



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005

Citología aspirativa con aguja fina en el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos bucales

Dr. Oscar Norberto García-Roco Pérez*

* Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey CUBA

Resumen

El uso de la citología aspirativa con aguja fina (CAAF) en el diagnóstico de muchas lesiones en diferentes partes del organismo está ampliamente extendido, mientras que en lesiones bucales se ha empleado solo muy recientemente. El presente estudio investiga el valor diagnóstico de la CAAF en lesiones bucales sólidas de 71 pacientes (47 masculinos y 24 femeninos) con un rango de edades de 17 a 70 años y se compara con la histología. Las muestras citológicas se evaluaron mediante de la presencia de células diagnósticas y la aplicación de pruebas estadísticas de confiabilidad. Se obtuvieron células diagnósticas en el 73,2 % de las muestras que se dividieron en 2 grandes grupos de lesiones: fibrosas (LF) y no fibrosas (LNF). Entre las LF el diagnóstico fue posible en 15 casos (48,3 %), mientras que en 37 de 40 LNF (94,8 %) se obtuvieron células diagnósticas. Los resultados de las pruebas de confiabilidad difirieron significativamente de acuerdo con el tipo de lesión, mostrando mayor eficiencia (94,8 %) en LNF. Se concluye que la CAAF no tuvo valor diagnóstico en lesiones fibrosas, mientras que en lesiones con estroma blando, rico en vasos o células inflamatorias y en tumores malignos, la CAAF fue muy exitosa, con diagnósticos correctos.

Introducción

Un diagnóstico correcto y oportuno es una condición importante para el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad.¹

A pesar de los avances recientes e indiscutibles en marcadores tumorales y otras técnicas diagnósticas, en la práctica el diagnóstico continúa siendo morfológico.^{1,2}

La citología aspirativa con aguja fina (CAAF) es una técnica utilizada para detectar los límites tumorales, residuales, confirmar malignidad en formaciones sospechosas y para distinguir lesiones benignas y malignas. Se ha empleado también para identificar metástasis de lesiones malignas y diagnosticar múltiples tumores.^{3,4} Una punción aspiración puede ser un buen punto de partida en el protocolo general de diagnóstico e indicar inmediatamente el próximo paso a seguir en el diagnóstico y/o tratamiento.^{2,5,6} Se ha empleado rutinariamente para el diagnóstico de masas superficiales y profundas en varias áreas del cuerpo. En contraste, no se ha utilizado frecuentemente en lesiones bucales.^{3,7}

La técnica de la CAAF es rápida y sencilla, no dolorosa por el fino calibre de la aguja y aunque se ha reportado que una de sus complicaciones es la hemorragia, esta es rara y puede ser fácilmente controlada por compresión.^{2,3}

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar mediante pruebas estadísticas, el desempeño de la CAAF como procedimiento diagnóstico en lesiones de tejidos blandos bucales.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional analítico en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Asuncion Domenech" de Camagüey, en el período de septiembre 2002 a junio 2004. Se realizó examen bucal a 237 pacientes remitidos por la atención primaria de salud. Previo consentimiento informado, se seleccionaron 71 de ellos por presentar lesiones visibles de tejidos blandos; se excluyeron los procesos inflamatorios agudos. Todas fueron sometidas a examen citológico y biopsia. Dadas las características del estudio, constituyeron a la vez la muestra y el control, en dependencia del proceder aplicado. La técnica citológica empleada y los criterios diagnósticos fueron los tradicionales. 2,7 La efectividad de los métodos diagnósticos analizados se comprueba por el sistema estadístico de Galen y Gambino, 8 con pruebas de confiabilidad (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, eficiencia global de la prueba y otras).

Los datos se recolectaron mediante una encuesta creada al efecto con criterios computarizables. Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentajes, expuestos en tablas estadísticas que permitieron su análisis y discusión con mayor nivel de generalización.

Resultados

La lesión predominante fue el granuloma de células gigantes, encontrado en 19 pacientes. De estos, solo en un caso no se obtuvo un número suficiente de células diagnósticas en la citología. En las preparaciones se observaron células mesenquimales y gigantes de tipo osteoclástico; 16 pacientes fueron diagnosticados con hiperplasia inflamatoria fibrosa, no se encontraron células suficientes en 8, en el resto se apreciaron células fusiformes. En 7 de los 12 enfermos con fibroma, la CAAF no demostró valor diagnóstico.

De los 9 pacientes con hemangioma, en 8 casos se encontraron suficientes células endoteliales ovales o fusiformes. En los 5 con carcinoma epidermoide se logró un acertado diagnóstico. Se apreciaron células epiteliales atípicas entre eritrocitos y células inflamatorias. De igual manera, se obtuvieron numerosas células diagnósticas en los pacientes con adenoma pleomórfico y adenocarcinoma palatino, linfoma maligno y tejido de granulación, no así en el fibrosarcoma. En resumen, en el 73,2 % de los casos se obtuvo un adecuado número de células diagnósticas en la citología (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo con su diagnóstico histopatológico y la presencia de células diagnósticas en el material citológico

Diagnóstico histopatológico	No. de casos	Pacientes con adecuado número de células diagnósticas en citología	Pacientes con inadecuado número de células diagnósticas en citología
Granuloma de células gigantes	19	18	1
Hiperplasia inflamatoria fibrosa	15	7	8
Fibroma	12	5	7
Hemangioma	9	8	1
Carcinoma epidermoide	5	5	-
Adenoma pleomórfico palatino	2	2	-
Granuloma piógeno	2	1	1
Adenocarcinoma palatino	1	1	-
Linfoma maligno	1	1	-
Fibrosarcoma	1	-	1
Fibromixoma odontogénico	1	1	-
Tejido de granulación a cuerpo extraño	1	1	-
Inflamación crónica	1	1	-
Total	71	52	19
%	100,0	73,2	26,8

Fuente: encuestas.
P = 5,462 E-06.

Las lesiones se agruparon en fibrosas (LF) y no fibrosas (LNF); se apreciaron diferencias significativas entre los grupos; mientras que el 94,8 % de las LNF pudo ser diagnosticado, en el caso de las LF, fue posible solo en el 48,3 % (tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de las lesiones fibrosas y no fibrosas según la presencia de células diagnósticas en las citologías

Número de células diagnósticas en las citologías	Lesiones fibrosas (%)	Lesiones no fibrosas (%)
Adecuado	15 (48,3)	37 (94,8)
Inadecuado	16 (51,7)	3 (5,2)
Total (%)	31 (100,0)	40 (100,0)

Fuente: encuestas.
P = 3,018 E-04.

La efectividad del método diagnóstico analizado se comprobó, en ambos grupos de lesiones, por el sistema estadístico de Galen y Gambino (tabla 3) con pruebas de confiabilidad. Hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sensibilidad (100,0 % en LNF/0 % LF), especificidad (90,9 % en LNF/50,0 % LF), valor predictivo positivo (100,0 % en LNF/0 % LF) y negativo (100,0 % en LNF/93,7 % LF) y eficiencia de la prueba (94,8 % en LNF/48,3 % LF).

Tabla 3. Efectividad del CAAF como procedimiento diagnóstico según Galen y Gambino

Indicadores	LNF	LF	Total
C. positivos diagnosticados	7	0	7
C. negativos diagnosticados	30	15	45
C. positivos no diagnosticados	0	1	1
C. negativos no diagnosticados	3	15	18
Valores en porcentajes	%	%	%
Sensibilidad	100,0	0	87,5
Especificidad	90,9	50,0	71,4
Predictivo positivo	100,0	0	100,0
Predictivo negativo	100,0	93,7	97,8
Eficiencia	94,8	48,3	73,2

Fuente: encuestas.
LNF: lesiones no fibrosas; LF: lesiones fibrosas; total: sumatoria de lesiones.

Discusión

En la evaluación diagnóstica de lesiones tumorales y no tumorales el papel de la CAAF ha incrementado su importancia. Esta es segura, rápida, exacta, poco costosa y aceptada por los pacientes.^{2-7,9}

Nuestra experiencia y la de autores consultados indicó que la CAAF fue eficiente en el diagnóstico de lesiones de cabeza y cuello, con un alto grado de exactitud. Numerosos son los estudios que se han realizado para determinar su precisión diagnóstica. Los valores de los parámetros son tan variados como los estudios, se puede señalar que tienen una precisión global que oscila entre el 90 y 98 %, su sensibilidad del 84 al 95,7 % y la especificidad entre el 95-100 %.^{2,6,7,10}

En estudios llevados a cabo en lesiones quísticas de la región, no se encontraron diferencias en el comportamiento del método. Stocker y otros, no obstante, en su estudio de lesiones musculoesqueléticas, reportaron un éxito de la CAAF del 97 % en lesiones

tumorales, pero del 84 % en casos no tumorales. 11

En nuestro estudio se pudo obtener mucho más material diagnóstico en lesiones vasculares o inflamatorias con estructura blanda y lesiones malignas, ya que la retención celular no es tan firme como en las lesiones fibrosas, con un estroma sólido y ricas en tejido conectivo. Las lesiones oncológicas son escasas debido a su frecuencia y a las características de la institución, por ello los resultados en estas no son muy ilustrativos en las LF, pero en sentido general, se evidencia la limitada capacidad diagnóstica de la CAAF en este tipo de lesiones. 7,9

La variabilidad que se observa en la citología es atribuida en parte a la dificultad para diferenciar, en ocasiones, entre una entidad maligna o benigna. A veces, la marcada atipia en el epitelio reactivo no neoplásico pudiera dar como resultado un falso positivo, así como la aspiración de material de neoplasias quísticas y bien diferenciadas pueden dar un falso negativo. 4,9

Para la gran mayoría de los investigadores, el punto crítico de la citología radica en la propia ubicación de la aguja, la cantidad de material obtenido, la forma de extenderlo, fijarlo e interpretarlo; es decir, depende de la experiencia y habilidad del profesional que realiza el proceder. También los conocimientos prácticos influyen de manera decisiva en la efectividad del diagnóstico. 2,9-14

Podemos concluir que se ha demostrado que aunque la CAAF no tuvo buenos resultados en lesiones ricas en tejido conectivo, cuando se empleó en lesiones vasculares o inflamatorias con estructura blanda y lesiones malignas, fue considerablemente más exitosa y capaz de diagnósticos exactos y definitivos. Por lo tanto, puede ser empleada en lesiones clínicamente malignas, donde la biopsia excisional no sea conveniente para el tratamiento posteriormente y la incisional sea problemática, así como complementario en pesquisajes.

Conclusiones

Se ha demostrado que aunque la CAAF no tuvo buenos resultados en lesiones ricas en tejido conectivo, cuando se empleó en lesiones vasculares o inflamatorias con estructura blanda y lesiones malignas, fue considerablemente más exitosa y capaz de diagnósticos exactos y definitivos. Por lo tanto, puede ser empleada en lesiones clínicamente malignas, donde la biopsia excisional no sea conveniente para el tratamiento posteriormente y la incisional sea problemática, así como complementario en pesquisajes.

Bibliografía

- García Roco O, Arredondo M, Álvarez MC. La citología exfoliativa en el diagnóstico precoz de lesiones oncológicas bucales. *Rev Cubana Estomatol* 2002 (en prensa).
- De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer. Principles and practice of oncology*. 5 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 92-113, 228-37, 574-622.
- Platt JC, Rodgers SF, Davidson D, Nelson CL. Fine needle aspiration biopsy in oral and maxillofacial surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:152-5.
- Arredondo M, García-Roco O, Suárez A, Villalonga Y. Citología aspirativa con aguja fina en el diagnóstico de tumores cervicales. *AMC* 2001 [en línea] 5 (suppl 1) [citado 3 septiembre 2002]. Disponible en INTERNET: <http://cmw.sld.cu/amc/>
- Cawson RA, Odell EW. *Essentials of oral pathology and oral medicine*. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1998. p.191-237.
- Sciubba JJ. Oral cancer. The importance of early diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001;2(4):239-51.
- Alatti C, Günkar B, Kocak H, Özveren A, Dölek S. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) in oral lesions. *J Oral Sci* 1999;41(1):41-5.
- Galen RS, Gambino SR. *The predictive value and efficiency of clinica*. 2 ed. México: El Manual Moderno; 1997. p. 273-301.
- Carson HJ, Saint Martin GA, Castelli MJ, Gattuso P. Unsatisfactory aspirates from fine needle aspiration biopsies: a review. *Diagn Cytopathol* 1995;12:280-4.
- Günhar Ö, Dogan N, Celasien B, Segün O, Önder T, Finii R. Fine needle aspiration cytology of oral cavity and jaw lesions. A report of 102 cases. *Acta Cytol* 1993;32:135-42.
- Stocker DJ, Cobb JP, Pringle JA. Needle biopsy of musculoskeletal lesions. A review of 208 procedures. *J Bone Joint Surg* 1997;78:478-500.
- Cancela P, Cerele R, Moreno L, Esparza GC. Utilidad del screening en el cáncer oral. *RCOE* 2000;6(6):611-6.
- Scibba JJ. Melhorando a detecção de lesões orais pré-cancerosas e cancerosas. *JADA* 2000;2:21-32.
- Sankaranayanan R, Fernández L, Lence J, Pisani P, Rodríguez A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. *Oral Oncol* 2002;38(2):131-6.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28