

Sesión Anátomo Clínica

(Efectuada en el Hospital Rafael A. Calderón Guardia)

DR. RAFAEL A. COTO CHACÓN*

DR. WALTER MORA COTO**

Paciente masculino, oficinista, de 35 años, vecino de San José. Tuvo 4 días de estancia en el Hospital Calderón Guardia. Entre sus antecedentes de importancia están: alcoholismo desde los 15 años de más o menos un litro por día, por período de 1 mes o más. Tabaquismo de 40 cigarrillos por día desde hace dos años. Alimentación deficiente en calidad y cantidad. Su madre era epiléptica.

Internado dos veces por cuadro de etilismo agudo hace dos años. Desde hace un mes, bebe aproximadamente un litro de guaro por día y no ingiere alimentos, durante ese período. Hace una semana vómitos de líquido claro, abundante, precedido de náuseas, dolor epigástrico y periumbilical, tipo cólico, intenso, hasta que el vómito progresivamente intenso, se acompañó de estrias sanguinolentas, por lo que fue traslado a este Hospital. Asimismo presentaba astenia, anorexia, escalofríos, sequedad de boca, sed intensa, algias generalizadas, y tuvo heces y orinas muy oscuras anteriormente.

A su ingreso en este Hospital, se le encontró decaído, conjuntivas con tinte subictérico, lengua seca saburral. En tórax angiomas aracniforme. En abdomen red venosa colateral. Hepatomegalia dolorosa a cuatro traveses de dedo, R.C.D., aumentado de consistencia. Palmas hepáticas.

Los exámenes practicados en el mismo Hospital fueron: Hto: 53; Hb.: 17,3 VES 8; T.S. 2'n T.C. 5'; T.P. 89%; plaquetas 381.000; leucocitos 9.700; eos 1; banda 2; seg. 74; linf. 18; mon 5; NU 10; creatinina 1.5; Na 137; K 3.7; cloruros 320; P 0.80; fosfatasa alcalina 8.4; proteínas 7.16; albúminas 4.24; globulinas 2.86; colesterol 244; bilirrubina total 1.0 mg. %; directa 0.6 mg. %; SGO-T 150; SGP-T 210 U; amilasa 300 U; Ca 4.2 mEq; VDRL no reactiva. Grupo B, Rh positivo. Examen de orina: proteínas indicios; azúcar +; cilindros hialinos.

Al 4º día de haber ingresado, se le practicó biopsia de hígado con aguja de Menghini, y se obtuvieron dos fragmentos de hígado. Se le indicaron los cui-

* Servicio cirugía general. Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Rafael A. Calderón Guardia.

dados de rigor en este tipo de exploración; pero dos horas después estaba en shock, por lo que se trasladó a sala de operaciones, encontrando ruptura de hígado, la cual se trató de saturar, dejando taponamiento con gasas y drenajes por donde siguió sangrando y fallece después.

PROTOCOLO DE AUTOPSIA

La autopsia se realizó en un hombre joven, raza blanca, en buen estado nutricional. Herida quirúrgica en abdomen (laparotomía y drenajes). Cianosis facial.

Los pulmones pesaron: 450 g. derecho y 450 g. izquierdo. La superficie pleural lisa, de color rosado violáceo. Moderada disminución de la crepitación y consolidación en las bases. Al corte el parénquima tiene aspecto congestivo y zonas de atelectasia en lóbulos inferiores. Histológicamente había áreas de atelectasia; congestión y macrófagos cargados de pigmento hemosiderínico.

Corazón pesó 350 g. con aumento de tamaño. Miocardio firme y rojo oscuro. Ligero edema intersticial.

Las coronarias permeables con algunas placas fibrosas. Aurículas con ligera dilatación de sus paredes. El ventrículo izquierdo con ligera hipertrofia. La aorta con moderada cantidad de placas fibrosas.

En la cara superior del hígado hay gasas y material de teflón embebidos de sangre.

El hígado muy aumentado de tamaño (3.675 g.). Superficie lisa de color amarillento con una zona hemorrágica extensa en cara antero-superior del lóbulo derecho. A la palpación flácido y al corte blando con dibulo lobulillar borroso "rojizo" y con zonas amarillentas cerca de la cápsula.

Histológicamente el hígado con pérdida de la arquitectura trabecular por severa esteatosis de los hepatocitos de distribución tanto controlobulillar como en la parte media y periférica de los lobulillos; en los espacios porta, cierto grado de fibrosis difusa, parcelar y con infiltración inflamatoria por linfocitos y ocasionales células plasmáticas y eosinófilos. En algunas áreas sinusoides dilatados, congestivos. En la cápsula y parénquima subcapsular hemorragia de reciente formación y los hepatocitos muestran atrofia; además abundantes macrófagos cargados de pigmento hemosiderínico.

El bazo pesó 125 g., su cápsula lisa de color violáceo. Su corte blando, folículos aparentes y pulpa de color rojo oscuro. En los sinusoides gran congestión y numerosos macrófagos cargados con hemosiderina.

Los riñones pesaron: 225 g. el derecho; 200 g. el izquierdo. Decapsulan con facilidad. Cortical de color rosado oscuro, tumefacta. Al corte la cortical y medular ensanchadas, límite de separación neto y aspecto congestivo.

Los glomérulos muestran sinusoides congestivos; no hay hiper celularidad. Ligero edema del mesangio. Los túbulos, algunos muestran vacuolización del epitelio; otros pérdida de los bordes luminare de la célula o exfoliación epitelial hacia la luz. Los túbulos colectores distales muestran abundantes eritrocitos. Vasos renales sin fibrosis.

El colon moderada dilatación, con áreas de congestión y algunas placas amarillentas en la mucosa. Hay gran congestión vascular de la mucosa y submucosa.

Estómago, yeyuno e ileon normales; pero histológicamente en el corion había aumentado de la celularidad mononuclear con ligera atrofia de los pliegues de la mucosa gástrica.

El sistema nervioso central, mostró congestión vascular.

Diagnósticos anatomo-patológicos:

1. — Esteatosis masiva del hígado (B-137.053).
2. — Sangrado abdominal post-biopsia hepática.
3. — Laparotomía reciente y colocación de gasas y drenajes en la superficie hepática.
4. — Hemorragias hepáticas subcapsulares.
5. — Necrosis aguda tubular.
6. — Nefrosis osmótica.
7. — Atelactasia y congestión pulmonar.
8. — Gastritis crónica.

COMENTARIO

En los últimos años, el estudio de las enfermedades hepáticas, se ha visto favorecido con la introducción de un nuevo método de exploración como lo es la biopsia hepática que indudablemente ha venido a aclarar muchas dificultades diagnósticas que nos deparaba la clínica.

En los hospitales de nuestro país se practica rutinariamente la biopsia hepática transparietal tanto con aguja de Vim Silverman como de Menghini, siendo excepcionales las complicaciones. Sin embargo, no solo en nuestro medio sino en muchos otros países como lo demuestran las estadísticas suelen presentarse las complicaciones en porcentajes que varían del 0.5% al 7%. Creemos que estas variaciones, están relacionadas más que con el tipo de aguja que se utilice con la técnica y experiencia del explorador.

El interés de presentar este caso es revisar la técnica apropiada para la toma de fragmentos de tejido hepático para su estudio histológico, que no dudamos a de ser de valor para el médico que con frecuencia practica biopsias hepáticas en los hospitales de nuestro país, al mismo tiempo que hacer referencia a la técnica laparoscópica que a nuestro juicio es la más exenta de riesgos.

Hemos anotado anteriormente que se suelen utilizar dos tipos de aguja para biopsia hepática transparietal. La de Vim Silverman, que fue la primera con que contamos en nuestro medio tiene la ventaja de obtener muestras más grandes de tejido y es a nuestro juicio insustituible cuando se trata de hígados fibrosos y muy aumentados de consistencia; sin embargo, las estadísticas demuestran que suele ser la que más se acompaña de complicaciones. La de Menghini (o biopsia por aspiración) tiene la ventaja de ser menos traumática, llevándose a cabo la toma de biopsia en unos pocos segundos durante los cuales la aguja entra y sale al parénquima hepático, reduciéndose en parte el riesgo de desgarros por los movimientos respiratorios del paciente. De todas maneras tampoco está exenta de riesgos.

Indudablemente que las condiciones del parénquima hepático juegan un papel importante en las posibles complicaciones. Desde las primeras publicaciones se hace referencia a la facilidad con que sangran los hígados congestivos de la insuficiencia cardíaca y de las fibrosteatosis hepáticas y en este último grupo entra el caso que hoy nos ocupa.

No creemos necesario insistir en la técnica para la biopsia hepática, porque estamos seguros que el lector e interesado en el estudio de las enfermedades hepáticas las conoce bien. Sin embargo, creemos necesario insistir de que muy probablemente la vía más segura de entrada es la intercostal (7º u 8º espacio intercostal derecho en la línea axilar media) y no la subcostal, aun en casos de pacientes con hepatomegalias importantes.

Como quiera que sea y en esto queremos insistir porque creemos puede ser el punto más positivo que dé este trabajo, se trata de una técnica a ciegas, en donde, a pesar de la cuidadosa percusión del área hepática, nunca podremos descartar que se interponga una asa de colon entre la pared costal y la superficie hepática o bien que tratándose de hígados atroficos provoquemos la ruptura de alguno de los grandes vasos del hilio hepático, si no de algún canalículo biliar o la vesícula.

Por todo esto, creemos que la técnica ideal para la toma de muestras hepáticas es la que se lleva a cabo mediante la visualización directa con un laparoscopio lo cual nos permite no solo asegurar que estamos puncionando el hígado sino también escoger el área de la superficie hepática que más nos convenza o interese y esto es importante en enfermedades hepáticas no difusas, como las metastasis en donde la visualización directa nos permite tomar la biopsia del sitio preciso, en tanto, que si se emplea la técnica transparietal podríamos "caer" en zonas alejadas al sitio de lesión y en tal caso el estudio nos resultaría un falso negativo.

La técnica laporoscópica nos ofrece una ventaja más, como es que nos permite en muchos casos hacer diagnósticos macroscópicos, es decir, que la visualización directa del órgano a través del fotolaparoscopio nos da una orientación definitiva sobre la naturaleza de la enfermedad, sin necesidad de practicar la biopsia.

Por otro lado, la exploración laparoscópica no solo es utilizable para visualizar hígado si no que nos permite observar algunos otros órganos intraabdominales que pueden ser asiento de patología, como lo son el bazo, pared anterior del estómago, asas intestinales y genitales internos en las mujeres.

En nuestra práctica diaria no es infrecuente encontrar casos de pacientes con ictericia de origen desconocido en que se presenta la disyuntiva clásica de si la enfermedad es intrahepática o extrahepática.

El tomar una biopsia a ciegas de un paciente que tiene una obstrucción coledociana con hipertensión del árbol biliar intrahepático, tiene el enorme riesgo de provocar un biliperitoneo. En tales casos, la exploración laparoscópica es de indudable valor, pues si observamos una vesícula muy aumentada de volumen y a tensión, nos indicaría una obstrucción de la vía biliar extrahepática, lo cual además de ser diagnóstica y de sugerir la posible solución quirúrgica del caso, es una indicación formal para no hacer la biopsia hepática. Experiencias como éstas vivimos constantemente en la práctica por lo que insistimos una vez más en la conveniencia de practicar las biopsias hepáticas bajo control visual.

Independientemente de la seguridad de la técnica la laparoscopia tampoco está exenta de peligros. Sin embargo, en los últimos 10 años se han superado

totalmente los prejuicios que se tenían en contra de la exploración laparoscópica, complementada o no con la toma de biopsia hepática. Estos prejuicios estaban sobre todo apoyados en dos circunstancias: el temor de que la exploración pudiera resultar perjudicial para el enfermo, y el que los aparatos antiguos menos perfectos que los actuales no permitían sacar tanto partido a esta endoscopia como se puede obtener ahora. Creemos nosotros que el avance más importante en la divulgación de la exploración laparoscópica ha sido precisamente el avance de la técnica, que aquí como en otros muchos campos, nos ha proporcionado en forma vertiginosa, cada vez ópticas más precisas, e instrumentos menos agresivos. Indudablemente que como con cualquier otro estudio de Gabinete, la experiencia del explorador es fundamental. Estadísticas recientes vienen a aseverar nuestra impresión de que las complicaciones de las peritoneoscopías en manos de personal experimentado, está con mucho, más exenta de riesgos que la toma de biopsia hepática por vía transparietal y a ciegas.

NOTA: El autor desea expresar su agradecimiento al Servicio de Gastroscopia y Peritoneoscopia del Hospital Dr. Calderón G., así como a la valiosa ayuda del Dr. Jorge Patiño M., para el desarrollo de este trabajo.

R E S U M E N

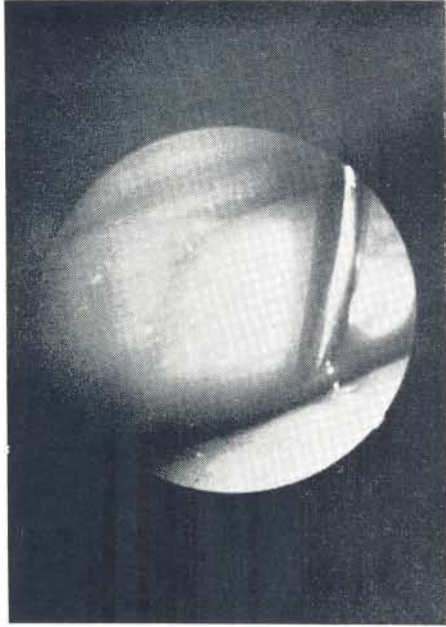
Se presenta un caso de fibroesteatosis hepática, en que hubo hemorragia hepática después de biopsia por punción "a ciegas", aprovechando para discutir y revisar la técnica apropiada para la toma de fragmentos de tejido hepático para su estudio histológico.

Creemos que la técnica ideal para la toma de muestras de tejido es la que se lleva a cabo mediante la visualización directa con el laparoscopio, ya que permite escoger el sitio de la toma, así como hacer diagnósticos macroscópicos.

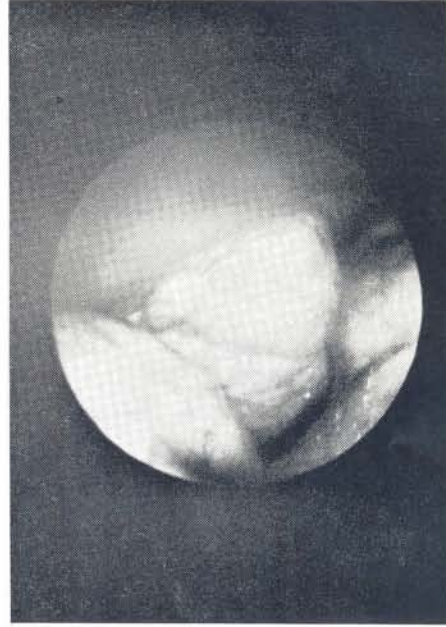
B I B L I O G R A F I A

- 1.—MIRANDA M., SALAS J.
Correlación Anatómico Funcional en algunas Hepatopatías médicas. Acta Méd. Cost. 2:7, 1959.
- 2.—KLECKNER, M., JR.
Needle Biopsy of the Liver an Appraisal of its Diagnostic Indication. Ann. Int. Med., 40:117, 1954.
- 3.—SCHIFF, L.
The Clinical Value of Needle Biopsy of the Liver. Ann. Int. Med., 34:948, 1951.
- 4.—SCHIFF, L.; GALL, F. A.
Needle Biopsy of the Liver in "Diseases of the Liver". Ed. by Leon Schiff, J. B. Lippincot C^o Philadelphia, 1956.
- 5.—HERNANDEZ GUIO C.
Valor de la Laparoscopia en el Diagnóstico de las enfermedades hepáticas. Bol. Fund. Jiménez Díaz. Vol. II:5, 1970.
- 6.—CAROLI, J.
Les Ictères par Retention. Edit. Massson. Paris, 1956.

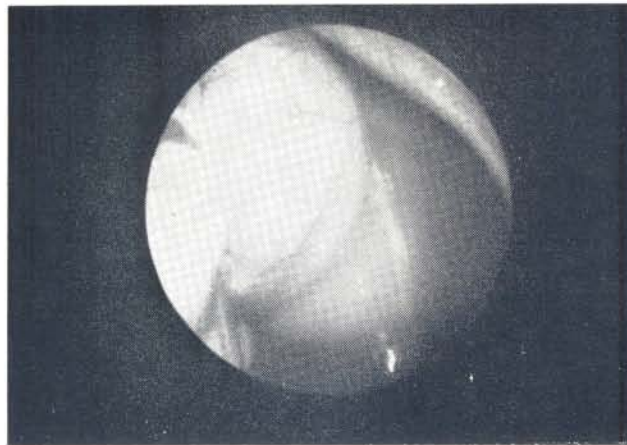
- 7.—HERNANDEZ GUIO, C., Y SANTA, J., DE LA.
Nuestra experiencia es esteatosis hepática. III:182. Comunicaciones a la Reunión Extraordinaria de la A.I.G.E. Madrid, 1968.
- 8.—CONN, H. D., YESNER, R.
A Re-evaluation of Needle Biopsy in the Diagnosis of Metastatic cancer of the Liver. *Ann., Int., Med.* 59:53, 1963.
- 9.—JIMENEZ G., MECKBEL A., SAEED, ARGUEDAS C., BENAVIDES E., F., MIRANDA G., G.
Biopsia hepática. Experiencia de 10 años. *Acta Méd. Cost.* 13:3, 1970.
- 10.—SILVERMAN, I.
A New Biopsy Needle. *Am. J. Surg.* 40:671; 1968.
- 11.—MENGHINI, G.
One second Needle Biopsy of the Liver. *Gastroenterology.* 35:190, 1958.
- 12.—SHERLOCK, S.
Needle Biopsy of the Liver. A Review. *J. Clin. Path.* 15:291, 1962.
- 13.—MIRANDA, G.
La Punción Biopsia del Hígado con aguja Silverman. *Rev. Biol. Trop.* 2:187, 1954
- 14.—BECK, K.; DISCHLER, W.; HELMS, M.; KIAM, B.; SICKNER, K.; Y TENNER, R.
Atlas de Laparoscopia. Edit. Científico Médica. Barcelona, 1969.
- 15.—ARGUEDAS, CH. C.; JIMÉNEZ J., C.; Y MEKBEL, A., SAEED.
Biopsia hepática en la Tuberculosis Miliar. *Acta Méd. Cost.* 15:21, 1972.
- 16.—LENZI, C.; CAVASINI, G. B., Y LENZI, E.
La laparoscopie. Ed. Masson. Paris, 1960.
- 17.—WEPLER, W., Y WILDHIRT, E.
Atlas de Histopatología del Hígado. Edit. Salvat. Barcelona, 1968.



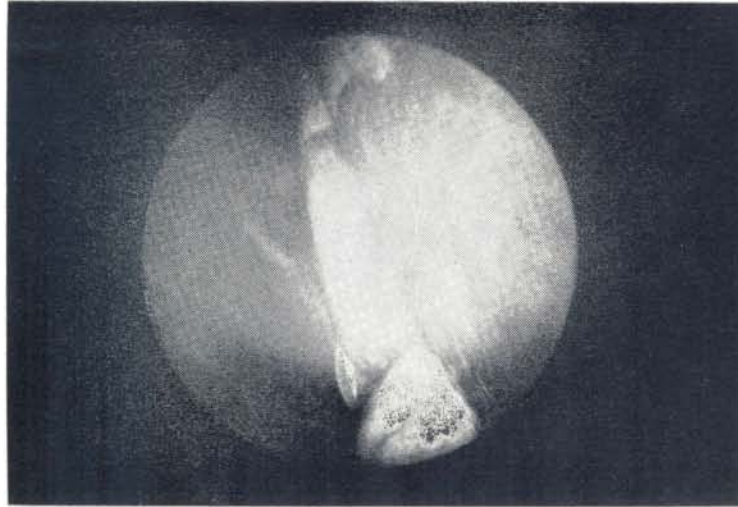
En la foto se ve la aguja de punción
tomando la biopsia.



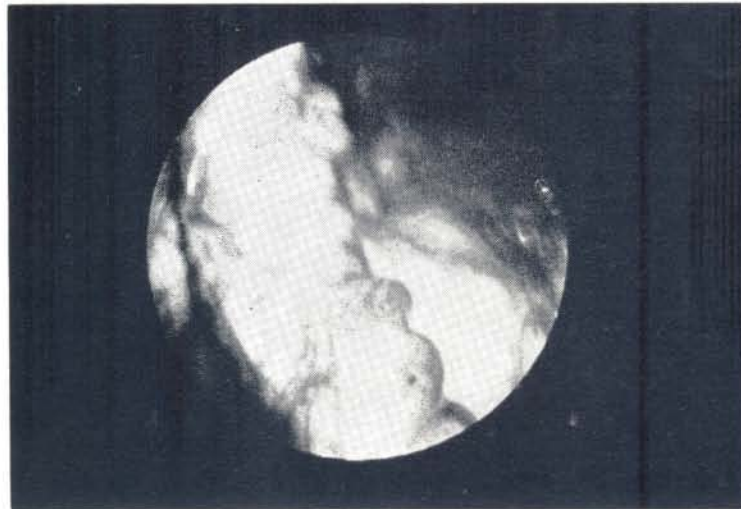
Hígado con cirrosis macronodular
Hipertensión porta.



Ictericia obstructiva por neo cabeza de páncreas Vesícula muy dilatada.



Aspecto del hígado en la cirrosis.



Gran aumento de la circulación derivativa en el ligamento redondo en el Hipertensión porta.