

Técnicas de biopsia palpebral

Eyelid biopsy techniques

N. Ibáñez Flores, P. Cifuentes Canorea

Resumen

La biopsia es un procedimiento que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio y así obtener un diagnóstico anatomopatológico. La técnica de biopsia dependerá fundamentalmente de tres factores: el tamaño de la lesión, el área del párpado afectada y la sospecha diagnóstica.

Resum

La biòpsia es un procediment que consisteix en l'extracció d'una mostra total o parcial de teixit per ser examinada al microscopi i fer un diagnòstic anatomopatològic. La tècnica de biòpsia dependrà fonamentalment de tres factors: el tamany de la lesió, l'àrea de la parpella afectada i la sospita diagnòstica.

Abstract

The biopsy is a procedure consisting in the removal of tissue or cells from the body for examination under a microscope in order to get a pathologic-anatomic diagnosis. The choice of technique will depend fundamentally on three factors: extent of the injury, affected eyelid's area and diagnostic suspicion of target tissues.

3.2. Técnicas de biopsia palpebral

Eyelid biopsy techniques

N. Ibáñez Flores¹, P. Cifuentes Canorea²

¹Responsable del Departamento de Oculoplástica. Institut Català de Retina (ICR). Barcelona.

²Oftalmóloga. ICR. Barcelona.

Correspondencia:

Nuria Ibáñez Flores

E-mail: danuria1975@gmail.com

Introducción

La biopsia cutánea es un procedimiento diagnóstico y en ocasiones también terapéutico.

Consiste en la extirpación total o parcial de un tejido para realizar su estudio anatomo-patológico. Es una técnica sencilla que se utiliza para confirmar sospechas diagnósticas, y en muchos casos supone el tratamiento definitivo de la lesión.

La biopsia de una lesión está indicada ante cualquier sospecha de malignidad, y siempre que se quiera confirmar el diagnóstico anatomo-patológico de una lesión palpebral o de determinadas alteraciones cutáneas, como el lupus y la psoriasis¹.

No existen contraindicaciones absolutas para realizar una biopsia, aunque generalmente se recomienda no realizarla en zonas de infección activa.

Técnicas de biopsia palpebral

La técnica para realizar la biopsia dependerá fundamentalmente de tres factores: el tamaño de la lesión, el área del párpado afectada y la sospecha diagnóstica.

Biopsia escisional

Es la biopsia en la que se realiza una exéresis completa de la lesión para su estudio histológico. Si se ha extirpado en su totalidad y con márgenes quirúrgicos de piel sana alrededor de la lesión aceptables (de 3 a 5 mm) será también un procedimiento terapéutico (Figura 1).



Figura 1. Biopsia escisional con márgenes de 3mm. de piel sana.

Esta técnica se emplea en caso de lesiones de tamaño muy pequeño o lesiones con sospecha alta de malignidad independientemente del tamaño de la lesión.

En caso de lesiones pequeñas permite la exéresis y el cierre del defecto en el mismo acto quirúrgico, siempre y cuando dejemos los márgenes de seguridad adecuados.

Si la sospecha de malignidad es alta y queremos realizar una biopsia escisional no podremos realizar la reconstrucción palpebral del defecto restante hasta que no exista confirmación anatomo-patológica de que los márgenes de la lesión no tienen células tumorales residuales. Para ello tenemos tres opciones:

Biopsia escisional y cierre en un segundo tiempo

Si no es posible realizar un análisis histológico en el mismo momento de la cirugía para asegurar que los márgenes de la lesión están libres de tumor, podemos extirpar la lesión y esperar entre 3 días y 2 semanas a obtener los resultados de la anatomía patológica para realizar la reconstrucción del defecto².

En este caso, en función del defecto residual, se mantendrá la zona con pomada antibiótica y lubricación máxima hasta la realización de la reconstrucción. En los casos más graves, en los que la función del párpado superior se vea completamente comprometida, el paciente requerirá tratamientos de lubricación intensa y tratamiento con cámara húmeda hasta poder realizar la reconstrucción, por lo que deberemos realizar controles exhaustivos para evaluar el estado de la córnea que queda desprotegida. Si los cuidados postoperatorios son correctos no suele comportar ninguna complicación esperar a la obtención de los resultados, que no suele ser más allá de 2 días a 1 semana en los casos urgentes.

Solo cuando obtengamos los resultados del patólogo con márgenes libres de tumor podremos realizar la reconstrucción del defecto residual en el párpado. En caso de que al llegar los resultados haya algún margen afecto, deberemos realizar una ampliación del margen antes de proceder al cierre del defecto. En casos dudosos, si sospechamos que los márgenes podrían volver a estar afectos, deberemos esperar de nuevo el resultado histológico para la reconstrucción. Este es uno de los motivos por los que, siempre que podamos, en tumoraciones con alta sospecha de malignidad, tamaño grande y márgenes mal delimitados macroscópicamente deberíamos realizar una biopsia escisional con diagnóstico anatomo-patológico intraoperatorio.

Biopsia escisional y anatomía patológica peroperatoria/intraoperatoria o con micrografía de Mohs

Este tipo de biopsia consiste en realizar una escisión completa del tumor y hacer el diagnóstico histológico en el mismo momento. Esto permite valorar la ausencia o no de células tumorales en los márgenes de resección y la necesidad o no de ampliarlos antes de realizar una reconstrucción.

Estas técnicas intraoperatorias consiguen un índice de recidiva de los tumores muy bajo, en torno al 2-5% global³ y al 0,5-2% en carcinomas basocelulares menores de 20 mm, consiguiendo los mejores resultados con la microcirugía de Mohs según la mayoría de los estudios⁴⁻⁶. La diferencia entre la cirugía de Mohs y otras técnicas de estudio de márgenes en fresco, como la técnica de Breuninger y sus variantes, es la forma en la que se realiza la sección de la pieza⁷⁻⁹.

Todas las técnicas de estudio histológico intraoperatorio son válidas y están indicadas, básicamente, en tumores cutáneos no melanomas de alto riesgo. No están indicadas en todos los casos por su alto coste en comparación con las técnicas habituales de fijación en parafina y estudio en diferido¹⁰.

En todos los casos es muy importante realizar un marcado de la pieza (límite superior, inferior, medial, lateral, superficial y profundo) para que el patólogo pueda informarnos de si existe algún margen afectado. Por ello, los defensores de la cirugía de Mohs insisten en que debe ser el extractor quien analice la pieza, para una mejor orientación de la misma. Esto es muy importante en la micrografía de Mohs, ya que uno de los problemas que presenta es la dificultad de realización y un error en el método supone un error en la técnica. Los principales errores son fallos en el corte tangencial al tumor, errores en el mapeo, errores en el corte del criostato...¹¹. Los detractores de la cirugía de Mohs afirman que las otras técnicas en fresco son prácticamente igual de efectivas² y con menor posibilidad de error en caso de poca experiencia, más fáciles y con menor tiempo quirúrgico, y por lo tanto de menor coste^{8,9}.

Biopsia incisional

Se extirpa solo una parte del tejido sospechoso para realizar un diagnóstico definitivo. Se recomienda en lesiones de gran tamaño, en las que, en caso de malignidad, será necesario programar ulteriormente una intervención quirúrgica de gran envergadura.

Biopsia en sacabocados

Con un bisturí circular hueco, conocido como punch, se realiza la extracción de una muestra de tejido en toda la profundidad de la piel. No suele utilizarse mucho en oftalmología, pero es un procedimiento bastante utilizado por los dermatólogos para el diagnóstico de algunas enfermedades inflamatorias (Figura 2).

Biopsia en afeitado

Se utiliza para extirpar lesiones exofíticas no cancerígenas, tales como queratosis seborreica, y para el diagnóstico de algunos cánceres tipo no-melanoma superficiales o que están en el borde palpebral. La técnica requiere un rasurado de la piel con una hoja de bisturí o una cuchilla con el fin de eliminar la lesión. Esta técnica no debe realizarse si se sospecha que la lesión es un melanoma, debido a que la muestra obtenida puede ser inadecuada para un examen completo, sobre todo si el rasurado es muy superficial (Figuras 3 y 4).

Particularidades de las biopsias de las lesiones pigmentadas

Los nevos atípicos deben ser extirpados idealmente en forma escisional con un margen visible libre de 1-3 mm¹². Dependiendo del tamaño, la extirpación puede realizarse con huso de piel o mediante *punch*, siempre alcanzando el tejido subcutáneo profundo y tejido sano alrededor.

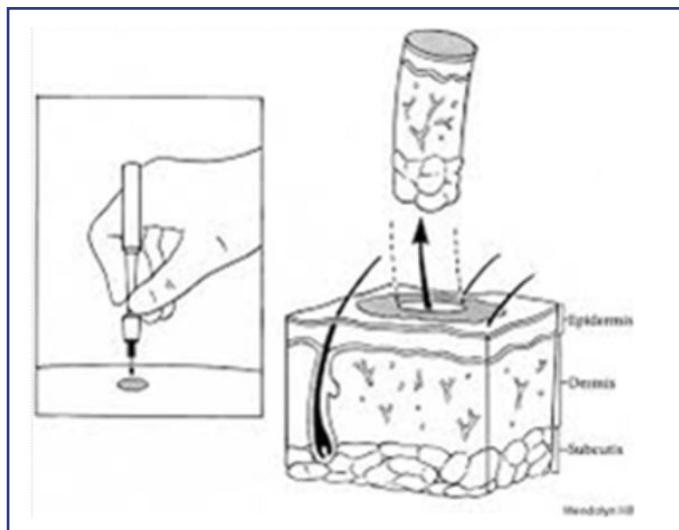


Figura 2. Biopsia en sacabocados.

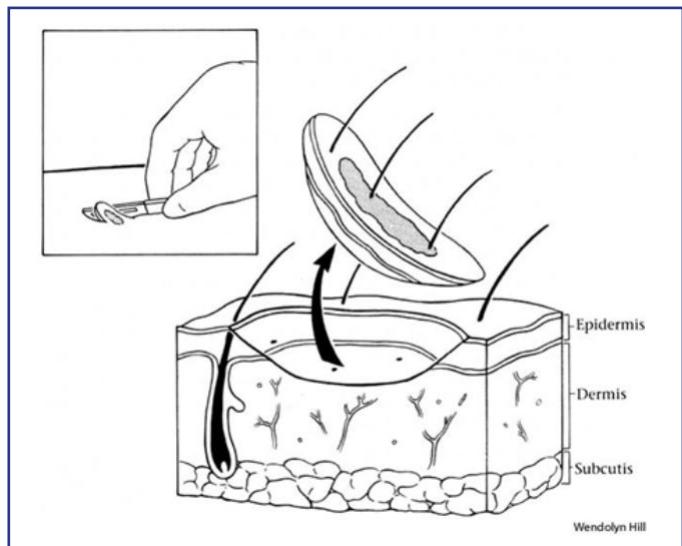


Figura 3. Esquema de biopsia en afeitado.



Figura 4. Fotografía de una biopsia en afeitado.

No se recomiendan márgenes amplios en forma inicial, ya que las incisiones amplias pueden alterar el drenaje linfático y dificultan la extirpación posterior definitiva de márgenes en caso de ser un melanoma¹². Por lo tanto, también en *nevus* atípicos o ante la sospecha de melanoma deben extirparse las lesiones en el sentido del drenaje linfático del área a extirpar, y nunca con técnicas de afeitado.

La biopsia incisional solo está indicada si la lesión es muy grande o está ubicada en un lugar difícil.

Si el estudio histológico confirma el diagnóstico de melanoma, el paciente debe ser derivado a dermatología oncológica. El tratamiento del melanoma depende de su estadio, que considera profundidad de Breslow, tasa mitótica, ulceración, compromiso nodal y metástasis a distancia¹³. Todos los *nevus* extirpados deben ser enviados a estudio histológico.

Consideraciones antes de realizar una biopsia

- Como en todo procedimiento, es necesario que el paciente firme un consentimiento informado previo a la realización de la biopsia.
- Es conveniente explicar al paciente que tras el resultado de la biopsia podría requerir una segunda intervención para extirpar el resto de la lesión o ampliar márgenes si es necesario. También es importante informar a los pacientes de que, como toda intervención que se realiza sobre la piel, la biopsia dejará una cicatriz que en la mayoría de los casos no será visible pasados unos meses, aunque existe la posibilidad de que lo sea.
- Para la realización de una biopsia cutánea deben tomarse las mismas medidas de asepsia y antisepsia que en cualquier procedimiento quirúrgico¹⁴.
- Al realizar la anestesia previa a la obtención de la biopsia, si se hace mediante inyección es importante no introducir la aguja dentro de la lesión si esta es sospechosa de malignidad, ya que podríamos contribuir a la diseminación de células malignas¹⁵.

Bibliografía

1. Alguire PC, Mathes BM. Skin biopsy techniques for the internist. *J Gen Intern Med*. 1998;13(1):46-54.
2. Ho SF, Brown L, Bamford M, Sampath R, Burns J. 5 Years review of periocular basal cell carcinoma and proposed follow-up protocol. *Eye*. 2013;27:78-83.
3. Totir M, Alexandrescu C, Pirvulescu R, et al. Clinical, histopathological and therapeutical analysis of inferior eyelid basal cell carcinomas. *J Med Life*. 2014;7(Spec No. 4):18-22.
4. Wolf DJ, Zitelli J. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 1987;123:340-4.
5. Hanke WC. History of Mohs micrographic surgery. *J Drugs Dermatol*. 2002;2:169-74.
6. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15:315-28.
7. Breuninger H, Schaumburg-Lever G. Control of excisional margins by conventional histopathological techniques in the treatment of skin tumors. An alternative to Mohs technique. *J Pathol*. 1988;154:167-71.
8. Breuninger H. Micrographic surgery of malignant skin tumors: a comparison of the frozen technique with paraffin sectioning. *Facial Plastic Surgery*. 1997;13:79-82.
9. Hagerty RC, Worsham F, Rutland E, Hagerty RF. Peripheral in-continuity tissue examination. *Plast Reconstr Surg*. 1989;83:539-45.
10. DuPlessis PJ, Dahl M, Malcolm AJ, Sviland L, Dickinson AJ, Lawrence CM. Mohs surgery of periocular basal cell carcinoma using formalin-fixed sections and delayed closure. *Br J Dermatol*. 1998;138:1003-8.
11. Rapini RP. Pitfalls of Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:681-6.
12. Tran KT, Wright NA, Cockerell CJ. Biopsy of the pigmented lesion-when and how. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:852-71.
13. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol*. 2009;27:6199-206.
14. Llamas-Velasco M, Paredes BE. Basic concepts in skin biopsy. Part I. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:12-20.
15. Tyagi R, Dey P. Needle tract seeding: an avoidable complication. *Diagn Cytopathol*. 2014;42(7):636-40.