

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
(U. N. A. H.)
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**BIOPSIA DE PERITONEO. ESTUDIO
PRELIMINAR EN HONDURAS**

TESIS

SUSTENTADA POR

LEONEL FRANCISCO BARAHONA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

TEGUCIGALPA, D. C.

1970

HONDURAS, C. A.

IMPRENTA «LA REPUBLICA»

349
V. B. B.
TEGUCIGALPA

88-38
822

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
(U. N. A. H.)
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

vº Bº
[Handwritten signature]

BIOPSIA DE PERITONEO. ESTUDIO PRELIMINAR EN HONDURAS

TESIS

SUSTENTADA POR

LEONEL FRANCISCO BARAHONA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

TEGUCIGALPA, D. C.

1970

HONDURAS, C. A.

IMPRESA «LA REPUBLICA»

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS:

U. N. A. H.

RECTOR: LIC. CECILIO ZELAYA LOZANO.

SECRETARIO GENERAL: LIC. VICTOR M. PADILLA.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

DECANO: DR. JORGE HADDAD QUIÑONEZ.
VICE-DECANO: DR. ARMANDO FLORES FIALLOS.
SECRETARIO: DR. ALFREDO ZAMBRANA.
PRO-SECRETARIO: DR. GUILLERMO OVIEDO P.
VOCAL: DR. VIRGILIO BANEGAS M.
VOCAL: DR. ASDRUBAL RAUDALES.
VOCAL: BR. FAUSTO J. CRUZ.
VOCAL: BR. CESAR A. CACERES.
VOCAL: BR. ROBERTO SOSA.
VOCAL: BR. GUSTAVO ORDOÑEZ.

=====

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Dr. EDGARDO ALONZO M.

Dr. VIRGILIO CARDONA LOPEZ.

Dr. VIRGILIO BANEGAS M.

SUSTENTANTE:

BR. LEONEL FRANCISCO BARAHONA.

PADRINOS:

Lic. LUIS MELGAR LARIEU

Dr. ADAN ZEPEDA R.

Dr. ARMANDO FLORES FIALLOS.

•
=====

DEDICATORIA

A mi Madre: LEONILA DE MELGAR:

Inspiradora del pensamiento
sentimental más sublime que pueda crearse, para ella, con
infinito cariño.

=====

•

A mi Padre Político:

Luis Melgar Larrieu: Con muestras de mi más alto respeto, admiración y aprecio.

A mi Tía:

Carmen Rodríguez: Con cariño.

A mi Hermano:

Luis Manuel: Como un incentivo más a su espíritu de superación espontáneo.

=====

.

El presente trabajo fué realizado con la cooperación del Dr. JORGE ALBERTO PACHECO, y bajo la asesoría del DR. ARMANDO RIVAS, a quiénes expreso mi agradecimiento y respeto.

=====

.

HONORABLE SEÑOR RECTOR:

HONORABLE SEÑOR DECANO:

HONORABLES MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

SEÑORES:

Tengo el honor de exponer ante Vosotros y cumpliendo uno de los requisitos previos a la obtención del título de: Doctor en Medicina y Cirugía, mi trabajo de tesis titulado: "BIOPSIA DE PERITONEO.- ESTUDIO PRELIMINAR EN HONDURAS".

=====

I N T R O D U C C I O N

Nos llamó la atención protocolos de investigación clínico-patológica publicados a partir del año de 1959, al respecto de biopsia de peritoneo como método auxiliar de diagnóstico clínico. (3) La experiencia de autores extranjeros es cada vez más demostrativa de la importancia del estudio histopatológico del peritoneo, habiendo obtenido los mejores resultados en el estudio de enfermedades granulomatosas (tuberculosis, sarcoidosis), enfermedades del tejido colágeno (lupus eritematoso diseminado), carcinomatosis peritoneal, pancreatitis, micosis, parasitosis y virosis. (13) Siendo nuestra patología geográfica abundante en entidades nosológicas en que éste procedimiento sería de gran valor, nos propusimos realizar una investigación, basada en el análisis del tejido peritoneal de pacientes con diversas afecciones a fin de contribuir a un diagnóstico más exacto de nuestra patología.

Desde el año de 1929, Kalk, en Alemania inicia el estudio del peritoneo por el método de laparoscopia que alcanza su auge durante la II guerra mundial; a partir de este momento otras escuelas también emplean éste método con gran éxito, el que se torna más perfeccionado una vez que permiten la biopsia dirigida de peritoneo y así el estudio histopatológico del mismo.

Posteriormente, Cope, en 1952 (18) introduce la biopsia del peritoneo a ciegas, con instrumento por él inventado; desde entonces se suceden las publicaciones de trabajos científicos -

similares, estando todos los autores de acuerdo en el valor positivo del nuevo procedimiento diagnóstico.- El valor de la biopsia de peritoneo en el diagnóstico etiológico de pacientes con ascitis, fué reportado por primera vez por Donchoe Shnider and Jorman en 1959.(18)

En 1966, Mitja Polak(12) describe un nuevo instrumento que en su experiencia permite obtener mejores muestras de tejido, con la ventaja de reducir el número de fracasos, (ausencia de tejido al practicar la biopsia), instrumento éste que ha generalizado su uso.

La biopsia a ciegas, según descripciones de autores extranjeros, permite un diagnóstico en el 60% de los casos; en aquellos en que hay duda del diagnóstico esta indicada la laparoscopia y biopsia dirigida, lo que permite mayor margen de seguridad para dilucidar la etiología que se pretende establecer. Sin embargo considerando el porcentaje satisfactorio que se puede alcanzar con el método a ciegas, decidimos realizar experiencias en nuestro medio.

ANATOMIA DE LA PARED ABDOMINAL.

La pared abdominal se extiende entre los arcos costoverbrales y la cavidad pélvica, llegando lateralmente hasta la región lumbar; está formada por las siguientes capas principales: piel, tejido celular subcutáneo, músculo con sus fascias, fascia transversal, peritoneo parietal; la capa muscular está formada en su parte medial por los músculos rectos del abdomen y late-

ralmente por los músculos oblicuos externos, oblicuo interno y transverso del abdomen.- Los músculos rectos se encuentran dentro de las vainas aponeuroticas que forman las fascias de los músculos laterales, medialmente a los músculos rectos las láminas de las vainas se funden y forman la línea alba.

Internamente la pared abdominal se reviste por el peritoneo parietal.- En la parte superior el peritoneo forma un pliegue o ligamento falciforme del hígado; en su margen libre que va del ombligo a la incisura del ligamento redondo del hígado, corresponde a la vena umbilical obliterateda que es el llamado ligamento redondo.

Abajo del ombligo existen tres pliegues peritoneales; pliegue umbilical medial que contiene el vestigio del uraco y dos pliegues umbilicales paramediales que contienen las arterias umbilicales obliteratedas.

Mas lateralmente se observan elevaciones peritoneales producidas por los vasos epigástricos.- En la parte inferior de la pared abdominal, los vasos más importantes son las arterias epigástricas inferiores.

Saliendo de las arterias ilíacas externas arriba de los ligamentos inguinales, las arterias epigástricas inferiores siguen entre el peritoneo y fascia transversal en dirección craneal y medial. Acompañadas por un par de venas, atraviezan, a la altura de la línea arqueada, la fascia transversal, entran en la vaina de los músculos rectos y continúan en dirección craneal.- Sus

ramificaciones terminales se comunican arriba del ombligo con las terminaciones de las arterias epigástricas superiores.- Estas últimas se originan de las arterias torácicas interna, entran en la vaina de los músculos rectos del abdomen a la altura del sétimo cartilago costal y, acompañados por vena homónima vienen en dirección causal al encuentro de las arterias epigástricas inferiores.- El drenaje venoso de la pared abdominal se realiza principalmente por las venas del sistema de la vena cava superior e inferior. (12)

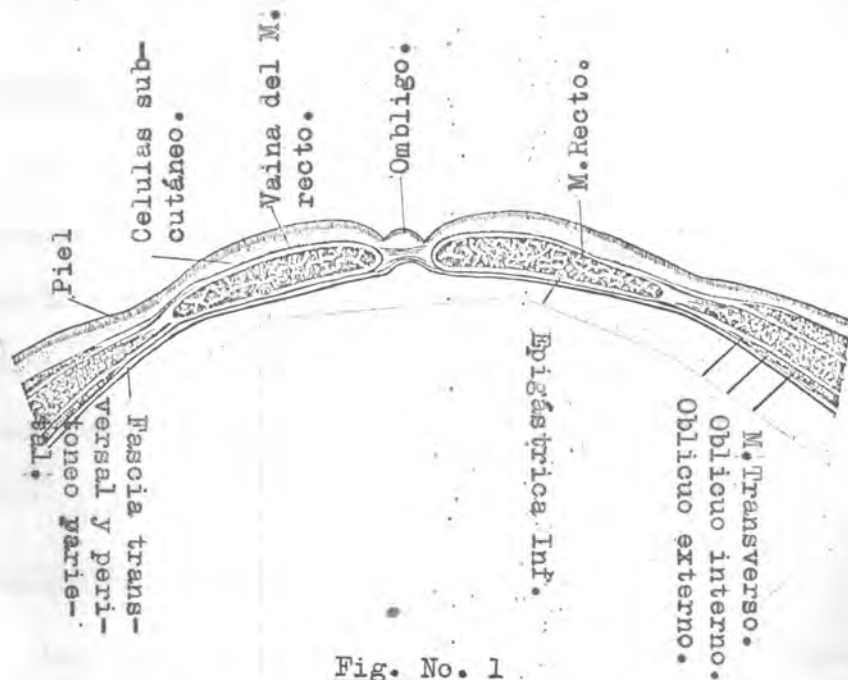


Fig. No. 1

Pared Abdominal: Corte transversal a la altura del ombligo.

El peritoneo es, en esencia, una membrana dializadora y constantemente segrega y absorbe líquido seroso; la acumulación de -

líquido seroso, llamada ascitis, puede ocurrir en diversos estudios patológicos, sin embargo, la ascitis no debe considerarse una acumulación estática, pues hay pruebas de formación y absorción constantemente rápidas, con recambio ininterrumpido. (14).

Es de gran importancia clínica diferenciar el tipo de líquido ascítico, esto es, entre trasudado y exudado.- Por lo regular se considera que la densidad es el caracter diferencial; los trasudados poseen densidad de 1.010 o menor, y los exudados suelen tener densidad mayor de 1.020.

ANATOMIA MICROSCOPICA.

La serosa peritoneal incluye una capa delgada de tejido fibroconectivo con fibras colágenas y elásticas y algunas células (fibroblastos y macrófagos) cubiertas por una capa de mesotelio.- En la capa de tejido conectivo se encuentran numerosos capilares sanguíneos y linfáticos, y algunas fibras nerviosas pequeñas. (4,6)

PATOLOGIA GENERAL DEL PERITONEO.

Los procesos patológicos que afectan el peritoneo son relativamente pocos.- La mayor parte de lesiones son de tipo inflamatorio y se llaman peritonitis, que es un proceso inflamatorio que puede depender de irritación química o de invasión bacteriana.- Así pues se clasifica en formas asépticas y bacteriana. En orden decreciente de frecuencia consideraremos las causas más comunes de peritonitis asepticas: sangre, bilis, enzimas pancreáticas y sustancias extrañas introducidas quirúrgicamente, sobre

todo talco.

La peritonitis bacteriana casi siempre es secundaria al paso de bacterias a través de la pared de una viscera hueca a rotura visceral o bien a drenaje linfático.- Se ha culpado a casi todos los microorganismos de causar peritonitis.

Ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia la patología oncológica maligna metastásica; las afecciones tumorales del peritoneo casi todas son de naturaleza maligna y pueden clasificarse en tumores primarios y secundarios.- Los tumores primarios y secundarios.- Los tumores primarios del peritoneo son muy raros, y se llaman mesoteliomas; en cambio, los tumores secundarios del peritoneo, son muy frecuentes.- En todas las formas de cancer avanzado puede haber propagación a la serosa, o tumores metastásicos; las neoplasias que suelen producir implantación miliar serosa difusa son los carcinomas de ovario, páncreas, estómago, e intestino grueso.- Sin embargo, se observan en cualquier forma de neoplasia maligna intrabdominal; a veces corresponden a metástasis a distancia de tumores en otro sitio de la economía. (14)

CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA GENERAL DEL PERITONEO.

- I Inflamación. { A) Peritonitis aséptica. { Por sangre
por bilis
por enzimas pancreáticas.
por sustancias extrañas
introducidas quirúrgica-
mente.
B) Peritonitis Séptica. { bacteriana (se incluyen
casi todas -
las bacterias)
- II Quistes mesentéricos.
- III Neoplasias. { A) Benignas (rarísimas)
B) Malignas { a) Primarias (mesoteliomas, mixtos)
b) Secundarias.
- IV Micosis { Blastomicosis sur americana.
Coccidioidomicosis.
Actinomicosis.
- V Parasitosis { Esquistosomiasis
Hidatidosis primaria y secundaria.
Enterobiasis.
- VI Virosis { Linfogranuloma venéreo.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA BIOPSIA PERITONEAL.

La escisión quirúrgica del tejido enfermo del organismo y su examen cuidadoso subsecuente por análisis histológico, ha incrementado en gran forma nuestro conocimiento sobre la etiología y fisiopatología de las entidades nosológicas; además, ha dado al clínico una base racional para la terapéutica específica, reemplazando los regímenes previamente usados, muchos de los cuales estaban basados únicamente en principios empíricos.

Las indicaciones más importantes para la biopsia peritoneal son aquellas situaciones clínicas, en las cuales está afectado el peritoneo en sí, ya sea por infección o por procesos neoplásicos.- La situación es más o menos análoga a la efusión pleural, ya que la patogénesis de las afecciones peritoneales, generalmente, son debidas a vecindad con los ganglios u órganos enfermos, diseminación linfática o hematógena. (3) Auerbach en 1950 (1) revisó éste problema con respecto a la tuberculosis, y otros (7,11) han comentado este tema con respecto a la afección maligna en otros sitios.

Hasta el presente se han considerado solamente las siguientes indicaciones, pero creemos que ha medida que se adquiera experiencia habrán más agregados.- La biopsia se puede efectuar:

- 1.- Para complementar el estudio del fluido ascítico obtenido y correlacionar los cambios histológicos, cuando están presentes, con el curso clínico de la enfermedad.

- 2.- Para evitar la laparatomía exploradora en pacientes en los cuales es necesario una biopsia sin resección.
- 3.- Para establecer el diagnóstico histológico en aquellos pacientes en los cuales la laparotomía está medicamente contraindicada y no hay otro sitio posible para biopsia.
- 4.- Para dilucidar la etiopatogenia, desde el punto de vista anatomopatológico, en aquellos pacientes que presentan efusión peritoneal sin orientación clínico-diagnóstica específica. (3)

Los peligros potenciales de éste procedimiento son aquellos asociados con la paracentesis abdominal en general, como hemorragia, perforación del intestino, infección, diseminación de un proceso maligno (3) e infiltración transitoria, por fluido ascítico, de la pared abdominal.- El sangrado en las personas sin discrasia sanguínea es raro.- La perforación es rara a menos que haya una peritonitis con adherencias; la infección es de importancia escasa (se ve raramente en los casos de neumoperitoneo terapéutico o paracentesis abdominal); la diseminación de un proceso maligno no tiene ningún valor ya que la afección peritoneal, probablemente, no es más que el reflejo de una carcinomatosis; y la infiltración ascítica de la pared abdominal, no tiene importancia alguna ya que es ocasional, no causa ningún daño y se reabsorbe rápida y espontáneamente.- La principal contraindicación de importancia técnica, es la ausencia de líquido ascítico, a pesar de que la perforación intestinal es poco común aún cuan-

do la aguja se introduce para efectuar un neumoperitoneo diagnóstico o terapéutico, es lógico pensar que será más rara cuando existe fluido ascítico.-

Además, como en la biopsia pleural la presencia de fluido se usa para asegurar la obtención de la muestra de tejido.- La - producción de un neumoperitoneo artificial, puede utilizarse - como una medida de precaución similar al neumotórax.- En éste trabajo, sin embargo, no hemos empleado éste procedimiento por tratarse de pacientes que clínicamente eran portadores de ascitis.

MATERIALES Y METODOS

Material Clínico.- Veinte pacientes seleccionados al azar, con evidencia anamnésica de enfermedad intraabdominal y en los cuales el examen clínico era compatible con la presencia de fluido en la cavidad peritoneal, están comprendidos dentro del presente estudio.- En ninguno de los pacientes se había establecido el diagnóstico por ningún otro método antes de la biopsia; sin embargo un procedimiento operatorio previo, había demostrado la existencia de enfermedad de origen intrabsdominal en uno de éstos pacientes.- Trece de los pacientes eran sospechosos de tener ascítis secundaria a tuberculosis peritoneal (65%); diez de los veinte pacientes sospechosos de síndrome pluricarenal del adulto (50%); seis de los veinte pacientes sospechosos de tener ascítis secundaria a cirrosis hepática nutricional (30%); tres de los veinte pacientes sospechosos de tener ascítis secundaria a metástasis carcinomatosas peritoneales (15%); tres de los veinte pacientes sospechosos de tener síndrome de mala absorción intestinal (15%); y uno de los veinte pacientes sospechosos de tener ascítis secundaria a lupus eritematosos disseminado (5%); éstos datos fueron obtenidos en calidad de diagnósticos de ingreso como fueron rotulados en el momento en que éstos pacientes ingresaron a sus respectivas salas donde estuvieron hospitalizados; por lo tanto, es lógico suponer que cada paciente fué admitido con una o varias posibilidades diagnósticas presuntivas, de donde se deduce que no podemos tabular porcentualmente, en cuanto a diagnóstico clínico de ingreso se re-

fiere, en grupos individuales de pacientes-enfermedad.- No se incluyó ningún paciente en los cuales el diagnóstico y la causa de ascitis era obvia; sin embargo ahora que parece que el procedimiento es inocuo, su aplicación en otras entidades clínicas está garantizada.

Del grupo de pacientes estudiados trece pertenecían al sexo femenino (65%); siete pertenecían al sexo masculino (35%) - y la edad osciló entre diez y ocho y setenta y dos años, con un promedio de treinta y nueve años de edad.

Material Técnico.- Las biopsias peritoneales que se realizaron en el presente estudio fueron practicadas haciendo uso - de un instrumento especial ideado por el Dr. Mitja Polak, - quién ha realizado experiencias similares al trabajo que nos ocupa.- El instrumento de Polak consiste en 1.- Una cánula de 2.8 mm. de diámetro y 160 mm. de largo, en la parte terminal - la pared de la cánula es afilada; 2.- Un mandril de punción; y 3.- Un mandril de biopsia, 8 mm. más largo que la cánula; - presentando en su parte terminal, un surco transversal de 5mm. de ancho cuyo margen distal es cortante. (12)

Ver figura No. 2

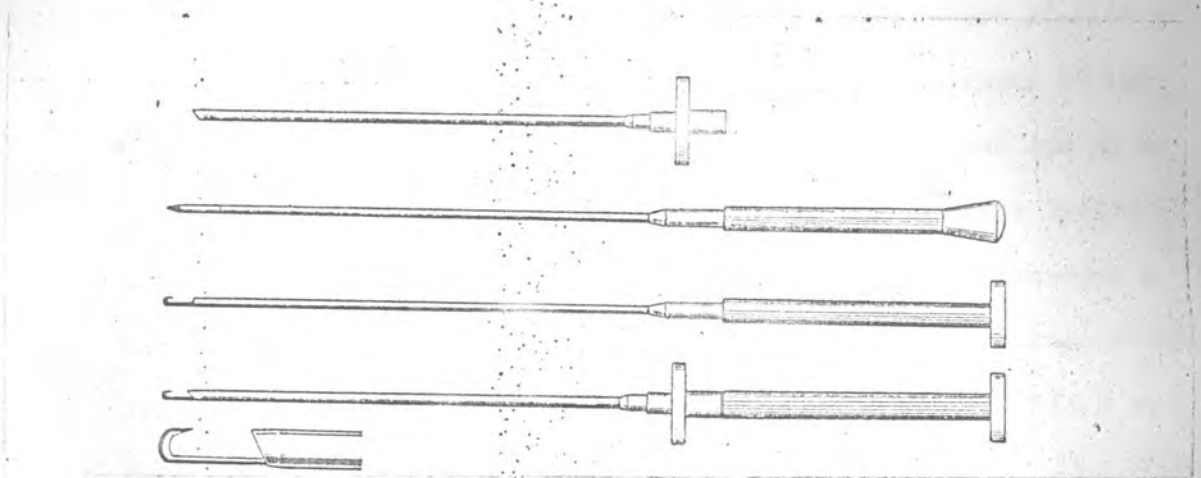


Figura No. 2

Instrumento para Biopsia Peritoneal de Polak.

Método de la biopsia de peritoneo.

Dado que el procedimiento es inocuo y que la única contraindicación técnica de importancia, es la ausencia de líquido ascítico en cavidad abdominal, nosotros efectuamos la biopsia peritoneal, en todos aquellos pacientes que presentaban efusión peritoneal y en los cuales había una o más indicaciones de las citadas anteriormente.- Sin embargo queda establecido que no es una contraindicación absoluta, el hecho de que no haya fluido ascítico, ya que en circunstancias especiales puede llevarse a cabo la biopsia de peritoneo en esas condiciones clínicas, siempre que tenga indicación precisa y se efectúe con cautela y seguridad.

Considerando que el simple hecho de producir una perforación dérmica, con una aguja de pequeño calibre, se manifiesta con dolor local, creimos conveniente practicar las punciones biopsias bajo los efectos de una sedación moderada con demerol a dosis de 50 mg. por vía intramuscular profunda; evitando el uso de éste fármaco cuando las condiciones clínicas del paciente no lo permitían.

Cuarenta y cinco minutos antes de someter al paciente a la biopsia de peritoneo, se le administra la medicación pre-anestésica.- Transcurrido éste tiempo, se coloca al paciente en posición utilizada para una paracentesis de rutina, de manera que se ejerza una tensión máxima sobre la pared abdominal, el sitio seleccionado se prepara en forma corriente, tomando las mismas precauciones de asepsia con merthiolate; con el uso de anesté-

sico local (novocaína al 2%) se infiltra el tejido cutáneo y subcutáneo hasta llegar al peritoneo, habiendo tomado como referencias el punto entre el tercio medio y el tercio externo - que existe al trazar una línea recta imaginaria entre la cicatriz umbilical y la espina iliaca anterosuperior.-

Cuando se comprueba haber producido anestesia local, se procede a la introducción de la cánula y mandril de punción de Mitja Polak, se dirigen en sentido perpendicular a la superficie abdominal introduciéndose por el mismo sitio donde se efectuó la anestesia, hasta tener la sensación de haber perforado la serosa peritoneal; inmediatamente se saca el mandril de punción y se deja que emane la cantidad necesaria de líquido ascítico para efectuar los estudios correspondientes.- El siguiente paso a seguir es la introducción del mandril-biopsia dentro de la cánula estos dos elementos, expresamente, están dotados de una muesca cada uno situada en la parte media de su longitud, - que sirve de guía para saber si está correcta la posición del mandril-biopsia con respecto a la superficie peritoneal de donde se van a obtener las muestras de tejido; una vez que se ha introducido el mandril-biopsia, se dirigen los dos elementos - en dirección oblicua hasta situarlos paralelamente a la superficie abdominal, por palpación se comprueba que no existe ninguna asa intestinal interpuesta entre el instrumento y la pared abdominal, seguidamente se hace presión con el dedo índice de la mano que ha servido para la palpación, sobre la depresión - que tiene el extremo del mismo y con un movimiento rápido y -

hacia atrás se da por concluída la técnica de la biopsia de peritoneo.- Facilmente pueden obtenerse las muestras de tejido que uno desee para estudio histopatológico, ya que con un movimiento sencillo de rotación circular sobre el plano de la superficie abdominal, (en abanico) se puede situar en diferentes puntos de la serosa peritoneal.- En este estudio tomamos por regla la obtención de cuatro fragmentos de tejido por biopsia practicada. En todos los pacientes se colocó un apósito estéril en forma compresiva sobre el sitio de punción, para evitar la cicatrización tardía.

Porque éste procedimiento no está exento de eventuales complicaciones, se impone el control de los signos vitales y la observación clínica en forma periódica, por lo menos durante las primeras veinte y cuatro horas después de efectuada la técnica descrita.- De presentarse cualquiera de las complicaciones citadas anteriormente, se procederá en forma individual, según lo exija el caso.

Ver figura No. 3.

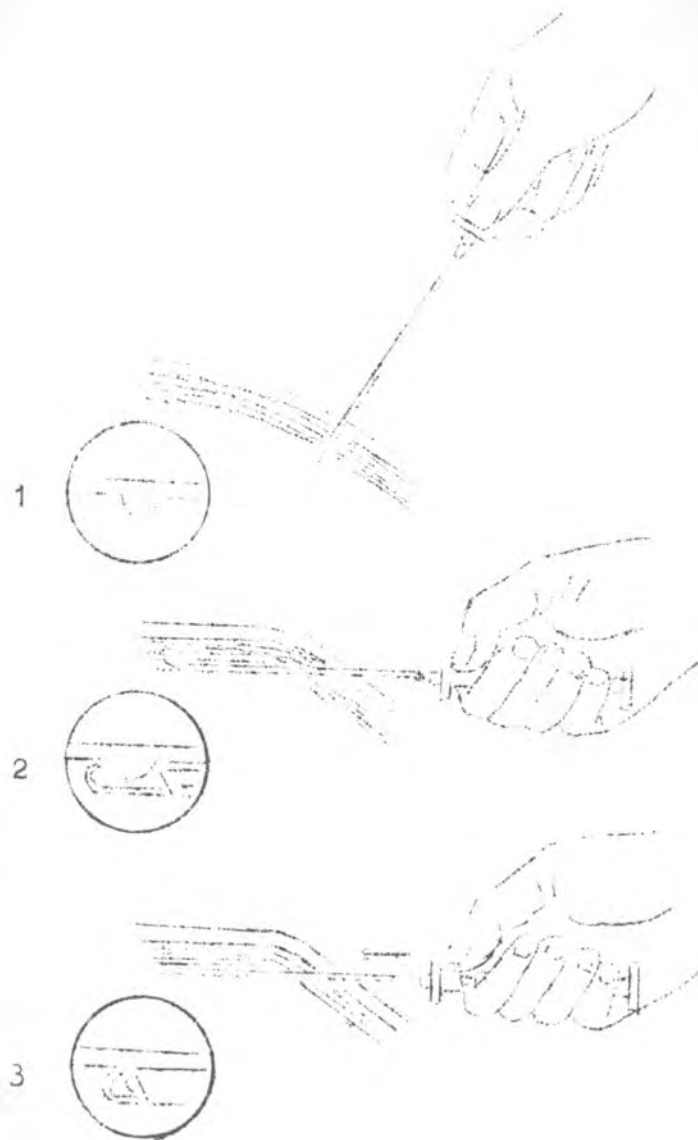


Figura Nº 3

Biopsia de Peritoneo con instrumento de Polak: 1) Punción de la pared abdominal; 2) cánula provista de mandril de biopsia, y 3) Maniobra de biopsia.

R E S U L T A D O S

En un período aproximado de un año, fueron estudiados veinte pacientes, que habían sido admitidos en los servicios de Medicina de Hombres y de Mujeres del Hospital General San Felipe.- A continuación se describen los informes histopatológicos de la biopsia peritoneal realizada en cada paciente.

CASO No. 1. BIOPSIA N. 9298

Fragmentos de tejido conectivo con proliferación de fibroblastos jóvenes y una reacción inflamatoria de tipo crónico, también se encontraron fragmentos de músculo; pero lo que más llama la atención es la presencia de un fragmento de pared muscular de intestino, incluyendo mucosa intestinal lo cual debe ser considerado clínicamente desde el punto de vista de una perforación intestinal durante el procedimiento de biopsia.- Diagnóstico: Biopsia de Intestino.

CASO No. 2. BIOPSIA N. 9299

Fragmentos de tejido conectivo en los que se observa una reacción fibroblástica con infiltración de células mononucleadas (linfocitos) y escasos leucocitos; no hay lesiones granulomatosas.- Diagnóstico: Peritonitis Crónica.

CASO No. 3. BIOPSIA N. 251

Se observa predominantemente un tejido conectivo laxo y en otros sectores el mismo parece contener fibras de mayor espesor de carácter colágeno.- Diagnóstico: Reacción fibrosa en micronodular.

CASO N. 4. BIOPSIA N. 9709

Se observa tejido conectivo fibroso y grasa sin fenómenos inflamatorios o neoplásicos.- En los cortes no aparece el revestimiento epitelial.- Diagnóstico: No consignado.

CASO N. 5. BIOPSIA N. 9943.

Sólo encontramos un tejido fibroso en algunas partes hialino y -pequeña necrosis al parecer ocasionada por microhemorragias ya que además hay pigmentos de hemosiderina.- En otros sitios aparece un tejido verdoso semejante a bilis y un escaso grupo de células epiteliales que bien podrían corresponder a una formación papilar con núcleos hipercromáticos.- Diagnóstico: Muestra Insuficiente.

CASO N. 6. BIOPSIA N. 9626

Los nodulitos enviados podemos apreciar una reacción fibrosa -predominantemente nodular.- En algunos sitios pareciera que los mismos contienen pequeños grupos de células epiteliales, lo cual por la pequeñez de la muestra no es factible asegurar cual pueda ser su origen o si son modificaciones de las células mesoteliales.- Convendría cuidadosa revisión genitales internos.- Diagnóstico: Pequeños nodulitos fibrosos aparentemente metastásicos.

CASO N. 7 BIOPSIA N. 8644

Tejido conectivo fibroso y aparentemente muscular con escasos -focos inflamatorios perivasculares pero sin evidencia de granuloma tuberculoide. Hay también grasa peritoneal.- Diagnóstico: Partes blandas de peritoneo sin nada de particular.

CASO N. 8. BIOPSIA N. 8694

Fragmentos de tejido conectivo sin nada de particular.- Diagnóstico: Tejido conectivo.

CASO N. 9. BIOPSIA N. 9918

Los fragmentitos de tejido corresponden aparentemente a músculo liso, en uno de ellos hay pigmentos como de hemosiderina y no encontramos ningún otro tipo de lesión.- Diagnóstico: Muestra - Insuficiente.

CASO N. 10. BIOPSIA N. +

Fragmento de tejido conectivo sin nada de particular. Diagnóstico: Idem.

(+): Número de biopsia ignorado.

CASO N. 11. BIOPSIA N. +

Los cortes muestran piel de pared abdominal y tejido conectivo fibroso con escaso tejido adiposo disgregados, en los cuales no hay patología demostrable.- Diagnóstico: Pared abdominal sin nada de particular.

(+) Número de biopsia ignorado.

CASO N. 12. BIOPSIA N. 8746

Los preparados son de mala calidad, debido a lo pequeño de la muestra observándose escasos grupos de células aparentemente epitelicoides y otras células inflamatorias.- Diagnóstico: Inadecuado para diagnóstico. peritoneal.

CASO N. 13. BIOPSIA N. 45

Los cortes demuestran fragmentos de tejido conectivo, músculo y

regular número de vasos.- Hay un ligero infiltrado mononuclear insignificante para tener importancia.- No se aprecian lesiones granulomatosas en la misma.- Diagnóstico: Leer descripción microscópica.

CASO N. 14. BIOPSIA N. 4

Se observa abundante músculo estriado y adiposo.- No se observan fenómenos inflamatorios o neoplásicos.- Diagnóstico: Pared abdominal nada de particular.

CASO N. 15. BIOPSIA N. 62

En los tres fragmentos se observa escasa cantidad de tejido adiposo predominantemente hay bandas de tejido adiposo y cierta reacción histoblástica.- Diagnóstico: Nodulitos de reacción fibrosa.

CASO N. 16. BIOPSIA N. 9515

Dentro de un estroma conjuntivo se observa un infiltrado linfocitario. No se observan granulomas tuberculoideas. Hay revestimiento mesotelial.- Diagnóstico: Peritoneo con proceso inflamatorio crónico.

CASO N. 17. BIOPSIA N. 9669

Dentro de un estroma conjuntivo se observa un infiltrado inflamatorio crónico sin la presencia de granulomas tuberculoideas.- Los preparados no son de muy buena calidad apareciendo desintegrados y mal orientados.- Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico en peritoneo.

CASO N. 18. BIOPSIA N. 9660

Se observa un estroma conectivo fibroso con infiltrado inflamatorio.- En uno de ellos se observa tendencia a la formación de granulomas tuberculoides, por lo cual es probable que exista una tuberculosis peritoneal, lo cual necesita comprobación bacteriológica.- Diagnóstico: Granulomatosis tuberculoide del peritoneo.

CASO N. 19. BIOPSIA N. 9315

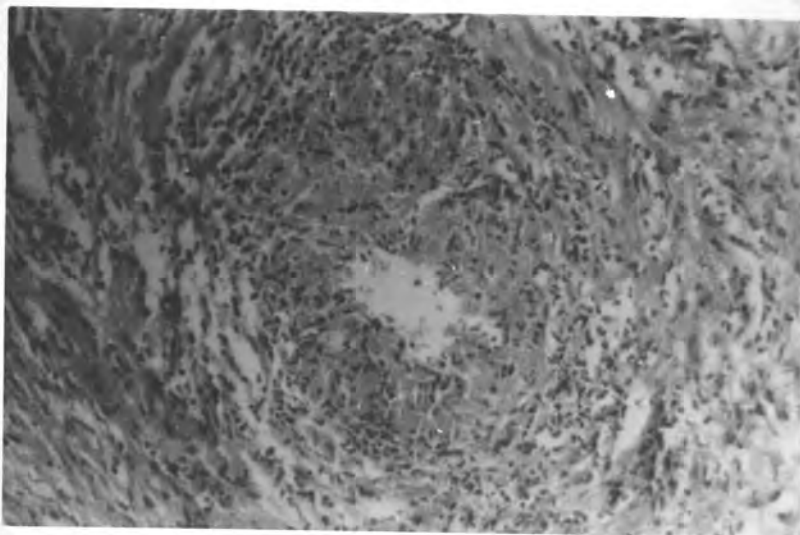
En todos los fragmentitos sólo se observa tejido adiposo y pequeñas conglomeraciones de tejido conectivo y escaso infiltrado monocitario si esta persona ha sido operada antes pudieran ser lesiones reactivables por talcos.- No hay indicio de tuberculosis.- Diagnóstico: Ligera reacción fibrosa aparentemente a cuerpo extraño.

CASO N. 20. BIOPSIA N. 250

Pequeños fragmentitos de reacción fibrosa sin lesiones aparentes.- Hay también tejido muscular estriado.



Fotografía No. 1.- Caso No. 18. Se observa un estroma conectivo, fibroso con infiltrado inflamatorio. Hay tendencia a la formación de granulomas tuberculoides. DX: GRANULOMATOSIS TUBERCULOIDE DEL PERITONEO. F.C.B.



Fotografía No. 2. Caso Ilustrativo no Tabulado.- Nódulo de aspecto caseificado rodeado por células epitelioides y algunas células gigantes, hay escasa reacción linfocitaria. DX: COMPATIBLE CON TBC. MILIAR PERITONEAL No.de BIOPSIA D-1173.

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

Datos Histopatológicos.	#. de caso y #. de biopsia.	Porcentaje
Peritonitis tuberculosa.	18 = 1	5 %
Peritonitis crónica no específica.	1,2,12,16 y 17 = 5	25 %
Peritonitis crónica no específica con fibrosis.	3,6 y 19 = 3	15 %
Peritonitis crónica no específica con aumento de vascularización.	7 = 1	5 %
Peritonitis crónica no específica con fibrosis y hemorragia.	5 y 9 = 2	10 %
Peritoneo negativo.(Normal)	11,13,14 y 20 = 4	20 %
Peritoneo no reconocido. (Tejido fibrocolágeno)	4,8,10 y 15= 4	20 %
	Total de Biopsias = 20	Total=100%

DISCUSION

En los veinte casos estudiados, la biopsia de peritoneo - ofreció hallazgos histopatológicos en el 60% de los casos lo que está de acuerdo con estadísticas de trabajos realizados - por autores extranjeros. (5,9,18) Siendo éste un estudio preli- minar en nuestro medio y sin la experiencia suficiente en la - interpretación de las modificaciones que sufre el peritoneo, - creemos que el resultado obtenido ha sido de gran valor, y ha medida que se introduzca como rutina, la biopsia de peritoneo, en el diagnóstico diferencial de las ascitis, el valor del mé- todo será cada vez mejor apreciado, ya que permitirá un estu- dio comparativo con una casuística mayor.- Nuestro propósito fué dirigido hacia el establecimiento del valor del método, mo- tivo por el cual, no sugerimos al departamento de Anatomía Pa- tológica, el estudio del material enviado con coloraciones - orientadas a la patología que se pretendía establecer, (Ziehl- Neelsen, Fite Faraco, Verhoeff).

Probablemente hubiera dado mejores resultados si así lo hu- bieramos hecho, apenas en un caso, (5%) se encontró el granu- loma tuberculoso, aunque según el criterio de Merohtra⁽¹⁰⁾ - (la peritonitis crónica no específica con aumento de vascula- rización, es compatible con el diagnóstico de peritonitis tu- berculosa), podríamos considerar el caso No. 7 dentro de éste concepto.- Además, los casos Nos, 1,2,12,16 y 17 que hemos con- siderado como peritonitis crónica no específica estarían suje-

tos a ser enmarcados dentro del mismo criterio, ya que en éstos cinco casos no se menciona si hubo o no, aumento de vascularización del tejido que se estaba estudiando; es de hacer notar, que el análisis de los tejidos fué realizado sin un fin preconcebido, ni con el propósito de hacer comparación, con determinado patrón histológico de patología específica, que por experiencias personales, han llegado a describir algunos investigadores. (10,16)

Los otros casos que dieron evidencia de cambios histopatológicos, tales como los Nos, 3,5,6,9 y 19 no permiten su inclusión en el concepto anterior, sin embargo, el hecho de que existan lesiones tisulares en los mismos siempre les da valor clínico, ya que, perfectamente, mediante una correlación clínico-patológica podemos orientar un diagnóstico.

De los veinte casos de biopsia, cuatro de ellos Nos,11,13, 14 y 20 fueron clasificados como peritoneo negativo, y otros cuatro casos como peritoneo no reconocido (tejido fibrocolágeno), lo que revela un 40% del total de biopsias practicadas. En los cuatro primeros casos se pueden asumir dos concepciones: a) que no se haya tomado una muestra de tejido patológico satisfactoria, por tratarse de un procedimiento a ciegas y (b) que definitivamente se trate de negatividad pura.

Los casos Nos, 4,8,10 y 15 rotulados como peritoneo no reconocido dejan ver que también existe lesión peritoneal desde el momento que no se encuentra la capa de células mesoteliales -

que es uno de los elementos histológicos que forman la serosa - peritoneal, pero nos atrevemos a opinar que esto podría ser debido a fallas en la técnica de preparación de tejido por la pequeñez de la muestra o por fracaso parcial en la obtención de los fragmentos durante el procedimiento de biopsia.- Es preciso reconocer que nuestra experiencia técnica se inicia con la colaboración del presente trabajo, pero ante la incapacidad de señalar la causa verdadera del no reconocimiento histológico del peritoneo, podríamos asumir que los fracasos técnicos para la obtención de la muestra con el instrumento de Polak, son prácticamente nulos.

En ninguno de los pacientes, en los cuales se practicó el método de biopsia de peritoneo, se presentaron complicaciones, a pesar de que un informe anatomopatológico, reveló probable perforación intestinal, basándose en el hallazgo de un fragmento de pared muscular y mucosa de intestino, que son razones indiscutibles para asegurar la complicación señalada; sin embargo, el paciente estuvo bajo observación clínica constante y no presentó síntomas ni signos de ruptura de víscera hueca.

Este método auxiliar de diagnóstico, asociado a los exámenes que se deben realizar en todo caso de ascitis, creemos, nos permitirán establecer una rutina, de manera que, el diagnóstico diferencial de las ascitis, sea bastante preciso y nos ponga en evidencia la naturaleza del padecimiento.

Como ya antes habíamos mencionado, todavía en los casos que

dejan duda podemos valernos de la laparoscopia y biopsia dirigida de las lesiones observadas con el mismo instrumento que usamos en el presente trabajo, siendo así muy difícil fracasar en el diagnóstico.

CONCLUSIONES

- 1.- Sugerimos que en todo paciente portador de ascitis se debe realizar en fases graduales los siguientes exámenes: estudio del líquido ascítico. (físico, químico, microbiológico y citológico), biopsia de peritoneo a ciegas, laparoscopia y biopsia dirigida.
- 2.- Recomendamos que las muestras de tejido enviadas a estudio histológico sean procedidas manualmente, debido a la pequeñez de las mismas.
- 3.- Las técnicas de coloración a emplear deberán orientarse según la sospecha clínica etiológica.
- 4.- La conducta a seguir en cada caso, está en función directa, con la correlación clínico-patológica.
- 5.- Creemos necesario, siempre descartar la posibilidad de tuberculosis en todo paciente con ascitis, dado la incidencia de esta enfermedad en nuestro medio.
- 6.- Después del estudio concienzudo de un paciente con ascitis, sin llegar a una conclusión etiológica definitiva, y teniendo un informe histopatológico descriptivo de: peritonitis crónica no específica con aumento de vascularización, nos es permitido ensayar prueba terapéutica-diagnóstica a base de drogas antituberculosas.
- 7.- Se demuestra que la biopsia de peritoneo nos permitió en el 60% de los casos evidenciar alteraciones tisulares; en el -

100% de los casos se obtuvo éxito en la obtención de la muestra.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó en el Hospital General de México, D.F., en el departamento de Ginecología y Obstetricia, durante el mes de mayo del año 1974. El objetivo principal de este estudio fue determinar la frecuencia de la infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres que acuden al Hospital General de México, D.F., con diagnóstico de infección de transmisión sexual. Para ello se utilizó el método de cultivo en células vivas, específicamente en células de epitelio humano de cuello uterino (HEp-2). Se analizaron un total de 100 muestras de secreciones cervicovaginales obtenidas de mujeres que habían sido diagnosticadas previamente por un médico especialista en ginecología e infectología. Los resultados mostraron que el 100% de las muestras resultó positivo para *Chlamydia trachomatis*, lo que indica una alta prevalencia de esta infección en el grupo estudiado. Este hallazgo es importante porque *Chlamydia trachomatis* es una de las principales causas de infección de transmisión sexual y puede tener graves consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres, como el síndrome de Reiter, la enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad. Por lo tanto, es necesario que los médicos especialistas en ginecología e infectología estén alerta ante la posibilidad de esta infección y realicen el diagnóstico adecuado para iniciar el tratamiento oportuno.

R E S U M E N

Veinte pacientes con ascitis de etiología no determinada, fueron sometidos a biopsia de peritoneo con instrumento de Polak.

Se obtuvo tejido peritoneal en todos los casos estudiados. En el 60% se encontraron alteraciones histológicas.

Ningún paciente presentó complicaciones durante ni después del procedimiento de biopsia.

El método es seguro y fácil de realizar.

A medida que se adquiriera mayor experiencia con éste nuevo método diagnóstico, su empleo se hará más generalizado.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1.- Auerbach, O.: Pleural, Peritoneal and Pericardial Tuberculosis: Review of 209 cases imcomplicated by treatment of - secondary infection, Am.Rev. Tuberc. 61: 845-861, 1950.
- 2.- Burack, W.R. and Hollister. R.M.: Tuberculous Peritonitis: Am. J. Med. 28: 510-23, 1960.
- 3.- Donohoe, R.F.: Shnider, B.I. and Gorman J.: Needle Biopsy of the Peritoneum: A Preliminary Report; Arch. Intern Med. 103: 739, 1959.
- 4.- Ham, Arthur Worth: Tejido epitelial, Chapter 12, page 180. Histology, Edition by J.B. Lippincott Company, Philadelphia. 1958.
- 5.- Jain, S.C., Misra, S.M. Misra, N.P. and Tandon, P.L.: Peritoneal Biopsy in ascitis, a study of 50 cases; Journal And Med. Assoc. 43: 219, 1964.
- 6.- Leeson, Roland C. and Leeson, Thomas S.: Epitelio, cap 5, page 66. Histology, edition by W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1966.
- 7.- Lloyd, M.S.: Thoracoscopy and Biopsy in diagnosis of Pleurisy with effusion, Quart. Bull. Sea View Hosp.; 14:128-133, 1953.
- 8.- Levine, H.: Needle Biopsy Diagnosis of Tuberculous Peritonitis; Am. Rev. Resp. Dis. 94: 466, 1966.
- 9.- Levine, H.: Needle, Biopsy Diagnosis of Tuberculous Peritonitis; Am. Rev. Resp. Dis. 97: 889, 1968.
- 10- Mehrotra, M.P.; Mathur, K.S. and Agarwal, A.N. Value of peritoneal biopsy in Clinically diagnosed cases of abdominal tuberculosis, Journal Ass. Phys of India; 14: 625, 1966.
- 11- Paddocck, F.K.: Diagnostic Significanse of serous fluids - in disease: New England J. Med. 223: 1010-1015, 1940.
- 12- Polak, Mitja: Observacoes sobre Anatomia Da parede abdominal, pag. 5 Biopsia con instrumento de Polak Pag. 46.- Laparoscopia, Editora de Livros Médicos Ltda. Sao Paulo. Brasil. 1967.
- 13- Polak, M. and Franca, L.C.M.: Chronic Pancreatitis with - massive ascites, Peritoneal changes in pancreatitis, Peritoneal Biopsy, Digestión 1: 296 304, 1968.

- 14- Robbins, Stanley L.: Aparato Gastrointestinal, Peritoneo, Chepter 21, page 710. Tesctbook of Pathology with Clinical Aplication, edition by W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1962.
- 15- Sarin, L.R.; Mehta, S.R. and Sarin, J.C.: Punch Biopsy of the Peritoneum; Brit. Med. Journal, 1: 100, 1961.
- 16- Sarin, L.R.; Mehta, S.R. and Sharma, S.K.: Diagnosis of Abdominal Tuberculosis, A Critical Evaluation of Various Techniques with particular Reference to Peritoneal Biopsy; - Indian Journal Med. Science, 18: 319, 1964.
- 17- Sochcky, S.: Tuberculous Peritonitis, A Review of 100 cases; am. Rev. Resp. Dis. 95: 398, 1967.
- 18- Viramuvatt; V; Hitanant, S; Bronyapaknavig V; Plengranit, U.; Kalayasiri, C. and Chearani O.: Peritoneal Biopsy experience with blind and direct vision Biopsy; Am. J. of - Proctal. 17: 488, 1966.

=====