

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M.

20

LA BIOPSIA COMO METODO
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA BUCAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA TERESA GONZALEZ MENDOZA

278543

MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

Por darme la oportunidad de saber lo que soy capaz de lograr con su inagotable apoyo, insuperable ejemplo y su gran amor.

GRACIAS.

A MIS HERMANOS

Por que gracias a ustedes día a día aprendo a compartir la vida.

A MIS ABUELOS

Por su sabio consejo de terminar todo lo que se empieza.

A LA DRA. JULIA URDIALES RAMOS

Por todo su apoyo, tiempo y conocimiento que comparte con aquel que quiere conocer un poco más.

A LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICA

Por darme los elementos necesarios para ejercer esta noble profesión.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS

Que conocí y me enseñaron algo de lo bueno y malo de la vida.

JORDI SOLER

Gracias a ti se que **el mundo** es tan **mágico** y **seductor**
como uno lo desee.

INDICE

INTRODUCCIÓN	.....	3
I. BIOPSIA BUCAL	.....	5
Objetivos		
Indicaciones Generales		
Indicaciones en cavidad bucal		
Limitaciones Generales		
Limitaciones Locales		
II. TIPOS DE BIOPSIA	.....	14
III. BIOPSIA EXCISIONAL	.....	16
IV. BIOPSIA INCISIONAL	.....	20
V. OTROS TIPOS DE BIOPSIA	.....	22
VI. SOLICITUD DE BIOPSIA	.....	26
VII. OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICO	.....	27
VIII. TECNICA HISTOPATOLOGICA	.....	28
Fijadores		
Métodos de Fijación		
Técnica Histopatológica de parafina		

IX. REPORTE HISTOPATOLOGICO ORAL	37
X. FALLAS COMUNES DE UNA BIOPSIA	38
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCION:

En la práctica profesional del Cirujano Dentista el diagnóstico constituye un paso fundamental para el tratamiento de cualquier proceso patológico bucal.

El diagnóstico supone la identificación de la enfermedad existente, tomando en cuenta las características de la enfermedad del caso que la distinguen de otros fenómenos patológicos. Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación cuya base es el interrogatorio del paciente, la exploración clínica, y los estudios de laboratorio. La función diagnóstica es una responsabilidad importante en el ejercicio de la Odontología.

Cuando una lesión aparece en la cavidad bucal, es fácil visualizarla con una luz adecuada, al palparla ofrece datos de su induración así como su textura. Una historia detallada, donde se incluya el tiempo de evolución, presencia de dolor y cambios de tamaño, sumados a estudios de laboratorio y radiografías dentales nos llevan a un diagnóstico acertado.

En la actualidad uno de los métodos más precisos para el diagnóstico de enfermedades bucales así como la detección oportuna del cáncer bucal es a través del examen histopatológico. Con él se puede corroborar o definir histológicamente el tipo de entidad patológica y su comportamiento

En la práctica clínica es frecuente encontrar lesiones que no son diagnosticables por medio de la inspección y la exploración, de ahí la importancia de realizar este método diagnóstico. La técnica de biopsia es un procedimiento sencillo que puede llevar a cabo todo Cirujano Dentista en el consultorio dental, bajo previa capacitación adecuada y conociendo las limitaciones técnicas que se tienen en el primer nivel de atención, sin olvidar que esta es la etapa donde se puede detectar una patología en estadios tempranos. De esta forma el paciente con un tratamiento a tiempo tendrá un mejor pronóstico.

Aún más, si el paciente se realiza una autoexaminación de forma regular ayuda a la detección temprana de enfermedades. Para realizarla una examinación completa de la boca se usa una luz adecuada y un espejo. Un buen lugar es el espejo del baño. Se realiza en el siguiente orden:

- 1.- Retirar cualquier aparato removible si se tiene.
- 2.- Observar y palpar la parte interna de los labios y carrillos.
- 3.- Sacar la lengua y examinarla en todas sus partes.
- 4.- Palpar si existe la presencia de masas o aumento de tamaño de nódulos linfáticos en ambos lados del cuello.

Si el paciente detecta alguna anomalía debe acudir a su dentista de inmediato.



universidad latinoamericana

CAPITULO I

BIOPSIA BUCAL

BIOPSIA BUCAL

La palabra biopsia proviene del griego "bios" vida y "opsis" visión. Fue creada a fines del siglo pasado por el dermatólogo francés Ernest Henri Bernier, en 1879 para referirse a la extirpación de un tejido u órgano a un ser vivo, con el propósito de estudiar la naturaleza de la lesión mediante el examen microscópico.

La biopsia es un auxiliar en el diagnóstico ya que permite la corroboración de la observación clínica o bien puede descartarla en forma inequívoca. Permite a través de un análisis citomorfológico dar parámetros sensibles en el diagnóstico de lesiones premalignas y lesiones malignas.(Ramaesh T., 1998).

OBJETIVOS DE LA BIOPSIA

- 1.-Establecer un diagnóstico definitivo y preciso, excluyendo otras enfermedades o lesiones.
- 2.-Determinar el grado de malignidad de una lesión, colaborando así a la determinación del pronóstico y a una mejor terapéutica.
- 3.-Conocer el grado de extensión del proceso patológico.
- 4.-Conocer o denegar el diagnóstico clínico.
- 5.-Valorar los resultados del tratamiento

INDICACIONES GENERALES DE LA BIOPSIA.-

1) Determinar la índole y origen de la entidad patológica.

Identificar de que tipo de lesión se trata, ejemplo: origen inflamatorio, reactivo, infeccioso, vascular o tumoral. Con la finalidad de estudiar su estructura tanto macroscópicamente como microscópicamente, se puede así confirmar un diagnóstico, precisar la naturaleza y características de una lesión o ambas cosas a través del estudio anatomopatológico.

2) Determinar extensión y límites de una lesión.

Este punto es muy importante ya que permite al Patólogo la revisión de la lesión, determinando si el procedimiento quirúrgico fue el adecuado dejando márgenes libres.

3) Determinar si se ha realizado una técnica quirúrgica adecuada.

Si se realiza una adecuada técnica quirúrgica se facilitará el estudio histopatológico para corroborar o descartar el diagnóstico clínico.

4) Determinar si la lesión es benigna o maligna.

Determinando el grado de malignidad de una lesión da la pauta a establecer el pronóstico y la terapéutica adecuada. Como la queratitis actínica que es una lesión premaligna que frecuentemente afecta al borde del vermellón del labio inferior.

Debido a que no existe correlación entre la apariencia clínica y la agresividad a nivel histológico, la biopsia es determinante. (Mangamaro A., 1997). Además de estudios inmunohistoquímicos que ayudan a determinar la naturaleza de lesiones en el epitelio oral, ya sean benignas, premalignas o malignas. (Bahar R., 1997).

5) Reconocimiento o exclusión de metástasis.

Como existen procesos neoplásicos en los cuales las células migran a órganos o tejidos alejados del foco primario influyen de forma determinante en el pronóstico. La metástasis de cáncer de cabeza y cuello es un fenómeno extremadamente raro. El carcinoma escamoso de la mucosa bucal es difícil de llegar a otros órganos. Aunque hay reportes de carcinoma de mucosa bucal con metástasis a hueso. (Mathew, 1997).

6) Elaboración de un plan de tratamiento.

Una vez que se ha determinado el origen y naturaleza a través del estudio histopatológico de una lesión se procederá a la planificación del tratamiento adecuado.

7) Evaluar los resultados terapéuticos.

La presencia o no de recidiva de una lesión o el tiempo en que esta desaparezca evaluará la terapéutica utilizada.

8) Establecer el pronóstico.

El resultado que se obtiene a través del estudio histopatológico establecerá el pronóstico. En la mayoría de los casos el Cirujano Dentista está capacitado para realizar el procedimiento de biopsia, pero en otras ocasiones deberá remitir al paciente con un especialista haciéndole comprender que no significa que su problema sea grave, sino que lo que se desea es una atención más específica para su caso.

El Cirujano Dentista no deberá esperar a que la lesión progrese, ya que existen casos de pacientes con diagnósticos tardíos de malignidad, en los que no se actuó tempranamente.

Al procedimiento de biopsia se le debe promover ya que es simple, rápido y asintomático, se le debe tomar en cuenta y realizarse cuando este indicado, ya que es un auxiliar de diagnóstico y debe verse como parte integral de la práctica clínica.

Resulta contradictorio que muchos Cirujanos Dentistas realicen extracciones múltiples de dientes de un cuadrante, sin embargo en muchas ocasiones temen eliminar una porción pequeña de tejido y realizar así una biopsia.

A un paciente que se le va a realizar una biopsia, se le explicará que el tejido obtenido será sometido a un estudio histopatológico, y que es usado para establecer un diagnóstico exacto de la muestra obtenida.

INDICACIONES DE UNA BIOPSIA EN CAVIDAD BUCAL:

La biopsia se efectuará bajo las siguientes indicaciones.

1) Lesiones que no puedan ser diagnosticadas clínicamente en forma precisa.

Presencia de cambios de color rojo o blanco, lesiones ulceradas o aumentos de volumen y en toda lesión sospechosa donde después de un cuidadoso examen clínico no se puede determinar un diagnóstico definitivo será necesaria la toma de una biopsia bucal. En la actualidad existe un instrumento óptico llamado **Erythema Meter** que cuantifica el eritema de la mucosa del paladar proporcionando datos que indican el comportamiento de la lesión y así decidir o no la toma de biopsia. (Cross LJ., 1998). Cerca del 4% de pacientes adultos presentan lesiones de tejidos blandos, las cuales deben ser evaluadas clínicamente, siendo de especial cuidado las masas con alteraciones irregulares o nodulares por lo que en este caso está indicado la toma de biopsia. Estas alteraciones pueden llegar a ser papilomas, pero existen varios tipos de papiloma por lo cual el diagnóstico clínico es esencial, apoyado de una biopsia. (Bouquot JE. 1996).

2) Lesiones periapicales

Los granulomas y quistes radiculares son entidades patológicas muy frecuentes de los maxilares y que se tiene que hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones radiolúcidas benignas o malignas. Se pueden observar zonas radiolúcidas en muy pocas semanas subsecuentes a un tratamiento endodóntico que no revierten a un control antibacteriano, esto puede ser una alerta para el Dentista de un caso de metástasis de linfoma maligno a una lesión periapical mandibular. (Heng CK. 1995).

3) Fracaso con terapias conservadoras.

Si una lesión que ha sido observada por un periodo de tiempo o bien no ha respondido al tratamiento local o no muestra evidencia de cicatrización, se deberá hacer una biopsia. El periodo de observación no excederá de 7 a 10 días.

4)Cualquier tejido blando removido por alguna razón.

Todos los tejidos blandos que se obtengan de un acto quirúrgico como son: hiperplasias, mucocelos, etc.

5) Para el diagnóstico de enfermedades sistémicas

Existen enfermedades sistémicas como síndrome de Sjögren, sarcoidosis, amiloidosis donde el diagnóstico puede realizarse a través de una biopsia bucal. Para diagnosticar el Síndrome de Sjögren se realiza una biopsia incisional de mucosa.

6) Citología exfoliativa positiva.

Este método no permite un diagnóstico definitivo, ya que sólo se puede interpretar la presencia o ausencia de células malignas, sin determinar el tipo de lesión.

Si el diagnóstico resulta positivo a través de la citología exfoliativa, es necesaria la realización de una biopsia bucal, la que confirmará el tipo de lesión y en caso de ser maligna su grado de diferenciación celular.

La reciente aplicación de técnicas cuantitativas junto con avances inmunocitoquímicos han aumentado el valor del estudio citológico en el diagnóstico de cáncer oral, como son los análisis de citomorfología, análisis de DNA y marcadores tumorales .(Ogden GR. Cowpe JG. Wight AJ. 1997).

7) Fracaso de la biopsia inicial.

Si la biopsia inicial reporta fracaso para confirmar la impresión clínica, deberá realizarse un segundo procedimiento.

LIMITACIONES DE LA BIOPSIA EN CAVIDAD BUCAL

En la técnica de biopsia más que contraindicaciones, existen limitaciones, pues no se conoce ninguna condición en que a los pacientes no se les deba realizar la misma, más aún si esta es indispensable para tratar o mejorar su estado. Así entonces, existen condiciones más bien limitantes, como estados de compromiso sistémico (Diabetes Mellitus, SIDA, Leucemias, Síndromes Hemorrágicos, etc.) en los que no se ha establecido un adecuado control médico o bien, por su evolución se han necesario efectuar la biopsia en un momento posterior donde la condición sistémica sea más favorable. Así mismo, pudiera ser que no se cuente en el consultorio con el material y equipo necesario o con las condiciones adecuadas que el caso requiera.

Dichas limitaciones se clasifican en:

- 1) Generales.
- 2) Locales.

Es importante considerar desde un principio las limitaciones tanto locales como generales en la realización de una biopsia en cavidad bucal, para poder determinar el riesgo y el beneficio que esta puede causar y siempre salir con éxito del tratamiento.

Algunos factores de riesgo para que se presente una infección de la herida quirúrgica en cirugía oncológica son la edad, enfermedades sistémicas como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), que sea posterior a radioterapia, el estadio TNM, el tipo de procedimiento y el tiempo operatorio. (Rodrigo T. 1998).

LIMITACIONES GENERALES

1. Pacientes con Cardiopatías

Las alteraciones cardíacas que se deben tener en consideración para saber si el paciente no controlado puede o no ser candidato para realizar una biopsia en cavidad bucal son: Hipertensión Arterial, Angina de Pecho, Infarto al Miocardio e Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Es importante asegurarse, no sólo en el caso de estas enfermedades sino también en cualquier otra en él que el paciente este bajo administración medicamentosa, si se los esta aplicando antes del tratamiento odontológico a menudo el paciente, en especial aquel que ha estado sometido a tratamientos con anticoagulantes por largos periodos, se olvida de seguir las indicaciones y puede haber suspendido la ingesta de sus medicamentos durante ese día o los días previos a su tratamiento. El realizar procedimientos quirúrgicos en alguno de ellos puede implicar un gran riesgo por lo cual debe establecerse interconsulta con su médico.

2 .-Alteraciones endócrinas

Las alteraciones endócrinas de importancia para el odontólogo en su práctica clínica son: Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Enfermedad de Addison, Síndrome de Cushing y Diabetes Mellitus. Es muy importante que el Cirujano Dentista tenga cuidado de observar a los pacientes que presentan cualquiera de estos trastornos endocrinos para llevar a cabo una interconsulta con su médico y determinar si el paciente puede o no ser sometido a la toma de biopsia una vez que ha sido controlado su problema sistémico o debe ser canalizado a un centro hospitalario.

3. Pacientes con desnutrición

Debido a que la desnutrición puede provocar trastornos metabólicos muy severos debe ser adecuadamente valorado el paciente o ser remitido a un centro hospitalario para su manejo.

4. Pacientes con discrasias sanguíneas

Estos pacientes pueden ser objeto de alguna intervención quirúrgica de cavidad bucal siempre y cuando se practique en un centro hospitalario, bajo la supervisión estrecha del hematólogo.

LIMITACIONES LOCALES:

1. Lesiones que clínicamente muestren evidencia de malignidad.

Cuando una lesión ha presentando crecimiento progresivo acelerado, induración y fijación a los tejidos adyacentes debe remitirse a un centro hospitalario oncológico para que el especialista realice la biopsia y establezca el tratamiento adecuado. (Consalvo, 1995)

2. En lesiones pigmentadas

En lesiones pigmentadas como melanomas del tipo nodular. Estos pacientes deberán ser remitidos de inmediato a un centro hospitalario oncológico, para la corroboración del diagnóstico y tratamiento adecuado. La localización de melanoma en cavidad oral es raro, varía entre 0.2 y 8%, siendo más frecuente en hombres, localizándose preferentemente a nivel de paladar duro y encía. (Garzino D. 1997). Su tratamiento se basa en cirugía seguida de radioterapia. Existen varias técnicas para realiza la excisión como la cirugía micrográfica por cambio de tejido. (Oriba HA., 1998).

3. En lesiones vasculares

En lesiones vasculares como hemangiomas, ya que debido a su gran vascularización se puede originar una hemorragia intensa al realizar la incisión. Los pacientes con estas patologías deberán ser remitidos a un centro hospitalario para su atención. El color distintivo de la base de las lesiones azuladas resulta de la acumulación de material pigmentante; sangre, fluidos en cantidades anormales dentro de lesiones orales. Clínicamente la apariencia de estas lesiones varía y a pesar de la similaridad morfológica, su patogenia, etiología y comportamiento clínico es diferente, así como su tratamiento y pronóstico. Debido a la similaridad entre lesiones azuladas benignas y malignas es la necesidad de un diagnóstico histológico antes de determinar el tratamiento. (Anastassov G. 1998).

4. En tumores de glándulas salivales mayores.

Los procesos neoplásicos en glándulas salivales mayores deben extirparse generalmente con el lóbulo correspondiente de la glándula lo cual se realiza en un centro hospitalario.

5. Cuando el tejido a biopsiar involucre trayectos anatómicos de riesgo

Cuando un paciente presente lesiones en sitios anatómicos de mayor riesgo como las localizadas en piso de boca, donde se encuentran glándulas principales, arterias, vasos linfáticos mayores y nervios, debe ser remitido a un centro hospitalario.

6. En exostosis o torus palatino o mandibular.

Las exostosis presentan dificultad para tomar una porción de tejido, además con el estudio clínico y radiográfico se puede llegar al diagnóstico correcto. (Hardy, 1959. Kusek, 1987. Shafer, 1988. Henry, 1993) Sólo en el caso de estar indicada la eliminación de estas lesiones por motivos estéticos, funcionales o para colocación de prótesis bucal se realizará la biopsia bucal.



universidad latinoamericana

CAPITULO II

TIPOS DE BIOPSIA

TIPOS DE BIOPSIA

Existen diferentes tipos de biopsia, dependiendo de la forma en que se tome la muestra de tejido o del momento en que ésta se realice.

La biopsia además de su realización previa al tratamiento es fuente de datos valiosos para conocer la evolución del proceso, el resultado de la terapéutica y para fundar un pronóstico.

Para la realización de la biopsia bucal es necesario destacar que existen dos etapas que comprenden:

1.- **Etapa clínica:** Diagnóstico presuntivo y toma de la muestra.

2.- **Etapa de laboratorio:** preparación de material para estudio microscópico revisión macroscópica, congelación o deshidratación, inclusión en parafina, obtención de los cortes y tinción de los mismos, finalmente la observación e interpretación para un diagnóstico final o definitivo.

Si se toman varias biopsias en una lesión se deben colocar por separado y marcar adecuadamente los datos. Si las radiografías son valiosas como en el caso de lesiones óseas se deben enviar junto con el material biopsiado.

I. Por el momento en que se realiza la biopsia puede ser.

a) **Preoperatoria.** Se realiza previa al tratamiento para poder obtener un diagnóstico definitivo que permita establecer las condiciones que requiere la intervención quirúrgica

b) **Transoperatoria.** Se realiza durante una intervención quirúrgica, cuando se requiere rapidez en el diagnóstico para proseguir el tratamiento.

Para obtener los cortes adecuados se emplean dispositivos que permiten darle cierta consistencia a la muestra de tejido obtenida, como son el microtómo de congelación o crióstato, de esta manera el tejido podrá ser examinado en pocos minutos.

c) **Posoperatoria.** Se realiza posterior al cumplimiento de la terapéutica, su utilidad es grande en caso de persistencia tumoral, de recidiva o de propagaciones. La recurrencia local del carcinoma en lengua después de una glossectomía depende de un adecuado tratamiento quirúrgico de inicio. (Yuen AP. 1998). La recurrencia de cáncer escamoso se presenta en paciente cuyo cáncer no fue controlado de forma adecuada tanto quirúrgica como por radioterapia, siendo la recurrencia en el sitio de la detección temprana. (Watson JC., 1998).

II. Dependiendo de la forma en que se tome la muestra de tejido.

Existen varios métodos para realizar una biopsia bucal, se presentan las de uso más frecuente.

1. **Biopsia excisional.**

2. **Biopsia incisional.**

3. **Biopsia por punción y aspiración.**

4. **Por Sacabocados.**

De los diferentes tipos de biopsia, en cavidad bucal las más utilizadas son la excisional y la incisional, porque son técnicas más apropiadas para el tipo de lesiones que se presentan en la boca.



universidad latinoamericana

CAPITULO III

BIOPSIA EXCISIONAL

BIOPSIA EXCISIONAL.

Consiste en la eliminación completa de la lesión incluyendo tejido normal adyacente a los bordes externos de la lesión, se realiza en lesiones no mayores de 2 cm. de diámetro . Permite al patólogo decir si la lesión ha sido eliminada en su totalidad y proporciona un tratamiento definitivo.

Técnica de biopsia excisional.

Instrumental:

- Carpule, cartucho de anestesia y aguja desechable
- Instrumental de examen
- Bisturí
- Pinzas diente de ratón
- Pinzas anatómicas
- Pinzas de campo
- Tijeras
- Hilo de sutura (000-0000 cat-gut para cierre subcutáneo, 000-0000 seda negra para membrana mucosa y 00000 nylon para cierre de piel.
- Cánula de aspiración
- Solución fijadora. Formol al 10% (formalina).

1) **Asepsia y antisepsia.** Se realiza por medio de una gasa saturada con solución antiséptica, los movimientos se realizan en un solo sentido.

2) **Anestesia.** Se aplica por infiltración en puntos locales cercanos a la lesión, con anestésico, generalmente se utiliza anestésico del tipo de lidocaína con epinefrina al 2%. Se debe tener cuidado de no infiltrar directamente en la lesión para evitar distorsión de los tejidos y cambios bioquímicos de la muestra.

3) **Fijación de la lesión.** Debe utilizarse una sutura de tracción cuando son lesiones de base pediculada por ejemplo: papiloma, hiperplasia fibrosa, ya que facilita considerablemente la eliminación quirúrgica y evita la compresión o destrucción de los tejidos de la lesión.

4) **Incisión.** Se palpa con cuidado la lesión para determinar su profundidad, se realizan dos incisiones en forma elíptica en la superficie de la lesión, con cortes que convergen en forma de "V" y que profundicen en ángulo de 45° eliminando completamente la base de la lesión. La muestra debe ser de tamaño adecuado, mínimo 10mm de largo, 5mm de ancho y mínimo 5 mm de profundidad

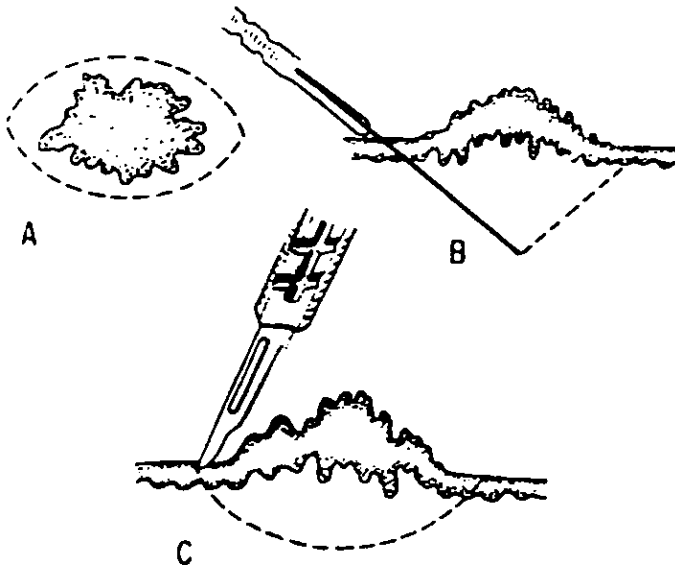


Fig. 1-1 A. vista superior; B. Y C. Vistas longitudinales

5)Fijación del tejido. Colocar la muestra del tejido obtenido inmediatamente en la solución fijadora: formol al 10 % (formalina). Las características del frasco que contiene el formol debe ser de boca ancha para no forzar la muestra y distorsionarla, el volumen del liquido fijador debe ser 20 veces más que el tamaño de la muestra.

El frasco deberá estar perfectamente rotulado con los siguientes datos para facilitar el examen macroscópico y microscópico: Nombre del paciente, sexo, edad, tipo de biopsia, región de donde se tomó la biopsia, diagnóstico clínico presuntivo del caso. El frasco debe de ir acompañado con una solicitud de estudio histopatológico, resumen de historia clínica y estudios radiográficos si lo amerita.(Fig 1).

6) Sutura. El lecho quirúrgico debe quedar sin restos de la lesión, posteriormente se sutura afrontando los bordes; generalmente se logra con dos puntos aislados. Las biopsias de lesiones muy pequeñas de mucosa no suelen requerir sutura ya que con presión suave ejercida durante unos minutos se logra la hemostasia, y cicatriza por segunda intención.

Indicaciones posquirúrgicas

- 1.- Control y retiro de sutura entre los 5 y 7 días
- 2.- Revulsivos: frío las primeras 24 horas (hielo); segundo día: calor (bebidas caliente).
- 3.- Régimen: blando, no irritantes (alcohol, condimentos, etc.)
- 4.- Reposo: relativo del paciente y absoluto para la zona operatoria.

BIOPSIA EXCISIONAL

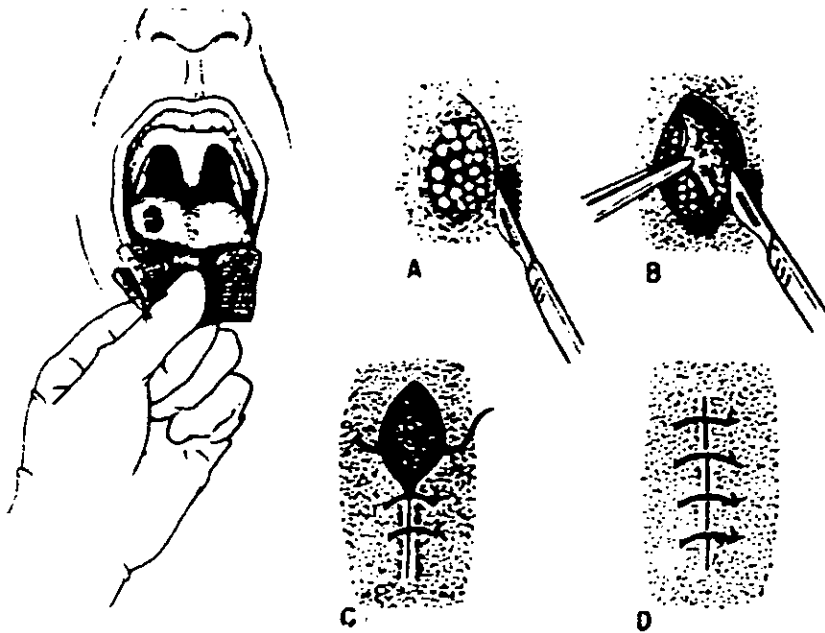


Fig. 1-1 A. Incisión; B. Extirpación; C. Sutura; D. Sutura Completa.



universidad latinoamericana

CAPITULO IV

BIOPSIA INCISIONAL

BIOPSIA INCISIONAL

Consiste en la eliminación de una porción representativa de la lesión, la muestra se toma del margen de esta, incluyendo parte del tejido normal adyacente. Se realiza en lesiones mayores de 2 cm.

El método para realizar la biopsia incisional es el mismo que se sigue para la biopsia excisional a excepción de que el corte quirúrgico en este se realiza con dos incisiones en forma elíptica que deberán extenderse desde el centro de la lesión hasta el tejido sano, convergiendo en forma de "V" y con profundidad de 45° de tal forma que la muestra tomada incluya parte de tejido afectado y tejido sano para comparación. Se debe extender a la parte más profunda de la lesión. (Fig 2).

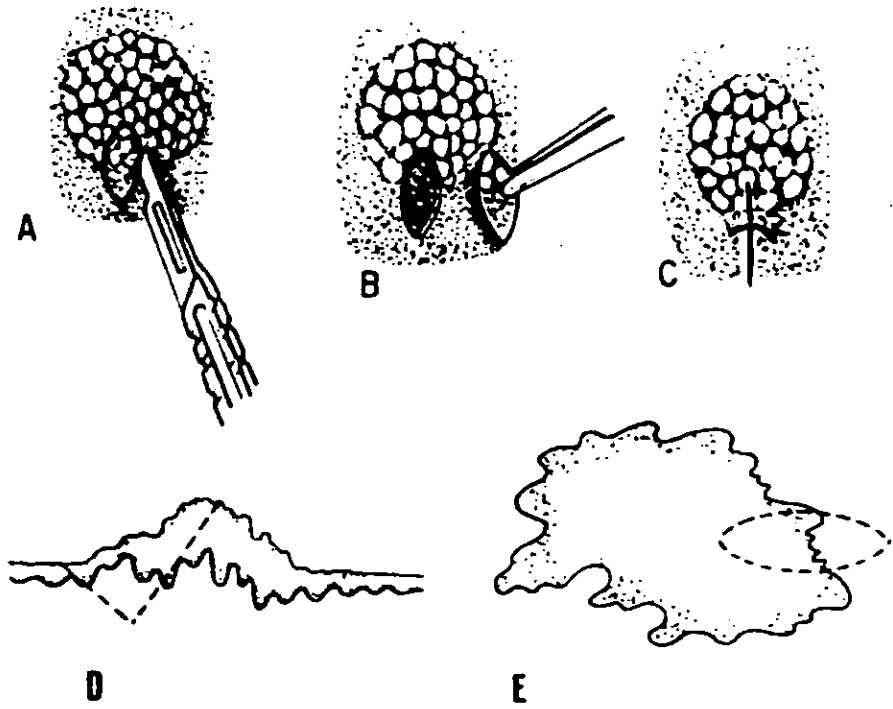


Fig. 2-1 A. Toma de muestra; B. Extirpación parcial de la lesión; C. Sutura; D. Corte longitudinal; E. Vista superior.

BIOPSIA POR SACABOCADOS O PUNCH

Este tipo de biopsia se realiza con un instrumento especial, consiste en un cilindro de acero, cortante en sus extremos que permite obtener un pequeño fragmento de la lesión , se utiliza principalmente para tomar muestras de lesiones ulcerosas, infiltrantes o vegetantes de mucosas accesibles, y en localizaciones más lejanas como son la nasofaringe, pared faríngea, laringe o esófago.

Esta biopsia se realizará cuando no se necesite el tejido adyacente normal para fines de comparación; ya que el sacabocados se coloca en la parte central de la lesión y se hace girar en sentido de las manecillas del reloj con un movimiento continuo, hasta llegar a la profundidad del plano muscular, esto permite obtener fragmentos cilindricos que se extirpan desde la base de la lesión con un bisturí o tijera. El acceso para la biopsia por punch no representa problema alguno al compararlo con la biopsia incisional.(Moule I., 1995).

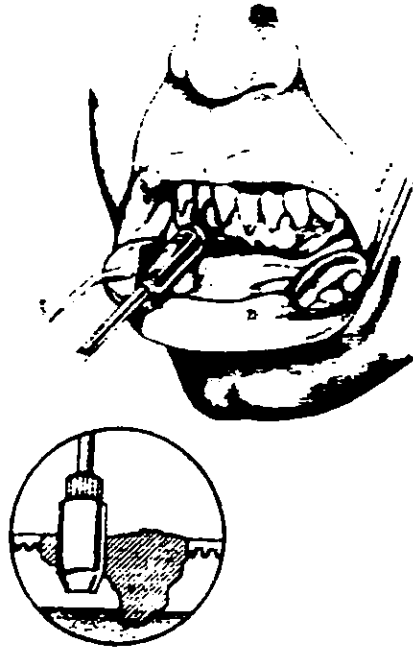


FIG. 3-1 Biopsia obtenida por punch.

BIOPSIA POR PUNCIÓN CON ASPIRACIÓN.

La aspiración biopsica con aguja fina es una técnica aceptable y exacta para diferenciar procesos benignos de lesiones malignas que involucran nódulos linfáticos y glándulas salivales.

En algunas ocasiones las biopsias realizadas por aspiración con aguja fina son guiadas por tomografía computarizada o ultrasonido. La muestra obtenida se analiza a través del frotis citológico.

En forma rápida estudiando las tomas con la técnica de citología exfoliativa se pueden diferenciar procesos inflamatorios, reactivos, quísticos y neoplásicos.

Es recomendable ya que impide la siembra del tumor, permitiendo luego al cirujano efectuar una disección ideal. La biopsia por aspiración con aguja fina es usada frecuentemente en el diagnóstico de lesiones localizadas en la región de cabeza y cuello. (Fulciniti, 1997). La biopsia por aspiración es especialmente útil para masas parafaríngeas o palatinas que usualmente son submucosas difíciles de biopsiar. (Cramer, 1995).

Habitualmente no requiere anestesia, se efectúa con una jeringa desechable de 10 ó 20 ml. conectada una aguja calibre 22, sin embargo también se puede utilizar una aguja especial de luz amplia o trocar, que se introduce en la lesión extrayéndose por aspiración un material líquido o semilíquido; el material así obtenido es la muestra de biopsia, también se pueden emplear cánulas que por su acción cortante permitan la obtención de un pequeño fragmento de tejido o muestras cilíndricas del tejido u órgano de estudio. Este tipo de biopsia por aguja fina debe realizarse con la técnica adecuada para que resulte un procedimiento diagnóstico de utilidad.

El uso de la aguja de mediano tamaño (MNB) de 1.2mm en biopsia por aspiración se acerca hasta un 91% al diagnóstico final. (Elvin, 1997).

Se usa con frecuencia en lesiones de apariencia quística, lesiones óseas, nódulos linfáticos y tumores de las glándulas salivales, en lesiones localizadas en estructuras profundas.

Su desventaja es que muchas veces sólo permite obtener poco material líquido o semilíquido, además requiere que el patólogo que lo examine tenga un entrenamiento especial para interpretar las características del tejido. (Ceccotti 1996) La biopsia por punción no representa riesgos, aunque se ha reportado una complicación como enfisema quirúrgico. (Staines K., 1998).



universidad latinoamericana

CAPITULO V

OTROS TIPOS DE BIOPSIA

OTROS TIPOS DE BIOPSIA

Las siguientes técnicas en la obtención de biopsia no son de uso frecuentes en odontología y generalmente se utilizan en centros hospitalarios:

- a) **Biopsia por trepanación-** Se emplea para la obtención de tejido óseo de lesiones no quística.
- b) **Biopsia por legrado-** Este método consiste en la obtención de una muestra considerable de tejido por raspado por medio de cucharillas. Se utiliza mas frecuentemente en lesiones óseas.
- c) **Biopsia por sacabocados-** Es la resección de algún fragmento de tejido mediante unas pinzas especiales o sacabocados. Se emplea en regiones posteriores de la cavidad bucal y en lesiones óseas.
- d) **Biopsia por electrocirugía-** en esta se emplea un equipo de electrocirugía. Debe ser empleada en lesiones en donde sea importante la hemostasia. Es el método de elección para biopsias de neoplasias que se sospechan malignas debido a que se previene el riesgo de metástasis iatrogénica. Debido a que esta técnica produce artefactos por coagulación especialmente en los márgenes de la biopsia esta contraindicado en biopsias pequeñas. Se puede realizar con electrocauterio la incisión comprometiendo al mínimo los márgenes para su examinación, esto dependen del tipo electrocauterio, su uso y la habilidad del cirujano así como la velocidad de la incisión, dando buenos resultados.(Campisi G., 1996).
- e) **Biopsia por irrigación-** Por las características de la lesión se utiliza cuando no esta indicado otro tipo de biopsia como en el caso de irrigar cavidades serosas con solución salina y enviar la muestra al anatomopatólogo. Se puede considerar parte de la citología exfoliativa.
- f) **Biopsia por congelación-** Se realiza durante el acto operatorio (transoperatorio) a nivel hospitalario, cuando se desea obtener un resultado rápido de varios minutos, para tomar una decisión respecto a la extensión del tratamiento. Esta indicada cuando se sospeche malignidad en la lesión, para conocer la extensión de una neoplasia, para determinar los límites quirúrgicos libres de lesión .



CAPITULO VI

SOLICITUD DE BIOPSIA

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

FECHA: _____ No. DE BIOPSIA _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD _____ SEXO _____
 DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____
 DR. SOLICITANTE _____ CLÍNICA DE: _____

LESIÓN

mancha vesícula
 macula ampolla
 pápula ulceración
 placa fisura
 nódulo aumento de volumen

FORMA

circular
 estereoidal
 ovalada rectangular
 irregular

DATOS DE LA LESIÓN

TIPO DE LESIÓN _____ FORMA _____
 COLOR _____ TIPO _____
 CONSISTENCIA _____ TAMAÑO _____
 BASE _____ SUPERFICIE _____
 BORDES _____
 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA _____

LOCALIZACIÓN _____

DATOS RADIOLÓGICOS

TIPO

única
 múltiple
 primaria
 secundaria
 recurrencia

RADIOLUCIDA RADIOOPACA MIXTA
 UNILOCLAR MULTILOCLAR BORDES BIEN DEFINIDOS
 BORDES DIFUSOS
 OTROS _____

CONSISTENCIA

blanda
 firme
 dura
 fluctuante
 resistente
 misma del tejido adyacente

POSIBLE ETIOLOGÍA DE LA LESIÓN

INFLAMATORIA HIPERPLÁSICA NEOPLÁSICA (B) (M)
 QUISTICA DEGENERATIVA INFECCIOSA
 REACTIVA CANCERIZABLE METASTASIS
 OTRAS _____

SINTOMATOLOGÍA

dolor prurito
 parestesia
 ardor

VINCULACIÓN SISTEMÁTICA: SI () NO ()
 ESPECIFIQUE _____

BASE

sésil
 pediculada
 indurada
 infiltrada

LESIÓN DETECTADA POR:
 PACIENTE CIRUJANO DENTISTA C. MAXILOFACIAL
 OTROS ESPECIFIQUE: _____

SUPERFICIE

lisa
 rugosa
 verrucosa
 granulosa
 lobulada
 plegada

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
 DÍAS SEMANAS MESES AÑOS DESCONOCIDO

TIPO DE BIOPSIA:
 INCISIONAL EXCISIONAL OTRA _____

BORDES

bien definidos
 mal definidos
 regulares
 irregulares

DIAGNOSTICO PROBABLE: _____

OBSERVACIONES: _____



CAPITULO VII

OTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Existen también métodos no invasivos para el diagnóstico de neoplasias orales como la espectroscopia fluorescente, que permite el estudio de la composición química y morfológica del tejido. (Gillenwater, 1998).

Además de la colorimetría (Yamashiro, 1996) estudios histoinmunológicos (Kaplan I., 1998) y pruebas enzimáticas (Sondell B., 1996) de lesiones de la mucosa oral.

El nitrógeno líquido en spray esta siendo usado solo o asociado a algún método quirúrgico en varios tipos de lesiones orales como granulomas piógenos, fibroma, leucoplasia, eritroplasia, dando buenos resultados debido a las características de humedad de tejidos blandos, ideales para esta técnica.

Además de sus excelentes resultados estéticos, por ser segura, fácil de realizar y relativamente económica es una buena alternativa en pacientes ambulatorios. (Ishida C. 1998).



universidad latinoamericana

CAPITULO VIII

TECNICA HISTOPATOLÓGICA

TECNICA HISTOPATOLOGICA

FIJADORES

Siempre que se realiza una biopsia, el fragmento de tejido obtenido debe ser sometido a una técnica de procesamiento de tejidos para su examen histopatológico, usualmente la primera etapa de esta técnica es la FIJACION.

Es un procedimiento que consiste en interrumpir los procesos de degradación que aparece después de la muerte celular, tratando de conservar la arquitectura y composición tisular lo más próxima posible a como se encontraba en el organismo vivo; además de ser barato, estable y de fácil manejo.(Lazzati. 1993. 1994).

Los líquidos fijadores actúan como conservadores, al evitar los cambios autolíticos (autodigestión enzimática celular) o putrefacción (efecto ejercido por determinadas toxinas y enzimas bacterianas) de los tejidos, el crecimiento bacteriano (lo que imposibilita realizar cultivos) y su desecación. Coagulan el protoplasma y con ello, lo hacen insoluble pues endurecen el tejido e impiden su deformación de tal forma que permite cortarse con facilidad.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA FIJACION

- 1.No existe un método universal de fijación. Un fijador es adecuado para un tejido y puede no serlo para otro tejido.
- 2.No todos los fijadores conservan indefinidamente el tejido, ya que la fijación no es equivalente a conservación. La formalina es el fijador más utilizado y al mismo tiempo es buen conservante.
- 3.Un defecto de fijación jamás puede ser corregido.
- 4.Es inútil realizar un estudio histopatológico sobre un material con defectos de fijación graves. (Lazzati, 1993. 1994)

TIPOS DE FIJACIÓN

A) Fijación histológica o citológica.- pretende conservar la arquitectura y la estructura de los tejidos y células, sin considerar los cambios moleculares inducidos sobre sus componentes bioquímicos.

B) Fijación histoquímica.- pretende preservar la composición molecular y bioquímica de los tejidos más que conservar los detalles morfológicos. (Lazzati, 1993, 1994)

CLASES DE FIJADORES SEGÚN SU MECANISMO DE ACCION

Los fijadores se pueden clasificar según su mecanismo de acción en dos tipos: fijadores por métodos físicos y fijadores por métodos químicos. En el primer caso se emplea el enfriamiento por congelación. En el segundo, los fijadores son generalmente líquidos y actúan desnaturalizando e insolubilizando las proteínas tisulares (Lazzati, 1993, 1994).

Algunos fijadores actúan como mordientes, es decir, aumentan la afinidad del protoplasma por ciertos colorantes como el alumbre, fenol, sales de cromo. Los fijadores aumentan por lo general la diferenciación óptica de las estructuras celulares y tisulares al mismo tiempo hacen que las células resista la solución hipo e hipertónicas que son empleadas después de los fijadores; reducen también el riesgo de infección en las personas que manejan los tejidos. Es preciso tener en cuenta que no hay ningún fijador ideal, y la elección depende del tipo de células o tejido que se desee estudiar.

MÉTODOS DE FIJACIÓN

1. Inmersión del tejido en el fijador.
2. Suspensión del tejido en los vapores del fijador .
3. Perfusión de las muestras antes o después de removerse el cuerpo para facilitar la penetración del fijador y asegurar una fijación uniforme y rápida.

La fijación primaria es aquella en donde un primer fijador es empleado. Este no siempre es el más adecuado.

La fijación secundaria o refijación, consiste en colocar el tejido en un segundo fijador para demostrar algún componente tisular específico o simplemente para intensificar la fijación inicial.(Lazzati, 1993, 1994)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SELECCIÓN DE UN FIJADOR.

1. EL grosor de la biopsia debe ser compatible con la capacidad de penetración del fijador.
2. Se debe tomar en cuenta la probabilidad de cortar varios bloques del tejido fresco para permitir el uso de mayor cantidad de fijador.
3. El uso de la muestra como posible muestra de museo.
4. Los elementos tisulares a mostrar.
5. La probabilidad de que en la técnica de coloración se necesite el efecto de mordiente.

Los reactivos que suelen emplearse como agentes fijadores son el formol, alcohol, bicloruro de mercurio, bicromato de potasio, y ciertos ácidos, como son, ácido pícrico, ácido acético, ácido ósmico; también se emplean mezclas como el líquido de Bouin, de Zenker. Aunque ningún fijador posee todas las cualidades ideales, existe una extensa gama de técnicas para la preparación de los tejidos, pero se recomienda el uso de técnicas comunes de fácil aplicación.

El formol resulta ser el fijador " universal ". Para casos especiales se usa una fijación más especializada. Por ejemplo, para tejidos hematopoyéticos se usa la solución de Zenker. Con el líquido de Bouin o con el alcohol, se puede detectar con facilidad el glucógeno. Cuando se busca estudiar la citología, más que la alteración de los tejidos, se recomiendan los líquidos de Bouin o de Carney.

FORMOL

Formol.- También se le conoce como formalina, es una solución acuosa de formaldehído al 40 %, es el fijador más usado.

Ventajas:

1. El período de fijación no es complicado.
2. La penetración es rápida, uniforme y constante en los tejidos.
3. Las muestras se pueden fijar en su totalidad, aún las de gran tamaño, pero es preferible sumergirlas lentamente o seccionarlas.
4. Los lípidos son preservados.

5. Permite el uso de la mayor parte de los métodos de coloración e incluso técnicas especializadas para nervios.

6. Permite la fijación secundaria.

Desventajas:

1. El tejido puede encogerse después de la inclusión en parafina, ya que el formol proporciona una fijación blanda.

2. La preservación del detalle nuclear es inferior a la que proporcionan fijadores nucleares.

3. Además de que es irritante de la mucosa nasal puede causar dermatitis.

4. No permite cultivar microorganismos.

5. Macroscópicamente afecta la apariencia de la pieza, dando lugar a que la imagen observada por el patólogo sea muy diferente a la del clínico, y afecta también los efectos de la fotografía en colores. La mayoría de los autores coinciden en que el formol como fijador debe ser usado al 10%.(formaldehído al 4 %). Este formol para tejidos, se prepara al agregar nueve volúmenes de agua corriente o solución clorada a un volumen de formol comercial.

La muestra debe ser sumergida inmediatamente en la solución fijadora, 20 veces el volumen de la muestra. El material debe ser remitido al laboratorio en un envase que sea bastante amplio, de tal forma que la pieza quirúrgica quede "nadando", así permite que el fijador entre en todo su interior.

TÉCNICA HISTOLOGICA DE PARAFINA

La técnica histopatológica, incluye la ciencia de demostrar los diversos componentes de los tejidos por medio de procedimientos físicos y químicos.

Es importante señalar que existen técnicas histológicas diversas desde la más sencilla a las mas complicadas. Al realizar este estudio, se deben tomar en consideración los cambios funcionales y morfológicos, indicados por los datos clínicos y radiológicos, cuando es necesario se complementan con procedimientos histoquímicos y bacteriológicos.

La técnica histopatológica más utilizada desde hace 100 años es la de parafina, ya que los cortes obtenidos son nítidos y se observa una morfología celular que permite llegar a un diagnóstico definitivo y preciso.

Se describen a continuación los principios que rigen esta técnica:

Fijación.- El bloque de tejido se sumerge inmediatamente en una solución fijadora para su conservación.

Lavado.- Se realiza con agua corriente. Tiene por objeto eliminar el fijador para que no se precipite y forme manchas en la preparación.

Descalcificación.- Este paso consiste en la eliminación del calcio de las muestras óseas o dentarias. Existen diferentes métodos para lograr está, la más empleada es la llamada solución ácida diluida.

Deshidratación.- Consiste en eliminar gradualmente toda el agua del tejido, haciéndolo pasar por alcoholes de concentración ascendente, empezando por el 30 % y finalizando con el absoluto. Cuando se incluye este paso, el agua del tejido ha sido reemplazada por el alcohol.

Aclaramiento.- Se efectúa mediante tres cambios sucesivos de la muestra, de una hora y media cada uno, en algún solvente como el cloroformo, xilol, toluol, benceno, etc. Tiene por objeto volver al tejido soluble a la parafina y hacerlo translúcido.

Preinclusión.- Consiste en colocar el tejido aclarado en un recipiente con parafina líquida con un punto de fusión de 56 a 58°C. Dentro de una estufa de temperatura fija.

Inclusión.- La finalidad de este paso es formar un bloque con el tejido bien orientado, dejando que la parafina solidifique.

Corte.- Consiste en obtener cortes de 5 a 8 micrómetros de espesor, mediante un aparato llamado microtómo. Los corte se adhieren y se extienden sobre el portaobjetos haciéndolo flotar en un aparato denominado "baño maría" con agua y grenetina a una temperatura que fluctúa entre 45 y 55°C. Se deben evitar los pliegues y las burbujas.

Tinción.- Resulta necesario dar a los componentes tisulares características cromáticas que permiten distinguir sus elementos. A este paso se le denomina tinción y se basa en la afinidad química que tienen determinados elementos celulares por el colorante. La tinción más empleada es la hematoxilina-eosina; sin embargo, en ocasiones se requiere utilizar tinciones especiales para afirmar o descartar diferentes tipos de lesiones y obtener así el diagnóstico acertado.

Montaje.- Después de la tinción se eliminan el exceso de colorantes. Para que la preparación sea permanente, es necesario colocar una gota del medio de montaje; por ejemplo, el bálsamo de Canadá, se tapa con un cubreobjetos y se deja secar.

Actualmente con el uso de microondas el procedimiento convencional se reduce a 3 pasos. 1) Fase de deshidratación 2) Fase de lavado 3) fase de inclusión. Todo esto en un tiempo aproximado de 25 minutos a 2 hrs. dependiendo del tamaño de la muestra. Utilizando 12.2cm. de onda el proceso de deshidratación de las muestras se realiza de manera completa facilitando la difusión de la parafina. Todas estas ventajas tanto en la calidad del procedimiento como en la velocidad se ven reflejados en la disminución de costos para laboratorios que manejan más de 300 muestras diarias.

Existen variedades en la técnica histológica tales como son histoquímica enzimática y la no enzimática. También se han derivado otras más complicada como la inmunofluorescencia, autoradiografía y empleo de marcadores.

TÉCNICA HISTOPATOLOGICA

Para iniciar el procesamiento de las muestras de tejido u órganos se sigue una serie de pasos que se describen a continuación:

1.-Deshidratación e inclusión:

Esta se lleva a través de un aparato denominado histoquinet el cual esta constituido por un carrusel que gira a intervalos predeterminados mediante un reloj. El carrusel sostiene una canastilla de metal que contiene las cápsulas con el tejido, y que al girar pasa por una serie de vasos que contienen los reactivos para la deshidratación e impregnación en parafina. Los diez primeros vasos son de cristal y los dos últimos de acero, contiene un termostato para mantener la parafina a una temperatura adecuada 58° C - 62°C.

2.- Elaboración de bloques:

Los tejidos que fueron procesados en el Histoquinet se sacan a las 12 horas de que fueron introducidos, se colocan en un aparato especial para incluir el cual consiste de una caja con termostato para mantener la parafina entre 58°C y 60°C, una plancha con refrigeración y una placa a la misma temperatura que la parafina.

En esta última se pone la cápsula de acero en donde fue deshidratado el tejido y se abre para sacar 103 fragmentos, los cuales se colocan en un molde especial de acero inoxidable con parafina donde se orienta adecuadamente y se coloca sobre esta una cámara de plástico anotando en ella el número correspondiente se coloca más parafina y se lleva a la plancha refrigerante.

Cuando el bloque de parafina esta totalmente frío es sólido y se desprende fácilmente de la cámara de plástico la cual sirve para colocarlo en el micrótopo.

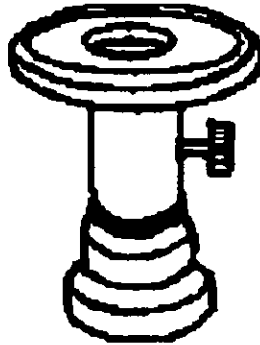


Fig. Micrótopo de mano con platina de vidrio y pinza interior para sujetar la inclusión, en la base dispone de un tornillo micro – métrico que al girar hace subir la inclusión contenida en el interior del cilindro. Desplazando la cuchilla sobre la platina de vidrio se corta lo que se ha hecho sobresalir. Se obtienen cortes de 20 micras.

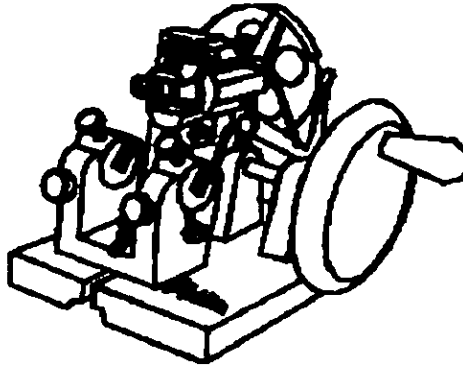


Fig. Micrótopo de rotación . Es un instrumento simple y fiable. Su rango de corte es de 1 -25micras

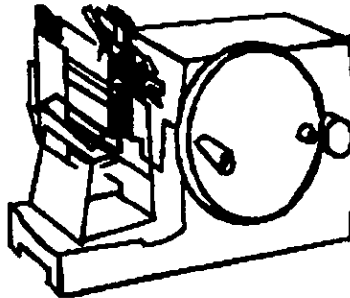


Fig. Micrótopo de rotación y de precisión
Dispone de 4 rangos de ajuste, según el corte
De 1 a 10 micras, de 11 a 20, de 21 a 30 o de
31 a 40 micras.

3.- Corte:

Se coloca el bloque de parafina con el tejido incluido en el micrótopo. En este micrótopo se hacen cortes de 5 a 8 micrómetros de espesor. Se colocan en el baño maría de flotación con agua caliente a 48 o 50°C y unos miligramos de gelatina. se extienden los cortes y se disuelve la parafina, así se montan en el portaobjetos. Se escurre un poco de agua y se colocan en una canastilla de metal la cual se deja 15 minutos dentro de la estufa para que se fije el tejido al portaobjetos.

4.- Tinción de rutina:

Se retira la canastilla con los portaobjetos de la estufa, se deja enfriar y se pasa la canastilla por las diferentes cajas de cristal que contienen las soluciones para llevar a cabo la tinción.

5.- Montaje:

Una vez que las laminillas están teñidas se toman una por una, se limpian, se quita un poco de xilol, colocando una gota de resina sintética y se coloca el cubre objetos para que la resina se extienda y quede protegido el corte. Hasta aquí termina el proceso de rutina en el laboratorio, las laminillas están listas para observarse en el microscopio.



CAPITULO IX

REPORTE HISTOPATOLÓGICO ORAL

INFORME DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

El patólogo envía un informe escrito de la muestra estudiada o sea, el diagnóstico histopatológico.

El informe consta esencialmente de:

- a) **Identificación de la muestra.**- nombre del paciente, edad, sexo, procedencia, fecha de recibido.
- b) **Reporte macroscópico.**- Observación de la muestra recibida.
- c) **Informe microscópico.** - Explicación microscópica de la muestra, en forma breve y clara.
- d) **Diagnóstico.**- Diagnóstico final de la evaluación histopatológica de la muestra, que debe ser por lo general corto y concreto, para orientar al clínico en su conducta terapéutico.
- e) **Comentarios.**- En algunas ocasiones el patólogo comenta aspectos evolutivos o de tratamiento que, de acuerdo a su experiencia, son pertinentes en el caso en cuestión. En otras aconseja repetir la toma de la muestra.

Cuando se diagnostica alguna anormalidad, en caso de que el Cirujano Dentista tuviera alguna pregunta acerca del reporte, esta debe ser discutida con el patólogo antes de dar el Dx. Final al paciente.

El informe histopatológico provee al Cirujano Dentista no solo el diagnóstico sino el plan de tratamiento específico para el tipo de lesión identificada. En cualquier caso, el paciente debe acudir al consultorio para darle a conocer el diagnóstico y plan de tratamiento a seguir además de realizarle una revisión del proceso de cicatrización de la biopsia.

DIAGNOSTICO FINAL.



CAPITULO X

FALLAS COMUNES DE UNA BIOPSIA

FALLAS COMUNES EN LA BIOPSIA

Se mencionan las fallas más comunes durante el procedimiento de la biopsia, con la finalidad de reducir al mínimo su frecuencia, ya que una muestra insuficiente o inadecuada o inclusive de orden técnico, hace imposible el diagnóstico.

MUESTRA INADECUADA.-

Puede ser inadecuada por varias razones:

- 1.- Ser de tamaño insuficiente para el patólogo trabaje adecuadamente con ella.
- 2.- Ser de escasa profundidad y solo contener la parte superficial de la lesión.
- 3.- Haber sido tomada de un sitio de la lesión, en algunas ocasiones se necesita tomar varias muestras ya que el aspecto histopatológico es variable en diferentes zonas.

EXTRAVIO DE LA MUESTRA.-

Cuando se tome una biopsia se deberá colocar de inmediato en un frasco, nunca en una gasa manchada en sangre, sobre una mesa, ya que en cualquier momento pudiera tirarse. Si se obtiene más muestra se deberá colocar el rotulo indicando la zona, de lo contrario daría lugar a confusiones respecto de su origen.

ROTULACION ERRONEA DE LA MUESTRA.-

Se deberá tener cuidado de rotular el frasco donde se colocará la muestra, nunca en la tapa.

FALTA DE EXTIRPACION DE TEJIDO NORMAL.-

Es importante que el patólogo reciba una franja de tejido normal adyacente, que le permita examinar el punto de transición.

ARTEFACTOS POR COMPRESIÓN.-

Cuando la mucosa se comprime en exceso tanto el tejido epitelial como el conectivo puede ser severamente alterados produciendo huecos o desgarros, sólo la periferia de la muestra deberá ser utilizada para sostener la muestra. Nunca debe ser comprimida con pinzas.

ARTEFACTOS POR FULGURACION- CAUTERIZACIÓN.-

El calor produce marcada alteración tanto al epitelial como al conectivo.

La combinación de la electrocirugía y el bisturí debe ser considerada. Esta técnica involucra el uso de bisturí para la incisión inicial alrededor o en la lesión a ser biopsiada y la electrocirugía para terminar la remoción de la muestra. Este método produce mejor hemostasia, y menos calor en la muestra.

ARTEFACTOS POR INYECCION.-

La inyección de grandes cantidades de anestésico puede producir cambios tisulares importantes. La inserción de la aguja puede producir hemorragia por extravasación, lo que desvanece la arquitectura normal de las células.

Además puede producir la separación de los haces de tejido conectivo.

FALTA DE ORIENTACION.-

El no identificar la orientación de la muestra dará lugar a confusión del patólogo, si se llega a informar que el tumor fue extirpado en forma completa de un lado, a veces es útil un diagrama para orientar al patólogo.

FIJACION INAPROPIADA.-

Si la calidad de tinción es alterada, las células aparecen encogidas. Hay pérdida del detalle celular. El uso del alcohol da por resultado un pobre teñimiento del epitelio y la fijación inapropiada del tejido conectivo.

FALTA DE INFORMACION POR MEDIO DE LA HISTORIA CLINICA.-

El patólogo se verá imposibilitado en dar un diagnóstico exacto, ya que él no cuenta con la ventaja de tener contacto directo con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Anastassov G. Escobar V. 1998**, Hemangioma- like lesions: diagnosis Management General Dentistry 46(4):372-5:376-7 Aug.
- 2.- **Antonelli JR. , Panno FV. , Witko A. 1998**, Inflammatory papillary hyperplasia: supraperiosteal excision by the blade-loop technique. General Dentistry 46(4): 390-7. Jul-Aug.
- 3.- **Arnoux JP. Papatiriu A. Weisgold AS. 1998**, A revised technique for stage-two surgery in the severely resorbed mandible: a technical note. International Journal of Oral and Maxillofacial Implants. 13(4):565-8, Jul-Aug.
- 4.- **Babar R. Kunishi M. Kayada Y. Yoshiga K. 1997** CD44 variant 6(CD44v6) expression as a progression marker in benign, premalignant and malignant oral epithelial tissues. International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery 26(6):443-6, Dec.
- 5.- **Bates D. O'Brien CJ. Tikaram K. Painter DM., 1998**. Parotid and submandibular sialadenitis treated by salivary gland excision. Australian & New Zealand Journal of Surgery 68(2):120-4 Feb.
- 6.- **Bouquot JE. Wroblewski GJ. 1996**, Papillary (pebbled) masses of the oral mucosa: more than simple papillomas. Practical Periodontics & Aesthetic Dentistry. 8 (6):543, Aug.
- 7.- **Campisi G. Freschi M. Lauritano D. Spadari F. 1996**. Clinical , surgical and diagnostic evaluation of lesions of the oral mucosa using biopsy and histological studies: comparison of two methods. Minerva Stomatologica 45(6): 247-52, Jun.
- 8.- **Carson HJ. Candel A. 1998**. The clinical context and utility of tongue biopsies. General Dentistry. 46(4):382-6, Aug.
- 9.- **Casino AJ. Harrison P. Tarnow DP. Morris HF. Ochi S. 1997**. The influence of type of incision on the success rate of implant integration at stage II uncovering surgery. Journal of Oral & Maxillofacial surgery 55(12 Suppl5): 31-7, Dec.
- 10.- **Chang A. Spencer JM. Kirsner RS. 1998**. Squamous cell carcinoma arising from a nonhealing wound and osteomyelitis treated with Mohs micrographic surgery: a case study. Ostomy Wound Management . 44(4): 26-30, Apr.

- 11.- **Cramer H. Lampe H. Downing P. 1995.**Intraoral fine needle aspiration. A review of 25 cases. *Acta Cytologica* 39(4): 683-8, Jul-Aug.
- 12.-**Cross LJ. Bagg J. Moseley H. 1998** Evaluation of an optical instrument for objective assessment of oral mucosal erythema. *Journal of Oral Rehabilitation* 25(7):496-501, Jul.
- 13.-**Elvin A. Sundstrom C. Larsson SG. Lindegren PG. 1997.** Ultrasound-guided 1.2mm cutting-needle biopsies of head and neck tumors. *Acta Radiologica.* 38(3):376-80.May.
- 14.-**Ethunandan M. Macpherson DW. 1998.** Persistent drooling: treatment by bilateral submandibular duct transposition and simultaneous sublingual gland excision. *Annals of the Royal College of Surgeons Of England.* 80(4):279-82.Jul.
- 15.-**Field LM. Dassiou-Plakida D. 1995 .** The hinged mucosal flap. A contour-saving approach to submucosal lesions of the lip. *Dermatologic Surgery.* 21(3):258-60, Mar.
- 16.-**Forrest LA. Schuller DE. Karanfilov B. Lucas JG.1997.** Update on intraoperative analysis of mandibular margins. *American Journal of Otolaryngology.* 18(6):396-9, Nov-Dec.
- 17.- **Fuleinitti F. Califano L. Zupi A. Vetrani A. 1997.** Accuracy of fine needle aspiration biopsy in head and neck tumors.*Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.* 55(10): 1094-7, Oct.
- 18.-**Gillenwater A. Jacob R. Ganeshappa R. Kemp B: El Naggat AK: Palmer JL. Clayman G: Mitchell MF. Richards-Kortum R. 1998.**Noninvasive diagnosis of oral neoplasia based on fluorescence spectroscopy and native tissue autofluorescence. *Archives of Otolaryngology Head & Neck Surgery* 124(11): 1251-8 Nov.
- 19.-**Garzino Demo P. Carbon M. Carrozzo M: Broccoletti R: Gandolfo S. 1997.** Melanoma of the oral cavity. Review of the literature. *Minerva Stomatologica.* 46(6):329-35, Jun.
- 20.- **Giray CB. Ataserver A. Durgun B. Araz K. 1997.** Clinical and electron microscope comparison of silk sutures and n-butyl-2-cyanoacrylate in human mucosa.*Australian Dental Journal.* 42(4):255-8, Aug.
- 21.-**Heng CK. Heng J. 1995** Implications of malignant lymphoma on a periapical mandibular lesion. *General Dentistry.* 43(5):454-8. 1995 Oct.

- 22.- **Hicks WL Jr.** Kuriakose MA. Loree TR. Orner JB. Schwartz G. Mullins A. Donaldson C. Winston JM. Bakamjian VY. **1998.** Surgery versus radiation therapy as single-modality treatment of tonsillar fossa carcinoma: The Roswell Park Cancer Institute experience. *Laryngoscope.* 108(7):1014-9 Jul.
- 22.- **Huaut M.** Laroche C. Levy J. Laxenaire A. Roucayrol AM. Sheffer P. **1998.** Epithelioma cuniculatum. Apropos of a case in the anterior gingiva with involvement of the mandibular symphyseal bone and reconstruction using a fibular osteocutaneous flap and integrated implants. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale.* 99(3): 143-8, Oct.
- 23.- **Ishida CE.** Ramos-e-Silvia M. **1998.** Cryosurgery in oral lesions. *International Journal of Dermatology.* 37(4):283-5, Apr.
- 24.- **Kannan S.** Chandran GJ. Balaram P. Chidambaram S. Nair MK. **1996.** Potencial biological markers for the staging of tumor progression in oral mucosa: a multivariate analysis. *International Journal of Biological Markers.* 11(2):67-76 Jun.
- 25.- **Kaplan I.** Vered M. Moskona D. Buchner A. Dayan D. **1998.** An immunohistochemical study of p53 and PCNA in inflammatory papillary hyperplasia of the palate: a dilemma of interpretation. *Oral Diseases.* 4(3) 194-9, Sep.
- 26.- **Kotelnikov V.** Cass L. Coon JS. Spaulding D. Preisler HD. **1997.** Accuracy of histone H3 messenger Rna in situ hybridization for the assessment of cell proliferation in human tissues. *Clinical Cancer Research.* 3(5): 669-73, May.
- 27.- **Manganaro AM.** Will MJ. Poulos E. **1997.** Actinic cheilitis: a premalignant condition. *General Dentistry* 45(5):492-4, Oct.
- 28.- **Martin IC.** Kerawala CJ. Reed M. **1998.** The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia. *Oral Surgery, Oral medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, & Endodontics.* 85(4):444-6, Apr.
- 29.- **Mathew BS.** Jayasree K. Madhavan J. Nair MK. Rajan B. **1997.** Skeletal metastases and bone marrow infiltration from squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *Oral Oncology.* K33(6):454-5, Nov.
- 30.- **Moule I.** Parsons PA. Irvine GH. **1995.** Avoiding artefacts in oral biopsies: the punch biopsy versus the incisional biopsy. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.* 33(4):244-7, Aug.

- 31.- **Mravak-Stipetic M.** Pirkic A. Vidas I. **1998** Reduction of epithelial dendritic cells in keratotic lesion of oral lichen planus. *Collegium Antropologicum* 103-9 Dec.
- 32.- **Nakanishi Y.** Ochiai A. Yoshimura K. Kato H. Shimoda T: Yamaguchi H: Tachimori Y: Watanabe H. Hirohashi S. **1998**. The clinicopathologic significance of small areas unstained by Lugol's iodine in the mucosa surrounding resected esophageal carcinoma: an analysis of 147 cases. *Cancer* 82(8):1454-9, Apr.
- 33.- **Ogden GR.** Cowpe JG. Wight AJ. **1997**. Oral exfoliative cytology:review of methods of assessment. *Journal of Oral Pathology& Medicine* 26(5):201-5. May.
34. -**Oriba HA.** Stanley R. Snow SN. Mohs FE. **1998**. Oral malignant melanoma treated with Mohs micrographic surgery by fixed-tissue technique. *Archives of Otolaryngology.* 124(2):199-201. Feb.
- 35.-**Payne JB.** Johnson GK. Reinhardt RA. Schmid M. **1998**. Histological alterations following short-term smokeless tobacco exposure in humans. *Journal of Periodontal Research.* 33(5): 274-9,Jul.
- 36.-**Phillips TJ.** Salman SM. Bhawan J. Rogers GS. **1998**. Burn scar carcinoma. Diagnosis and management . *Dermatologic Surgery.* 24(5):561-5. May.
- 37.-**Philipsen HP.** Reichart PA. **1996**, Squamous odontogenic tumor(SOT): a benign neoplasm of the periodontium. A review of 36 reported cases. *Journal of Clinical Periodontology* 23(10): 922-6 Oct.
- 38.- **Povedano Rodriguez V.** Jurado Ramos A. Mellado Rubio R. Cantillo Baños E. **1995**. Nuestra experiencia en el manejo de los tumores del espacio parafaríngeo. *Anales Otorrinolaringológicos Iberoamericanos.* 22(4): 393-403
- 39.-**Ramaesh T.** Mendis BR: Ratnatunga N. Thattul RO. **1998**. Cytomorphometric analysis of Squames obtained from normal oral mucosa and lesions of oral leukoplakia and squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 27(2):83-6 Feb.
- 40.- **Rodrigo TapiaJP.** Alvarez Mendez JC. Gomez Martinez Jr. Suarez Nieto C. **1998**. Factores de riesgo en la infección de la herida quirúrgica en cirugía oncológica de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española.* 49(3):221-4, Apr.

- 41.-**Rosin MP**, Epstein JB: Berean K: Durham S: Hay J. Cheng X. Zeng T: Huang Y. Zhang L. 1997. The use of exfoliative cell samples to map clonal genetic alterations in the oral epithelium of high-risk patients.
- 42.-**Sabatelli P**, Squarzoni S, Petrini S, Capanni C, Ognibene A, Cartegni L, Cobianchi F, Merlini L, Toniolo D, Maraldi NM. 1998. Oral exfoliative cytology for the non-invasive diagnosis in X-linked Emery-Dreifuss Neuromuscular Disorders 8(2) 67-71, Apr.
- 43.- **Shaw RJ**, Negus TW, Mellor TK. 1996. A prospective clinical evaluation of the longevity of resorbable sutures in oral mucosa. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 34(3): 252-4, Jun.
- 44.-**Shintani S**, Matsuura H, Hasegawa Y. 1997. Fine needle aspiration of salivary gland tumors. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 26(4):284-6, Aug.
- 45.-**Sondell B**, Dyberg P, Anneroth GK, Ostman PO, Egelrud T: 1996. Association between expression of stratum corneum chymotryptic enzyme and pathological keratinization in human oral mucosa. *Acta Dermato-Venereologica*. 76(3): 177-81. May.
- 46.- **Spiro RH**. 1995. Treating tumor of the sublingual glands, including a useful technique for repair of the floor of the mouth after resection. *American Journal of Surgery* 170(5):457-60, Nov.
- 47.- **Staines K**, Felix DH. 1998. Surgical emphysema: an unusual complication of punch biopsy. *Oral Diseases*. 4(1):41-2, Mar.
- 48.- **Tasar F**, Tumer C, Sener BC, Sencift K. 1995 Lymphangioma treatment with Nd-YAG laser. *Turkish Journal of Pediatrics*. 37(3): 253-6, Jul-Sep.
- 49.-**Takeda Y**, Sasou S, Obata K. 1998 Pleomorphic adenoma of the minor salivary gland with pseudoepitheliomatous hyperplasia of the overlying oral mucosa: report of two cases. 38(5):389-95, May.
- 50.-**Triantafyllou A**. 1996, Cytological and cytochemical investigations on granular cells in oral lichen planus. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 25 (4) :151-6. Apr.

- 51.-Walsh LJ. L'EstrangePR. Seymour GJ. 1996. High magnification in situ viewing of wound healing in oral mucosa. Australian Dental Journal. 41(2): 75-9, Apr.
- 52.-Watson JC. Ridge JA. 1998. Surgical management of local and regional recurrent head and neck squamous cell carcinoma. Current opinion in Oncology. 10(3):207-12, May.
- 53.-White FH. Jin Y: Yang L. 1997 An evaluation of the role of nuclear cytoplasmic ratios and nuclear volume densities as diagnostic indicators in metaplastic, dysplastic and neoplastic lesions of the human cheek. Histology & Histopathology. 12(1): 69-77, Jan.
- 54.-Yamashiro M. 1996. A study on colorimetry of oral mucosal lesions. Kokubyo Gakkai Zasshi-The Journal of the Stomatological Society, Japan. 63(1):188-207, Mar.
- 55.-Yu G. Ma D. Liu X. 1996. The application of regional excision of parotid gland in the treatment of Warthin tumors. Chung- Hua Kou Chiang i Hsueh Tsa Chih Chinese Journal of Stomatology 31(6):372-4 , Nov.
- 56.- Yuen AP. Wei WI. Wong SH. HgRW. 1998. Local recurrence of carcinoma of the tongue after glossectomy:patient prognosis.Ear,Nose& Throat Journal. 77(3):181-4, Mar.
- 57.- Yuen PW. Lam KY. Chan AC. Wei WI. Lam LK. 1998. Clinicopathological analysis of local spread of carcinoma of the tongue. American Journal of Surgery. 175(3):242-4, Mar.