

# Biopsia diagnóstica en dermatooncología

## Diagnostic Biopsy in Dermatooncology

Yuriko Calderón Ponce de León,<sup>1</sup> Sonia Torres González<sup>2</sup> y Armando Medina Bojórquez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dermatóloga y dermatooncóloga.

<sup>2</sup> Dermatóloga y dermatooncóloga.

<sup>3</sup> Jefe de la Clínica de Dermatooncología, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua".

### Señor editor:

“La biopsia de piel es uno de los exámenes complementarios más valiosos con que cuenta el dermatólogo, completa la exploración dermatológica y es insustituible en el estudio de los tumores, precisa la estirpe histológica y valora a su vez si éste ha sido o no extirpado en su totalidad”.<sup>1</sup>

No es lo mismo tomar una biopsia diagnóstica de una dermatosis no neoplásica, que tomar una biopsia de una lesión neoplásica que seguramente requerirá una segunda intervención para su completa extirpación, y que dependiendo de la estirpe histológica, requerirá ampliar márgenes de diversa extensión, incluso hasta varios centímetros. En ello radica la importancia de elegir la mejor orientación de la biopsia, tamaño y profundidad adecuada, para asegurar el diagnóstico histopatológico y poder realizar un plan de extirpación y reconstrucción más adecuado.

En la solicitud de la biopsia no se debe olvidar anotar datos importantes como: topografía, morfología, tamaño de la lesión, tiempo de evolución y progresión. Idealmente se debe incluir un esquema donde se explique de manera clara la orientación de la toma de biopsia. Esto último es particularmente significativo en caso de lesiones sospechosas de melanoma, así como en aquellas que se encuentren cercanas a estructuras importantes, como en la región periocular.<sup>2</sup>

Por otra parte, se debe realizar una cuidadosa evaluación dermatoscópica de toda lesión en la que se vaya a hacer biopsia, describiendo los colores, los patrones y las estructuras observadas, ya que en el caso de melanoma el patólogo se guiará para reportar el índice de Breslow

de la parte más representativa dermatoscópicamente de crecimiento vertical. En tal caso, describir la presencia de: asimetría, colores (diversos tonos de café, negro, rojo, azul, rosa, blanco), ausencia de red de pigmento o una red atípica, velo azul, glóbulos y puntos de pigmento atípicos, áreas de regresión y vasos atípicos.<sup>3</sup>

### Biopsia diagnóstica dermatooncológica

De manera general, para el diagnóstico de neoplasias, ya sean benignas o malignas, no se recomienda el uso de biopsia por punch.<sup>2</sup>

Se debe tomar en cuenta que la mayoría de las neoplasias conformadas por cáncer de piel no melanoma son más frecuentes en zonas fotoexpuestas, y de éstas, la cabeza y el cuello son las más importantes, sobre todo las áreas periocular, perinasal y auriculares, que se consideran de alto riesgo debido a que tienen mayor tasa de recidiva, más reportes de extirpaciones incompletas y reparaciones más complejas.<sup>4,5</sup>

Ante la sospecha de un carcinoma basocelular, si la topografía y el tamaño de la lesión lo permiten, se puede considerar una biopsia escisional en huso con margen de 3 mm, (probabilidad de 85% de extirpación completa),<sup>6</sup> siguiendo las líneas de expresión en las distintas áreas corporales, excepto en partes especiales como la región supraciliar, la frente y los párpados, donde se prefieren husos en orientación vertical para disminuir la probabilidad de retracción y asimetría facial. Si la topografía o el tamaño no lo permiten, siempre se debe realizar una biopsia incisional de la lesión, tomando el área más infiltrada, o en una parte periférica al área de necrosis en caso de que ésta formara parte de la neoplasia, y el espesor la biopsia debe ser hasta el tejido celular subcutáneo.<sup>2</sup>

### CORRESPONDENCIA

Dra. Yuriko Calderón Ponce de León ■ yuriko--@hotmail.com ■ Teléfono: 55 5038 1700  
Doctor José María Vertiz 464, Colonia Buenos Aires, C.P. 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México

Idealmente, se debe marcar la orientación del huso extirpado para que el dermatopatólogo realice una lectura adecuada de los márgenes.<sup>2</sup>

En el caso de las queratosis actínicas, se estima que de 1 a 16% evolucionan a carcinoma epidermoide, por tanto, al realizar una biopsia de una queratosis actínica, sobre todo si se encuentra infiltrada, se debe sospechar un CEC y se deben evitar las biopsias superficiales o por rasurado. La misma situación ocurre con los queratoacantomas, ya que muchos autores consideran que se trata de un CEC *in situ* bien diferenciado, aquí la biopsia deberá ser translesional y que abarque los bordes de la lesión para apreciar la histología de la lesión.<sup>2</sup>

Ante una queratosis seborreica que amerite biopsia, sobre todo si está muy pigmentada o tiene un aspecto verrugoso, no se debe descartar la posibilidad de melanoma, por lo que de igual manera se deben evitar biopsias superficiales y tomar en cuenta la dirección del drenaje linfático.<sup>2,7</sup>

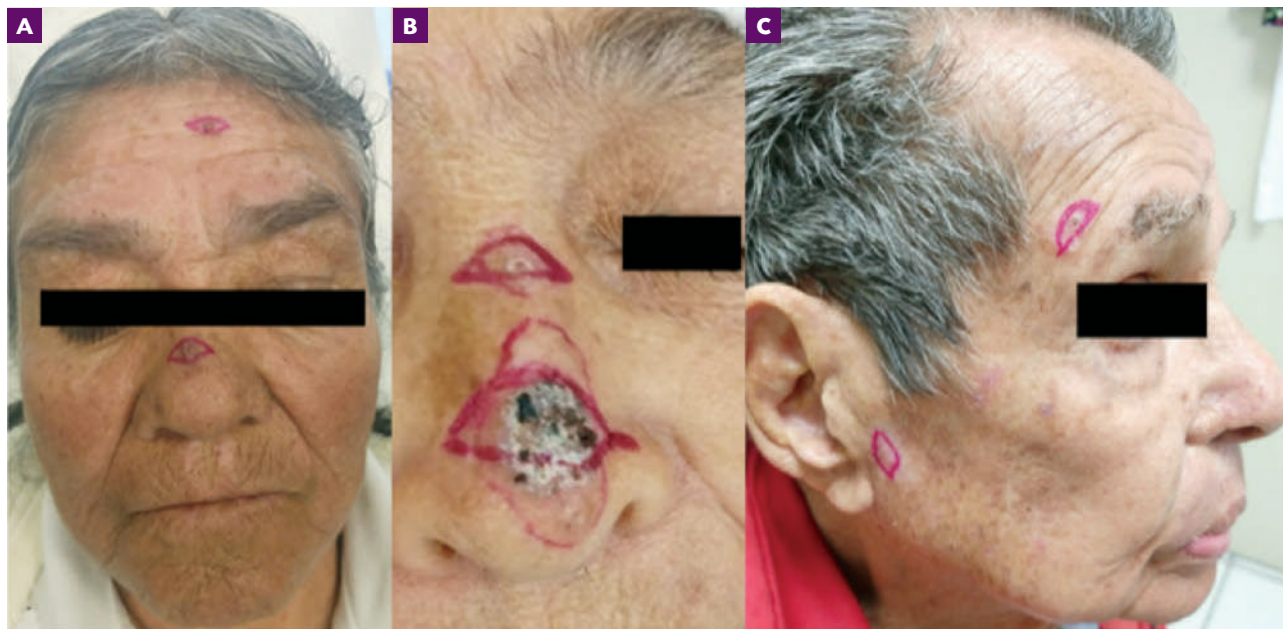
Ante una lesión melanocítica siempre se deberá seguir la dirección del drenaje linfático, y cuando el tamaño y la topografía de la lesión lo permitan, será necesario realizar una biopsia escisional con 2 mm de margen, y en esta situación no se respetarán las líneas de distensión.<sup>8</sup>

En el caso de las lesiones ungueales, el tipo de biopsia estará determinado por el sitio donde se encuentre

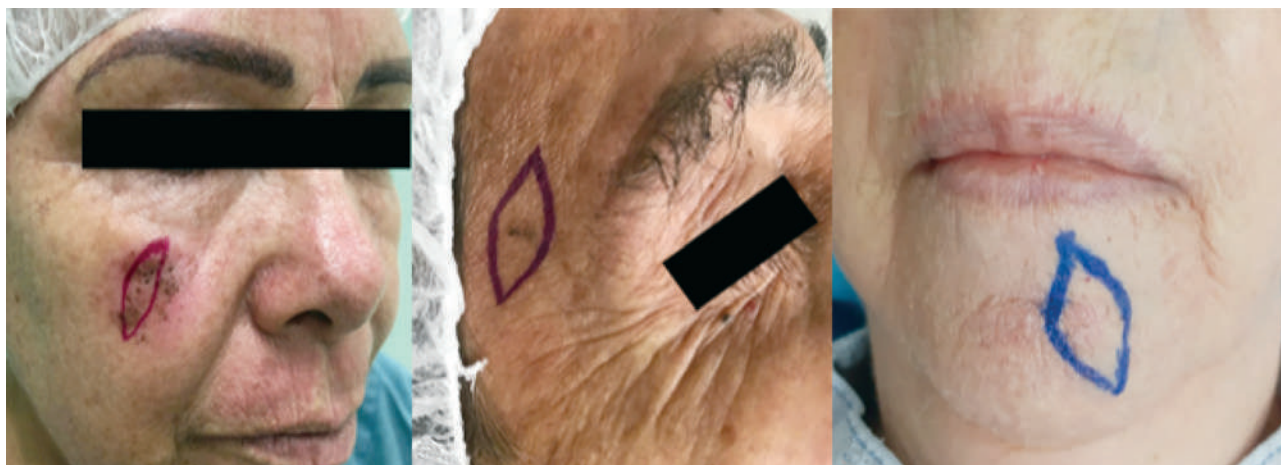
la neoplasia, por ejemplo, si la lesión está en el lecho se puede considerar una biopsia por punch; por otra parte, el examen dermatoscópico permite determinar si el pigmento se origina en la matriz proximal (pigmento en la región dorsal del borde libre) o distal (pigmento en la región ventral de borde libre), pero la que brinda mayor información de toda la unidad ungueal es la biopsia longitudinal, que incluye parte de la matriz, el lecho y la lámina.<sup>2</sup> De cualquier forma, el papel más importante de la dermatoscopia ungueal será detectar signo de micro-Hutchinson (pigmentación periungueal no visible al ojo desnudo) y orientar al clínico para el manejo de la melanoniquia y así evitar biopsias innecesarias.<sup>9</sup>

Una vez que se obtuvo el diagnóstico histopatológico, a la hora de planificar el tratamiento quirúrgico de un tumor cutáneo no debemos olvidar los objetivos a considerar, por orden de importancia:

- Oncológico: extirpar la lesión obteniendo bordes quirúrgicos libres de tumor, siempre que sea posible.
- Funcional: preservar la funcionalidad de las áreas intervenidas quirúrgicamente, de manera importante en ciertas zonas faciales como los párpados, el área perioral, las alas nasales, entre otras.
- Estético: obtener un resultado lo más aceptable posible.<sup>10</sup>



**Figura 1.** Ejemplos de toma de biopsias en carcinoma basocelular. En la región facial se debe respetar la dirección de las líneas de distensión. A) Frente y dorso nasal (como las tumoraciones son grandes, se realiza biopsia incisional de la porción más representativa de la lesión). B) Dorso y punta nasal (en tono más claro se delimitó dermatoscópicamente la tumoración y en color más oscuro se marcó la porción de donde se tomará la biopsia, la cual es la región más exofítica). C) Frente en su subunidad derecha y región preauricular (en este caso ambas lesiones son milimétricas y la distensión de la piel permite la extirpación completa de las tumoraciones con biopsia escisional, dando un margen de 3 mm).



**Figura 2.** A) Biopsia incisional en la porción más representativa de una lesión sospechosa de melanoma en la mejilla derecha. B) biopsia escisional con margen de 3 mm de una lesión sospechosa de carcinoma basocelular siguiendo las líneas de distensión en la subunidad derecha de la frente. C) Biopsia incisional en lesión sospechosa de malignidad en la región paramedial izquierda del mentón.

En el tratamiento quirúrgico posterior se deben evitar intervenciones complejas siempre que sea posible obtener resultados equivalentes con procedimientos más simples. Tomando en cuenta esta premisa, se aconsejan, en orden de frecuencia, los siguientes procedimientos para reconstrucción: cierre directo, injerto, colgajo, cierre por segunda intención y cierre por tercera intención.<sup>10,11</sup>

El cierre directo es el método más sencillo, siempre que sea posible se debe preferir esta técnica, ya que ofrece menor tasa de complicaciones con infección y reduce el tiempo de curación de la herida.<sup>10</sup>

Técnicamente los injertos son más sencillos respecto de los colgajos, ya que permiten un control oncológico más adecuado en caso de requerir en el futuro una reintervención quirúrgica. Tienen menor morbilidad, aunque los resultados cosméticos suelen ser menos agradables que en los colgajos.<sup>10</sup>

Los colgajos dificultan el control oncológico, por lo que se deben evitar en caso de que no haya seguridad en cuanto a extirpar completamente la neoplasia. Se utilizan en defectos quirúrgicos grandes o en defectos localizados en áreas complejas (pabellón auricular, pirámide nasal, párpados, zona perioral, entre otras).<sup>10</sup>

El cierre por segunda intención es el método más simple de reparación tras la exéresis de lesiones cutáneas neoplásicas, pero sólo se reserva para defectos menores de 2 cm localizados en zonas cóncavas (sienes, concha auricular, canto interno orbitario, etcétera).<sup>10</sup>

Lo anterior pretende orientar al médico que requiere tomar una biopsia cutánea diagnóstica en el caso de lesiones potencialmente neoplásicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Novales J, Biopsia de piel, *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46(4):167-8.
2. Harvey NT y Chan JWB, Skin biopsy in the diagnosis of neoplastic skin disease, *R Aust Coll Gen Pract* 2017; 46(5):289-94.
3. Malvey J, Aguilera P, Carrera C, Salerni G, Lovatto L, Scope A *et al*, Ex vivo dermoscopy for biobank-oriented sampling of melanoma, *JAMA Dermatology* 2013; 149(9):1060-7.
4. López M y Pasquali P, Manejo de carcinoma basocelular de alto riesgo, *Dermatología Venez* 2006; 44(3).
5. Ortega Portillo R, Peniche Castellanos A, Fierro Arias LO y Ponce Olivera RM, Estudio epidemiológico y clínico de carcinoma epidermoide de alto riesgo en un solo centro hospitalario, *Dermatol Rev Mex* 2018; 62(2):92-100.
6. Alcalá-Pérez D, García-Arteaga DA, Torres-González S, Trejo-Acuña JR, Medina-Bojórquez A y Cardona-Hernández MA, Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento de carcinoma basocelular, *Dermatología Rev Mex* 2015; 59(4):294-302.
7. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Scalvenzi M, Longo CB *et al*, Dermoscopic clues for diagnosing melanomas that resemble seborrheic keratosis, *JAMA Dermatology* 2017; 153(6):544-51.
8. NCCN Guidelines National Comprehensive Cancer Network, Cutaneous melanoma (version 2.2019).
9. Starace M, Alessandrini A, Brandi N y Piraccini BM, Use of nail dermoscopy in the management of melonychia: review, *Dermatol Pract Concept* 2019; 9(1):38-43.
10. González MC, Reparación cutánea de lesiones oncológicas, *Enferm Dermatol*, 2017; 11(30):12-20.
11. Caballero CA, Alcalá PD, Torres GS, Vences CM, Medina BA y Enríquez MJ, Técnicas quirúrgicas de reparación cutánea nasal en pacientes con cáncer de piel no melanoma, *Dermatología Rev Mex* 2011; 55(5):277-82.