

A BIÓPSIA DE PELE

Lucio Bakos *

SINOPSE: São considerados nesta revisão alguns aspectos relativos à indicação de uma biópsia de pele, as técnicas empregadas, seu valor para o clínico, seus problemas de interpretação e suas limitações. É dada ênfase à necessidade de um trabalho de equipe entre o clínico e o patologista.

Grande é o número de afecções cutâneas que necessitam de auxílio laboratorial para a feitura de um diagnóstico correto. Via de regra, os recursos complementares empregados em dermatologia são os mesmos utilizados na medicina interna, da qual a primeira, indiscutivelmente, faz parte. A grande acessibilidade ao tegumento possibilita a execução, com muito maior frequência, de considerável número de exames subsidiários mais especializados, como por exemplo o bacteriológico, o micológico, o citológico e o histopatológico.

O procedimento laboratorial de,

talvez, maior uso em nosso meio é a biópsia que, pela sua facilidade de realização, tem sido empregada com crescente frequência, tanto com propósitos diagnósticos como também visando o estudo morfológico, a histogênese e patogênese de dermatoses e neoplasias. Esta facilidade na remoção de fragmentos de lesões cutâneas, trouxe indiscutivelmente enormes progressos na compreensão dos mecanismos e etiopatogenia das dermatoses porém, quando feita intempestivamente ou sem uma avaliação clínica adequada, pode acarretar insegurança e confusão diagnóstica.

A correlação dos achados histopatológicos com os achados clínicos, incluindo os resultados de minucioso exame dermatológico e dos demais exames subsidiários, é de fundamental importância para se chegar a um diagnóstico correto. A biópsia de pele, analisada isoladamente, nem sempre tem um valor absoluto no diagnóstico.

Extremamente frequentes são os

* Auxiliar de Ensino Superior da Disciplina de Dermatologia, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

casos em que o patologista recebe para exame um fragmento de pele impróprio para avaliação adequada, retirado de uma área que não a desejada, muitas vezes desacompanhado de qualquer informação clínica. Diante deste fato, o mesmo terá grandes dificuldades em dar um diagnóstico de entidade, optando por um laudo descritivo, freqüentemente inconclusivo para o clínico.

Isto acontece quando o clínico ou o cirurgião, face a uma dermatose por ele desconhecida, acha mais prático e mais rápido efetuar uma biópsia do que avaliar clinicamente o caso. A responsabilidade, desta feita, passará toda para o patologista que, a não ser que encontre um quadro patognomônico, dificilmente poderá dar um resultado conclusivo.

O diagnóstico de algumas lesões exigirá um patologista com treinamento especial em dermatopatologia, ao passo que as que apresentam um quadro patognomônico serão facilmente reconhecidas por um patologista geral, mesmo sem maior experiência dermatológica. A contradição que o microscopista pode dar é enorme, mas o papel do clínico é de igual importância. É de sua responsabilidade não só o julgamento dos resultados, como também a seleção da lesão, do local para a realização da biópsia, a escolha da técnica cirúrgica, do patologista e do fornecimento das informações necessárias.

Do exposto, podemos concluir que uma biópsia de pele deve obedecer a algumas normas, que serão consideradas a seguir.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Difícil seria padronizar os critérios para a indicação de uma biópsia. Isto será ditado principalmente pelo bom senso de cada um, sempre que houver uma dúvida na avaliação clínica de uma dermatose. As lesões de longa duração, as neoplasias, tanto primárias como metastáticas, os nervos, as lesões pré-neoplásicas, as micoses profundas, as genodermatoses, as colagenoses, as lesões bolhosas em geral e as eritrodermias, são as que mais freqüentemente se submetem a esta medida. Eczemas, piodermites, infecções virais, micoses superficiais e outros, são processos em que a clínica geralmente é suficiente para estabelecer um diagnóstico, prescindindo, na maioria dos casos, da histopatologia.

As contra-indicações são relativamente poucas. A experiência mostrou que não há praticamente risco algum em se fazer uma biópsia numa lesão suspeita de malignidade. Por vezes, os danos decorrentes de tratamentos incorretos, frutos de erros diagnósticos, são extremamente mais sérios do que os riscos que se correm ao se tomar esta medida. No caso de haver receio de disseminação neoplásica pelo manuseio da lesão, como por exemplo nos melanomas malignos, pode-se optar por uma biópsia de congelação, durante o ato operatório, em que se obtém um resultado quase que imediato, permitindo assim um procedimento cirúrgico correto.

ESCOLHA DA LESÃO E DO LOCAL PARA A BIÓPSIA

Como o objetivo é se obter o espécime mais representativo de determinada afecção, a lesão escolhida deverá ser a mais característica, em geral a mais recente e menos exposta às infecções secundárias, à eczematização e a outros processos que interfiram na sua morfologia.

No caso das doenças granulomatosas, uma lesão demasiadamente recente nem sempre se presta para exame, pois poderá apresentar somente um infiltrado inflamatório inespecífico, visto que as formações epitelióides poderão levar algumas semanas para aparecer.

Se estamos em presença de uma dermatose em que se buscam alterações vasculares ou pigmentares, não convém escolher uma lesão das pernas, pois a estase sanguínea destas áreas poderá trazer alterações vasculares e pigmentação hemossiderótica, que irão prejudicar a avaliação do espécime.

As dermatoses bolhosas são afecções em que a biópsia deve ser realizada na lesão menor e mais recente, pois as alterações decorrentes do processo de re-epitelização podem acarretar aparente mudança na localização da clivagem, tornando intrapidérmica uma bolha originariamente situada sob a epiderme. Além disso, deve-se remover a bôlha em sua totalidade e escolher lesões sem traços de infecção secundária.

Nas lesões anulares, reniformes ou

geográficas, assim como nas úlceras, em que a atividade da patologia está presente nas bordas, sempre se remove para exame um fragmento destas últimas. Um espécime do centro da lesão, exposto a fenômenos regenerativos ou inflamatórios, poderá mascarar consideravelmente a verdadeira lesão.

Em processos hipodérmicos como o eritema nodoso, as paniculites, ou em outras patologias subcutâneas, a biópsia deverá atingir camadas mais profundas, devendo ser retirado um espécime mais espesso do que o habitual, para se atingir o fim desejado.

Nas placas homogêneas, uniformes, qualquer área da lesão se presta para exame, visto que, em geral, o processo é mais ou menos semelhante em todas as partes.

No caso de existirem várias lesões, diversos espécimes devem ser obtidos, de áreas diversas, não só para comparação como também para se detectar diferentes afecções. Citemos o exemplo das ceratoses senis e de outras afecções pré-neoplásicas onde, agindo deste modo, poderemos detectar algum carcinoma em sua fase inicial.

Se desejarmos incluir parte da pele no espécime obtido, é conveniente marcar com um ponto de reparo ou uma marca indelével esta área, para facilitar a inclusão do espécime pelo patologista e assim orientar os cortes histológicos, de modo que a lâmina mostre pele não alterada, com sua margem de transição.

ESCOLHA DA TÉCNICA DE BIÓPSIA

Esta orientação dependerá diretamente das dimensões da lesão e de sua profundidade. Se for uma lesão diminuta, um pequeno nódulo ou uma lesão pediculada, será preferível optar pela biópsia excisional com bisturi, fazendo-se então uma biópsia curativa e total da lesão. No caso das afecções hipodérmicas ou nodulares, também usamos de preferência esta medida. Queremos salientar que nunca se deve usar o bisturi elétrico para a remoção de fragmentos que posteriormente serão submetidos a exame histopatológico, pois este procedimento produz arte.

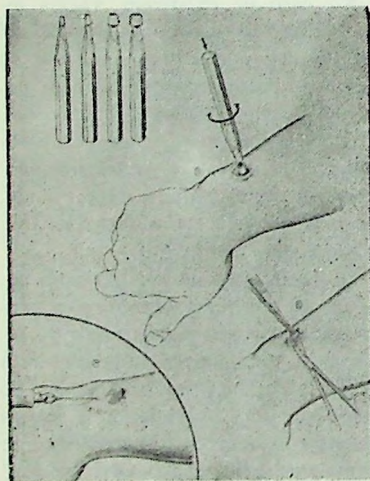


Fig. 1: Técnica de Biópsia com «punch» (Pillsbury).

fatos celulares por vezes tão intensos, que impossibilitam totalmente a avaliação do espécime

Se estivermos frente a uma lesão extensa ou face a uma lesão em que deverá ser feito tratamento posterior, seja clínico, seja cirúrgico, prefere-se realizar uma biópsia incisional, parcial, removendo um pequeno fragmento para exame, deixando para uma segunda etapa a possível remoção total da mesma.

Na biópsia incisional, podemos usar não só o bisturi comum, como também — o que é mais freqüente entre os dermatologistas — um pequeno aparelho rotativo, manual, denominado «punch».

Este nada mais é do que uma espécie de vazador, constando de uma haste, na extremidade da qual há um cone truncado, ôco, de borda livre cortante (Figura 1 — alto). O instrumento é colocado perpendicularmente à pele a ser biopsiada (Figura 1 — B), fazendo-se uma pressão para a profundidade, ao mesmo tempo que se imprime ao aparelho um movimento de rotação para um lado e para outro, até se atingir a profundidade desejada. Após isto, corta-se com uma tesoura a porção inferior da pele (Figura 1 — C), obtendo-se assim uma pastilha ou cilindro.

Este método apresenta uma série de vantagens, pois dispensa na maioria dos casos a sutura, visto que o diâmetro do «punch» raramente ultrapassa 0,5 cm e produz uma cicatriz geralmente puntiforme, de bom aspecto estético.

Cabe aqui frisar que um bom es-

pécime para exame deve sempre se constituir de epiderme, derme e, pelo menos, pequena porção de hipoderme. No caso de lesões mais profundas devemos visar principalmente esta última estrutura.

Convém chamar a atenção para o ato da anestesia, devendo nesta serem tomadas precauções para que o anestésico não seja injetado diretamente na lesão, provocando edema e prejudicando a feitura da biópsia (Figura 1). Por outro lado, em se tratando de lesões vésico-bolhosas, prefere-se o uso do cloroeto de etila para a anestesia. Congela-se a lesão dirigindo o jato do líquido para a mesma a uma distância de aproximadamente 20,0 cm obtendo-se deste modo uma lesão intacta, com conservação de seu conteúdo e morfologia, podendo assim ser avaliada a real localização do plano de clivagem da bôlha.

ESCOLHA DO FIXADOR

Após a retirada de um fragmento de pele, convém colocar imediatamente o espécime em um líquido conservante, antes de enviá-lo ao laboratório. Em hipótese alguma devemos deixar a pastilha seca ao ar ou imersa em sôro fisiológico, como, às vezes, se observa em alguns casos, sob pena de se perder totalmente o valor do procedimento cirúrgico, tais os danos que a autólise e o dessecamento podem produzir aos tecidos. Quanto ao volume do fixador, o ideal para pequenos espécimes é de, pelo menos, 10 vezes o do fragmento.

O líquido fixador mais comumente usado para materiais que não necessitam de maiores estudos ou colorações especiais é a solução de formalina comercial a 10%, de baixo custo e fácil obtenção. Alguns laboratórios já fornecem ao cirurgião frascos contendo esta solução, não só para facilitar o exame, como também para ter a certeza de que o procedimento de fixação será correto.

Os outros líquidos fixadores como o de Zenker, de Bouin e outros, mais elaborados, são usados em casos especiais, ou por alguns patologistas que estão mais familiarizados com determinados tipos de processamento de tecidos.

Salvo para casos especiais, como para as pesquisas de glicogênio ou a suspeita de mucinose ou mastocitose, não se deve usar o álcool como fixador, pois tal procedimento pode acarretar desidratação excessiva dos tecidos, tornando o espécime impróprio para uma avaliação tissular correta.

No caso de se suspeitar da presença de lipídios, costuma-se partir o espécime pela metade colocando-se uma parte no líquido fixador e submetendo a outra a cortes de congelamento, com posterior coloração pelo método do Sudan.

FORNECIMENTO DE DADOS CLÍNICOS AO PATOLOGISTA

Nesta parte do procedimento é de vital importância o fornecimento de dados os mais completos possíveis ao patologista, pois temos que nos lembrar que o mesmo nem sempre

tem acesso ao caso clínico, como acontece em serviços especializados de dermatopatologia, mas que lida somente com o espécime retirado e joga com os dados que lhe são fornecidos. Portanto, é necessário proceder de modo que o patologista, de posse dos elementos fornecidos, imagine ter a lesão a seu alcance e, desta forma, possa orientar o diagnóstico.

Além disso, convém também formular algumas hipóteses diagnósticas, que em muito ajudarão a orientar a análise do espécime, pois traduzem a impressão do clínico. Desta feita, o patologista poderá dar uma compatibilidade maior com este ou aquele diagnóstico, sempre que isto for possível.

Devemos nos lembrar que o diagnóstico histopatológico não é um jogo de adivinhação e sim um processo de diagnóstico em que todos os elementos fornecidos são de grande valor, devendo estes sempre acompanhar um espécime cirúrgico.

COMENTÁRIOS

Pelo exposto, podemos concluir da grande importância da biópsia como método auxiliar no diagnóstico dermatológico. Não podemos lhe atribuir um valor absoluto, pois muitas são as afecções em que ela somente pode dar uma ajuda limitada, servindo unicamente para orientar o diagnóstico em determinada direção, sem concluir por esta ou por aquela entidade.

Agora, se forem observadas as regras básicas de indicação de uma

biópsia, seus riscos e limitações, a técnica correta a ser empregada e procurando auxiliar da melhor maneira possível o patologista, poder-se-á obter, através dela, dados extremamente valiosos e seguros para uma orientação diagnóstica correta.

RESUMO: Dentre os recursos diagnósticos complementares usados em dermatologia, o procedimento auxiliar, talvez, mais empregado em nosso meio é a biópsia de pele.

Dado o fácil acesso ao tegumento, este processo tem sido usado com crescente frequência, existindo muito poucas contra-indicações para a feitura do mesmo.

Muitas vezes são realizadas biópsias de pele em lesões clinicamente mal estudadas, nas quais somente se realiza uma biópsia e se encaminha o espécime ao laboratório, transferindo para este toda a responsabilidade. Desta forma, o patologista ficará muito limitado no seu diagnóstico, por vezes, optando por um resultado descritivo, pouco significativo e até confuso para o clínico.

Para se obter o melhor proveito de uma biópsia de pele, devem ser observadas algumas regras básicas de indicação e contra-indicação deste procedimento, deve haver uma escolha adequada da lesão e do local para a biópsia, uma técnica cirúrgica e fixação adequadas, e fornecimento de dados clínicos completos ao patologista. Agindo desta forma e correlacionando os achados clínicos e histopatológicos, poderemos obter dados extremamente valiosos e precisos para um diagnóstico correto.

SUMMARY: Among all the auxiliary methods used in dermatology, one of the most important is certainly skin biopsy.

This is a very simple and useful proceeding, performed among us with an increasing frequency, considering that there are none or very few contraindications for it.

There are cases, however, that the physician merely glances at the lesion, performs a biopsy, sends the specimen to the laboratory and waits confidently for the pathologist to make the diagnosis for him. The pathologist, without any clinical aid,

will merely give a nonspecific diagnosis, that will serve only to increase the confusion.

To obtain the best results from a skin biopsy, we must observe some basic rules of indication and contraindication, proper selection of the site for it, adequate surgical technique and fixation, and provision of an adequate protocol to the pathologist.

There must be always a teamwork between the clinician and the pathologist, with correlation of the biopsy findings with the clinical data.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ARUNDELL, Faye D. Pemphigus biopsies. *Archives of Dermatology*, 98(1):28-9, July 1968. [Clinical Studies]
- 2 — BAER, Rudolf L. & KOPF, Alfred W. «Dermatologic office surgery; selected aspects.» In: Id. *The Year book of dermatology* (1963-1964 Year Book Series) Chicago, Year Book Medical Publishers, 1964. p.7-47.
- 3 — CARO, Marcus Rayner. Diagnostic pitfalls of dermal pathology. A. M.A. *Archives of Dermatology*, 67(1):18-29, Jan. 1953.
- 4 — CARO, Marcus Rayner. «The Biopsy». In: EPSTEIN, E. *Skin surgery*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1956. cap.7 p.133-6.
- 5 — CARO, Marcus Rayner. Skin biopsy technique. A.M.A. *Archives of Dermatology*, 76(1):9-12, July 1957.
- 6 — CARO, Marcus Rayner. The pathologist is not infallible in diagnosis of skin lesions. *Archives of Dermatology*, 85(3):340-5, Mar. 1962.
- 7 — DESJARDINS, Arthur U. Is the pathologist infallible? *Archives of Dermatology*, 83:310-6, 1961. [Editorials]
- 8 — LEVER, Walter F. «Technic for biopsy». In: Id. *Histopathology of the skin*. 3.ed. Philadelphia, Lippincott, 1961. cap.1, p.1-2.
- 9 — MEHREGAN, Amir H. & PINKUS, Hermann. Artifacts in dermal histopathology. *Archives of Dermatology*, 94(2):218-25, Aug. 1966. [Laboratory Studies]

- 10 — MONTGOMERY, Hamilton. «Biopsy». In: Id. **Dermatology**. New York, Harper & Row, 1967. v.1, cap.2, p.9-12.
- 11 — WARTMAN, William B. Reply to Dr. Desjardins. **Archives of Dermatology**, 83:317-21, 1961. [Editorials]
- 12 — WOOD, Margaret Gray. «Laboratory methods of dermatologic diagnosis.» In: PILLSBURY, Donald M.; SHELLEY, Walter B.; KLIGMAN, Albert M. **Dermatology**. London, W. B. Saunders, 1956. cap.20 p.264-70.
- 13 — ZIMMERMAN, Murray C. A Power punch technique to minimize scarring. **A.M.A. Archives of Dermatology**, 76(1):112, July 1957.

Garibaldi nº 1033 - apto. 304 — 90000 — Pôrto Alegre — RS — Brasil.