



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

TITULO DE LA TESIS:

**BIOPSIA HEPATICA, 10 AÑOS EN HOSPITAL ESPAÑOL
DE MEXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA
GENERAL**

P R E S E N T A:

DR. SILVIANO RIOS PASCUAL

T U T O R:

DR. JORGE FERNANDEZ ÁLVAREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice:

Índice	2
Agradecimientos	3
Introducción	4
Justificación	8
Material y métodos	9
Resultados	10
Tablas de resultados	12
Conclusiones	14
Bibliografía	16

Agradecimientos:

A mis padres:

Que siempre sacrificaron todo, quienes sufrieron mis tropiezos y me ayudaron a levantarme siempre, quienes han disfrutado mis logros en todo momento y me han motivado a superarme estableciendo metas más altas.

A mis tíos Vianney Ortiz y Julia Ríos:

El apoyo incondicional y consejo oportuno.

Dr. Armando Baqueiro Cendón:

Quién me dió la oportunidad sin conocerme y me compartió su experiencia de una vida dedicada a la Cirugía, siendo un personaje fundamental de la evolución de la Cirugía internacional.

Dr. Jorge Fernández Alvarez:

Mi mayor admiración, un gran cirujano quién siempre ha sabido encontrar en la situación más compleja la solución más simple, y de encontrar la explicación más compleja de la más simple de las situaciones. Quien me ha demostrado la sinergia entre la Cirugía y la ciencia, sin perder la humildad y la calidad humana. Siempre será el gran ejemplo a seguir.

Dr. Jose Manuel Gómez López:

Gran cirujano, que me enseñó a dar todo por el paciente como si fuera la propia familia y que en equipo se puede salir victorioso siempre.

Dr. Francisco Terrazas Espítia:

Quien busca siempre la superación, inculcándome la importancia de mantenerse a la vanguardia y de compartir la experiencia adquirida.

Dr. Aurelio Carrera Muiños:

Quien a pesar de su gran calidad quirúrgica me permitió considerarlo el hermano mayor en mi formación como Cirujano General.

Dr. Alberto Manuel Gonzalez Chavez:

Quién me demostró cuanto se puede aprender de un residente de menor grado, hoy un gran cirujano y amigo.

Introducción

En 1880 se inicia el abordaje diagnóstico de la patología hepática mediante Biopsia hepática, siendo la primera realizada por Erlich en 1883, marcando el inicio de una interminable evolución en la Hepatología. La Biopsia hepática representa múltiples ventajas diagnósticas por lo que su indicación se ha extendido a identificar la etiología del padecimiento, clasificarla y estadificarla, permitiendo evaluar la severidad, pronóstico y evolución antes y después de la intervención médica. Se debe tener en cuenta que el Hígado puede presentar múltiples patologías de forma sincrónica o metacrónica, por lo que resulta fundamental el diagnóstico histopatológico preciso, lo que permite con mayor grado de certeza diferenciar si efectivamente nos encontramos ante dos patologías hepáticas simultáneas o si los cambios que se documenten corresponden a la evolución natural de alguna Hepatopatía diagnosticada; así como alguna patología sistémica que repercute en el Hígado condicionando alteración en la citoestructura⁴; por lo tanto, las lesiones hepáticas engloban una gran variedad de etiologías, mismas que pueden mimetizarse entre sí representando un reto diagnóstico que en muchos casos solo pueden diferenciarse a través de biopsia hepática, principalmente en el contexto de lesiones hepáticas focales múltiples acompañadas de síntomas generales como fiebre, en las cuales la posibilidad diagnóstica se amplían a malignidad primaria, secundaria, patología benigna e infecciosa; el prototipo de esta situación clínica es el Pseudotumor inflamatorio Hepático (PIH), el cual es una enfermedad rara de etiología desconocida de la cual se han estudiado teorías de causa infecciosa, genética y autoinmune; se considera un tumor benigno que puede presentar regresión tanto espontánea como posterior al tratamiento antiinflamatorio; aunque existen reportes de progresión insidiosa con recurrencia local e incluso transformación neoplásica. El PIH puede afectar múltiples órganos y presentarse como lesiones únicas o múltiples y acompañarse de síntomas generales como fatiga, fiebre y anorexia, las cuales están presentes entre el 5 al 30% de los pacientes, en el caso del Pseudo Tumor Inflamatorio Hepático el dolor abdominal y fiebre leve son síntomas comunes y la clínica de obstrucción biliar raramente se presenta; los hallazgos en Tomografía contrastada de abdomen son inespecíficos generalmente demostrando una lesión con reforzamiento tardío aunque este hallazgo varía en dependencia del tiempo de evolución y el grado de fibrosis e infiltración celular; por lo que el diagnóstico amerita de un procedimiento invasivo para toma de biopsia para descartar malignidad, siendo la biopsia Laparoscópica el abordaje de elección cuando exista duda diagnóstica.³

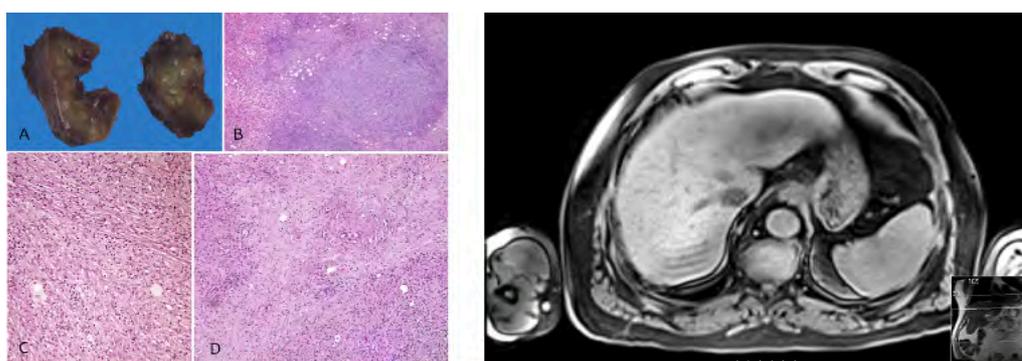


Fig1: Correlación Imagen histopatológica de Enfermedad Hepática

La Biopsia Hepática representa la etapa final y mayor especificidad en el abordaje diagnóstico de la patología Hepática; ya que permite establecer una descripción detallada de la citoarquitectura hepática, de las variantes celulares presentes y su patrón de distribución; del mismo modo hace posible la realización de estudios biomoleculares para identificar mutaciones específicas y el estudio inmunohistoquímico de la pieza, lo cual al complementarse con la clínica, estudios de imagen y marcadores serológicos permiten un diagnóstico integral y completo con aplicación directa en el tratamiento, pronóstico y seguimiento de la Hepatopatía.⁶ La biopsia hepática permite también evaluar la respuesta a la intervención médica en la patología Hepática, lo cual impacta directamente en el pronóstico teniendo en cuenta que la mortalidad por Hepatopatía Crónica y Cirrosis Hepática ha aumentado 20% en la última década, secundario al consumo de alcohol, Esteatohepatitis No Alcohólica y a la Hepatitis Viral; por lo que el diagnóstico temprano y monitoreo de la progresión de la enfermedad representa la única opción para iniciar o ajustar el manejo correspondiente; disminuyendo la probabilidad de presentar las complicaciones crónicas de dichas entidades, las cuales en casos avanzados resultan irreversibles.^{7,8}

La Biopsia Hepática Percutánea guiada por estudios de imagen, principalmente por Ultrasonido Abdominal es un abordaje diagnóstico que ha incrementado su utilización importantemente durante los últimos años, ya que permite la toma de biopsias de manera ambulatoria, con un gran margen de seguridad, con baja probabilidad de sangrado o lesión a estructuras adyacentes en un paciente sin comorbilidades agregadas; siendo un recurso disponible en una gran proporción de hospitales y que si es realizado de manera óptima será suficiente en la gran mayoría de los casos para obtener un diagnóstico confiable permitiendo una sensibilidad diagnóstica de hasta 90% para algunas patologías.



Fig2:
Biopsia Hepática
percutánea
guiada por
Ultrasonido

Un reciente avance en esta técnica es el uso de Ultrasonido con medio de contraste incrementando la eficacia de este método al permitir la selección de tejido no necrótico y delimitar con mayor precisión la lesión, demostrando en series recientes una sensibilidad del 97% permitiendo una tasa de éxito en obtener el resultado histopatológico del tumor de 96% en comparación de la técnica con ultrasonido no contrastado de 81.4%, en cirrosis hepática 95 vs. 75% y en hepatopatía no cirrótica 97 vs. 91%; permitiendo una mayor tasa de éxito con necesidad de menor número de punciones disminuyendo la tasa de complicaciones.¹



Fig3:
Visualización
de lesión
Hepática con
Ultrasonido
contrastado.

Durante la última década la biopsia por aspiración con aguja fina mediante Ultrasonido Endoscópico ha demostrado ser otra herramienta útil en el estudio de lesiones torácicas y abdominales. En el caso de Biopsia hepática tenerse en cuenta que se atraviesa pared de tracto digestivo al tomar la biopsia por lo que el 60% de las biopsias incluirán células benignas de epitelio digestivo de Antro Gástrico o Duodeno, lo cual podría interpretarse erróneamente como Adenocarcinoma bien diferenciado.⁵ La Biopsia Hepática Transyugular es otra opción de abordaje en la toma de biopsia para cualquier tipo de Hepatopatía en pacientes con múltiples comorbilidades que dificulten o contraindiquen la toma de Biopsia por métodos que representen mayor invasión; tales como punción guiada por imagen o cuñas laparoscópicas, principalmente en pacientes con coagulopatías, en manejo con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, ascitis importante o contraindicación quirúrgica por cualquier otra circunstancia de base, ya que este método al evitar la perforación de la cápsula de Gleason disminuye el riesgo de sangrado, y si este llegara a ocurrir regresaría directamente al sistema venoso en lugar de acumularse en la cavidad abdominal. Para este procedimiento se prefiere un abordaje a través de la vena Yugular interna derecha bajo guía ultrasonográfica, lo cual disminuye el riesgo de lesión en la arteria Carótida ipsilateral o Neumotórax.⁹

Con el incremento en la caracterización de múltiples patologías hepáticas, cada vez adquiere mayor relevancia la precisión en la toma de biopsia lo cual ha requerido de visión directa para la elección en el sitio y tamaño de la biopsia; por lo que las técnicas quirúrgicas de toma de biopsia han cobrado una relevancia particular, desde las biopsias quirúrgicas a cielo abierto y posteriormente con técnicas quirúrgicas con mínima invasión a través laparoscopia representando un método seguro con la ventaja de visión directa del órgano en estudio disminuyendo la posibilidad de accidentes vasculares, lesión a vísceras intrabdominales, hemobilia, hemoperitoneo, biliperitoneo, hematomas, neumotórax, abscesos en lecho quirúrgico, fístulas arteriobiliares y necesidad de conversión a cirugía abierta con la morbilidad que esta representa.¹⁰



Fig4: Visión Laparoscópica: a) Hígado normal, b) Esteatosis Hepática, c) Cirrosis Hepática

En el método toma de biopsias mediante laparoscopia se han desarrollado avances importantes en el instrumento de toma de biopsia, siendo originalmente el electrocauterio el instrumento más utilizado por ser económico, accesible y con baja tasa de complicaciones; sin embargo se deben tener en cuenta ciertas desventajas; tales como, posibilidad de lesión térmica directa por el extremo del instrumento activado fuera del campo de visión del cirujano, dificultad en el aislamiento del instrumento, contacto del electrodo activo con trócares laparoscópicos u otros instrumentos conductores, posibilidad del paso de corriente desde el electrodo a un conductor adyacente sin necesidad de contacto, calor intenso colateral con necrosis tisular y posibilidad perforación o daño grave a estructuras adyacentes, carbonización de tejidos con generación de humo y disminución en la visión del cirujano, generación de mayor calor colateral abarcando hasta 15mm con la consiguiente desnaturalización de proteínas tanto por la transmisión de calor directo o por coagulación, daño corroborado de hasta 140 capas de células por lo que no es el método más recomendado para cirugía de alta precisión. Con la evolución en la tecnología quirúrgica surgen los dispositivos de disección ultrasónica buscando atenuar los efectos colaterales del electrocauterio; generando una energía alternativa mediante la propagación de ondas de ultrasonido con frecuencias mayores a los sonidos audibles superiores a 20,000 ciclos/seg. Aplicando energía eléctrica a un transductor que convierte dicha energía a energía mecánica generando vibración del extremo del instrumento en sentido vertical en contacto con los tejidos creando un disector ultrasónico que opera en el rango de 23 kHz., la terminal del disector vibra en dirección axial con frecuencia de 23,000 ciclos/seg hasta 55,500 ciclos/seg, con un desplazamiento vertical de 200-300 micrómetros, pudiendo alcanzar hasta 1000 micrómetros, produciendo cambios en la presión tisular fragmentando las células (cavitación) y coagulando por el mismo mecanismo, ofreciendo menor daño térmico, menor sangrado, mayor ventaja de regeneración celular, mejor visibilidad por no generar humo, nula carbonización tisular, menor calor colateral abarcando de 0 a 1000 micras, daño tisular limitado aproximadamente a 8 capas celulares, desnaturalización de proteína por transmisión de energía mecánica y no térmica disminuyendo el riesgo de lesión colateral, sangrado y defectos de corte; del mismo modo la vibración ultrasónica permite la ruptura de enlaces terciarios de Hidrógeno garantizando la posibilidad de corte y coagulación aún en vasos de hasta 7mm y en tejidos altamente vascularizados como el parénquima hepático y tumores disminuyendo el riesgo de sangrado.²

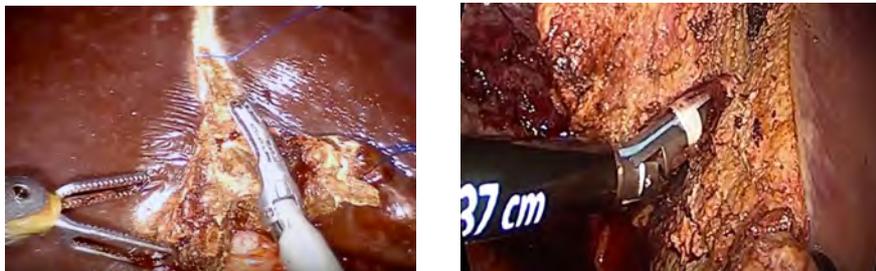


Fig5: Sección hepática con energía ultrasónica

Justificación

La patología Hepática engloba una amplia y heterogénea variedad de entidades incluyendo tumores benignos y malignos tanto primarios como metastásicos; así como patología infecciosa aguda y crónica, toxicidad medicamentosa y exposicional, sin dejar de lado las patologías cada vez más frecuentes mediadas por mecanismos inflamatorios. Una alta proporción de estas patologías evoluciona a cambios crónicos que merman la función hepática irreversiblemente, condicionando tanto disfunción hepática como involucro sistémico condicionando una alta morbilidad y mortalidad; por lo tanto el diagnóstico oportuno y acertado de estas patologías; así como su etiopatogénesis y evolución de la progresión impactan directamente en el pronóstico del paciente.

El estudio de la patología hepática ha presentado una evolución marcada involucrando un abordaje integral que abarca estudios de imagen cada vez de mayor precisión, marcadores séricos, estudios de inmunohistoquímica y biología molecular que permiten establecer un diagnóstico con alta precisión.; sin embargo para optimizar la sensibilidad diagnóstica de dichas pruebas resulta fundamental obtener una adecuada muestra del parénquima hepático, que reúna las características de calidad requerida y sea representativa con respecto a la zona a estudiar. Para lograr este parámetro se han desarrollado múltiples técnicas de toma de biopsia que se ajusten a las características del paciente y a las de patología de sospecha para obtener la muestra con la mayor precisión y la menor morbilidad y riesgo posible.

Para lograr una adecuada correlación entre el tipo de pacientes y patologías predominantes para las cuales logre una adecuada sensibilidad diagnóstica es necesario estudiar el tipo de paciente y patologías predominantes en nuestra población que permita identificar a la población en riesgo de determinadas patologías y valorar el éxito diagnóstico con métodos de abordaje accesibles en nuestro medio, lo que permitirá ajustar y estandarizar dichos abordajes para nuestra población específica, sirviendo como base a estudios prospectivos con la finalidad de optimizar el diagnóstico y la prevención de hepatopatías.

En este trabajo de tesis se busca estudiar la prevalencia de patología Hepática en el Hospital Español de México; así como los métodos diagnósticos utilizados, estableciendo su margen de sensibilidad diagnóstica y seguridad para el paciente.

Material y Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de expedientes clínicos de pacientes con diversas hepatopatías en estudio o sospecha de hepatopatía por hallazgos macroscópicos de sospecha identificados durante cirugía abdominal convencional o laparoscópica; así como hallazgo incidental de sospecha durante estudios de imagen realizados como protocolo diagnóstico por patologías diversas en el Hospital Español de México durante el periodo de 2003 a 2013, en quienes se decide la toma de biopsia hepática para corroborar un diagnóstico definitivo de certeza y establecer el manejo correspondiente.

Se realiza el análisis del reporte histopatológico final de dichas biopsias, así como las características de cada paciente reportando rangos de edad, comorbilidades, indicación de toma de biopsia y el método elegido para toma de la misma.

Este estudio permite establecer una relación entre población en riesgo de patología hepática, así como la tasa de subdiagnóstico de la misma, por otro lado permite evaluar la progresión y estadificación de hepatopatías previamente diagnosticadas, estableciendo márgenes de seguridad para la toma de éstas evaluando la morbilidad y tasa de complicaciones de los diversos métodos de toma de biopsia, haciendo posible establecer recomendaciones que se ajusten al tipo de paciente y patología a estudiar que puedan ser reproducibles en este Hospital con la menor tasa de complicaciones, lo que permite optimizar tiempo, recursos y seguridad en el abordaje diagnóstico del paciente con patología hepática.

Resultados

Se incluyen en el estudio a 276 pacientes que fueron sometidos a Biopsia Hepática en el Hospital Español de México durante el periodo de 2003 a 2013, siendo 135 hombres (48.9%) y 141 mujeres (51.1%), con los siguientes rangos de edad: <30 años: 23 (8.3%) pacientes, 31-40 años: 49 (17.7%), 41-50 años: 48 (17.3%), 51-60: 63 (22.8%), 61-70: 54 (19.5%), 71-80: 29 (10.5%), >80: 10 (3.6%). 166 pacientes (60%) presentaron alguna comorbilidad y 64 pacientes (23%) presentaron dos o más comorbilidades; distribuidas de la siguiente manera: Hipertensión arterial sistémica: 43 pacientes (15.5%), Diabetes Mellitus: 21 pacientes (7.6%), la combinación de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus se presentó en 19 pacientes (6.8%), Hipotiroidismo: 21 (7.6%), Dislipidemia: 10 (3.6%), Virus de Hepatitis C: 11 (3.9%), Virus de Hepatitis A: 6 (2.1%), Hiperuricemia: 6 (2.1%) y Malignidad de múltiples orígenes en 22 pacientes (7.9%) incluyendo Cáncer de Mama, Ovario, Colon, Páncreas, Vejiga, Glándula Suprarrenal, Leucemia y Sistema Nervioso Central.

Las indicaciones de Toma de Biopsia mas frecuentes en estos pacientes se desglosa de la siguiente manera: Hallazgo transoperatorio macroscópico compatible con Esteatosis Hepática en 117 pacientes (42%) principalmente durante colecistectomía laparoscópica, Tumor Hepático en estudio en 57 pacientes (20%), Hallazgo transoperatorio macroscópico compatible con Cirrosis Hepática en 27 pacientes (9.7%), alteraciones en las pruebas de función hepática de etiología desconocida en 28 pacientes (10%), hallazgo incidental en estudios de imagen compatible con patología hepática en 20 pacientes (7.2%), seguimiento en pacientes con diagnóstico previo de infección por Virus de Hepatitis C en 8 pacientes (2.8%), ascitis en 6 pacientes (2.1%), sospecha de complicaciones relacionadas a Virus de Hepatitis B en 2 pacientes (0.72%), Hipertensión Portal en estudio en 4 pacientes (1.4%).

El métodos de toma de Biopsia Hepática fué resección en cuña laparoscópica en 244 pacientes (88.4%), Biopsia percutánea guiada por ultrasonido en 22 pacientes (7.9%), resección en cuña durante Laparotomía en 8 pacientes (2.8%) y Biopsia por abordaje Transyugular intrahepático en 2 pacientes (0.72%).

Los resultados histopatológicos obtenidos de dichas biopsias fueron: Esteatosis Hepática macrovesicular en 100 pacientes (36%), colestasis en 40 pacientes (14.4%), Cirrosis Hepática en 23 pacientes (8.3%), Hepatitis crónica de interfase en 21 pacientes (7.6%), Alteraciones inflamatorias inespecíficas en 6 pacientes (2.1%), colangitis en 7 pacientes (2.5%), Infección crónica por Virus de Hepatitis C en 6 pacientes (2.1%), absceso en 3 pacientes (1%), Quiste hepático simple en 6 pacientes (2.1%), Hepatitis crónica autoinmune en 5 pacientes (1.8%), congestión sinusoidal en 3 pacientes (1%), complicaciones de Tuberculosis en 2 pacientes (0.72%), Hemosiderosis en 2 pacientes (0.72%), Hemangioma cavernoso en 2 pacientes (0.72%), Hepatitis Tóxica en 2 pacientes (0.72%), Amiloidosis y atresia de via biliar en 1 paciente respectivamente.

Se obtuvo reporte histopatológico de Malignidad en 37 pacientes (13%) entre los cuales el adenocarcinoma moderadamente diferenciado representó el diagnóstico más frecuente siendo documentado en 12 pacientes (32%), seguido por adenocarcinoma bien diferenciado, carcinoma neuroendócrino bien diferenciado, hepatocarcinoma bien diferenciado en 4 pacientes (10%) respectivamente, malignidad poco diferenciada en 3 pacientes (8%), Linfoma de Burkitt en 2 pacientes (5%); el resto de los pacientes con malignidad (25%) presentaron etiologías diversas, tales como Hepatocarcinoma moderadamente diferenciado, Metástasis de Linfoma no Hodgkin, Metástasis de adenocarcinoma pancreático, adenocarcinoma mucinoso metastásico, metástasis de carcinoma urotelial de alto grado, metástasis de carcinoma de corteza suprarrenal, metástasis de adenocarcinoma renal y un paciente con reporte de malignidad de etiología no identificada.

En 7 pacientes (2.5%) no se detectó anormalidad en la biopsia, y en 2 pacientes (0.72%) se reportó parénquima hepático con lesión térmica (secundaria a la técnica de toma de biopsia con electrocauterio).

No se reportaron complicaciones secundarias al procedimiento de toma de biopsia, sin embargo 3 pacientes con diagnóstico de malignidad documentando enfermedad metastásica murieron a causa de complicaciones del cáncer y en dos casos no fue posible establecer el diagnóstico debido a la técnica de toma de biopsia con electrocauterio durante la realización de cuña laparoscópica ocasionando daño térmico importante en la pieza quirúrgica.

Tablas de resultados:

Características clínicas de los pacientes		
	n:276	100%
Sexo:		
Hombre	135	48.9%
Mujer	141	51.1%
Rango de Edad:		
<30 a.	23	8.3%
31-40 a.	49	17.7%
41-50 a.	48	17.3%
51-60 a.	63	22.8%
61-70 a.	54	19.5%
71-80 a.	29	10.5%
>80 a.	10	3.6%
Comorbilidades:		
HAS.	43	15.5%
DM	21	7.6%
HAS + DM	19	6.8%
Hipotiroidismo	21	7.6%
Dislipidemia	10	3.6%
Malignidad	22	7.9%
VHC	11	3.9%
HAS: Hipertensión arterial sistémica, DM: Diabetes Mellitus, VHC: Virus de hepatitis C		

Indicación de toma de biopsia		
	n: 276	100%
H. Esteatosis Hep	117	42%
Tumor hepático	57	20%
H. Cirrosis	27	9.7%
Alteración PFH	28	10%
Hepatopatía por US	20	7.2%
Seguimiento VHC	6	2.1%
Ascitis	6	2.1%
Hipertensión Portal	4	1.4%
Otros	11	3.9%
H: Hallazgo macroscópico transoperatorio, VHC: Virus de Hepatitis C, US: Ultrasonido		

Método de toma de Biopsia n:276		
C. laparoscópica	244	88.4%
Percutánea por US	22	7.9%
C. por laparotomía	8	2.8%
Transyugular	2	0.72%
C: Resección en cuña, US: Ultrasonido		

Tablas de resultados:

Resultado Histopatológico n:276		
Esteatosis Macrovesicular	100	36%
Colestasis	40	14.4%
Malignidad	37	13%
Cirrosis Hepática	23	8.3%
Hepatitis crónica de interfase	21	7.6%
Colangitis	7	2.5%
Sin alteración	7	2.5%
Inflamación inespecífica	6	2.1%
Inf crónica por VHC	6	2.1%
Quiste simple	6	2.1%
Hepatitis autoinmune	5	1.8%
Absceso	3	1%
Congestión sinusoidal	3	1%
Tuberculosis	2	0.72%
Hemosiderosis	2	0.72%
Hemangioma	2	0.72%
Hepatitis Tóxica	2	0.72%
Lesión térmica	2	0.72%
Otros	2	0.72%
VHC: Virus de Hepatitis C		

Diagnóstico de malignidad: 37 pac (13%)		
Adenoca. mod diferenciado	12	32.4%
Adenoca. bien diferenciado	4	10.8%
Carcinoma neuroendócrino bien dif.	4	10.8%
Hepatocarcinoma bien diferenciado	4	10.8%
Ca. Poco diferenciado	3	8.1%
Linfoma de Burkitt	2	5.4%
Otros	8	21.6%
Hepatoca mod dif		
Linfoma no Hodgkin		
Adenoca. Pancreático		
Adenoca. mucinoso		
Ca urotelial de alto grado		
Ca Suprarrenal		
Adenoca. Renal		
No especificado		
Ca: Carcinoma, Adenoca: Adenocarcinoma		

Conclusiones

Con la evolución de la medicina y su correspondiente entendimiento de la patología hepática ha resultado fundamental el estudio y correlación clínica, patológica, de imagen y biomolecular, que permitan la caracterización precisa de éstas con miras a implementar el manejo específico, evaluar la evolución y determinar el momento de intervención médica o quirúrgica que permita su tratamiento y evitar complicaciones relacionadas a dichas patologías; así como entender la relación que guardan múltiples estados de enfermedad entre sí, pudiendo el Hígado representar un punto común en su evolución natural.

En este estudio se incluyen 276 pacientes sometidos a biopsia hepática en el Hospital Español de México durante un periodo de 10 años, mostrando una discreta predominancia del sexo femenino con 51.1%, se destaca también que las comorbilidades identificadas en este grupo de pacientes son múltiples y no son en su mayoría conocidas como condicionantes de patología hepática como principal órgano blanco; siendo la hipertensión arterial la más frecuente con el 15.5% de los casos, seguido por Diabetes mellitus e Hipotiroidismo en 7.6% de los casos respectivamente, por el contrario el Virus de Hepatitis C se presentó en 3.9% y el antecedente de malignidad en 7.9% de los casos.

La indicación más común de toma de biopsia fue el hallazgo macroscópico compatible con Esteatosis hepática que no había sido documentada previamente, principalmente durante intervenciones para colecistectomía laparoscópica (42% de los casos), por otro lado el hallazgo macroscópico compatible con Cirrosis hepática motivó la toma de biopsia en 9.7% de los pacientes; lo que en concordancia con la literatura internacional establece la ventaja de la cirugía abdominal de mínima invasión (laparoscopia) en cuanto a permitir la visión directa de estructuras abdominales independientemente del órgano a intervenir permitiendo tomar la biopsia hepática sin comprometer el resultado quirúrgico primario y sin incrementar significativamente la morbilidad o tiempo quirúrgico; lo cual explica que la Resección en cuña laparoscópica haya sido el método de toma de biopsia más común con el 88.4% de los casos. Los tumores hepáticos representaron una indicación frecuente con el 20% de los casos, lo que corresponde con la amplia variedad de tumores hepáticos primarios (benignos y malignos) y con la alta posibilidad de albergar enfermedad metastásica, por lo que la evaluación hepática se incluye en el abordaje diagnóstico de múltiples tumores malignos intra y extra abdominales.

La biopsia hepática percutánea guiada por ultrasonido continúa siendo un recurso confiable de baja morbilidad y accesible en nuestro Hospital utilizado como método de toma de biopsia en 7.9% de los casos.

Los resultados histopatológicos más frecuentemente documentados en la población en estudio fueron Esteatosis hepática macrovesicular en 36%, Colestasis en 14.4% y Cirrosis hepática en 8.3% de los pacientes. La malignidad hepática primaria o metastásica representa el 13% de los diagnósticos establecidos en esta población, siendo el Adenocarcinoma moderadamente diferenciado el más frecuente explicando el 32% de los casos de malignidad, seguido por adenocarcinoma bien diferenciado, carcinoma neuroendócrino bien diferenciado y hepatocarcinoma.

En la población en estudio se reproduce el principio que establece al Hígado como un sitio ampliamente susceptible de albergar enfermedad metastásica, documentando metástasis diversas incluyendo, cáncer pancreático, Tubo digestivo, renal, Suprarenal y de origen hematológico.

Las patologías con involucro sistémico como enfermedades autoinmunes en 1.8%, Hemosiderosis y Amiloidosis se presentaron 0.72% de los pacientes. Las complicaciones infecciosas como Colangitis en 2.5%, y abscesos en 1% de los casos, por otro lado la Hepatitis crónica por infección por Virus de Hepatitis C se presentó en 6 casos de los 11 pacientes con diagnóstico previo de esta patología representando evolución crónica de dicha enfermedad en el 54% de estos pacientes.

El 2.5% de las biopsias no presentaron anormalidad y 2 biopsias (0.72%) fueron reportadas como muestra inadecuada debido a lesión térmica del parénquima hepático durante la toma de estas con electrocauterio durante cirugía laparoscópica, lo que representa el 0.81% de las biopsias tomadas con esta técnica en manos de cirujanos experimentados o bajo la supervisión de estos ya que una amplia proporción de estas biopsias fueron tomadas por residentes de Cirugía General por tratarse de un hospital escuela, lo cual representa una baja proporción de fracaso diagnóstico y sugiere una virtualmente nula probabilidad de error diagnóstico al utilizar energía ultrasónica como instrumento de toma de biopsia. No se presentaron complicaciones importantes en la toma de dichas biopsias y los 3 pacientes que fallecieron en el postquirúrgico mediato presentaban malignidad en etapa clínica avanzada lo cual representó la causa de muerte.

En conclusión la biopsia hepática en nuestro Hospital ha evolucionado a la par de la medicina internacional con respecto al diagnóstico de condiciones que ameriten la obtención de las mismas y a la alta precisión en la toma de las biopsias, por otro lado remarca la importancia de la utilización de nuevas tecnologías como la energía ultrasónica como instrumento de toma de biopsias para optimizar el potencial diagnóstico.

Bibliografía:

- 1.- Zeno Sparchez, Pompilia Radu; Prospective comparison between real time contrast enhanced and conventional ultrasound guidance in percutaneous biopsies of liver, Surgical Department of medicine and pharmacy, Cluj-Napoca, Romania.
- 2.- S. Cuevas Villegas, T. González Fuentes, Biopsia Hepática en pacientes pediátricos, utilidad de la electrocirugía vs. Ultrafrecuencia.
- 3.- Costa-Pinho, Renato Bessa, Multiple Hepatic Inflammatory Pseudotumours diagnosed after laparoscopic excisional biopsy; Journal of clinical and Diagnostic Research, 2013, Aug, vol7; 1730-1731
- 4.- Vinay Zanwar, Sunil Pawar, Hepatic sinusoidal dilation in liver biopsy: How specific for venous outflow impairment?, TNMC & BYL Nair Charitable Hospital, Mumbai, India.
- 5.- D. Ralph Crowe, Mohamad A. Flouheidi, Fine-needle aspiration biopsy of hepatic lesions: Computerized Tomographic-guided versus endoscopic ultrasound-guided FNA; Cancer Cytopathology, June 25, 2006, vol108 .
- 6.- Zeshan Riaz, Mark Wright, Advances in clinical hepatology and what the hepatologist expects from a liver biopsy result, 2014; Diagnostic Histopathology 20:3
- 7.- Kleiner D, Brunt E. Non-alcoholic fatty liver disease; pathologic patterns and biopsy evaluation in clinical research. Semin Liver Dis 2012;32:003-013.
- 8.- Ekstedt M, Franzen LE, Mathiesen UI, Thorelius I, Bodemar G, et al. Long-term follow-up of patients with NAFLD and elevated liver enzymes. Hepatology 2006;44:865-873.
- 9.- A. Dothan, Y. Guerra he, M. Bordia, J.P. Gavin, Transyugular liver biopsy: indications, technique and results. Diagnostic and interventional Imaging; 2014,95,1-15.
- 10.- Neuberger J, Grant A, Day C, Saxseena S. Guidelines on the use of liver biopsy in clinical practice. British Society of Gastroenterology and the British Association for the Study of Liver, 2004.