

EVALUACION DE LOS METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN UROLOGIA

B I O P S I A S

DR. HUMBERTO F.J. MUSSO (1)
(2)

La biopsia es un pequeño trozo de tejido extraído del organismo para ser examinado microscópicamente. En la gran mayoría de los casos, la biopsia se realiza para establecer un diagnóstico específico y excluir otras enfermedades o lesiones. Otras veces se utiliza con el fin de conocer el grado de extensión del proceso, establecer un pronóstico y determinar el tratamiento de elección o bien para valorar resultados del mismo.

En esta comunicación analizaremos brevemente el valor diagnóstico de la biopsia en riñón, vejiga, y próstata.

BIOPSIA RENAL

Las dos técnicas corrientemente usadas son: la biopsia por punción percutánea y la biopsia quirúrgica a cielo abierto. Los resultados de las primeras biopsias renales percutáneas fueron publicadas en 1950 por Pérez Ara. La técnica más usada es la de Muercke y colaboradores, utilizando la aguja de Vim Silverman con la modificación de Franklin.

En general, los resultados son positivos en el 80 a 90 por ciento de los casos y los accidentes más frecuentes son: hematurias micro y macroscópicas y hematoma perirrenal (cuadro 1). La biopsia quirúrgica a cielo abierto se realiza mediante lumbotomía mínima, obteniendo el material en forma directa o con aguja de punción con cualquiera de los modelos disponibles. Debe realizarse con anestesia general, la que no siempre es bien tolerada por los pacientes con insuficiencia renal o síndrome nefrótico. Los resultados son positivos en el 100 por ciento de los casos y su utilidad práctica disminuye cuando deben efectuarse biopsias iterativas.

INDICACIONES

La biopsia renal está indicada en toda afección renal difusa, en la que existan dudas en cuanto al diagnóstico y pronóstico y para seleccionar o controlar el tratamiento instituido (cuadro 2). Entre las de mayor interés práctico, mencionaremos los síndromes nefróticos, proteinurias aisladas o con hematuria y las insuficiencias renales agudas.

CONTRAINDICACIONES

Son absolutas y relativas. Entre las primeras, mencionaremos: presencia de un solo riñón, diátesis hemorrágica y paciente no cooperativo, Cuadro 3.

(1) - Jefe Servicio Urología, Sala 9 - Hospital Central J. B. Iturraspe (Santa Fé)

Las contraindicaciones relativas son, entre otras, las siguientes: tumores renales, riñones poliquísticos, hidronefrosis, abscesos perinefróticos, aneurismas, e anemias e hipovolemias severas (cuadro 4). La mortalidad por biopsia renal es escasa, aceptándose sólo un 0,17 por ciento.

RESULTADOS

Desde 1960 a 1964, hemos efectuado personalmente 20 punciones biopsias percutáneas, obteniendo material en solo el 50 por ciento de los casos. Como complicaciones, hemos observado hematuria microscópica en todos los casos y macroscópica solo en dos pacientes.

Desde 1965, realizamos las biopsias renales a cielo abierto, mediante lumbotomía mínima. En los 30 casos estudiados se obtuvo material suficiente por extracción directa con bisturí. Las complicaciones observadas fueron: 5 hematurias macroscópicas y un absceso de pared. En el siguiente cuadro (5), exponemos el diagnóstico y las edades de los pacientes estudiados.

CONCLUSIONES

La biopsia renal representa una valiosa contribución al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones renales difusas. Cualquiera sea la técnica empleada, debe ser reservada a centros especializados, donde el caso clínico pueda ser interpretado en estrecha colaboración por el clínico nefrólogo y el anatómo patólogo.

BIOPSIA VESICAL

El material vesical para biopsia puede obtenerse por los siguientes métodos:

1. Extracción del material en frío con pinza sacabocados (cold punch).
2. Extracción mediante resección endoscópica.
3. Extracción mediante pinzas endoscópicas rígidas o flexibles.

El grado de malignidad y la infiltración tumoral en la pared vesical, son factores de gran importancia para determinar el tratamiento a seguir y la curabilidad potencial del tumor. La biopsia vesical permite establecer el grado de malignidad en gran número de casos, pero sus limitaciones son mayores para determinar el grado de infiltración tumoral. El urólogo debe conocer estas limitaciones al evaluar clínicamente el grado de malignidad y el estado de infiltración del tumor, debiendo tener muy en cuenta los factores que influyen en la obtención de la biopsia y en la evaluación de sus hallazgos, los que se enumeran a continuación:

1. El carácter y comportamiento de los tumores vesicales.
2. El uso de instrumentos adecuados para su obtención.
3. La experiencia y habilidad del operador, del técnico laboratorista y del patólogo.

RESULTADOS

En la práctica, efectuamos la biopsia vesical con la pinza endoscópica

de Lowsley, aunque en algunas oportunidades hemos utilizado también la pinza flexible acoplada al cistoscopio. En 30 casos, hemos obtenido un 80 por ciento de coincidencias entre la evaluación clínico-quirúrgica y la histológica, ésta última realizada con las piezas operatorias.

CONCLUSIONES

La biopsia vesical permite habitualmente determinar el grado de malignidad de un tumor. En cuanto al grado de infiltración de la pared vesical, la biopsia ofrece un porcentaje de seguridad de un 40 a un 80 por ciento, lo que revela sus limitaciones en este aspecto del problema.

BIOPSIA DE PROSTATA

El diagnóstico positivo de carcinoma prostático, es absolutamente necesario antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento de la enfermedad. Sólo el estudio histológico, mediante la biopsia, proporcionará el diagnóstico exacto.

Las técnicas más empleadas para la obtención de biopsias prostáticas, son:

1. Biopsia perineal a cielo abierto.
2. Biopsia perineal por punción.
3. Biopsia transrectal por punción.
4. Biopsia perineal o transrectal por aspiración.
5. Biopsia retropúbica a cielo abierto.
6. Biopsia transúretral por resección endoscópica.

De todas estas técnicas, nos referiremos solamente a la biopsia por punción realizada por vía perineal, ya que es la única con la que tenemos experiencia. Existen numerosos modelos de agujas trocards, en nuestra práctica, utilizamos desde 1964, el modelo de Grusberg-Veenema.

La anestesia usada habitualmente, es la local infiltrativa, con xilocaína al 2 por ciento. En algunos casos de lesiones pequeñas con próstatas de tamaño normal, preferimos la anestesia general. Con el paciente en posición ginecológica, y colocando el índice de la mano izquierda en el recto, se repara la cara posterior de la próstata: la aguja de punción se introduce por el periné a uno o dos centímetros de la línea media y a un través de dedo por delante del ano. Previamente, se efectúa una pequeña incisión de piel a punta de bisturí.

La calidad de los fragmentos obtenidos ha sido satisfactoria en los 35 casos estudiados que comprenden nuestra casuística hospitalaria y privada. En todos ellos obtuvimos material suficiente para su estudio histológico.

En 20 pacientes, el diagnóstico de carcinoma resultó inequívoco con el material obtenido. En tres casos, se señaló el carácter sospechoso de la lesión, en 7 se diagnosticó lesión benigna y en los 5 casos restantes el material recogido estaba constituido por tejido fibroso y muscular.

Las complicaciones han sido relativamente escasas y todas benignas, correspondiendo a 10 casos de hematuria que cedieron rápidamente: un caso de retención aguda pasajera y dos hematomas perineales sin consecuencias.

CONCLUSIONES

En la práctica, el valor de la biopsia prostática por punción, puede resumirse así:

1. Permite confirmar la naturaleza maligna de una próstata clínicamente carcinomatosa, precisa la variedad histológica del cáncer y ayuda a sentar un pronóstico.
2. En caso de dudas, puede repetirse en varias ocasiones, con molestias mínimas para el paciente.
3. Permite seguir la evolución del tratamiento hormonal, repitiéndola periódicamente.
