

## GASTROENTEROLOGIA

# *La Punción - Biopsia Hepática con el Procedimiento de Menghini*

Dr. JORCE HADDAD Q. (\*)

### INTRODUCCIÓN

La punción-biopsia del **hígado** ha dejado ya de ser una novedad **como** recurso **diagnóstico**; una buena parte de los médicos **internistas** están cada vez más familiarizados con este procedimiento de indiscutible valor cuando se aplica en las indicaciones precisas y cuando se respetan las contraindicaciones. En los últimos años se ha avanzado un paso **gigantesco** con el apareamiento de un nuevo método que reduce casi a cero la morbilidad: el **procedimiento** del Profesor G. Menghini.

El presente trabajo nos abstendremos de **comentar** sobre los procedimientos más antiguos, ya que ellos son más conocidos, y sus **descripciones** pueden encontrarse en numerosas publicaciones médicas; **nuestro** objetivo ha sido el comprobar las bondades del método de Menghini, y establecer relación con otras estadísticas similares.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Los **riesgos** inherentes a la punción-biopsia del hígado (hemorragias, peritonitis biliares, etc.) **dependen** esencialmente de dos factores: 1) el diámetro exterior de la aguja, y 2) la duración de la maniobra. (2,7). La mortalidad debida al procedimiento ha oscilado entre 0.3 a 1.2 por ciento (5, 6).

Nosotros hemos practicado 5 punciones-biopsia utilizando la aguja y el método ideados por el Prof. Menghini, sin haber tenido mortalidad, y prácticamente sin complicaciones, lo cual coincide con las observaciones de Menghini (2), Parets y col. (5) Ramos y colaboradores (7).

*Descripción de la aguja.* La aguja de Menghini es la más pequeña de las ideadas para fines similares; su longitud es de 7 cm., habiendo una de uso pediátrico, de 4 cm. Ha sido construida en 5 diámetros: 1.9 mm., 1.6 mm., 1.4 mm., 1.2 mm. y 1 mm. La punta forma con la aguja un ángulo de 43' y es ligeramente convexa. En el interior de la aguja hay un clavito de 3 cm. con la punta truncada que bloquea el interior de la misma para evitar que durante la aspiración el material biopsia pase a la jeringa y se desintegre. (2, 5, 7) (Fig. 1).

---

< "i Del Departamento de Gastroenterología de La Policlínica, S. A. Instructor de Medicina. Facultad de Ciencias Medias, U.N.A.U.

## EL PROCEDIMIENTO DE MENGHINI

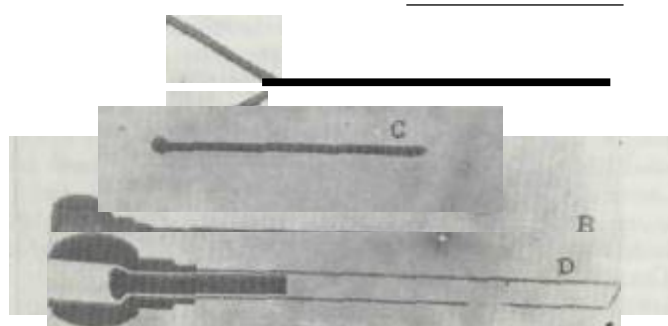


Fig. No. 1  
a) punzón; b) Aguja de **menghini**; c) Clavito; d) Corte longitudinal de la aguja armada

*Técnica.* La biopsia se obtiene por aspiración; se realiza a tal **velocidad** que la **fase** hepática di: la maniobra sólo dura un segundo, en tanto que con la **aguja de Vim-Silverman** esta etapa se **prolonga** por lo menos 20 segundos, aún en manos **experimentadas**. Se requiere para ello una aguja de **Menghini**, una **jeringa** de 20 cms. cúbicos, **solución** salina isotónica **estéril**, material de asepsia y de anestesia. Una vez anestesiados todos los planos de la pared, se amplía el trayecto de la piel con un punzón para que no dañe la punta de la aguja. La jeringa cargada con 5 cc. de solución salina se adapta cuidadosamente a la aguja, la que se va introduciendo **lentamente** instilando el suero para ir rechazando los pequeños fragmentos de tejido celular que podrían restar espacio al cilindro hepático que se persigue. Al llegar a **peritoneo** se nota una disminución brusca de la resistencia a la introducción de líquido. En este momento se pide al paciente que se detenga en espiración, se aspira tirando del embolo, y en un movimiento de un segundo se introduce y se retira la aguja. (5, 3) El resto de la solución en la jeringa puede pasar, con el fragmento de **tejido** aspirado, a un frasquito con solución de formol.

*Nuestra experiencia.* Incluimos los resultados de 75 punciones-biopsia practicadas con una aguja de 7 cm. por 1.4 mm. Solamente en dos casos el material fue **insuficiente**, según el patólogo. En un caso no obtuvimos ningún material, por mala adaptación de la jeringa a la aguja, y en uno obtuvimos pus en un paciente en quien no se había diagnosticado la existencia de una colección purulenta intrahepática; la intervención dos horas después evitó, probablemente, mayores complicaciones. Los casos fueron seleccionados así:

Instituto de Gastroenterología (Buenos Aires, 1959) .....	12
Hospital General San Felipe .....	55
Sanatorio Nacional para Tuberculosos .....	2
Casa de Salud La Policlínica .....	6

No se registró mortalidad, pero debemos aclarar que el procedimiento sólo se llevó a cabo en pacientes cuyo tiempo de protombina era no mayor de 20 segundos, sin hipertensión biliar importante, a quienes habíamos administrado 20 mgrs. diarios de Vit. K durante los 3 días anteriores (o hasta corregir el tiempo de protombina cuando éste era muy prolongado) y a quienes siempre hicimos preparar 500 cc. de sangre, que sólo llegamos a utilizar en un caso. Los enfermos guardaron reposo durante 24 horas después de la punción, en decúbito lateral derecho. El pulso y la tensión arterial fueron controlados durante el primer día, cada dos horas. En 9 casos hubo necesidad de administrar analgésicos por el dolor hemi torácico. La evacuación incompleta de la ascitis nos hizo repetir la punción, varios días después, en 4 casos. Consideramos contraindicaciones la existencia de ascitis, la sospecha de absceso hepático, la anemia pronunciada de cualquier tipo y la presencia evidente de obstrucción biliar.

En la tabla I resumimos los resultados de nuestra experiencia:

Nº	Paciencia	Edad	Diagnóstico histológico	Inclusión
1	L. R. D.	18	Hepatitis colangioliítica .....	43.556
2	F. F. S.	46	Cirrosis portal .....	43.236
3	F. Y. T.	65	Carcinoma metastásico .....	43.578
4	M. R. M.	54	Cirrosis portal .....	43.590
5	J. C. V.	43	Cirrosis post-necrótica .....	43.602
6	V. D.	47	Colestasis intrahepática .....	43.609
7	S. K. L.	35	Cambios inflamatorios inespecíficos .....	43.618
8	E. M. M.	32	Hepatitis "lupoide" .....	43.785
9	M. A. R.	22	Cirrosis post-necrótica .....	43.795
10	M. T. B.	26	Hepatitis viral .....	44.023
11	E. U. B.	70	Carcinoma secundario .....	44.165
12	T. W.	45	Hepatitis viral .....	44.179
13	A. F. R.	60	Cirrosis portal .....	1.902
14	A. M. R.	6	Hamartoma? Coristoma? .....	1.919
15	A. M. S.	60	Hepatitis colangioliítica .....	1.929
16	A. R. M.	48	Metamorfosis adiposa .....	1.946
17	L. G.	58	Cirrosis hepática, tipo portal .....	1.970
18	C. H.	36	Cambios inflamatorios inespecíficos .....	B-3621
19	M. M. M.	34	Hígado normal .....	B-3626
20	M. P. G.	43	Hígado normal .....	B-554
21	P. T.	35	Cambios congestivos moderados .....	B-559
22	J. A.	35	Cambios congestivos e inflamatorios .....	B-602
23	M. L. R.	36	Degeneración turbia e inflamatoria .....	B-708
24	A. T. R.	37	Posible carcinoma hepatocelular bien diferenciado .....	B-712
25	M. B. B.	53	Carcinoma hepatocelular casi indiferenciado .....	B-747
26	C. M.	30	Infiltrado inflamatorio mixto .....	B-1036
27	M. A. P.	43	Cirrosis portal .....	B-1222
28	A. G.	35	Infiltrado inflamatorio agudo .....	B-1416
29	A. R. G.	8 m.	Retención glicogénica hepática? .....	B-1566
30	E. A. P.	27	Hepatitis crónica .....	B-1475
31	L. M. G.	36	Cambios congestivos; cambios inflamatorios periportales .....	B-1604

Nº	Paciente	Edad	Diagnóstico histológico	Inclusión
32	R. G.	28	Hígado normal	B-1647
33	C. R. U.	37	Posible carcinoma hepatocelular	B-1708
34	J. B. V.	54	Hígado normal	B-1711
35	J. C. C.	50	Cirrosis portal	B-1814
36	F. A.	50	Cirrosis portal	B-1829
37	A. S. R.	46	Metamorfosis adiposa	B-2018
38	L. T. L.	49	Cirrosis portal	B-2108
39	J. Z. P.	46	Hígado cardíaco	B-2330
40	S. M.	35	Hígado normal	B-2399
41	M. A. P.	46	Cambios hiperplásicos e inflamatorios	B-2532
42	C. P.	32	Hígado normal	B-2620
43	M. E. G.	45	Metamorfosis adiposa	B-2632
44	M. A. P.	46	Cirrosis portal	B-2532
45	A. C.	34	Cambios congestivos e inflamatorios	B-2543
46	C. P.	32	Cirrosis portal	B-2685
47	M. G.	65	Cambios congestivos	B-2755
48	A. S.	54	Adenocarcinoma bien diferenciado del hígado, metastásico	B-2863
49	M. C. A.	43	Posible cirrosis. Muestra insuficiente	B-3190
50	C. G.	43	Pericolangitis marcada	B-3242
51	M. C. A.	43	Absceso hepático, etiología a determinar	B-3238
52	M. R.	45	Colangitis ascendente y colestasis intrahepática	B-3719
53	J. M.	65	Hígado normal	B-3815
54	R. L. A.	41	Hemocromatosis	B-3819
55	R. N. S.	49	Hígado normal	B-4120
56	J. I. S.	45	Adenocarcinoma de vías biliares con invasión hepática	B-4153
57	V. M.	54	Cirrosis hepática	B-4016
58	M. A. A.	43	Proceso inflamatorio crónico	B-4172
59	B. M.	32	Carcinoma hepatocelular	B-4195
60	J. R. R.	40	Hepatitis viral	B-4353
61	D. R.	35	Leves signos de regeneración	B-4388
62	S. S.	37	Inflamación crónica	B-4391
63	M. A. P.	45	Cirrosis portal	B-2637
64	J. A. V.	65	Adenocarcinoma metastásico de hígado	B-2686
65	L. L.	48	Adenocarcinoma bien diferenciado, metastásico	B-2772
66	J. C. H.	35	Adenocarcinoma metastásico, diferenciado	B-2805
67	H. N.	43	Metamorfosis adiposa	B-3016
68	J. H. V.	35	Colestasis intrahepática	B-3053
69	A. D.	29	Hígado normal	B-3059
70	S. A.	64	Hiperplasia hepatocelular con metamorfosis adiposa	B-3101
71	M. L. C.	22 ms	Cirrosis hepática	B-3934
72	R. W.	12	Hepatoma	B-3816
73	M. E. S.	5	Cirrosis hepática	B-3339
74	S. E. P.	43	Adenocarcinoma metastásico	B-3188
75	R. O.	57	Carcinoma hepatocelular	B-3296

• los pacientes 1 al 12 pertenecen al Instituto de Gastroenterología de Buenos Aires; 13 al 17, a. U. Casa de Salud, La Policlínica; 18 y 19 al Sanatorio «Nación» para Tuberculosos; el resto al hospital General San Felipe.

### COMENTARIO

Respetando las indicaciones y contraindicaciones, tomando las precauciones necesarias antes y **después** del procedimiento, y vigilando de cerca al enfermo en las 24 horas subsiguientes al mismo, hemos comprobado que el empleo de la **aguja** de Menghini no se asoció, en nuestra experiencia, a ninguna complicación de importancia. En un solo caso, la tensión arterial bajó a 70/40, 6 horas después, con un pulso rápido y débil; la administración de 500 c.c. de sangre normalizó las cosas. Ninguna muerte, ninguna peritonitis biliar, ni ningún otro incidente desagradable de los reportados con los demás procedimientos. Nuestros resultados están en un todo de acuerdo con 200 casos reportados por Menghini (2), Parets y col. (5) en 120 casos, y con Ramos y col. (7) en 250 punciones. Nuestros casos incluían un lactante de 22 meses y dos niños de 5 y de 12 años; en los últimos dos hubimos de lograr la apnea necesaria por un segundo, con el auxilio de un anesthesiólogo. Otro caso, el N° 29, de 8 meses, el de 22 meses y el N° 14, de 6 años, fueron hechos sin anestesia general, aprovechando el breve intervalo entre el llanto espasmódico del niño.

**Creemos** que con la notable disminución de los riesgos con este método, se habrá de generalizar más su empleo. La crítica más sistemática que se le ha hecho, es que a menudo la muestra es insuficiente, debido al escaso tamaño del cilindro obtenido; en nuestra opinión, ese argumento no se sostiene si vemos los resultados de los casos arriba tabulados, en los que han intervenido tres patólogos de esta ciudad. Y no haremos mención de los trabajos de otros autores, con patólogos de reconocida experiencia.

No obstante, consideramos oportuno recordar algunos detalles: 1) que la punción-biopsia sólo permite el estudio histológico de un pequeño cilindro de tejido hepático, sin informar sobre la totalidad del **parénquima** ni **sobre** su aspecto macroscópico. 2) Que gran número de las alteraciones encontradas no son específicas. 3) Que puede no haber correspondencia entre el examen **clínico**, los hallazgos funcionales humorales y los datos histológicos. 4) Que la eficacia del informe histopatológico varía en función de la experiencia del anatomopatólogo con el método. 5) Que en casos dudosos, dos patólogos pueden diferir en la interpretación de un mismo corte (1, 3, 4, 7).

### CONCLUSIONES

- 1) La aguja de Menghini reduce notablemente los riesgos de la punción-biopsia del hígado.
- 2) Deben respetarse las contraindicaciones establecidas para el procedimiento.
- 3) Debe vigilarse estrechamente al enfermo en las primeras 24 horas.
- 4) El empleo de esta técnica aumentará notablemente las indicaciones de la punción-biopsia del hígado.
- 5) Será posible así alcanzar un estudio más completo de las enfermedades hepáticas, si se basa el médico en una buena historia clínica, el hepatograma y el estudio histopatológico mediante la punción-biopsia, eventualmente completados por la observación laparoscópica (7).

### RESUMEN

Se describe un nuevo procedimiento ideado por el Prof. G. Menghini para la punción-biopsia del hígado. Se revisa la literatura al respecto, se hace una descripción del instrumento así como la técnica a emplear. Se presentan los resultados de 75 biopsias, comparándolos con los obtenidos en estudios similares por Menghini, Parets y col., y Ramos Mejía y colaboradores.

*B I B L I O G R A F Í A*

- 1.—Schaffner, F.: The clinical utilization of liver biopsy. *Med. Clin. of North Am.*, 44:709-725, 1960.
- 2.—Menghini, G.: One second needle biopsy of the liver. *Gastroenterology*, 35:190, 1958.
- 3.—Popper, H. y Schaffner, F.: Progress in liver diseases. Gruna & Stratton, 1961, p. 216.
- 4.—Popper, H. y Schaffner, P.: Liver, Structure and Function. New York, McGraw-Hill, 1957, p. 310.
- 5.—Parets, A., Schaffner, F. y Black, H.: Percutaneous biopsy with the Menghini needle. *Am. J. of Dig. Dis.*, 4:693-699, 1959.
- 6.—Sherlock, S.: Enfermedades del hígado y de las vías biliares; Bs. Aires, 1956, p. 78.
- 7.—Ramos, M., Villela, J. y Braier, L.: Un jalón en el progreso de la punción-biopsia del hígado; la aguja de Menghini. **Preña.** *Med. Arg.*, 48:174-176, 1961.