

# Citología Exfoliativa y Punción con aguja fina

## Una herramienta efectiva en el consultorio dental

### Dr. Reynaldo Vargas Domínguez

Adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE

### Dra. María Jovita Manrique Camacho

Jefe de Citología y Citopatología. Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE

### Resumen

La citología exfoliativa así como la punción con aguja fina son herramientas de gran ayuda para corroborar los diagnósticos clínicos presuntivos que se nos puedan presentar en nuestros consultorios, y asimismo pedir los estudios correspondientes o en su defecto canalizarlo al especialista, brindando un servicio de gran calidad a nuestros pacientes, cabe señalar que esto no significa la sustitución del estudio histopatológico.

### Introducción

Papanicolaou, fue uno de los primeros en utilizar y reportar la eficacia de la citología exfoliativa en la detección de enfermedades ginecológicas, por lo que a partir de esa fecha (1943), se ha tratado en difundirla y adaptarla a la cavidad oral.<sup>1,2,7</sup>

Sandler en 1958 reportó que la citología exfoliativa era un método eficaz para detectar cáncer, aunque consideraba controversial su utilización, teniendo en cuenta que su uso debería ser racional, conociendo sus ventajas y limitaciones.<sup>1,2,7</sup>

La citología exfoliativa en cavidad oral es un auxiliar en el diagnóstico de algunas lesiones principalmente malignas, sin llegar a ser sustituto de la biopsia, sin embargo es útil en el diagnóstico temprano en consultorio dental de lesiones malignas de la cavidad oral.<sup>2,3,4,5,6</sup>

La biopsia por aspiración con aguja fina también es un auxiliar en el diagnóstico de ciertos aumentos de volumen que surgen en la región de cabeza y cuello. El procedimiento es sencillo y de gran valor para el clínico para saber si estamos ante un aumento de volumen sólido o bien con contenido líquido o en su defecto de sangre.

Existen actualmente varias razones que indican el uso de la citología y la biopsia, por lo que mencionamos las más importantes:

1. La citología y la punción con aguja fina nunca va a sustituir a la biopsia con su respectivo estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo.
2. Mediante la combinación de la citología exfoliativa y la biopsia se puede llegar a un diagnóstico definitivo.
3. En el caso de un diagnóstico citológico positivo siempre será obligatoria la biopsia.

Muchas veces pueden existir reportes de falsos negativos que se manifiesta en errores en la toma de las muestras, ya que pueden ser insuficientes o que no sea de la zona donde se encuentra la lesión, por eso se recomienda que si se tiene duda ante la primera toma, se haga una nueva de otra zona diferente y así poder enviar ambas muestras a su estudio correspondiente.<sup>5,6,7</sup>

### Material

Para la elaboración estos procedimientos debemos de contar con el siguiente material (Figuras 1 y 2):

- Hisopos estériles.
- Jeringa de 20 ml.
- Aguja desechable 22 x 32.
- Laminillas.
- Spray fijador.
- Agua para biopsia tipo Trucut en caso de contar con ella.

### Método

Una vez que localicemos la lesión, y esta se encuentre en mucosa oral, **NO** debemos de realizar asepsia ni antisepsia de la región, ya que se modifica las estructuras celulares por el barrido que se produce al realizar estas acciones, por lo que se recomienda que sea preferentemente por las mañanas, sin aseo oral para no modificar la flora bucal y las células, y que esta acción, pudieran darnos un diagnóstico falso; una vez obtenida la muestra, se extiende en el portaobjetos y se fija con el citospray y se envía a citología a su estudio correspondiente (Figuras 3, 4, 5 y 6).



Figura 1. Material que se requiere

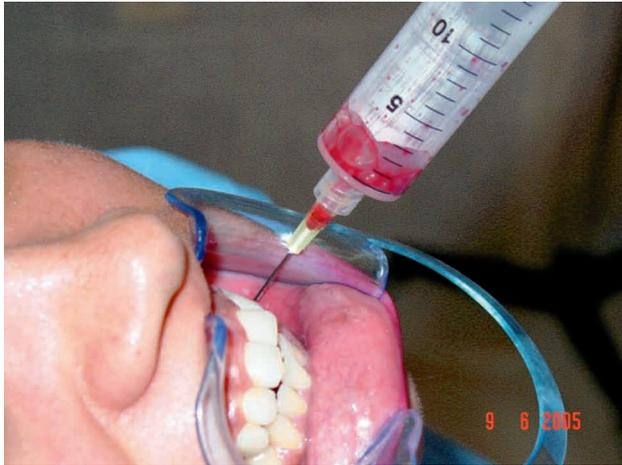


Figura 2. Toma de la muestra sin previa asepsia.

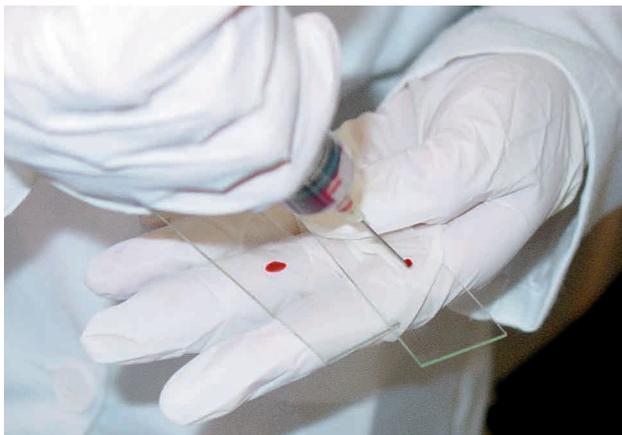


Figura 3. Se coloca la muestra en el portaobjetos y se extiende la misma para fijarla.

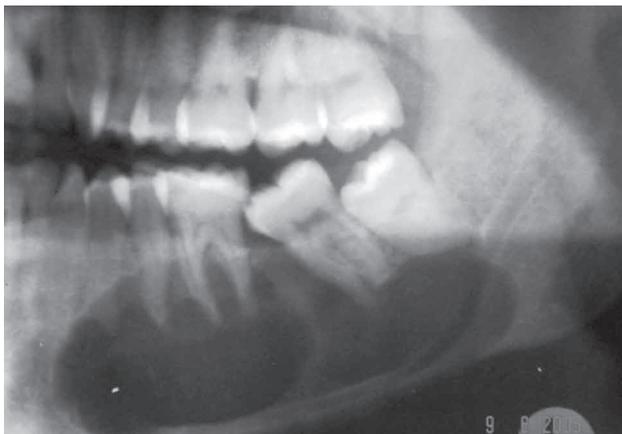


Figura 4. Se corrobora con la RX.

En caso de realizarse en zonas extraorales, ahí sí debemos de realizar la asepsia y antisepsia de la región para no introducir microorganismos dentro de la lesión y así evitar una infección (Figuras 7, 8 y 9)

En ambos casos, tanto intraoral como extraoral, una vez que ya se obtuvo la muestra, esta se extiende en los portaobjetos y se fija con citospray para que el citólogo haga su tinción correspondiente y llegue a un diagnóstico presuntivo, y así realizar los estudios y el tratamiento adecuado, o en su defecto, remitirlo al especialista correspondiente.



Figura 5. Citología exfoliativa con hisopo.



Figura 6. Se coloca la muestra en el porta objetos

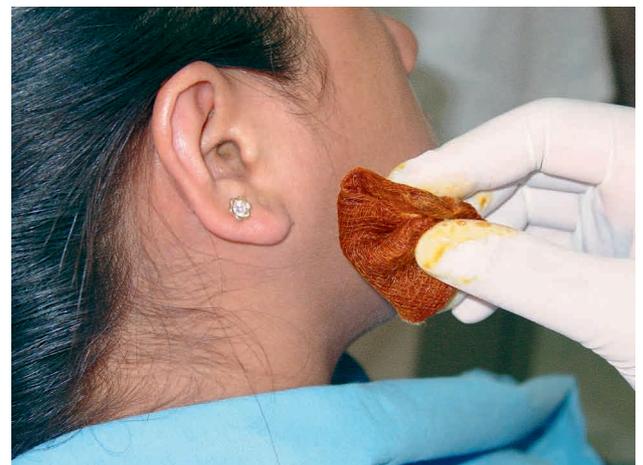


Figura 7. Previa asepsia se realiza la punción.



Figura 8. Toma de la muestra.



Figura 9. La muestra se extiende en el portaobjetos.



Figura 10. Lesión en piel de varios meses de evolución.

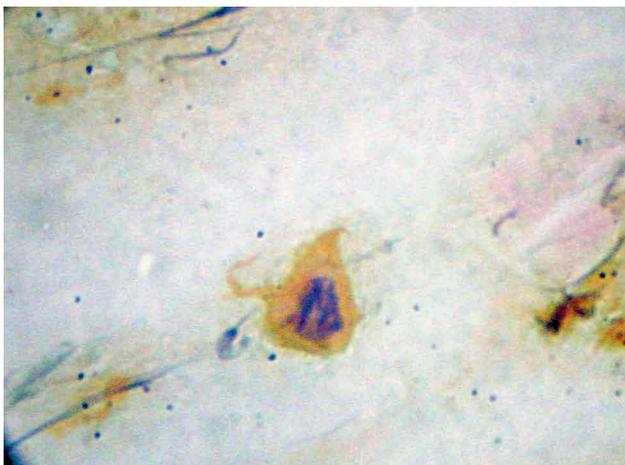


Figura 11. Célula baseloide atípica.

## Caso 1

Se atiende a femenino de 62 años de edad con lesión en región nasogeniana de varios meses de evolución, multitratada con pomadas caseras (Figura 10).

Se toma citología exfoliativa reportando CA Basocelular, el cual se corrobora con el estudio histopatológico (Figura 11).

## Caso 2

Se trata de femenino de 54 años de edad la cual acude al servicio remitida de su clínica por presentar aumento de volumen en región retromolar sangrante dolorosa, con halitosis. La paciente es multitratada con antibióticos, tratamientos quirúrgicos de raspados y curetajes por probable granuloma piógeno (Figura 12).

La paciente nota pérdida de peso y crecimiento rápido de la lesión por lo que es enviada a valoración se decide de primera instancia citología la cual es reportada como carcinoma epidermoide, se toma biopsia confirmando Dx. de citología (Figura 13).

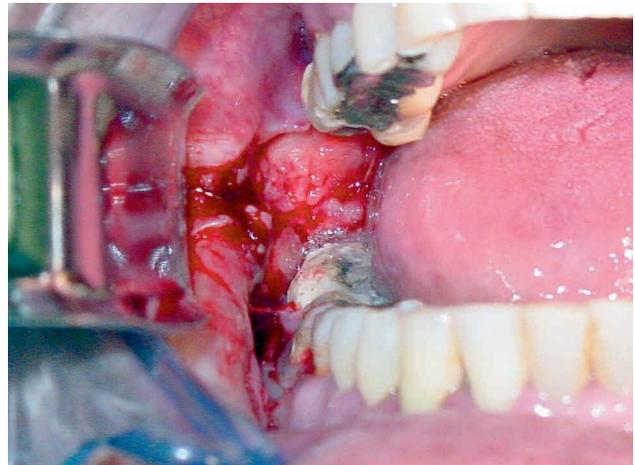


Figura 12. Zona en región retromolar sangrante y dolorosa.



Figura 13. Célula atípica con núcleo fibrilar.

### Caso 3

Se atiende a femenino de 58 años de edad, la cual es enviada por lesión en borde lateral de lengua (Figura 14).

Se toma citología teniendo como resultado Ca epidermoide de lengua se programa para resección de lengua y radical de cuello confirmando el Dx. con estudio histopatológico transoperatorio (Figura 15).

### Caso 4

Se asiste a femenino de 33 años de edad, la cual presenta aumento de volumen en región parotídea tratada con antibióticos por varias semanas, se practica biopsia por aspiración resultando adenoma pleomorfo de parótida (Figuras 16, 17, 18 y 19).



Figura 17. Se extiende la muestra.



Figura 14. Lesión en lengua de meses de evolución.

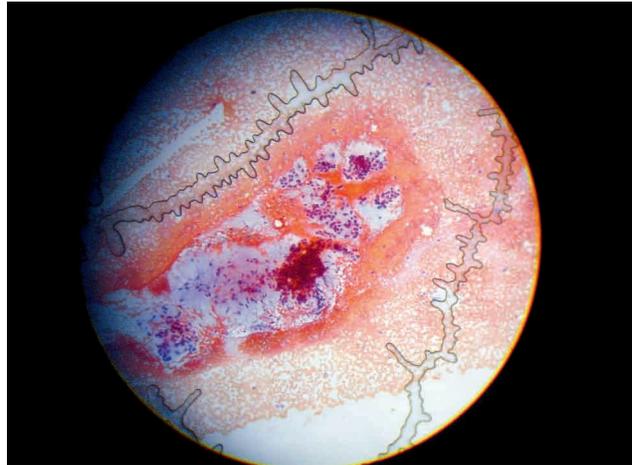


Figura 18. Células epiteliales y mesenquimatosas.

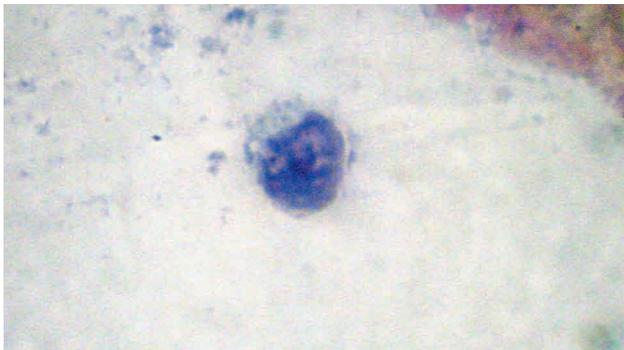


Figura 15. Célula atípica maligna.



Figura 16. Toma de la muestra.

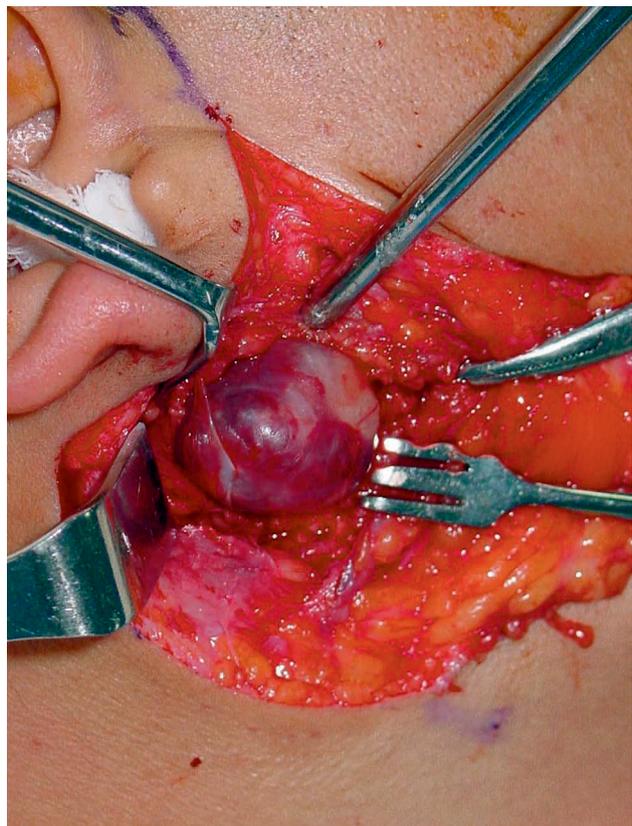


Figura 19. Retiro del tumor confirmando el diagnóstico.



Figura 20. Toma de la muestra.



Figura 21. Contenido de sangre.



Figura 22. Aumento de volumen en región anterior de la mandíbula.



Figura 23. Se realiza punción obteniendo líquido.



imagen 24. Contenido líquido



Figura 25. Rx donde se observa toda la lesión.

### Caso 5

Se atiende a paciente masculino de 65 años de edad con un aumento de volumen en labio superior de varios años de evolución sin tratamiento. Se realiza biopsia por aspiración, obteniendo sangre llegando al diagnóstico de malformación vascular (Figuras 20 y 21).

### Caso 6

Se presenta masculino de 33 años de edad, el cual es enviado de su clínica por presentar aumento de volumen en la región de sínfisis y cuerpo de la mandíbula, realizamos biopsia por aspiración en la primera consulta, con el resultado de lesión quística infectada, se pide radiografía panorámica y se observa zona radiolúcida bien delimitada, se retira la lesión y reportando el diagnóstico definitivo como ameloblastoma unikuístico (Figuras 22, 23, 24 y 25).

### Caso 7

Acude masculino de 35 años de edad con un aumento de volumen de varias semanas de evolución tratado con desinflamatorios y antibióticos sin mejoría, por lo que es enviado a nuestro servicio para valoración, en su primera consulta se realiza biopsia por con aguja fina reportando el diagnóstico citológico de linfoma, por lo que se envía al servicio de hematología su tratamiento y control (Figuras 26, 27, 28 y 29).

### Caso 8

Se trata de femenino de 47 años de edad con un aumento de volumen de varias semanas de evolución, con dificultad a la deglución y limitación a la apertura de la mandíbula, multitratada con antibióticos y desinflamatorios sin mejoría, por lo que se envía a nuestra unidad con el diagnóstico



Figura 26. Aumento de volumen en región lateral de cuello.



Figura 27. Toma de la muestra.

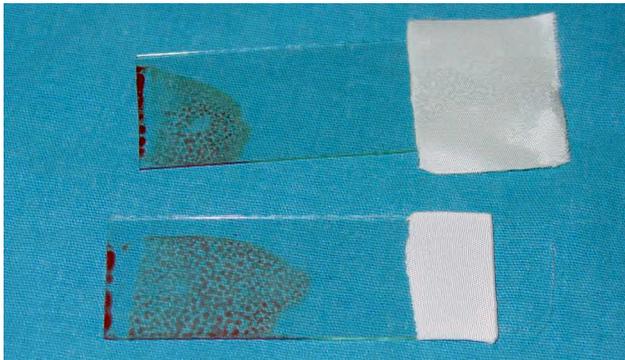


Figura 28. Colocación en portaobjeto.

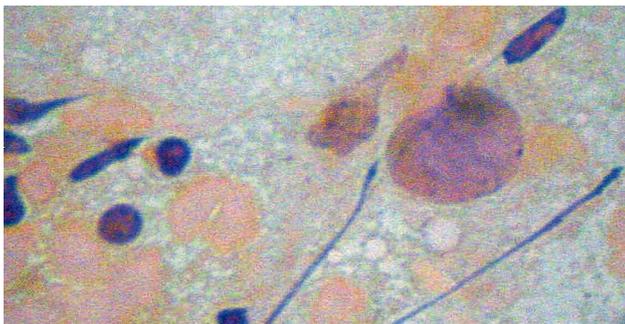


Figura 29. Célula de Hodgkin.



Figura 30. Toma de la muestra.



Figura 31. Contenido líquido con pus.



Figura 32. Rx con la lesión.

de tumoración maligna. Se toma biopsia por aspiración, donde se obtiene líquido llegando al diagnóstico presuntivo de lesión quística infectada. Se toma Rx panorámica y se observa zona radiolúcida en región de rama mandibular con el tercer molar retenido llegando al diagnóstico presuntivo de quiste dentígero; posteriormente se retira la lesión confirmando el diagnóstico definitivo por estudio histopatológico (Figuras 30, 31 y 32).

## Conclusiones

La citología exfoliativa, así como la biopsia por aspiración constituye un método seguro, simple y rápido, que no tiene contraindicaciones para efectuarlo y por lo mismo, se puede realizar en el consultorio dental, además de que no requiere de mucho material ni instrumental. Las muestras deben de ser siempre suficientes, ya que esto es un error en la técnica que utilizamos al tomar la misma. Su interpretación debe de ser por una persona especializada en esta área, que conozca con claridad las alteraciones celulares de los tejidos. Este tipo de estudio, nos da un diagnóstico presuntivo, para darnos una idea de los estudios complementarios que se deban de pedir, o bien, para remitirlo con el especialista correspondiente para su tratamiento. Algo muy importante que debemos de tener en cuenta, que estos procedimientos, no son un diagnóstico definitivo, y que ambos, nunca será remplazado por la biopsia para su estudio histopatológico. 🚫

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Acheman P, cols. "Improved oral cytology sampling means of deep suction abrasion". *Oral Surgical*, 1968;26:505-512
- 2.- Folsom TC. "Oral exfoliativa study". *Oral Surg*, 1972; 33:61-73.
- 3.- Margorane JE, Joseph N. "Artifacts in oral biopsy specimens". *J Oral Maxillofac Surg*. 1985; 43:163-172
- 4.- Randeria JD. "Exfoliative Cytology in oral Cancer Detection and control". *Cancer*. 1979;6-11
- 5.- Sandler CH. Errors of oral cytodiagnosis report of follow-up of 1081 patients. *JADA*. 1966;72:851-854
- 6.- Bello Santos Pedro, Reyes Velásquez J Omar, "Biopsias en Cavidad Bucal". *Medicina Oral*, VOL III, oct- dic 2001
- 7.- "Estudio Comparativo Entre Biopsia y Citología Exfoliativa en lesiones Malignas de Cavidad Oral". *Revista de la ADM*. Vol. LIII, Marzo-Abril 1996, No 2, Pag. 86-89