

BIOPSIA POR TROCAR ROTARIO (*)

Dr. Félix E. Leborgne

No es necesario insistir sobre la importancia de la biopsia para un diagnóstico correcto. En ciertos casos de lesiones tumorales, en una etapa inicial el diagnóstico clínico puede ser difícil y el estudio biopsico permite un diagnóstico precoz.

Para lesiones de la piel y de las mucosas, accesibles por los distintos métodos de examen endoscópico, existen una variedad de instrumentos, desde el bisturí y la tijera, hasta pinzas cortantes de diferentes formas que permiten obtener fragmentos de tejido para ser estudiados al microscopio.

En el caso de tumores sub-cutáneos, con piel no invadida, tales como de la mama, ganglios, glándulas salivares, seno maxilar, tumores de partes blandas y de hueso, la obtención de un fragmento tisular suficiente para estudio histológico configura un inconveniente que debe ser resuelto por medio de una intervención quirúrgica que si bien es simple, puede conducir a posponer el diagnóstico, sin contar con la resistencia que muchos enfermos presentan a este procedimiento.

La biopsia por aspiración resuelve esta situación por estudio citológico, que efectuado por expertos, este examen, es de utilidad indiscutible, pero no permite un diagnóstico topográfico.

Con la aguja de Silverman se puede obtener tejido suficiente para examen histológico y si bien la hemos utilizado en muchas circunstancias, consideramos que a pesar de ser un instrumento útil, la muestra de tejido es a veces pobre o se fracasa con frecuencia en obtener material adecuado. Por otra parte se deteriora fácilmente dada la constitución delicada del instrumento.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 3 de agosto de 1955.

Desde hace dos años empleamos un nuevo instrumento diseñado por Christiansen (1940), que nos está dando plena satisfacción.

Este instrumento inspirado en el "trocar" de Kirschner (1934) de Heidelberg se compone de trépanos o pequeños cilindros huecos de acero de dos y tres milímetros de diámetro, de extremidad afilada insertados en el eje de un pequeño motor

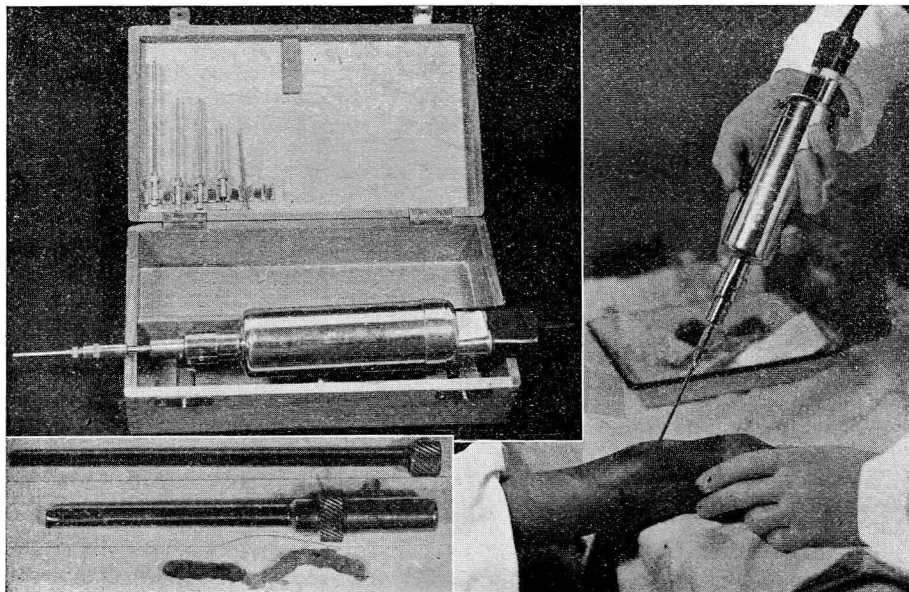


FIG. 1. Vista del instrumento y modo de empleo. Abajo y a la izquierda la muestra biopsica.

eléctrico, que le imprime un movimiento de rotación de unas 5000 revoluciones por minuto.

En esta forma se penetra la región a biopsiar y se aspira después con una jeringa un cilindro de tejido, que queda en el interior, de unos 2 y $\frac{1}{2}$ mms. de diámetro por 2 centímetros de longitud, lo que permite un excelente preparado histológico.

Para penetrar en el hueso hay trépanos con borde dentado.

Este instrumento de uso casi diario en nuestro Servicio, nos ha permitido obtener biopsias de muchos tumores del organismo.

Para el caso de tumor de la tiroides, aparte del interés diagnóstico, permite calcular la captación de radio-yodo por gramo de tejido, lo que es de interés primordial si se plantea la posibilidad de tratarlo con este isótopo radiactivo.

Técnica. — Previa desinfección de la piel se efectúa una anestesia de la región. Se inmoviliza el tumor con una mano, tratando de exteriorizarlo en lo posible. Se hace una pequeña incisión y se introduce el trépano girando a plena velocidad. En realidad la incisión de la piel no es en todos los casos necesaria. Una vez que se ha penetrado o traspasado la masa tumoral se desconecta el trocar del motor y se retira del organismo al mismo tiempo que se hace una aspiración con una jeringa de 20 c.c. para evitar que el cilindro de tejido quede adherido al tumor.

Dos objeciones pueden hacerse a esta técnica.

La primera es referente a la posible diseminación neoplásica.

La segunda a los inconvenientes que puede ocasionar por lesión de un vaso importante.

Respecto a la primera circunstancia, creemos que el riesgo de diseminación por biopsia para este método es el mismo que para otros métodos biópsicos, ha sido ya muy discutido y en realidad el peligro de la diseminación por la biopsia no ha podido ser demostrado, pero estamos seguros que es positivamente malo no hacer el diagnóstico apropiado.

Respecto a la lesión vascular, depende como es lógico del cuidado y del conocimiento que el operador tiene de la región en que efectúa este procedimiento y de la elección del caso. En nuestra práctica no hemos tenido ningún accidente.

Acompañando este trabajo se proyecta una película, del autor, mostrando la técnica de la biopsia en un cáncer de la glándula tiroides y los detalles de la determinación de la captación del I^{131} en el fragmento biópsico en un detector de centelleo de geometría de gran eficacia, casi 4π , detector tipo pozo y los dispositivos electrónicos complementarios.

Después de este procedimiento se procede a efectuar los cortes histológicos y autorradiografía.

Bibliografía

- CHRISTIANSEN, H. — “An aspiration Trepan for Tissue Biopsy”. Acta Radiol. 21: 349. 1940.
- CHRISTIANSEN, H. — “Biopsy with Rotating Trephine for the Purpose of Histologic Diagnosis”. Acta Radiol. 23: 147. 1942.
- KAAE, S. — “Trephine Biopsy Especially in Breast Cancer”. Acta Radiol. 30: 427. 1948.
- KIRSCHENER. — “Die Probebohrung”. Zentralblatt für Chirurgie. N° 38. Suiza. 1934.
- ROUSSEAU, J. — “La biopsie par forage ou “forage-biopsie”. Presse Médicale. 20: 423. 1954.

Dr. García Capurro. — Está en discusión el trabajo del Dr. Félix Leborgne: “Biopsia con trocar rotatorio”.

Dr. Ardao. — Creo que es muy interesante la observación que presenta el Dr. Leborgne y que puede ser un procedimiento valioso en la determinación de la captación del elemento radioactivo en determinadas lesiones del tiroides.

Ahora, en lo que se refiere a la biopsia en sí, como procedimiento diagnóstico, voy a decir aquí lo que hemos dicho ya alguna vez y creo haber repetido más de una vez en la Sociedad de Cirugía, a propósito de la Biopsia en general. El procedimiento que se presenta, es ciego. Puede ser falso en el diagnóstico y como intervención, peligroso por la hemorragia en lesiones muy vasculares que pueden estar en el tiroides, que pueden estar en los huesos, en los parénquimas. Puede ser falso en la toma de material que es abundante, abundantísimo. Para el diagnóstico histológico es útil la disposición arquitectural de los tejidos, y esta sería la finalidad de obtener abundante materia; pero la toma puede realizarse en partes de una lesión donde no es bastante característica, por procesos agregados, por degeneración, por necrosis. En general la finalidad de la biopsia, es determinar si se trata de un tumor, de un cáncer o no, de un tumor maligno o no.

En ciertas lesiones, como puede suceder en el seno, muchas veces la cancerización es parcial dentro de una masa o existen procesos agregados (focos de necrosis, focos de hemorragias, etc.), donde la toma con este procedimiento al azar, puede no dar la seguridad que se busca con la obtención de material abundante. Por otra parte como lo decía muy bien el Dr. Leborgne: enfermo al que se le difiere la biopsia, ya no vuelve. Y si se le hace la biopsia, común o con trocar o de cualquier tipo, no está en general dispuesto a que se le repita. Por otra parte la biopsia hecha en estas condiciones puede ser inútil como lo revela el caso presentado de la tumoración de la epifisis inferior del radio, y una vez abierto el camino, hay que hacer el tratamiento inmediato de la lesión, lo cual tiene que hacerlo otra persona.

La Biopsia Quirúrgica realizada por el cirujano, es una intervención

con una directiva que se lleva, en la que puede ser innecesario la toma del material y el cirujano que conoce la anatomía patológica del proceso, algunas veces procede sin obtener material para el diagnóstico del anatomopatólogo.

En las lesiones del seno y en las lesiones de los huesos, con mayor frecuencia, se tienen dudas diagnósticas y al proceder con la finalidad de hacer una toma biopsica sucede que el diagnóstico, rompe los ojos por tratarse de un proceso inflamatorio.

Realizar la toma sistemática puede ser innecesario y abierta la lesión, puede ser impostergable el tratamiento y esto debe resolverlo el cirujano.

La Biopsia Quirúrgica, hecha por el cirujano explorando y en buenas condiciones para hacer el tratamiento adecuado si es que la tiene suficientes garantías diagnósticas, por los datos objetivos (aún la biopsia extemporánea), yo creo que no puede ser sustituida por una toma mecánica y ciega, peligrosa y que puede ser ineficaz. Sigo creyendo que la biopsia quirúrgica hecha por cirujanos que toman la porción que les parece que es la conveniente, la del límite entre los tejidos normales y tejidos patológicos y que no cierra el camino para hacer el tratamiento de la lesión, es superior del punto de vista general, es decir, del punto de vista del porcentaje.

Estoy de acuerdo con el Dr. Leborgne que la biopsia, muy a menudo, en los servicios quirúrgicos, de mucha actividad, es una molestia. A menudo vienen de la sala de Medicina, de una policlínica, de otro lado, a intercalar en el programa operatorio del día, la extirpación de un ganglio supra clavicular, u otra cosa. Esto perjudica, molesta un poco, pero creo que del punto de vista de la seguridad diagnóstica, es superior.

Dr. Félix E. Leborgne. — Agradezco a los colegas que han discutido mi comunicación y comprendo el punto de vista del Dr. Ardao; no obstante creo que todo procedimiento biopsico está sujeto a ciertos riesgos indudables, si bien poco frecuentes (hemorragia, infección) y otros problemáticos enunciados teóricamente, tal la diseminación tumoral provocada por el traumatismo del tumor.

El procedimiento con trocar giratorio tiene también los inconvenientes y las limitaciones comunes a los otros métodos biopsicos, como la circunstancia ocasional de no obtener tejidos realmente representativos.

Los instrumentos y técnicas quirúrgicas tienen riesgos, tanto más grandes cuando no se las practica con la indicación y entrenamiento apropiados.

Sin embargo, la utilidad de la biopsia es un hecho reconocido casi universalmente, tanto en la práctica como en los trabajos de investigación.

Consideramos que este método biopsico no excluye los ya conocidos, y en algunos casos el procedimiento a cielo abierto puede tener ventajas. Pero hay circunstancias en las cuales el trocar giratorio puede ser aplicado ventajosamente, como ser: cuando se necesita un resultado que no convenga postergar, hecho frecuente en la práctica diaria; cuando por su situación el tumor o biopsar es de fácil abordaje al trocar giratorio y cuando se trata de tumores importantes subcutáneos o con piel ya infiltrada, donde conviene un mínimo de traumatismo a fin de evitar la ulceración secundaria.