

PUNCION BIOPSIA DEL HIGADO*

JORGE FLORES ESPINOSA
Académico de número,

en colaboración con
ATANASIO GUTIÉRREZ GARFÍAS

Los padecimientos del hígado constituyen un problema de muy difícil solución en la clínica humana, pues los síntomas que los acompañan son comunes a varias enfermedades y, en consecuencia, constituye ardua labor llegar al diagnóstico etiológico. Lo mismo la cirrosis que la hepatitis, las neoplasias que los abscesos, los procesos vasculares que la angiocolitis, pueden presentarse con el común denominador de dolor, ictericia, síntomas de hipertensión porta, cambios de volumen en el hígado y el bazo y, ocasionalmente, fiebre y otros síntomas generales.

Nada tiene de extraordinario que, por ser el hígado el regulador más importante del metabolismo humano, sus padecimientos sean de extraordinaria frecuencia, pues se encuentra expuesto a agresiones múltiples, muchas de las cuales provienen del tubo digestivo por la vena porta; así como a las deficiencias de aporte alimenticio, intoxicaciones, infecciones generales, cambios circulatorios, neoplasias, etc.

Los datos recogidos por el interrogatorio y la exploración física, si bien insustituibles para reconocer determinados factores determinantes de las hepatopatías (tipo de alimentación, intoxicaciones, infecciones, condiciones de aparición de los síntomas, ictericia, ascitis, hepatomegalia, esplenomegalia, etc.) son insuficientes para poder reconocer el estado real de la glándula, excepto en aquellos casos accesibles a la palpación y la percusión, con hígado grande y nodular o con claros signos asociados que permiten orientar con relativa facilidad el diagnóstico.

Durante muchos años se ha tratado de resolver por medio del laboratorio el diagnóstico de los padecimientos del hígado, multiplicando en forma extraordinaria las pruebas funcionales, cuyo real valor ha sido exagerado, pues únicamente, como su nombre lo indica, sirven para establecer el diagnóstico fisiopatológico. Por otra parte, dada la multiplicidad

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 1° de junio de 1955.

de funciones del hígado, es fácil darse cuenta de que las pruebas por realizar son demasiado numerosas, costosas la mayor parte de ellas y no siempre de exactitud matemática.

Por ello, el clínico que se atiene de manera absoluta a las pruebas funcionales hepáticas para sustentar sus diagnósticos, está sujeto a cometer errores que podrían fácilmente ser evitados si tratara de apreciar mejor los datos exclusivamente clínicos (especialmente los obtenidos por la evolución del padecimiento y las exploraciones repetidas en forma sistemática de cabeza a pies, para descubrir algunos elementos orientadores que pudieron pasar inadvertidos en las primeras); así como de justipreciar los datos que el laboratorio o los rayos X le puedan proporcionar, debidamente orientados según cada caso.

Por muchos años pudimos confirmar la realidad de estos hechos al observar que la autopsia rectificaba en algunas ocasiones nuestro diagnóstico clínico y consideramos que se podrían reforzar nuestros elementos de diagnóstico con algunas exploraciones especializadas; por ejemplo: el examen sistematizado del líquido ascítico cuando existe, obtenido por medio de una pequeña punción abdominal, con jeringa y aguja; la introducción de material opaco a los rayos X, directamente en la circulación hepática como lo logramos con Celis y Fregoso¹ en 1947 en un caso de Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten y posteriormente con Celis y María Elena Villalobos² en la circulación suprahepática a través de una de las venas del cuello; la hepatoneumografía utilizada por Acevedo³ en los casos de abscesos y quistes del hígado, que uno de nosotros, en compañía de E. Flores Espinosa, logró igualmente opacificar con la inyección de material yodado en la cavidad quística.⁴ El hecho de que la exploración radiológica de la circulación porta a través de la vena umbilical haya sido tomada en consideración en 1954 en los trabajos de Beato Núñez y Escalona⁵ en Cuba, de Caravati y MacMillan⁶ en Estados Unidos y con un capítulo íntegro en el libro de Spellberg sobre enfermedades del hígado⁷ nos permite pensar que fue una afortunada orientación la que el grupo del Hospital General de México dio a esta exploración en el síndrome de Cruveilhier-Baumgarten.

Otro elemento de gran ayuda para el diagnóstico nos fue proporcionado por la peritoneoscopia, practicada en el Pabellón 24 del Hospital con las orientaciones dadas por Ayala González⁸ y posteriormente aplicadas en particular al pronóstico por Treviño.⁹ Desgraciadamente esta exploración requiere el uso de instrumental costoso y de salas de operaciones, por lo cual queda limitada en muchos casos a enfermos hospitali-

zados o que disponen de recursos suficientes para encamarse en algún sanatorio particular.

Por todo ello es que recibimos con beneplácito el aumentar nuestro equipo para el diagnóstico de padecimientos hepáticos, con la muy útil aguja de Vim-Silvermann que nos permitió obtener de la glándula especímenes de tamaño suficiente para estudio histopatológico adecuado y con ello la resolución de muchos problemas que anteriormente sólo podían aclararse en las salas de de operaciones o de necropsias. Nos pareció ideal el procedimiento para nuestros enfermos de la ciudad de México por su fácil manejo, su bajo costo y la posibilidad de aplicarla en todos los casos sin grandes necesidades de equipo o de salas quirúrgicas. Esto explica que todo el material que ha servido para la elaboración del presente trabajo haya sido obtenido, sin excepción, por medio de punción biopsia a través de la pared abdominal o torácica practicada con la aguja mencionada. En ninguno de los casos recurrimos a laparotomía, ni a la toma del fragmento hepático por medio de la aguja orientada con el peritoneoscopio introducido a la cavidad abdominal.

No se nos escapa que el procedimiento realizado en tal forma ha sido objeto de críticas importantes, especialmente en lo referente a la toma a "ciegas" de porciones hepáticas que pueden no estar afectadas por el proceso objeto del estudio, y que, por ello, se expone a falsear los resultados, al no comunicar lesiones el histopatólogo en el pequeño fragmento que le remitimos. Sin embargo, es precisamente este hecho el que nos ha animado a informar de nuestra experiencia personal, señalando, con la mayor imparcialidad posible, cuáles fueron nuestros tropiezos, fracasos y resultados alentadores para animar a otros grupos que se han mostrado reacios a recurrir a este medio de exploración. Como todas las exploraciones, el procedimiento no es perfecto ni aplicable en la totalidad de los casos, pero creemos que sus indicaciones pueden ampliarse en forma importante y que los resultados compensan, en la mayoría, los riesgos y molestias que su aplicación implica.

En primer lugar, deseamos hacer hincapié en que nuestros resultados quizá parezcan demasiado alentadores y optimistas, pero creemos que esto se debe a los siguientes factores:

a) Estudio clínico concienzudo del paciente y establecimiento de un diagnóstico previo a la punción, que sirva de orientación precisa a la persona que va a hacer la toma del fragmento de hígado. Es decir, que de antemano se debe indicar el sitio preciso en que debe practicarse la punción, y no llevar la idea preconcebida de que podrá abordarse por el abdomen o por vía transtorácica sin saber qué es lo que se busca. Por

ejemplo, cuando el hígado está hipertrofiado y rebasa ampliamente el borde costal, es posible hacer la toma por vía abdominal, puncionando abajo del borde costal; pero en estos casos tampoco debe hacerse la punción en cualquier sitio; siempre que encontramos alguna irregularidad en la superficie del hígado, algún nódulo o cambio de consistencia, marcamos en forma precisa que es ahí en donde debe penetrar la aguja, pues es probable que en esos sitios dominen las alteraciones anatómicas. Es por ello que consideramos indispensable el estudio cuidadoso del paciente, especialmente en relación con tamaño, forma, estado de la superficie y consistencia del hígado, cuando éste es accesible. En muchos casos nuestros enfermos tenían hígado retraído, atrófico por la cirrosis existente y sólo abordable a través de la pared torácica. Por ello no pensamos que sea posible marcar una vía de elección para introducir la aguja y nos atenemos a las condiciones existentes en cada caso para proceder estrictamente de acuerdo con ellas.

b) El segundo factor de importancia corresponde a la persona que hace la biopsia. Esto es fácil demostrarlo, pues en nuestra serie, las primeras que se tomaron no tenían la perfección de las logradas últimamente. Es así que en el Pabellón 20 hemos tenido la preocupación de ir entrenando a los jóvenes médicos (internos, residentes, adscritos) para que adquieran práctica en la maniobra, aparentemente muy sencilla, pero que requiere experiencia suficiente para darse cuenta en qué momento se ha alcanzado al hígado, qué profundidad es necesario dar a las cuchillas que hacen la toma del fragmento, y en qué momento es indispensable encajar el mandrin para que el fragmento quede retenido y pueda ser extraído. Como la maniobra es muy sencilla, la experiencia necesaria puede adquirirse en poco tiempo, siempre que se repita varias veces.

c) La técnica propiamente histopatológica, que tiene que adaptarse al tamaño del fragmento, a la preparación, montaje, teñido y, sobre todo, interpretación de las imágenes observadas al microscopio. Hemos tenido la suerte de contar con la excelente cooperación del Servicio de Histopatología del Hospital General, bajo la dirección cuidadosa y eficiente del doctor Clemente Villaseñor.

En consecuencia, pensamos que la asociación íntima de clínico, puncionador experto y anatomopatólogo, es indispensable para conseguir buenos resultados con la punción biopsia del hígado.

MATERIAL Y MÉTODOS

La primera punción del hígado la realizamos en agosto de 1951, es decir, que nuestra experiencia ha sido adquirida a lo largo de casi cuatro años, en los cuales se han practicado 150 exploraciones de ese tipo. La mayor parte fueron realizadas en enfermos del Hospital General, no sólo del Pabellón 20 en el que trabajamos, sino en diversos Servicios del Hospital que solicitaron nuestra cooperación, así como en algunos enfermos de clientela privada incluyendo los enviados por los doctores José Palacios Macedo, José Tomás Rojas, Jorge Escotto, Enrique Flores Espinosa y otros.

Los pacientes fueron seleccionados siempre que se pensó que el hígado pudiera estar afectado por estados patológicos identificados clínicamente; podemos formar los siguientes grupos:

a) Estados de desnutrición y avitaminosis, en los cuales encontramos sistemáticamente alteraciones hepáticas diversas, ya previamente comunicadas en 1952 con Lases Parada,¹⁰ en 1953 con Herrera Téllez¹¹ y en 1954 por uno de nosotros, a esta Academia.¹²

b) Síndromes de hipertensión porta que incluyen el numeroso grupo de cirrosis y de procesos espleno-hepáticos a los cuales uno de nosotros ha hecho referencia en 1946,¹³ 1947¹⁴ y, en compañía de Acevedo y Treviño, en 1948¹⁵ comunicó igualmente nuestras observaciones con punción biopsia de hígado en 1953 por Gutiérrez Garfias y Escotto.¹⁶

c) Síndromes ictericos cualquiera que sea su origen, entre los cuales dominaron en los últimos años, como lo hizo notar uno de nosotros en la Sociedad del Hospital General,¹⁷ los originados por hepatitis infecciosas por virus.

d) Procesos cardiovasculares con repercusión hepática, que incluyen los casos de insuficiencia cardíaca de cualquier origen, y también, en un grupo especial, los procesos de pericarditis constrictiva del tipo de la enfermedad de Pick¹⁸ o de Concato¹⁹ y la llamada enfermedad de Chiari.²⁰

e) Procesos de hepatomegalia o esplenomegalia sin hipertensión porta, entre los que destacamos un caso de granuloma tuberculoso, procesos de tipo linfomatoso, así como un caso de amiloidosis generalizada.

f) Procesos que hacían pensar en neoplasia de hígado primaria o secundaria en los cuales, en varias ocasiones, la biopsia rectificó el diagnóstico inicial, confirmandolo en muchos otros.

Utilizamos en todos los casos únicamente la aguja de Vim-Silvermann y seguimos la técnica que a continuación se describe:

1. Estudio clínico completo del paciente que incluye los datos de laboratorio necesarios según el caso, y todos los referentes a coagulación,

sangrado, protrombina y resistencia capilar en aquellos que presentaron datos o antecedentes de hemorragias previas. De antemano se indicó, siempre que fue posible, el sitio preciso de introducción de la aguja, sin pre-juzgar si es mejor la vía transabdominal o intercostal, y se usó la indicada según el caso.

2. En caso de hígados pequeños que no rebasan el borde costal, se usó siempre la vía intercostal. Hay que tener especial cuidado en estos casos de verificar la altura del pulmón para no lesionar la pleura, como sucedió en uno de nuestros enfermos en el cual se provocó neumotórax de consideración.

3. Cuando el hígado es accesible por abajo del borde costal es necesario hacer una exploración cuidadosa, sobre todo por medio de la percusión, para conocer con exactitud la situación del colon, el cual puede estar interpuesto entre el hígado y la pared abdominal, y queda expuesto a que se le puncione o perfora, como sucedió en uno de nuestros casos.

4. Las reglas generales de asepsia y antisepsia deben ser llenadas rigurosamente, pero insistimos en que la punción puede hacerse en cualquier sitio, y varias fueron realizadas en los domicilios de los enfermos, sin ningún contratiempo. Naturalmente que esto no podría hacerse si se recurre a la laparatomía o al peritoneoscopia. Es una de las ventajas de la aguja.

5. Nunca se administró a los enfermos sedantes o analgésicos previos, pues la exploración no es dolorosa si se practica con buena anestesia local por medio de Procaína o Novocaína, exclusivamente de la pared abdominal. Creemos que el procedimiento puede quedar dentro de la clínica de rutina si se eliminan molestias a los pacientes.

6. La introducción de la aguja se hace con suavidad, pero al mismo tiempo con firmeza para alcanzar desde el primer intento la glándula hepática, y se procura fijar el órgano para que la aguja penetre con facilidad, pues en algunas ocasiones hígados demasiado duros o demasiado blandos oponen resistencia o se deslizan lo que impide hacer una buena toma.

7. Se retira la aguja que sirve para hacer la punción, se deja el mandrin encajado en el hígado y se introducen las cuchillas que sirven para hacer el corte del fragmento hepático, que sobrepasan el extremo del mandrin, de manera que se encajan en el tejido del hígado. El corte se hace haciendo girar el extremo distal de las cuchillas en un ángulo de 360 grados. Con esta maniobra queda un pequeño cilindro de tejido comprendido dentro de las cuchillas. Se hunde entonces el mandrin para comprimirlas de manera que el fragmento quede retenido en ellas y pueda

ser extraído sin dificultad. En algunas ocasiones, esta última parte de la maniobra fracasó, y el pequeño cilindro de la biopsia queda dentro del mandrin. La experiencia demostró que era posible sacarlo al exterior, simplemente con dejar escurrir la sangre que forzosamente sale al hacer el corte en pleno tejido hepático; la misma corriente sanguínea arrastra el fragmento cortado y lo expone en el extremo distal de la aguja, de donde puede tomarse con pinzas o con la misma aguja, siempre con cuidado para no ir a desgarrarlo.

8. Por lo general, los fragmentos obtenidos fueron de dimensiones entre 1 y 2 centímetros de longitud y 1 a 1½ milímetros de espesor, suficientes para estudio microscópico, siempre y cuando su manejo posterior fuera correcto. Insistimos en este punto, porque algunos laboratorios no pudieron hacer fijación correcta del pequeño cilindro y, en consecuencia, se les dificultó mucho hacer los cortes adecuados para observación al microscopio. El doctor Villaseñor siguió siempre la técnica de cortes por congelación (nunca por inclusión en parafina) y nos ha informado que, a pesar de la aparente pequeñez del fragmento, pudo hacer aproximadamente 30 cortes de 15 micras de espesor de cada uno de los especímenes que le enviamos, fijados en solución de formalina al 10 por ciento. El tñido fue en todos los casos con hematoxilina-eosina tal como lo muestran las microfotografías obtenidas por el señor Gómez Tagle con la colaboración del doctor Jaramillo para la selección de los campos por fotografiar, en el servicio de Fotografía del Hospital.

9. Seguimos siempre el procedimiento de pasar a través del mandrin una vez obtenido el fragmento por estudiar, un pequeño tapón de espuma de fibrina con la finalidad de cohibir la hemorragia. Nunca tuvimos que lamentar accidentes de este tipo y nos parece que es la conducta que debe seguirse siempre.

10. La orientación diagnóstica puede ya obtenerse con el estudio microscópico del fragmento obtenido con la biopsia: en los casos de ictericias obstructivas, con marcada retención biliar, el pequeño cilindro es de color verde o verdinegro por la impregnación de los pigmentos; es de color rojo intenso o violáceo, en caso de éxtasis sanguíneo por congestión pasiva, especialmente en pericarditis constrictivas; es de color amarillo claro o grisáceo en los casos de esteatosis difusa; y es rojo vinoso en los casos de hepatitis, a pesar de que en muchos, se trataba de pacientes con marcada ictericia que hacía sospechar intensa impregnación por pigmentos biliares. En algunos casos de carcinoma, posteriormente demostrados por intervención quirúrgica o por necropsia, el color fue grisáceo o ama-

rillante, y estos casos fueron difíciles de distinguir de los casos con esteatosis.

ACCIDENTES Y FRACASOS

Debemos señalar que en cuatro ocasiones no fue posible obtener el espécimen de biopsia por las razones siguientes:

1. En un enfermo con marcada atrofia del hígado por cirrosis, en el cual no fue posible lograr resultado positivo sino hasta el tercer intento, en días diferentes y cuando el estado del paciente había mejorado con el tratamiento y la dieta. Consideramos este caso como doble fracaso, porque en dos ocasiones distintas no pudo obtenerse tejido hepático, a pesar de haberse cambiado la dirección de la aguja y de haber sido dos personas distintas las que lo intentaron.

2. En un caso, por cierto de los primeros de la serie, se obtuvo un fragmento de color y consistencia raras y el doctor Villaseñor nos contestó escuetamente: "en el fragmento remitido se encuentran haces musculares del colon." La sorpresa fue mayúscula pues el enfermo no había presentado ninguna molestia, a pesar de la indudable herida del intestino. La evolución subsecuente demostró que no fue de consecuencias; pero indudablemente que existe riesgo de perforar el intestino, especialmente el colon, cuando se hace la punción abajo del borde costal. De ahí nuestra recomendación de que se determine por percusión, con todo cuidado, que no hay timpanismo intestinal en el sitio donde va a introducirse la aguja. A pesar de esta precaución, es posible que el accidente se presente. Uno de nosotros (A. G. G.) ha adquirido la experiencia suficiente para poder afirmar si la aguja está haciendo presa en el intestino, pues existe una sensación de resistencia elástica que el hígado nunca ofrece al hacer el corte.

3. El cuarto fracaso fue en un enfermo de 68 años, en el cual se provocó neumotórax por haber penetrado la aguja al tejido pulmonar y hubo necesidad de aspirar el aire con un aparato de neumotórax, pues se provocó asfixia progresiva con gran alarma de los familiares y del enfermo. El análisis de este caso nos demuestra que siempre que se haga punción siguiendo la vía intercostal, debe precisarse la altura del pulmón, pues especialmente en las personas de edad, puede encontrarse muy bajo por razón del enfisema coexistente. Naturalmente que no pudo ya obtenerse el fragmento hepático que se buscaba.

Como ya se dijo, nunca hemos tenido accidentes hemorrágicos, pero vale la pena relatar el caso del Dr. N. . . . en el cual, al día siguiente de la

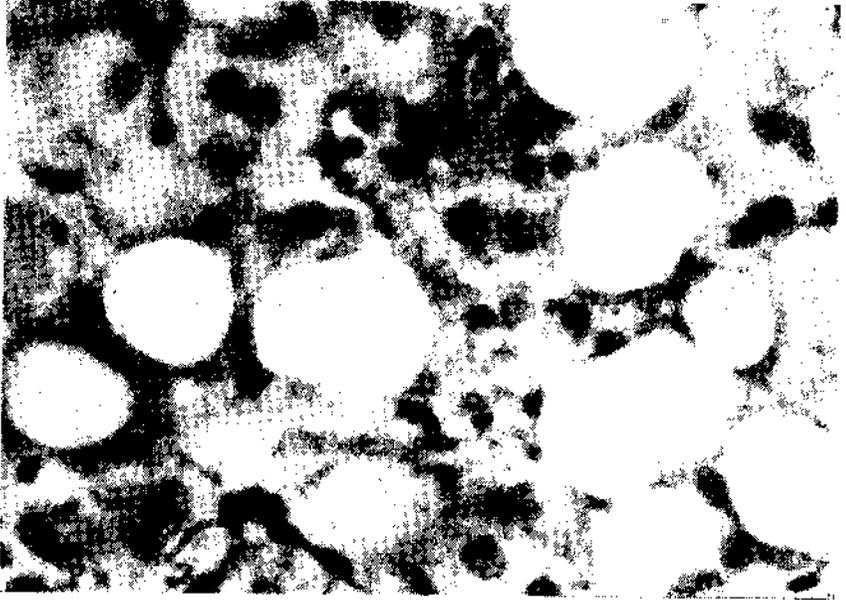


FIG. 1. Esteatosis hepática.

ADENOCARCINOMA

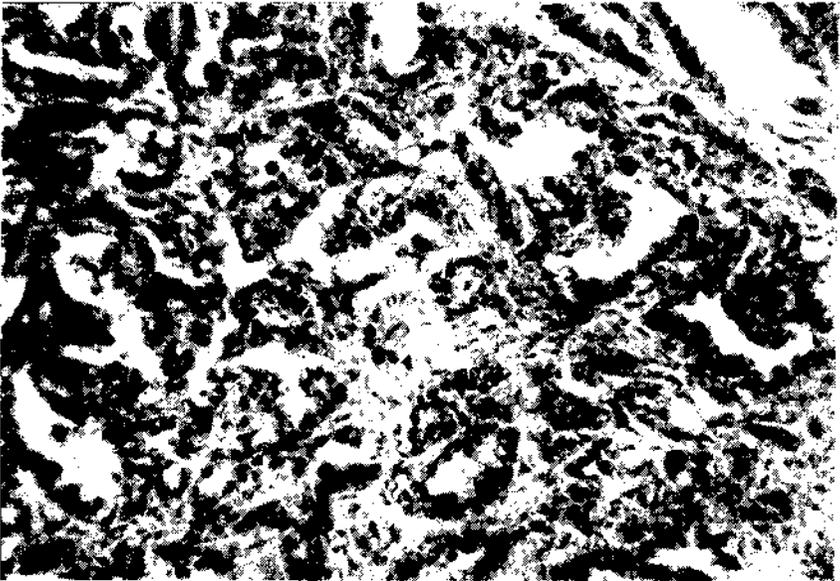


FIG. 2. Formaciones glanduloides con células neoplásicas.

TUBERCULOSIS DEL HIGADO

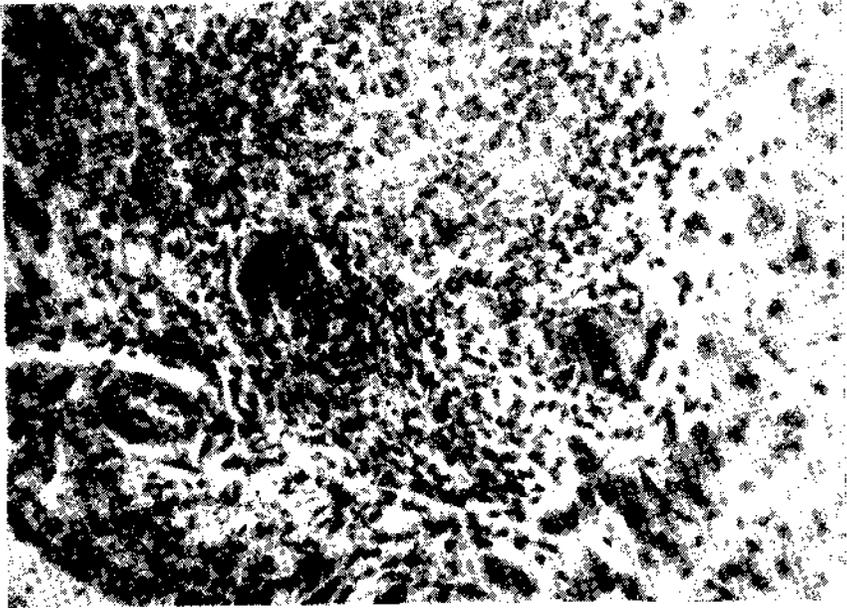


FIG. 3. *Folículo de Koster*. Células gigantes rodeadas por abundante infiltrado histiocitario.

punción solicitada porque se diagnosticó clínicamente carcinoma por los datos de exploración física, se presentó distensión progresiva del abdomen con signos de compresión del diafragma. Pensamos que pudiera tratarse de hemoperitoneo a consecuencia de la herida hepática y se procedió a hacer una punción con jeringa y aguja en uno de los flancos. Se obtuvo sangre líquida en cantidad apreciable y en consecuencia se decidió hacer laparotomía de urgencia, después de haber confirmado que estaban normales los tiempos de sangrado, coagulación y protrombina, así como el dato de resistencia capilar. La exploración de la cavidad demostró que se trataba de carcinoma metastático del hígado, secundario a tumor primitivo biliar. Las metástasis estaban constituídas por numerosos tumores de tamaño variable, que hacían saliente en la superficie del hígado, unos sésiles, los otros pediculados. La sangre provenía de varios de estos tumorcitos, y el sitio de la biopsia estaba completamente normal. La operación se limitó a vaciar la sangre líquida que inundaba el abdomen así como los coágulos que se habían formado en las partes declives; en los días siguientes pudo confirmarse que la hemorragia no se repitió y que probablemente era sostenida por la distensión abdominal provocada por el hemoperitoneo, puesto que lo único que se hizo fue precisamente disminuir la tensión intraabdominal al vaciar la sangre.

No tuvimos un solo accidente mortal a pesar de que en muchos casos, la biopsia se practicó en pacientes muy graves, con pésimo estado general: cirróticos, ictericos, cancerosos, desnutridos, etc.

Con respecto al dolor, en general podemos decir que la punción fue muy bien tolerada, incluso en enfermos pusilánimes y mujeres de edad avanzada, amedrentadas previamente por pensar que el procedimiento era de difícil y complicada ejecución. Muchos de nuestros enfermos pudieron ambular sin molestia dos horas después de la toma, aun cuando es recomendable que guarden reposo por 24 horas.

RESULTADOS

En general, puede afirmarse que el estudio histológico de los fragmentos hepáticos remitidos al laboratorio fue de valor inapreciable para orientar, ratificar o rectificar el diagnóstico e incluso los resultados del tratamiento, cuando se hicieron biopsias repetidas en el mismo enfermo.

La concordancia de los datos clínicos, de pruebas funcionales o de rayos X con el estudio histológico, fue comprobada por la evolución de los casos y, siempre que fue posible, por la intervención quirúrgica o la

necropsia. Por ello podemos decir que la punción biopsia del hígado es de suma utilidad para el clínico, para aclarar casos dudosos, entre cirrosis y cáncer, entre ictericias obstructivas y hepatocelulares y en muchos otros procesos en que es imposible precisar la naturaleza del padecimiento sin su ayuda.

Tenemos que señalar, sin embargo, algún caso en que la interpretación histológica no fue confirmada; se trataba de un enfermo del doctor Carlos Pacheco, presentado en una de las sesiones anatomo-clínicas de la Sociedad Médica del Hospital General, en el cual, dados los antecedentes de proceso supurativo pulmonar de larga duración y la existencia de albuminuria elevadísima, coincidiendo con hepato y esplenomegalia, diagnosticamos amiloidosis y remitimos un fragmento de hígado tomado por biopsia al laboratorio. La contestación fue de que no se encontraba degeneración amiloide del hígado. La necropsia, practicada poco tiempo después, demostró de manera indudable que la infiltración amiloide era difusa en el hígado y que, en consecuencia, debería haber existido en la porción que se tomó por punción.

Nuestra interpretación personal de este error es la siguiente: como ya indicamos, el procedimiento de rutina es el teñido por hematoxilina-eosina, y es seguro que en el caso particular debería haberse modificado para teñir el tejido amiloide existente en abundancia, no sólo en el hígado, sino también en el bazo, los riñones, etc.

Fuera de este caso, debemos agradecer al doctor Villaseñor no sólo su interpretación en el 99 por ciento de los restantes, sino también la forma de reportar los resultados con una sencillez y ahorro de palabras verdaderamente extraordinario: cirrosis, éxtasis sanguíneo, éxtasis biliar, proceso inflamatorio no específico, tuberculosis, adenocarcinoma, linfosarcoma, esteatosis, constituyeron lo esencial de sus reportes. Rápidamente nos acostumbramos a sus interpretaciones y las consideramos inobjektivas, a pesar de ser, aparentemente, demasiado concretas.

Sin embargo, creemos que una comunicación de cirrosis, es suficientemente clara si pensamos en que el histopatólogo significa con ello proliferación exagerada de tejido conjuntivo con alteraciones variables de la célula hepática. Lo mismo en el éxtasis sanguíneo que en el biliar, en los procesos hepáticos o en la desnutrición, se encuentra proliferación no específica de tejido conjuntivo; queda, por lo tanto, al clínico, el resolver cuál es la causa de la alteración anatómica encontrada por el laboratorista que no prejuzga sobre la condición real del enfermo, al cual desconoce en lo absoluto. Se limita únicamente a opinar sobre el dato objetivo que encuentra al microscopio. Como sobre el estudio histológico de la cirro-

sis existen numerosas escuelas que opinan en forma diversa, nos ha parecido excelente la forma de resolverlo con una sencillez absoluta: cirrosis, simple y llanamente; el laboratorio no puede o, más bien, no debe llegar a más. El clínico que dispone de muchos otros datos, deberá ser el que diga, en una labor de síntesis, cuál es el diagnóstico final.

Lo mismo sucede con el éxtasis sanguíneo, revelador de proceso circulatorio en el territorio de la vena cava o de la aurícula derecha, o incluso en otras cavidades cardíacas. No es posible que el anatomopatólogo sepa en dónde se encuentra la causa del problema circulatorio. En cambio el clínico sí puede recurrir a otros procedimientos exploratorios para poder fijarla con precisión. A nosotros nos ha bastado el dato escueto de éxtasis sanguíneo, para poder orientar el diagnóstico y las exploraciones subsecuentes para fijar si se trata de cardiopatía reumática, sifilítica o hipertensiva, de pericarditis constructiva, o de nefropatía.

Igual circunstancia ocurre con el éxtasis biliar; ya indicamos que es particularmente marcado en caso de procesos obstructivos y en cambio, es muy leve o no existe en caso de ictericias de origen hepático. Cuando el laboratorio nos reporta éxtasis biliar nos esforzamos por aclarar la causa del mismo. El último caso, cuya microfotografía presentamos, se refiere a una enferma de Comitán, Chiapas, quien consultó por accesos febriles intensísimos con ascensos hasta de 41 grados, precedidos de calofrío, seguidos de sudoración abundante, y acompañados de dolor epigástrico bastante violento. No es de extrañar que haya sido calificado como palúdica, tífica o brucelótica, en diversas consultas, dado que el cuadro era de naturaleza infecciosa. Al recordar los ataques de fiebre bilioséptica o hepatálgicos de Charcot, de la escuela francesa, identificamos el proceso como angiocolítico y solicitamos la punción biopsia: escuetamente nos contestó el laboratorio; éxtasis biliar, cirrosis y proceso inflamatorio no específico pericanalicular. Con estos datos confirmábamos la existencia del proceso obstructivo, la infección concomitante canalicular y la repercusión incipiente de cirrosis colostática. La enferma fue operada por E. Flores Espinosa y uno de nosotros, y se encontró: litiasis biliar con colecistitis crónica; por medio de colangiografía operatoria realizada por el doctor Coqui, además, falta de impregnación del colédoco en una zona muy limitada, con ausencia de imágenes calculosas dentro de los canales; dilatación mediana de los mismos. La causa de la obstrucción era de origen pancreático, por esclerosis difusa de esta glándula, predominante a nivel de la cabeza. La operación fue conducida por todos estos datos, recogidos en forma escalonada, y el resultado ha sido la curación de la enferma.

También hemos encontrado alguna divergencia de opinión con respecto a esteatosis. La escuela francesa, representada por Cachera,²¹ todavía establece diferenciación entre infiltración grasosa y degeneración grasosa del hígado, considerando en el primer caso solamente aumento de los depósitos de grasa, mientras en el segundo existe un proceso de transformación del protoplasma celular, en grasa. En todos nuestros enfermos se ha dicho sólo ESTEATOSIS para indicar el aumento de la cantidad de grasa en el hígado; creemos que esto es suficiente en la clínica, pues es probable que los dos estados sean sólo diversas etapas del mismo proceso degenerativo, que es fácilmente reversible en sus fases iniciales y posteriormente irreversible, y que provoca la muerte de los enfermos, con el cuadro de la atrofia amarilla aguda.

En los últimos 53 casos, contados a partir de noviembre de 1954, la concordancia de la clínica, el laboratorio, los rayos X, la confirmación operatoria o necrópsica y los datos proporcionados por el estudio de los pequeños fragmentos de hígado tomados con aguja de Vim-Silvermann, fue correcta en todos menos en dos. Un caso del doctor Rojas en el que palpaba una tumoración de epigastrio que pudo disociarse del hígado y sobre la cual se hizo la punción. El doctor Villaseñor reportó: fibroma formado sólo por tejido conjuntivo sin células malignas. La intervención quirúrgica demostró que se trataba de proceso maligno de estómago con metástasis hepáticas (seguramente la aguja cayó en un sitio del tumor en donde predominaba la reacción fibrosa); el segundo caso fue el de un paciente con carcinoma del sigmoides en el cual se hizo la punción biopsia de hígado tratando de buscar metástasis que hubieran hecho imposible el tratamiento operatorio; el doctor Villaseñor no reportó lesiones malignas en el fragmento remitido; la intervención demostró que sí existían lesiones metastásicas en hígado, pero eran muy pequeñas y no formaban nódulos en la superficie del hígado, y no eran por lo tanto, no demostrables a la palpación.

Estos dos casos confirman que la punción biopsia tiene limitaciones en todos los casos en que existen lesiones localizadas del hígado, como es el caso de los tumores especialmente si son metastáticos; en cambio, en las lesiones difusas: cirrosis, esteatosis de cierta magnitud, hepatitis, trastornos circulatorios o de obstrucción biliar, se tiene la casi certidumbre de que se tomará un fragmento en el cual el laboratorio pueda encontrar alteración histológica de valor clínico muy grande.

Aun en casos muy bien localizados tenemos en nuestra serie uno de granuloma tuberculoso, en el cual se advierten perfectamente las células gigantes y el infiltrado linfocitario que las rodea, y es pues, posible en

un estudio cuidadoso de los varios cortes que pueden hacerse del fragmento, encontrar alteraciones histológicas, aun muy limitadas.

En vista de nuestros resultados, hemos considerado la punción biopsia del hígado como una excelente ayuda a la clínica, tanto para establecer el diagnóstico, como orientar el tratamiento y el pronóstico, Tiene sus limitaciones y no está exenta de riesgos que pueden llegar a ser graves, pero debidamente manejada, con todas las precauciones que hemos venido indicando, la podemos calificar de inocua; tiene además, las ventajas de su sencillez, su facilidad de manejo, y el que se puedan tomar fragmentos de hígado en lugares donde no existen laboratorios de histopatología y remitirlos a México o a ciudades que puedan hacer el examen microscópico, sin que se moleste al paciente ni se le haga incurrir en gastos exagerados.

BIBLIOGRAFIA

1. Celis, A., Flores Espinosa, J., y Fregoso, J.: *Gastroenterology*. II. 2. p. 253. Aug. 1948.
2. Celis, A., Villalobos Ma. Elena y Flores Espinosa, J.: *Rev. Mex. Gastroent. Opacificación radiológica de la circulación hepática*. XV. 36. Mar.-Ab. 1950.
3. Acevedo, A.: *Hepatoneumografía*. *Rev. Mex. Gastroent.* En.-Feb. 1954.
4. Flores Espinosa, J., y Flores Espinosa, E.: *Quistes del hígado*. *Rev. Mex. Gastroent.* En.-Feb. 1950.
5. Beato Núñez, V., y Escalona, R. M.: *Rev. Cubana Gastroent.* IV. 3. p. 259. Jul.-Sept. 1954.
6. Caravati, Ch. M., y MacMillan, J.: *Gastroenterology*. *Rev.* 27. 5. p. 598. Nov. 1954.
7. Spellberg, A. M.: *Diseases of the liver*. Grune & Stratton, New York. p. 336. 337 y 351. 1954.
8. Ayala González, A.: *La peritoneoscopia en México*. *Rev. Mex. Gastroent.* 24. p. 331. Nov.-Dic. 1939.
9. Treviño, Norberto, y Treviño Peña, L.: *Alteraciones hepáticas y desnutrición. Esteatosis*. *Rev. Méd. Hosp. Gral.* XVIII. 2. p. 105. Feb. 1955.
10. Flores Espinosa, J., y Lases Parada, R.: *Patogénesis de las esteatorreas*. *Gaceta Médica Mexicana*. LXXXII. 1. 23. En.-Feb. 1952.
11. Flores Espinosa, J., y Herrera Téllez, R.: *Esteatorreas de origen endógeno*. *Gaceta Méd. Méx.* LXXXII. 5. 347. Sept.-Oct. 1953.
12. Flores Espinosa, J.: *Hambre en el adulto mexicano*. *Rev. Seguridad Social*. II. 8. p. 5. Mayo 1954.
13. Flores Espinosa, J.: *Síndromes hepato-lienales*. *Rev. Méd. Hosp. Gral.* VIII. 8. p. 710. Mayo 1946.
14. Flores Espinosa, J.: *Hemorragias en los cirróticos*. *Gaceta Méd. Méx.* 57. 1. p. 39. Feb. 1947.
15. Flores Espinosa, J., Acevedo, A., y Treviño, N.: *Tratamiento de la cirrosis. Hígado y bazo*. *Méx. I.* 1. p. 21. Mar. 1949.
16. Escotto, J., y Gutiérrez Garfias, A.: *Observaciones sobre el tratamiento de la cirrosis hepática*. *Rev. Mex. Gastroent.* XVIII. 106. p. 205. Jul.-Agosto 1953.
17. Flores Espinosa, J.: *Pronóstico y evolución de hepatitis por virus*. *El Médico*. p. 29. Jun. 1954.
18. Pick: *Citado por Rolleston y McNec. Diseases of the Liver*. Macmillan. p. 194. 1929.

19. Concato. Citado por Rolleston y McNee: Diseases of the liver. Macmillan. p. 193. 1929.
20. Chiari H. Citado por Spellberg: Diseases of the Liver. Grune & Straton. p. 327. 1954.
21. Cachera, R.: Alcoholismo y esteatosis del hígado. Conferencia en la Sociedad Médica del Hospital General. Méx. Ene. 1954.

RESUMEN

Basado en su experiencia de 150 casos, el autor analiza las ventajas que la biopsia de hígado tiene para establecer el diagnóstico y seguir el curso de las afecciones del hígado. Hace hincapié, asimismo, en sus limitaciones y en la necesidad de precisar sus indicaciones, de dejar su ejecución a una persona entrenada y de contar con la ayuda de un anatomopatólogo competente.

SUMMARY

Based on his experience in 150 cases, the author analyses the advantages of needle biopsy of the liver on the diagnosis and the follow-up of liver diseases. He also stresses its inconvenients and the need of a precise indication for it, as well as the need of a trained team, including a person experienced in its technique and a competent pathologist.