

Endoscopia de contacto

guia na excisão de lesões



SÃO JOÃO



Rodrigo Oliveira¹, Gabriela Pinheiro¹, Manuel Guedes², Joana Alves², Joana Paiva², Carlos Faria²

¹ Interno Formação Específica de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

² Assistente Hospitalar de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

As doenças potencialmente malignas são alterações morfológicas da mucosa oral que podem apresentar um potencial acrescido de transformação maligna. Estas têm uma prevalência de 1-5% na população com maior incidência entre os 50-70 anos. Podem ser lesões únicas, localizadas sem associação a outras doenças e até assintomáticas.^{1,2} A endoscopia de contacto é uma técnica não invasiva que nos permite visualizar as células do epitélio da mucosa oral e a circulação superficial in vivo.³ Esta técnica foi pela primeira vez descrita pelo Professor Mário Andrea, em 1993. Com este recurso podemos auxiliar a nossa monitorização das lesões potencialmente malignas, orientar biópsias e guiar margens cirúrgicas aquando da excisão das lesões.^{4,5}

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Doente com 74 anos, género feminino;
- Antecedentes: dislipidemia, HTA DM, não fumadora, não consumia álcool;

Exame objetivo

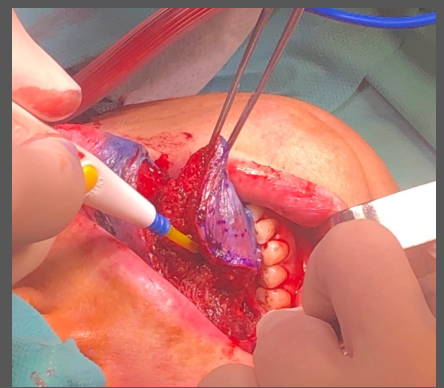
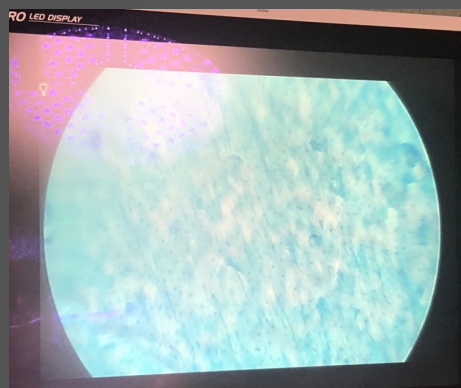
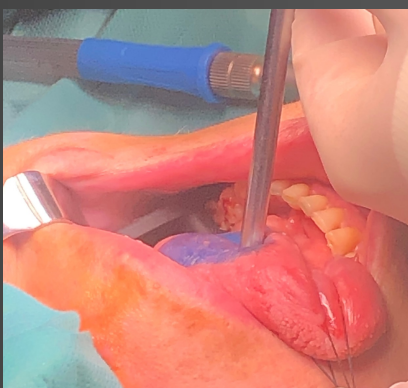
- Bom estado geral e sem adenomegalias cervicais palpáveis;
- Lesão leucoeritoplásica com 2cm, ulceração central, mole e dolorosa à palpação no bordo lateral direito da língua e pavimento.



Fig. 1 Exame objetivo

Biópsia incisiva: displasia grave

Sob anestesia geral a doente foi submetida a glossectomia parcial para remoção da lesão com margens, a endoscopia de contacto neste caso foi usada como auxiliar na decisão das margens de excisão.



Figs. 2 cirurgia sob anestesia geral



Fig. 3 Lesão excisada

- Anatomopatologia relevou tratar-se de displasia epitelial oral severa com margens livres distando um mínimo de 1mm.
- 6 meses de pós-op a doente encontra-se assintomática e sem recidiva da lesão.



Fig. 4 Pós-op aos 6 meses

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este caso mostra-nos que a possibilidade de ter um meio auxiliar não invasivo e que não aumente significativamente o tempo cirúrgico pode ser uma mais-valia para o doente.⁵ O recurso à endoscopia de contacto permite por um lado ter uma atitude menos invasiva proporcionando cirurgias conservadoras em áreas importantes do corpo como seja o aparelho estomatognático e por outro lado evitar cirurgias com lesões nas margens. O diagnóstico precoce é a chave e altera significativamente o prognóstico. A doente terá de manter vigilância a longo prazo.