

Biopsia y Citodiagnóstico en Odontología

Dr. JOSE B. COSTAS, (*)

Dr. JULIO ALONSO ROMELLI, (**).

Dr. SERGIO DI PIRAMO, (***).

Montevideo - Uruguay

BIOPSIA DE LA CAVIDAD BUCAL. — Es un simple procedimiento quirúrgico en el que una parte (biopsia por incisión), o la lesión completa (biopsia por excisión) es removida de un organismo vivo. Este concepto se opone al de necropsia, que es la remoción en el cadáver.

La Asociación Médica Americana, dispuso en 1941 que la palabra biopsia se utilizara en el siguiente sentido: "la extracción y examen de un fragmento de tejido del cuerpo vivo con propósitos de diagnóstico usualmente microscópico".

Dos dermatólogos franceses, Besnier y Darier, han tenido el mérito de crear el método en su especialidad con tales resultados, que bien pronto fue universalmente adoptado.

INDICACIONES. — Cuando debe realizarse una biopsia.

Pueden plantearse tres posiciones: la biopsia se impone, la biopsia es facultativa, la biopsia está contraindicada.

La biopsia es obligatoria frente a cualquier sospecha de tumoración maligna. El clínico no tiene

derecho de tratar y dejar evolucionar una lesión sospechosa, con el sólo diagnóstico clínico, como también frente a la incapacidad de llegar a una conclusión con respecto a la naturaleza de la lesión.

Como regla práctica se puede enunciar: **toda lesión que persista por más de diez días una vez removidos todos los posibles irritantes, debe ser biopsiada.**

La biopsia es facultativa, cuando estamos frente a una lesión manifiestamente benigna y que no ofrece dudas en su evolución y pronóstico.

Por último, la biopsia está contraindicada en ciertos tumores vasculares por la posibilidad de hemorragias, en personas hemofílicas como es lógico, y en aquellos casos en que las lesiones tisulares están tan extendidas que el tiempo de sobrevida es muy corto, y por lo tanto inútil toda medida terapéutica.

TECNICA DE LA TOMA BIOPSICA. — Para que el fragmento de tejido seleccionado brinde todas sus posibilidades al patólogo, es necesario observar una serie de reglas y de requisitos previos.

Como en cualquier otro acto quirúrgico, se harán los exámenes de rutina.

Además, el enfermo necesita una cierta preparación psicológica. El

(*) Profesor de Anatomía Patológica.

(**) Jefe de Investigaciones en Anatomía Patológica.

(***) Profesor Adjunto de Anatomía Patológica.

problema de la mortandad por cáncer está tan difundido, que el paciente está familiarizado con este tipo de análisis. De manera que no hay que alarmarlo inútilmente y explicarle que el procedimiento es con fines preventivos, para poder instaurar una terapéutica racional.

Asepsia. — Debe evitarse el uso de antisépticos que contengan iodo, ya que este metaloide colorea en forma indeleble los tejidos y dificulta la observación microscópica.

Anestesia. — De preferencia se utilizará la anestesia regional. Posee la doble ventaja de aplicarla lejos de la lesión y la de no distender y alterar la composición tisular.

En el caso de que la región a biopsiar, escape al territorio de la anestesia troncular, no inyectar dentro de la lesión misma, sino fuera de ella, en dos o tres puntos distantes de medio a un centímetro de su borde periférico. La anestesia local produce edema, poco favorable para la observación.

Instrumental. — La amplia facilidad de abordaje que ofrece la cavidad bucal, hace que el instrumental sea reducido. Bisturí de hoja chica y parte activa recta, pinza de disección de bordes romos, separadores, hilo y aguja de suturas, pinza porta-agujas.

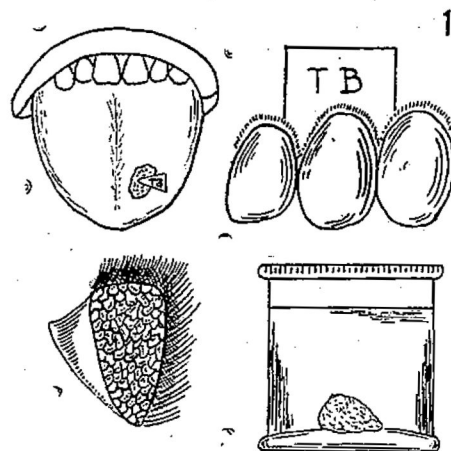
Elección del Fragmento. — Es la parte más importante de esta operación. Se debe tomar en cuenta la forma, tamaño, profundidad, representativo de la lesión y su orientación. (Fig. 1).

La forma del fragmento del tejido extraído, debe ser similar al de un gajo de naranja; en que la superficie está dada por la parte externa de la lesión, y los costa-

dos por los cortes efectuados por el bisturí. El tamaño de la toma, no debe ser menor que el de un grano de arroz. En cuanto a la profundidad, dos o tres milímetros son suficientes.

Cuando se trata de una biopsia de tejido que descansa directamente sobre hueso, (encía), hay que llegar hasta el mismo, pues es allí que se pueden observar los cambios de malignidad.

El fragmento seleccionado debe ser representativo, incluyendo parte de tejido sano y enfermo. En el caso de una úlcera, la toma debe hacerse en la periferia de la lesión, no en la parte central, pues sólo se recogería material necrótico.



La orientación es un dato útil para el patólogo, pues le proporciona la manera de realizar los cortes de las piezas en la forma más favorable. El clínico debe indicar el lugar y la disposición que tenía el fragmento en su sitio original. Por eso es útil acompañar los datos de la ficha biopsica con un esquema.

Fijación. — Pocas horas son suficientes para alterar la toma, si no es colocada en condiciones adecuadas de fijación. Las lisis provocadas en el período post-mortem, destruyen la fisonomía

del tejido. Es responsabilidad del cirujano, impedir que esto suceda.

La fijación es la etapa del proceso de la técnica histológica, que tiene por objeto conservar las estructuras en un estado lo más parecido posible al que esas tenían en vida. El más común de los fijadores y el más universal, es el formol al 10 %; esta solución se consigue tomando una parte de formol comercial llamado formalina, que está a una concentración del 45 % y se diluye en 10 partes de agua destilada. A esta solución se le añade un trozo de tiza o mármol (carbonato de calcio) para neutralizar pequeñas porciones de ácido fórmico que siempre coexisten con la formalina. Todo odontólogo debe poseer esta solución en su consultorio. Si no la poseyera en ese momento, se puede colocar el trozo de tejido, en alcohol rectificado por unas horas.

La práctica de la fijación consiste en colocar el trozo de tejido en un frasco de boca ancha para no lacerar la pieza. Introducir primero el líquido y luego el fragmento para evitar que éste se pegue en el fondo del frasco. Colocar unos tres volúmenes de fijador con respecto al trozo de tejido. De 24 a 48 horas más tarde, el fragmento está fijado.

Datos al Patólogo. — Los datos indispensables que deben acompañar a la pieza biopsica al remitirla al laboratorio, son los que constan en la ficha transcripta.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO. — El diagnóstico histopatológico, proporciona una idea definitiva y concluyente sobre la naturaleza de la lesión.

Algunas veces esto no es posible. Es menester entonces que el clínico y el patólogo se pongan en contacto para intercambiar las im-

presiones sobre el caso para que de esta manera llegar a un criterio ecuaníme sobre el diagnóstico definitivo.

No debe olvidarse, que cuántos más datos se le proporcionan al patólogo (fichas biopsicas completas, radiografías, exámenes de laboratorio), más fácil será su tarea.

ACCIDENTES IMPUTABLES A LA BIOPSIA. — Es un tema de controversia. Mucho se ha hablado de la posible metástasis, de mayor rapidez de crecimiento, luego de la toma biopsica. Clínicamente es difícil extraer evidencias concluyentes, referente al peligro de la biopsia. Es la impresión de muchos autores que las biopsias en algunos tumores son inocuas mientras que en otros pueden resultar en su diseminación. Hay un tumor que parece existir total acuerdo, en que la biopsia es peligrosa, y es el melanoma maligno. Por el contrario, hay muy poca evidencia de que una biopsia de un carcinoma epidermoide de piel o de mucosa o de un adenocarcinoma, aumente la diseminación o su virulencia.

De cualquier manera, la operación radical que exige la cirugía cancerosa implica tasas altas de mortalidad por su riesgo, que ningún cirujano es propenso a realizar una operación de esa índole sin la confirmación biopsica.

Las biopsias de cavidad bucal, proporcionan un método rápido, seguro y relativamente precoz de diagnóstico, aconsejando siempre la biopsia por excisión frente a la biopsia por incisión.

NUEVO PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO: CITOLOGICO. — Las experiencias obtenidas especialmente en los últimos años han demostrado que, con la aplicación del método

FICHA BIOPSICA

Fecha: Remitente Dr.:

DATOS PATRONIMICOS:

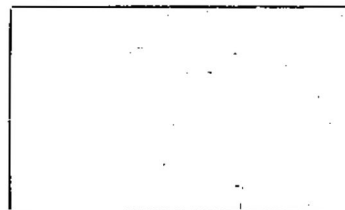
Nombre del paciente: Sexo: Edad: Raza

Nacionalidad: Ocupación: Est. Civil:

Domicilio: Tel.:

DESCRIPCION FISICA DE LA LESION (1)

Debe incluirse la exacta localización, tamaño, forma o configuración, color, consistencia, inserción, tipo de superficie, presencia de exudados, bordes, caracteres de los tejidos vecinos, etc. (ESCRIBASE CON LETRA LEGIBLE EN LAPIZ O BOLIGRAFO).

ESQUEMA DE LA LESION

Líquido fijador empleado: (De preferencia formol al 10 %)

(1) Acompañar con un esquema de la lesión.

BREVE HISTORIA CLINICA DE LA LESION

Debe incluirse motivo de consulta, queja principal y otros síntomas, el comienzo, curso (rapidez de crecimiento), duración, tratamiento previo, presencia de otras lesiones, etc.

Estado de los ganglios linfáticos regionales:

DIAGNOSTICO CLINICO: Otros exámenes de laboratorio: ..

OBSERVACIONES:

de la citología exfoliativa, puede detectarse un cáncer aún en los estadios llamados pre-clínicos.

Dicho método se fundamenta en el reconocimiento de neoplasias a través de células malignas aisladas, obtenidas de raspados, de líquidos orgánicos y de productos de punción y aspiración.

Esta técnica de valor diagnós-

tico, se basa principalmente en dos hechos:

1º Los cambios anormales a nivel celular (anaplásicos) son característicos de las células malignas y son los que las diferencian de las células normales;

2º Las células malignas tienen menos cohesividad que las

células normales y tienden a des-
camarse o exfoliarse.

Los criterios citomorfológicos de las células neoplásicas, vinculados al nombre de George N. Papanicolaou, son:

Alteraciones en la relación núcleo-citoplasmática, vale decir, aumento del área nuclear sin el incremento correspondiente del crecimiento citoplasmático; aumento de los nucleolos; formas celulares anómalas (polimorfismo); tamaño desiguales de las células (anisocitosis); tamaños desiguales de los núcleos anisonucleosis); células gigantes e hiperchromasia.

El diagnóstico citológico requiere conocimientos y experiencias considerables. A pesar que el diagnóstico citológico es aún más difícil y menos concluyente que el diagnóstico histopatológico, la técnica en sí ha probado ser de gran utilidad para detectar tumores malignos, de aspecto completamente inocente, que podrían ser pasados por alto durante el examen clínico.

De ninguna manera reemplaza el diagnóstico histopatológico, y se reconoce actualmente que el examen citológico debe únicamente ser utilizado como un paso preliminar y debe ser seguido por la excisión de las áreas sospechosas para el diagnóstico histológico final de la neoplasia maligna.

En lo referente al valor de la citología exfoliativa en la detección del cáncer bucal hay disparidad de opiniones, aunque su aceptación general lo dice el hecho de los nuevos proyectos de estudios en marcha y el número cada vez mayor de casos e informes publicados.

La crítica mayor al citodiagnóstico oral, dice que en la boca no ofrece ventajas sobre los procedi-

mientos clásicos. Dado que la biopsia bucal es relativamente simple, no habría por qué insertar la citología exfoliativa entre el reconocimiento y el diagnóstico final.

Sin embargo, el estudio citológico puede ser de utilidad en la detección del cáncer precoz o mismo lesiones pre-malignas en pacientes con lesiones inocentes en su aspecto, que generalmente no llevan a la biopsia. Asimismo, el citodiagnóstico puede ser empleado cuando el paciente rechaza la biopsia, pero si el informe citológico es positivo o sospechoso, podría permitir una reconsideración y realizar la biopsia necesaria.

La citología exfoliativa oral constituye indudablemente un método simple de aplicar, que cuando es **interpretado correctamente** constituye un auxiliar diagnóstico de indudable valor.

En palabras de eminente citólogo Leopold G. Koss: "La citología no es para reemplazar lo que es obvio. Si Ud. tiene alguna sospecha, tome una biopsia..."

TECNICA DE LA TOMA CITOLÓGICA ORAL. — Los implementos requeridos son: porta objetos, baja lenguas de madera, fijador, formato de informe clínico y lápiz común de grafito.

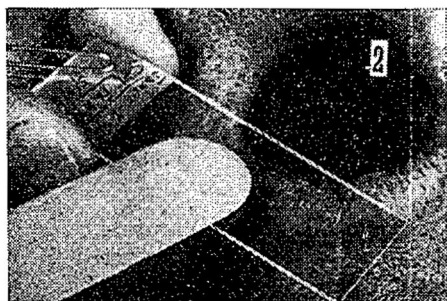
1º) Escribir los principales datos patronímicos (nombre del paciente, fecha y ubicación de la lesión) con lápiz de grafito sobre el costado esmerilado de por lo menos dos porta-objetos por cada lesión.

2º) Sumergir el extremo del baja lenguas de madera en agua y raspar la superficie de la lesión vigorosamente varias veces en una misma dirección.

3º) El raspado celular obtenido en el borde del baja lenguas, es extendido uniforme y rápidamente

te sobre el porta objetos seco. (Fig. 2).

4º) Sumergir los preparados inmediatamente en alcohol etílico a 96 % (alcohol rectificado), para fijación.



Para evitar la adhesión de los porta objetos en el líquido fijador, colocar en uno de sus bordes una grampa metálica.

RESUMEN

Se dan los principios generales del método biopsico para el odontólogo general, sus indicaciones y contraindicaciones.

Se comenta también un nuevo complemento diagnóstico: el citodiagnóstico oral, que a tenido un indudable incremento especialmente en los últimos años.

SUMMARY

The overall lines of the biopsy method for the general dental practitioner, as well as its indications and contraindications, are discussed. A new diagnostic complement is likewise dealt with, namely, oral cytodiagnosis, which has lately had an ever increasing use.

SOMMAIRE

On donne les principes généraux de la méthode de biopsie pour l'odontologue général, ses indications et ses contraindications. On commente aussi un complément nouveau de diagnostic: cyto-diagnostic oral, qui a connu un développement indubitable, surtout ces dernières années.

INHALTSANGABE

Es werden die allgemeinen Grundlagen der Biopsie-Methode für den allgemeinen Zahnarzt gegeben, seine Indikationen und Gegenindikationen.

Man behandelt auch ein neues diagnostisches Komplement: die orale Zell-diagnose, die in den letzten Jahren einen besonders bemerkenswerten Aufschwung erfahren hat.

BIBLIOGRAFIA

Del método biopsico

- Alonso Romelli, Julio. — La biopsia en odontología. Rev. "El Diente". Año V. Nº 19. Nov. 1956.
- Aubin, A. — La biopsia clinique. Texto: Vigot Frère. Edit. 1924.
- Boyle, P. E. — Differential diagnosis of soft tissue lesion of the mouth with a discussion of biopsy procedures. Oral Surg., Oral Med., Oral Path. 7: 507, 1954.
- Cooke, B. E. D. — Biopsy procedures. Oral Sur., Oral Med., Oral Path. 11: 750, 1958.
- Cole, H. W. Mc. Donald, G.O., Roberts, S. S., Sonthwich, H. — Dissemination of cancer. Appleton Century. Crofts Inc. New York. 1961.
- Klappenbach, Dámaso. — Colaboración de la Anatomía Patológica en Clínica. Su importancia para el diagnóstico diferencial. Rev. Dental. Año XXIII. Abril - Junio, 1940. Nº 2.
- Matteo, Alberto L. — Consideraciones prácticas acerca de la biopsia y del examen microscópico en el diagnóstico de las enfermedades neoplásicas. Pub. de la Asoc. Urug. de Lucha contra el Cáncer. Nº 23. Año 1953.

De citodiagnóstico

- King, O.H. — Oral cytology for the general practitioner. J.A.D.A. 66: 551: 1963.
- Robbins, S.L. — Texto: Pathology. W. B. Saunders Company. 1962.
- Sandler, A.C. — Reliability of oral cytology for detection of oral cancer. J.A.D.A. 68: 489, 1964.
- Sandler, H.C.; Stahl, S.S.; Cahn, L.R. and Freud, H.R. — Exfoliative cytology for detection of early mouth cancer. Oral surg., Oral Med., Oral Path. 13, 994: 1960.
- Umiker, W.O.; Lampe, I.; Rapp, R. and Hiniker, J.J. — Oral smears in the diagnosis of carcinoma and premalignant lesion. Oral Surg., Oral Med., Oral Path. 13, 897: 1960.
- Oral exfoliative cytology. — Veterans Administration Cooperative. Study 1962. Washington, D.C.