

En [neurooncología](#), se puede llegar a un resultado de la lesión a través de la biopsia o [resección](#).

La resección completa es el tratamiento ideal cuando sea posible, pero la biopsia puede ser la única opción para ciertos tumores profundos (tálamo, cuerpo calloso, o del tronco cerebral), así como lesiones que afectan a áreas elocuentes, lesiones difusas (multilobulares o multifocales), y aquellos pacientes con puntuación de Karnofsky por debajo de 70 (Hart 2000).

Hoy en día la biopsia a mano alzada prácticamente ha sido sustituida por la [biopsia estereotáctica](#) o la [biopsia con neuronavegador](#).

En 1998 un meta-análisis retrospectivo reportó una tasa de morbilidad de aproximadamente 3,5% y una tasa de mortalidad de menos del 1% (Hall 1998), por lo que la biopsia estereotáctica cerebral se considera un procedimiento de bajo riesgo.

La biopsia mediante neuronavegador ofrece una precisión similar a la realizada con marco estereotáctico (Jain 2006) y el marco estereotáctico es incómodo para el paciente, más lento y costoso, por lo que se está convirtiendo en la técnica preferida para muchos neurocirujanos oncológicos.

A pesar del establecimiento de neuropatólogos en el recinto quirúrgico para la biopsia intraoperatoria la experiencia de Shooman pone en tela de juicio la utilidad de los mismos por los resultados de falsos negativos y positivos teniendo además en cuenta que obtuvo sin la presencia de los mismos una rentabilidad diagnóstica del 99,3% (Shooman 2010).

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=biopsia\\_a\\_mano\\_alzada](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=biopsia_a_mano_alzada)

Last update: **2025/05/04 00:01**

