **Pelviglossectomia**

Extensão da glossectomia, indicada quando a lesão se estende além da língua para o pavimento da boca. Trata-se de um procedimento mais alargado, que implica a ressecção das estruturas do pavimento oral e de uma porção da língua, sendo frequentemente associada a mandibulectomia marginal para garantir margens cirúrgicas livres.

- **Mandibulectomia marginal**

Consiste na ressecção de uma porção do osso mandibular sem seccionar a sua totalidade em espessura, preservando assim a continuidade mandibular. É indicada quando existe invasão óssea superficial pela neoplasia, permitindo minimizar as sequelas funcionais e estéticas em comparação com a mandibulectomia segmentar, que implica a remoção de um segmento completo do osso.

- **Parotidectomia superficial**

Consiste na excisão do lobo superficial da glândula parótida com preservação do nervo facial e de todos os seus ramos. É indicada na presença de neoplasia localizada neste lobo e constitui um procedimento tecnicamente exigente, dada a proximidade anatómica do nervo facial, cuja lesão pode causar paralisia facial definitiva.

- **Esvaziamento cervical**

Consiste na remoção dos gânglios linfáticos da região cervical, sendo um procedimento simultaneamente terapêutico e de estadiamento tumoral. Os gânglios cervicais estão organizados em níveis de I a VI. O esvaziamento cervical **radical modificado** envolve os níveis I a V com preservação das estruturas não linfáticas, sendo indicado na presença de metastização cervical confirmada. O esvaziamento cervical **seletivo** abrange apenas alguns níveis ganglionares específicos, sendo realizado de forma profilática em doentes sem

metástases clinicamente detetáveis mas com risco elevado de metastização oculta.⁹

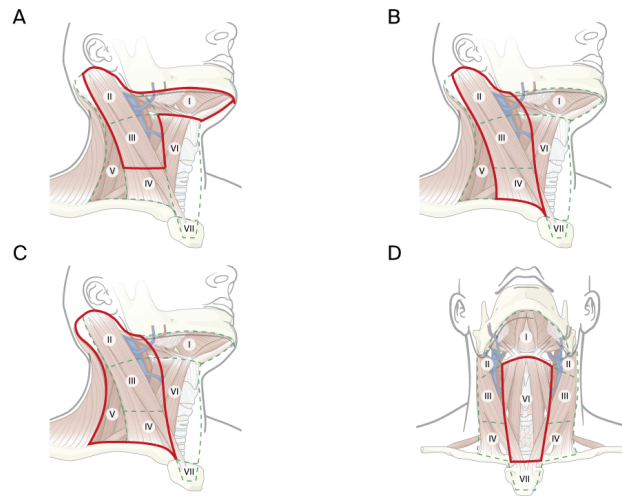


Figura 11- Esvaziamento cervical níveis

A extensão das ressecções oncológicas da cabeça e pescoço implica, na maioria dos casos, a necessidade de reconstrução imediata dos tecidos removidos, com o objetivo de restabelecer a função e a estética. A escolha da técnica reconstrutiva é determinada pela dimensão e localização do defeito cirúrgico, pela disponibilidade de tecido doador e pelas condições clínicas do doente. Descrevem-se de seguida as principais técnicas de reconstrução observadas durante o estágio:

- **Retalho pediculado** é um retalho vascularizado que mantém a sua ligação ao local dador através de um pedículo, garantindo o aporte sanguíneo sem necessidade de anastomose microcirúrgica. Os retalhos pediculados mais frequentemente observados foram o **retalho supraclavicular**, obtido da região supraclavicular e utilizado em reconstruções da cavidade oral e pescoço, e o **retalho nasogeniano**, obtido da região facial adjacente ao sulco nasogeniano, utilizado em defeitos de menor dimensão da cavidade oral.
- **Retalho livre** implica a transferência de tecido de uma zona dadora distante, com secção completa do pedículo vascular e posterior anastomose microcirúrgica dos vasos no local recetor. É utilizado nas reconstruções de maior

complexidade e volume, permitindo cobrir defeitos extensos com tecido bem vascularizado, mas exige maior experiência cirúrgica e tempo operatório.¹⁰

4. Casos Clínicos

Ao longo do estágio no Bloco Operatório Central foram observadas 6 cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço. Os casos acompanhados refletem a complexidade e a diversidade patológica característica deste serviço, abrangendo desde lesões em estadios iniciais até neoplasias localmente avançadas com necessidade de ressecção alargada e reconstrução imediata, ilustrando a importância de uma abordagem cirúrgica individualizada e criteriosamente planeada para cada doente oncológico. Os casos clínicos observados e apresentados abaixo incluem uma descrição do perfil clínico de cada doente, do diagnóstico estabelecido e da abordagem cirúrgica proposta.

→ Caso clínico 1

Doente do género masculino, 64 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial (HTA), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), enfisema centrolobular e parasseptal e aterosclerose calcificada das artérias coronárias. Apresentava hábitos tabágicos ativos (42 UMA), atualmente 10 cigarros por dia e antecedentes de consumo abusivo de álcool, encontrando-se abstinente há cerca de 9-10 anos. Sem história de alergias conhecidas.

O diagnóstico consistiu numa lesão extensa do pavimento da boca e face ventral da língua, com mais de 4 cm de maior diâmetro. A cirurgia proposta foi uma pelveglossectomia anterior com mandibulectomia marginal, esvaziamento cervical supraomohioideo bilateral e reconstrução. Na avaliação pré-anestésica, o doente apresentava Mallampati II e foi classificado como ASA III, com proposta de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios no pós-operatório.



Figura 12- Lesão inicial



Figura 13- Glossectomia



Figura 14- Mandibulectomia

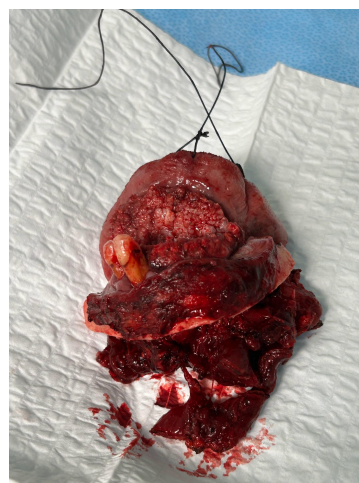


Figura 15- Peça extraída

→ Caso clínico 2

Doente do género masculino, 67 anos, com antecedentes patológicos de dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata, prostatite e cistite r dicas, e adenocarcinoma da próstata, diagnosticado em 2021, tendo realizado radioterapia até 2022 e hormonoterapia até 2023. O eletrocardiograma pr -operatório revelou bradicardia sinusal com frequência cardíaca de 37 bpm e possível enfarte inferior do miocárdio antigo, tendo sido solicitada avaliação por Cardiologia, com autorização para anestesia pendente dessa avaliação. Apresentava alergias ao *Cetorolac* (AINE) e história de intervenção cirúrgica ao p  e   mão.

O diagnóstico consistiu num CEC do bordo esquerdo da língua, com uma lesão retráctil de 25 x 20 x 12 mm, compatível com neoformação primitiva, com extensão à face ventral da língua com possível infiltração superficial da mucosa do pavimento da boca, sem evidência de infiltração em profundidade nem adenopatias nas cadeias jugulares internas. A cirurgia proposta foi uma glossectomia parcial esquerda com esvaziamento cervical seletivo I/II/III esquerdo e reconstrução com retalho livre. O doente apresentava Mallampati II e classificado como ASA II, com proposta de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios e Serviço de Cuidados Intensivos no pós-operatório.



Figura 16- Esvaziamento cervical seletivo



Figura 17- Glossectomia



Figura 18- Marcações para retalho



Figura 19- Retalho finalizado

→ Caso clínico 3

Doente do género masculino, 55 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, bronquite crónica, esteatose hepática, hipertrigliceridemia,

hiperuricemia, gastrite crónica por *H. pylori* e hérnia do hiato, síndrome do túnel cárpico bilateral e hábitos tabágicos ativos (fumava em média 10 cigarros/dia). Apresentava ainda disfagia, alimentando-se de dieta líquida em contexto da doença atual. Como antecedentes cirúrgicos, tinha realizado sedação para estudo endoscópico gastrointestinal com polipectomias. Alergia ao produto de contraste da TAC.

O diagnóstico consistiu num CEC da hemilíngua direita. Na avaliação da via aérea, o Mallampati não era avaliável por má abertura da boca, com mobilidade cervical normal, tendo sido assinalada a necessidade de intubação com fibroscopia. O doente foi classificado como ASA III. A cirurgia proposta foi uma pelveglossectomia direita com mandibulectomia marginal, esvaziamento cervical radical modificado direito e reconstrução com retalho pediculado, com proposta de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios no pós-operatório.



Figura 20- Traqueostomia



Figura 21- Esvaziamento cervical radical

→ Caso clínico 4

Doente do género masculino, 46 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, sem medicação habitual em curso e sem antecedentes anestésicos ou cirúrgicos. Ex-fumador há 3 meses (20 UMA) e com perfil hipertensivo, ainda não medicado. O doente tinha realizado quimioterapia com Cisplatina e 5-Fluorouracil (5-FU) e radioterapia de intuito neoadjuvante previamente à cirurgia. Alergias desconhecidas.

O diagnóstico consistiu num CEC da região pré-auricular esquerda localmente avançado. A abordagem proposta foi a excisão alargada com parotidectomia superficial. Na avaliação da via aérea, o doente apresentava Mallampati I, mobilidade cervical normal e abertura da boca sem alterações relevantes. O eletrocardiograma revelou critérios de hipertrofia ventricular esquerda. O doente foi classificado como ASA II, sem necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios ou Cuidados Intensivos no pós-operatório.



Figura 22- Parotidectomia



Figura 23- Retalho

→ Caso clínico 5

Doente do género masculino, 62 anos, com antecedentes patológicos de ateromatose carotídea bilateral assintomática, discopatia degenerativa lombar evoluída com compressão foraminal relevante em L3/L4 e hábitos tabágicos ativos (fumava 6 cigarros/dia desde os 16 anos) e consumo de álcool ocasional. Sem antecedentes anestésicos ou cirúrgicos. Apresentava adenopatias cervicais no contexto da doença oncológica atual. História de alergia a picada de abelha com angioedema, e sem alergias medicamentosas.

O diagnóstico consistiu num CEC da hemilíngua esquerda, com cerca de 3,5 cm de diâmetro de localização anterior e ventral. A cirurgia proposta foi uma pelviglossectomia esquerda com esvaziamento cervical radical modificado esquerdo e reconstrução com retalho pediculado supraclavicular ou nasogeniano. Na avaliação da via aérea, o doente apresentava Mallampati III, mobilidade cervical normal e abertura

da boca limitada a 4 cm. O doente foi classificado como ASA II, com proposta de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios no pós-operatório.

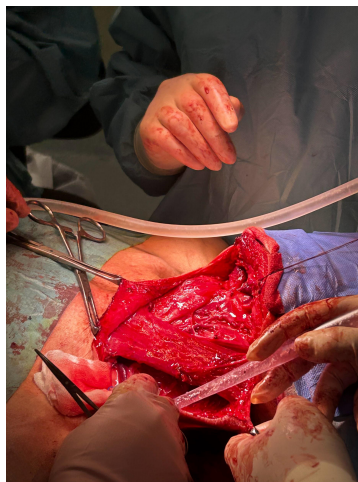


Figura 24- Esvaziamento cervical

→ Caso clínico 6

Doente do género masculino, 57 anos, com antecedentes patológicos de neurofibromatose tipo 1, neurosífilis tratada em 2018, malformação de Chiari tipo I com cavidade centromedular cervical, declínio cognitivo e funcional de possível etiologia neurodegenerativa não Alzheimer, e suspeita de feocromocitoma da suprarrenal esquerda, encontrando-se devidamente alfa e beta-bloqueado para a cirurgia. Apresentava ainda doença pulmonar com distorção arquitetural e bolhas de enfisema parasseptal e centrilobular e hábitos tabágicos ativos com consumo de 1-2 cigarros por dia (fumava 1 maço/dia por mais de 30 anos). Realizou quimioterapia com carboplatina e cetuximab previamente à cirurgia. Sem antecedentes anestésicos ou cirúrgicos. Alergias desconhecidas.

O diagnóstico consistiu num CEC da gengiva localmente avançado, com suspeita de metastização supraclavicular esquerda. A cirurgia proposta foi uma mandibulectomia segmentar com pelveglossectomia anterior esquerda, esvaziamento cervical radical homolateral e reconstrução com traqueostomia. Na avaliação da via aérea, o doente apresentava Mallampati I, mobilidade cervical normal, distância tiromentoniana superior a 6 cm e abertura da boca sem alterações relevantes. O doente foi classificado como ASA III, com proposta anestésica de anestesia geral com monitorização invasiva e previsibilidade de necessidades especiais, incluindo admissão

em Unidade de Cuidados Intermédios e eventual admissão em Serviço de Cuidados Intensivos, dada a instabilidade hemodinâmica perioperatória associada à suspeita de feocromocitoma.



Figura 25- Esvaziamento cervical

5. Considerações finais

A realização deste estágio no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. constituiu uma experiência profundamente marcante, tanto a nível académico como pessoal. Ao longo destes meses, foi possível contactar com uma realidade clínica muito distinta da vivenciada na Faculdade, o que contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento enquanto futura médica dentista.

O aspeto que mais me marcou ao longo do estágio foi, sem dúvida, a compreensão do impacto que um diagnóstico tardio pode ter na vida de um doente oncológico. Ao observar as cirurgias no Bloco Operatório Central e o seguimento dos doentes nas consultas da Clínica da Cabeça e do Pescoço, tornou-se evidente que as sequelas associadas ao tratamento cirúrgico das neoplasias desta região são frequentemente devastadoras. Alguns doentes, devido a complicações relacionadas com a necrose do retalho de reconstrução, ficaram totalmente privados da língua, o que compromete de forma irreversível funções tão básicas como a alimentação e a comunicação, afetando profundamente a sua qualidade de vida e o seu bem-estar psicológico. Testemunhar estas situações na prática foi algo que nenhum livro

consegue transmitir, e que ficará certamente gravado na minha memória ao longo de toda a minha vida profissional.

Este estágio mudou profundamente a minha forma de encarar o papel do médico dentista. Antes, tinha a consciência teórica da importância do diagnóstico precoce, mas foi apenas ao observar diretamente as consequências de um diagnóstico tardio que verdadeiramente compreendi o peso desta responsabilidade. O médico dentista é, muitas vezes, o primeiro profissional de saúde a ter contacto com lesões suspeitas da cavidade oral, e esta posição privilegiada implica uma obrigação ética de estar permanentemente atento durante cada consulta. A partir de agora, o exame das mucosas orais será sempre uma componente central da minha prática clínica, e qualquer lesão suspeita será motivo de acompanhamento rigoroso e encaminhamento atempado, nomeadamente através da plataforma SISO — Sistema de Informação para a Saúde Oral —, que constitui uma ferramenta fundamental na deteção precoce do cancro oral em Portugal.

A possibilidade de acompanhar uma equipa multidisciplinar altamente especializada permitiu compreender que o tratamento do doente oncológico exige muito mais do que competência técnica cirúrgica. A presença de terapeutas da fala, assistentes sociais e psicólogos no acompanhamento destes doentes revelou-se tão determinante quanto a própria cirurgia, numa abordagem que coloca o doente e a sua qualidade de vida no centro de todas as decisões.

6. Conclusão

O presente estágio, realizado no Serviço de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., permitiu alcançar os objetivos propostos, proporcionando uma experiência clínica e cirúrgica integrada no âmbito das patologias oncológicas da cabeça e pescoço.

Ao longo dos meses de estágio, foi possível observar um total de 36 doentes na Clínica da Cabeça e do Pescoço e acompanhar 6 cirurgias oncológicas no Bloco Operatório Central, abrangendo um conjunto diversificado de procedimentos, desde

glossectomias e pelveglossectomias a esvaziamentos cervicais e parotidectomias, com recurso a técnicas de reconstrução com retalho pediculado e livre. A experiência permitiu consolidar conhecimentos sobre a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento das neoplasias da cabeça e pescoço, bem como compreender o funcionamento de um hospital oncológico de referência e a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento do doente oncológico.

O contacto direto com doentes em diferentes fases do percurso oncológico — desde o diagnóstico inicial até ao seguimento pós-operatório — reforçou a consciência de que o diagnóstico precoce é determinante no prognóstico e na qualidade de vida destes doentes, e que o médico dentista desempenha um papel insubstituível neste processo.

A experiência adquirida ao longo deste estágio representou um contributo inestimável para a minha formação, não apenas pelo conhecimento clínico adquirido, mas, sobretudo, pela consciência que desenvolveu em mim de que prevenir e detetar precocemente pode, literalmente, mudar o curso de uma vida.

Bibliografia

1. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Med Sci*. 2023;11(2):42.
2. Gormley M, Creaney G, Schache A, Ingarfield K, Conway DI. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. *Br Dent J*. 2022;233(9):780-6.
3. Steiner T, Buentzel J, Freesmeyer M, Guntinas-Lichius O, Schlattmann P, Buntzel J. Gender Disparities in Epidemiology, Treatment, and Outcome for Head and Neck Cancer in Germany. *Cancers*. 2020;12(11):3418.
4. Johnson DE, Burtneiss B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):92.

5. Hertrampf K, Jürgensen M, Wahl S, Baumann E, Wenz HJ, Wiltfang J, et al. Early detection of oral cancer: a key role for dentists? *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022;148(6):1375-87.
6. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy. *Cancer Med*. 2017;6(12):2918-31.
7. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. IPO Porto [Internet]. Porto: IPO Porto; [consultado em 2026 Mai 31]. Disponível em: <https://ipoporto.pt/>
8. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J*. 1985;32(4):429–34.
9. Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, Califano JA, Wolf GT, Ferlito A, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(5):536–538. doi:10.1001/archotol.134.5.536
10. Martins de Carvalho F, Correia B, Silva A, Costa J. Versatility of the Supraclavicular Flap in Head and Neck Reconstruction. *Case Rep Plast Surg Hand Surg*. 2020;7(1):90-5.