

BIOPSIA HEPÁTICA



Dr. LUIS CALZADILLA BERTOT

Instituto de Gastroenterología

Paul Ehrlich: Primera biopsia percutánea 1883 Alemania

Menghini: Desarrollo de la "técnica de 1 segundo" 1923

Su baja mortalidad (0.01%-0.17%) y la relativa baja morbilidad de este proceder ha difundido mundialmente su uso (Sherlock 1997).

Gold standard

Debido al desarrollo de nuevas tecnologías médicas (terapéutica y diagnóstico) y especialmente en el campo de la imagenología, sus indicaciones están sujetas a continuos cambios

TIPOS DE BIOPSIA HEPATICA:

- TRANSTORACICA (MÁS FRECUENTE)
- SUBCOSTAL

MODALIDADES:

- A CIEGAS
- BAJO CONTROL ECOGRAFICO DEL PUNTO DE PUNCION
- GUIADA BAJO CONTROL ECOGRAFICO.
- TRANSVENOSA
- POR LAPAROSCOPIA
- PAAF

TIPOS DE AGUJAS

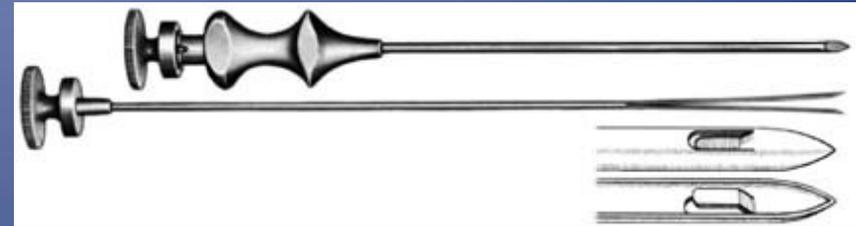


SUCCION:

- MENGHINI
- KLATSKIN
- JAMSHIDI

CORTE:

- TRUCUT
- VIN SILVERMAN



AGUJAS DE DESCARGA
CON DISPARO AUTOMÁTICO

INDICACIONES

- Confirmación diagnóstica de la Hemocromatosis y de la Enfermedad de Wilson
- Hepatitis Crónica B y C (situaciones específicas)
- Diagnóstico de lesión focal hepática
- Hepatitis fulminante de etiología no precisada
- Evaluación de los transplantados.
- Evaluación de enfermedades colestásicas crónicas
- Alteración en las pruebas hepáticas y o hepatomegalia de causa no precisada
- Hipertensión portal
- Esteatohepatitis no alcohólica y hepatopatía alcohólica
- Fiebre de origen desconocido.

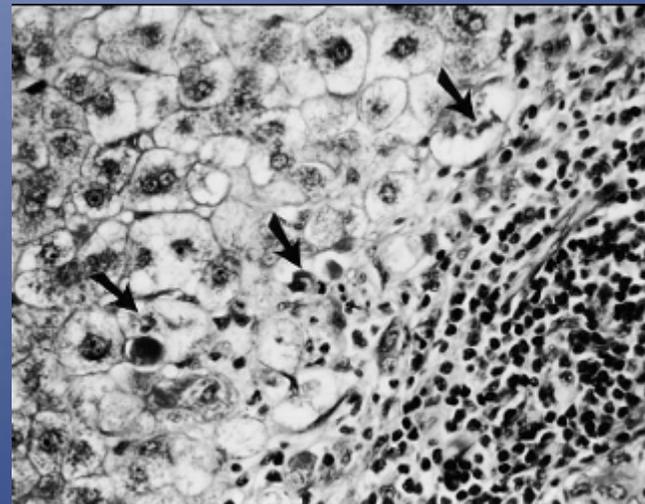
ENFERMEDAD DE WILSON

No hay ninguna lesión patognomónica

La mayoría de pacientes tienen lesiones inespecíficas
como grasa, fibrosis portal, hepatitis crónica

Cobre INTRAHEPÁTICO

>250 ug/g



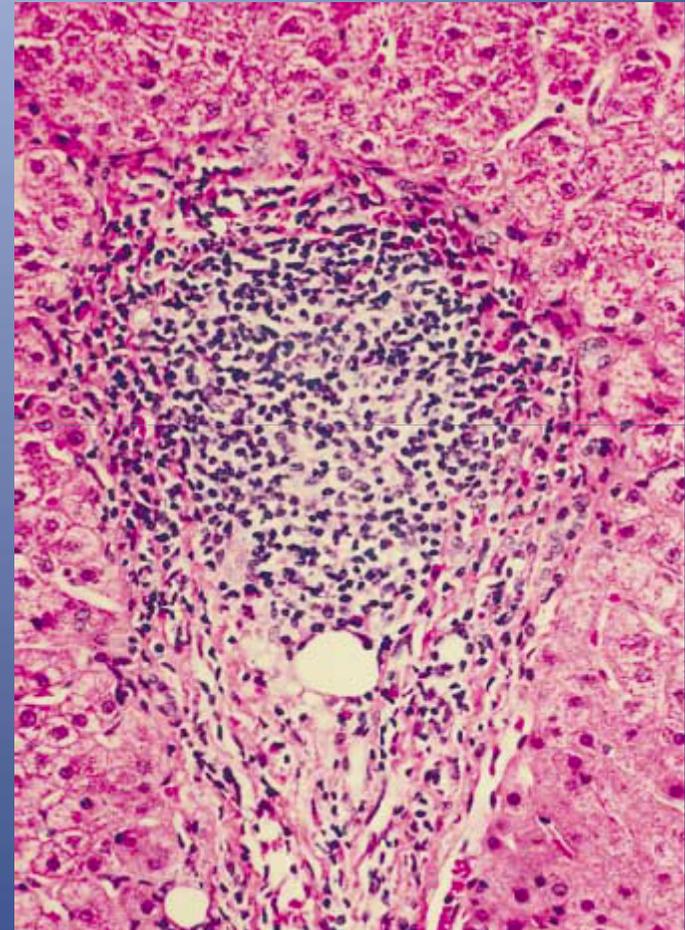
HEPATITIS CRÓNICA B

¿CUÁNDO HACER BIOPSIA?

- 1. Si existen dudas acerca del diagnóstico de la enfermedad.*
- 2. En presencia de elevaciones intermitentes de transaminasas y viremia en portadores presuntamente inactivos.*
- 3. Si en la evaluación de la enfermedad los valores ya de ADN-VHB en suero o de transaminasas no alcanzan los valores requeridos para el inicio del tratamiento.*
- 4. No está justificada en presencia de las condiciones necesarias para tratar la enfermedad (ADN-VHB elevado y transaminasas notablemente elevadas), ni tampoco para evaluar la probabilidad de respuesta al tratamiento.*

HEPATITIS CRONICA C

- Considerada antes el estándar para evaluar intensidad de daño hepático en estos pacientes.
- Limitaciones de la técnica: muestra obtenida no siempre correcta y variabilidad inter e intraobservador.
- Limitaciones derivadas de la eficacia de terapéutica disponible genotipo 2 y 3.
- Limitaciones derivadas de técnicas no invasivas para evaluar daño hepático (FIBROSCAN)



HEPATITIS CRONICA C

No necesaria

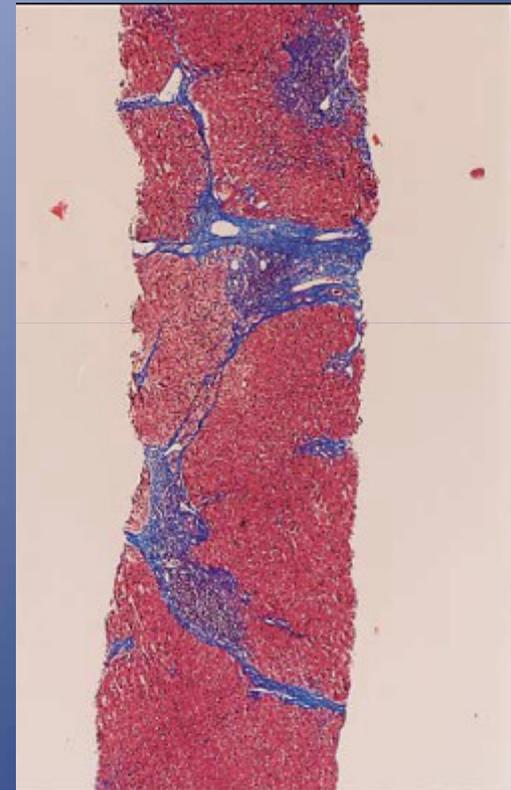
Infectados por genotipos 2 o 3, ni en aquéllos con genotipo 1 o 4 a quienes ya se ha decidido tratar.

Necesaria

Cuando se desee conocer el grado de fibrosis y el pronóstico de la enfermedad.

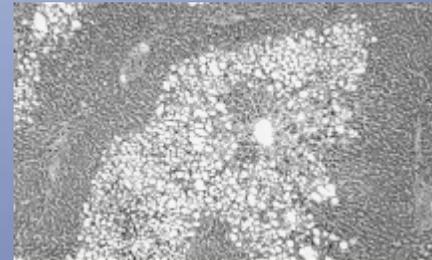
En los pacientes infectados por genotipos 1 y 4 cuando se espera que influya en la decisión del tratamiento, p.ej., pacientes con transaminasas normales o muy bajas.

En los pacientes en hemodiálisis está indicada en los candidatos a trasplante renal con la finalidad de recomendar doble trasplante, hepatorenal, en los que tienen cirrosis. En este caso es recomendable la biopsia transyugular y opcional la medición del gradiente de presión suprahepático.

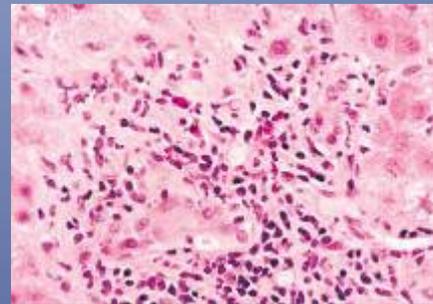


BIOPSIA HEPATICA EN EL TRASPLANTADO HEPATICO

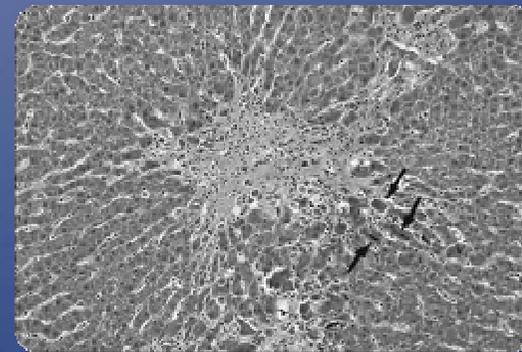
Día 0 **Hepatopatía del donante**
Lesión de preservación



< 3 meses **Rechazo celular**
Hepatitis (recidiva)
Congestión pasiva
Patología biliar



> 3 meses **Recidiva enfermedad**
de base
Rechazo crónico
HAI de novo
Enfermedad linfoproliferativa



HIPERTENSION PORTAL

- Se desconoce la naturaleza
- Paciente cirrótico del que se ignora la etiología.
- Paciente cirrótico con alguna expresión clínica atípica

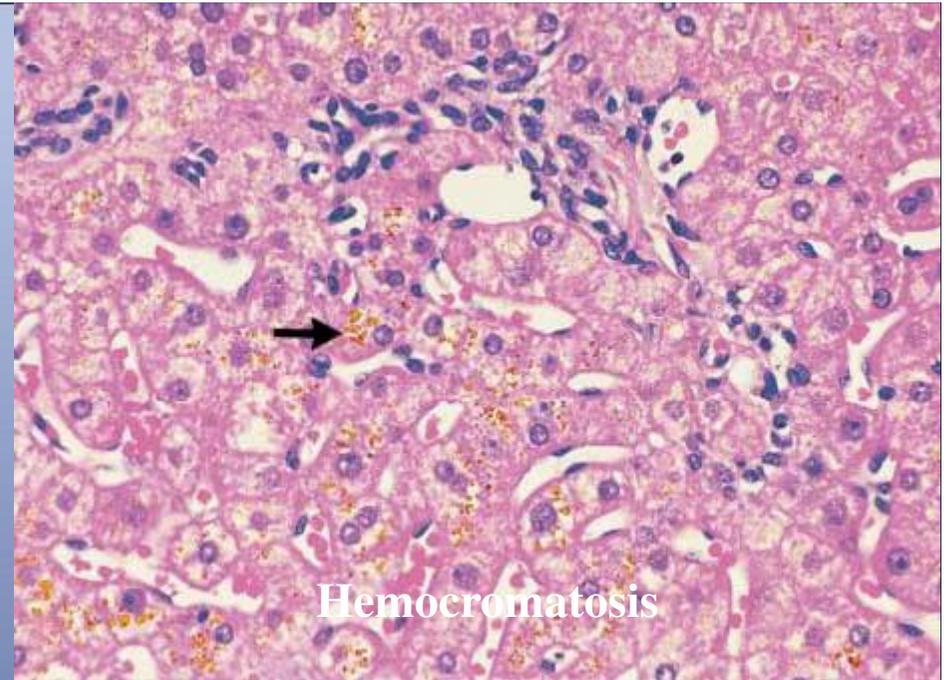
**ALTERACION EN LAS PRUEBAS HEPATICAS Y
O HEPATOMEGALIA DE CAUSA NO
PRECISADA**

Cirrosis biliar primaria

CEP conductos pequeños

Granulomas

Ductopenia idiopática del adulto



Hepatitis crónica: vírica y Autoinmune
Enfermedad de Wilson
Hígado graso no alcohólico
Consumo de fármacos, alcohol o
preparados herbarios

Hiperplasia colangiolar
Hepatitis crónicas criptogénicas
Infiltración y depósitos sinusoidales

Contraindicaciones

Absolutas

Paciente no cooperador
Obstrucción biliar extrahepática
Colangitis bacteriana
Tendencia al sangramiento
Tiempo de protrombina ≥ 4 seg sobre el control
Conteo de plaquetas menos de 60 000 mm³
Tiempo de sangramiento más de 10 minutos
Uso de AINES 7 a 10 días antes de la prueba
Transfusión de sangre no disponible.
Tumor vascular o hemangioma
Lesión quística de hígado

Relativas

Obesidad mórbida
Ascitis
Hemofilia
Infección en la cavidad pleural derecha o debajo del hemidiafragma derecho..

RECOMENDACIONES

Definir indicación precisa del proceder .

Ecografia abdominal al menos en las ultimas 4 semanas Grado B

Examen de coagulación previo (Al menos 1 semana antes)

Plaquetas más de 60 000 Proceder seguro

entre 40 000 y 60 000 trasfundir plaquetas

menos de 40 000 tecnica alternativa Grado B

Tiempo de protrombina menos de 4 segundos proceder seguro

entre 4 y 6 segundos Trasfundir PFC

mas de 6 segundos técnica alternativa Grado B

Consentimiento infomado

Sedación con Midazolam: puede ser usada. Grado B

RECOMENDACIONES

Tipo de aguja en función de la práctica

Profilaxis antibiótica en valvulopatías cardíacas o riesgo de bacteriemia.

Reposo 6 horas posbiopsia

3 primeras horas

61 % complicaciones

24 primeras horas

95% complicaciones

No consenso en cuanto a posición del paciente.

EL TAMAÑO DE LA MUESTRA ES VITAL

TAMAÑO 1.5 CM CON 6 A 8 ESPACIOS PERO....
PERO SI ES MAS GRANDE MEJOR

“The smaller the sample, the milder the disease” (Colloredo et al, J Hepatol 2003)

Table 1. Impact of the specimen length on the number of portal tracts and on grading and staging

	Length of specimen			<i>P</i> value
	≥ 3 cm	1.5 cm	1 cm	
Number of portal tracts				
Complete	22.4±4.9	10.3±2.2	6.4 ±1.2	< 0.001
Incomplete	0.8 ±1.1	0.4 ±0.8	0.3 ±0.6	< 0.001
Grading				
Mild (≤6)	80 (49.7%)	97 (60.2%)	133(86.6%)	< 0.001
Moderate (7–12)	62 (38.5%)	63 (39.1%)	28 (17.4%)	
Severe (≥13)	19 (11.8%)	1 (0.6%)	0	
Staging				
Mild (1–2)	95 (59%)	110 (68.3%)	129(80.1%)	< 0.002
Moderate (3–4)	48 (29.8%)	39 (24.2%)	24 (14.9%)	
Severe (5–6)	18 (11.2%)	12 (7.4%)	8 (4.9%)	