



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CIRURGIA EXTRADIGESTIVA
REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO
INTERSHIP REPORT ON EXTRADIGESTIVE SURGERY PERFORMED
AT CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

LUÍS FILIPE GONÇALVES DE SOUSA

up202106801

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, integrante do plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e descreve as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular realizado no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, entre Fevereiro e Junho de 2026.

O estágio decorreu em dois contextos distintos: a enfermaria de internamento e o bloco operatório. Na enfermaria, foi possível acompanhar a equipa médica nas visitas clínicas diárias, observar a evolução pós-operatória dos doentes internados e estabelecer contacto directo com os mesmos, desenvolvendo competências de comunicação e de avaliação clínica. No bloco operatório, foram observados e acompanhados procedimentos cirúrgicos de diversas áreas, com participação ativa nos atos cirúrgicos sempre que a dinâmica da equipa o permitiu.

No âmbito dos casos clínicos acompanhados, destacam-se quatro intervenções cirúrgicas: a exérese de melanoma cutâneo do membro inferior com biópsia do gânglio sentinela, a exérese por recidiva de carcinoma espinocelular do lábio inferior com reconstrução labial, a parotidectomia total por neoplasia maligna da glândula parótida direita com preservação do nervo facial, e duas paratiroidectomias inferiores esquerdas selectivas em contexto de hiperparatiroidismo primário.

A experiência proporcionada por este estágio revelou-se de grande valor formativo, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da prática clínica hospitalar, do raciocínio médico e da importância do trabalho em equipa multidisciplinar. Do ponto de vista da formação em Medicina Dentária, o estágio reforçou a consciência do papel do médico dentista no diagnóstico precoce de patologia orofacial e na integração em equipas de cuidados de saúde diferenciados.

ABSTRACT

This report was prepared within the scope of the curricular unit Monografia/Relatório de Estágio, part of the Integrated Master's in Dental Medicine at the Faculty of Dental Medicine of the University of Porto, and describes the activities developed during the curricular internship carried out at the Extradigestive Surgery Department of Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, between February and June 2026.

The internship took place in two main settings: the inpatient ward and the operating theatre. In the ward, it was possible to accompany the medical team during daily clinical rounds, observe the postoperative recovery of hospitalised patients and establish direct contact with them, developing communication and clinical observation skills. In the operating theatre, surgical procedures from various areas were observed and accompanied, with active participation in the surgical field whenever the team's dynamics allowed.

Four clinical cases are presented and discussed: the excision of a cutaneous melanoma of the lower limb with sentinel lymph node biopsy, the excision of a recurrent squamous cell carcinoma of the lower lip with labial reconstruction, a total parotidectomy for malignant neoplasm of the right parotid gland with facial nerve preservation, and two selective left inferior parathyroidectomies in the context of primary hyperparathyroidism.

The experience provided by this internship proved to be of significant formative value, contributing to a broader understanding of hospital clinical practice, medical reasoning and the importance of multidisciplinary teamwork. From the perspective of Dental Medicine training, the internship reinforced awareness of the dentist's role in the early diagnosis of orofacial pathology and in the integration within differentiated healthcare teams.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Tiago Ribeiro pela sua disponibilidade e simpatia como meu orientador, e também pela sua parte em despertar o meu crescente interesse por cirurgia.

Ao Doutor Vítor Valente, por no decorrer do estágio ter-me sempre feito sentir como se fosse seu próprio aluno e também pelos ensinamentos, que certamente levarei para a vida.

Aos meus pais, Carla e João, por terem puxado por mim a minha vida inteira. Por me terem proporcionado tanta felicidade e conforto ao longo deste percurso académico, que nem sempre foi fácil. Pelos filmes, peças de teatro e tanta cultura que me incutiram, fizeram de mim a pessoa que sou hoje e um obrigado não chega.

Ao meu namorado, Gabriel, por estar ao meu lado nos bons e maus momentos, por ser a minha paz e por me fazer sentir verdadeiramente seguro. Obrigado por todas as conversas, por toda a compreensão e por fazeres com que os dias mais difíceis parecessem sempre um pouco mais leves.

Aos meus colegas de curso, Pedro, Tomás, Armando, Paulino, Beatriz e Gonçalo foram muitos anos partilhados nesta instituição, anos que sei que vamos todos levar connosco a vida inteira. Desde as noites de estudo às tardes no Lusco, desde os primeiros dias, perdidos na faculdade, a estes últimos, passados na clínica, o meu coração enche-se de memórias de bons tempos passados e de esperanças para o futuro.

Aos meus amigos, Manuel, Gonçalo e Nuno, por todas as memórias construídas ao longo dos anos e por toda a amizade que nunca dependeu da distância, da hora ou das circunstâncias. Não sei o que a vida nos reserva daqui para a frente, mas espero que os laços que construímos continuem a crescer e que a nossa amizade perdure ao longo de todas as etapas que ainda nos restam pela frente.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
AVDs	Atividades da Vida Diária
BAAF	Biópsia Aspirativa com Agulha Fina
BO	Bloco Operatório
CHUPorto	Centro Hospitalar Universitário do Porto
CICA	Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
FDI	Federação Dentária Internacional
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
HSA	Hospital Santo António
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTH	Paratormona
RM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computorizada

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Descrição	Página
Figura 1	Sala de operações do piso 2 do CICA (sala verde), onde decorreu parte da atividade cirúrgica acompanhada durante o estágio.	14
Figura 2	Material utilizado na exérese do melanoma	18
Figura 3	Marcação pré-operatória das linhas de incisão na região cervicofacial direita, doente com neoplasia maligna da parótida	26

ÍNDICE

RESUMO	2
AGRADECIMENTOS.....	4
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Caracterização da Instituição	9
1.2 Caracterização do Serviço de Cirurgia Extradigestiva	9
1.3. Contextualização do Estágio.....	9
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	11
2.1. Integração no Serviço.....	11
2.2. Atividades em Enfermaria.....	11
2.2.1. Visita Médica.....	11
2.2.2. Comunicação com o Doente.....	12
2.2.3. Observação da evolução clínica.....	12
2.3. Discussão de Casos Clínicos e Aprendizagem com a Equipa	12
3. EXPERIÊNCIA EM BLOCO OPERATÓRIO.....	14
3.1. Procedimentos Cirúrgicos Observados	14
3.2. Vivência em bloco operatório.....	14
4. CASOS CLÍNICOS	16
4.1. Melanoma Cutâneo no Membro Inferior	16
4.2. Carcinoma Espinocelular do Lábio Inferior - Recidiva	21
4.3. Neoplasia Maligna da Parótida Direita.....	25
4.4. Paratiroideomias Inferiores Esquerdas.....	28
4.4.1. Primeira Paratiroideomia.....	29
4.4.2. Segunda Paratiroideomia	30
5. DISCUSSÃO E REFLEXÃO CRÍTICA	33
6. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

A formação em Medicina Dentária integra não só a aquisição de conhecimentos teóricos e de competências técnicas específicas da área da saúde oral, mas também a compreensão da prática clínica no contexto mais alargado dos cuidados de saúde. Neste sentido, a realização de estágios em ambiente hospitalar assume um papel relevante, permitindo o contacto direto com a realidade da prática médica e com a abordagem global ao doente.

O estágio no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Hospital de Santo António insere-se neste contexto formativo, proporcionando a oportunidade de observar e compreender o funcionamento de um serviço cirúrgico, bem como a dinâmica de interação entre diferentes profissionais de saúde. Este contacto permite uma melhor perceção da organização hospitalar, dos circuitos do doente e dos processos de diagnóstico e tratamento em contexto clínico real.

Ao longo do estágio, foi possível acompanhar doentes em diferentes fases do seu percurso clínico, desde a avaliação em enfermaria até à realização de procedimentos cirúrgicos. Esta experiência permitiu compreender a importância da abordagem integrada ao doente, considerando não apenas a patologia em questão, mas também o seu estado geral de saúde e as suas necessidades individuais.

Para além da componente técnica, o estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências transversais, nomeadamente ao nível da comunicação com o doente, da capacidade de observação clínica e da compreensão do raciocínio médico. Estes aspetos são fundamentais na formação de qualquer profissional de saúde, incluindo o médico dentista, cuja prática clínica exige uma abordagem centrada no doente e uma visão abrangente da sua condição de saúde.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, bem como refletir sobre a importância desta experiência na formação académica e profissional, evidenciando os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas ao longo deste período.

1.1 Caracterização da Instituição

O Hospital de Santo António, pólo principal do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, situa-se no centro do Porto e constitui uma das unidades hospitalares de maior referência do norte de Portugal. A instituição desenvolve a sua atividade em três eixos complementares: a prestação de cuidados de saúde diferenciados, a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e a investigação clínica e científica. A articulação entre estas três vertentes confere ao hospital um carácter universitário que se reflecte na dinâmica diária dos serviços, onde a presença de médicos internos, estudantes e investigadores é parte integrante do funcionamento clínico. O serviço de Cirurgia Extradigestiva insere-se neste contexto institucional, beneficiando de uma cultura de ensino ativo que se revelou determinante para o aproveitamento do estágio (1).

1.2 Caracterização do Serviço de Cirurgia Extradigestiva

O Serviço de Cirurgia Extradigestiva constitui a Unidade 2 do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo António, dedicando-se ao diagnóstico e tratamento cirúrgico de patologias que abrangem as glândulas endócrinas, a pele e tecidos moles, as glândulas salivares e a parede abdominal. No âmbito da Medicina Dentária, as áreas de maior interface com este serviço prendem-se com a excisão de carcinomas extra-orais da região labial e perioral, a cirurgia das glândulas salivares e os esvaziamentos ganglionares cervicais.

O corpo clínico é constituído por cirurgiões especialistas em Cirurgia Geral com diferenciação na área extradigestiva, médicos internos em formação e uma equipa de enfermagem dedicada. A enfermaria do serviço, partilhada com o Serviço de Cirurgia Maxilofacial, localiza-se no quinto piso do Hospital de Santo António, enquanto a atividade cirúrgica de ambulatório decorre no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), unidade especializada em cirurgia de regime diário integrada no mesmo centro hospitalar.

1.3. Contextualização do Estágio

A realização de estágios clínicos em contexto hospitalar constitui uma componente relevante na formação de profissionais de saúde, permitindo complementar o ensino teórico

com a observação e contacto direto com a prática clínica. Para o médico dentista, cuja formação se centra predominantemente na área da saúde oral, a exposição a diferentes contextos clínicos hospitalares possibilita uma compreensão mais abrangente do funcionamento dos sistemas de saúde, bem como da abordagem global ao doente.

O estágio no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Hospital de Santo António surge, neste contexto, como uma oportunidade de contacto com a realidade da prática médica hospitalar, permitindo observar a dinâmica de funcionamento de um serviço cirúrgico, a interação entre diferentes profissionais de saúde e os processos de avaliação, diagnóstico e tratamento de diversas patologias. Esta experiência contribui para o desenvolvimento de competências clínicas e comunicacionais, fundamentais para qualquer profissional de saúde.

Para além disso, o contacto com doentes em contexto de internamento e a participação nas visitas médicas à enfermaria permitem compreender melhor a importância da abordagem centrada no doente, da comunicação clara e da tomada de decisões clínicas fundamentadas. Estes aspetos são particularmente relevantes para o médico dentista, cuja prática clínica exige não apenas competências técnicas, mas também uma compreensão abrangente da condição geral de saúde do paciente (2, 3).

Deste modo, o estágio hospitalar representa uma oportunidade de enriquecimento formativo, promovendo uma visão mais integrada da medicina e reforçando a importância da colaboração interdisciplinar na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. Integração no Serviço

O período inicial do estágio foi dedicado à integração no serviço e ao acompanhamento da equipa médica nas atividades diárias. Desde o primeiro contacto com a enfermaria, ficou evidente a complexidade da organização hospitalar e a diversidade de funções desempenhadas pelos diferentes profissionais de saúde. A observação desta dinâmica foi, por si só, uma aprendizagem relevante, permitindo compreender como um serviço cirúrgico funciona de forma coordenada e como as decisões clínicas são tomadas e comunicadas ao longo do dia.

A equipa demonstrou-se recetiva à minha presença desde o início, criando condições para uma integração progressiva e para a participação nas rotinas do serviço. Este acolhimento foi determinante para superar a desorientação natural dos primeiros dias e para transformar a observação passiva numa participação cada vez mais ativa e consciente.

2.2. Atividades em Enfermaria

A enfermaria proporcionou o contacto mais continuado com os doentes ao longo do estágio, permitindo acompanhar o percurso clínico de vários casos desde o período pré-operatório até à alta hospitalar. Este acompanhamento longitudinal revelou-se particularmente valioso, pois permitiu observar não apenas os momentos de intervenção médica, mas também a evolução diária do estado do doente e a forma como a equipa adaptava as decisões terapêuticas a essa evolução.

2.2.1. Visita Médica

A participação nas visitas médicas diárias foi uma das componentes mais estruturantes do estágio em enfermaria. Durante estas visitas, a equipa avaliava sistematicamente cada doente, revendo o quadro clínico, analisando os resultados dos exames entretanto realizados e definindo ou ajustando o plano terapêutico. A observação deste processo permitiu compreender como o raciocínio clínico se constrói a partir da integração de

múltiplas fontes de informação e como as decisões são comunicadas de forma clara e hierarquizada dentro da equipa. Nos momentos de passagem de turno e de reunião clínica, tornou-se evidente a importância do registo rigoroso e da partilha de informação entre todos os elementos do serviço.

2.2.2. Comunicação com o Doente

Para além da componente técnica e de raciocínio clínico, o contacto directo com os doentes internados constituiu uma aprendizagem de natureza diferente, centrada na dimensão humana da prática médica. Foi possível observar como profissionais experientes adaptam a sua linguagem e postura consoante o perfil de cada doente, gerindo com naturalidade situações de ansiedade, incompreensão ou resistência. A escuta ativa e a clareza na transmissão de informação revelaram-se tão determinantes para o bem-estar do doente como qualquer intervenção técnica, uma percepção que se aprofundou ao longo do estágio e que tem aplicação directa na prática da Medicina Dentária.

2.2.3. Observação da evolução clínica

O acompanhamento dos doentes ao longo de várias semanas permitiu observar a evolução clínica de diferentes situações cirúrgicas, compreendendo as variações esperadas no período pós-operatório e reconhecendo os sinais que podem indicar complicações. A análise comparativa entre casos com evoluções distintas contribuiu para o desenvolvimento de uma capacidade de observação mais crítica e informada, integrando os dados clínicos observados com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação académica.

2.3. Discussão de Casos Clínicos e Aprendizagem com a Equipa

A discussão de casos com a equipa médica surgiu muitas vezes de forma espontânea no decorrer das visitas ou entre cirurgias, o que lhe conferiu um carácter natural e contextualizado. Os médicos especialistas e os internos partilhavam frequentemente o raciocínio por detrás das suas decisões, explicando não apenas o que faziam mas o porquê,

e abrindo espaço para questões. Este ambiente de aprendizagem informal foi, em muitos momentos, tão formativo quanto a observação dos procedimentos em si, pois permitiu aceder a uma camada de conhecimento que raramente está contida nos manuais: a gestão da incerteza, a ponderação de alternativas e a adaptação das decisões às particularidades de cada doente.

3. EXPERIÊNCIA EM BLOCO OPERATÓRIO

3.1. Procedimentos Cirúrgicos Observados

Ao longo do estágio, foi possível assistir e participar em procedimentos cirúrgicos de diversas áreas, tanto em bloco operatório convencional como em regime de cirurgia de ambulatório.

Os quatro casos com maior relevância formativa são descritos em detalhe no Capítulo 4, onde se apresenta o contexto clínico de cada doente, o protocolo cirúrgico seguido e a pertinência de cada caso para a formação em Medicina Dentária. A diversidade das intervenções acompanhadas permitiu o contacto com princípios cirúrgicos distintos, desde a oncologia cutânea e a cirurgia reconstrutiva até à cirurgia endócrina e à cirurgia das glândulas salivares, proporcionando uma visão abrangente do espectro de atividade do Serviço de Cirurgia Extradigestiva.

3.2. Vivência em bloco operatório

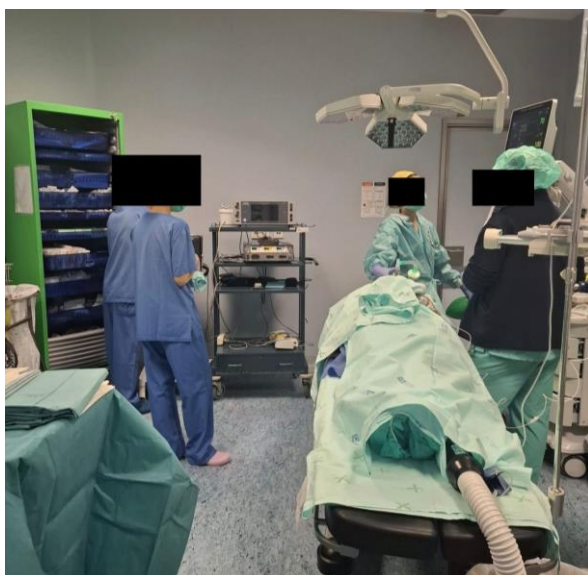


Figura 1 - Sala de operações do piso 2 do CICA (sala verde), onde decorreu parte da atividade cirúrgica acompanhada durante o estágio.

A experiência em bloco operatório desenrolou-se em dois contextos distintos: o bloco do Hospital de Santo António, onde decorreram as intervenções de maior complexidade que

implicaram internamento, e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), destinado à cirurgia em regime de dia. Em ambos os locais, a equipa era constituída por dois cirurgiões, um médico anestesta e dois enfermeiros (instrumentista e circulante), sendo a presença de médicos internos e estudantes parte habitual da dinâmica de ensino do serviço. O cumprimento rigoroso dos protocolos de antissepsia cirúrgica, a preparação meticulosa do material esterilizado e a verificação dos dados do doente antes da indução anestésica constituíam etapas sistemáticas em todos os procedimentos.

A minha participação direta no campo operatório, segurando afastadores, cortando suturas e auxiliando na irrigação, foi possível na grande maioria das cirurgias acompanhadas, o que distinguiu esta experiência de uma observação meramente passiva. Do ponto de vista da formação em Medicina Dentária, o contacto com procedimentos realizados na região cervicofacial reforçou a importância de um conhecimento anatómico sólido e aprofundado dessa região, essencial para a prática clínica. A observação de princípios de cirurgia oncológica, tais como a relevância das margens de segurança, a avaliação ganglionar e a articulação entre especialidades, contribuiu para uma compreensão mais crítica do papel do médico dentista no diagnóstico precoce de lesões malignas com expressão orofacial e na referenciação atempada ao cirurgião.

4. CASOS CLÍNICOS

4.1. Melanoma Cutâneo no Membro Inferior

Identificação

Doente	M.X.X.
Idade	~60 anos
Género	Feminino
Etnia	Caucasiana
Profissão	Educadora
Autonomia	Autónoma para as Atividades da Vida Diária (AVDs)
Dados antropométricos	Obesidade grau II (IMC estimado >35 kg/m ²)

Antecedentes Pessoais e Medicação Habitual

A doente não apresentava antecedentes pessoais documentados relevantes para o procedimento cirúrgico, nem alergias medicamentosas conhecidas. A obesidade constituiu o principal fator de risco a considerar no planeamento cirúrgico e anestésico, nomeadamente no que diz respeito à cicatrização e à mobilização dos tecidos adjacentes.

História da Doença Atual

A doente foi referenciada ao Serviço de Cirurgia Extradigestiva por lesão pigmentada de crescimento progressivo, localizada na face anterior da perna esquerda, abaixo do joelho, com características clínicas suspeitas de malignidade. Tratava-se de uma lesão primária, sem evidência de recidiva ou antecedentes de patologia melanocítica prévia. Após avaliação clínica e confirmação histológica por biópsia excisional prévia, foi estabelecido o diagnóstico de melanoma cutâneo e proposta intervenção cirúrgica com exérese alargada e técnica do gânglio sentinela.

Exames Complementares de Diagnóstico

O estudo pré-operatório incluiu, de acordo com o protocolo clínico instituído para doentes com melanoma cutâneo, biópsia excisional com confirmação histológica da lesão primária, bem como imagiologia complementar para estadiamento locorregional e sistémico, com exclusão de doença metastática à distância. A avaliação ganglionar clínica não revelou adenopatias inguinais palpáveis sugestivas de envolvimento metastático.

Diagnóstico

Melanoma cutâneo primário da perna esquerda, sem evidência clínica de metastização ganglionar ou sistémica à data da intervenção, proposto para exérese alargada com margens de segurança de 2 cm e biópsia do gânglio sentinela ao nível da região inguinal ipsilateral, cujos objetivos, riscos e morbilidade perioperatória a doente compreendeu e aceitou.

Nota teórica: O melanoma cutâneo é uma neoplasia maligna com origem nos melanócitos, responsável pela maioria das mortes associadas ao cancro da pele, apesar de representar apenas uma minoria dos tumores cutâneos. Os principais fatores de risco incluem a exposição solar intensa e intermitente, características fenotípicas como pele clara, presença de múltiplos nevus melanocíticos e história familiar positiva. O diagnóstico clínico baseia-se nos critérios da regra ABCDE (Assimetria, Bordos irregulares, Cor heterogénea, Diâmetro superior a 6 mm e Evolução), devendo ser confirmado por exame histopatológico. O estadiamento é determinado pela espessura tumoral (índice de Breslow), nível de invasão dérmica (classificação de Clark), presença de ulceração e envolvimento ganglionar, sendo determinante para o planeamento terapêutico e para o prognóstico (4).

Tratamento

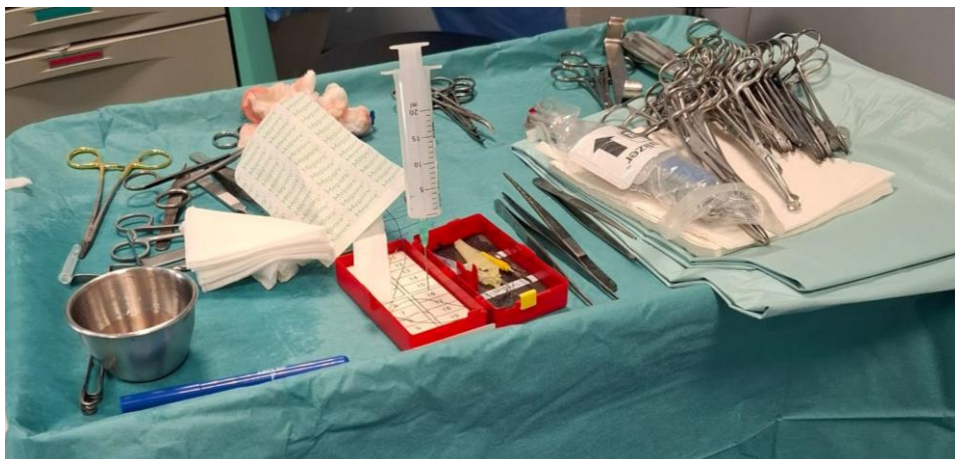


Figura 2 – Material utilizado na exérese do melanoma

De acordo com a observação da mesa cirúrgica e com o protocolo habitual para este tipo de procedimento, o material utilizado incluiu:

- Campos cirúrgicos estéreis
- Compressas estéreis
- Bisturi com lâmina nº15
- Pinça de dissecação com dente
- Pinça de dissecação sem dente
- Tesoura de dissecação (Metzenbaum)
- Tesoura de fios
- Pinças hemostáticas (tipo Kelly e/ou Crile)
- Porta-agulhas
- Afastadores manuais (tipo Farabeuf)
- Eletrobisturi monopolar
- Eletrobisturi bipolar
- Sistema de aspiração cirúrgica (cânula + tubo)
- Soro fisiológico para irrigação
- Seringa para infiltração anestésica
- Anestésico local de longa duração
- Fios de sutura reabsorvíveis (para plano subcutâneo)
- Fios de sutura intradérmica (monofilamentar reabsorvível)

- Azul de metileno para técnica do gânglio sentinela
- Sonda gama para localização do gânglio sentinela
- Recipientes com formol para colheita de peças cirúrgicas

O procedimento decorreu em bloco operatório, sob anestesia local, com colocação de campo cirúrgico de forma a garantir a assepsia do local e a preservar o conforto e privacidade da doente durante a intervenção. A equipa cirúrgica foi constituída por dois cirurgiões, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro circulante, com monitorização contínua dos parâmetros vitais ao longo do procedimento.

Exérese da lesão primária: Após marcação prévia das margens de segurança de 2 cm em relação à lesão primária (valor recomendado para melanomas com espessura de Breslow superior a 2 mm), procedeu-se à incisão cutânea com bisturi e à excisão da lesão em bloco, respeitando os planos anatómicos e incluindo o tecido celular subcutâneo subjacente. A peça cirúrgica foi devidamente identificada e enviada para análise anatomopatológica em meio de fixação com formol tamponado. Dada a dimensão do defeito resultante da exérese alargada, foi necessária a mobilização adicional de tecidos adjacentes para permitir o encerramento da ferida cirúrgica sem tensão excessiva, recorrendo à dissecação dos planos superficiais. O encerramento foi realizado por planos, com sutura da gordura subcutânea e sutura intradérmica contínua com fio reabsorvível na camada cutânea, de forma a minimizar o impacto estético e a tensão na linha de sutura.

Técnica do gânglio sentinela: Paralelamente, foi realizada a biópsia do gânglio sentinela, com o objetivo de avaliar o estadiamento ganglionar e orientar decisões terapêuticas subsequentes. Procedeu-se à injeção perilesional de azul de metileno, que, ao migrar pelos linfáticos aferentes, permitiu a identificação do trajeto de drenagem linfática. Com recurso a sonda gama, foi possível localizar o gânglio sentinela ao nível da região inguinal esquerda, procedendo-se à sua excisão após incisão cirúrgica local e dissecação dos planos. O gânglio foi enviado separadamente para análise histológica posterior e definitiva.

Após a excisão da lesão primária e do gânglio sentinela, procedeu-se à revisão hemostática cuidadosa de ambos os campos cirúrgicos. Realizou-se ainda infiltração local de anestésico

de longa duração para controlo da dor no período pós-operatório imediato, seguida de penso compressivo adequado.

Nota teórica: A técnica do gânglio sentinela constitui o procedimento de estadiamento ganglionar de eleição no melanoma cutâneo, uma vez que o estado histológico do gânglio sentinela representa um dos principais fatores prognósticos independentes nesta neoplasia (5). A presença de metástases ganglionares implica a realização de linfadenectomia regional e condiciona o planeamento de terapêuticas adjuvantes, incluindo imunoterapia com inibidores de *checkpoints* imunológicos ou terapia-alvo com inibidores de BRAF/MEK, nos casos com mutação identificada (6).

Pós-Operatório

O protocolo pós-operatório incluiu:

- Analgesia com paracetamol 1000 mg de 8/8h, com associação de anti-inflamatório não esteroide em caso de dor residual
- Antibioterapia profilática conforme protocolo institucional
- Cuidados de penso no centro de saúde da área de residência, com troca bissemanal
- Instruções escritas de alta com sinais de alarme e recomendação de repouso relativo do membro

A doente permaneceu internada no período pós-operatório imediato durante 24 horas adicionais, dada a complexidade do procedimento e o contexto clínico de obesidade, que constitui um fator de risco para complicações da ferida operatória, como deiscência e infeção. Foi dada alta médica no dia seguinte à intervenção, com orientação para consulta externa de seguimento para avaliação do resultado histológico definitivo e vigilância oncológica.

Evolução

À data da alta, a doente apresentava-se clinicamente estável, sem queixas álgicas significativas, apirética e hemodinamicamente estável, com ferida operatória sem sinais

inflamatórios. Foi orientada para consulta externa, onde seriam discutidos os resultados histológicos definitivos da peça cirúrgica e do gânglio sentinela, determinantes para a definição de tratamento complementar e protocolo de vigilância.

Relevância para a Formação em Medicina Dentária

A observação deste caso clínico revelou-se particularmente pertinente no contexto da formação em Medicina Dentária. O médico dentista ocupa uma posição privilegiada no diagnóstico precoce de lesões pigmentadas potencialmente malignas, uma vez que a cavidade oral, os lábios e as mucosas periorais podem ser sede de melanomas primários, cuja identificação precoce é determinante para o prognóstico (16). A aplicação sistemática dos critérios ABCDE no exame clínico de lesões pigmentadas, bem como o conhecimento dos princípios cirúrgicos oncológicos (nomeadamente a exérese com margens de segurança adequadas e a avaliação ganglionar), constituem competências transversais essenciais a qualquer profissional de saúde que contacte regularmente com a região orofacial e cervical.

4.2. Carcinoma Espinocelular do Lábio Inferior - Recidiva

Identificação

Doente	M.X.X.
Idade	~50 anos
Género	Feminino
Etnia	Caucasiana
Autonomia	Autónoma para as Atividades da Vida Diária (AVDs)

Antecedentes Pessoais e Medicação Habitual

A doente apresentava como antecedente cirúrgico relevante a realização prévia de exérese de carcinoma espinocelular do lábio inferior, constituindo o presente caso uma recidiva local da neoplasia. Não foram documentados outros antecedentes pessoais de relevo nem alergias medicamentosas conhecidas.

História da Doença Atual

A doente foi referenciada ao Serviço de Cirurgia Extradigestiva por recidiva de carcinoma espinocelular do lábio inferior, com crescimento progressivo na zona previamente intervencionada. Tratava-se de uma doente com antecedente de exérese cirúrgica da mesma lesão, sendo a recidiva local uma das complicações mais frequentes nesta patologia, particularmente quando as margens cirúrgicas da primeira intervenção se revelam insuficientes ou quando fatores de risco persistentes, como a exposição solar crónica, favorecem o reaparecimento da lesão.

Nota teórica: O carcinoma espinocelular, também designado carcinoma de células escamosas, é a neoplasia maligna mais frequente do lábio, com particular incidência no lábio inferior, região sujeita a maior exposição actínica cumulativa (7). A sua relevância no âmbito da Medicina Dentária é significativa, uma vez que o médico dentista é frequentemente o primeiro profissional de saúde a contactar com lesões suspeitas da região oral e perioral. O risco de recidiva local após excisão cirúrgica varia entre 10% e 30% (8), sendo determinado pela extensão da lesão, profundidade de invasão, estado das margens cirúrgicas e presença de invasão perineural ou vascular. A recidiva implica habitualmente uma abordagem cirúrgica mais alargada e tecnicamente mais exigente do que a intervenção primária, dada a distorção anatómica resultante da cicatriz prévia.

Exames Complementares de Diagnóstico

O estudo pré-operatório incluiu confirmação histológica da recidiva por biópsia incisional, bem como imagiologia complementar para avaliação da extensão local e exclusão de envolvimento ganglionar regional ou doença à distância, de acordo com o protocolo institucional para neoplasias malignas da região orofacial.

Diagnóstico

Recidiva de carcinoma espinocelular do lábio inferior, proposta para exérese cirúrgica alargada com reconstrução labial, cujos objetivos, riscos e morbilidade perioperatória a doente compreendeu e aceitou.

Tratamento

O procedimento decorreu no bloco operatório do Hospital de Santo António, sob anestesia geral. Após indução anestésica e posicionamento da doente em decúbito dorsal com extensão cervical ligeira, procedeu-se à antissepsia do campo operatório com solução de iodopovidona e colocação de campos cirúrgicos.

A cirurgia principal procedeu à marcação prévia das incisões, desenhando uma incisão em cunha de configuração em V centrada na lesão do lábio inferior, com margens de segurança adequadas relativamente aos limites macroscópicos da recidiva. A incisão em cunha, ou wedge resection, permite a remoção de toda a espessura do lábio na zona afetada, incluindo mucosa, músculo orbicular e pele, garantindo margens livres de neoplasia em toda a profundidade da peça cirúrgica.

Após a excisão da peça em bloco, que foi devidamente identificada, orientada e enviada para exame anatomopatológico em meio de fixação com formol tamponado, procedeu-se à reconstrução do lábio inferior. Dado o defeito resultante da exérese alargada, foi necessária a mobilização de tecidos adjacentes do lábio superior para permitir o encerramento sem tensão e com preservação da função e estética labial. A reconstrução labial envolveu a aproximação e sutura por planos dos tecidos mobilizados de ambos os lábios, restabelecendo a continuidade da mucosa, do plano muscular e da pele de forma fisiologicamente adequada. O encerramento foi realizado com fio reabsorvível nos planos profundos e fio não reabsorvível na pele, com particular cuidado na reconstituição da linha do vermelhão, determinante para o resultado estético final.

Nota teórica: A reconstrução do lábio inferior após excisão oncológica constitui um dos desafios cirúrgicos mais exigentes da região orofacial, pela necessidade de conciliar a radicalidade oncológica com a preservação funcional e estética. A escolha da técnica

reconstrutiva depende da extensão do defeito resultante: defeitos até um terço do comprimento labial admitem encerramento primário; defeitos mais extensos requerem retalhos de transposição ou avanço, eventualmente com recurso a tecidos do lábio superior ou das bochechas, como os retalhos de Karapandzic ou de Abbe-Estlander (9). A preservação da competência oral e da mobilidade labial são os principais objetivos funcionais, enquanto a reconstituição da linha do vermelhão e a simetria facial constituem os objetivos estéticos prioritários.

Pós-Operatório

O protocolo pós-operatório incluiu analgesia escalonada, antibioterapia profilática, cuidados de penso e instruções escritas de alta com sinais de alarme e data de remoção do material de sutura. A doente foi orientada para consulta externa de seguimento para avaliação do resultado histológico definitivo, determinante para a decisão sobre a necessidade de tratamento adjuvante e para a definição do protocolo de vigilância oncológica.

Relevância para a Formação em Medicina Dentária

Este caso clínico revestiu-se de particular pertinência no âmbito da formação em Medicina Dentária. O lábio e a mucosa oral são localizações privilegiadas para o desenvolvimento de carcinomas espinocelulares, e o médico dentista, pelo contacto regular e sistemático com esta região, ocupa uma posição única no diagnóstico precoce destas lesões. A observação da complexidade técnica inerente à reconstrução labial após exérese oncológica reforça a importância de uma referenciação atempada, uma vez que lesões diagnosticadas em fases mais precoces permitem exéreses de menor extensão e reconstruções funcionalmente menos comprometedoras.

4.3. Neoplasia Maligna da Parótida Direita

Identificação

Doente	M.X.X.
Idade	~50 anos
Género	Feminino
Etnia	Caucasiana
Autonomia	Autónoma para as Atividades da Vida Diária (AVDs)

Antecedentes Pessoais e Medicação Habitual

Não foram documentados antecedentes pessoais de relevo nem alergias medicamentosas conhecidas com repercussão directa no planeamento cirúrgico.

História da Doença Atual

A doente foi referenciada ao Serviço de Cirurgia Extradigestiva por neoformação na glândula parótida direita com crescimento progressivo, de características clínicas e imagiológicas sugestivas de malignidade. O quadro clínico incluía uma massa palpável na região parotídea direita, sem paralisia facial associada à apresentação, o que orientava para uma neoplasia ainda sem invasão perineural macroscópica do nervo facial à data da intervenção.

Nota teórica: As neoplasias malignas da glândula parótida representam cerca de 20% a 25% de todos os tumores parotídeos (10). Entre as variantes histológicas mais frequentes destacam-se o carcinoma mucoepidermoide, o carcinoma adenoide cístico e o carcinoma de células acinosas, cada um com comportamento biológico, prognóstico e abordagem terapêutica distintos. O diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas é frequentemente difícil na avaliação clínica isolada, dependendo dos resultados da biópsia aspirativa com agulha fina e da imagiologia por ressonância magnética (12). A presença de paralisia facial, crescimento rápido, fixação aos planos profundos e adenopatias cervicais associadas constituem critérios de suspeição de malignidade.

Exames Complementares de Diagnóstico

O estudo pré-operatório incluiu ressonância magnética cervical para caracterização da extensão tumoral e avaliação das relações anatómicas com o nervo facial e estruturas vasculares adjacentes, bem como biópsia aspirativa com agulha fina para orientação diagnóstica pré-operatória. O estudo imagiológico permitiu planejar a abordagem cirúrgica com base no grau de envolvimento dos lobos superficial e profundo da glândula.

Diagnóstico

Neoplasia maligna da glândula parótida direita, proposta para parotidectomia total com preservação do nervo facial, cujos objetivos, riscos e morbilidade perioperatória a doente compreendeu e aceitou.

Tratamento

O procedimento decorreu no bloco operatório do Hospital de Santo António, sob anestesia geral balanceada com intubação endotraqueal. Após indução anestésica, posicionamento da doente em decúbito dorsal com rotação contralateral da cabeça e antisepsia do campo operatório com solução de iodopovidona, procedeu-se à colocação dos campos cirúrgicos.



Figura 3 - Marcação pré-operatória das linhas de incisão na região cervicofacial direita, previamente à abordagem cirúrgica da parótida.

Foi realizada incisão pré-auricular de Blair, prolongada inferiormente para a região submandibular, com descolamento de retalhos cutâneos e identificação dos planos anatómicos relevantes. A abordagem cirúrgica de uma parotidectomia total implica a remoção de ambos os lobos da glândula, superficial e profundo, pelo que a identificação e

preservação do nervo facial assume uma importância crítica e constitui o maior desafio técnico deste procedimento.

O nervo facial foi identificado ao nível do forame estilomastoideo, ponto de emergência do tronco principal, procedendo-se à sua dissecação meticulosa ao longo de todas as ramificações, nomeadamente os ramos temporal, zigomático, bucal, marginal da mandíbula e cervical. Durante toda a dissecação, foram respeitadas margens de segurança adequadas em relação à lesão neoplásica, equilibrando a radicalidade oncológica com a preservação funcional do nervo. O bisturi eléctrico bipolar foi utilizado de forma selectiva nas proximidades do nervo facial, minimizando o risco de lesão térmica. A peça cirúrgica, incluindo a totalidade da glândula parótida direita e a lesão neoplásica, foi excisada em bloco, devidamente orientada e enviada para análise anatomopatológica em formol tamponado.

Após remoção da peça, foi colocado dreno aspirativo e procedeu-se ao encerramento por planos com sutura intradérmica contínua com fio reabsorvível, de forma a otimizar o resultado estético da cicatriz.

Nota teórica: A parotidectomia total com preservação do nervo facial representa o procedimento cirúrgico de eleição nas neoplasias malignas parotídeas sem evidência de invasão perineural macroscópica. A preservação do nervo facial é tecnicamente exigente, dada a sua trajectória intraglandular e a variabilidade das ramificações individuais, mas é fundamental para evitar as consequências devastadoras da paralisia facial permanente, que incluem lagoftalmia com risco de úlcera da córnea, assimetria facial grave e compromisso funcional da mastigação e da expressão facial. O sacrifício cirúrgico do nervo facial reserva-se aos casos em que existe invasão tumoral directa demonstrada, sendo nesses casos necessária a reconstrução nervosa imediata por enxerto ou anastomose (11).

Pós-Operatório

O protocolo pós-operatório incluiu antibioterapia profilática, analgesia, vigilância do dreno aspirativo e avaliação clínica da função do nervo facial no período pós-operatório imediato. A doente foi orientada para consulta externa de seguimento para avaliação do resultado

histológico definitivo, com determinação das margens cirúrgicas e do grau histológico tumoral, determinantes para a decisão sobre radioterapia adjuvante.

Relevância para a Formação em Medicina Dentária

A observação deste caso clínico permitiu consolidar conhecimentos de anatomia cirúrgica da região parotídea, de particular relevância para a prática da Medicina Dentária. O nervo facial, cuja preservação constitui o eixo central desta cirurgia, é uma estrutura que o médico dentista deve conhecer com profundidade, tanto pela sua proximidade com os campos cirúrgicos orais e periorais, como pela necessidade de reconhecer e referenciar sinais precoces de disfunção facial que possam indiciar patologia neoplásica subjacente. Adicionalmente, a glândula parótida e o seu ducto excretor, o canal de Stensen, têm relações anatómicas diretas com estruturas trabalhadas diariamente na prática odontológica, tornando o conhecimento da sua patologia cirúrgica indispensável.

4.4. Paratiroidectomias Inferiores Esquerdas

Nota Introdutória

No mesmo dia operatório foram realizadas duas paratiroidectomias da paratiróide inferior esquerda em dois contextos clínicos distintos, o que proporcionou uma oportunidade comparativa de excepcional valor formativo, permitindo observar como a mesma patologia pode apresentar características morfológicas e intraoperatórias substancialmente diferentes.

Nota teórica: As glândulas paratiroides são quatro pequenas glândulas endócrinas, habitualmente localizadas na face posterior da glândula tiroide, responsáveis pela síntese e secreção de paratormona, hormona fundamental na regulação do metabolismo do cálcio e do fósforo. O adenoma da paratiróide, tumor benigno com hipersecreção autónoma de paratormona, é a causa mais frequente de hiperparatiroidismo primário, respondendo por cerca de 80% a 85% dos casos (14). O hiperparatiroidismo primário manifesta-se clinicamente por hipercalcémia, com repercussões sobre múltiplos sistemas orgânicos, incluindo nefrolitíase, osteoporose, sintomas neuromusculares e alterações

gastrointestinais. O tratamento de eleição é a paratiroidectomia cirúrgica (13), com identificação e excisão selectiva da glândula afectada, preservando as restantes paratiroides saudáveis.

4.4.1. Primeira Paratiroidectomia

Identificação

Doente	M.X.X.
Idade	~60 anos
Género	Feminino
Etnia	Caucasiana
Autonomia	Autónoma para as Atividades da Vida Diária (AVDs)

Antecedentes Pessoais e Medicação Habitual

Não foram documentados antecedentes pessoais de relevo adicionais ao diagnóstico que motivou a intervenção, nem alergias medicamentosas conhecidas.

Diagnóstico

Hiperparatiroidismo primário por adenoma da paratiroide inferior esquerda, proposta para paratiroidectomia selectiva, cujos objetivos, riscos e morbilidade perioperatória a doente compreendeu e aceitou.

Tratamento

O procedimento decorreu sob anestesia geral balanceada com intubação endotraqueal. Após indução anestésica, a doente foi posicionada em decúbito dorsal com extensão cervical e antisepsia do campo com iodopovidona.

Foi realizada incisão cervical transversa na linha de Langer, com acesso aos planos profundos do pescoço através da linha alba cervical e descolamento dos músculos pré-tiroideus. Após exposição da face posterior da glândula tiroide, procedeu-se à identificação das glândulas paratiroides. Neste caso, a paratiróide inferior esquerda apresentava um aspecto quístico, com coloração e textura distintas das estruturas adjacentes, o que tornou a sua identificação intraoperatória particularmente desafiante. A aparência quística pode simular outras estruturas da região cervical posterior, como nódulos tiroideus ou gânglios linfáticos, exigindo do cirurgião uma dissecção meticulosa e um reconhecimento anatómico preciso.

Após a identificação inequívoca da glândula afectada, procedeu-se à sua excisão com ligação dos pedículos vasculares. O cirurgião procedeu igualmente à identificação e observação da paratiroide superior esquerda, confirmando o seu aspecto morfológico preservado e a ausência de alterações sugestivas de patologia associada, garantindo assim a preservação da função endócrina remanescente. A peça excisada foi enviada para exame anatomopatológico extemporâneo, que confirmou tratar-se de tecido paratiroideo.

4.4.2. Segunda Paratiroidectomia

Identificação

Doente	M.X.X.
Idade	~40 anos
Género	Feminino
Etnia	Caucasiana
Autonomia	Autónoma para as Atividades da Vida Diária (AVDs)

Diagnóstico

Hiperparatiroidismo primário por adenoma da paratiroide inferior esquerda, proposta para paratiroidectomia selectiva.

Tratamento

O procedimento decorreu sob os mesmos protocolos anestésicos e de antisepsia da cirurgia anterior. A abordagem cirúrgica seguiu os mesmos princípios técnicos, com acesso cervical anterior e exposição das estruturas da face posterior da glândula tiroide.

Neste caso, a paratiróide inferior esquerda apresentava um aspecto morfológico habitual, sem as características quísticas observadas na doente anterior, o que facilitou substancialmente a sua identificação intraoperatória. A glândula apresentava volume aumentado em relação ao esperado, com coloração acastanhada característica do adenoma, distinguindo-se claramente das restantes paratiroides e do tecido adiposo adjacente. Procedeu-se à sua excisão com ligação dos pedículos vasculares e confirmação histológica extemporânea. À semelhança do procedimento anterior, o cirurgião procedeu à identificação e verificação do aspecto da paratiroide superior esquerda, confirmando a sua integridade morfológica e funcional.

Comparação entre os Dois Casos

A observação sequencial destas duas paratiroidectomias no mesmo dia operatório revelou-se de excepcional valor formativo, ao permitir constatar como a mesma entidade patológica pode apresentar características intraoperatórias substancialmente distintas. A natureza quística da primeira lesão, contrastando com o aspecto adenomatoso clássico da segunda, ilustrou de forma prática que o reconhecimento anatómico das paratiroides em contexto cirúrgico exige não apenas conhecimento teórico, mas também experiência na interpretação das variações morfológicas com que o cirurgião se pode deparar. Esta variabilidade é, aliás, uma das razões pelas quais a paratiroidectomia, apesar de tecnicamente menos complexa do que outras cirurgias endócrinas cervicais, continua a representar um desafio para cirurgiões menos experientes.

Pós-Operatório

Em ambos os casos, o protocolo pós-operatório incluiu a monitorização da concentração de cálcio no sangue nas primeiras horas após a cirurgia dado o risco de hipocalcémia transitória resultante da supressão funcional das restantes paratiroides, analgesia adequada e vigilância da ferida operatória. As doentes foram orientadas para consulta externa de seguimento com avaliação analítica e clínica.

Relevância para a Formação em Medicina Dentária

O hiperparatiroidismo primário tem manifestações relevantes no âmbito da Medicina Dentária, nomeadamente a nível ósseo maxilofacial. A elevação crónica da paratormona induz reabsorção óssea generalizada, com possível repercussão sobre o osso alveolar, e pode associar-se a lesões de células gigantes dos maxilares, classicamente designadas por tumor castanho do hiperparatiroidismo (15), que entram no diagnóstico diferencial de lesões radiolúcidas dos maxilares. O conhecimento desta associação é fundamental para que o médico dentista possa integrar achados radiológicos suspeitos no contexto clínico global do paciente e proceder a uma referenciação adequada.

5. DISCUSSÃO E REFLEXÃO CRÍTICA

A realização deste estágio no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Hospital de Santo António constituiu, indubitavelmente, uma das experiências mais marcantes do meu percurso académico até à data. O contacto com um ambiente hospitalar de referência, de grande dimensão e complexidade organizacional, representou um desafio pessoal significativo, mas simultaneamente uma oportunidade de crescimento que dificilmente seria proporcionada no contexto exclusivamente universitário.

A integração inicial no serviço revelou-se exigente. O Centro Hospitalar Universitário do Porto é uma instituição de grande dimensão, composta por múltiplos pólos e serviços, e a navegação entre os diferentes espaços, desde a enfermaria ao bloco operatório e às diversas áreas de apoio clínico, não foi imediata nem intuitiva. Nos primeiros dias, a sensação de desorientação e de não pertença foi difícil de gerir, e seria desonesto omiti-lo numa reflexão desta natureza. Este sentimento foi progressivamente atenuado pela postura acolhedora de toda a equipa médica e de enfermagem, que desde cedo demonstrou disponibilidade para orientar, explicar e integrar. O papel dos médicos internos foi, neste aspeto, particularmente relevante: a proximidade etária e a memória recente da própria condição de estudante tornavam a comunicação mais natural e a partilha de conhecimento mais fluida. O Dr. Vítor Valente, responsável pelo serviço, destacou-se igualmente pela sua disponibilidade e pela forma como, mesmo no contexto de um serviço de elevada exigência, encontrava espaço para transmitir conhecimento e promover a participação ativa dos estagiários.

O momento que mais me perdurou na memória ao longo de todo o estágio não foi um procedimento cirúrgico de elevada complexidade técnica, mas uma interação humana na enfermaria. Uma das doentes internadas apresentava apenas dois dentes em boca, com queixas álgicas associadas, o que limitava significativamente a sua capacidade de comunicação e, consequentemente, o seu bem-estar durante o internamento. Ao tomar conhecimento desta situação, foi estabelecido contacto com o Serviço de Estomatologia, que procedeu às exodontias indicadas. Na semana seguinte, a doente apresentava visivelmente um humor mais favorável e comunicava com maior facilidade e conforto. Este episódio ilustra de forma concreta a importância da saúde oral no contexto da saúde geral

e do bem-estar do doente hospitalizado (2, 3); um princípio frequentemente enunciado na formação teórica, mas que raramente se torna tão palpável como neste momento. Reforçou, também, a consciência do papel que o médico dentista pode desempenhar no seio de uma equipa multidisciplinar hospitalar, ainda que de forma discreta e complementar.

No que respeita à experiência em bloco operatório, esta constituiu a componente do estágio com maior impacto do ponto de vista formativo e vocacional. Tratar-se da primeira experiência em bloco operatório hospitalar implicou um período de adaptação que envolveu não apenas a apreensão dos protocolos de assepsia e das dinâmicas da equipa cirúrgica, mas também uma adaptação de ordem emocional e psicológica. A entrada num bloco operatório em contexto real, com toda a sua complexidade técnica e o peso da responsabilidade inerente a cada procedimento, revelou-se uma experiência de natureza singular. A observação da equipa cirúrgica a trabalhar em plena coordenação, cada elemento com uma função específica e indispensável, transmitiu de forma inequívoca que o sucesso de um procedimento cirúrgico é sempre um resultado colectivo, dependente da competência e da articulação de todos os intervenientes.

A participação ativa foi possível na grande maioria das cirurgias assistidas. Pelo facto de frequentemente ser o único ou um dos poucos estudantes presentes, a equipa prontificava-se a proporcionar envolvimento directo no campo operatório, nomeadamente na manutenção de afastadores e no corte de suturas, o que tornou a experiência substancialmente mais enriquecedora. Mesmo quando outros estudantes se encontravam presentes, a equipa médica fazia um esforço visível para que todos tivessem acesso à visualização dos procedimentos e participassem de alguma forma. Este ambiente de ensino ativo, em que o bloco operatório funciona também como espaço de formação, é uma característica valiosa de um hospital universitário e foi sentida com clareza ao longo do estágio.

A comparação com a prática cirúrgica realizada na clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto é academicamente pertinente e inevitável. A experiência clínica universitária já inclui a realização de atos cirúrgicos orais, nomeadamente exodontias e cirurgia dentoalveolar, mas a diferença de escala, complexidade e contexto é considerável. A anestesia geral, os protocolos de antisepsia cirúrgica, a gestão do campo

operatório, a articulação entre cirurgião, anestesista e equipa de enfermagem, e a responsabilidade inerente ao tratamento de doentes com comorbilidades significativas acrescentam dimensões que enriquecem substancialmente a compreensão da prática clínica e permitem ao estudante situar-se com maior clareza no espectro do exercício profissional da medicina.

Do ponto de vista da ligação à área da Medicina Dentária, a experiência no Serviço de Cirurgia Extradigestiva permitiu consolidar a compreensão de que o médico dentista atua sobre um paciente na sua globalidade. A observação de patologias com potencial maligno, algumas das quais com manifestação precoce na mucosa oral ou nos tecidos periorais, reforça a importância do exame clínico sistemático e da valorização de lesões suspeitas como porta de entrada para diagnóstico e referenciação atempada. A familiaridade com os princípios da cirurgia oncológica, nomeadamente a relevância das margens de segurança e da avaliação ganglionar, constitui um contributo directo para uma prática clínica mais informada e crítica.

Por fim, importa reflectir sobre a dimensão vocacional deste estágio. O meu interesse pela área cirúrgica existia previamente ao seu início, mas a experiência hospitalar solidificou-o de forma inequívoca. Apesar dos momentos de desmotivação e de sentimento de inadequação que, com honestidade, também fizeram parte deste percurso e que são inerentes à inserção num ambiente profissional de elevada exigência, o balanço final é amplamente positivo. A superação progressiva desses momentos constituiu, em si mesma, uma aprendizagem de valor duradouro, tanto do ponto de vista profissional como pessoal.

6. CONCLUSÃO

A realização deste estágio no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Centro Hospitalar Universitário do Porto representou uma etapa de crescimento considerável, tanto do ponto de vista académico e científico como do ponto de vista pessoal e profissional. Ao longo dos meses de estágio, a participação nas atividades da enfermaria e do bloco operatório proporcionou uma perspectiva do exercício da medicina hospitalar que complementa, de forma única, a formação adquirida na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Na enfermaria, o contacto directo com os doentes internados e o acompanhamento das visitas clínicas diárias permitiram desenvolver competências de comunicação clínica e de avaliação do estado geral do doente, dimensões que, embora presentes na formação universitária, assumem uma profundidade e complexidade distintas em contexto hospitalar. A interação com os médicos internos e com os médicos especialistas do serviço revelou a importância do trabalho em equipa e da complementaridade de funções na prestação de cuidados de qualidade. A experiência de acompanhar a recuperação pós-operatória dos doentes e de compreender a articulação entre a intervenção cirúrgica e os cuidados subsequentes conferiu uma visão mais abrangente do percurso clínico do doente cirúrgico, que vai muito além do ato operatório em si.

No bloco operatório, a observação e participação ativa em procedimentos de diversa complexidade constituíram o núcleo formativo deste estágio. A assistência a quatro tipos distintos de intervenções cirúrgicas, nomeadamente a exérese de melanoma cutâneo com pesquisa do gânglio sentinela, a exérese de carcinoma espinocelular do lábio inferior com reconstrução, a parotidectomia total por neoplasia maligna e duas paratiroidectomias selectivas, proporcionou um contacto rico com a diversidade de patologias abordadas pela cirurgia extradigestiva e com as especificidades técnicas de cada procedimento. A possibilidade de participar directamente, segurando afastadores e cortando suturas, distinguiu esta experiência de uma observação passiva e contribuiu para uma compreensão mais integrada dos princípios cirúrgicos.

Do ponto de vista da formação específica em Medicina Dentária, este estágio reforçou de forma consistente a premissa de que o médico dentista atua sobre um ser humano na sua

globalidade e não apenas sobre a cavidade oral. As patologias observadas, muitas delas com expressão clínica na região orofacial ou com repercussões sistêmicas relevantes para a saúde oral, ilustraram concretamente a importância de uma formação médica ampla e de uma prática clínica informada por conhecimentos que transcendem o âmbito estritamente odontológico. O papel do médico dentista no diagnóstico precoce de lesões malignas da região orofacial, na identificação de manifestações orais de doenças sistêmicas e na integração em equipes multidisciplinares de cuidados de saúde saiu reforçado desta experiência.

A nível pessoal, a superação das dificuldades iniciais de adaptação a um ambiente hospitalar de grande dimensão e complexidade, e a transformação progressiva da sensação de inadequação numa crescente confiança e sentido de pertença, constituíram aprendizagens de valor duradouro. O estágio solidificou também o meu interesse pela área cirúrgica, que existia previamente mas que este contexto permitiu aprofundar e fundamentar com experiência real. Os objetivos propostos no início do estágio foram cumpridos, e a experiência adquirida constituirá, certamente, uma referência relevante ao longo de toda a carreira profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto. Apresentação [Internet]. Porto: CHUPorto; 2023 [citado 2025]. Disponível em: <https://www.chporto.pt/apresentacao>
2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Am Dent Assoc. 2016;147(12):915-917.
3. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde [Internet]. Genebra: OMS; 1946 [citado 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
4. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-492.
5. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Nieweg OE, Roses DF, et al. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. N Engl J Med. 2014;370(7):599-609.
6. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguín N, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment. Eur J Cancer. 2022;170:256-284.
7. Markopoulos AK. Current aspects on oral squamous cell carcinoma. Open Dent J. 2012;6:126-130.
8. de Visscher JG, Gooris PJ, Vermey A, Roodenburg JL. Surgical margins for resection of squamous cell carcinoma of the lower lip. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002;31(2):154-157.
9. Norton NS, Netter FH. Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry. 2^a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
10. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. Oral Dis. 2002;8(5):229-240.
11. Eisele DW, Wang SJ. Complications in Head and Neck Surgery. 2^a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009.
12. Prado-Calleros HM, Jiménez-Ferreres J, Jiménez-Punzón A. Surgical anatomy of the parotid gland and the facial nerve. Acta Otorrinolaringol Esp. 2016;67(3):172-177.

13. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, Silverberg SJ, Udelsman R, Marcocci C, et al. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(10):3561-3569.
14. Fraser WD. Hyperparathyroidism. *Lancet.* 2009;374(9684):145-158.
15. Keyser JS, Postma GN. Brown tumor of the mandible. *Am J Otolaryngol.* 1996;17(6):407-410.
16. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):309-316.