

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DO TRÍGONO RETROMOLAR

Luciana Esteves

Cirurgia Cabeça e Pescoço e  
Otorrinolaringologia, IPO Lisboa  
lucianasteves@gmail.com

Rita Nunes

Cirurgia Cabeça e Pescoço e  
Otorrinolaringologia, IPO Lisboa  
rita\_iv\_nunes@hotmail.com

**RESUMO:** O carcinoma do trígono retromolar tem uma baixa incidência na população, contudo quando surge acarreta diversas alterações visuais e funcionais. Estas alterações podem ser minimizadas com o tratamento adequado e respetivo acompanhamento nas fases do pré, intra e pós-operatório imediato, mediato e tardio. Os cuidados de enfermagem ao utente submetido a cirurgia do trígono retromolar são fundamentados pela teoria, pelos estudos efetuados e pela experiência profissional neste âmbito.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trígono retromolar, cirurgia cabeça e pescoço, pelviglossomandibulectomia, osteoradionecrose.

**ABSTRACT:** *The retromolar trigone cancer has a low incidence on population. However, when it occurs it can lead to several visual and functional changes.*

*These changes can be minimized by using the appropriate treatment and by doing a follow-up on pre, intra and post surgery phases during the immediate and late period.*

*Nursing care given to a patient that has been submitted to retromolar trigone cancer surgery is supported by theory, research and by professional experience in the area.*

**KEYWORDS:** *Retromolar trigone, head and neck Surgery, pelviglossomandibulectomy, osteoradionecrosis.*

## I. Introdução

Os tumores a nível do trígono retromolar são comumente abordados nos serviços de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço, pelo que surge a necessidade de pesquisa acerca dos cuidados de enfermagem implicados na referida área, dada a sua especificidade. Deste modo, foi elaborada uma revisão da bibliografia sobre o tema com o objetivo de reunir informação, partindo desta estrutura do ponto de vista anátomo-fisiológico, passando pelas alterações das necessidades humanas fundamentais e as referidas intervenções de enfermagem, com o intuito de conseguirmos prestar os cuidados de enfermagem adequados. A necessidade de elaborar este artigo adveio da falta de informação

sintetizada acerca do tema, após pesquisa sobre o mesmo.

O trígono retromolar é uma região triangular cuja base se estende através dos alvéolos posteriores da mandíbula, cobrindo o ramo ascendente, desde a face distal dos últimos molares até à apófise coronoideia<sup>1</sup>.

A evolução do carcinoma neste local atinge as estruturas adjacentes à mandíbula, essenciais à inervação sensitiva cutânea da face, mastigação, fala/dicção, expressão facial e paladar. Assim, é de grande importância o acompanhamento dos utentes no percurso de diagnóstico, tratamento e recuperação. Trata-se de um processo complexo, pois, seja um tratamento cirúrgico ou não, é preciso que o utente dê resposta a várias necessidades e tenha cuidados específicos para além

do programa de ensinos necessário e de todo o acompanhamento individualizado realizado pela equipa multidisciplinar, com base nas alterações físicas e psicossociais.

## II. Considerações gerais

O trígono retromolar está adjacente à mandíbula, que por sua vez se encontra interligada a várias estruturas com funções diversas importantes. As principais estruturas musculares que se inserem na mandíbula e essenciais à mastigação são os músculos masseter, temporal e pterigóideus externos e internos. Há outras estruturas importantes adjacentes à mandíbula que passam no buraco mentoneano; são elas, a artéria dentária inferior e o nervo alveolar inferior, ramo do nervo mandibular (V3), que por sua vez é o terceiro ramo do nervo trigêmeo (V par craniano). O ramo mandibular é responsável pela inervação sensitiva aos dentes mandibulares, língua, gengiva e lábio inferior. A lesão/secção do mesmo poderá comprometer a mastigação<sup>2</sup>. Para além do nervo já mencionado, outros há que estão em relação com algumas complicações das cirurgias efetuadas em cirurgia de cabeça e pescoço, o nervo facial (VII par craniano) e o nervo grande hipoglosso (XII par craniano). O nervo facial é um nervo motor, sensitivo e parassimpático, controla todos os músculos da expressão facial, sendo que no ramo junto à mandíbula tem uma função motora para os músculos bucinador e lábio inferior; é sensitivo para o paladar nos dois terços anteriores da língua. É responsável igualmente pela inervação parassimpática às glândulas salivares submandibulares e sublinguais. O nervo grande hipoglosso tem função motora para os músculos intrínsecos e extrínsecos da língua e os músculos tiro-hioideu e génio-hioideu. (Idem)

É de salientar que a maioria dos tumores malignos da cavidade oral são carcinomas de células escamosas. O carcinoma espino-celular tem origem numa mucosa alterada com fenómenos de leucoplasia, eritroplasia ou eritroleucoplasia. O carcinoma pavimento-celular propaga-se localmente quer em superfície, quer em profundidade, ao longo das vias anatómicas pré-existentes de menor resistência, dos músculos e dos planos fasciais, dos vasos, do perinervo, do periosteio e do osso<sup>1,3</sup>.

Portugal e Espanha estão, a nível europeu, na linha da frente da incidência do cancro oral. Segundo os dados de 2008, estima-se que tenham surgido 1025 novos casos de cancro da cavidade oral em Portugal<sup>4</sup>, existindo uma evo-

lução desde então. Segundo o grupo de Estudos de Cancro de Cabeça e Pescoço<sup>5</sup>, existem cerca de 2500 novos casos por ano em Portugal.

Este cancro tem uma elevada taxa de mortalidade. Cerca de 95% dos casos de cancro da cabeça e pescoço são carcinomas das células escamosas, mais comumente na cavidade oral. Trata-se de uma neoplasia com grande agressividade, sendo o sexto mais comum atualmente<sup>6</sup>. A percentagem de sobrevida aos 5 anos é de 80% quando diagnosticados precocemente, no entanto quando diagnosticado em estado avançado é de apenas 19%. A taxa de aparecimento de segundos tumores primários é de 3% a 7% por ano, a maior taxa de todas as doenças malignas. Essa observação levou ao desenvolvimento do conceito de “field cancerization”, neste caso ao longo do aparelho aerodigestivo, devido à exposição crónica da mucosa, durante anos, a agentes carcinogénicos. (Idem)

O carcinoma do trígono retromolar é a quarta neoplasia maligna mais comum da cavidade oral e da orofaringe (6% dos casos)<sup>7</sup>. Na altura do diagnóstico, 95% das pessoas têm mais de 40 anos, sendo a idade média 60 anos. Utentes curados que continuam a fumar têm 40% de probabilidade de ter uma recidiva ou um segundo carcinoma de cabeça e pescoço<sup>1</sup>.

Nos casos de carcinoma do trígono retromolar, apenas entre 15,5% e 26,3% dos casos se cinge ao trígono retromolar. Em 80% a 84,5% dos casos propaga-se até ao pilar amigdalino anterior, sendo que a maioria se estende por três ou mais estruturas da cavidade oral e orofaringe. Este carcinoma tem uma grande taxa de invasão óssea devido à proximidade com a mandíbula e maxilar<sup>8</sup>.

Os principais fatores de risco relacionados com o cancro da cavidade oral são hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos excessivos, sendo que a incidência varia significativamente com o género, geografia e diferentes etnias<sup>1</sup>. O carcinoma do trígono retromolar tem igualmente os mesmos fatores etiológicos, sendo que o efeito sinérgico entre o álcool e a nicotina aumenta em 2,5 vezes o risco de cancro de cada um dos hábitos. Outros fatores etiológicos conhecidos são o traumatismo crónico da cavidade oral (peças dentárias e próteses), higiene da cavidade oral inadequada, infeções, carências nutricionais, fatores genéticos, o Vírus Papiloma Humano (HPV) sendo tipo 16 o mais comum, estimando-se estar presente em 15% a 25% dos carcinomas das células escamosas da cabeça e pescoço. (Idem)

Os primeiros sinais de carcinoma do trígono retromolar são pequenas lesões que os utentes tendem a associar a aftas e a desvalorizar, dado tratarem-se de lesões indolores e que evoluem sem grande sintomatologia. A dor local ou irradiada para o ouvido, hemorragias e desconforto da cavidade oral, como odinofagia e disfagia, são reveladores da invasão de outras estruturas importantes, como nervos, sendo por isso sinais mais tardios. No entanto, é nesta fase que os utentes recorrem ao médico. Outros sinais tardios são a perda inexplicável de dentes, redução do movimento das estruturas da cavidade oral e trismus, este último significando que já existe invasão de músculos mastigadores<sup>1</sup>.

Perante a sintomatologia apresentada na consulta, é realizada uma biópsia. Caso seja uma lesão abaulada é realizada uma citologia de aspiração de agulha fina (CAAF); no caso de existir já uma lesão ulcerada, é feita uma biópsia incisional. Posteriormente, são realizados exames complementares de diagnóstico, tais como a Ecografia, a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RM). Neste ponto, a classificação internacional TNM (tumor - node - metastasis) permite decidir o tratamento mais adequado a realizar perante um caso de carcinoma do trígono retromolar.

O tratamento é multidisciplinar, embora perante este tipo de tumor seja sempre preferencialmente cirúrgico. Em relação à intervenção cirúrgica, pode ser feita excisão do tumor, com ou sem, mandibulectomia. Deverá ser efetuada de forma a existirem margens de segurança na excisão do mesmo. As margens de segurança não devem ser apenas a nível ósseo mas também devem ser tidos em conta os tecidos moles. Atendendo à classificação TNM, a partir de T2 sem metastização é realizado um esvaziamento ganglionar cervical pois, mesmo que não exista invasão linfática, há uma grande probabilidade de a mesma surgir<sup>1</sup>. Em geral, no caso de lesões T1 da cavidade oral o tratamento realizado é radioterapia (RT) ou intervenção cirúrgica. A RT permite uma melhor funcionalidade na fala e na deglutição, mas apresenta desvantagens significativas como diminuição do paladar, xerostomia e um longo período de tratamento. No caso de lesões T2, a ressecção da lesão pode incluir também a excisão de parte do palato mole, podendo provocar alguma alteração na deglutição. Nos casos de T1 e T2, a RT pode ser o tratamento proposto, sendo que em T3 e T4 é necessário combinar a cirurgia com RT pré ou pós operatória.

As cirurgias possíveis no caso de carcinoma do trígono retromolar, e dependendo das estruturas lesadas e atingidas, são hemimandibulectomia, mandibulectomia segmentar ou marginal, pelvimandibulectomia e pelviglossomandibulectomia, com esvaziamentos ganglionares cervicais. A quantidade de estruturas dissecadas depende da quantidade de tecido lesado, ocorrendo na maioria das vezes excisão da fossa amigdalina, pavimento da boca, língua, palato mole e mucosa jugal. Em pequenos defeitos podem ser colocados pequenos enxertos de pele; no caso de ressecções extensas, para correção de defeitos cutâneos, são utilizados retalhos osteocutâneos do perónio ou região antebraqual, ou retalhos miocutâneos do músculo grande peitoral ou temporal. Posteriormente, 90% dos utentes faz RT complementar, sendo a sobrevida ao fim de 3 anos é de 65,5%<sup>9,10</sup>.

Seja qual for o tratamento, podem surgir complicações ou efeitos secundários, seja o paciente submetido a cirurgia ou a RT, respetivamente. Dependendo do tipo de esvaziamento ganglionar e do tipo de incisão feitas na cirurgia, poderão existir complicações como hemorragia, infeções, lesão/secção do nervo mandibular marginal (que poderá provocar diminuição da mobilidade e sensibilidade da comissura labial), lesão/secção do nervo hipoglosso (provocando paralisia da língua), lesão/secção do nervo frénico (que irradia diafragma), lesão do plexo braquial (raramente).

Em caso de retalhos, podem surgir atrasos na cicatrização, surgindo fistulas, exposição da artéria carótida, ou provocar um atraso na terapia adjuvante devido à necessidade de colocar um novo retalho. O facto de um retalho não viabilizar pode expor a carótida, sendo necessário protegê-la com outro retalho miocutâneo à distância. Poderá também provocar a exposição da mandíbula, podendo esta perder a sua viabilidade. Se ocorrer necrose da mesma terá então de ser feita mandibulectomia. A principal consequência desta cirurgia, alteração na deglutição e na comunicação verbal, será maior quanto maior a estrutura excisada<sup>1</sup>.

Verifica-se maior taxa de sucesso no tratamento cirúrgico com RT complementar do que no tratamento com RT apenas.. Esta tem vários efeitos secundários imediatos e tardios. Os efeitos secundários imediatos são xerostomia, infeções secundárias, trismos e disfagia. Dentro dos tardios destaca-se a disgeusia, mucosites, cáries por radiação (estes dois consequência da xerostomia) e a osteorradionecrose,

que constitui uma das maiores complicações<sup>11</sup>. Esta última surge entre o 4.º/6.º mês após o tratamento de RT até ao 18.º/24.º mês. Existe uma incidência semelhante de osteorradionecrose em pessoas submetidas apenas a RT ou a cirurgia mais RT complementar<sup>8</sup>. A osteorradionecrose define-se pela exposição de osso em campo irradiado que não cicatriza num período de três meses. O surgimento tardio é, geralmente, consequência de trauma ou difícil cicatrização do tecido comprometido. A radiação danifica os tecidos da cavidade oral causando xerostomia e mucosites. Estes fatores, combinados com a diminuição dos cuidados orais e existência de próteses mal ajustadas, podem dar origem a infeções periodontais, aumentando assim o risco de osteorradionecroses. A realização de cirurgia após o tratamento com RT aumenta também o risco de osteorradionecrose visto que a vascularização mandibular está comprometida. O facto de, nestes casos, a irradiação incidir sobre a mandíbula é agravado pela diminuição da vascularização local e pela frequente exposição ao ambiente externo proveniente da inserção dentária na mandíbula. A osteorradionecrose da mandíbula também pode causar dor persistente, podendo, em última análise, necessitar de tratamento com oxigénio hiperbárico ou mandibulectomia parcial. (Idem)

### III. Intervenções de Enfermagem

Ao longo de todo o percurso do utente, o enfermeiro tem um papel fundamental na sua reabilitação após a cirurgia e durante o percurso do tratamento. No caso destes utentes, o nosso papel inicia-se com uma compreensão das suas capacidades. É importante que percebamos em que estado está o avanço do carcinoma de forma a não lhe pedirmos para fazer algo que o mesmo não consegue. É crucial fornecer a informação necessária à pessoa significativa/família, quando e quanto esta se sinta preparada para receber, respeitando o tempo de assimilação de cada um, com vista a promover um ensino estruturado e uma consistente adaptação às alterações vivenciadas por todos.

Seguem-se alguns diagnósticos mais comuns nestas situações e as respetivas intervenções.

- Comunicação verbal prejudicada, caso já exista alguma disartria e incapacidade de se expressar claramente. Deve ser facilitada a comunicação de outra forma, no pré-operatório, através da escrita e pedindo ao familiar ou acompanhante que esteja presente na admissão,

de forma a diminuir a sua ansiedade. No pós-operatório, prestar atenção ao fâcies e gestos do utente e fornecer quadro mágico ou papel e caneta. Esta alteração pode manter-se no pós-operatório<sup>12,13</sup>.

- Deglutição e mastigação alterada, pela localização do tumor e possível invasão de estruturas adjacentes. Deve iniciar-se dieta líquida ou pastosa de forma a substituir a mastigação, fornecer material como uma seringa na existência de trismus e, em último caso, proceder à entubação nasogástrica<sup>12,13</sup>.

- Dor aguda no pré-operatório pela incapacidade de deglutir a analgesia. É importante instruir o utente e família sobre a possibilidade de triturar os comprimidos, ou a passagem da terapêutica para soluções orais. Devem ser informados de algumas medidas físicas não invasivas como massagem ligeira da região, aplicação de frio ou calor, distração e relaxamento<sup>12,13</sup>.

- Conhecimento deficiente relativamente ao processo cirúrgico a que vai ser submetido. “O enfermeiro deverá comprovar que o doente falou com o médico sobre os riscos e os benefícios da cirurgia e as alternativas (...) Também deverá proceder a uma avaliação do que é do entendimento do doente relativamente ao que se vai passar durante a cirurgia e depois dela” (Marek et al, 2003). Posto isto, o utente deverá ser informado e esclarecidas todas as dúvidas que possam surgir acerca da necessidade de uma possível traqueotomia, de ser entubado nasogastricamente e da presença de sistemas de drenagem, não esquecendo de referir o fator temporário implícito<sup>12,13</sup>.

- Risco de infeção inerente à cirurgia. O papel do enfermeiro é instruir e incentivar o utente a realizar uma correta e cuidada higiene oral com clorhexidina ou outro antisséptico. Pode ser efetuada com bochechos, no entanto pode existir lesão do nervo hipoglosso provocando paralisia da língua ou do ramo do trigémio, com consequente diminuição da sensibilidade da comissura labial, sendo importante fornecer material (esponjas) que permitam na mesma a realização dos cuidados orais. É importante reforçar que durante uns tempos a ingestão quer de alimentos quer de água será feita pela sonda nasogástrica (SNG). No tratamento da ferida cirúrgica deve ser utilizada técnica assética e garantir que a mesma permaneça limpa, seca e íntegra. É importante o registo frequente das características e ao mínimo sinal de complicação deve ser feita comunicação ao cirurgião<sup>12,14</sup>.

- Risco de hemorragia no pós-operatório. O enfermeiro deve vigiar as suturas operatórias e o sistema de drenagem e sua permeabilidade. Caso estejam protegidas com penso e existir algum repasse, este deve ser limitado e vigiado em intervalos de 10 a 15 minutos. É importante que o ambiente não esteja muito aquecido, para diminuir o risco de hemorragia, e manter uma monitorização dos sinais vitais<sup>14</sup>.

- Risco de integridade cutânea alterada relacionado com esvaziamento ganglionar cervical, pela possível presença de edema e compromisso neurocirculatório. O enfermeiro deve informar o utente da importância de dormir e repousar com a cabeceira elevada, de forma a prevenir o edema acentuado e alteração da sua imagem, devendo estar atento à alteração da temperatura cutânea. A prevenção ou vigilância do edema previne em parte também o aparecimento de deiscências das suturas operatórias e possibilita uma boa vascularização do local, essencial à correta cicatrização. Deve estar atento também à presença de seroma, enfisema subcutâneo ou fluido leitoso, esta última sugestiva de formação de fistula no canal torácico<sup>12,14</sup>.

- Risco de perfusão tecidual ineficaz, quando são submetidos a aplicação de retalho. No pós-operatório é imprescindível que este fique visível de forma a podermos vigiar a temperatura, a coloração e o preenchimento do mesmo, fatores que nos indicam a viabilidade do retalho. É importante não só vigiar as características do retalho como a cicatrização das suturas de forma a prevenir deiscências e vigiar o aparecimento de fistulas. Caso o retalho se torne inviável ou surjam deiscências é fundamental vigiarmos o aparecimento da exposição de algumas estruturas vitais<sup>12,14</sup>.

- Défice no autocuidado na preparação para a alta. Estes utentes têm alta clínica com SNG e, algumas vezes, com traqueotomia, sendo importante que estejam predispostos ao autocuidado. Cabe ao enfermeiro certificar-se de que tanto o utente como o prestador de cuidados informais sabem realizar os cuidados à traqueotomia corretamente (no caso do utente ter alta com a mesma), e a alimentação/administração de medicação pela SNG. “Assim, a avaliação das necessidades do doente, e o ensino programado antes da alta baseada nessa avaliação, são responsabilidades essenciais dos enfermeiros que cuidam desses doentes” (Boehnlein et al, 2003) em todo o peri-operatório<sup>12,14</sup>.

Em utentes que vão ser submetidos a RT é imprescindível que o enfermeiro lhes forneça algumas orientações

de forma a prevenir efeitos adversos do tratamento.

- Risco de integridade cutânea alterada pela exposição à radiação. O enfermeiro deve realizar ensinamentos ao utente e família/prestador de cuidados informais sobre a importância de lavar o local irradiado com água e sabão neutro; manter a pele e pregas cutâneas secas; evitar soluções perfumadas, sabões ou desodorizantes na região irradiada; evitar a fricção da roupa ou uso de vestuário que provoque irritação (ex. golas altas); não aplicar muito calor ou muito frio no local; usar proteção solar ou evitar a exposição ao sol; utilizar máquina de barbear elétrica no local irradiado; aplicar apenas pomadas barreira com efeito de epitelização recomendadas pelos médicos/radiologistas/enfermeiros após o tratamento e até 6 horas antes da nova sessão<sup>12,15</sup>.

- Mucosa oral prejudicada pela exposição à radiação. O enfermeiro deve incentivar o utente, desde o início do tratamento, a ter uma higiene oral cuidada e regular de forma a prevenir mucosites, disfagia ou infeções secundárias. Essa higiene oral deve ser executada com clorhexidina e aplicações de flúor. O enfermeiro deve sublinhar a importância de ser seguido por um estomatologista mesmo após o tratamento cessado, incluindo utentes com múltiplas exodontias, de forma a vigiar possíveis cáries dentárias e o estado de todas as estruturas da cavidade oral, incluindo a mandíbula. A existência de xerostomia pode ser diminuída com os cuidados orais e com aplicação de saliva artificial, prevenindo em parte as mucosites e as cáries dentárias. Este procedimento pode estar comprometido pela existência de trismus, sendo necessário que o enfermeiro ofereça hipóteses ao utente de realizar o procedimento mesmo com uma pequena abertura da boca<sup>12,15,16</sup>.

- Risco de nutrição desequilibrada. Esta deve ser rica em proteínas, hidratos de carbono e calorias de forma a realizar uma boa cicatrização e regeneração dos tecidos lesados, assim como fornecer a energia necessária às atividades diárias. A alimentação deve também ser pobre em alimentos facilitadores de cáries dentárias, como o caso dos açúcares refinados. Uma forma de diminuir a agressão da mucosa oral e mandíbula é diminuindo a lesão causada por próteses dentárias, sendo essencial que exista um ajuste adequado da mesma à cavidade oral do utente<sup>12,15,16</sup>.

É imprescindível que estas ou outras intervenções de enfermagem, consoante o utente e o estado do mesmo, sejam elaboradas e planeadas com o utente. Desta forma é possível constatar a importância do enfermeiro em todo o



percurso do utente, tanto para o utente como para a família do mesmo.

#### IV. Conclusão

Embora não muito mencionado, o carcinoma do trigono retromolar é um carcinoma com grande expressividade em oncologia, na área da cavidade oral, pelo que é importante que os enfermeiros estejam preparados para dar as respostas às questões e dúvidas dos utentes.

Ao longo de todo o percurso do utente com carcinoma do trigono retromolar o enfermeiro assume um papel de grande relevância, garantindo a satisfação das necessidades do utente e família decorrentes de todo o processo que envolve a cirurgia oncológica de cabeça e pescoço. No período pré-operatório é realizado o acolhimento e a avaliação inicial das necessidades do utente, tentando colmatá-las. No pós-operatório o papel do enfermeiro deve passar pela vigilância apertada e pela monitorização de complicações não só do local operado como pelos ensinamentos programados, pelo respetivo planeamento da alta, assim como alertar para a prevenção de possíveis complicações de futuros tratamentos complementares.

Estas intervenções devem ser sustentadas e fundamentadas pela respetiva bibliografia, dado o carácter de especificidade que estas situações clínicas acarretam. Tratando-se de um tumor que abrange muitas estruturas que condicionam a qualidade de vida da pessoa, pelo que há que ter em conta o indivíduo e família que se encontram perante esta situação e abordá-la de forma diferenciada. Devemos realçar a importância das intervenções de Enfermagem adequadas e direcionadas à especificidade em causa, as quais devem envolver uma abordagem multidisciplinar, assim como seguir uma avaliação inicial, um diagnóstico, planeamento, implementação/execução e avaliação final numa vertente holística.

#### Referências bibliográficas

1. Jameson, M. J.; Levine, P. A. (2006). Neoplasms of the Oral Cavity. Por: Bailey, B. J.; Johnson, J. T. Head & Neck Surgery – Otolaryngology. 4ª ed, Texas: Lippincott Williams & Wilkins a Walters Kluwer Business. ISBN 0-7817-5561-1.
2. Seeley, R. R.; Stephens, T. D.; Tate, P. (2005). Anatomia e Fisiologia. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-07-0.
3. Santos, J. (1999). Patologia da Cavidade Oral. Por: Pereira, C. Alves. Cirurgia - Patologia Clínica. Lisboa: MC Graw Hill. ISBN 972-8298-89-7.
4. Saúde, Alto Comissariado. Doenças Oncológicas em Portugal. 2009. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogsdir/1/files/2009/05/pnsemfoco4.pdf> - consultado a 16 de Julho de 2011
5. Grupo de estudos de cancro de cabeça e pescoço. Disponível em <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/mais-um-passo-na-luta-contra-o-cancro-de-cabeca-e-pescoço>? - consultado em 7 de Outubro de 2014.
6. Kumar, V.; [et al] (2010). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. Philadelphia: Saunders Elsevier. ISBN 978-1-4160-3121-5.
7. Cagley, J. (2010). Retromolar Trigone Squamous Cell Carcinoma. Visto em <https://wiki.uiowa.edu/display/protocols/Retromolar%2BTrigone%2BSCCa%2B-%2BRads>.
8. Mendenhall, W. M. (2005). Squamous Cell Carcinoma of the Retromolar Trigone. Disponível em [http://www.aboutcancer.com/retromolar\\_trigone.htm](http://www.aboutcancer.com/retromolar_trigone.htm) - consultado a 7 de Agosto de 2011.
9. Boyle, J. O.; et al (2001). Oral Cavity Cancer. In: Shah, J. P. Cancer of the Head and Neck. London: BC Decker Inc. ISBN 1-55009-084-4.
10. Shah, J.; Patel, S.; Singh, B. (2012). Head and Neck Surgery and Oncology. 4ªed, Philadelphia: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-05589-5.
11. Lobo, A. L. G.; Martins, G. B. (2009). Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura. Por: Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. ISSN 1646-2890. Volume 50, N.º 4. P. 251-254.
12. North American Nursing Diagnosis Association (2005-2006). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0676-9.
13. Marek, J. F.; Boehnlein, M. J. Enfermagem pré-operatório. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
14. Boehnlein, M. J.; Marek, J. F. Enfermagem pós-operatória. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
15. Deters, G. E. Cancro. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
16. Rayatt, S. S.; Mureau, M. M.; Hofer, S. P. (2007). Osteoradionecrosis of the mandible: Etiology, prevention, diagnosis and treatment. Por: Indian J. Plast Surg. Rotterdam, volume 40.
17. Boyle, J. O.; Reid, V. (2009). Complications of Surgery of the Oral Cavity. In: Eisele, D. W.; Smith, R. V. Complications in Head and Neck Surgery. 2ª ed.: Elsevier Mosby. ISBN 978-1-4160-4220-4.
18. Gonçalves, A. J.; Antonio, J. K.; Bertelli, A. A. T. (2005). Cancer da Cavidade Oral. In Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. (2005). Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
19. Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. In: Otto, S. E. Enfermagem em Oncologia. 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6.
20. Hirose, H. M. U.; Santos, V. W.; Balbino, D. B. (2005). Assistência de Enfermagem aos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. - Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
21. Jorge, D. (2005). Retalhos à Distância (Não Microcirúrgicos) nas Reparações e Reconstruções em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
22. Santos, D. A. (2005). Avaliação e Cuidados Psicológicos no Pré e Pós-operatório. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
23. Shah, J. P.; Zelefsky, M. J. (2004). Cancer of the Oral Cavity. Por: Harrison, L. B.; Sessions, R. B.; Hong, W. Head and Neck Cancer – A Multidisciplinary Approach. 2ª ed.: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 0-7817-3369-3.