

Diagnóstico: La biopsia

*Dr. LUIS M. FALCONI **

INTRODUCCION

Es imprescindible el diagnóstico anatomopatológico de cualquier lesión tumoral de partes blandas. Sea ésta a consecuencia de la resección quirúrgica total de la lesión o por medio de una biopsia.

* Asistente del Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Clínicas y Profesor Adjunto de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología. Universidad de la República.

Los progresivos conocimientos adquiridos acerca de la morfología de la célula neoplásica, mediante el recurso de diversas técnicas histopatológicas y la experiencia adquirida por los histopatólogos en la identificación morfológica del tipo celular neoplásico, han permitido una cada vez más precisa clasificación histogenética de los sarcomas. En lo relativo al tema que hoy nos ocupa puede decirse que pertenece a la historia de la anatomía patológica, la esquemática ordenación de sarcoma fusocelular, sarcomas de células redondas y sarcoma polimorfo celular.

Si antes podía extraerse poco más beneficio que una variación en el pronóstico de un tipo de sarcoma, ahora los beneficios de una ajustada interpretación histogenética de los sarcomas son más importantes, vistos los nuevos tratamientos antimetabólicos y nuevas formas y normas en el tratamiento ya conocido (actinoterapia), que permiten encarar con más optimismo el porvenir de los sarcomas tratados previamente o no por el cirujano. La clasificación histogenética de los sarcomas supone una ajustada identificación del tipo celular, si no absolutamente demostrable, por lo menos realizable con un margen razonable de seguridad.

La filiación histogenética no es mero detalle agregado al diagnóstico de sarcoma, sino que constituye un importante elemento de juicio para orientar la conducta terapéutica, a veces en el comienzo y otras veces después de la conducta quirúrgica primera.

Biopsia consiste en la extracción y examen de un fragmento de tejido de cuerpo viviente con propósito de diagnóstico (7). Hay en consecuencia una responsabilidad compartida por el cirujano que la realiza y el anatomopatólogo que la examina. Son conocidas las razones prácticas y teóricas que explican las dificultades que pueden existir en formular un diagnóstico histopatológico por un examen de una muestra biopsica. Estas limitaciones pueden atribuirse: a la poca representatividad de la biopsia, por haber sido escasa la zona biopsiada, por dificultades prácticas que no permitían una mejor muestra en cuanto a representatividad y extensión.

Cassinelli (2) en 1960, a propósito del valor de la biopsia en el diagnóstico de los tumores de vejiga, decía: "Todos los médicos conocen las razones prácticas y teóricas que explican las dificultades y aun la imposibilidad de formular un diagnóstico histopatológico por el examen de una pequeña muestra biopsica. Pero a menudo se olvidan estos argumentos cuando, en un caso particular, la duda razonable del patólogo implica dejar librado al buen criterio del clínico el manejo diagnóstico o terapéutico del enfermo.

Es comprensible el deseo y la necesidad que siente el clínico, en esas circunstancias, de que el patólogo llene con una "opinión" o una "impresión" el espacio vacío que queda entre la descripción de lo que se ve en los tejidos biopsicos y la verdadera naturaleza de la lesión que la histología no alcanza a suponer con seguridad. "Ello vale para las lesiones de partes blandas.

Otro aspecto que interesa recordar, pueden ser algunas limitaciones prácticas ocasionales en el diagnóstico microscópico de casos de tumores de morfología dudosa y además en un concepto doctrinario, recordar la insuficiencia de un riguroso criterio morfológico para establecer las limitaciones, si es que existen, entre los tumores benignos y los tumores malignos. Los nuevos conocimientos de la biología tumoral y sobre todo, por la cada vez más abundante experiencia en el reconocimiento de entidades anatomoclínicas, es decir, procesos de morfología definida más o menos

características munidas de una reacción biológica particular, no siempre acorde con lo presumido en base a los cánones clásicamente manejados en cuanto a criterios de benignidad o malignidad.

METODOS BIOPSICOS

Decíamos que la biopsia es una coparticipación de responsabilidades del clínico y del patólogo. No debe esperarse sólo el diagnóstico morfológico. Debe ser incluso un diagnóstico interpretativo de determinado tipo de lesión, con un pronóstico, que un diagnóstico que muchas veces no surge sólo de la histopatología, sino que se sustenta también en algunos caracteres de la lesión. De ahí que sean importantes las referencias clínicas remitidas junto con el material biopsico. Por obvio no vamos a insistir en la clara identificación del paciente, su edad, sexo, incluido profesión. De suma importancia son los datos en cuanto a localización, tiempo de evolución de esa lesión, los límites, la consistencia y algunos otros caracteres laterales que acompañen el complejo sintomático de la enfermedad. El lugar donde fue tomada la biopsia, en fin, datos útiles para la mejor interpretación y para realizar mejor un diagnóstico nosológico, no sólo morfológico. Los métodos a aplicar para obtener la muestra biopsica son variables y han de adecuarse a determinadas situaciones en particular.

Existen varios tipos de biopsia:

—*La biopsia exéresis*, cuando toda la lesión es extirpada en todo su contorno, siendo la incisión sobre tejido sano, permitiendo el estudio completo de la lesión (7).

—*La biopsia por incisión* en que sólo se extirpa parte de la lesión, siendo la incisión sobre tejido tumoral. Ello permite sólo el estudio de parte del tumor.

—*La biopsia por punción aspirativa*, hay varios procedimientos, todos ellos tienen en común ser poco traumatizantes, de fácil y práctica ejecución, y en consecuencia, factibles de reiterar en un mismo paciente, en caso de insuficiencia de la muestra previa a un diagnóstico. Pueden brindar un material suficiente para un estudio histopatológico (10).

LIMITACIONES — CONTRAINDICACIONES

Biopsia diferida.— Los procedimientos biopsicos recién enumerados, se aplican a la llamada biopsia diferida. Transcurre un período entre la extracción del material y la información que llega al cirujano; ese plazo es de suma importancia en cuanto a los sarcomas de partes blandas; debe ser reducido, sobre todo cuando es una biopsia por incisión parcial de la lesión. Mucho se ha discutido en cuanto a los riesgos, conveniencia e inconveniencia, peligrosidad de la biopsia de los tumores malignos. Algunos autores responsabilizan a la biopsia de una mayor diseminación del neoplasma.

Experiencias recientes, estudios estadísticos, demuestran que no hay diferencia entre la diseminación metastásica en caso de tumores malignos que inmediatamente previa a la operación fueron sometidos a una biopsia en relación a los casos tratados quirúrgicamente sin biopsia previa (3).

En casos de lesiones de difícil exéresis, en que es imprescindible la realización de una biopsia por incisión, o incluso por punción aspirativa, debe ser breve el periodo transcurrido entre la realización de la biopsia parcial de la lesión, y el tratamiento posterior según el diagnóstico histopatológico. Manejando estos criterios en cuanto a la biopsia diferida, las contraindicaciones sobre todo de la biopsia por incisión parcial de la lesión, son limitadas.

Comprende aquellos casos de sarcomas de partes blandas con claros signos clínicos de malignidad, de crecimiento rápido a presión, comprimidos por las fascias, músculos, periosteos. La incisión puede abrir vasos con una presión negativa en relación al tumor, facilitando la diseminación hematogena de células tumorales. Aquí puede estar mejor indicada una punción biopsica aspirativa (3, 10, 12).

Biopsia extemporánea.—Welch fue el primero en usar la biopsia y corte por congelación intraoperatorio a fines del siglo pasado. Ha sido un método muy discutido en cuanto a su certeza, conveniencia e indicaciones. No existe una oposición entre la biopsia extemporánea y la biopsia diferida. Cada uno de los procedimientos tiene su significación precisa. La biopsia diferida como vimos, es el estudio de un trozo tisural por medio de su inclusión en parafina, cortes delgados, a los cuales es posible aplicar técnicas especiales para determinados estudios, que facilitan la identificación de una lesión.

La biopsia extemporánea consiste en el estudio durante el acto operatorio de un trozo de tejido, tomado generalmente por incisión parcial de la lesión, fijación y corte rápido por congelación, de un espesor considerablemente mayor que los incluidos en parafina, y el empleo de técnicas de coloración simples para estudio microscópico, como la H.E., los métodos de Ackerman (1), Stout (11), que son de fácil y rápida ejecución. Hay limitaciones en cuanto al empleo de una biopsia extemporánea en forma sistemática sin analizar precisamente su indicación. Esas limitaciones son:

1) El patólogo, que si bien no exige un entrenamiento diferente de aquel necesario para el ejercicio práctico y responsable de la especialidad, exige por lo menos un conocimiento elemental del procedimiento en sí, limitaciones, de sus aspectos técnicos y del criterio interpretativo de las lesiones en este procedimiento.

2) Hay limitaciones materiales de instrumental y equipo. Las limitaciones de equipamiento conllevan a una limitación en cuanto a las posibilidades de una mayor precisión del diagnóstico histopatológico.

3) Hay limitaciones implícitas en el procedimiento en sí y ellas son menores cuanto mejor es el equipamiento.

Los equipos más habitualmente utilizados en nuestro medio son los de micrótopo a congelación que emplea como material enfriante el anhídrido carbónico (4). Hay otros procedimientos, que emplean un refrigerante líquido, como el nitrógeno y los cortes se realizan en el criostato (6, 8), que permite obtenerlos de un espesor similar a los de parafina. Al igual que en éstos, es posible realizar toda una serie de técnicas especiales para una mejor identificación histogenética de la lesión, distintas del procedimiento y coloración empleado por el método de cortes a congelación con el gas carbónico enfriante. Con el método actualmente empleado en nuestro medio es posible realizar correctamente la mayor parte de las biopsias extemporáneas. En nuestra experiencia y de varios compañeros, la más habitual es la biopsia extemporánea de un nódulo mamario, menos frecuentemente se emplean para otros diagnósticos intraoperatorios y, menos aún, para el diagnóstico del tumor de partes blandas. Es posible con el examen extemporáneo realizar una parte considerable de los diagnósticos de las lesiones de partes blandas. Algunas veces puede ser difícil la identificación histogenética del tumor, pero puede expedirse una opinión de malignidad.

La indicación del examen extemporáneo: está indicado cuando no fue posible realizar por diversos motivos, un diagnóstico preoperatorio. Si es un tumor maligno obliga a una conducta que no es posible adoptar sin la absoluta certeza de malignidad. Y esto puede darlo el examen extemporáneo.

Histopatología versus citología oncológica.

Se ha creado alguna vez una falsa oposición entre el diagnóstico histopatológico, a través de una biopsia y la opinión diagnóstica de la citología por punción.

Paseiro (9) señala en un trabajo sobre la citología en los tumores de partes blandas, que la citología es un método de orientación diagnóstica, semiológico y que la certificación del diagnóstico de una lesión está dada por el examen anatomopatológico. Hay situaciones en que no queda otra posibilidad más que la certificación de malignidad de un proceso, lo cual debe hacerse por la citología.

CONCLUSIONES

1) La biopsia es el método de elección para la identificación de los tumores de partes blandas.

2) La necesidad imprescindible de identificación histogenética, de identificación nosológica, de las lesiones de partes blandas previo a cualquier tratamiento.

3) El método de elección para la toma biopsica es por incisión. Puede ser sustituido por la biopsia por punción aspirativa en aque-

lla circunstancia en que la biopsia por incisión no es posible o conveniente.

4) La biopsia extemporánea sustituye a la biopsia diferida sólo por necesidad. Se llega a la biopsia extemporánea ante imposibilidad de realizar una biopsia preoperatoria.

5) Recalcar que la biopsia implica una responsabilidad y exige una colaboración mutua entre el cirujano y el patólogo, para una mejor interpretación por el patólogo de la lesión y por el cirujano de la comprensión del diagnóstico.

RESUMEN

La identificación anatomopatológica de los tumores de partes blandas y su correcta clasificación histogenética son imprescindibles previo a cualquier tratamiento, ya sea luego de una resección total de la lesión o por medio de una biopsia.

La biopsia por incisión es la más conveniente y en caso de necesidad, puede sustituirse por la punción aspirativa.

La biopsia extemporánea se indica cuando no fue posible antes una biopsia preoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, L. S., RAMIREZ, G. A. The indications for and limitations of frozen section diagnosis. *British J. Surg.*, 46: 336, 1959.
2. CASSINELLI, J. F. A propósito del valor de la biopsia en el diagnóstico de los tumores de la vejiga. Curso sobre neoplasma de vejiga. Clínica Urológica Prof. F. Hughes, 1960.
3. COLE, W. H., McDONALD, G. O., ROBERTS, S. S., SOUTHWICK, H. W. Dissemination of cancer. Prevention and therapy. Appleton-Century-Crofts, Inc. New York, pág. 111, 113, 401, 1961.
4. DOCKERTY, M. B. Rapid frozen sections technique of their preparation and staining. *Surg. Gyn. Obst.*, 97: 113, 1953.
5. ELSNER, B. La biopsia por congelación: su valor asistencial y en la educación del patólogo. *Pren. Méd. Argent.*, 55: 1741, 1968.
6. KLINOSKY, B., SMITH, O. D. Application of the refrigerated microtome in surgical pathology. *Am. J. Clin. Path.*, 33: 144, 1960.
7. MATTEO, A. L. Consideraciones prácticas acerca de la biopsia y del examen microscópico en el diagnóstico de las enfermedades neoplásicas. *Publ. As. Uruguaya de Lucha Contra el Cáncer*, folleto N° 23: pág. 7, 1953.
8. MELNICH, J. P. Enzyme patterns of tumors demonstrated histochemically in cryostat sections. *Ann of the New York Academy Sciences*, 135: 689, 1965.
9. PASEIRO, P., VARELA LOPEZ, M. El diagnóstico citológico en los sarcomas de tejidos blandos. *An. Fac. Med. Uruguay*, 45: 155, 1960.
10. SMETANA, H. F. The needle biopsy in diagnosis. *Am. J. of Clin. Pathology*, 24: 395, 1954.
11. STOUT, A. P. Frozen section diagnosis in surgery. *Surg. Clin. of N. A.*, 36: 355, 1956.
12. STOUT, A. P. Tumors of the soft tissues. Sect. II. Fasc. 5. Atlas of tumors pathology. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, 1953.