

11227
20/3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
Hospital General "Ignacio Zaragoza" ISSSTE

**ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES Y
RESULTADOS DE LA BIOPSIA HEPATICA EN EL
HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE**

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P r e s e n t a :

JORGE DUQUE RODRIGUEZ

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

HISTORIA

UTILIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA HEPATICA

INDICACIONES

SELECCION DEL PACIENTE

REQUISITOS Y PREPARACION DEL PACIENTE

FACTORES DETERMINANTES DEL RIESGO

CONTRA INDICACIONES

TECNICA MENGHINI

VIM SILVERMAN

INDICACIONES POST BIOPSIA

COMPLICACIONES

RECUPERACION DEL TEJIDO Y CARACTERISTICAS
MACROSCOPICAS

VALOR CLINICO DE LA BIOPSIA

BIOPSIA HEPATICA POR PERITONEOSCOPIA

OBJETIVOS HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA

HISTORIA

La era de la biopsia hepática como procedimiento diagnóstico data de los años de 1883 con Paul Ehrlich. (21, 39) quien es el primero en utilizar la Biopsia Hepática con el fin de determinar el contenido de glucógeno en el hígado del diabético. En los años posteriores empiezan a aparecer más numeros de reportes del uso de la biopsia hepática, es interesante mencionar a Friol que en 1933 propone el uso de aguja fina para el diagnóstico citológico y de investigación. (10). En los años de 1930 Baron, comunica su experiencia con 48 aspiraciones usando una jeringa de 20 ml. y aguja calibre 13 (10). G. Menghini que en los años 1957 reporta el uso de aguja de Menghini con técnica de un segundo (8 9 10) y al parecer son Tripoli y Fader (10) los primeros en usar la aguja de Vin Silverman para la obtención de biopsia hepática. En la actualidad el procedimiento es un método diagnóstico de aplicación diaria en todo servicio de Gastroenterología.

UTILIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA HEPATICA

Es evidente que la utilidad de la misma no se pone en duda pero es de interés recordar que es un procedimiento agresivo no exento de complicaciones y limitaciones. Se plantea la duda de si a todo paciente con lesión hepática tanto primaria como secundaria se le debería realizar la biopsia es

En el Hospital General Ignacio Zaragoza La Biopsia Hepática se ha venido realizando desde 1980 con la técnica de Menghini y bajo visión directa por peritoneoscopia. No es sino hasta el año de 1982 en que se inicia a tomar la biopsia hepática por medio de la técnica de Vim Silverman percutánea a ciegas. Hasta la fecha la indicación para uno y otro procedimiento ha sido en caso de biopsias a ciegas generalmente está indicada en patologías difusas y pacientes que llenen los requisitos para dicho procedimiento, y en caso de biopsias hepáticas con aguja de Menghini bajo visión directa por peritoneoscopia es padecimientos localizados del hígado o bien cuando interesa realizar otro procedimiento diagnóstico propios de la peritoneoscopia.

Hasta el momento ignoramos cuales son nuestras indicaciones si estas son correctas, adecuadas a la técnica y cual es el grado de correlación diagnóstica y sensibilidad del procedimiento, el porcentaje de fallas y complicaciones de la biopsia hepática, su incidencia y distribución. Así como la evaluación de la diferencia entre ambos métodos de toma de biopsia hepática, la comparación de nuestros resultados con otros autores y conocer cuales son los factores que inciden en nuestras fallas, los resultados obtenidos normaran conductas y darán pautas a seguir en el manejo de nuestros pacientes portadores de hepatopatías .

obvio que la respuesta es no ya que existen una serie de elementos no invasivos que llevan a diagnósticos adecuados a nuestro paciente, quizá la utilidad del procedimiento sea mayor ante la necesidad de confirmación histológica de la lesión o bien el seguimiento de nuestro paciente, las aplicaciones más amplias que se refieren en la literatura son -- sobre todo las hepatopatías difusas , panoramas que se amplia notablemente con la ayuda de biopsias guiadas en casos de -- lesiones focales y la aplicación de métodos de estudio como inmunológicos, histoquímicos, y/o microscopía electrónica al fragmento obtenido.

Existen algunas criticas que se le han hecho a la biopsia -- hepática y que se deben de tomar en cuenta a la hora de valorar el procedimiento, como son; su limitación en lesiones focales, situación comentada previamente pero que se resuelve con la realización de biopsias guiadas por ultrasonido o por peritoneoscopia, un segundo factor en contra ha sido mencionado como un escaso tejido hepático obtenido ya que solo representa 1/100 000 del peso total del organo; y por último recordar que representa un estado patológico determinado al momento de la toma y que la lesión histológica es dinamica de acuerdo a la evolución del padecimiento.

En definitiva la utilidad de la biopsia es muy amplia, pero -- debe ser un procedimiento racional ya que solo forma parte del grupo de armas para el diagnóstico definitivo de nuestro paciente. (26)

INDICACIONES :

Desde que la Dipepsia Hepática fue aceptada ampliamente en la clínica e investigación sus aplicaciones son actualmente muy extensas: se incluyen en las mismas: (20 25 31 21. 10 39)

Hepatopatías Agudas (13) (21) (18)

Caracterizados histológicamente por lesiones agudas, inflamación intensa, con franco predominio de la Necrosis y Colestasis, el prototipo de estas es la Hepatitis Viral Aguda siendo difícil de distinguir de otras hepatopatías como las ocasionadas por drogas (Isonaciáda Metil Dopa Halotano). Se han descrito algunas lesiones típicas de ciertas patologías como son en caso de Necrosis Centrolobulillar intensa propia de intoxicación por tetracloruro de carbono o por anoxia, La Necrosis -periferia lobar con trombos de Fibrina por cuadros de preeclampsia, o en caso de drogas con franca colestasis y eosinofilia; aspectos de colangitis aguda (27); con sus tres etapas según el daño y/o bien fenomenos importantes de colestasis Estestosis sea gota fina espumosa, gota gruesa, en casos de hígado graso del embarazo o por Tetracloruro de carbono o el más típico alcohol, desnutrición o DM . (21 13)

La Hepatitis alcoholica con sus caracteristicos cuerpos hialinos acidofilos cambios fibroticos y escasos datos de lesión -- inflamatoria aguda (13)

Hepatopatías Crónicas (13 21)

Caracterizada por tabiques fibrosos, formación pseudolebulos - con pequeñas areas de necrosis antigua, perdida de la arquitectura dentro de ellas.

Hepatitis Crónica y Crónica Activa, en fase de transición a Cirrosis con diversos grados de fibrosis y afección más intensa, necrosis de la placa limitante. Alteraciones histológicas distintivos entre las diferentes Cirrosis como son grnadas -- pseudolobulos y tabiques portales mínima necrosis en cirrosis alcoholica, Wilson y Criptogenica. Fibrosis portal sola en -- casos de Esquistosomiasis o bien cambios de cirrosis biliar tanto primaria como secundaria, con necrosis de epitelio de conductos biliares portales presencia de granulomas epiteloides -- alrededor de conductos biliares y pigmento granular en los -- Hepatocitos portales; así como otras lesiones típicas como la Colangitis Esclerosante o deficiencia de Alfa I Antitripsina (23 7) .

Infiltraciones y Neoplasia (21 22) (25) (31)

Quedando comprendidas en este grupo las Neoplasia primaria o secundaria , Metastasis del tipo adenocarcinoma o bien epidermoides, con lesiones bien características histológicas. También se han descrito lesiones por linfoma, y la gran utilidad de la Biopsia en Leucemias bajo tratamiento (1) de gran ayuda en DX de infiltraciones enfermedad Gaucher, Niema Pick, - Tumorismo; Amiloidosis y otras.

Lesiones Granulomatosas (21)

Teniendo entre ella basicamente la TB; Sarcoidosis; Lepra, -- Fiebre Q; Sifilis secundaria, Micosis; por drogas como Sulfas y otras con características patológicas específicas de cada -- una de ellas

Lesiones Pigmentarias (20 21)

Dentro de las cuales se encuentran básicamente la Hemocromatosis y el Dubin Johnson con lesiones pigmentarias definidas.

ALCOHOLISMO

En la actualidad la biopsia hepática ha adquirido gran importancia en caso de bebedores crónicos ya que permite diagnósticos tempranos de lesión hepática (11) o bien como define -- Laurence (23) en la Fisiopatología de la Hipertensión porta en el hígado lesionado por el alcohol el papel que juega el crecimiento del hepatocito en la presión, así como las deficiencias enzimáticas mencionadas por M. Thozas. (30).

Enfermedad Vascular (20)

K.L. Stuart menciona datos histológicos definidos como fibrosis monoportal en caso de enfermedad neoclusiva del hígado; otras indicaciones de la biopsia incluyen la hepatomegalia y la hipertensión portal en estudio (14).

Estudio de Enfermedades Familiares Congenitas.

Como el mismo Gilbert y Dubin Johnson; así como la fibrosis congénita del hígado y enfermedad poliquística del mismo son francas indicaciones de la biopsia hepática (2).

Pruebas Bioquímicas Hepáticas Alteradas

Definida básicamente a seguimiento de pacientes con hepatopatías crónicas como la Hepatitis crónica activa. (5) (17)

Fiebre de Origen Oscuro

Indicado posterior a llenar los requisitos de la patología mencionada puede llegar a dar diagnóstico hasta un 30% (14)

Investigación

En este amplio capítulo se incluyen nuevos métodos de estudio que pueden ser aplicadas a la biopsia hepática como determinaciones enzimáticas como en caso de Gilbert (2) detección de cambios enzimáticos en el citosol de hígado dañado por el alcoholismo (7 19) detección de Vit. A y su déficit; elementos como glucógeno; lípidos; proteínas metales pesados; - (25 20) y otros aspectos de inmunología en relación a trasplante renales y la misma Hepatitis crónica; estos mismos avances histoquímicos, inmunológicos, microscopía electrónica y tintaciones especiales con PAS (7 22) darán a la biopsia hepática un nuevo campo de aplicación en la clínica.

SELECCION DEL PACIENTE

Como se ha mencionado anteriormente y en base a la serie de indicaciones ya descritas a la aplicación de la biopsia hepática en un paciente es amplia, pero definitivamente no todo paciente que curse con una afección hepática es prioritario de la toma de tejido hepático sino solo aquellos que en un momento dado de su patología esté justificado el conocimiento de los cambios histopatológicos o bien cuando a pesar de la batería de exámenes aún no se tienen un diagnóstico definitivo. La Biopsia Hepática adquiere gran interés en aquellos pacientes en los cuales los cambios histopatológicos posterior a tratamiento tienen gran valor en su pronóstico así como en los casos de investigación como estudios familiares y determinaciones enzimáticas. Antes de decidir tomar biopsia hepática es importante dentro de la selección que nuestro paciente llene -

los requisitos indispensables para realizar el procedimiento también tomar en cuenta que la biopsia hepática solo es un estudio mas complementario de la gran batería de exámenes con que se cuenta en la actualidad para el estudio de las hepatopatías.

REQUISITOS; PREPARACION Y SELECCION DE PACIENTES

A) Cooperación del paciente (8 - 10 - 39 - 28 - 14)

Como todo procedimiento quirúrgico es de vital importancia advertir al paciente del procedimiento a efectuar, ya que se requiere de una participación activa por parte del paciente, sin la cual no es posible realizar la toma, este debe estar conciente y haber aprobado la toma de biopsia; ya que con un movimiento brusco o suspender la apnea puede llevar a complicaciones de gran seriedad, incluso laparotomía.

B) Ayuno

Se aconseja un ayuno mínimo de 6 horas antes del evento por dos factores; primero que se encuentre su estomago vacío evitando así el vómito y la broncoaspiración y segundo, con el ayuno se logra que el hígado este menos congestionado y los conductos biliares menos turgentes. (10)

C) Pruebas de Coagulación (28 39 10)

Está plenamente demostrado, no solo es este procedimiento sino en cualquier acto quirúrgico, que el estado de Hemostasia del paciente participa de manera fundamental en los riesgos y son requisitos indispensables que el paciente cuente con un tiempo de protombina normal, de lo contrario el procedimiento no se deberá llevar a cabo hasta que éste sea corregido. Habitualmente

te usando plasma fresco o bien Vit. K no se debe hacer la toma si el TP excede de 3 - 4 segundos del tiempo normal. Otros autores indican que también debe estar en la normalidad, el tiempo parcial de tromboplastina, retracción del coagulo, - - prueba de Rumpel Leede y de Duque.

D) Cuenta Plaquetaria

Elemento mismo no del todo indispensable para algunos autores (39) más se recomienda que las cifras no sean menores de - - 100 000.

E) Biometría Hemática

Se menciona como límite inferior de Hb para la toma de biopsia el de 10 gr/dL si es menor corregirla, así mismo si la Bh demuestra Leucositosis algunos autores recomiendan no llevar a cabo la Biopsia (39).

Medidas Preoperatorias

Basicamente consisten en dos bases que en la actualidad no han sido del todo aceptadas, la primera medicación anti-infecciosa, justificada solamente en casos como infección y/o colangitis y solo cuando la biopsia es urgente ya que ambos eventos contra-indican el procedimiento; segundo la utilización de relajantes y/o sedantes; se han usado; Meperidina 50 mg; o Amital 0.2 gm. previamente estos solo se justifican a pacientes aprehensivos; inquietos o en el procedimiento a infantes. (8 - 31)

FACTORES DETERMINANTES DEL RIESGO

En vista de que el procedimiento en un momento dado es agresivo a el paciente y no exento de complicaciones, existen una -

serie de factores que estan plenamente demostrados en la literatura; (10) que participan importantemente en las reacciones o complicaciones del acto y son dignos de tomarse en cuenta antes de decidir el método para tomar la muestra de hígado a estudiar

A) Calibre del instrumento y profundidad de penetración (10-8) ambos factores evidentemente son de alto interés a la hora de decidir el procedimiento sea con aguja fina y/o Vim Silverman que son las dos agujas mas usadas en la actualidad en la cual el calibre y penetración de la aguja Vim Silverman supera a la Menghini, aumentando las probabilidades de complicaciones como son penetración total de area Hepática, sangrado o punsión -- canalicular.

B) Duración de la Operación (8- 10- 22- 39)

Otro factor determinante de los riesgos es el tiempo de duración de la operación; teniendo mayor implicaciones en la fase interhepática del metodo ya que con la técnica Menghini ésta se limita a solo un segundo, en cambio con la aguja Vim Silverman ésta es de aproximadamente 10 segundos.

C) Experiencia del Operador (8 - 10)

Elemento imprescindible en todo evento quirúrgico que sin lugar a dudas participa en la cantidad de complicaciones, así como de procedimientos fallidos; aún no se ha definido cual es el experto de biopsias". Algunos mencionan un limite de 300 procedimientos como requisito indispensable (10); este requisito de experiencia se ha reducido notablemente con la téc-

nica de un segundo por la mínima duración de la fase inter-hepática.

CONTRA INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO (10 28 39 31)

En la actualidad estas tienen franca tendencia a disminuir notablemente; esto por apoyarse el procedimiento con agujas de más fácil manejo pocos riesgos mayor experiencia en la técnica y avances en otros métodos diagnósticos que facilitan la biopsia hepática; como es el ultrasonido o la Periteneoscopia. (4- 1 - 8 - 15 - 29)

Las contraindicaciones pueden ser absolutas y relativas - - comprenden básicamente de los problemas de la coagulación - como es la prolongación del tiempo de protombina factor que puede ser corregido con plasma fresco, la infección local de pleura o hígado; la colangitis aguda o crónica; la ictericia biliar extrahepática severa por la posibilidad más importante de punsión de canalículo biliar y/o un biliperitoneo, la anemia acentuada y/o sangrado prolongado en el sitio de incisión para la biopsia.

Otras complicaciones como las reportadas Terry y Zamchek (10) consisten en Enfisema pulmonar grave, quiste hidatídico, la ascitis importante; meteorismo; falta de cooperación del paciente; matidez Hepática ausente.

Contraindicaciones absolutas

- 1) Problemas de coagulación
- 2) Infección
- 3) Colangitis

Relativas

- 1) Falta de nitidez Hepática
- 2) Ascitis
- 3) Ictericia extra Hepática

- 4) Enfisema Pulmonar
- 5) Quiste Hidrático

- 4) Meteorismo
- 5) Mal estado general del paciente

TECNICA (8 10 39)

Solo se describiran dos tipos de técnicas con aguja fina por aspiración con Menghini y la de corte con aguja de Vim Silverman ya que ambos metodos marcan por entero la diferencia entre las diversas formas de toma, existiendo pequeñas modificaciones (33) y tipos de agujas pero que no varian las complicaciones ni beneficios en relación a las mencionadas; usando los dos principios basicos aspiración y corte. Así mismo en lo que se refiera la vía de toma percutanea, selección de aguja, posición del paciente, sitio de punsión y material complementario se exponen por igual para ambos metodos ya que no hay diferencia y la misma se comenta en cada caso particular; posteriormente comunicaremos técnica propiamente dicha en cada evento.

Posición y sitio de punsión (8 10 39 28)

Habitualmente para los dos metodos que se describiran la posición del paciente, debera ser en decubito supino; colocado en el borde derecho de la cama; mismo lado que ocupa el operador, el brazo derecho del paciente se levanta y se coloca debajo de la cabeza facilitando el procedimiento ya que permite la apertura de los espacios intercostales en caso de técnica de Menghini el paciente puede estar ligeramente rotado el tronco hacia la izquierda en relación al sitio de punsión de los cuales se usan preferentemente dos;

- a) Vía intercostal la más recomendada y usada posterior a la

localización precisa y delimitación del hígado; matidez hepática; se realizara la punsión en el sitio de mayor matidez. Habitualmente en el 8° y/o 9° espacio intercostal entre la línea axilar media y la anterior, dirigiendo la aguja hacia la apofisis xifoides, nunca usar esta vía en caso de no delimitar la matidez hepática. (39)

b) Vía Subcostal, metodo que debe estar confinado a casos en que se encuentre una gran hepatomegalia 6 cm debajo de bordes costales inf. procurando permanecer alejado 2 cm de línea clavicular media con el fin de evitar la vesicula (39).

c) Vía Transyugular (24 39)

Vía de difícil de acceso y obteniendo pequeños fragmentos se realiza a traves de un cateter en las venas hepaticas x vía - yugular se recomienda solo en casos de contraindicaciones de las otras vias no se describe por no interesar a el estudio.

Selección de la Aguja y Calibre de la misma (8 - 10)

Es de interes mencionar al respecto y tomando los factores de riesgo que los unicos calibres recomendados por Menghini para la toma de biopsia es el de 1.2 y 1 mm, para principiantes por las mínimas complicaciones que se presenten; pero también que el tipo de aguja dependera del diagnóstico y habilidad del operador ya que otros autores recomiendan ampliamente la Vim Silverman por obtener magnificos tejidos para su estudio y así mismo en casos de Hepatopatias crónicas como Cirrosis, es mucho más recomendada la Vim Silverman por obtener tejido menos fragmentado.

Material complementario, se proporciona una lista de material indispensable para la toma de biopsia y lo mismo se deberá realizar una exploración completa preliminar a fin de descartar patológicas que contraindiquen el procedimiento.

Lista de Material Complementario.

- 1.- Operador y una enfermera
- 2.- Material esteril, guantes, cubrebocas, batas gorros, campos esteriles.
- 3.- Alcohol yodado y otro anteséptico.
- 4.- Jeringas desechables de 5 ml con aguja largo dos.
- 5.- Solución salina esteril
- 6.- Xilocaina simple al 2%
- 7.- Bisturí o bien un perforador especial de piel
- 8.- Recipiente de vidrio con formol al 10%
- 9.- Pequeña espátula para recuperación del tejido
- 10.- Material propio de biopsia sea Vim Silverman y/o Menghini
- 11.- Equipo simple de curación.

TECNICA MENGHINI.

Descrita por su autor en el año de 1953 Giorgio Menghini (8-10 11) siguiendo los siguientes pasos, preparación del material colocación del paciente comprobación de la apnea (usualmente con una serie de tres ejercicios de inspiración y espiración profunda), selección de aguja y su diametro, delimitar area hepática se procede a realizar la toma de muestra.

Material de Biopsia.

Consta de una aguja de pared delgada de aprox. .09 mm con una

punta de pico de halcon con convexidad hacia el exterior; en su extremo proximal tiene dos estructuras una de ellas el cono que hace conexión con la jeringa pudiendo ser de rosca o - acoplado y un segundo elemento que es el dispositivo de contención en forma de clavo con punta roma, se coloca dentro de la aguja por su extremo proximal y su cabeza de clavo impide que se deslice dentro de ella. Este dispositivo no obstruye - toda la luz permitiendo la aspiración pero impide que el fragmento de tejido biopsiado pase a la jeringa; la aguja habitualmente tiene una longitud de aprox. 7.0 cm.

I .- Preparación de la Piel

Se recomienda preparar la piel siguiendo con las normas de todo procedimiento quirúrgico con alcohol al 70% o - tintura de yodo; colocación de campos estériles usando material quirúrgico estéril.

II .- Anestesia

Actualmente esta fase se limita a la aplicación de anestésico hasta músculos intercostales (en la antigüedad - se infiltraba hasta capsula hepática) dejando una pequeña ampolla en la piel e infiltrando por planos aprox.4cc de Xilocaina al 2%.

III.- Perforación de la Piel

Se realiza en el sitio de penetración de la aguja para evitar que esta se dañe o que el tejido penetre en la - aguja. Se realiza con el perforador de piel o bien con la hoja de bisturí

IV.- Inserción de la Aguja de Biopsia

La aguja acoplada a una jeringa de 5 ml con 1 ml de solución salina se introduce a la aguja hasta cruzar los musculos intercostales sin llegar a tocar diafragma si la posición de la aguja es correcta está no deberá seguir los movimientos respiratorios.

V.- Inyección de Solución Salina

Durante los eventos anteriores, pequeños fragmentos de tejidos pudieron entrar a la luz de la aguja lo cual - dificulta la toma de tejido hepático basta con solo inyectar minúscula cantidad de solución salina para eliminar , los restos de tejidos, esto se facilita si desde un principio la aguja fue introducida llena de solución salina.

VI.- Fase Apnea," Succión y Penetración.

En este paso se le pide a el paciente contenga su respiración; se coloca la aguja en aspiración máxima sostenida (esto se facilita con técnica dos operadores) (10) la aguja colocada perpendicular a la pared costal y con la dirección deseada, se pasa a la fase intrahepática con un movimiento de vaiven rápido se introduce toda la aguja manteniendo la aspiración para evitar perder el tejido.

VII.- Recuperación del Tejido.

En el frasco con formol se coloca la punta de la aguja soltando la aspiración; se obtiene el tejido mediante la expulsión de la solución salina restante.

TECNICA DE VIM SILVERMAN

Posterior a los requisitos mencionados y sin variar la posi-

ción del paciente; sitio de punsión; comprobación de apnea - se dan los siguientes pasos:

Material de Biopsia.

Consta de tres elementos una camisa y dos canulas de corte, una bífida que es la que toma la muestra de tejido es aproximadamente dos cm. más larga que su extremo proximal tiene una marca que limita el area de introducción a tejido hepático, el diametro de la aguja varia pudiendo llegar a ser hasta de 3 mm con tamaño igual variable hasta aprox. 20 cm.

I .- Preparación de la Piel

Se realiza de igual manera a la descrita para la técnica de Menghini.

II.- Anestesia

En este caso al ser una toma más cruenta se recomienda anestésicar todas las partes a cruzar hasta la capsula con Xilocaina al 2% bajo condiciones de apnea con aprox. 8 cc de anestésico.

III.- Perforación de la Piel.

De igual manera que la técnica Menghini.

IV .- Toma de Tejido

Se introduce la camisa con la canula de corte hasta limites de musculos intercostales; borde interno en ese momento se le pide al paciente sostenga la respiración para inmediatamente introducir todo el conjunto hasta el tejido hepático aproximadamente de 0.5 a 1 cm

V .- Se cambia la canula de corte por la bífida introduciendo esta en su totalidad de manera que sobresalga en el tejido hepático.

- VI .- Posteriormente y sin mover nada la canula bífida se introduce la camisa aprox. 2 cm. hasta la marca de la canula bífida.
- VII.- Finalmente de extrae el conjunto sin cambiar para nada de posición con un movimiento de rotación de 90° a 180° y se obtiene el tejido entre las dos hojas de la canula bífida.

Existe una modificación propuesta por HOFFBAVER (11) en la cual se suprime el paso IV y se continua con el paso V al estar ya en tejido hepático esto es con la introducción desde un inicio de la canula bífida procurando no sobrepase el limite marcado en su extremo proximal.

INDICACIONES POST BIOPSIA (10 - 39 - 21)

Se debe descansar a el paciente sobre su flanco derecho por espacio de 1 - 2 horas, con objeto de disminuir sangrado, realizar compresión y disminuir movilidad del diaphragma, se toman signos vitales Ta c/15 min. durante ese lapso y posteriormente cada hora por 4 horas con objeto de vigilar las principales complicaciones de la biopsia. Se da alimento a las 6 horas del procedimiento; se recomienda una vigilancia y reposo en cama por 24 horas posteriormente, el paciente puede ser dado de alta y solo se administra analgésico en caso de dolor.

COMPLICACIONES

Mortalidad

Hasta la fecha la biopsia hepática según la literatura ha tenido una mortalidad muy baja en relación a la cantidad de proce--

dimientos que se realiza en una revisión de 20016 biopsias (31 32) se encuentra una mortalidad de 0.17% esto con - agujas de corte, en otros reportes la mortalidad varia de - 0.015% a 0.017% en la primera una revisión de 79381 proce- dimientos y en la segunda una revisión de 23382 biopsias (39) con la aguja de Menghini la mortalidad es de 0.015%, el - - Instituto Nacional de la Nutrición en su estadística reporta (6 28) tres defunciones en 4000 tomas, Ferrault (16) en - 1000 biopsias cero de mortalidad, Referencia a cuadro 1 en lo que respecta a las causas mas frecuentes de mortalidad- todos los autores estan de acuerdo en que ocupan los prime- ros lugares la hemorragia, peritonitis biliar, embolismo bi- liar y el neumotorax.

(referencia cuadro 2)

Morbilidad

Las estadísticas de morbilidad varían mas en general, se encuentran aproximadamente en el 15 al 25 % Zamcheck reporta - un 18% (32) más en su serie el dolor ocupa el 13% de las com- plicaciones y el resto 4.4% corresponden a hipotensión 1.4% Shock 0.8%, hemorragia 0.8%, derrame 0.3%, neumotorax 0.3% biliperitoneo 0.3% en el reporte de el INN (6 28) reporta un indice de complicaciones del 5 % la distribución es muy semejante a la reportada por Zamcheck, Terry (39) solo re- porta 0.23% de complicaciones, Ferrault 5.8% (16). (referen- cia cuadro 3).

Las complicaciones pueden ser divididas entre locales y gene- rales.

Locales encontramos el dolor en un 10 al 50% (10 31)

Lesiones de tejidos blandos se han reportado casos de malignidad

(10) posterior a punciones de neoplasias así como casos de enfisema local subcutaneo, fracturas de la aguja de biopsia (43 11) y lesiones a costillas fisuras fracturas sobre todo en infantes.

En espacio intercostal basicamente punciones de arteria intercostal con sangrados de gran importancia (39).

Pulmon y Pleura se han descrito casos de neumotorax (16 31) derrames pleurales y de mayor seriedad embolismo biliar (21) así como hemorragia pleurales.

Capsúla Glison y Parenquima Hepático estos son los sitios donde se dan las complicaciones de mayor seriedad habitualmente como consecuencia de lesiones persistentes como hemangiomas - arterias superficiales o anormales, varices dando como consecuencia sangrados peritoneales de gran seriedad, en el parenquima hepático se han referido casos de hematomas o bien colección de bilis o ambas, de gran valor son la aretriografias y el gamagrama, así como la determinación enzimatica postbiopsia para - descartar estas complicaciones (31 34 3 38) (10 21 39) es de interes mencionar en este capítulo que es considerado -- como normal un pequeño sangrado de aprox. 10 ml y de 10 a 20 seg. de duración (21).

Lesiones o canaliculos biliares y vesicula, se han reportado - casos de lesiones a canaliculos tanto intrahepáticos como extrahepáticos como consecuencia seria viene el biliperitoneo, Lindner (21) reporta 12 casos en una serie de 80000 biopsias y Shiff en su serie personal un caso fatal (21) estas complicaciones son - mayores si se realiza la biopsia en casos de Ictericia extrahepática severa así mismo se han reportado casos de lesión a vesicula

biliar (36).

Lesiones a otros organos, al parecer es el riñon el más afectado sin mayores problemas pero se refieren lesiones a visceras huecas con resultados catastróficos. (39 16 21)

En forma mas rara se reportan casos de fistulas arteriovenosas (38) embolismo biliar, reacciones anestésicas, hemobilia (38-39) y abscesos crónicos. (29)

Complicaciones Generales

Habitualmente estas solo son una consecuencia de las locales como son la hipotensión arterial el estado de shock hipovolémico, neurogenico, anafilactico, (caso de punsion, quiste -- hidatídico hepático 10) séptico y otros. La anemia y la Sepsis así como la peritonitis todos ellos de consecuencias de gran seriedad.

RECUPERACION DEL TEJIDO Y CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

El fragmento de tejido obtenido se debe de fijar en formol al 10% y ser enviado de inmediato a su preparación y observación por el patólogo solo se usara otros medios de manejo de tejido de acuerdo a estudios histológicos a realizar y en comun - acuerdo con el servicio de patología. (28)

Algunos autores han reportado que las características macroscopicas del fragmento pueden orientar hacia la posibilidad -- diagnóstica (34) como son color rojizo en casos de Hepatitis - viral; en la Ictericia extrahepática o colestasis adquiere un - color verde, en la Esteatosis amarillo, en estados congestivos con grandes manchas coloradas, la Neoplasia manchas blanquecinas, la Hemocromatosis tinte pardusco, el Dubin Johnson color

CUADRO I MORTALIDAD

AUTOR	TIPO AGUJA	# BIOPSIAS	DEFUNSIONES	%
ZAMCHECK	CORTE	20,016	37	0.17
LINDNER	MENGHINI	79,381	12	0.015
INN MEXICO	CORTE	1,263	3	0.24
PERRAULT	VARIOS	1,000	CERO	

CUADRO II CAUSAS DE MORTALIDAD

	CORTE	ASPIRACION
HEMORRAGIA	32	7
PERITONITIS BILIAR	8	3
NEUMOTORAX		2

... Tomado de reporte Zamcheck Lindner INN Mex.

CUADRO III MORBILIDAD

	ZAMCHECK	INN	PERRAULT
DOLOR ABDOMINAL	13%	3.17%	4.5%
HIPOTENSION	1.4%	1.19%	2.8%
SHOCK	0.8%		
SANGRADO	0.8%	0.47%	
BILIPERITONEO	0.3%	0.32%	
DERRAME	0.3%		
NEUMOTORAX		0.08%	
PUNSION A OTROS ORGANOS		0.24%	

pardo negrusco, se pueden identificar nodulos en casos de granulomas y/o Cirrosis y se refieren que las características del tejido al ser punccionado también pueden sugerir patologías al médico experimentado. No se debe olvidar que el fragmento no puede estar demasiado tiempo sin fijarse por deterioro del mismo.

VALOR CLINICO DE LA BIOPSIA HEPATICA

Posterior a los datos y por menores hechos en relación con la Biopsia Hepática es de interés considerar el grado de significancia que reportan los diferentes autores en la literatura da ayuda diagnóstica el 72% al 85%, confirma el diagnóstico en 49 a 55.7%; material inadecuado de 1.2 a 6.8% modifica el diagnóstico en un 22 a 29% y no ayuda en un 9.4 a 18.4% (21) en el reporte de INN (6) se encuentra material suficiente en 88%, suficiente pero no útil en 6.6% e insuficiente en un 5.8% con una correlación en un 65%; en caso de lesiones localizadas se reporta certeza en un 50% (38) y con ayuda de ultrasonido ésta aumenta hasta un 90% (29)

BIOPSIA HEPATICA POR PERITONEOSCOPIA

La Laparoscopia fue utilizada por primera vez en el año 1902 (22) pero no es hasta el año de 1934 - 1937 en que Rudolph le da mayor popularidad y es adquirido como elemento más de diagnóstico en la clínica. (14 15 22 12 40)

Es un procedimiento sencillo con duración aprox. de 20 min. con anestesia local periumbilical inyectando óxido nitroso. Y posteriormente se pasa el peritoneoscopio, como requisitos

para su realización son los mismos que para la biopsia hepática agregándose la aplicación de laxante previo y vaciamiento de la vejiga, con la ventaja sobre la biopsia hepática a ciegas que permite un diagnóstico en 90% por visión macroscópica de hígado, hilio, resto cavidad abdominal y pelvis, así como la toma de otros exámenes, cultivos y citológicos. Este procedimiento permite realizar colangiografías y esplenoportografías durante el estudio, la mortalidad por el procedimiento es de 0.29% y sus complicaciones son principalmente dolor, enfisema, hemorragia, neumotorax, embolia gaseosa, perforación de viscera hueca y shock, complicaciones que enunciamos para diferenciarlas de las complicaciones por la biopsia propiamente dicho. en una revisión de 1000 casos de peritoneoscopia Zoeckler (40) reporta una frecuencia de diagnóstico en las hepatopatías de 72% con falla de 3.7 % global y mortalidad de tres pacientes en esa serie.

Biopsia Hepática Percutánea a Ciegas o por Peritoneoscopia
Existe controversia en la forma de tomar la biopsia Hepática ya que aparentemente la Peritoneoscopia permitiría mayor certeza diagnóstica. Al revisar la literatura encontramos que la mayoría esta de acuerdo en que la elección es la Biopsia Hepática Percutánea cuando el paciente llena los requisitos y en caso de hepatopatías difusas, ya que cuenta con menos complicaciones que la peritoneoscopia y el índice de correlación diagnóstica es muy semejante. Es importante aclarar que esto ocurre cuando solo interesa la biopsia hepática, ya que cuando se requiere la toma de otros estudios o una revisión macroscópica abdominal la elección es

es en definitiva la laparoscopia; por otro lado en lo que respecta a hepatopatías localizadas en la antigüedad se prefería la laparoscopia pero actualmente con la ayuda de métodos diagnósticos no invasivos como ultrasonido y tomografía que permiten realizar biopsias hepáticas guiadas disminuyen los riesgos y aumentando con mucho la toma de fragmentos significativos estas técnicas vienen a suplir a la toma de biopsia hepática por la laparoscopia (12 10 14 15)

O B J E T I V O S

PRINCIPALES

- I Determinar la frecuencia de complicaciones mayores o menores de la biopsia hepática con técnica de Menghini y con técnica Vim Silverman.
- II Comparar la frecuencia de complicaciones y su tipo, con un metodo y otro.

SECUNDARIOS

- A) Comparar la utilidad diagnóstica de ambas tecnicas en relación a muestras suficientes, insuficientes y no concluyentes.
- B) Determinar el grado de complicaciones de la biopsia en relación a numero de fragmentos tomados (intentos en la toma)
- C) Detectar la sensibilidad de la biopsia en relación al diagnóstico clínico.
- D) Conocer cuales son las indicaciones de biopsia hepática en nuestro hospital así como su relación con hepatopatías difusas y localizadas.

H I P O T E S I S

HO LA MORBIMORTALIDAD ES IGUAL CON CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE TOMA.

HI LA MORBIMORTALIDAD ES MAYOR O MENOR CON UNO U OTRO METODO

MORBIMORTALIDAD
CON
VIM SILVERMAN

=

MORBIMORTALIDAD
CON
MENGHINI

MORBIMORTALIDAD

CON

VIM SILVERMAN



MORBIMORTALIDAD

CON

MENGHINI

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión de expedientes clínicos de pacientes que se les tomo biopsia hepática ya sea con la técnica de Menghini o Vim Silverman desde enero de 1982 a Diciembre de 1983 las biopsias tomadas en caso de técnica de Menghini bajo visión directa por laparoscopia por el servicio de Cirugía Endoscopia y en caso de técnica de Vim Silverman por servicio de Medicina Interna Gastroenterología.

Solo incluimos los pacientes que llenaron los requisitos o criterios de inclusión que fueron tener expediente completo incluyendo reporte histopatológico, exámenes de laboratorio gabinete radiografías y historia clínica completa así como especificado complicaciones si es que existieron y mencionando su manejo así como numero de fragmentos que se tomaron, técnica que se uso y quien realizo el procedimiento. En total fueron 66 pacientes que se dividieron en dos grupos según la técnica con que se tomo la biopsia Menghini o Vim Silverman.

A cada grupo se le tomo la biopsia hepática siguiendo los lineamientos para cada técnica en especial (se refiere a lector a la literatura en relación a la técnica) (8,39)- los requisitos para la toma de biopsia fueron cooperación del paciente, ayuno previo, no se uso premedicación alguna

sus tiempos de protombina debieron ser normales o bien no más de 2 - 3 segundos del normal, la hemoglobina estar mayor de 10 gr en caso de deficit de cualquiera de ellos se corrigió con plasma fresco o sangre. La cuenta plaquetaria no fue un requisito la vía de toma de biopsia en caso de - Menghini fue por peritonescopia y la de Vim Silverman percutanea vía intercostal realizada por medico residente en todas ellas; las indicaciones para cada toma fueron las - mismas de la literatura dejando para Vim Silverman percutanea solo las hepatopatias difusas y para peritonescopia las localizadas y en caso de contraindicaciones para biopsia a ciegas como hígado pequeño, ascitis, o bien cuando se busca otras aplicaciones diagnosticas propias de la peritoneoscopia.

En ambos casos el tejido fue enviado al servicio de patologías para su valoración histopatologica en formol al 10% - y el manejo por patología es de tinción habitual de hematoxilina/Eosina y solo en caso de ameritarlo se le realizan otros metodos diagnostigos histopatológicos al tejido; los-pacientes fueron observados por espacio de 24 horas inicialmente con signos vitales cada 15 min. TA y después cada hora por 4 horas y en caso de buena evolución se le da de alta del procedimiento en 24 horas.

Para elaborar un diagnóstico clínico a cada expediente se - le revisa historia clínica completa con antecedentes heredo familiares como etilismo, hepatopatias, enfisema, ictericia. En los personales se incluyen etilismo, laborales, ictericos, hepatopatias, drogas hepatotoxicas, desnutrición, TB, qui-

rurgicos y aplicación de productos biológicos, exploración física completa, padecimiento actual y una serie de exámenes de laboratorio como LH plaquetas TP TPT PFH completas QS EGO estudio inmunológico, gabinete y RX gamagrama hepático ultrasonido serie EGD endoscopia peritoneoscopia y demás estudios indicados para elaborar un diagnóstico clínico y certeza.

Para fines de trabajo a cada paciente se le determina complicaciones tipo de manejo y número de fragmentos tomados, se hace una correlación clínica histopatológica se determinan las complicaciones, comprobándolas entre ambos métodos y su correlación con el número de fragmentos.

Las complicaciones son definidas como mayores y menores, las menores son básicamente el dolor que solo se toma en cuenta cuando es mayor de 6 horas y el sangrado en sitio de punsión dentro de las mayores quedan incluidas todas las mencionadas por la literatura como hipotensión arterial con disminución en TA mayor de 30 mm Hg, shock de cualquier tipo con mala perfusión y alteraciones del alerta, neumotorax por clínica y RX; hemorragia peritoneal, biliperitoneo, en caso de hemotoma intraparenquimatoso se deberá realizar gamagrama o determinación enzimática en caso de su sospecha para poder considerarlo como tal e incluirlo en las complicaciones (fundamentado).

Los otros parámetros que se le toman a los expedientes son el grado de correlación clínico histopatológica en caso de lesiones totales y en caso de lesiones focalizadas, en lo que respecta al resultado histopatológico este es clasifica

do en tres grupos: 1 muestra suficiente es aquella que le permite al patólogo integrar un diagnóstico definido; 2 - muestra no concluyente es aquella que muestra solo cambios histológicos no específicos de patología alguna y es reportada como tal para el servicio de patología; 3 - Muestra in suficiente es aquella que habitualmente proviene de tejido no hepático y que no permite diagnóstico ni estudio histopatológico adecuado.

El análisis estadístico de los datos se realizara por X² y Análisis de Contingencia.

RESULTADOS

De los expedientes revidados solo 66 llenaron los requisitos para su ingreso a el estudio; 34 fueron con la técnica Menghini y 32 con la de Vim Silverman en total los rangos de edad fueron de 4 meses a 81 años con un promedio - 53.61 años, desviación standar de 16.33 en relación a el sexo se encontro 39 maculinos un (59.09%) y 27 femeni-- nos un (40.09 %) en cuanto a los pacientes con biopsia por técnica Menghini se encontro con rangos de edad 42 a 81 años; con un promedio de 53.8 años y la distribución p por sexos 19 masculinos (55.9 %) 15 femeninos (44.1 %) los de biopsia por Vim Silverman con rangos de edad 4 me-- ses a 78 años con un promedio de 49.9 años, su distribu-- ción por sexos fue de 20 masculinos (62.5%) y 12 femeni-- nos (37.5%) tabla 1

TECNICA	SEXO		EIDADES	
	MASC.	FEM.	PROMEDIO	RANGOS
Vim Silverman	20 62.5%	12 37.5%	49.9	4/12 - 78
Menghini	19 55.5%	15 44.1%	53.8	42 - 81
Totales	39 59.09%	27 40.09%	53.61	4/12 - 81

Tabla 1 distribución por edad sexo técnica

En relación a la distribución por hepatopatias difusas o - localizadas se encuentra lo siguiente; 53 pacientes con he-- patopatias difusas y 13 con padecimientos localizados del-- hígado correspondiendo a 80.3 % 19.69 % respectivamente; de

los 13 pacientes con lesiones localizadas de hígado en 12 se realizó la biopsia hepática por técnica de Menghini y solamente en uno con técnica de Vim Silverman correspondiendo a 92.3 % y 7.7 % respectivamente . (referencia tabla - 2)

DIAGNOSTICO	NUMERO	%	CON	
			VIM S.	MENGHINI
HEPATOPATIA DIFUSA	53	80.3	31 58.4%	22 41.6%
HEPATOPATIA FOCAL	13	19.69	1 7.7%	12 92.3%

Tabla 2 Distribución por Hepatopatía Difusa o localizada en relación a técnica de toma de Biopsia.

En el mismo aspecto de hepatopatías difusas y/o localizadas al realizar la correlación y el grado de significancia de la muestra o sea la certeza de tomar fragmentos -- significativamente diagnósticos en lesiones localizadas -- se encuentra lo siguiente; el paciente a quien se le tomo muestra con Vim Silverman el resultado fue útil y en los 12 pacientes con aguja de Menghini se encuentra que en 8 (66.6 %) sí se toma muestra hepática significativa y -- congruente con la lesión focal de hígado; 3 (25%) la -- muestra no es concluyente de lesión hepática alguna y en 1 se reporta como tejido normal (8.4 %) inútil para el diagnóstico (referencia tabla 3)

DIAGNOSTICO CLINICO	DX HISTOLOGICO	#	% Menghini
Hepatopatía localizada	Neoplasia Metas	8	66.6
Absceso Neoplasia	o Absceso		
Hepatopatía localizada	Muestra no	3	25.0
Ca Metastasis	concluyente		
Hepatopatía localizada	Tejido Hepático	1	8.4
Hepatoma	Normal		

Tabla 3 Correlación entre diagnóstico clínico e histológico en caso de hepatopatías localizadas de hígado con aguja Menghini

Nuestras indicaciones del procedimiento en forma global fueron las siguientes : Cirrosis Postetilica 34.32%, Cirrosis postnecrotica 14.92 %, Metastasis a Hígado 13.3%, Hepatitis Crónica Activa de 10.4%, Hepatomegalia en estudio 4.4%, - - Ca. primario de Hígado 4.4%, Ictericia en estudio 2.9 %, - Hipertensión porta en estudio 2.9%, Fiebre en estudio 2.9%, Hepatitis Alcohólica 2.9%, otras como Cirrosis Biliar sec.- Hepatitis Viral, Hepatitis Crónica, persistente Hepatopatía a drogas resultaron con 1.4% cada una de ellas (referencia gráfica 1)

Los resultados histológicos fueron Cirrosis posgetilica -- 22.53%, Cirrosis postnecrótica 16.9, muestras no concluyentes 14.08%, muestras no suficientes 8.4%, Metastasis de hígado 8.4%, Hepatitis reactiva y esteatosis 4.2%, cada una tejido reportado como normal 2.8%, Hepatitis Crónica - persistente absceso y Hepatitis Viral 2.8%, cada una res- to como Hepatitis Crónica activa, Hepatitis alcohólica, -

Cirrosis Biliar, Hemocromatosis, Amiloidosis pericolangitis granuloma TB de 1.4% cada uno de ellos. (referencia gráfica 2)

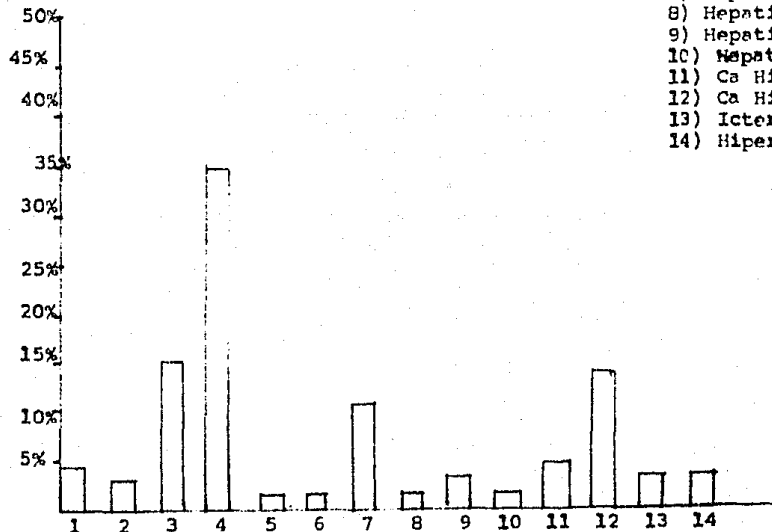
Elaborando correlación clínico histológica por medio de biopsia se encuentra en la patología más frecuente Cirrosis un 69.5% y en las Metastasis 66.6 % de certeza clínica.

Como se menciona en material y metodos los resultados Histopatológicos fueron clasificados en tres grandes grupos esto con la intención de determinar el grado de significancia de la muestra por biopsia hepática, tanto por Vim Silverman como Menghini, encontrando lo siguiente en el grupo 1, quedaron comprendidas aquellas biopsia de las cuales el patólogo contaba con elementos suficientes para elaborar un diagnóstico, grupo 2 fueron aquellos fragmentos de tejidos determinados como no concluyentes ya que el patólogo no emite diagnóstico por hallazgos histopatológicos inespecificos y grupo 3 aquellos tejidos sin posibilidad de estudio, habitualmente muestras insuficientes; tejido no hepático.

Los resultados fueron en forma global de los 66 casos muestra suficiente 51 corresponde a 77.2 %, muestra suficiente con Menghini 28 - 82.3%, muestra suficiente para Vim Silverman 23 - 71.9 % en relación a muestras insuficientes en total 6 corresponde a 9.09% de Menghini son 1 2.9% y para Vim Silverman son 5 o sea un 15.6%

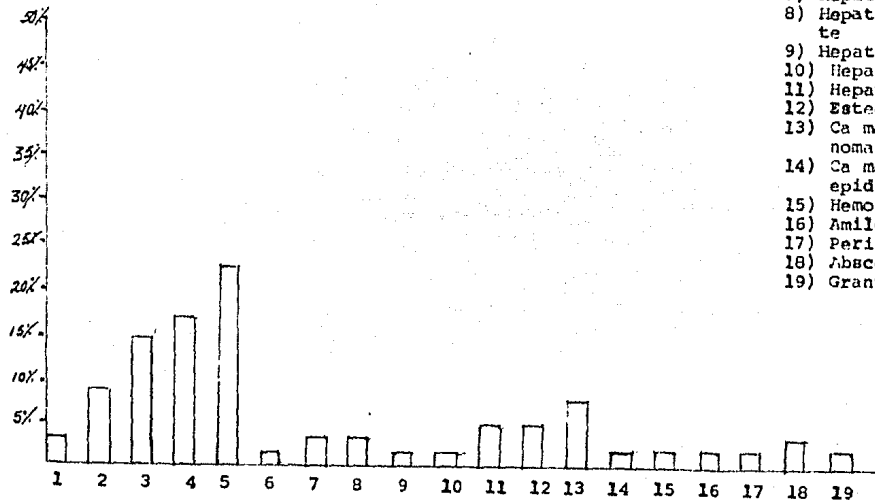
Referencia tabla 4

GRAFICA 1
DIAGNOSTICOS CLINICOS



- 1) Heparomegalia en estudio
- 2) Fiebre en estudio
- 3) Cirrosis postnecrotica
- 4) Cirrosis postetilica
- 5) Cirrosis bilisr secundaria
- 6) Hepatitis viral aguda
- 7) Hepatitis cronica activa
- 8) Hepatitis cronice persistente
- 9) Hepatitis alcoholica
- 10) Hepatitis a drogas
- 11) Ca Higado primario
- 12) Ca Higado Metastasis
- 13) Ictericia en estudio
- 14) Hipertension porta en estudio

RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS GRAFIC 2



- 1) Normal
- 2) Muestra insuficiente
- 3) Muestra no concluyente
- 4) Cirrosis postnecrotica
- 5) Cirrosis postetilica
- 6) Cirrosis biliar
- 7) Hepatitis viral aguda
- 8) Hepatitis cronica persistente
- 9) Hepatitis cronica activa
- 10) Hepatitis alcoholica
- 11) Hepatitis reactiva
- 12) Esteatosis
- 13) Ca metastasis adenocarcinoma
- 14) Ca metastasis de higado - epidermoide
- 15) Hemocromatosis
- 16) Amiloidosis
- 17) Pericolangitis
- 18) Absceso
- 19) Granuloma TB

	MUESTRA SUF.		MUESTRA INSUF	
VIM SILVERMAN	23.	71.9%	5	15,6 %
MENGHINI	28	82.3%	1	2,9 %
TOTAL	51	77.2%	6	9,09%

Tabla 4 : Relación de muestras suficientes e insuficientes en relación a método de toma así como totales

Se aplica método estadístico X² resulta no diferencia significativa. 1.796

En cuanto a muestras no concluyentes se encuentra lo siguiente en caso de Vim Silverman son 4 tomas 12.5 %; y para Menghini son 5 muestras 14.7 % ; aplicandose el método estadístico de X² para ambos resultados no significativo no diferencia estadística entre ambos técnicas.

(referencia tabla 5)

	Muestra Concluyente		Muestra no Conc.	
VIM SILVERMAN	23	71,9 %	4	12,5 %
MENGHINI	28	82.3 %	5	14.7 %

Tabla 5 Relación muestras concluyentes y las no concluyentes en ambos metodos de toma. Resultado de X² no muestra diferencia significativa .106

Las complicaciones definidas como se ha comentado; encontramos lo siguiente en relación a complicaciones globales

de 66 pacientes, el porcentaje de complicaciones es de 24.2%, 9 pacientes distribuidos de la siguiente manera; dolor mayor de 6 horas de duración 6.06% , sangrado sitio de punsión 6.06% , hemorragia peritoneal de 6.06% , neumotorax 1.5% ; punsión canalicular 1.5% , shock e ileo 1.5%, la comparación de complicación con ambos metodos es la siguiente;

Complicaciones con Vim Silverman 12.5% y con Menghini 11.7% correspondiendo a 4 y 5 pacientes respectivamente.

(referencia tablas 6, 7 y 9)

COMPLICACIONES	#	PORCENTAJE
Dolor mayor de 6 horas de duración	4	6.06 %
Sangrado sitio punsión	4	6.06 %
Hemorragia peritoneal	4	6.06 %
Neumotorax	1	1.5 %
Shock ileo	1	1.5 %
Punsión canalicular	1	1.5 %

Tabla 6 Relación de porcentaje de complicaciones en forma global

# PACIENTE	EDAD	SEXO	# FRAG- MENTOS	COMPLICACION	TECNICA
1	57	Masc	2	Hemorragia Peritoneal	Menghini
2	33	Masc	3	Dolor mayor 6 horas	Vim Silv
3	15	Masc	3	Dolor Shock Hemorragia Peritoneal	Vim Silv
4	32	Fem	1	Dolor san- grado	Vim Silv
5	29	Masc	6	Neumotorax Punión ca- nalicular	Vim Silv
6	52	Fem	1	Sangrado - Hemorragia Peritoneal	Menghini
7	50	Masc	1	Dolor	Menghini
8	75	Masc	2	Sangrado - Peritoneal	Menghini
9	75	Masc	1	Sangrado	Menghini

Tabla 7 Relación de pacientes y complicaciones con las que cursaron así mismo técnica y numero de fragmentos tomados cursando con alteraciones coag. (+)

Dentro del aspecto de número de fragmentos que se requieren para obtención de la muestra y su correlación con las complicaciones se obtiene lo siguiente con un intento se obtuvieron buenos fragmentos en 25 pacientes 40% con dos intento en 22 pacientes 35.4 %, y con tres intentos en 13 pacientes 20.9% con cuatro intentos un paciente 1.6% y con cinco intentos - cero con seis intentos 1 paciente 1.6 % (referencia gráfica 3).

Dentro del mismo aspecto al correlacionar el número de punsiones con las complicaciones se encuentra lo siguiente; con una punsión se toman 25 fragmentos 4 complicados que -- corresponde a 16.0%, con una segunda toma se logran 22 -- fragmentos 2 complicados 0.09 % de tres punsiones 13 tomas y dos complicaciones 23.07 % con cuatro y cinco no hay -- complicaciones y con 6 punsiones 1 paciente y 1 complicado lo que hace un 100 %. (referencia gráfica 4 y tabla 8)

Numero de Fragmentos	Biopsias logradas con dichos intentos		Complicaciones con dichos intentos	
1	25	40.0%	4	16.0%
2	22	35.4%	2	9.09%
3	13	20.9%	2	23.07%
4	1	1.6%	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1.6%	1	100%

Tabla 8 Relación entre número de tomas total con número de fallas con dicha toma y porcentaje complicaciones.

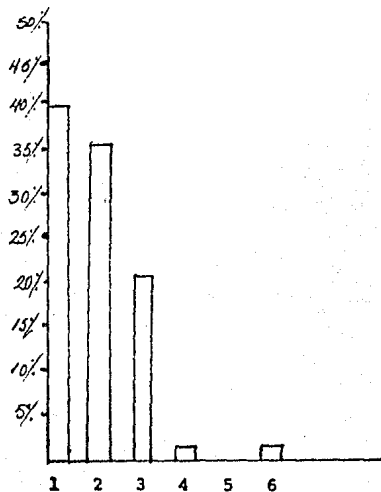
A los resultados consignados a la tabla 8 se le aplica el método estadístico de análisis de contingencia resultado no -- significativo.

	COMPLICADO		NO COMPLICADOS	
Vim Silverman	4	12.5 %	28	87.5 %
Menghini	5	11.7 %	29	88.3 %

Tabla 9 Relación de pacientes complicados no complicados con ambos metodos

PORCENTAJE DE OBTENCION DE FRAGMENTOS EN RELACION A
NUMERO DE PUNSIONES

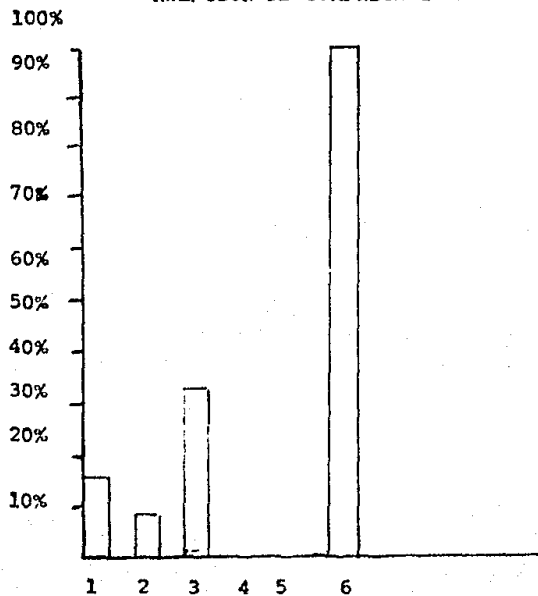
GRAFICA 3



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 4

RELACION DE COMPLICACIONES CON NUMERO DE PUNSIONES REALIZADAS



CONCLUSIONES.

El método estadístico utilizado para comprobar los resultados del estudio fue la X^2 obteniendo lo siguiente. en cuanto a lograr muestras suficientes o no suficientes no existio diferencia significativa estadisticamente entre ambos metodos, con la aplicación del mismo método estadístico tampoco se observe una diferencia estadisticamente significativa en relación a complicaciones y muestras concluyentes o no concluyentes.

Por otro lado en relación a numero de punsiones y complicaciones no se observa diferencia significativa estadisticamente despues de un tercer intento.

Es de interes mencionar que las indicaciones del procedimiento en nuestro hospital no difieren de las mencionadas por la literatura(21,39) estando justificada la biopsia hepáticapercutanea en casos principalmente de hepatopatias difusas y se indica el uso preferencial de agujas de corte cuando el padecimiento es del tipo fibrotico. en nuestro estudio no encontramos diferencia entre ambos metodos pero la literatura parece inclinarse hacia el uso de agujas de aspiracion(89 ,10) con menor riesgos y complicaciones, por otro lado la agujas de corte tipo - Vim Silverman y trucut tienen mayor influencia su uso en america mientras que las de aspiracion Menghini se usa mas extensamente en Europa. en relación a las hepatopatias localizadas en la actualidad metodos como ultrasonido y tomografia (4, 29 41) permiten realizar biopsias percutaneas dirigidas substituyendo en parte a la peritoneoscopia y lograndose la obtención de buenos fragmentos diagnosticos hasta en un 90% o mas.

La comparación de nuestros resultados con la literatura nos aporta lo siguiente. En nuestro medio que la biopsia hepática en patologías difusas ayuda a el diagnóstico en un 69% y en patologías localizadas en un 66.6% ambos resultados son semejantes a los reportados en la literatura(21 6) lo mismo se aprecia en cuanto a la obtención de muestras suficientes no suficientes y no concluyentes con porcentajes respectivos de 77.2% 9.09% y 27.7% concordantes con los reportados por otros autores (10 21)

El aspecto de complicaciones nuestras complicaciones globales es de un 24% la cual entra del rango esperado y reportado en la literatura (6 31 16) pero es de interes aclarar que este reporte nuestro se encuentra en los limites mas altos y la distribución de complicaciones es de mayor seriedad en nuestros caso esto dependiendo muy probablemente de la inexperiencia del operador y numero de punciones realizadas ya que nosotros solo en un 73% se obtienen fragmentos adecuados con dos intentos mientras que otros autores reportan un 80% con primer intento(6). Consideramos que los parametros reportados quedan dentro de lo consigandos por otros autores mas deberemos mejorar en relación a complicaciones y experiencia del operador. Asi como protocolarizar nuestras biopsias mejorando nuestras estadísticas y resultados.

Se concluye que la biopsia hepática es un elemento diagnóstico de incalculable valor dentro de la clínica de gastroenterología pero que debe ser un procedimiento agresivo y solo complementario de el armamento con que se cuenta para el estudio de las hepatopatías .

BIBLIOGRAFIA

- 1 AGUSTIN AVILES MIRANDA
Biopsia Hepática en Leucemia Aguda
- 2 COLE AND LATHE
Bilirrubin Glucoronide formation en vitro demonstration
of a defect in Gilbert's Disease
Science Vol. 122 5 July 1957
- 3 DAVID R. RAINES MAYOR MC
Intrahepatic Hematoma a complication of Percutaneous
liver
Biopsy
Gastroenterology Vo. 67 No. 2 1974
- 4 DEHESA M.
Efectividad de la Biopsia Hepática bajo control cen-
tigráfico en lesiones ocupativas de espacio
Rev. Gastroenterología de México Vol. 46 No. 4 1981
- 5 EDUARDO MARIN ISRAEL PODLSKY
Hepatitis Crónica Activa características clínico Bio-
químicas Histológicas en 100 casos
Rev. Gastroenterología de México Vol. 46 No. 4 1981
- 6 F. CENTENO
Biopsia Hepática percutanea experiencia en el Instituto
Nacional de Nutrición Salvador Zubiran
Rev. Gastroenterología de México Vol. 48 No.4 Oct. Dic.
1983.
- 7 FRANC. I LEE
Hepatic Changes in a patient with Alfa I Antitripsin
deficiency (MZ Phenotipa)
Arch Pathol Lab. Med. Vol. 107 Sep. 1983

- 8 GIORGIO MENGHINI
One second Needle Biopsy of the liver
Vol. 35 No 190 Gastroenterology 1958
- 9 GIORGIO MENGHINI
Liver Biopsy Technic
Letter Vol. 284 1971
New England Med.
- 10 GIORGIO MENGHINI Y COLS
Punción de Biopsia Hepática
Gastroenterología Tomo III Boockus 1981
Tercera Edición
- 11 GARCIA TSAO G.
Detección temprana de enfermedad Hepática en alcoholis-
mo. Rev. Gastroenterología de México Vol. 46 No. 4 1981
- 12 EDITORIAL HAROLD O CONN MD
Percutaneous Versus Peritoneoscopic Liver Biopsy
Gastroenterology Vol. 66 No. 6 1972
- 13 JESUS AGUIRRE GARCIA Y EDMUNDO RONAS NATERA
Seminario sobre Biopsia Hepática
Curso sobre Biopsia Hepática en el VIII Congreso Inter-
nacional de la Academia Internacional de Patología Mayo
1970 México.
- 14 J.M. BORDAS Y M. BRUGUERA
Laparoscopia y Biopsia Hepática
Medicine I Oct. 1981 Hepatología
- 15 JAVIER ELIZONDO RIVERA
Laparoscopia
Gastroenterología segunda edición J. Villalobos Pag.119

- 16 JEAN PERRAULT MD
Liver Biopsy Complications in 1000 in patients and
outpatients
Gastroenterology Vol. 74 1978
- 17 KERSENOBICH D.
Utilidad de la Colchicina en tratamiento de la Hepati-
tis Crónica Activa grave Biopsia Hepática
Rev. Gastroenterología de México Vol. 46 No. 4 1981
- 18 KIMURA Y QUIROZ F.
Biopsia Hepática guiada por Ultrasonido
Rev. Gastroenterología de México.
- 19 KODOMA T. KODDO
Changes in Aminolevulinatase syntetasa and Aminolevuli-
nate Dehydratase Activity in Cirrotic Liver
Gastroenterology Feb. 8a. (2) 1983
- 20 K.I.STUART
Further Clinical and Investigative uses of liver Biopsy
Arch. of Internal Med. Vol. 101 1958
- 21 LEON SHIFF
Diseases of liver Tomo I 1980
- 22 A LEIN SHIFF H. WORTH BOYCE JR.
Disease of the liver Tomo I 1981 Pag. 301 Laparoscopy
- 22 B LAWRENCE R. RUBEL MC.
Alpha I Antitripsin deficiency and Hepatocellular Carci-
noma. Arch Pathol Lab. Med. Vol. 106 Dic. 1982
- 23 LAURENECE M..BLENDS
The role of Hepatocyte enlargement in Hepatic presure
in Cirrhotic and Cirrhotic alcoholic liver disease
Hepatology Vol. 2 No. 5 1982

- 24 LEBREC D. GOOFARB G.
Transvenous liver Biopsy an experience Based on 1000
Hepatic tissue sampling with this procedure
Gastroenterology Aug. 83 (2) 1982
- 25 MARTIN S. KLECKNER JR. MD
Needle Biopsy of the liver an appraisal of its diagnos-
tic indications and limitations
ann Intern Med. 40 1954
- 26 MARGARET A. TEMPERO
Deteccion of metastatic liver disease use of liver scan
and biochemical liver test.
- 27 MELODY J.O. COONOR MD
the clinical ant Pathologic correlation in mechanical
Biliary obstruction and acute cholangitis
- 28 MISAEL URIBE RUY PEREZ T.
Biopsia Hepática Capítulo 20
Gastroenterología J.J. Villalobos segunda edición 1982
Tomo II
- 29 MORTFZA K.
Ultrasonic guidance of liver Biopsy and fine needle as-
piration in difficult casos
Southern Medical Journal Vol. 76 No. 7 July 1983
- 30 M. THOMAS
Role of hepatic acetaldeyde dehydrenase in alcoholism
demostration of pernitente reduction of cytosolic acti-
vity in obstaini patients
The Lancet Saturday 13 Nov. 1982

- 31 NORMAN ZANCHECK MD
Needle Biopsy of the liver I its clinical and investigative medicine
The New England J. of Medicine Vol. 249 No. 25 Dic.17 1953.
- 32 NORMAN ZANCHECK
Liver Biopsy concluded II the risk of needle Biopsy
The New England J. of Medicine Vol. 249 Dic. 24 1953
No. 26
- 33 OVE LUNDVALL
Experiences with two simples aspiration liver Biopsy techniques
Acta Med. Scand Vol. 187 1970
- 34 RATNIEWSKI
Utilidad de la Biopsia Hepática en un servicio de --
Gastroenterología
Rev. Gastroenterología México Vol. 46 No. 4 1981
- 35 ROBERT D. WILBER MD
Percutaneous liver Biopsy
Jama Oct. 2 Vol. 282 No. 1 1967
- 36 ROBERT E. MADDEN MD
Complications of needle Biopsy of the liver
Arch of surgery Vol. 83 Nov. 1961
- 37 RICHARD B. TERRY MD
Macroscopic dianostic is in liver Biopsy
Jama March 20 1954
- 38 SIDNEY WALLACE MD
Angiographic changes due to needle Biopsy of the liver
Radiology 105 1972

- 39 SHEILA SHERLOCK
Diseases of the liver and Biliary system
Sexta Edición 1981
- 40 SAMUEL J. ZOEGLER MD
Peritoneocopy a revaluation
Gastroenterology Vol. 34 1958
- 41 THOMAS J. SMITH MD
A prospective stud of hepatic imaging in the detection
of metastatic dise
ann Surgery 1982 Abril 195 (4)
- 42 W.J. JEMKINS
Hepatic aldehyde deydrogenase and alcoholis letter
Lancet Dic. 4 1982