

T.O.
122
T0469

FUNDAMENTOS TEORICO PRACTICOS PARA
LA REALIZACION DE UNA BIOPSIA

| | |
|-------------------------|-------------|
| SULLAY LILIANA ARIZA S. | COD. 902078 |
| GIOVANNA B. DE CASTRO | COD. 902043 |
| BRENDA MAZUTIER GARCIA | COD. 902007 |
| SANDRA PATRICIA MEDINA | COD. 901149 |
| ADRIANA MEDINA SALINAS | COD. 902069 |

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. JUNIO 01 DE 1.995

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1.995

FUNDAMENTOS TEORICO PRACTICOS PARA
LA REALIZACION DE UNA BIOPSIA

SULLAY LILIANA ARIZA S. COD. 902078
GIOVANNA B. DE CASTRO COD. 902043
BRENDA MAZUTIER GARCIA COD. 902007
SANDRA PATRICIA MEDINA M. COD. 901149
ADRIANA MEDINA SALINAS COD. 902069

Doctor Jorge H. Arango

Doctor Carlos Castro

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. JUNIO 01 DE 1.995

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1.995

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Ubaldo Verdugo Mej.

DEDICATORIA

A Directivos, Docentes y Colegas a quienes debemos el interés continuado en nuestra formación integral como futuros profesionales de la salud.



INTRODUCCION

El diagnóstico de muchas anomalías bucales y peribucales se puede hacer sólomente a través de una historia y un examen clínico.

Dada la naturaleza variable de muchas, si no es de la mayor parte de las lesiones bucales y las características que comparten ellas, ningún diagnóstico auxiliado por el laboratorio es real o digno de confianza.

La eliminación de tejido de un organismo vivo, con el propósito de examen microscópico, como es la biopsia, sigue siendo el único coadyudante más importante para tener un diagnóstico exacto y a tiempo.

El procedimiento debe estar disponible en el repertorio terapéutico de la mayoría de los profesionales al cuidado de la salud oral.

Es necesario completar siempre un posible diagnóstico

clínico con uno histológico antes de poder establecer el definitivo, pero en la mayor parte, el examen histológico sirve tan sólo para confirmar el diagnóstico clínico, la omisión de este procedimiento esencial puede exponer la salud futura del paciente.

Como regla general, es mejor que el odontólogo refiera a un especialista a cualquier paciente que presente una lesión de apariencia maligna, pues él cuenta con todos los recursos necesarios para investigar y tratar al enfermo. En todos los demás casos es indispensable enviar el espécimen quirúrgico al patólogo para que lo analice. Si se les pide, la mayoría de los patólogos envían una transparencia de la lesión junto con el informe escrito; se debe aprovechar las ventajas del servicio similar porque el clínico puede ampliar su conocimiento de las enfermedades.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCION | |
| 1. ELEMENTOS DEL PROYECTO | 08 |
| 1.1. FUNDAMENTOS TEORICO PRACTICOS PARA LA ELABORACION DE UNA BIOPSIA | 08 |
| 1.2. BIOPSIA | 08 |
| 1.3. JUSTIFICACION | 10 |
| 1.4. OBJETIVOS GENERALES | 11 |
| 1.5. OBJETIVO ESPECIFICO | 12 |
| 2. MARCO REFERENCIAL | 13 |
| 2.1. HISTORICO | 13 |
| 2.2. TEORICO | 14 |
| 2.2.1. Definición de Biopsia | 14 |
| 2.2.2. Historia Clínica | 15 |
| 2.2.3. Exámenes Complementarios | 18 |
| 2.2.4. Preparación Inmediata del Paciente | 19 |
| 2.2.5. Historia de la Lesión | 20 |
| 2.2.6. Solicitud de Examen Histopatológico | 20 |
| 2.2.7. Tipos de Lesiones | 22 |
| 3. INDICACIONES PARA LA BIOPSIA | 24 |
| 4. CONTRAINDICACIONES PARA LA BIOPSIA | 26 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.1. | RELATIVAS | 26 |
| 4.2. | ABSOLUTAS | 26 |
| 5. | TIPOS DE BIOPSIA | 28 |
| 5.1. | BIOPSIA ESCISIONAL | 28 |
| 5.2. | BIOPSIA INCISIONAL | 30 |
| 5.3. | BIOPSIA POR PERFORACION | 32 |
| 5.4. | BIOPSIA POR ASPIRACION | 33 |
| 5.4.1. | Indicaciones | 34 |
| 5.4.2. | Ventajas | 35 |
| 5.4.3. | Desventajas | 35 |
| 5.5. | CITOLOGIA | 36 |
| 5.5.1. | Indicaciones | 36 |
| 5.5.2. | Técnica | 36 |
| 5.5.3. | Materiales | 37 |
| 6. | INSTRUMENTAL Y MATERIALES PARA BIOPSIA DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS | 39 |
| 7. | DISEÑO METODOLOGICO | 41 |
| 8. | PERSONAS QUE PARTICIPARON EN EL PROYECTO | 42 |
| 9. | RECURSOS DISPONIBLES | 43 |
| 10. | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 44 |
| 11. | ANEXOS. | |
| | BIBLIOGRAFIA | |

1. ELEMENTOS DEL PROYECTO

1.1. FUNDAMENTOS TEORICO PRACTICOS PARA LA ELABORACION DE UNA BIOPSIA

1.2. BIOPSIA

Examen histopatológico del tejido retirado por medios quirúrgicos, que pueden ayudar al cirujano en diferentes formas.

La biopsia puede confirmar un diagnóstico clínico, aunque siempre se debe recordar que el diagnóstico histológico sólo es un eslabón, si bien importante en el proceso de diagnóstico definitivo, puede excluir la presencia de la malignidad y en otros casos salvar al paciente de la cirugía mutilante o de la radioterapia innecesaria.

El resultado positivo de una biopsia es el único diagnóstico aceptable de la enfermedad maligna y sus aspectos histológicos pueden ser de gran ayuda para determinar el

pronóstico del paciente y puede proporcionar alguna indicación sobre la posible respuesta del tumor o la radioterapia.

Las biopsias seriadas, o sea tomadas en intervalos regulares, se utilizan a veces para establecer el pronóstico o la respuesta del tratamiento de estados como las lesiones blancas de la mucosa bucal.

No se deben descuidar otros métodos de diagnóstico, ya que es importante recordar que en muchos tumores, la disposición histológica puede en diferentes partes de la misma lesión variar.

1.3. JUSTIFICACION

- a. Como resultado de las encuestas a estudiantes de las clínicas de séptimo a décimo semestre del Colegio Odontológico Colombiano, llegamos a la conclusión de la ausencia que existe en la práctica de toma de biopsia y en la carencia de recursos para realizarla muchas veces, dejando a un lado casos clínicos que ameritan un estudio más profundo, arriesgando la salud y bienestar del paciente.
- b. La falta de observación clínica detallada de la cavidad oral, puede tener como consecuencia la evolución de una patología que al haber sido detectada oportunamente evitaría mayores complicaciones al paciente.
- c. Crear en el odontólogo el hábito de realizar en cada consulta un examen clínico complementario como lo es la palpación para así descartar la posibilidad de alguna patología presente en el individuo.

1.4. OBJETIVOS GENERALES

1. Se busca lograr mediante un proceso y un resultado incentivar a los estudiantes para actuar en el campo laboral y educativo utilizando la biopsia como medio de diagnóstico histopatológico.

2. Definir la biopsia como una actividad importante para mejorar su práctica y así volverla más eficiente y eficaz para el diagnóstico precoz del cáncer oral o cualquier otro tipo de lesión.

3. Buscar que el resultado al que se llegue estimule al estudiante a contribuir en la prolongación de la vida, mediante un diagnóstico temprano y oportuno.

1.5. OBJETIVO ESPECIFICO

Brindar al estudiante y profesional una guía teórico-práctica para la toma de biopsia, determinado dónde, cómo, cuándo y porqué se debe realizar; conociendo el buen manejo y empleo de materiales e instrumental necesario, a su vez, estar en capacidad de atender adecuada y oportunamente cualquier tipo de complicación al tomar la muestra de tejido.



2. MARCO REFERENCIAL

2.1. HISTORICO

El uso de biopsia de glándula menor salivar fué reportado primero en 1.966 por Cifarelli et al, usaba unión del paladar duro y blando como el sitio de la biopsia. También en 1.966 Calman y Reifman describieron involucramiento de las glándulas salivares menores de la mucosa oral y submucosa en un paciente con síndrome de Sjogren.

En 1.968, Chisolm y Mason al principio describieron el uso de la biopsia de la glándula salivar de labio y propusieron un sistema gradual basado en un método de "fucus score" descrito por Waterhouse y Doniadi en 1.960.

Hay varias técnicas disponibles de biopsia, de las cuales la biopsia abierta ha sido asociada con las complicaciones de sembrar las células de tumor (Martin 1.961, McGuirt y McCabe 1.978). Estas complicaciones han llevado a crear la técnica de aspiración, que había sido reportada en 1.847 por Kun. Desafortunadamente había sido ignorada hasta 1.930

cuando Martin y Ellis publicaron una gran serie mostrando precisión y excelente diagnóstico. Sin embargo, usaron agujas grandes, de gran calibre, las cuales fueron asociadas con complicaciones y siembra de tumor. La técnica así se desvaneció casi en la obscuridad, hasta que la citología de aspiración con aguja fina (FNAC) usando agujas tamaño 20 cal, o más pequeñas, fueron desarrolladas por los años 1.950 en el Instituto Kardinska en Estocolmo (Franzen et al en 1.960). Además FNAC ha sido demostrado en ser tan preciso como sección congelada (Cohen et al 1.986), con la ventaja de mejor manejo preoperativo y de planeación de tratamiento. Aunque un experimentado citopatólogo es requerido para interpretar los resultados, tal servicio se vuelve ampliamente disponible con un aumento con la cantidad de patólogos entrenados en este campo. Los reportes consistentes en la literatura de la seguridad y precisión de aspiraciones de aguja fina combinadas con el costo relativamente bajo, han llevado a un aumento en su uso (Siswanis et al 1.981, Frable y Frable 1.982, Platt et al 1.990).

2.2. TEORICO

2.2.1. Biopsia. Examen histopatológico del tejido retirado

por medios quirúrgicos y puede ayudar al cirujano en diversas formas. La biopsia puede confirmar un diagnóstico clínico, aunque siempre se debe recordar que el Diagnóstico histológico sólo es un eslabón, si bien importante en el proceso de Diagnóstico definitivo, puede excluir la presencia de la malignidad y en otros casos salvar al paciente de la cirugía mutilante o de la radioterapia innecesaria.

El resultado positivo de una biopsia es el único Dx aceptable de la enfermedad maligna y sus aspectos histológicos pueden ser de gran ayuda para determinar el pronóstico del paciente y puede proporcionar alguna indicación sobre la posible respuesta del tumor o la radioterapia.

Las biopsias seriadas, o sea tomadas en intervalos irregulares se utilizan a veces para establecer el pronóstico o la respuesta del tratamiento de estados, como la lesiones blancas de la mucosa bucal.

2.2.2. Historia Clínica. El diagnóstico eficaz de las anomalías bucales empieza con una historia minuciosa del paciente y la lesión. Una investigación a fondo que

incluye historia médica, hábitos, medicamentos y cirugías regionales anteriores o traumatismos que puedan revelar indicios que excluyan u obliguen a una investigación posterior.

Al ponernos en contacto con un paciente, lo primero que debemos hacer es el diagnóstico subjetivo, es decir, interrogarlo sobre su pasado y sobre su estado actual. Insistiremos especialmente respecto al síntoma, dolor, pues en nuestra especialidad es de capital importancia tengamos bien en cuenta que la ausencia del dolor no significa que se deba descartar la existencia de procesos patológicos. Hecho el diagnóstico subjetivo, procedemos al examen del enfermo para llegar al diagnóstico objetivo. Para ello, se practicará un examen extra-oral y otro intra-oral.

Por el examen extra-oral comprobaremos:

- * Modificaciones de la coloración de la piel.
- * Asimetría facial.
- * Existencia de fístulas y adenitis.
- * Por la palpación descubriremos las diferencias que pueden existir entre el lado sano y el enfermo y estableceremos si hay edema, flemón, absceso, adenitis,

quiste, etc.

Por el examen intra-oral se inspecciona la cavidad bucal de acuerdo con los siguientes pasos:

- * Establecemos si hay trismo o constricción mandibular.
- * Si no hay trismo haremos abrir ampliamente la boca al paciente y examinaremos por separado el vestíbulo y las regiones palatina y lingual.
- * Observaremos la coloración de las mucosas, las lesiones que ellas pueden presentar.
- * El estado de las encías.
- * La existencia de trayectos fistulosos.
- * La presencia de capuchones sobre los dientes en vía de erupción.
- * Estudiar la mucosa dorsal de la lengua.
- * Se hace examen del aparato dental observando la movilidad, la ausencia de dientes que no hayan hecho erupción, la existencia de dientes muertos a causa de traumatismos o de obturaciones irritantes, la persistencia de dientes de leche en adultos y se observará con especial atención el dolor provocado en cualquier circunstancia.

2.2.3. Exámenes Complementarios.

2.2.3.1. Tiempos de Coagulación. Tiempo necesario para la coagulación de la sangre. Valor Normal: 5-15 minutos.

2.2.3.2. Tiempo de Protombina. Explora los factores del sistema extrínseco de la coagulación (II, V, VIII, X). Valor Normal: 12-14 segundos.

2.2.3.3. Tiempo de Tromboplastina. Explora los factores del sistema intrínseco de la coagulación (XII, XI, IX, VIII). Valor Normal: 68-82 segundos (corriente)
36-46 segundos (activado)

2.2.3.4. Recuento Plaquetario. Las plaquetas desempeñan un papel importante en la primera línea de la hemostasia. Valor Normal: 150.000 a 400.000.

2.2.3.5. Análisis de Orina. Puede indicar la existencia de una diabetes ignorada, y al mismo tiempo puede descubrir perturbaciones renales, hepáticas o desequilibrio ácido básico, que contraindicaría cualquier intervención.

2.2.3.6. Estado de la Presión Arterial. Indica el estado

de los vasos.

2.2.4. Preparación inmediata del Paciente.

Si de los exámenes complementarios y de los informes clínicos acerca de los fundamentos de los diversos sistemas orgánicos, deducimos la existencia de un estado general deficiente, se impone el consejo de un médico clínico, quien será el que indique las posibilidades de realizar la operación proyectado ó aconsejará la postergación de la misma hasta poner al enfermo en condiciones de soportarla.

Para toda operación quirúrgica a realizarse en la boca, aconsejamos la siguiente higiene bucal previa:

1. Eliminar el tártaro existente.
2. Eliminar los restos radiculares que hubieren.
3. Obturar todas las caries.
4. Efectuar enjuagatorios cada dos (2) horas con solución fisiológica esterilizada, desde el día anterior.

Antes de sentar al paciente en el sillón debe hacersele aflojar todas las ligaduras que impidan la buena circulación periférica, tales como cuello, cinturón, faja, etc.

Todo aparato protésico movable debe también ser retirado.

2.2.5. Historia de la Lesión. Una historia minuciosa de la lesión debe incluir:

2.2.5.1. Duración. En general, las lesiones crónicas estáticas son menos amenazadoras que las de origen o cambio reciente.

2.2.5.2. Síntoma Principal. Debe incluir los síntomas que llevarán al paciente a la consulta, es decir, dolor, edema, inflamación, linfadenopatía regional, disminución en la sensación (hipoestesia) y sensación alterada (parestesia).

2.2.5.3. Cambio. Incluye cambio de tamaños y cambio progresivo en el grado de afección, es decir, de eritema a vesícula o de tumefacción a erosión a úlcera, etc. Un factor importantes es la velocidad del cambio.

2.2.6. Solicitud de examen Histopatológico. Es aconsejable que tanto el patólogo como el odontólogo valoren al paciente y así entre ambos puedan establecer el sitio y la magnitud de la biopsia.

La muestra se debe enviar acompañada de datos como:

FORMATO 1. Solicitud de Examen Histopatológico

1. BIOPSIA

- a. Incisional _____ b. Escisional _____
 c. Citología Exfoliativa _____ d. Aspiración _____

2. DATOS DEL PACIENTE

- a. Nombre _____
 b. Edad _____ c. Sexo _____ d. Raza _____
 e. Dirección _____
 f. Teléfono _____ g. Ciudad _____
 h. Ocupación _____

3. NATURALEZA DE LA LESION

- a. Localización _____

b. Características Clínicas

- Color _____ Textura _____
 Tamaño _____ Consistencia _____
 Forma o configuración _____ Tipo de Lesión _____

c. Sintomatología

- Dolorosa _____ si no _____
 Sensible _____ si no _____

- d. Móvil _____ fija _____

- e. Causa problema funcional: _____

- f. Duración _____

- g. Apariencia radiográfica _____

- h. Otras pruebas _____

4. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO _____

5. DIAGNOSTICO DEFINITIVO _____

 Firma Patólogo

2.2.7. Tipos de Lesiones.

1. **Ampolla:** Líquido loculado en el epitelio de la piel o mucosa ó debajo de él, vesícula grande.
2. **Costra:** Proteína serosa seca o coagulada en la superficie de la piel o mucosa.
3. **Erosión:** Ulceración superficial (excoriación).
4. **Mácula:** Area circunscrita de cambio de color sin elevación.
5. **Nódulo:** Masa palpable grande, elevada por arriba de la superficie epitelial.
6. **Pápula:** Masa palpable pequeña, elevada por arriba de la superficie epitelial.
7. **Placa:** Lesión elevada plana, confluencia de pápulas.
8. **Pústula:** Vesícula turbia o blanca, el color resulta de la presencia de leucocitos polimorfos nucleares (pus).

9. **Escama:** Acumulación macroscópica de queratina.
10. **Úlcera:** Pérdida de epitelio.
11. **Vesícula:** Loculación pequeña del líquido en el epitelio ó debajo de él.

3. INDICACIONES PARA LA BIOPSIA

El cirujano debe obtener sin demora una biopsia en todos los casos donde:

1. Encuentre dificultad para diagnosticar la naturaleza verdadera de una lesión, excepto cuando hay la posibilidad de que exista una discrasia sanguínea pues, en tales circunstancias está contra-indicada la operación y se debe hacer un análisis detallado. En las raras ocasiones en que no concuerdan el diagnóstico clínico y el histológico, la discusión completa entre el cirujano y el patólogo generalmente resuelve el problema o sugiere más investigaciones que podrán resolver la dificultad.
2. Cuando clínicamente la lesión parece maligna, pero las biopsias no confirman las sospechas del cirujano, es preciso obtener otros especímenes para examinarlos, por que en muchos casos se toman las primeras biopsias, en el lugar incorrecto o a la profundidad

equivocada. La mayoría de los patólogos prefieren hacer el diagnóstico de una enfermedad maligna con base en un corte hecho en parafina; consideran el examen citológico sólo como un auxiliar y piensan que los cortes congelados son de utilidad limitada en este sentido.

3. El manejo del paciente con una lesión crónica, como una región hiperqueratósica, puede necesitar de exámenes repetidos, hechos a base de las biopsias obtenidas durante diferentes intervalos. Se puede establecer el avance de la lesión o su respuesta al tratamiento mediante esta técnica, conocida como biopsia seriada.
4. La realización de una biopsia ayuda en el diagnóstico, si los signos y síntomas no son suficientes.
5. Otra indicación sería; para diagnosticar de manera definitiva un cambio maligno de una lesión benigna.
6. La posible persistencia de la lesión después de eliminar los factores causales.

4. CONTRAINDICACIONES PARA LA BIOPSIA

4.1. RELATIVAS

4.1.1. La salud general afectada del paciente o una historia de coagulopatías o diátesis hemorrágica, que incluyen a los pacientes con anticoaguloterapia.

4.1.2. La proximidad de las lesiones a estructuras anatómicas vitales, vasculares, neurales o de conductos.

4.1.3. Lesiones en áreas de acceso quirúrgico difícil.

4.2. ABSOLUTAS

4.2.1. La poca experiencia clínica o limitaciones para apoyo en instituciones.

- 4.2.2. En lesiones vasculares nunca se les debe realizar una biopsia por incisión.
- 4.2.3. En lesiones radiolúcidas intraóseas, pues produce de manera invariable una septicemia en la lesión y en los tejidos circundantes.
- 4.2.4. En lesiones pigmentadas, pues se ha sugerido que hay una diseminación o siembra de las células malignas del melanoma.
- 4.2.5. En lesiones clínicamente malignas debe efectuarse el estudio sólo en un hospital que asuma un cuidado continuo.

5. TIPOS DE BIOPSIA

5.1. BIOPSIA ESCISIONAL

Cuando se manejan lesiones que parecen benignas en el examen clínico, se debe utilizar esta técnica siempre que se pueda, porque no sólo se dispone de toda la lesión para el examen, sino también la escisión completa de la lesión es, por lo general, la única forma de tratamiento utilizable para la mayor parte de los estados susceptibles de examen histológico. En tales circunstancias, la escisión total de la lesión para hacer la biopsia también constituye el tratamiento requerido y, de tal manera, no se necesita más operaciones. Con demasiada frecuencia los especímenes obtenidos en esta forma quedan arruinados cuando se aplastan usando las pinzas dentadas o hemostáticas, complicación que se puede evitar si se hace la transfixión de la lesión con una o más suturas que, después, pueden emplearse para mover y controlar el espécimen y para tensar los tejidos blandos durante su eliminación. En las áreas vasculares, como lengua y labios, es posible controlar la hemorragia excesiva si la asistente aplica presión o se

hace una sutura de fijación que encierra una gran cantidad de tejido blando y lo torna isquémico al aplicar tensión. Se ejerce tracción sobre la lesión para elevarla en su lecho y estirar la mucosa alrededor de su inserción.

Después de cortar la mucosa que rodea la base de la lesión, se separa el espécimen de los tejidos subyacentes combinando la disección aguda y la roma; de inmediato se coloca el ejemplar desprendido en un frasco previamente marcado o en un recipiente que contenga solución fijadora. Si la herida resultante está sobre una superficie cubierta con mucoperiostio insertado, se acostumbra cubrir el defecto con una placa base o una prótesis revestida con pasta para impresiones hechas con óxido de zinc o un acondicionador tisular, o con un empaque de gasa húmeda con barniz de whitehead; en todos los demás sitios es necesario socavar y avanzar la mucosa que rodea la herida. Cuando se manejan lesiones pequeñas y pedunculadas con una base sésil, muchas veces es posible cerrar el defecto mucoso con este recurso sin aplicar tensión, logrando así la cicatrización por primera intención. En otros casos sólo se puede reducir el tamaño de la área que se deja cicatrizar por granulación, al avanzar la mucosa socavada y suturarla con los tejidos mesodérmicos subyacentes.

Se utiliza en lesiones de cerca de 1 cm., o menos de diámetro. (Ver dibujo 1 en anexos).

5.2. BIOPSIA INCISIONAL

Con esta técnica se elimina parte de la lesión para hacer la biopsia y generalmente se usa para obtener muestras de las lesiones que pueden ser difíciles de cortar por completo, debido a su extensión o situación. En la boca, las lesiones más comunes de esta clase son las hiperqueratósicas que afectan la mucosa, casos en los que es necesario eliminar las áreas hemorrágicas, ulceradas, dolorosas o induradas. Para hacer el análisis no se deben escoger las zonas queratinizadas más gruesas, porque las cubiertas con mucosa atrófica delgada o tejido de granulación son, en potencia, más peligrosas. Antes de la operación no se deben aplicar antisépticos a la lesión y se debe tener cuidado para asegurar que se deposita la solución anestésica bastante lejos del sitio donde se elimina el tejido. La incisión hecha frente a la lesión permite socavar primero la zona seleccionada para el examen y luego hacer una escisión, después se socavan los tejidos vecinos y se reparan con suturas; si el tejido eliminado tiende a rizarse, es necesario colocarlos sobre un trozo de

papel secante antes de meterlo en la solución fijadora.

No se debe hacer la biopsia incisional en las lesiones pigmentadas o vasculares, pues los melanomas son altamente metastásicos y, en consecuencia, es indispensable hacer la escisión con un borde extenso de tejido normal desde el punto de vista macroscópico alrededor y por debajo de las lesiones.

La estabilización del tejido es crítico, las lesiones en tejidos no insertados de la lengua, piso de la boca o paladar blando se pueden estabilizar con suturas de sostén, pinzas, fórceps de presión o un torniquete que proporciona un campo quirúrgico seco.

Tanto en la biopsia incisional como la escisional se retira un borde en forma de pastel o elíptico. Las incisiones a cada lado de la elipse convergen en una "V" para unirse con los tejidos más profundos de la sublesión. La biopsia incisional incluye el tejido aparentemente anormal y un área representativa del tejido normal. La longitud de la elipse debe ser tres veces el ancho en todos los casos. Las líneas de incisión deben estar paralelas a las fibras musculares, arterias, venas y nervios, siempre que sea

posible.

Es necesario evitar el uso de unidades electroquirúrgicas en lugar del bisturí, el efecto térmico de esta modalidad causa distorsión histológica celular.

La cauterización para control de la hemorragia es ideal, pero sólo después de eliminar la muestra del sitio quirúrgico. Las lesiones que se extienden al hueso deben incluir periostio subyacente en la muestra. (Ver dibujo 2 en anexos).

5.3. BIOPSIA POR PERFORACION

Se pueden obtener de la boca los espécimenes para biopsia, utilizando el taladro de Ellis para biopsias; se ajusta en una pieza de mano, obteniendo muestras de 1.2 cm., de largo y 1.4 mm., de diámetro, ideal para conseguir material para biopsias de las lesiones fibro-óseas centrales de los maxilares. Su empleo es fácil, seguro y apropiado bajo anestesia local. Esta técnica permite obtener un espécimen con profundidad ideal para hacer un examen de las distrofias óseas; se debe tener mucho cuidado porque puede generarse calor durante el procedimiento y distorcionarlo,

por lo tanto, la biopsia negativa obtenida por perforación nunca se debe aceptar porque es difícil tocar la lesión al incertar el taladro; por lo tanto, es necesario, realizar más biopsias.

5.4. BIOPSIA POR ASPIRACION

Es la eliminación de los contenidos de una lesión para su análisis. Esta técnica por lo regular se utiliza para excluir una lesión vascular, es aplicable a lesiones intraóseas y a tejidos blandos. La incapacidad para aspirar líquido, aire o purulencia implica que la lesión es sólida y obliga a una investigación quirúrgica posterior.

Todas las lesiones radiolúcidas óseas, con excepción de las lesiones pequeñas de etiología dental séptica obvia, deben aspirarse antes de la intervención quirúrgica.

La técnica de aspiración utilizada actualmente se inicia preparando la piel e inmovilizando la masa, no se usa anestesia local, se coloca una aguja calibre 23 a 25 en una jeringa desechable de 10 c.c., se introduce la aguja a la lesión, se aplica presión negativa a la jeringa y se hacen varios golpes rápidos y fuertes con la aguja, se hacen los pases a distintos ángulos para sacar muestras de varias

áreas de la masa, aproximadamente dos o tres veces en cada área de la lesión, antes de que se quite la aguja se releva la presión negativa para retener la muestra en la aguja, cuando es retirada de la lesión. Posteriormente se colocan varias muestras sobre un porta-objetos, sumergiendo algunas de las muestras en etanol al 95%, las cuales son teñidas con tintura de Papanicolaou, esta técnica es indicada para carcinoma escamoso, las otras se dejan secar al aire con tintura wright.

5.4.1. Indicaciones.

1. En masas lesionales que son palpables o visibles por un método radiológico.
2. Verificar persistencia de un neoplasma.
3. Para diferenciar tumores benignos de malignos
4. Para evaluar metástasis de enfermedades malignas.
5. Diagnosticar lesiones intraóseas.
6. En pacientes embarazadas y de alto riesgo.

5.4.2. Ventajas

1. Sus resultados son el 90% confiables.
2. Minimiza el malestar del paciente.
3. Un resultado positivo permite la planeación adecuada del tratamiento y con resultados benignos se tranquiliza al paciente, evitándole una cirugía innecesaria.
4. Facilidad de uso.
5. Bajo costo y efectividad.
6. Conveniencia y precisión.

5.4.3. Desventajas

1. La violación de la integridad de la lesión, incluso la mera punción de una aguja, puede producir una septicemia fulminante de la lesión. (Ver Dibujo 3 en anexos).

5.5. CITOLOGIA

Frotis de células raspadas de la superficie de una lesión sospechosa para analizar sus características microscópicamente.

5.5.1. Indicaciones

1. Cuando no es viable la eliminación quirúrgica de los especímenes para la biopsia, el paciente la rechaza o al parecer no está justificada.
2. En lesiones difusas o multicéntricas.
3. Cuando se deben hacer exámenes repetidos durante periodos prolongados, como en el seguimiento de enfermos, antes tratados por cáncer de boca.
4. Cuando se decide observar una lesión y no hacer biopsia.

5.5.2. Técnica. Se obtiene el material raspando la superficie del área sospechosa con el extremo recto de un instrumento dental para plásticos plano o el borde de un bajalenguas de madera humedecido con agua, varias veces en una dirección.

Es recomendable contar con una superficie húmeda bañada con saliva y es necesario mojar la mucosa un poco si está anormalmente seca. Se debe evitar la hemorragia, en lo posible. Es preciso eliminar las escaras de con una gasa mojada con solución salina normal o raspándolas con cuidado antes de obtener las muestras para el examen. Las lesiones queratinizadas presentan problemas especiales, porque el raspado de la superficie de la lesión demasiado queratinizada, produce queratina en vez células útiles para el diagnóstico.

Se pueden ablandar las lesiones ubicadas sobre el borde bermellón del labio, mojándolas con una gasa húmeda durante por lo menos 15 minutos antes de hacer el raspado.

Para lesiones ulceradas es necesario aplicar un anestésico local para evitar el dolor.

5.5.3. Materiales

Se disemina con cuidado el material obtenido sobre un portaobjetos previamente limpio. Después de permitir la evaporación de todos los excedentes de saliva, se coloca la laminilla en un envase que contenga una mezcla de partes

iguales de éter y alcohol etílico al 95% durante por lo menos 15 minutos. Es esencial que la fijación del frotis sea inmediata para evitar la distorsión celular como consecuencia del secado.

Cuando sea conveniente se sacan las laminillas del envase, y se dejan secar al aire sin calentarlas. Cuando es necesario enviar por correo las laminillas al laboratorio patológico, para el análisis citológico, es preferible fijar las células inmediatamente después de diseminarlas sobre los portaobjetos usando un aerosol comercial, por ejemplo Cytospray o Spraycyte.



6. INSTRUMENTAL Y MATERIALES PARA BIOPSIA DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS

- * Mango de bisturí
- * Hojas de bisturí
- * Pinzas hemostáticas
- * Pinzas axón, con y sin garra
- * Porta-agujas
- * Tijeras de tejido
- * Tijeras para material
- * Espejo
- * Explorador
- * Cucharilla
- * Jeringa desechable
- * Jeringa carpule
- * Aguja de sutura
- * Cureta de lucas
- * Periostótomo
- * Lima de hueso
- * Pinzas gubias
- * Fresa Zecrya
- * Anestesia

- * Hilo de sutura
- * Gasas y algodones
- * Frasco de vidrio
- * Suero fisiológico
- * Formol preparado para biopsia
- * Aguja de 40 mm calibre 20, acoplada a una jeringa de 10 ml desechable (técnica por aspiración).
- * Alcohol al 95% (técnica por aspiración).
- * Escobillón o aplicador
- * Baja lenguas
- * Clips de alambre
- * Tubos de cultivo de especial uso cuando hay infección.
- * Glutaraldehído
- * Tubo de ensayo.

7. DISEÑO METODOLOGICO

Analítico.

Muestra : Número de pacientes

Instrumentos:

Recolección de información: El medio de recolectar la información fue por medio de bibliografías, casos clínicos y resultados de casos clínicos en pacientes que consultan al odontólogo.

Análisis de la Información. Se realizará un examen clínico de pacientes de la consulta odontológica, utilizando los medios de diagnóstico rutinarios y se realizará un diagnóstico presuntivo, biopsia y su reporte histopatológico.

8. PERSONAS QUE PARTICIPARON EN EL PROYECTO

Asesoría: Dra. Héliida Avendaño Maz.

Alumnas:

| | | | |
|---|---------------------------|------|--------|
| * | Sandra Patricia Medina | Cod. | 901149 |
| * | Brenda Myreille Mazutier | Cod. | 902007 |
| * | Giovanna De Castro Bernal | Cod. | 902043 |
| * | Adriana Cecilia Medina S. | Cod. | 902069 |
| * | Sullay Liliana Ariza S. | Cod. | 902078 |

9. RECURSOS DISPONIBLES

9.1. HUMANOS

Pacientes, alumnos, colaboradores.

9.2. FISICOS

Consultorios, casas, bibliotecas, Colegio Odontológico Colombiano.

9.3. MAQUINAS Y EQUIPOS.

Cámaras de video, medidas de bioseguridad.

9.4. COSTO

| | |
|--------------------|-----------|
| Video..... | \$500.000 |
| Monografía | \$100.000 |
| Fotocopias | \$ 30.000 |
| Traducciones | \$101.000 |
| Manuales | \$ 53.000 |

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | FEBRERO/95 | | | | MARZO/95 | | | | ABRIL/95 | | | | MAYO/95 | | | |
|--|------------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|
| | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. VISITA DRA.H ELIDA | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| 2. VISITA UNIVERSIDAD EL BOSQUE | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 3. VISITA UNIVERSIDAD JAVERIANA | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 4. VISITA BIBLIOTECA LUIS ANGEL ARANGO | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 5. TRADUCCIONES | | | | | | X | | | | | | | | | | |
| 6. ORGANIZACION DE LA MONOGRAFIA | | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| 7. BUSQUEDA PACIENTE | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| 8. AVERIGUACION ASUNTO VIDEO | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| 9. DISEÑO DE MANUAL | | | | | | | | | X | X | | | | | | |
| 10. FILMACIONES | | | | | | | | | | | X | X | | | | |
| 11. ELABORACION DEL MANUAL | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 12. FINALIZACION DEL MANUAL | | | | | | | | | | | | | | | X | |

A N E X O S

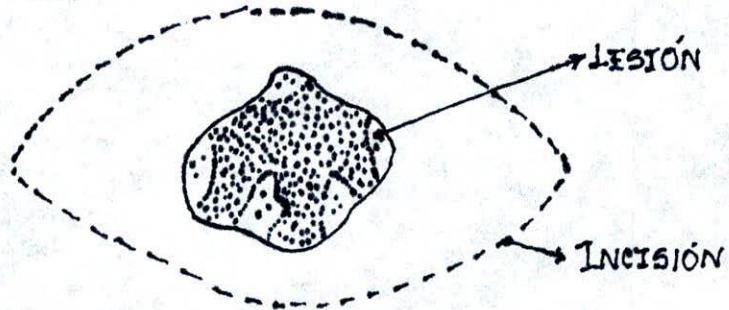
ANEXO 1. BIOPSIA ESCISIONAL

ANEXO 2. BIOPSIA INSICIONAL

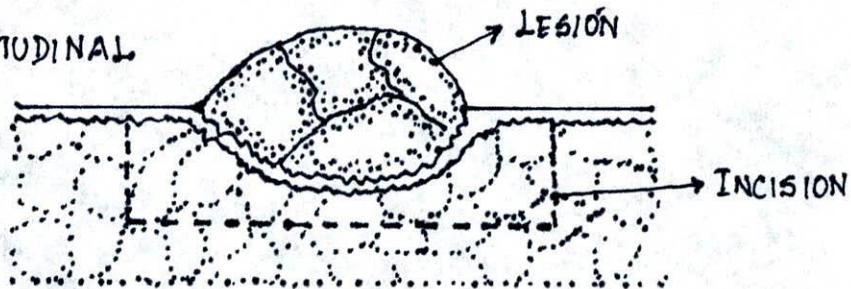
ANEXO 3. BIOPSIA POR ASPIRACION

D I B U J O 1
BIOPSIA ESCISIONAL

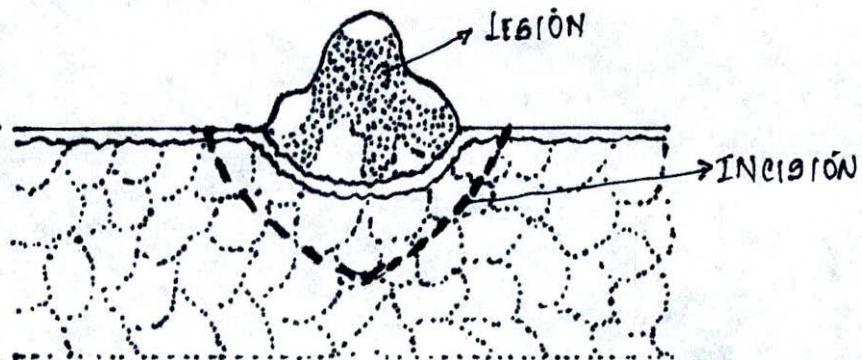
A. VISTA SUPERFICIAL



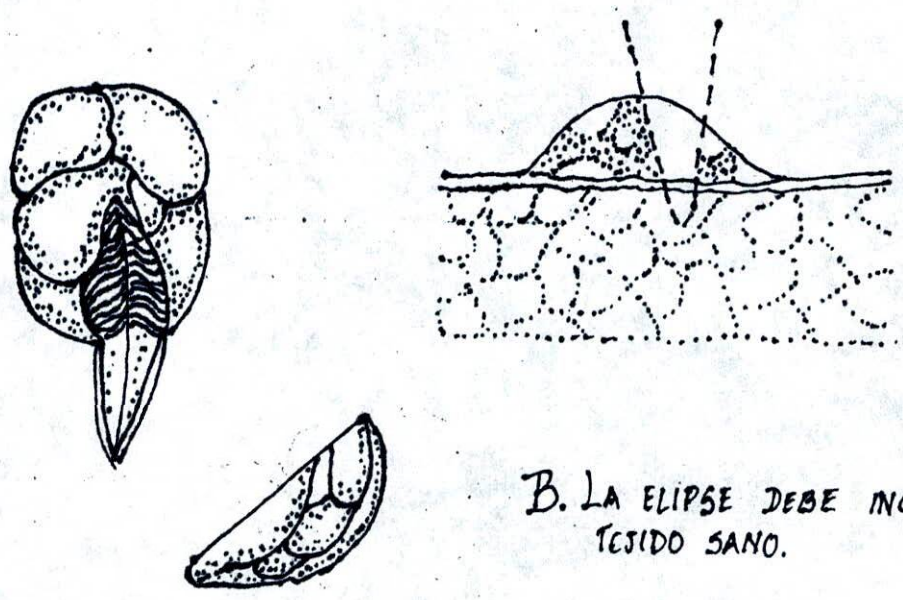
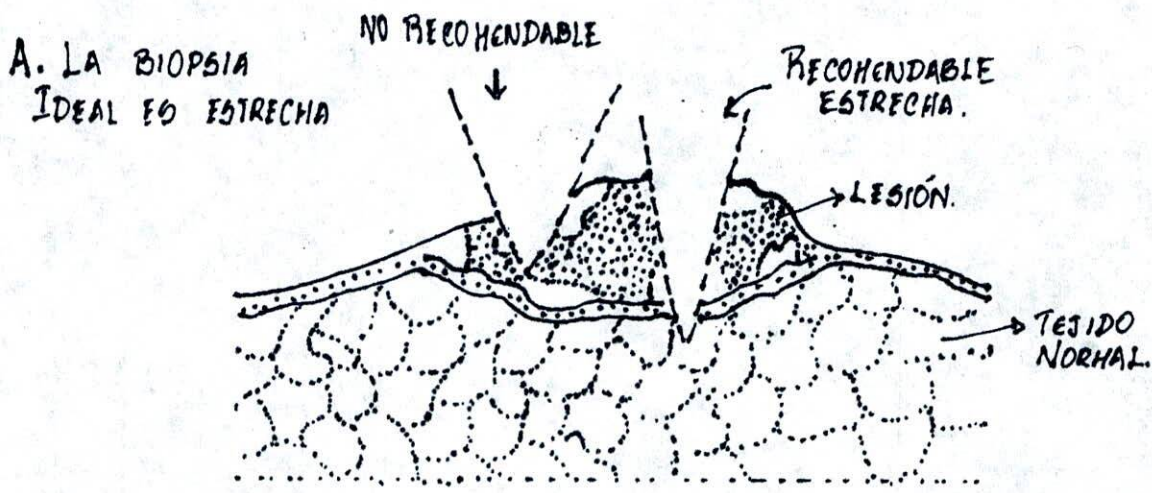
B. VISTA LONGITUDINAL



C. VISTA FINAL

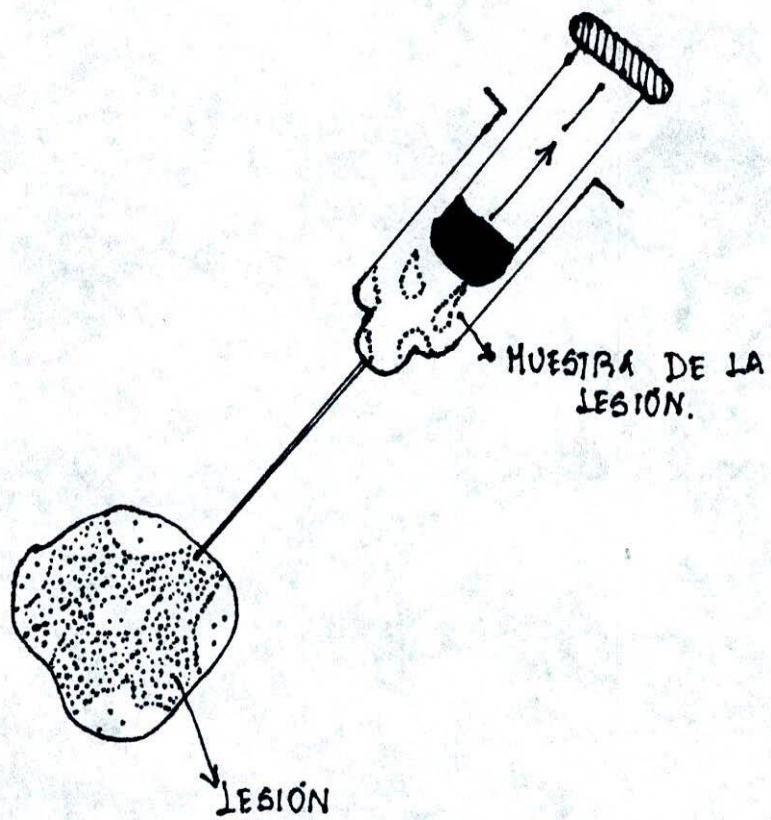


D I B U J O 2
BIOPSIA INCISIONAL



B. LA ELIPSE DEBE INCLUIR
TEJIDO SANO.

D I B U J O 3
BIOPSIA POR ASPIRACION



BIBLIOGRAFIA

LEDERMAN-DA. Basic Biopsy Techniques for the Dentist. J-N-
J-Dent-Assoc. 1.993 Autumn; 64(4): 41-3.

SZPIRGLAS-H; GUIOZZA-S; AGBO-Godeau-S; Le CHARPENTIER-Y.
Biopsy of the Accessory Salivary Glands. 5 Years'
Experience. Rev-Stomatol-Chir-Maxillofac. 1.994;95(3):
204-6.

GOLDEN-DDP; HOOLEY-JR. Oral Mucosal Biopsy Procedures.
Excisional and Incisional. Dent-Clin-North-Am. 1.994
Apr; 38(2): 279-300

VARSHAVSKII-AI; GUBERSKAIA-TA; PANCHENKO-KI. The Diagnostic
Significance Of Biopsy of tthe Labial Salivary Glands
in Sjogrens' Disease and Chronic Parenchymatous and
Interstitial Sialoaenitis. Stomatologii-Mosk. 1.993
Oct-Dec; 72(4): 36-9.

SCULLY-C. Clinical Diagnostic Methods for the Detection of

Premalignant and Early Malignant Oral Lesions. Community-Dent-Health. 1.993 Jun; 10 Suppl 1:43-52.

GANDOLFO-S; CARBONE-M; CARROZZO-M; SCAMUZZI-S. Biopsy Techniques in Oral Oncology; Excisional or Incisional Biopsy?. A Critical Review of the Literature and the Authors' Personal Contribution. Minerva-Stomatol. 1.993 Mar; 42(3): 69-75.

POLASTRI-F; NOTARANTONIO-A; PANCOTTI-G; DOGLIANI-N. The Role of Biopsy of the Minor Salivary Glands in the Diagnosis of Sjogren's Syndrome. Minerva-Stomatol. 1.992 Sep; 41(9): 401-7.

ADAM-P; HAROUN -A; BILLET-J; MERCIER-J. Biopsy of the Salivary Glands. The Importance and Importance and technic of Biopsy of the Sublingual Gland on its Anterio-Lateral Side. Rev. Stomatol-Chir-Maxillofac. 1.992; 93(5): 337-40.

MELROSE-RJ. Do's and Dont's of Oral Soft Tissue Biopsy in Dental Practice. J-Calif-Dent-Assoc. 1.991 Oct; 19(10): 39-42.

SOUTHAM-JC; BRADLEY-PF; MUSGROVE-BT. Fine Needle Cutting

Biopsy Oflesions of the Head an Neck. Br-J-Oral-
Maxillofac-Surg. 1.991 Aug; 29(4): 219-22.

SCHELKUN-PM; GRUNDY-WG. Fine-Needle Aspiration Biopsy of
Head and Neck Lesions. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1.991
Mar; 49(3) 262-7.

CALIFANO-L; ZUPI-A; GIARDINO-C. Accuracy in the Diagnosis
of Parotid Tumours. J-Craniomaxillofac-Surg. 1.992
Dec; 20(8): 354-9.

LAWTON-G; THOMAS-S; SCHONRPCK-J; MONSOUR-F; FRAZER-I. Human
Papillomaviruses in Normal Oral Mucosa; a Comparison
of Methods for Sample Collection. J-Oral Pathol-Med.
1.992 Jul; 21(6): 265-9.

NAGAI-Y; TAKESHITA-N; SAKU-T. Histopathologic and
Ultrastuctural Studies of Oral Mucosa with Candida
Infection. J-Oral-Pathol-Med. 1.992 Apr; 21(4): 171-5.

MOENNING-JE; TOMICH-CE. A Technique for Fixation of Oral
Mucosal Lesions. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1.992 Dec;
50(12): 1345.

PETRI-WH 3dd; MACK-R; HSU-M; YAMASHITA-D. A Submucosal mass

in the Floor of the Mouth (Clinical Conference). J-
Oral-Maxillofac-Surg. 1.992 Oct; 50(10): 1087-90.

SIEGEL-MA. Ontraoral Biopsy Technique for direct Immuno
fluorescence Studdies. Oral-Surg-Oral-Med-Oral Pathol.
1.991 Dec; 72(6): 681-4.

SCHELKUN-PM. GRUNDY-WG. Fine-Needle Aspiration Biopsy of
Head and Neck Lesions. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1.991
Mar; 49(3): 262-7.

BERNARD-NA; PATERSON-AW; IRVINE-GH; MACKENZIE-ED; WHITE-H.
Fine Needle Aspiration Cytology in Maxillofacial
Surgery Experience in a District General Hospital.

PLATT-JC; RODGERS-SF; DAVIDSON-DD; NELSON-CL. Fine-Needle
Aspiration Biopsy in Oral and Maxillofacial Surgery.
Oral-Surg -Oral-Med-Oral-Pathol. 1.993 Feb; 75(2):
152-5.