

Biopsia en la cavidad oral. Fundamentos y técnicas

P.I. Varela Centelles^{a,b}, J. Seoane Lestón^b, A. Romero Méndez^b,
J.M. Suárez Quintanilla^b y A. Aguado Santos^b

^aCentro de Salud de Burela. Lugo. ^bDepartamento de Cirugía. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

La biopsia es un procedimiento quirúrgico consistente en la obtención de tejido de un organismo vivo con la finalidad de realizar su examen microscópico para determinar el diagnóstico.

Las condiciones de buena visibilidad y acceso de la cavidad oral, junto con la simplicidad de la técnica, hacen de la biopsia intraoral un procedimiento sencillo, abordable en el consultorio de atención primaria, que aportará valiosa información al médico sin necesidad de referir al paciente a otro servicio.

El propósito de la biopsia es determinar la naturaleza de la lesión, establecer un pronóstico y poder formular tratamientos específicos. Además, constituye un documento con indudable valor médico-legal.

INDICACIONES

Entre las indicaciones de la biopsia intraoral figuran la confirmación diagnóstica de lesiones sospechosas de malignidad, diagnóstico de lesiones no malignas de la cavidad oral y la confirmación histológica de determinadas enfermedades sistémicas, como el síndrome de Sjögren, amiloidosis o sarcoidosis.

¿QUÉ SE DEBE BIOPSIAR?

Se biopsiarán aquellas lesiones irritativas que tras la eliminación del hipotético irritante no responden a las 2 semanas, así como las de apariencia inflamatoria o infecciosa que no curan con tratamientos específicos en el mismo plazo de tiempo.

En general se biopsiarán las lesiones que presenten un crecimiento súbito o lento de tejidos blandos o duros, las que interfieran con la función, las que no tengan una etiología evidente y las de etiología desconocida asociadas a dolor, parestesia o anestesia.

¿QUÉ NO SE DEBE BIOPSIAR?

No se biopsiarán estructuras normales o alteraciones leves del desarrollo (lengua geográfica, glositis mediana romboidal, manchas de Fordyce, etc.), ni lesiones que pudieran responder a tratamientos específicos¹. Tampoco se deben biopsiar en medio extrahospitalario lesiones de aspecto vascularizado, que podrían sangrar de forma incoercible^{2,3}, ni lesiones pigmentadas compatibles con melanoma, que deben ser extirpadas con criterios oncológicos.

TIPOS DE BIOPSIA

Atendiendo a las características de la lesión, la biopsia puede ser directa –cuando existe acceso directo a la lesión– o indirecta, cuando es preciso abrirse camino hasta el tejido del que deseamos obtener una muestra (p. ej., glándulas salivares menores).

Según la cantidad de tejido lesional obtenido, la biopsia será incisional (cuando se obtiene únicamente una sección de lesión) o escisional cuando es la totalidad de la misma la que se extrae.

PASOS PREVIOS A LA BIOPSIA

Como en todo acto médico, es fundamental recoger en la historia clínica una descripción detallada de la lesión que incluya localización, tamaño, forma, color, textura, consistencia, tiempo de evolución y signos y síntomas asociados. Se consignarán igualmente datos concernientes a la exploración de los territorios ganglionares de cabeza y cuello, para establecer posteriormente un diagnóstico de presunción y diagnósticos diferenciales.

Se obtendrá el consentimiento del paciente, suministrándole la información adecuada y evitando expresiones que pudiesen generar cancerofobia.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA TÉCNICA

Se tendrá presente la necesidad de adaptar estos principios al tamaño de la lesión, las propiedades físicas del tejido y al potencial de malignidad de la lesión.

A la hora de anestesiar, son preferibles técnicas de bloqueo frente a las infiltrativas. En este último caso se procederá a una infiltración circunferencial a cierta distancia de la lesión.

Correspondencia: Dr. P. Varela Centelles.
Centro de Salud de Burela.
C/ E. Garay, s/n. 27880 Burela (Lugo).

En el diseño de la incisión se preferirán incisiones elípticas que faciliten la sutura posterior, y seguirán trayectos paralelos a los nervios y vasos sanguíneos, evitando también incisiones perpendiculares a las fibras musculares.

En las lesiones orales pequeñas (menos de 1 cm) se preferirá la biopsia escisional, en tanto que las lesiones mayores deben biopsiarse mediante una técnica incisional. En este último caso se debe tener la precaución de elegir las áreas más representativas de la lesión incluyendo bordes sanos⁴; no es correcto incluir solamente el área central de la lesión, pues en ciertas lesiones ésta se encuentra necrosada y no aportará información diagnóstica³.

Debe obtenerse al menos una porción de tejido superior a 0,5 cm de diámetro, pues tamaños inferiores raramente aportan información diagnóstica.

Durante el procedimiento se evitarán acciones que puedan distorsionar la muestra, como son la infiltración de anestésico en la lesión o un traumatismo excesivo con las pinzas de disección.

Las muestras obtenidas se orientarán con un punto de sutura, se introducirán de forma inmediata en un frasco con fijador y se remitirán al patólogo junto con la información recogida previamente.

BIOPSIA ESCISIONAL CON BISTURÍ FRÍO

Instrumental

Material de anestesia local, bisturí n.º 5, separadores tipo Farabeuf, pinzas mosquito, pinzas Allis, material de sutura (seda atraumática de 2 a 5 ceros), gasas y frasco con líquido fijador (formol al 10%).

Técnica quirúrgica

Se emplea una técnica de bloqueo y se estabiliza el tejido con pinzas. Se realizan dos incisiones que darán lugar a una elipse diseñando una cuña en forma de "V" que incluya lesión y márgenes de tejido sano (fig. 1). La lesión se separa de su pedículo mediante tijeras o bisturí. La hemostasia se efectúa con sutura de puntos discontinuos.

BIOPSIA INCISIONAL CON BISTURÍ FRÍO

El instrumental y la técnica son sensiblemente similares, y presentan condicionamientos como la definición de los márgenes, las características de la superficie lesional, la extensión en profundidad y la calidad del tejido.

BIOPSIA CON PUNCH

El *punch* es un instrumento ligero, presentado en una bolsa estéril, constituido por un mango y una cuchilla cilíndrica que puede tener 3, 4, 5, 6, u 8 cm de diámetro.

Técnica quirúrgica

Se efectuará una buena analgesia, evitando anestésicos intralesionales. El *punch* tendrá un diámetro adecuado a la intencionalidad de la biopsia (de forma estandarizada se em-

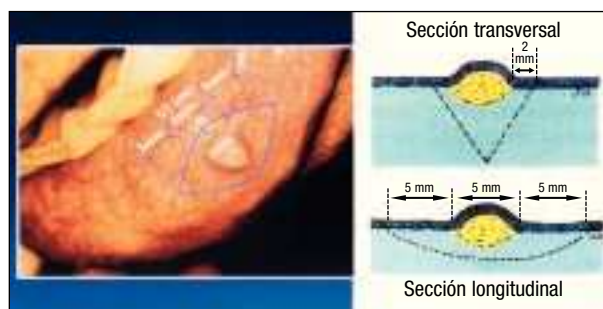


Figura 1. Diseño de la incisión.



Figura 2. Biopsia obtenida mediante *punch*.



Figura 3. Biopsia de glándulas salivares menores.

plea el de 4 cm). El dispositivo se aplicará sin excesiva presión, con un movimiento giratorio, perpendicularmente al plano mucoso. La sección obtenida se cortará y se extraerá con pinzas (fig. 2). La sutura es en un plano y puede ser necesaria compresión durante algunos segundos⁵.

BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVARES MENORES

La utilidad de la biopsia de glándulas salivares menores ha resultado contrastada en el diagnóstico de sarcoidosis, amiloidosis y síndrome de Sjögren⁶⁻⁸. La biopsia de glándulas salivares menores constituye un procedimiento más sencillo, rápido y provoca menor morbilidad que las alternativas de hígado, recto o riñón. Se efectúa preferentemente en la cara interna del labio inferior, donde son más numerosas y es más fácil distinguir la morfología glandular (fig. 3). Sigue los criterios generales de las biopsias incisionales y la mor-

bilidad es escasa. Para lograr un diagnóstico efectivo es preciso obtener al menos 5 lobulillos glandulares.

PROCESADO DE LA MUESTRA

El material más comúnmente empleado para la fijación de muestras es el formaldehído al 10%, aunque en casos en que esté previsto realizar inmunohistoquímica o microscopia electrónica está contraindicado; hay que recurrir al formaldehído tamponado en el primer caso y al glutaraldehído al 3% en el segundo.

Una pobre alternativa la constituye el alcohol etílico al 70%, que hidrata bruscamente el tejido, creando artefactos, fija mal el conectivo y dificulta la tinción del epitelio.

En cuanto al volumen de líquido fijador, éste debe sobrepasar de 10 a 20 veces el tamaño de la muestra⁴.

Junto con la muestra del tejido obtenido, se remitirá al patólogo un informe en el que se harán constar los datos clínicos y de localización de la lesión, el tipo de biopsia, la fecha de toma de la misma y su orientación. Además se de-

be incluir un diagnóstico de presunción y posibles diagnósticos diferenciales^{1,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreras J, De Vicente J. La biopsia en cirugía oral. *RCOE* 1998; 3: 65-70.
2. Seoane J, Aguado A, Suárez JM, De la Cruz A, Esparza G, Cerero R. Técnicas de biopsia en cirugía bucal (I): biopsia con bisturí, biopsia con punch. *Rev Act Odontostomatol Esp* 1996; 1: 68-72.
3. García Peñín A, Carrillo JS, Martínez JM, Sada, JM. La biopsia en estomatología. *Rev Act Estomatol Esp* 1987; 369: 49-62.
4. Donado M, Sada JM, Martínez JM, Donado A. Actitud del profesional de la salud bucodental ante el cáncer oral. *Rev Act Odontostomatol Esp* 1995; 55: 19-31.
5. López P, Saura M, Saura A. La biopsia y citología para el estudio de las lesiones orales. *Odontostomatología Práctica y Clínica* 1998; 1: 89-100.
6. Abaza N, Torret M, Milaro M, Balsara G. The rôle of labial salivary gland biopsy in the diagnosis of Sjögren's syndrome. Report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 574-580.
7. Chonette G, Auriol M, Habib K, Biaggi A. Intérêt de la biopsie des glandes salivaires accessoires labiales pour le diagnostic d'amylose. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1992; 1: 54-57.
8. Le Charpentier Y, Giozza S, Auriol M, Valeyre D, Szpirglas H. Granulomes sarcoidosiques des glandes salivaires accessoires. Étude anatomique et correlations anatomo-cliniques: a propos de 17 observations. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994; 3: 122-127.