Un pedido de estudio de anatomía patológica solicitado por un cirujano plástico

Pedro Luis Dogliotti †

RESUMEN

Ante preguntas de patólogos y análisis posterior de las solicitudes remitidas por cirujanos plásticos a ellos solicitando el estudio correspondiente, tuve la inquietud de informarme en textos y revistas de la especialidad a los fines de ver si esto mismo sucedía en otras partes del mundo. Y al encontrar, en efecto, que esto era así, no solo con cirujanos plásticos sino con médicos, sobre todo en formación del área quirúrgica, me pareció de utilidad, sobre todo para los primeros para que comprendan el alcance de este estudio.

INTRODUCCIÓN

Por azar se me consultaron varios pedidos de estudio de anatomía patológica (AP) generados por cirujanos plásticos y, ante el asombro de lo escrito, consulté otros patólogos amigos y en general casi todos tenían la misma opinión. O bien creen que un patólogo es una especie de mago que, por poseer un tubo con luz, puede a través de él reconocer todo por el otro lado del mismo, o un súpermédico que lo sabe todo, o bien los cirujanos plásticos saben muy poco de medicina, o no les importa mucho.

A un simple ejemplo aclaratorio me remito. Dice el pedido: "resección de cicatriz facial", pero **no dice** que es la tercera recidiva de un melanoma desmoplásico. Esto tiene consecuencias médicas, financieras y legales. Ni las inmunomarcaciones ni los programas sofisticados de computación protegen al grupo médico.

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Miembro Titular de la Asociación Médica Argentina. Miembro Titular de la SACPER.

Recibido: 19/07/2016 | Aceptado: 18/08/2016

La ausencia de información clínica, incluyendo la falta de diagnósticos diferenciales en una dermatosis, puede dar una inadecuada o incompleta interpretación patológica. En muchos casos se omite la descripción de la pieza resecada, la correcta ubicación en la zona anatómica y la orientación en el espacio, la coloración, los márgenes preservados, la presencia de características específicas (ulceraciones, etc.). En fin, el cirujano está facilitando una macroscopia que el patólogo no puede hacer.

Creo oportuno exponer algunos conceptos para mejorar nuestra posición en el contexto de la medicina.

El procesamiento de biopsias y piezas quirúrgicas es sincronizado y de precisión, es decir, de máxima exactitud en el diagnóstico en el menor tiempo posible.

Aquí es donde el solicitante del estudio tiene un rol preponderante. Se deben consignar los datos identificatorios:

- Nombre del paciente.
- Edad.
- Sexo.
- Número de documento de identidad.
- Número de afiliación.
- Número de historia clínica.

- Tipo de beneficiario.
- Servicio médico.
- Datos de orientación diagnóstica (no olvide que parte de la macroscopia la está informado usted).
- Nombre y sello del médico solicitante.

Además, los datos relevantes sobre el posible origen de la lesión, áreas expuestas al sol, expuestas al roce, especialmente sexo y edad, tiempo de evolución del proceso, localización en el cuerpo, si es única o múltiple, las características macroscópicas (color, dureza, adherencia, etc.) y si se trata de un proceso crónico o agudo. La piel es sitio de metástasis de otros tumores, no olvide mencionar lesiones previas.
Estos datos brindarán al patólogo información suficiente para orientarse en una historia clínica que lo dirija a un diagnóstico presuntivo, a un tipo histológico.

Tipo de biopsia

Es importante indicar el tipo de biopsia: incisional, una parte de la lesión, se usa en procesos neoplásicos amplios; escisión total de lesiones pequeñas, además de obtener la muestra se elimina la lesión en sí; biopsia por punción-aspiración (PAAF); biopsia en sacabocados, etc.
Quizás el término que más he visto usado es "tumor de dorso". Nada más anodino que este término, que puede ser enunciado por alguien no médico. ¿Qué es? Piel, piel y celular, subcutáneo profundo...
Hay tumores muy parecidos y la localización ayuda a definirlo; todos son similares, los define su localización: elastofibroma (escápula), fibroma nucal (nuca), fibrolipoma (en cualquier parte).
La decisión de hacer una biopsia incisional o resectiva dependerá del tamaño de la lesión.
En las lesiones ulceradas, tomar muestras del centro solamente nos mostrará necrosis e inflamación. La muestra más informativa debe corresponder a tejido periférico normal y patológico. También la profundidad entre el tumor y es estroma es importante, ya que este sostiene al tumor. Ciertas lesiones presentan un componente reactivo, hiperemia, fibrosis y hasta hueso metaplásico. Cuidado de no tomar muestras solo de este sector, de otra manera no podrá haber información alguna. Todas las tomas deben ser enviadas al estudio[1]. Evitar traumatizar, aplastar, cauterizar los tejidos. Estos producirán artefactos imposibles de interpretar.
Resista la tentación de hacerse el patólogo [...] cortar la pieza, rasparla, etc. No le va a agregar ninguna información y evitará los artefactos y el anatema del patólogo.
A los fines de información sobre márgenes es importante que marque mediante dos puntos de sutura diferentes lo que es superior y medial (o viceversa) dejándolo consignado, de otro modo será imposible que se le indique el margen comprometido; o bien pintar con tinta china ambos bordes (póngase de acuerdo con el laboratorio sobre cuál método prefiere).
Cada pieza debe ser identificada con un número o una letra, y mejor un esquema.

La biopsia por congelación[2]

Para un patólogo, hacer informes intraoperatorios, tomar decisiones bajo presión, requiere muchísima experiencia, y el número de los resultados positivos habla de las limitaciones del método. Se estima que la mitad de las congelaciones podrían haberse evitado. La biopsia por congelación tiene tres indicaciones:
a. Establecer la presencia de la lesión.
b. Determinar márgenes.
c. Definir si el tejido seleccionado contiene patología (aun cuando no pueda llegarse al diagnóstico en ese momento)[3].
Sobre 900.000 cortes por congelación el 67% fueron falsos negativos. En otro caso, son preferibles las tinciones habituales[4].

CONCLUSIONES

Aun siguiendo estas básicas indicaciones, el consejo más importante es que hable con su patólogo. Es un médico especialista como usted, y si algún informe no coincide con el suyo, especialmente en los casos de niños y adolescentes, posiblemente le explique que necesitaba algún datito más. A menudo datos que nos parecían irrelevantes son de extrema importancia en el diagnóstico diferencial histopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Wright JR. The 1917 New York biopsy controversy: a question of surgical incision and the promotion of metastases. Bull Hist Med 1988;62(4):546-62.*
2. *Gal AA. The centennial anniversary of the frozen section technique at the Mayo Clinic. Arch Pathol Lab Med 2005;129:1532-5.*
3. *Lechago J. The frozen section: pathology in the trenches. Arch Pathol Lab Med 2005;129:1529-31.*
4. *Gephardt GN, Zarbo RJ. Interinstitutional comparison of frozen section consultations. A college of American Pathologists Q-Probes study of 90,538 cases in 461 institutions. Arch Path Lab Med 1996;120: 804-9.*