

El citodiagnóstico peroperatorio en los cánceres de la cavidad abdominal * **

Dres. ROBERTO PERDOMO, PEDRO PASEYRO
y Br. MARIA A. PASSANO DE MOIZO

En 1951, Piaggio Blanco y Paseyro (1) se refieren por vez primera en nuestro medio al uso de la punción citodiagnóstica durante la intervención quirúrgica. Promueven su conocimiento y utilización por el cirujano, considerándola un método diagnóstico de gran utilidad. Insisten sobre la facilidad e inocuidad de la técnica.

Nuestra comunicación vuelve sobre el tema ante la Sociedad de Cirugía, aportando un grupo de observaciones recogidas en los últimos tres años.

Desde estas primeras líneas creemos conveniente subrayar dos aspectos importantes:

1º) La punción citodiagnóstica no debe ser confundida con la punción histológica, la que tiene por objeto la obtención de tejidos para estudio por el método de los cortes, y que requiere el uso de trócares especiales.

2º) No se trata de divulgar un procedimiento que se oponga o sustituya a la biopsia con fines histológicos. La biopsia sigue siendo aún el método directo más seguro y completo para el diagnóstico de las lesiones malignas en la gran mayoría de los casos.

Pero es de toda evidencia que *en ciertas circunstancias el cirujano no realiza la biopsia*, y toma sin ella decisiones tan trascendentales y opuestas como las que van desde una resección grave y extensa hasta el cierre simple y abandono. Sea porque le teme a una hemorragia o sim-

plemente a un hematoma que dificultará la disección posterior. Sea porque teme herir una víscera o canal íntimamente adherente o al que pertenece la lesión. Sea porque teme actuar sobre órganos como el páncreas que pueden originar graves complicaciones postoperatorias. Sea porque cree inconveniente para obtener una confirmación extemporánea, penetrar con el bisturí —o por excepción con un grueso trocar de biopsia histológica— en el seno de un tumor que ha de ser extirpado. Finalmente, porque la zona a biopsiar es de difícil o imposible acceso.

En esas circunstancias la punción citodiagnóstica encuentra un amplio campo de aplicación, sin interferir con la biopsia. A nuestro juicio, *cuando por alguna de aquellas razones se ha decidido no hacer biopsia* puede contarse casi siempre sin inconvenientes con el auxilio del diagnóstico citológico.

En otras ocasiones la biopsia se realiza, pero la incidencia de uno o más de los factores antes mencionados hace que *el sitio elegido no sea aparentemente el más propicio para el diagnóstico*.

Sucede también que se desea investigar varias estructuras lesionadas, pero los inconvenientes topográficos y el apremio del tiempo *limitan la acción a la toma de una buena, pero única biopsia*.

En las dos últimas situaciones, la punción citodiagnóstica puede ser *un eficaz complemento de la biopsia*, permitiendo estudiar las zonas requeridas y multiplicar rápidamente los exámenes. Hay pues complementación posible entre ambos métodos y no oposición.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. José A. Piquineña y del Laboratorio de Hematología del Hospital de Clínicas.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de junio de 1966.

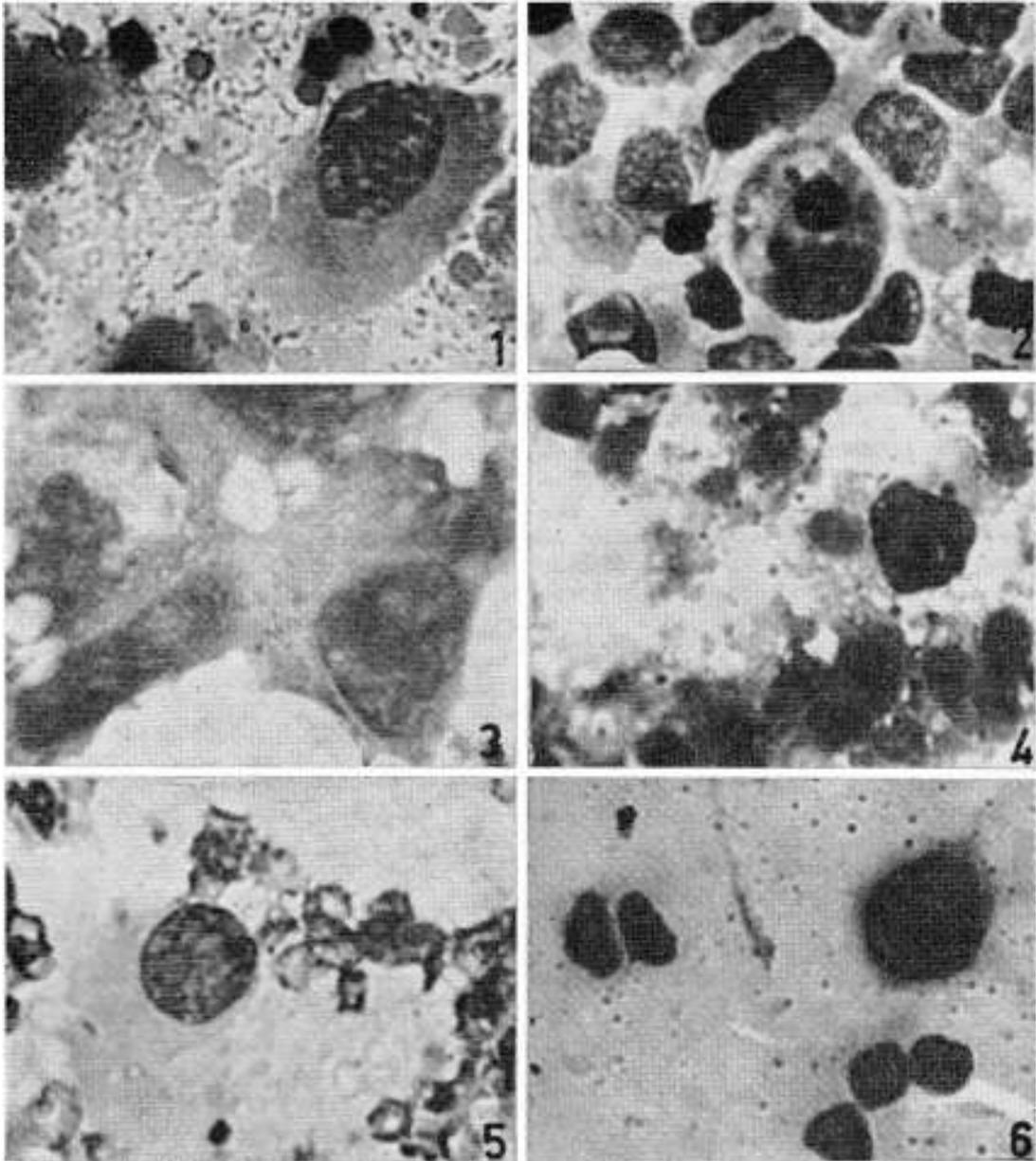


FIG. 1: *Citograma hepático. Metástasis carcinomatosa (Obs. 6).* FIG. 2: *Citograma hepático. Metástasis carcinomatosa (Obs. 6).* FIG. 3: *Citograma de cabeza de páncreas. Células atípicas (Obs. 27).* FIG. 4: *Citograma de páncreas. Células atípicas y necrosis (Obs. 27).* FIG. 5: *Citograma de tumor de colédoco. Células atípicas (Obs. 3).* FIG. 6: *Citograma ganglionar. Metástasis carcinomatosa (Obs. 6).*

MATERIAL Y METODOS

Usamos un equipo de jeringa y aguja fina, tipo intramuscular, calibre 23, bien adaptados y bien secos. En casos en que hemos debido actuar a mucha profundidad utilizamos aguja más larga, procurando el menor calibre posible.

Introducida la aguja en el proceso u órganos a estudiar y alcanzada la profundidad deseada dentro de éste, se aspira fuertemente con la jeringa. El material obtenido queda corrientemente dentro de la aguja; cuando existe gran licuefacción tisular o en procesos quísticos se lo observa a veces pasar a la jeringa.

Movilizando el émbolo proyectamos ese material, generalmente una gota, sobre una lámina portaobjeto y realizamos con la aguja su extensión en capa fina. La lámina es secada por simple agitación al aire, fuera ya del campo operatorio, y está en condiciones de ser coloreada y examinada de inmediato, o bien, conservada para su estudio posterior.

Un simple cambio de material permite realizar de inmediato otra investigación en el mismo o distinto lugar.

Hemos recopilado una serie de 31 pacientes, en los que se registran 53 punciones citodiagnósticas realizadas por diferentes cirujanos del Servicio Quirúrgico del Prof. Piquinela. Los citogramas fueron informados indistintamente por varios integrantes del Laboratorio de Hematología del Hospital de Clínicas. En 18 de esas observaciones la enfermedad neoplásica fue confirmada por el estudio anatomopatológico, mediante biopsia previa del tumor primitivo, estudio del material de exéresis, biopsia peroperatoria o autopsia.

La investigación estuvo orientada a determinar la presencia de un citograma característico de los procesos cancerosos, en el material obtenido por punción (figs. 1 a 6). En tal sentido los informes técnicos que consideramos positivos fueron de distinto tenor: a) células atípicas; b) necrobiosis de tipo tumoral; y c) falta de elementos inflamatorios y presencia de células sospechosas de atipia, a confrontar con los datos clínicos y de la exploración y a confirmar por la anatomía patológica. Este último tipo de respuesta, aunque menos categórico, conserva todo su enorme valor como elemento auxiliar en el diagnóstico de cáncer al que está enfrentado el cirujano. En efecto, ofrece un *citograma no inflamatorio y sospechoso de atipia* que debe ser balanceado con los restantes datos de la clínica y de la macroscopia lesional.

RESULTADOS

En los cuadros I y II se examinan los resultados generales. Se destaca nítidamente el alto número de respuestas positivas, en confirmación de la neoplasia o —por excepción— de otros procesos no cancerosos.

Las malas condiciones del extendido (esposos y no secados de inmediato por agitación) dificultan o hacen imposible la lectura del citograma. Esto y la aspiración de sangre por la aguja pueden ser causa de *resultados negativos*. La respuesta negativa se realizó pues, en dos variantes posibles: a) material en malas condiciones que no permite la lectura, o sólo sangre en el extendido; b) citograma que no muestra células atípicas ni otros elementos de valor diagnóstico. Obviamente, es solamente en este último caso que el resultado negativo tiene significación.

Tuvimos 6 punciones negativas en esta serie, la mayoría por material en malas condiciones. Una punción de cola de páncreas aparentemente sin lesiones (neoplasma de cabeza), mostró un citograma sin atipia celular.

En otras dos ocasiones se obtuvieron *citogramas positivos no atípicos*: uno mos-

CUADRO I

Citodiagnóstico peroperatorio

Material de estudio

Número de pacientes con cáncer abdominal estudiados	31
Con confirmación anatomopatológica	18
16 observaciones con punción única	16
15 observaciones con dos o más punciones	37
Total: 31 observaciones que corresponden a un conjunto de 53 punciones.	

CUADRO II

Citodiagnóstico peroperatorio

Resultados generales

Punciones positivas (47):

1) Citogramas atípicos:			
Páncreas	10		
Vías biliares	9		
Colon	1		
Hígado	13		
Ganglios	10		
Epiplón	1		
Tumor perirrectal	1	45	
2) Citogramas no atípicos:			
Reacción linfoide crónica	1		
Material hidático	1	2	47

Punciones negativas	6
Total de citogramas estudiados	53

trando una reacción linfoide crónica en un ganglio de apariencia metastásica, y otro presentando material hidático (cristales de colesterol y ganchos hidáticos) en un grueso nódulo hepático considerado como secundario por el cirujano. En estos pacientes el diagnóstico de cáncer fue establecido mediante punciones en otros puntos, realizadas simultáneamente, y que demostraron células atípicas.

No registramos observaciones de falso positivo o falso negativo.

Subrayamos el hecho de *no haber tenido complicaciones o accidentes atribuibles a la punción*, en cualquiera de los puntos en que fue realizada. Teóricamente, por otra parte, la mínima agresión tisular que ella condiciona la sitúa, entre los diferentes procedimientos de investigación diagnóstica directa, como el que ofrece menor riesgo de difusión neoplásica traumática.

En resumen, estimamos que la punción citodiagnóstica es un procedimiento de extrema sencillez y gran seguridad. El material que requiere su realización puede obtenerse de inmediato en cualquier sala de operaciones. Su tiempo de ejecución es mínimo y permite con extraordinaria rapidez efectuar varias investigaciones en diferentes puntos de interés.

COMENTARIOS

Los hallazgos de esta experiencia son analizados y comentados en las siguientes secciones, tomando como ejemplos las observaciones más ilustrativas.

I) Cáncer pancreático.

En 8 pacientes se realizaron diez punciones de páncreas con resultados positivos. Hubo un caso negativo a nivel de la cola y positivo en la cabeza, donde asentaba el tumor.

El páncreas es un órgano particularmente temido para la realización de la biopsia. En ninguno de nuestros casos se llevó a cabo. Se registran solamente una biopsia de epiplón y otra de conglomerado ganglionar sobre el pedículo hepático, que fueron positivas.

Obs. 2.—Ch. Y. W., 52 años. H. de Clínicas N° 185.878. Cuadro subagudo doloroso de abdomen superior. *Laparotomía exploradora*: aumento de volumen y consistencia de todo el páncreas; no metástasis. *Punción a nivel de cabeza, cuerpo y cola*. No biopsia.

Informe: Células epiteliales sospechosas de neoplasia; no elementos inflamatorios; aspecto similar en los tres extendidos. Fallece.

Autopsia: Carcinoma de páncreas que toma toda la glándula, pero predominando en cuerpo y cabeza.

Esta observación muestra no sólo la posibilidad de diagnosticar el cáncer pancreático, sino también de pesquisar su extensión a toda la glándula. No es necesario insistir sobre la importancia de esta precisión a los efectos de la táctica quirúrgica.

Obs. 9.—T. F. de G., 77 años. H. de Clínicas N° 203.400. Operada tres años antes: avenamiento biliar externo por diagnóstico de cáncer pancreático. No biopsia. Queda con fistula biliar externa total. Ingresa en estado de intensa desnutrición y deshidratación.

Laparotomía exploradora: Vesícula sin lesiones, fistula coledociana, tumoración dura de cabeza de páncreas, adenopatía en pedículo hepático adherente a la vena cava. Colectistectomía. Coledocoduodenostomía.

Punción de la tumoración pancreática y ganglionar: No biopsia.

Informe: a) Páncreas con citograma a células monomorfas, posiblemente atípicas. b) Ganglio con citología de metástasis. Fallece. No autopsia.

Anatomía patológica: Vesícula de colecistitis crónica inespecífica en actividad; no se observan elementos neoplásicos.

En este caso, pese al aspecto de las lesiones encontradas, la evolución de tres años con relativa tolerancia hizo pensar en la posibilidad de una pancreatitis crónica pseudotumoral. Se desestimó la biopsia por no arriesgar una complicación y ahorrar tiempo en una paciente de muy escasas resistencias generales. *La punción citodiagnóstica con informe extemporáneo*, aseguró que se trataba de un cáncer con metástasis ganglionar.

Obs 31.—R. G. F. de P., 56 años. H. de Clínicas N° 61.112. Ictericia obstructiva.

Exploración quirúrgica: a) Vesícula litiásica con engrosamiento parietal sospechoso de neoplasia (*biopsia*, colectistomía). b) Tumoración sobre pedículo hepático principal (*biopsia* de un fragmento). c) Tumoración cefalocorporal de páncreas (*punción*, no biopsia).

Informe biopsias: a) Colecistitis aguda difusa tipo flemonoso sobre fondo de colecistitis

crónica. b) Tumoración pedículo hepático, *nidos de células tumorales tipo epitelial*.

Informe punción pancreática: Se obtuvo líquido de aspecto mucopurulento. Al examen microscópico se observa pus, necrosis y células atípicas morfológicamente, a controlar histológicamente.

Ilustra esta observación la *eficaz asociación y complementación de la punción citodiagnóstica a los estudios biopsicos*. Merced a ello fue posible desechar el diagnóstico de cáncer de la vesícula por el de cáncer pancreático con metástasis sobre el pedículo hepático. Y muestra también como el cirujano decide antes la biopsia en otras topografías lesionales que en la glándula pancreática. Por último, puede observarse que el informe anatómopatológico, al no reconocerse estructura de órgano o tejido, establece el diagnóstico de cáncer en base a figuras citológicas: "nidos de células tumorales tipo epitelial".

II) Cáncer de la vía biliar extrahepática.

En 9 observaciones positivas de esta variedad, encontramos ocho cánceres de vesícula y un cáncer del colédoco a nivel del confluente cisticocoledociano.

También en el cáncer de la vía biliar resulta difícil realizar la biopsia del tumor primitivo, a menos que se estime posible su exéresis inmediata. Se hicieron solamente dos biopsias: a) de una gruesa masa vesicular, sin penetrar en la luz; y b) luego que el tumor se abrió conjuntamente con la luz vesicular en el curso de la liberación y exploración en el segundo caso. Ambas con resultado positivo. En otra observación se tomó biopsia del fondo vesicular, en zona aparentemente no invadida por el cáncer, y se encontró una linfangitis neoplásica retrógrada.

En efecto, la penetración en el espesor de la vesícula tumoral con fines biopsicos, coloca al cirujano en la disyuntiva de debilitar la pared o aun de producir una solución de continuidad parietal a través del tejido canceroso. Cuando una cierta extensión de la pared vesicular parece no invadida por el tumor, la abertura a ese nivel para exploración endocavitaria y biopsia obliga a decidir luego una colecistostomía, que pondría al tumor en relación con el exterior, o un cierre simple o la incisión de porvenir incierto.

OBS. 3.—P. P. T., 65 años. H. de Clínicas N° 185.714. Ictericia obstructiva.

Exploración quirúrgica: Pequeño nódulo de unos 8 mm. de diámetro que se palpa a través de la cara posterior del páncreas y es evidentemente el factor de obstrucción coledociana completa; vesícula distendida; no metástasis. Se resuelve diferir la exéresis hasta mejorar las condiciones generales del paciente. Colecistoyeyunostomía. *Punción del nódulo.* No biopsia.

Informe: Células atípicas. Fallece.

Autopsia: Adenocarcinoma vegetante a nivel del confluente cisticocoledociano que bloquea ambos canales e impide el funcionamiento de la colecistoyeyunostomía. No se comprueba nada anormal en relación a la punción realizada.

En este paciente la biopsia a través del páncreas estaba naturalmente contraindicada. Se trataba de un tumorcillo de volumen mínimo y de tal topografía que pareció imposible su estudio aun a través de una coledocostomía. En esas condiciones la punción permitió el diagnóstico positivo sin ningún incidente (fig. 5).

OBS. 15.—P. V. C. de L., 56 años. H. de Clínicas N° 211.491. Ictericia obstructiva.

Exploración quirúrgica: Tumor vesicular, nódulos hepáticos y en epiplón, adenopatías de aspecto metastásico. Biopsia de epiplón.

Punción de pared vesicular (no penetrante) y de nódulo hepático.

Informe biopsia: No se encuentran lesiones.

Informe punciones: Células atípicas en ambos extendidos.

El cirujano establece aquí que no realizó la biopsia del tumor vesicular por temor a la fístula postoperatoria y frente al aspecto evidentemente canceroso de las lesiones. Sin embargo, una biopsia de epiplón aparentemente lesionado resulta negativa. Los citogramas confirman el diagnóstico y son, una vez más, ejemplos de la valiosa asociación de biopsia y punción.

III) Cáncer de colon.

Poseemos una observación aislada, relativa a un tumor de colon ascendente. De todos modos, estimamos grande su interés, pues demuestra la posibilidad de hacer extensiva la punción citodiagnóstica a los tumores del tubo digestivo, sea realizada directamente sobre el tumor sin penetrar en la luz intestinal, sea "a posteriori" de su abertura con fines de exploración, en cuyo caso es factible asociarla a la biopsia.

OBS. 26.—T. G. R. de C., 69 años. H. de Clínicas N° 227.148. Historia imprecisa de sufrimiento digestivo. Radiografía sospechosa de lesión gástrica tumoral.

Exploración quirúrgica: Estómago normal. Hallazgo sorprendente de una tumoración del cecoascendente. Nódulos duros paracólicos que impresionan como ganglios metastásicos. *Biopsia de un nódulo.*

Informe extemporáneo de la biopsia: Flegmón.

Punción directa del tumor. Informe citológico extemporáneo: No hay elementos inflamatorios, citograma monomorfo a nuestro juicio atípico. Diagnóstico presuntivo de tumor maligno aunque condicionado a la clínica y al examen macroscópico y a confirmar histológicamente. Ileo-colectomía derecha con ileo-transversostomía.

Informe anatomopatológico: Pieza de resección ileocólica. Neoplasma infiltrante y ulcerado de primera porción de colon ascendente, constituido por acinos glandulares atípicos y masas sólidas, con infiltración de todas las capas y exteriorización. *Metástasis en ganglios yuxta y epicólicos.*

Esta observación permite apreciar: a) la punción directa del tumor de colon, de otro modo imposible de estudiar a menos de abrir el intestino no preparado y contaminar el campo operatorio; b) la rapidez de la información obtenida; c) la toma de un elemento negativo para la biopsia aun en medio de otros colonizados; c) nuevamente el valor de asociar biopsia y punción citodiagnóstica para ampliar la información y apuntalar un método con el otro.

Naturalmente, la punción no está exenta del riesgo de producir contaminación peritoneal en los tumores infectados del tubo digestivo. No obstante, creemos que el uso de aguja fina reduce el riesgo al mínimo y sobre todo si se punciona en el espesor de la masa tumoral, procurando no penetrar en la luz intestinal. Esto es relativamente fácil de lograr penetrando tangencialmente en la zona infiltrada parietal.

IV) Metástasis hepáticas.

Recopilamos catorce punciones hepáticas positivas: trece en hígados secundarios (metástasis nodulares varias o múltiples o invasión de vecindad) y una en un quiste hidático involucionado. Se realizaron cinco biopsias. Obviamente, el hígado junto con los ganglios y el epipón, son los pro-

veedores de biopsia más comunes durante las operaciones abdominales.

Sin embargo, la biopsia hepática no siempre es posible y se realiza sobre todo cuando existen lesiones cercanas al borde anterior de la glándula. Piaggio Blanco y Paseyro (1) destacan que existen zonas difíciles de biopsiar: alejadas del borde, situadas cerca del hilio y en la profundidad del parénquima. En esos casos la punción logra realizar la investigación directa necesaria.

OBS. 29.—D. P. M. N., 57 años. H. de Clínicas N° 235.926. Tumor primitivo gástrico inextirpable. Nódulos en Douglas. *Nódulos hepáticos inaccesibles a la biopsia*, alejados del borde hepático. No biopsia. *Punción de un nódulo hepático utilizando aguja larga.*

Informe: Metástasis neoplásica.

OBS. 1.—T. D. A., 84 años. H. de Clínicas N° 133.547. Neoplasma de recto con infiltración pélvica. Cuadro suboclusivo. Biopsia confirmatoria del tumor rectal.

Laparotomía en fosa iliaca izquierda para ano ilíaco definitivo y exploración. Infiltración pelviana masiva. *Nódulos hepáticos.* Se introduce una mano de referencia en el vientre y atravesando la pared abdominal con la aguja, a nivel de epigastrio, se punciona uno de los nódulos hepáticos.

Informe: Necrobiosis tumoral.

La maniobra realizada en este paciente, sencilla y segura, permitió confirmar el diagnóstico de metástasis hepática, que de otro modo quedaría referido solamente a los datos palpatorios.

Otro aspecto a tener en cuenta, que señalan también Piaggio Blanco y Paseyro (1), es la posibilidad de confundir con metástasis lesiones hepáticas de otra naturaleza, lo que obliga a estudiarlas siempre por biopsia o por punción.

OBS. 28.—M. R. R. C. de C., 42 años. H. de Clínicas N° 235.886. Tumoración estenosante de colon cercana al ángulo izquierdo, invadiendo cara posterior gástrica sobre gran curva. Nódulos en epiplón gastrocólico íntimamente adherentes al colon e inseparables de éste a los efectos de la biopsia. *Grueso nódulo hepático solitario* en cara superior de lóbulo derecho, invadiendo lóbulo izquierdo, que se interpreta como una gruesa metástasis. Se toma *biopsia del borde hepático*, que queda separada del nódulo por ser éste inaccesible. *Se recoge líquido de lavado peritoneal.*

Punción del nódulo hepático, obteniéndose un material líquido, espeso, de aspecto necrótico. *Punción de uno de los nódulos yuxta-cólicos.*

Informe anatomopatológico: a) Biopsia hepática, hígado con zona de fibrosis, sin le-

sion neoplásica. b) Líquido de lavado peritoneal: abundantes *células sugestivas de malignidad*.

Informe citológico: a) Nódulo hepático: *cristales de colesterol y ganchos hidáticos*. b) Nódulo yuxtacólico: *metástasis neoplásica*.

Esta observación pone de relieve: a) las dificultades que suelen existir para tomar una biopsia en sitio de elección (hígado en el lugar del nódulo o ganglio íntimamente unido al colon). b) la posibilidad de atribuir a una metástasis una tumoración hepática de origen hidático; c) la capacidad de la punción para alcanzar ambos procesos, sin riesgo aparente, y realizar el diagnóstico positivo.

V) Metástasis ganglionares.

Piaggio Blanco y Paseyro (1) afirman que "el método citológico es excelente para el diagnóstico diferencial de las afecciones ganglionares: linfogranulomatosis maligna, adenopatías malignas primitivas del grupo del linfosarcoma, metástasis epiteliomatosas, tuberculosis ganglionar (en ciertos casos) y las adenitis inflamatorias reaccionales". Agregan que el diagnóstico es seguro, que es posible explorar numerosos ganglios sin necesidad de extirparlos, y que se pueden investigar ganglios situados en regiones peligrosas o alejadas para la biopsia. Estos aspectos se registran en nuestras observaciones, que comprenden un grupo de once punciones ganglionares positivas.

Obs. 10.— P. L. de C., 60 años. C.A.S.M.U. N° 193.781. Infiltración a nivel del cuello vesicular invadiendo pedículo hepático; la pared vesicular en fondo y cuerpo es de aspecto y consistencia normal. *Ganglios duros en pedículo hepático y cadena coronaria estomáquica*. Colectotomía: piocolecisto con múltiples cálculos pequeños; bloqueo completo del cuello vesicular y cístico por la infiltración de tipo tumoral. *Biopsia de vesícula en zona fúndica de apariencia normal*. Punción de la tumefacción del cuello paralela a la luz de la vesícula y de las adenopatías del pedículo hepático y coronario, cuyas íntimas adherencias a las estructuras vasculares y viscerales hacían peligrosa la biopsia. Cierre simple de la colectotomía; avenamiento subhepático.

Informe biopsia fondo vesicular: Cavidades subserosas de aspecto linfático que contienen émbolos carcinomatosos (linfangitis neoplásica retrógrada).

Informe citológico: Células atípicas en los tres extendidos (vesicular y ganglionares).

Obs. 22.— J. G., 58 años. H. de Clínicas N° 217.760. Ictericia obstructiva. Nódulo de cabeza de páncreas; ligera induración del resto de la glándula; ganglio supraduodenal. Se intenta efectuar biopsia de este ganglio y se debe resistir por su íntima adherencia al pedículo hepático principal. Colectostoyunostomía. Punciones en cabeza y cola de páncreas y del ganglio supraduodenal.

Informe citológico: a) Cabeza de páncreas, células atípicas. b) Cola de páncreas, no se observan células atípicas. c) Ganglio, reacción linfoide crónica, no metástasis.

VI) Invasión tumoral perivisceral.

En ciertos casos el cirujano que completa la resección de un tumor visceral, queda con dudas acerca de si una zona indurada que fue preciso dejar "in situ" por no poderse extender más allá la exéresis, es o no material neoplásico dependiente de la propagación directa perivisceral del tumor o de la infiltración linfática regional, donde la estructura ganglionar macroscópica se halla alterada e irreconocible como tal. La punción citodiagnóstica puede ser entonces un precioso auxiliar como lo demuestra el siguiente ejemplo.

Obs. 4.— A. P. V., 50 años. H. de Clínicas N° 186.942. Neoplasma de canal anal con diagnóstico confirmado por biopsia. Irradiación y mejoría nítida.

Segundo tiempo: Operación. Amputación abdominoperineal de recto y ano, con ano ilíaco definitivo. Luego de la liberación del recto de la pared pélvica, se comprueba la existencia de un nódulo irregular y duro contra el origen de los vasos hipogástricos izquierdos, cuya extirpación no se estima conveniente — como tampoco la biopsia — visto el riesgo de provocar una grave hemorragia. *Punción y colocación de un agraffe en ese lugar para referencia radiológica.*

Informe citológico: Abundante material con aspecto de necrobiosis tumoral.

Anatomía patológica: Pieza de amputación anorrectal. Carcinoma malpighiano poco diferenciado que infiltra la profundidad de la pared y compromete músculo liso y estriado. *Grueso nódulo perirrectal con aspecto de crecimiento infiltrante perirrectal.*

Tercer tiempo: Irradiación electiva del área señalada por el agraffe en la pared pelviana.

Este es otro ejemplo de aplicación del diagnóstico citológico por punción a las zonas sospechosas residuales postresección neoplásica, que puede combinarse a la referencia radiológica con fines de tratamiento radiante.

VII) Cáncer renal.

Piaggio Blanco y Paseyro (1) establecen la posibilidad de aplicar el diagnóstico citológico al estudio de los tumores renales en el curso de la intervención. No hemos tenido oportunidad de repetir esta experiencia.

CONCLUSIONES

1º) La punción citodiagnóstica se demuestra como un muy útil auxiliar para el diagnóstico de los cánceres de la cavidad abdominal durante la intervención quirúrgica.

2º) Su uso es aconsejable especialmente en aquellos casos donde la biopsia resulta peligrosa o imposible de efectuar.

3º) Realiza una forma de asociación con la biopsia —cuando ésta es factible— de gran eficacia a los fines del diagnóstico. Se logra así un balance completo de las lesiones cancerosas y la puesta en evidencia de procesos de otra naturaleza que simulan el cáncer o sus metástasis.

4º) Su ejecución no requiere material especial. Demanda solamente un mínimo de tiempo, lo que permite la multiplicación rápida de la investigación a distintas topografías de interés.

5º) Ofrece seguridad en el diagnóstico cuando es positiva, sobre todo a nivel de hígado y ganglios, y también seguridad en materia de ausencia de complicaciones e incidentes.

6º) Encuentra particular aplicación en las siguientes circunstancias: a) tumores del páncreas y las vías biliares, donde la biopsia es contemplada con justificadas reservas por el cirujano; b) tumores del tubo digestivo cuando se desea efectuar su investigación directa sin penetrar en la viscera; c) tumoraciones hepáticas y ganglionares cuando las zonas o unidades lesionadas no resultan accesibles o muestran conexiones de riesgo para la biopsia; d) zonas residuales con aspecto de infiltración tumoral postresección, donde no es conveniente ampliar la exéresis o tomar biopsia.

SUMARIO

Los autores analizan la experiencia obtenida con el uso de la punción citodiagnóstica peroperatoria en 31 pacientes portadores de cánceres viscerales de la cavidad abdominal, con manifestaciones primitivas en páncreas, vías biliares y colon, y secundarias en hígado, ganglios y epíplon.

Destacan la sencillez e inocuidad del procedimiento, así como la posibilidad que ofrece de investigar zonas alejadas o de difícil acceso y de su utilización repetida con pérdida mínima de tiempo.

Los resultados obtenidos demuestran el valor de la punción citológica como auxiliar del diagnóstico, aplicada a los procesos tumorales hallados en el curso de las operaciones abdominales.

Se puntualiza en qué circunstancias puede sustituir a una biopsia que se desecha por riesgosa o imposible de realizar, y cómo contribuye a complementar la información diagnóstica cuando se la asocia a aquel método anatomopatológico.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent l'expérience obtenue avec l'usage de la ponction cyto-diagnostique peropératoire dans 31 malades porteurs de cancers de la cavité abdominale, avec des manifestations primitives dans le pancréas, les voies biliaires, et le côlon, et secondaires dans le foie, les ganglions lymphatiques et l'épiploon.

Ils detachent la simplicité et l'innocuité du procédé, ainsi que la possibilité qu'il offre, d'investiguer des zones éloignées ou d'accès difficile, et de son emploi itératif avec une minime perte de temps.

Les résultats obtenus démontrent la valeur de la ponction cytologique comme un auxiliaire du diagnostic applié aux procès tumoraux trouvés au cours des opérations abdominales.

On établit les circonstances où elle peut substituer à une biopsie qui a été dédaignée en raison de son risque ou de l'impossibilité de réalisation, et comment elle contribue à compléter l'information diagnostique quand elle est associée à la biopsie anatomopathologique.

SUMMARY

A survey is carried out of the use of pre-operative cytological puncture for diagnostic purposes in 31 patients with abdominal cancer, with primary manifestations in the pancreas, biliary duct and colon, and secondary ones in the liver, lymphnodes and omentum.

Attention is drawn to the simplicity and harmlessness of the procedure the possibility it offers to investigate distant or little accesible areas, and its repeated use with hardly any loss of time.

Available results demonstrate the usefulness of cytologic puncture as a diagnostic aid in the detection of tumor processes met with in the course of abdominal operations.

Also dealt with the circumstances wherein it may substitute a biopsy discarded as hazardous or impracticable and how it helps in supplementary diagnostic information when associated with the fero-going pathological assay.

taje de 60 % se han hecho diagnósticos precisos y también quiero recalcar que nunca nos vimos en la situación de un falso positivo. También quiero agregar que no hemos observado complicaciones en todos aquellos enfermos que son tratados adecuadamente.

Antes de terminar, quiero relatar un caso donde la punción citodiagnóstica nos permitió la catalogación precisa del proceso antes de tener el estudio histológico. Se trata de una paciente que es operada por tumor de cuerpo y cola de páncreas. En la exploración quirúrgica pudimos comprobar que dicho tumor infiltraba colon y estómago. Sólo tomamos un ganglio para biopsia, ya que temíamos la fistulización del páncreas si hacíamos una toma del propio tumor. Entonces procedimos a realizar una punción con aguja fina a través del estómago y el estudio citológico del material así obtenido permitió hacer diagnóstico de cáncer pocos momentos después. Al salir de la sala de operaciones estábamos en condiciones de informar a la familia acerca de la naturaleza del proceso. Cinco o seis días después el informe histológico reafirmó el diagnóstico de cáncer.

En varias ocasiones más he realizado este procedimiento y el resultado ha sido el mismo.

Ahora sólo me resta felicitar a los autores y estimularlos para seguir en esta vía de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. PIAGGIO BLANCO, R. A. y PASEYRO, P. El citodiagnóstico realizado durante la intervención quirúrgica. Citodiagnóstico intraoperatorio. *Arch. Urug. Med. Cir y Esp.*, 39: 60, 1951.

DISCUSION

Dr. Priario: Como uruguayo siento gran satisfacción de haber escuchado este trabajo y de poder comentarlos.

Como ustedes saben, la técnica del estudio citológico por punción ha sido desarrollada por primera vez por el Dr. Paseyro y sus discípulos. En otras partes del mundo se estudia exclusivamente la citología exfoliatrix, pero el estudio del material obtenido por punción de los tumores, es original del Dr. Paseyro.

Podemos ahora referirnos a nuestra experiencia del Hospital de Clínicas, del C.A.S.M.U. y de la actividad privada. Desde hace casi diez años ordenamos este estudio a todos los tumores mamarios y también en los tumores de las partes blandas. En el curso de los últimos años también lo practicamos en los tumores tiroideos. Debo decir que en un porcen-

Dr. Perdomo: Agradezco la atención prestada y los comentarios realizados.

Es de interés destacar la necesidad de contar con personas que sepan realizar un diagnóstico citológico. En este sentido ya el doctor Paseyro ha expresado que podemos contar con un calificado grupo de técnicos capacitados para ello.

La citología en su aspecto exfoliatrix es una técnica de estudio y aplicación universal, de campo cada vez más extenso. Pero la citología realizada en material recogido directamente por punción de los procesos tumorales, sea en la clínica o, como lo preconizamos, también durante el acto operatorio, es un valioso procedimiento diagnóstico que ha recibido particular impulso en nuestro país a través de los trabajos de Piaggio Blanco y Paseyro.

Bajo el aspecto que consideramos en esta comunicación, reiteramos que el cirujano puede recibir importante información del citólogo. Y ello en forma inmediata y en los momentos de mayor necesidad: cuando se actúa a vientre abierto y cuando es preciso tomar una resolución segura en base a hechos comprobados. Bastará con que el procedimiento se tenga presente antes y durante el acto operatorio. Se dispondrá así —en conjunción con la biopsia, de ser posible— de un elemento más, capaz en muchos casos de proporcionar una seguridad mayor.