



Revista Chilena de
cirugía

www.elsevier.es/rchic



REVISIÓN

Actualización en el uso de la biopsia de piel por *punch*

Cristián Navarrete-Dechent^{a,*}, Catherina Moll-Manzur^a, Nicolás Droppelmann^b
y Sergio González^c

^a Departamento de Dermatología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^c Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 1 de marzo de 2016; aceptado el 19 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Biopsia;
Punch;
Diagnóstico;
Técnicas diagnósticas
y procedimientos

Resumen La biopsia *punch* es una herramienta diagnóstica útil en el estudio de las enfermedades cutáneas, particularmente en dermatología. En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas con usos que van más allá del diagnóstico y se incluyen en el campo de la terapéutica médica, dermatológica y cirugía general. El objetivo de la presente revisión es servir de actualización en biopsia *punch*, también llamada *en sacabocados*, tanto para médicos especialistas como no especialistas.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Biopsy;
Punch;
Diagnosis;
Diagnostic techniques
and procedures

Punch biopsy of the skin: An update

Abstract *Punch* biopsy was considered a sole diagnostic method for years. In the former years, new techniques have been developed. New uses now consider punch biopsy an essential part of the therapeutic arsenal in both dermatology and general surgery. The objective of this review is to serve as an update in punch biopsy.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La biopsia *punch* (o en sacabocados) es una técnica diagnóstica y, en algunos casos, terapéutica. Se realiza utilizando un bisturí de forma circular unido a un mango plástico. El

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ctnavarr@gmail.com, ctnavarr@uc.cl
(C. Navarrete-Dechent).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.05.008>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Navarrete-Dechent C, et al. Actualización en el uso de la biopsia de piel por *punch*. Rev Chil Cir. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.05.008>

instrumento se rota sobre la piel, penetrando todas las capas (epidermis, dermis y parte de la hipodermis), y se obtiene una muestra tisular cilíndrica. Si bien es un procedimiento relativamente simple, es importante planificar, entre otros, el momento de la toma de la biopsia, el sitio donde será realizada y el número de muestras a tomar.

Dado que es una técnica ampliamente usada por dermatólogos, cirujanos, y en algunos casos por médicos familiares y generales, es necesario conocer sus indicaciones, técnica y, finalmente, sus nuevas aplicaciones.

Generalidades

Indicaciones de biopsia *punch*

La biopsia *punch* es una técnica simple, de fácil aprendizaje y rápida ejecución, que permite obtener muestras adecuadas para el estudio de dermatosis inflamatorias y pigmentarias, entre otras. Está indicada para: 1) establecer el diagnóstico certero de una lesión inflamatoria o neoplásica; 2) combinar diagnóstico y terapia en lesiones pequeñas y únicas, como queratosis seborreica, nevo e incluso carcinoma basocelular (CBC) pequeño, y 3) evaluar la efectividad de una intervención terapéutica en una enfermedad previamente diagnosticada (por ejemplo, en CBC superficial tratado con imiquimod o en algunos casos de micosis fungoide)¹. En nuestro centro, y salvo contadas excepciones, siempre que se requiera una biopsia de piel de placas, o lesiones pigmentadas, o tumorales individuales de hasta 6 cm de diámetro mayor para precisar un diagnóstico, la biopsia por *punch* será nuestra primera alternativa.

Debe tenerse en cuenta que la biopsia *punch* no sirve para la toma de muestras musculares o de fascia (por ejemplo, ante la sospecha de dermatomiositis o fascitis eosinofílica), y en casos de paniculitis se prefiere la biopsia convencional por losange por sobre la biopsia *punch*, dado que con esta última se obtienen muestras más pequeñas y de profundidad variable (error frecuente), que dificultan la interpretación histopatológica.

Elección de la lesión

Al momento de elegir la lesión a biopsiar, se deben tener en cuenta algunas consideraciones que facilitarán una adecuada interpretación histopatológica posterior. Se debe escoger una lesión primaria (elemental), no tratada previamente, y con poco tiempo de evolución (lesión más nueva)¹, evitando las zonas con lesiones secundarias, como excoriaciones. A veces es conveniente diferir la biopsia hasta que se presente con lesiones primarias nuevamente.

Vesículas, pústulas y pápulas se deben extirpar de forma completa. En ampollas, se tomará la muestra del borde de la lesión, incluyendo piel sana perilesional para poder analizar la zona del clivaje de la piel, ya sea intra (pénfigos) o dermoepidérmica (penfigoides). En placas, la muestra debe incluir la zona con los cambios más representativos, como presencia de escamas, cambios de coloración o induración. En nódulos, debe tomarse del centro de la lesión. En lesiones anulares, como dermatofitosis, la zona de máxima elevación de la periferia es la que otorga mayor información¹. Si se requiere una biopsia de una úlcera, se debe obtener piel de

los bordes de la lesión, incluyendo también piel de aspecto sano. En los casos en que se esté evaluando un síndrome de microoclusión vascular, la biopsia debe tomarse de la zona pálida entre el lívado reticular o púrpura retiforme.

Cuando se trate de lesiones polifocales o difusas, debe evitarse tomar muestras de lesiones localizadas en extremidades inferiores con signos de insuficiencia venosa, zonas de fricción, que pueden presentar infiltrados linfocíticos inespecíficos y zonas con prominencias óseas —cuando sea posible— porque el procedimiento es más doloroso y el defecto quirúrgico puede demorar más en sanar.

En el caso del cuero cabelludo, se recomienda tomar al menos 2 biopsias, lo que permitirá realizar cortes histológicos horizontales y verticales. Por último, cuando se anticipe una mayor dificultad para establecer un diagnóstico histopatológico, como por ejemplo en algunas eritrodermias, o ante la sospecha de enfermedades del tejido conectivo, o de linfomas cutáneos, es recomendable tomar siempre más de 2 biopsias¹.

Elección del diámetro del *punch* y del número de muestras a tomar

Una adecuada selección del diámetro del *punch* permite disminuir el error de muestreo y tomar suficiente cantidad de tejido para las tinciones que sean requeridas.

En lesiones inflamatorias, el uso de *punch* de al menos 3 mm es adecuado². En lesiones pigmentarias, se prefiere dejar un margen de 1-2 mm para asegurarse que se haya extirpado la lesión completa^{2,3}. En biopsias de cuero cabelludo, las muestras se prefieren de 4 mm, ya que el número de unidades foliculares por área está estandarizado para ese diámetro de muestra.

Técnica de la biopsia *punch*

Una vez seleccionada la lesión y el diámetro del *punch*, se procede a tomar la muestra. Se limpia la zona con alcohol, povidona yodada, clorhexidina o solución fisiológica (esto último se prefiere al tomar una muestra para estudio con inmunofluorescencia). Luego se aplica anestesia local. Habiendo identificado las líneas de tensión en el área a biopsiar, con la mano no hábil se estira la piel en sentido perpendicular a dichas líneas (fig. 1A). Posteriormente, con la mano hábil se introduce la hoja del *punch* perpendicularmente a la piel (fig. 1B). Se gira el mango haciendo presión sobre la piel hasta sentir una disminución brusca de la tensión, lo que indica que se llegó a la hipodermis (fig. 1C)^{1,2}. La muestra tiene tendencia a protruir hacia la superficie y con una aguja o pinza se transecta y eleva (fig. 1D). Posteriormente, se corta la muestra por su base con una tijera o bisturí (fig. 1E)^{1,3}. Se debe evitar la compresión excesiva de la muestra con las pinzas, que constituye un error frecuente en la realización de esta técnica. Asimismo, debe visualizarse el tejido adiposo subcutáneo después del procedimiento, lo que implica que la profundidad alcanzada con la biopsia es adecuada. Finalmente, la hemostasia se logra generalmente presionando la zona del defecto quirúrgico con gasa, sin ser necesarios otros métodos.

En cuanto a técnicas de cierre del defecto quirúrgico, el estudio de Christenson et al.⁴ mostró que, para *punch*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836564>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836564>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)