

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PUNCION BIOPSIA DE HIGADO COMO MEDIO DIAGNOSTICO

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

HUMBERTO RIVERA

PARA OPTAR EL HONROSO TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

616.362
R62

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

- 1962 -

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

A.K. C. Valencia

PUNCION BIOPSIA DE HIGADO COMO
MEDIO DIAGNOSTICO

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

HUMBERTO RIVERA

PARA OPTAR EL HONROSO TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

- 1962 -

Dedicatoria

A mi adorada esposa, cuyo aliento me ayudó a llegar al final de esta larga jornada; a mis hijas Marta Cecilia y Reina Margarita, quiénes con su presencia me estimularon a seguir luchando hasta lograr la cumbre de mis anhelos; a mi querida madre, a quien con sus sacrificios y desvelos me dió el impulso inicial en mi difícil tarea, a mi padre y hermano, quienes con sus consejos y alientos levantaron mi espíritu en los momentos difíciles de mi lucha estudiantil, y finalmente, a todos mis maestros y amigos, en especial al Dr. Silvio R. Zúñiga, al Dr. Jesús Rivera h. y Dr. Raúl Durón, estos últimos dos, dirigentes sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo.





TRIBUNAL EXAMINADOR

Dr. Rigoberto Alvarado.

Dr. René Carranza.

Dr. Oscar Aguiluz.

SUSTENTANTE

Br. Humberto Rivera.

PADRINOS

Dr. Jesús Rivera h.

Dr. Raúl Durón.

FUNCION BIOPSIA DEL HIGADO COMO MEDIO DIAGNOSTICO

RECTOR: *Dr. Hernán Corrales.*

SECRETARIO. *Lic. Roberto Suazo Tomé.*

DECANO: *Dr. J. Adán Cueva.*

VICE DECANO: *Dr. Shibly Canahuati.*

SECRETARIO: *Dr. César Zúñiga.*

PROSECRETARIO: *Dr. Silvio R. Zúñiga.*

VOCAL 1o.: *Zulema Canales.*

VOCAL 2o.: *Enrique Aguilar Paz.*



PUNCION BIOPSIA DEL HIGADO COMO MEDIO DIAGNOSTICO

Con los avances cada día mayores alcanzados por la clínica moderna, nuevos métodos de investigación se han venido a sumar como auxiliar del médico, el cual valiéndose de ellos, ha logrado obtener una mayor información sobre la patología celular del órgano afectado, y la influencia que la terapéutica puede ejercer sobre este mismo.

Siendo el hígado uno de los órganos que por su localización ofrece mayores posibilidades de acceso desde los planos superficiales, es en él, donde estos nuevos métodos de exploración han suministrado mayores datos al médico que los emplea, contribuyendo a su vez, ampliando el conocimiento de las diferentes lesiones que puedan presentarse, y el control del auxilio que la terapéutica pueda suministrar.

Durante mucho tiempo, fue la Laparatomía la encargada de suministrar los especímenes para la investigación de las lesiones que atacaban el tejido hepático, pero siempre presentaba la dificultad de ser una intervención de alta cirugía, y que por consiguiente, necesitaba todo el material quirúrgico propio de una intervención de esta índole, llevando además de esto, el peligro que siempre representa una operación abdominal. Teniendo el inconveniente de que los especímenes por ella suministrados procedían de la superficie hepática, y no siendo posible la obtención de una muestra de tejido que se encontrara a mayor profundidad, daba por resultado una información hasta cierto punto incompleta, ya que la fibrosis característica del tejido superficial no daba datos de mayor importancia.

La Laparoscopia vino a continuación a agregarse como un medio de exploración e investigación de la patología hepática, pero presentando siempre el inconveniente de que el tejido hepático obtenido, era superficial, por lo cual fue necesario crear un nuevo procedimiento, que a la vez que simplificara la obtención del espécimen, nos diera información, sobre las lesiones que se encontraran en la profundidad del tejido hepático, sin producir un traumatismo excesivo del mismo.

Fue la punción biopsia del hígado, el procedimiento que vino a llenar estos requisitos, trayendo consigo un gran avance en los méto-

dos de exploración, y dando un impulso vigoroso al conocimiento de la histopatología hepatocelular.

Como parte inicial en nuestro trabajo, haremos una breve revisión histórica, y luego después de enumerar las indicaciones, contraindicaciones y técnica del procedimiento, procederemos a la presentación de los cincuenta y cuatro casos seleccionados de las salas de Medicina y Gastroenterología del hospital general, que son el elemento básico de este trabajo.

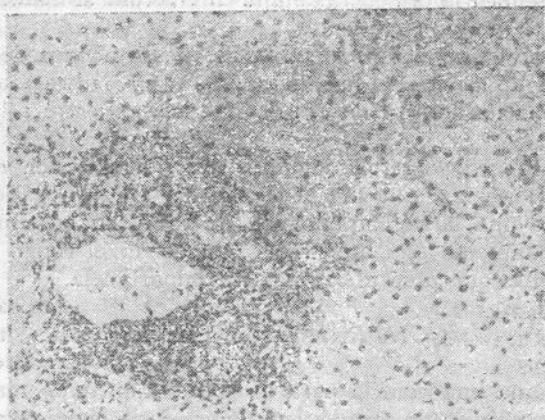
HISTORIA

Aún cuando la punción hepática fue practicada durante mucho tiempo en el tratamiento de los abscesos del hígado, el primer intento de llegar a un diagnóstico por aspiración del parénquima hepático mediante una jeringa y aguja, parece deberse a Lucatello en 1895, luego fueron reportados algunos casos llevados a cabo por Roholm e Iversen en Suecia durante los años de 1928 a 1939. En este mismo año, Barón publicó una experiencia de cuarenta y ocho biopsias por aspiración usando una jeringa de veinte centímetros cúbicos, y una aguja número trece de nueve centímetros de longitud utilizando en todos estos casos la vía intercostal por inclinarse a creer que ésta tenía menos peligro de hemorragia. En estos cuarenta y ocho casos Barón reportó, únicamente un caso de muerte por hemorragia directa, atribuible al procedimiento, en un caso de carcinoma metastásico extenso del hígado. Iversen y Roholm en su trabajo hicieron un estudio sobre la hepatitis epidémica aguda y las ventajas de la biopsia para el diagnóstico de la misma y el reconocimiento de la lesión sufrida por la célula hepática.

Fue durante el año de 1947 que los Estados Unidos de Norte América presentaron su primer informe sobre la punción biopsia de hígado, mediante un trabajo realizado por Hoffbauer, Volwiler y Jones, todos los casos por Hoffbauer estudiados, consistieron en pacientes con hepatomegalia, y por otra parte, 68 de las 234 biopsias informadas por Volwiler y Jones, se hicieron por vía transtorácica en pacientes con hígados en límites normales. En este informe la punción biopsia del hígado, fue reconocida como una gran ayuda para la comprensión de la patogenia de los trastornos hepáticos y la dirección en el tratamiento de los mismos.

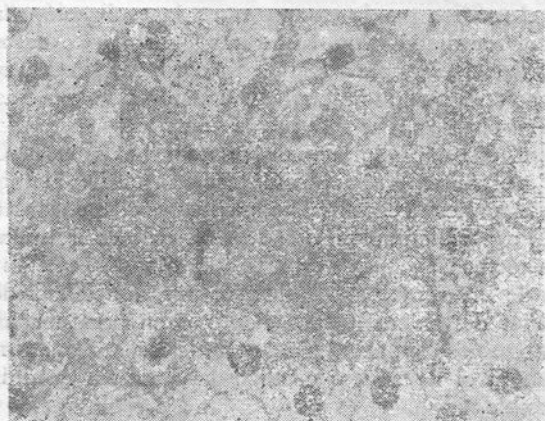
INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE LA PUNCION BIOPSIA

Seis serían englovándolas en un cuadro general, las indicaciones que observaría el clínico para realizar la punción biopsia del hígado:



Hepatitis Viral Infiltrados Linfocíticos,

125 x



Hepatitis Viral Celulas en Balón

500 x

- 1)—Diferenciación entre hipertensión porta intra y extra hepática.
- 2)—Para el conocimiento de las enfermedades hepáticas, su tratamiento y pronóstico.
- 3)—Para el diagnóstico certero de la patología hepática, cuando es indispensable el examen del tejido.

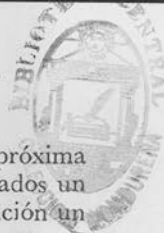
- 4) — Para descubrir la presencia de una enfermedad sistémica que haya invadido el tejido hepático.
- 5) — Para investigar y comprender, la Patogenia Clínica de las enfermedades de las células hepáticas.
- 6) — Diferenciación entre los tipos de Ictericia.

Como se puede observar, en esta selección anterior va incluida casi toda la Patología que puede lesionar el tejido hepático, evitándose con ello una larga enumeración de todas las enfermedades en que el procedimiento está indicado, y sin correr el riesgo de excluir algunas de ellas que poseen significativa importancia.

CONTRAINDICACIONES

Es de suma importancia para el médico que quiera introducirse en esta nueva técnica de diagnóstico, tener un conocimiento exacto de las contraindicaciones para realizar la punción biopsia de hígado que a continuación se enumeran:

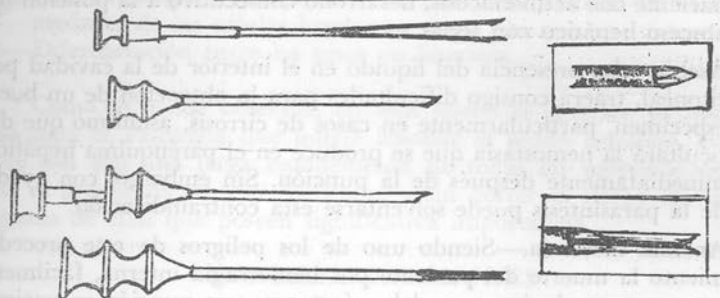
- 1) — Paciente no cooperativo. — Es este uno de los principales obstáculos que el médico puede encontrar en la realización de este procedimiento de diagnóstico. Debe haber un cierto deseo por parte del paciente a colaborar con el médico, siguiendo exactamente las indicaciones por éste dictadas, haciendo hincapié en una forma primordial en lo que se refiere a la respiración, sin la regulación de la cual, es imposible la realización de la punción. Con el método de aspiración, esta contraindicación pierde valor, pudiéndose realizar la punción en niños, pacientes poco cooperativos y animales de experimentación, debido a la rapidez del procedimiento con esta técnica.
- 2) — Tiempo de Protrombina. — Habiendo una deficiencia de protrombina mayor del cincuenta por ciento, o en presencia de una discrasia sanguínea, se deberá abandonar el procedimiento hasta conseguir un nivel normal, o corregir la discrasia sanguínea si esto fuese posible.
Ocasionalmente cuando una punción biopsia es de suma urgencia y la deficiencia de protrombina no excede de cinco segundos, es posible solventar esta dificultad mediante la administración de vitamina K por vía parenteral, con lo que se pueden obtener mayores niveles protrombóticos.
- 3) — Infección local. — Habiendo focos infecciosos localizados en el lóbulo inferior del pulmón, o en la cavidad pleural se corre el peligro de transportar la enfermedad mediante la aguja al interior de la cavidad Peritoneal o al tejido hepático, en igual forma se



evitará, en presencia de Peritonitis o alguna infección próxima al tejido hepático. En uno de los informes antes mencionados un paciente con actinomicosis, desarrolló consecutivo a la punción un absceso hepático con serias secuelas.

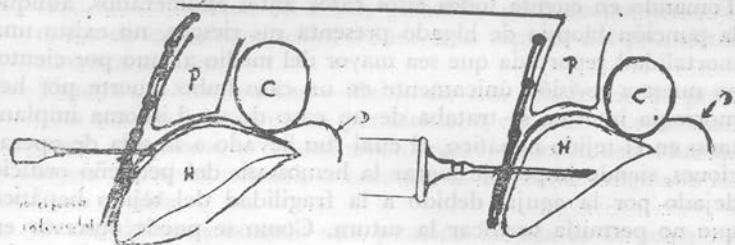
- 4) —Ascitis.—La presencia del líquido en el interior de la cavidad peritoneal, traerá consigo dificultades para la obtención de un buen espécimen, particularmente en casos de cirrosis, asimismo que dificultará la hemostasia que se produce en el parénquima hepático inmediatamente después de la punción. Sin embargo, con ayuda de la parasíntesis puede solventarse esta contraindicación.
- 5) —Anemia marcada.—Siendo uno de los peligros de este procedimiento la muerte del paciente por hemorragia interna, fácilmente se comprenderá que no debe efectuarse una punción en pacientes que posean un déficit globular o férrico sanguíneo, ya que de presentarse esta complicación siempre llevará el médico, mayor probabilidad de recuperar un paciente con niveles sanguíneos normales que a uno que los posea deficientes.
- 6) —Sangramiento prolongado de la incisión cutánea.—Si diez minutos después de verificada la incisión cutánea para introducir la aguja ésta continúa sangrando, debe interrumpirse la punción, hasta comprobar que los exámenes de laboratorio informados principalmente el tiempo de protrombina, son correctos, o que no existe ninguna otra discrasia sanguínea.
- 7) —Baja presión sanguínea constituye una más de las contraindicaciones relativas de este procedimiento.
Tomando en cuenta todos estos casos antes enumerados, aunque la punción biopsia de hígado presenta sus riesgos, no existe una mortalidad reportada que sea mayor del medio al uno por ciento, en nuestra revisión únicamente en un caso hubo muerte por hemorragia interna, se trataba de un caso de un Linfoma implantado en el tejido hepático, el cual fue llevado a la sala de operaciones, siendo imposible lograr la hemostasis del pequeño orificio dejado por la aguja, debido a la fragilidad del tejido hepático que no permitía verificar la sutura. Como se puede observar en este caso, no puede culparse al procedimiento el fallecimiento del paciente, los exámenes complementarios estaban correctos, y el paciente se encontraba dentro de las condiciones para realizar la biopsia, sin embargo, se presentó uno de los tantos problemas que se encuentran al llevar a cabo una intervención quirúrgica.
- 8) —El hígado pequeño o retraído, puede ser una contraindicación para efectuar el procedimiento, ya que dificulta la punción del mismo y da mayores posibilidades de la punción de una víscera hueca.

Aguja de Vim Silverman



Aguja de Terry

mejorar por Gillman y Gillman



Aguja de Vim Silverman

Aguja de Terry modificada por Gillman Y. G.

Espacio de Punción

Es necesario de que antes de iniciar una punción el operador tenga todo el equipo necesario para realizar la biopsia y que éste se encuentre en perfectas condiciones de limpieza y esterilización.

Es sumamente molesto para el médico operador encontrarse con que el material que necesita para la realización de la intervención se encuentre incompleto, o en malas condiciones de limpieza.

Consiste este material siguiendo para su enumeración el orden en que se utilizará, en una solución de tintura de yodo, alcohol puro, to-rundas y gasas estériles, jeringa hipodérmica con aguja de diferentes calibres, anestésico local, bisturí y una aguja de Vim Silverman, Terry o Menghimi, de las cuales damos una ilustración en la página anterior, y que se puede utilizar indiferentemente a selección del operador.

TECNICA PARA EFECTUAR LA PUNCION BIOPSIA

Observamos que fuera de los exámenes necesarios previos a la intervención como ser recuento globular, orina, tipeaje sanguíneo, pruebas de funcionamiento hepático, tiempo de coagulación y protrombina, no es necesario ninguna preparación previa del paciente, y aunque algunos autores recomiendan una medicación preliminar a base de Demerol 50 mgm. y 0.5 grm. de atropina treinta minutos antes de que la biopsia se lleve a cabo, en nuestra observación en ninguno de los casos se utilizó medicación previa y los pacientes no presentaron complicaciones. El recuento de trombocitos tiene gran importancia en la realización del procedimiento, ya que se han informado algunos casos de mortalidad, en pacientes con trombocitopenia en los cuales el porcentaje de protrombina se encontraba normal.

Colocado el paciente en decúbito dorsal se procede a la limpieza completa de la región donde se va a puncionar extendiéndose desde la línea transversal que cruzara ambos pezones en la parte superior hasta una línea transversal perpendicular al borde de los rectos que cruzara el orificio umbilical, para esta esterilización inicial se utilizará una solución de tintura de Yodo procediéndose inmediatamente a quitarla de su contacto con la piel, haciendo una nueva limpieza con alcohol puro, esto se hace para evitar que el yodo produzca lesión de la superficie cutánea, luego el operador se coloca sus guantes de goma estériles y hace una delimitación del área hepática, señalando un punto por debajo de la matidez absoluta del hígado que se encontrará entre la línea axilar media y la anterior, sobre el cual inyectará el anestésico local, comenzando por infiltrar piel, luego tejido celular, músculos intercostales, pleura parietal, diafragma y cápsula de Glisson, una buena infiltración traerá consigo hacer casi indoloro el procedimiento y para verificarla, bastarán unos ocho a diez centímetros cúbicos del anestésico local seleccionado.

Una vez lograda la anestesia de la región se hará una incisión sobre el punto infiltrado con el anestésico, por donde se introducirá

la punta de la aguja que atravesando las capas antes mencionadas, llegará a ponerse en contacto con la superficie hepática.

Es en este momento en que la cooperación del paciente se hará más necesaria para el operador, ya que en lo sucesivo deberá cumplir con las indicaciones de éste, en una forma precisa y absoluta.

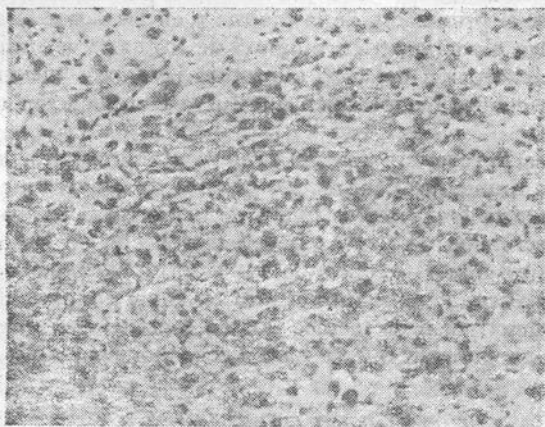
Se le indicará hacer una inspiración profunda, seguida luego de una expiración completa, inmovilizando luego los movimientos respiratorios hasta una nueva indicación del operador.

De aquí en adelante el procedimiento varía según se utilice la aguja de Terry, Menghini o Vim Silverman. En las primeras dos, una vez que el paciente ha realizado la expiración y contenido los movimientos respiratorios, se procede a introducir la aguja en el tejido hepático unos seis centímetros, y a continuación hacer aspiración mediante la jeringa que se encuentra adherida a la aguja, y que contiene unos cinco centímetros de solución fisiológica lo que evita la fractura del espécimen, al ingresar en una forma violenta en el interior de la jeringa, este procedimiento es más sencillo produce menor traumatismo del tejido hepático, y parece suministrar mejor calidad de especímenes. En nuestra experiencia no pudimos continuar utilizando la aguja de Terry porque desafortunadamente se quebró, no pudiendo ser reemplazada por lo que se recurrió a la de Vim Silverman, cuya técnica a continuación vamos a describir.

Con el obturador retraído se introduce la aguja hasta contactar con la superficie hepática, inmediatamente después de lo cual se ordena al paciente verificar los movimientos de inspiración y expiración previos a la introducción de la aguja en la superficie hepática, luego al inmovilizar el paciente sus movimientos respiratorios, es introducida la aguja suavemente oblicua hacia abajo unos seis centímetros y el obturador se empuja hasta entrar en contacto, su extremo posterior con el extremo posterior de la aguja, con lo que se logrará que se introduzca 1.5 cm. en el tejido hepático, luego haciendo deslizarse la aguja sobre el obturador 1.5 cm. se volverá a su posición inicial, encontrándose en la cual, se le dará una rotación completa lo que seccionará el tejido hepático en el vértice de la aguja, procediéndose inmediatamente a extraer ésta, con un movimiento ligeramente oblicuo hacia afuera y hacia arriba.

Como se verá, este procedimiento es más complicado, causa mayor traumatismo hepático, y tomándose en cuenta de que la aguja no debe estar en contacto con el tejido hepático más de cinco a diez segundos, se necesitan manos muy experimentadas para obtener una buena biopsia, teniendo también el inconveniente de fragmentar los especímenes muy frecuentemente.

Una vez realizada la punción, se colocará un apósito sobre el sitio puncionado, y se ordena mantener el paciente en una posición decú-



Carcinoma Hepato Celular.

125 x



Cirrosis Tipo Portal.

125 x

bito dorsal, durante unas veinte y cuatro horas, tomándosele la presión arterial y el pulso cada hora durante este intervalo, a fin de descubrir precozmente cualquier signo de hemorragia interna, que es una de las más graves complicaciones que puede presentarse.

Algunos autores han aconsejado inyectar parenteralmente vitamina K durante el primer día de la biopsia y en los dos días subsiguientes; en nuestra observación en ninguno de los casos se utilizó la vitamina K y a excepción del caso que antes habíamos mencionado, no hubo ningún cuadro hemorrágico que fuera complicación consecutiva a la punción.

Es necesario recordar, que no se hará ninguna punción sin tener a mano unos quinientos centímetros cúbicos de sangre que se utilizarán al presentarse los primeros signos de hemorragia interna.

Esta descripción de técnica que hemos hecho en las líneas anteriores es la utilizada al emplear la vía transtorácica para llegar a la superficie hepática, algunos autores utilizan la vía abdominal de la cual no haremos descripción de técnica por no encontrar en nuestra observación ninguna punción que se haya hecho por esta vía.

COMPLICACIONES

Son numerosas las complicaciones que pueden presentarse consecutivas a la punción biopsia del hígado entre las cuales describimos las siguientes:

- 1)—Ocasionalmente puede presentarse inmediatamente después de la punción un dolor que es localizado por el paciente en el hipocóndrio derecho con irradiación hacia el hombro del mismo lado. Este cuadro no es de una gravedad alarmante y puede durar de una hora a dos o tres días siendo la causa posible, ligera hemorragia en la cavidad peritoneal, o bien pequeño hematoma subcapsular.
- 2)—Hemorragia interna.—Es esta la principal complicación que puede presentarse después de verificada la punción, casi siempre se debe a rotura de una rama de la vena porta, hepática, o de alguna de las arterias aberrantes. En algunas ocasiones puede deberse a rotura del tejido hepático al verificar el paciente una inspiración encontrándose la aguja introducida en el interior del hígado, es por esto que debe hacerse hincapié, en que la cooperación del paciente sea absoluta, durante se esté verificando la punción.

Afortunadamente esta complicación es de la más raras en presentarse y casi siempre puede ser dominada por transfusiones repetidas, recurriendo muy rara vez a la laparotomía.

No debe olvidarse al verificar la punción hacerlo en el borde inferior del espacio intercostal, evitando así la lesión de los vasos intercostales.



- 3) —Biliperitoneo, esta complicación suele presentarse generalmente en vesículas patológicas, principalmente en casos de ictericia obstructiva. En nuestra observación hubo un caso de perforación de una vesícula distendida presentándose un cuadro abdominal agudo inmediato, que hizo necesaria la laparotomía y colecistectomía, el paciente salió perfectamente de la intervención y no hubo complicaciones posteriores.
- 4) —El Pneumotorax puede presentarse ocasionalmente, siendo en esos casos la sintomatología ligera, y no habiendo colapso pulmonar, mayor del diez por ciento.
- 5) —Shock.—Esta complicación suele presentarse ocasionalmente y casi siempre constituye un shock pleural, o se presenta en pacientes nerviosos sin que se pueda justificar por la pequeña hemorragia interna.
- 6) —Reacción a la procaína es una de las complicaciones raras que suelen presentarse y que puede evitarse mediante una prueba de sensibilidad al anestésico.
- 7) —Siembra de metástasis tumoral ha sido informada, al encontrarse en el trayecto de la aguja una tumoración de tipo maligno.
- 8) —Ocasionalmente al utilizar la vía abdominal se puede presentar la perforación del colon transversal en su porción próxima al hígado sin embargo, esta parece ser una complicación muy rara, ya que sólo hay un caso reportado en la literatura revisada.
- 9) —El emboismo pulmonar, es una complicación que suele presentarse, pero que no puede ser atribuido en forma absoluta a la punción, ya que generalmente se presenta en pacientes con procesos neoplásicos, en los cuales puede presentarse aún sin verificarse la punción.
- 10) —Opresión severa, que se asociará con manifestaciones histéricas o nerviosas han sido observadas en algunas ocasiones.

R E S U L T A D O S

Para una mejor comprensión del trabajo realizado en esta revisión, expondremos a continuación los cuadros referentes a las punciones de hígado realizadas y sus resultados subsiguientes:

Nº 1, Nº de Biopsia, 6888; Impresión Clínica, hepatitis por virus; Laboratorio, negativo; Rayos X, no hay; Diagnóstico por punción, infiltración, gracia y cong.; Diagnóstico final, hepatitis por virus.

Nº 2, Nº de Biopsia, 8015; Impresión Clínica, desnutrición TBC Perit.; Laboratorio, Lues; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, metamorfosis adiposa; Diagnóstico final, desnutrición.

Nº 3, Nº de Biopsia, 8655; Impresión Clínica, cáncer de hígado; Laboratorio, hematuria; Rayos X, metastasis en pulmón; Diagnóstico por punción, adenocarc. met. de hígado; Diagnóstico final, carcinoma bronq. con mestast. a hígado.

Nº 4, Nº de Biopsia, 8976, Impresión Clínica, cáncer de hígado; Laboratorio, diabetes; Rayos X, colecist. cálculos; Diagnóstico por punción, ictericia T. obstructivo; Diagnóstico final, adenocarcinoma met. de hígado.

Nº 5, Nº de Biopsia, 8836, 3946; Impresión Clínica, hepatitis sérica; Laboratorio, incompleto; Rayos X, proceso M a femur; Diagnóstico por punción, ictericia T. obstructivo; Diagnóstico final, adenocarcinoma met. de hígado.

Nº 6, Nº de Biopsia, 8856; Impresión Clínica, cirrosis biliar; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, ictericia T. obstructivo; Diagnóstico final, coledocolitiasis.

Nº 7, Nº de Biopsia, 8537; Impresión Clínica, cáncer de hígado; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, adenocarcinoma met. de hígado; Diagnóstico final, adenocarcinoma met. de hígado.

Nº 8, Nº de Biopsia, 8337, 8894; Impresión Clínica, colédoco litiasis; Laboratorio, ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, ictericia T. obstructivo; Diagnóstico final, coledocolitiasis.

Nº 9, Nº de Biopsia, 8802, Impresión Clínica, síndrome M. absorción; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, metamorfosis adiposa de hígado; Diagnóstico final, TBC ganglionar y hepática.

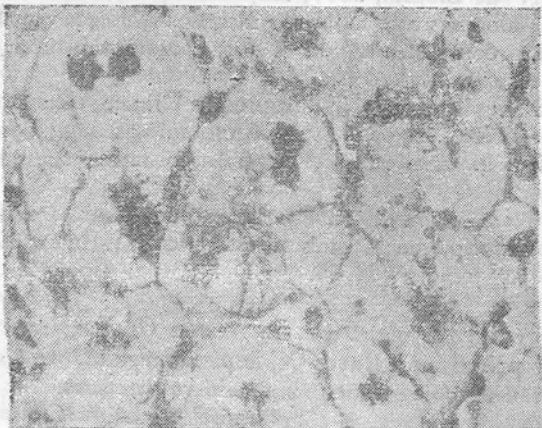
Nº 10, Nº de Biopsia, 9026; Impresión Clínica, hepatitis por virus; Laboratorio, ictericia; Rayos X, no hay; Diagnóstico por punción, hepatitis infecciosa; Diagnóstico final, hepatitis por virus.

Nº 11, Nº de Biopsia, 9339; Impresión Clínica, anemia de Cel. Falcif.; Laboratorio, presencia de drepanocitos; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, N. D. P.; Diagnóstico final, anemia de Cel. Falcitof.

Nº 12, Nº de Biopsia, 9122; Impresión Clínica, cirrosis Alc-Nutr.; Laboratorio, incompleto; Rayos X, hernia hiatal; Diagnóstico por punción, metamorfosis adiposa; Diagnóstico final, desnutrición.

Nº 13, Nº de Biopsia, 8658; Impresión Clínica, hepatitis; Laboratorio, incompleto; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, pericolangitis y hepatitis; Diagnóstico final, pericolangitis y hepatitis.

Nº 14, Nº de Biopsia, 8804; Impresión Clínica, cirrosis nutricional; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, metamorfosis adip. precirr.; Diagnóstico final, hiponutrición cirr. inminente.



Hepatitis Toxica Intoxicación Fosforica.

500 x



Adenocarcinoma Metastatico de Hígado.

500 x

Nº 15, Nº de Biopsia, 1154; Impresión Clínica, síndrome carencial; Laboratorio, incompleto; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, degeneración grasa de hígado; Diagnóstico final, síndrome pruri carencial.

Nº 16, Nº de Biopsia, 3311; Impresión Clínica, cirrosis hepática; Laboratorio, albuminuria ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, proceso infl. crónico y fib.; Diagnóstico final, cirrosis hepática.

Nº 17, Nº de Biopsia, 9769; Impresión Clínica, cirrosis portal; Laboratorio, negativo; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 18, Nº de Biopsia, 10336; Impresión Clínica, síndrome prur. caren.; Laboratorio, parasitismo intest. anemia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, N. D. P.; Diagnóstico final, síndrome prur. carencial.

Nº 19, Nº de Biopsia, 9427; Impresión Clínica, hiperesplenismo; Laboratorio, paludismo; Rayos X, esplenomegalla; Diagnóstico por punción, N. D. P.; Diagnóstico final, hiperesplenismo.

Nº 20, Nº de Biopsia, B-733; Impresión Clínica, cirrosis portal; Laboratorio, negativo; Rayos X, hernia hiatal; Diagnóstico por punción, infiltrado inflamatorio, crónico; Diagnóstico final, metaplasia mieloide.

Nº 21, Nº de Biopsia, 9423; Impresión Clínica, hepatitis por virus; Laboratorio, ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, proceso infl. inclasific.; Diagnóstico final, hepatitis tox. o viral.

Nº 22, Nº de Biopsia, B-562; Impresión Clínica, hepatoma con cirr.; Laboratorio, ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. post. necrot.; Diagnóstico final, cirrosis hep. post. necrótica.

Nº 23, Nº de Biopsia, 9435; Impresión Clínica, cirrosis hepática; Laboratorio, Hanger + + + +, parásit: intest.; Rayos X, bronquitis enfisema, Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 24, Nº de Biopsia, 9408; Impresión Clínica, cirrosis hepática, Laboratorio, anemia; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 25, Nº de Biopsia, 9342; Impresión Clínica, cirrosis hepática; Laboratorio, albuminuria ictericia; Rayos X, várices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 26, Nº de Biopsia, 9403; Impresión Clínica, Leucemia; Laboratorio, pancitopenia; Rayos X, bronquitis; Diagnóstico por punción, infiltrado-linfoblástico de hígado; Diagnóstico final, leucemia linfoide.

Nº 27, Nº de Biopsia, 9398; Impresión Clínica, cirrosis hepática; Laboratorio, anemia; Rayos X; várices esofágic.; Diagnóstico por pun-

ción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 28, Nº de Biopsia, 9397; Impresión Clínica, colangitis ascendente; Laboratorio, ictericia; Rayos X, cúpula der. elev.; Diagnóstico por punción, proceso infl. etiol. indeter.; Diagnóstico final, colangitis y pericolag. asc.

Nº 29, Nº de Biopsia, 815; Impresión Clínica, síndrome prur. caren.; Laboratorio, pancitopenia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, focos inflam. periportales; Diagnóstico final, síndrome prur. carencial.

Nº 30, Nº de Biopsia, 9367; Impresión Clínica, cirrosis T. portal; Laboratorio, ictericia albuminuria; Rayos X, várices esofágic.; Diagnóstico por punción, metamorfosis adip. y fibr.; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 31, Nº de Biopsia, 1036; Impresión Clínica, hepatoma; Laboratorio, ictericia; Rayos X, tumor hip. derecho; Diagnóstico por punción, carcinoma hep. celular; Diagnóstico final, hepatoma.

Nº 32, Nº de Biopsia, B-1009; Impresión Clínica, linfoma; Laboratorio, ictericia albuminuria; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, pericolangit. hepatitis Cr.; Diagnóstico final, hepatitis crónica.

Nº 33, Nº de Biopsia, 1024; Impresión Clínica, hepatitis crónica; Laboratorio, albuminuria ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, hepatitis crónica; Diagnóstico final, hepatitis crónica.

Nº 34, Nº de Biopsia, B-1609, B-970; Impresión Clínica, fiebre de orig. desc.; Laboratorio, albuminuria hematuria; Rayos X, osteopor ascitis; Diagnóstico por punción, TBC hepática, met. adiposa; Diagnóstico final, TBC hepática met. adiposa.

Nº 35, Nº de Biopsia, B-1324; Impresión Clínica, cirrosis T. portal; Laboratorio, negativo; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. T. portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 36, Nº de Biopsia, B-1441; Impresión Clínica, cirrosis post. necr.; Laboratorio, ictericia albuminuria; Rayos X, várices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis post. necrótica; Diagnóstico final, cirrosis post. necrótica.

Nº 37, Nº de Biopsia, B-1487; Impresión Clínica, TBC extra pulmonar; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, hepatitis Cr. metamortos A.; Diagnóstico final, hepatitis crónica.

Nº 38, Nº de Biopsia, B-1084; Impresión Clínica, cirrosis post. necr.; Laboratorio, ictericia parásit. intest.; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, cirrosis post. necrot.; Diagnóstico final, cirrosis post. necrótica.

Nº 39, Nº de Biopsia, B-1711; Impresión Clínica, hepatitis amibiana; Laboratorio, ictericia albuminuria; Rayos X, hepatomegalia; Diagnóstico por punción, ligeros sig. de colestasis; Diagnóstico final, hepatitis amibiana.

Nº 40, Nº de Biopsia, B-1814; Impresión Clínica, anemia et. a determ.; Laboratorio, anemia icter. parásit. intest.; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Nº 41, Nº de Biopsia, B-1877; Impresión Clínica, síndrome post. colec; Laboratorio, parasitismo intestinal; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, pericolangit. calc. intr. can.; Diagnóstico final, pericolangitis.

Nº 42, Nº de Biopsia, 1809; Impresión Clínica, cirrosis tipo portal; Laboratorio, anemia; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, ligera cirr. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis tipo portal.

Nº 43, Nº de Biopsia, B-1432; Impresión Clínica, colecist. calculosa; Laboratorio, ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, N. D. P.; Diagnóstico final, colecistitis calculosa.

Nº 44, Nº de Biopsia, 10609, 10717; Impresión Clínica, hepatitis linf. TBC; Laboratorio, ictericia anemia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, granuloma brucelósico de h.; Diagnóstico final, bruceosis.

Nº 45, Nº de Biopsia, 10712; Impresión Clínica, carcinoma de hígado; Laboratorio, anemia ictericia; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, carcinoma hep. cel. bien dif.; Diagnóstico final, carcinoma hep. celular.

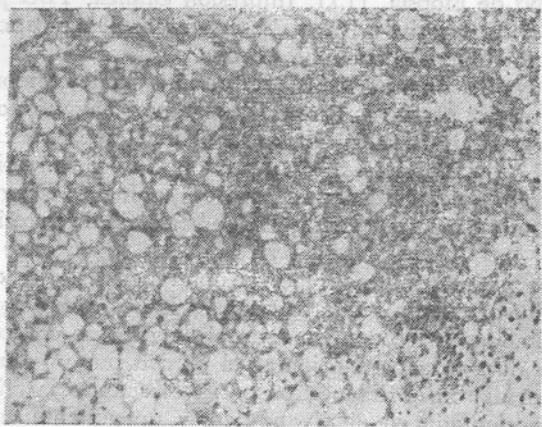
Nº 46, Nº de Biopsia, 10554; Impresión Clínica, parásit. intest.; Laboratorio, tricomoniasis; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, N. D. P.; Diagnóstico final, tricomoniasis intestinal.

Nº 47, Nº de Biopsia, 1708; Impresión Clínica, hepatoma; Laboratorio, anemia leucocitosis; Rayos X, metast. a pulmón; Diagnóstico por punción, carcinoma hep. cel. con necr.; Diagnóstico final, carcinoma hep. celular.

Nº 48, Nº de Biopsia, 9124; Impresión Clínica, hepatitis; Laboratorio, ictericia; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, hepatitis infecciosa; Diagnóstico final, hepatitis infecciosa.

Nº 49, Nº de Biopsia, 10708; Impresión Clínica, intoxic. por fosf.; Laboratorio, ictericia glucosuria; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, hepatitis tendencia C.; Diagnóstico final, hepatitis tox, cirrosis.

Nº 50, Nº de Biopsia, 747; Impresión Clínica, carcinoma de hígado; Laboratorio, Hanger + + + + ictericia; Rayos X, tumorac. de abdom.; Diagnóstico por punción, carcinoma hep. celular; Diagnóstico final, carcinoma hep. celular.



Metamorfosis Adiposa del Hígado.

Desnutrición.

125 x



Cirrosis Tipo Portal.

37.5 x

Nº 51, Nº de Biopsia, 1068; Impresión Clínica, carcinoma de hígado; Laboratorio, albuminuria hematuria; Rayos X, compres. de colón; Diagnóstico por punción, carcinoma ind. metastásico; Diagnóstico final, carcinoma de hígado.

Nº 52, Nº de Biopsia, 1155; Impresión Clínica, TBC perit. cirrosis; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico de punción, N. D. P.; Diagnóstico final, cirrosis.

Nº 53, Nº de Biopsia, 1130; Impresión Clínica, fiebre de orig. desc.; Laboratorio, negativo; Rayos X, negativo; Diagnóstico por punción, proceso infl. de hígado; Diagnóstico final, hepatitis crónica.

Nº 54, Nº de Biopsia, 1450; Impresión Clínica, cirrosis tipo portal; Laboratorio, anemia; Rayos X, varices esofágic.; Diagnóstico por punción, cirrosis hep. tipo portal; Diagnóstico final, cirrosis hep. tipo portal.

Como se podrá comprobar por la observación de los cuadros anteriores, de los cincuenta y cuatro casos revisados, treinta y cinco dieron un resultado positivo confirmando el diagnóstico clínico, ocho casos sirvieron de ayuda para orientar el clínico por un buen camino, cinco de ellos dieron el diagnóstico positivo, cuando la clínica se encontraba desorientada en el diagnóstico, y únicamente en seis casos no tuvo utilidad alguna.

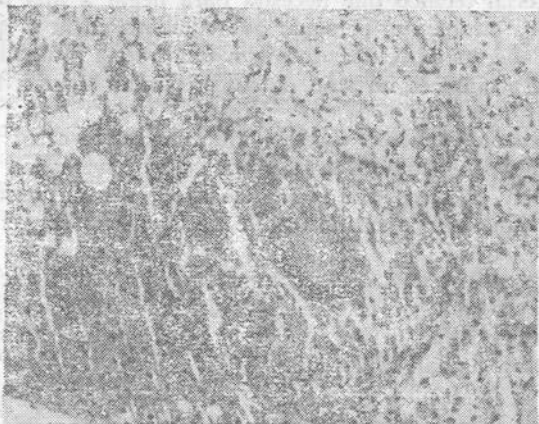
Debemos hacer notar, que muchas de las biopsias revisadas, procedían de especímenes de mala calidad, anomalía que hizo más difícil el diagnóstico panatomopatológico, y sumando a esto los defectos de técnica de preparación, se presentaron algunos errores diagnósticos, que afortunadamente pudieron ser corregidos en una segunda revisión.

Sin embargo, esto nos servirá para hacer hincapié, en lo que respecta a la calidad de biopsia de que al Patólogo debe proveerse, y la cooperación que debe existir entre este último y el clínico. Una buena historia clínica en igual manera orientará al Patólogo por una ruta más firme para el diagnóstico.

R E S U M E N

De los cuadros anteriormente demostrados, podemos resumir que la punción biopsia de hígado, ha llegado a ser un gran auxiliar para el médico en la difícil tarea de lograr un diagnóstico certero, desde luego no debe esperarse que en todos los casos dé un resultado positivo, ya que tratándose de un método selectivo, en aquellos casos en que la patología se encuentra localizada en un foco único, puede dar por resultado un tejido completamente normal, por no haber caído la aguja sobre el foco patológico.

No obstante, es relativamente pequeño el número de casos en que la biopsia no nos comprobará, o nos ayudará a orientarnos hacia el diagnóstico positivo, principalmente, cuando el trabajo se realiza en equipo, llevando en el mismo una perfecta cooperación del Clínico y



Tuberculosis Hepatica Metamorfosis Adiposa.

125 x



Granuloma Bruceloso del Hgado.

37.5 x

el Patólogo, y este último cuenta con una buena experiencia y suficiente tiempo para dedicarlo al examen de cada espécimen.

Para una comprobación diagnóstica más efectiva y un aumento de la seguridad del procedimiento, es necesario dotar al Patólogo de

todo el material técnico que necesita para llegar a una buena interpretación. Así también el personal que colabora en la preparación de la biopsia, debe ser especializado o con una buena práctica, de manera que los especímenes no sean dañados, dando lugar a falsas interpretaciones.

Es necesario establecer que en muchos de los casos revisados la biopsia no dio el resultado esperado por haberse hecho un mal estudio del paciente, y en otros, por recurrirse a ella, simplemente para descartar un examen de laboratorio, que no concordó con el cuadro clínico.

El médico debe agotar sus comprobaciones diagnósticas, antes de recurrir a la biopsia; de la cual se valdrá en último caso, para comprobar un diagnóstico, o buscarlo en el caso de que la clínica y el laboratorio, no lo hayan orientado.

Es inconcebible que por un examen que no esté de acuerdo con el cuadro clínico, se recurra a un procedimiento que si bien en la mayoría de los casos es inofensivo, siempre se corre el riesgo de que se presente una complicación que ponga en peligro la vida del paciente.

Por otra parte, sería conveniente que todos los centros asistenciales de la república, estuvieran dotados del equipo necesario para la realización de las punciones, con lo cual se podría auxiliar de una manera muy efectiva al clínico que labora fuera del Hospital General San Felipe, único Centro Asistencial que en la actualidad cuenta con este eficiente medio de diagnóstico.

La comparación con informes tomados de la bibliografía consultada nos da un resultado de casos auxiliares de diagnóstico, muy similar al por nosotros obtenidos. Según ellos de 641 biopsias verificadas, de 1950 a 1958, un setenta y cuatro por ciento confirmó la impresión diagnóstica, seis por ciento dio lesión insospechada trayendo consigo un nuevo diagnóstico, y únicamente un nueve por ciento dio un resultado negativo. Gamble y Sullivan informaron por su parte, un diagnóstico positivo en el setenta y cuatro por ciento de los casos.

En nuestra observación los resultados obtenidos fueron muy similares a los antes descritos. Un setenta y cuatro por ciento de las biopsias nos dieron un resultado francamente positivo sirviendo de comprobación al diagnóstico clínico. Un quince por ciento nos orientó por una nueva ruta diagnóstica; y un once por ciento dio un resultado negativo. Finalizaré este trabajo con la presentación de tres casos en que la biopsia dio un resultado positivo semejante al originado por la clínica, o nos llevó a una nueva conclusión diagnóstica.

Nombre: F. B. C.; Edad: 19 años; Sexo: masculino; Originario de: Comayagua; Fecha: 31 VIII 61; Servicio: Medicina de hombres; Historia N° 2066.

Sintomatología: Dos ingresos en 1960 y 1961 respectivamente en los que presentó fiebre, náuseas y vómitos, debilidad general y dolor localizado en el hipocondrio derecho. Egresó del servicio de Medicina de H. con el diagnóstico de fiebre de origen desconocido.

Reingreso: Nuevamente presentando dolor abdominal que le obligó a guardar reposo en cama, tos con expectoración amarillenta, fiebre y escalofríos, náuseas, vómitos, anorexia, pérdida de peso y debilidad general.

Examen Físico: PA 100 — 70 Pulso 120, Temperatura: 38.5; Respiración: 20.

Disminución de las vibraciones bucales en ambos campos pulmonares, dolor localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, hepatomegalía y ascitis.

Laboratorio: Examen de heces: Tricomonas intestinales, investigación de Bacilo de Koch Negativo, VDRL Negativo, Glóbulos rojos: 2480000, glóbulos blancos 3700, Hgb 8 Grm., Neutrófilos 49, Linf. 49, Hematócrito 34, Vol. %, Calcio 4.6 mgr., fósforo 4.1 mgr., Welch Stuart: negativo, Índice Ictérico 5.5. U. Hanger ++++ proteínas totales 6.95 Alb: 2.8 Glob.: 4.15, Orina positivo por albúmina 54 mgr. %, Células L. E.: negativo, Rayos X: 95663; Moderada osteoporosis en ambas manos, pequeño derrame pleural ascitis, hepatomegalia.

Impresión Diagnóstica: Fiebre de origen desconocido.

Punción Biopsia: Se realizó en dos ocasiones en su segunda y tercer ingreso, en ambas ocasiones con aguja de Vim Silverman.

La primera corresponde al N° B-970, el espécimen fue de mala calidad y el informe fue, metamorfosis adiposa e infiltrado inf. amatorio mixto.

En la segunda biopsia, que corresponde al N° 1609 se logró extraer un buen espécimen, y el informe anatomopatológico fue T.B.C. hepática y metamorfosis adiposa.

— II —

Nombre: T. R. y R.; Edad: 58 años; Sexo: masculino; Originario: Gracias, Departamento de Lempira; Servicio de Medicina de hombres; Historia: N° 3084.

Sintomatología: Fiebre alta con escalofríos, cefalea, náuseas, vómitos y decaimiento general, dolor en región umbilical que se irradiaba a hipocondrios, diarrea.

Examen Físico: P. A. 100-60; Pulso: 100; Temperatura: 39.6; Respiración 24, ligera cantidad de pus en amígdalas, abdomen doloroso a la palpación, borborismos en fosa ilíaca derecha.

Laboratorio: Hanger: + + + +, índice icterico 5 U, proteínas totales: 4.2 gm.

Líquido céfalo raq.: aspecto transparente, células 4. Pandy débil positivo; Tiempo de coagulación: 4 minutos T. de sangría 1 minuto, hematozario negativo, orina negativa, leucocitos: 4300, Hgb. 11.5 gm. hematocrito: 34 cc. Neutrofilos: 44 linfocitos 56, urocultivo negativo.

VDRL: negativo, heces células de pus, T. protrombina: 12 seg.

Rayos X: 96393. Pielograma negativo: 9392. Ileoparalítico, no hay aire libre en cavidad.

Diagnóstico clínico: Fiebre origen indeterminado.

Función: con aguja de Vim Silverman sin dificultad de técnica ni complicaciones.

Diagnóstico Anátomo Patológico: N° B-1010; Hepatitis infecciosa.

— III —

Nombre: P. G. T.; Edad: 44 años; Sexo: masculino; Originario: Tegucigalpa, D. C.; Fecha: 7-VI-60; Servicio: Medicina H.; Historia: 5611.

Sintomatología: dolor moderado localizado en el epigastrio sin irradiación ni relación con las comidas, creciendo de intensidad paulatinamente acompañado de vómitos alimenticios y mucosos que aliviaban el dolor.

Ingiere bebidas alcohólicas en abundancia y durante estos períodos permanece casi sin alimentarse.

Físico: P. A. 100 — 70 pulso 84; Respiración 18; Temperatura: 37. Facies dolorosa angiomas aracniformes en la cara anterior de torax y abdomen.

Laboratorio: Urocultivo: negativo; hematozoarios: negativo; Welch S.: negativo; Hematocrito: 38 cc. Hemoglobina: 12.5 gm. Leucocitos: 3700; neutrofilos: 56%. Linfocitos 44%; Glicemia 85, índice ict: 15.U; Orina: hematías: + + + +. Rayos X: N° 90537; Presencia de várices esofágicas, en su mitad distal. Punción con aguja de Vim Silvermann, sin dificultad de técnica ni complicaciones. Diagnóstico clínico: cirrosis portal alcohólico nutricional. Diagnóstico anatómopatológico: Cirrosis hepática tipo portal.

PROPOSICIONES

- 1) Métodos de inducción de parto.
- 2) Placenta previa.
- 3) Fiebre reumática.
- 4) Abdomen agudo.
- 5) Hepatitis.

BIBLIOGRAFIA

Henri Ford Hospital Medical

Bulletin Marzo 1960

Higado Estructura y Funcionamiento.

Por Hans Popper.

Diseases of the Liver

Por Shick.