



Biopsia transiliaca de masa pélvica profunda con embolización del tracto de punción

Transiliac biopsy of a deep pelvic mass with ulterior embolization of the biopsy path

Saiz-Mendiguren R^{a*}, Samuel-Espin RS^a, Llopis-Pardo M^a

^aServicio de Radiología. Hospital son Llàtzer. Palma de Mallorca. España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido: 11 de septiembre de 2016

Aceptado: 24 de octubre de 2016

Disponible *online*: 14 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Biopsia

Embolización

Tomografía computarizada multidetector

Biopsia de ganglio centinela

KEYWORDS

Biopsy

Embolization

Multidetector computed tomography

Sentinel lymph node biopsy

| RESUMEN

La biopsia percutánea con aguja gruesa guiada (BAG) por imagen es un procedimiento habitual en los servicios de Radiología por su alta seguridad y efectividad. La punción de lesiones profundas abdominopélvicas requiere de una cuidadosa planificación previa dada la existencia de múltiples órganos y estructuras interpuestas que pueden impedir el acceso seguro a la lesión. Se han descrito diferentes rutas de abordaje para la biopsia de lesiones pélvicas.

El objetivo de este artículo es ilustrar un abordaje poco frecuente a través del ala iliaca para la BAG de una lesión pélvica profunda con posterior embolización del tracto de punción en un paciente con plaquetopenia de difícil corrección con el consiguiente riesgo de sangrado.

| ABSTRACT

Image-guided percutaneous biopsy is a frequent procedure in Radiology departments due to its high security, accuracy and effectiveness. Biopsy of abdominopelvic deep lesions, requires careful planning of the access path because important structures may be localized on the projected needle route. Different approaches have been described for the biopsy of deep pelvic lesions. The objective of this article is to illustrate an infrequent access path through the iliac bone for the core-biopsy needle to arrive at deep pelvic lesions with subsequent embolization of the needle path in a patient with un-correctable low platelet count and bleeding risk.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: rsaiz@hsl.es (Saiz-Mendiguren R)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 70 años con antecedentes de cirrosis hepática compensada de etiología vírica (VHC) CHILD A 6 puntos tratado en febrero del 2015 de un hepatocarcinoma trinodular (segmentos II, III y IV) con quimioembolización y radiofrecuencia combinadas, y con remisión radiológica (TC y RM) y analítica (alfa fetoproteína (AFP) 14 ng/ml). En diciembre del 2015 se detecta un aumento de la AFP (215 ng/ml) sin que se observen lesiones sospechosas de hepatocarcinoma en los estudios de imagen. La AFP continuó ascendiendo, hasta niveles de 1912 ng/ml en abril del 2016, tras lo que se decide realizar un PET-TC donde se detecta, como único hallazgo, un conglomerado adenopático en cadena iliaca izquierda de 5 cm de diámetro (Fig. 1). El paciente presenta plaquetopenia con valores entorno a 20 000/l y pruebas de coagulación normales, por secuestro esplénico asociado a la cirrosis hepática.

A pesar de múltiples transfusiones de plaquetas previas a las intervenciones anteriores, el recuento de plaquetas no ascendía por encima de 50 000/l. La lesión planteaba el diagnóstico diferencial entre una metástasis ganglionar única del hepatocarcinoma, un linfoma o, con menor probabilidad, una metástasis de seminoma (ecografía testicular sin alteraciones), por lo que en julio del 2016 se realiza una intervención quirúrgica laparoscópica para toma de biopsia en la que no se encuentra la lesión.

Tras discutir el caso en comité multidisciplinar, el paciente es presentado a nuestro servicio para valoración de biopsia percutánea. Se revisaron los estudios previos de TC, donde se confirmó que la lesión era de difícil acceso por vía anterior por la interposición del colon, asas de intestino delgado y los vasos ilíacos. Se decidió realizar una biopsia guiada por TC a través del ala iliaca (acceso transiliaco).

El paciente ingresó a cargo de Hematología para optimización de la plaquetopenia. El procedimiento se realizó con el paciente en decúbito prono y con sedación por parte del Servicio de Anestesia. Tras la localización de la

lesión se planificó el acceso a través de la parte más estrecha del ala iliaca. Se infiltró anestesia local (10 ml de Mepivacaína 2 %) en el trayecto de punción hasta el periostio del ala iliaca. Se utilizó una aguja de biopsia ósea 11G (Argon Medical Devices. Athens. Estados Unidos) con la que se atravesó el ala iliaca, el músculo iliaco y se introdujo en el complejo adenopático. Se retiró el fiador y, de manera coaxial, se obtuvieron tres muestras de biopsia con aguja trucut automática 18G (BARD. Tempe. Estados Unidos) y, a petición del patólogo, dos maniobras de punción aspiración con aguja fina 21G (PAAF). Una vez tomadas las muestras, y para disminuir el riesgo de sangrado, se introdujo coaxialmente por la aguja 11G un catéter angiográfico 4 Fr (Vertebral Terumo. Leuven. Bélgica) y se retiró la aguja coaxial. Por último se embolizó el tracto de punción con embolizante líquido Glubran2® (GEM. Viareggio. Italy) (dilución con Lipiodol 1:3) durante la

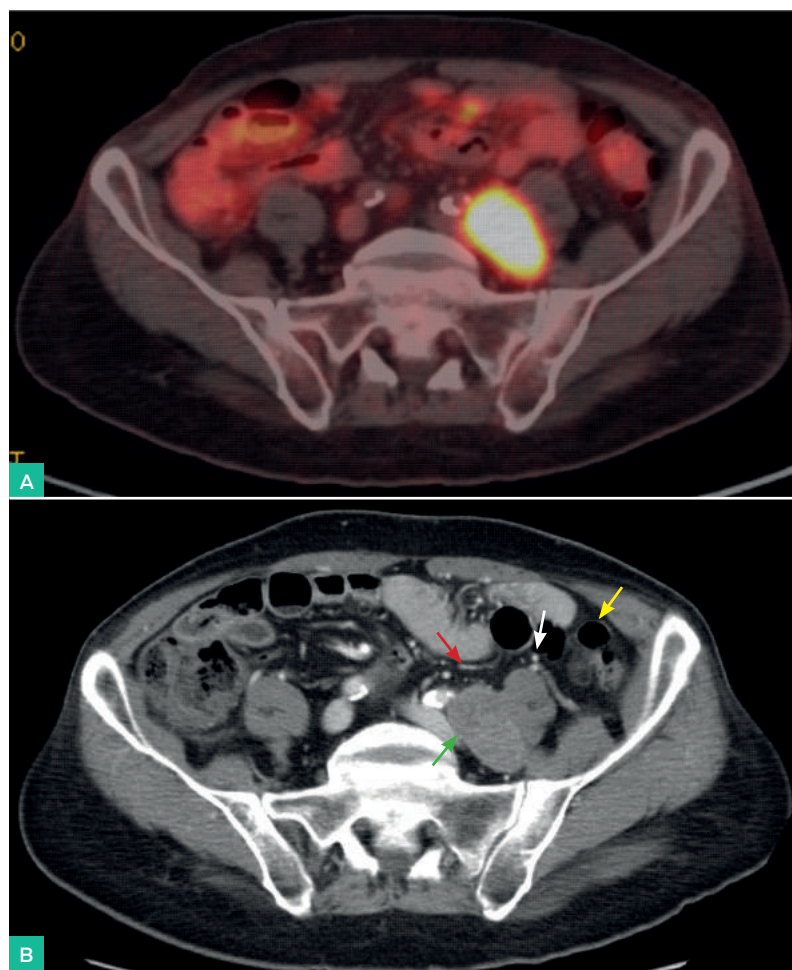


Figura 1. A. PET-TC con FDG. B. TC abdominal con contraste donde se observa la masa retroperitoneal compatible con conglomerado adenopático en cadena iliaca izquierda (flecha verde). Se puede observar que la lesión no es accesible por vía anterior por la interposición del colon descendente (flecha amarilla) y asas de intestino delgado. Uréter (flecha roja) y vasos gonadales (flecha blanca)

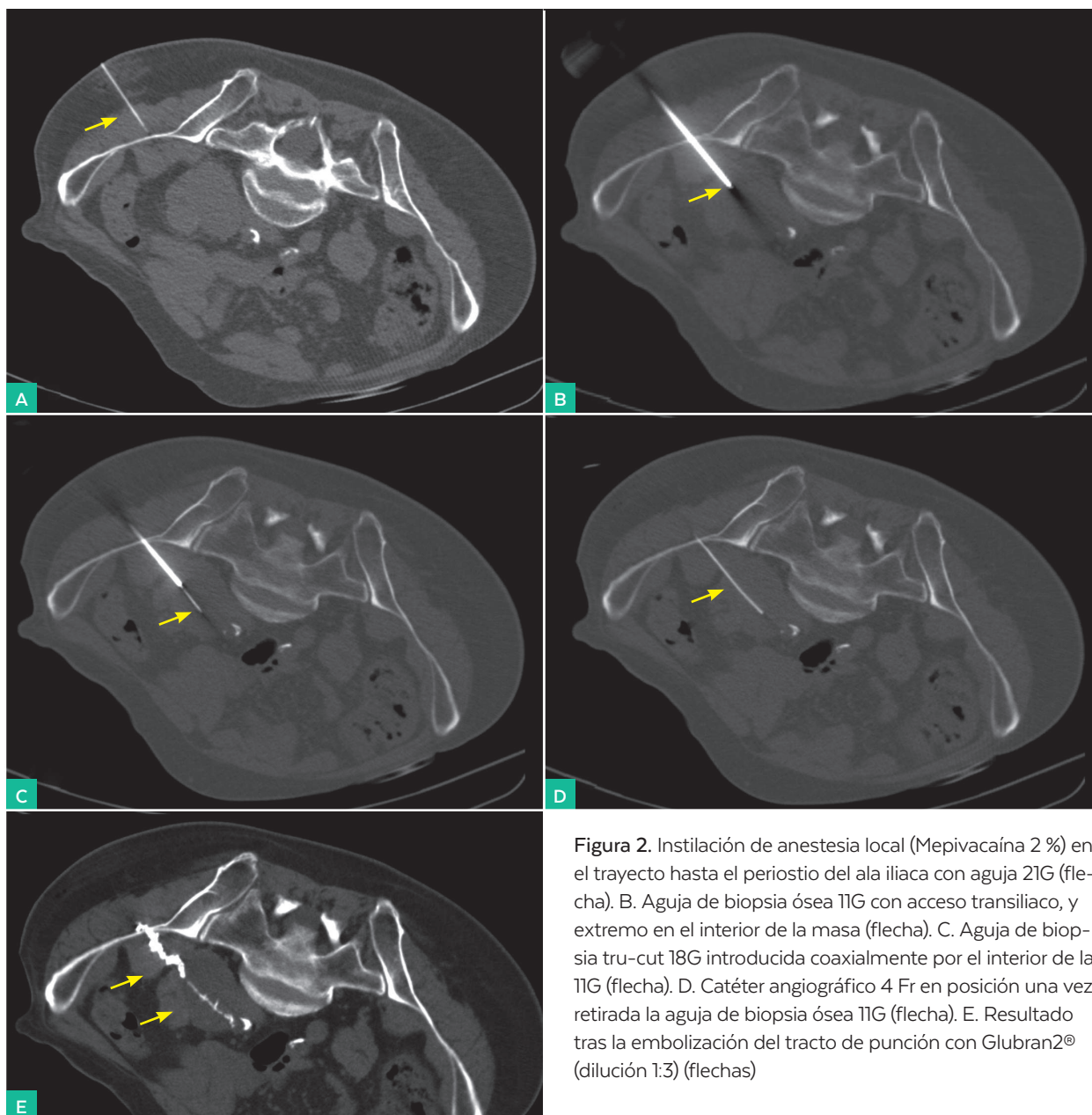


Figura 2. Instilación de anestesia local (Mepivacaína 2 %) en el trayecto hasta el periostio del ala iliaca con aguja 21G (flecha). B. Aguja de biopsia ósea 11G con acceso transiliaco, y extremo en el interior de la masa (flecha). C. Aguja de biopsia tru-cut 18G introducida coaxialmente por el interior de la 11G (flecha). D. Catéter angiográfico 4 Fr en posición una vez retirada la aguja de biopsia ósea 11G (flecha). E. Resultado tras la embolización del tracto de punción con Glubran2® (dilución 1:3) (flechas)

retirada del catéter angiográfico (Fig. 2). El paciente pasó la noche en el hospital sin incidencias y al día siguiente fue dado de alta.

El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma indiferenciado de probable origen hepático.

DISCUSIÓN

El acceso transiliaco es una opción segura y efectiva para la toma de biopsia de lesiones pélvicas profundas¹⁻³. Se han descrito otros accesos para la toma de biopsia de lesiones pélvicas profundas como el acceso extra-peritoneal anterior a través del músculo iliopsoas^{4,5}, el transabdominal^{6,7}, el transsacro⁸, la instilación de suero

fisiológico^{1,2} o los cambios en la posición del paciente¹². Las ventajas del acceso transiliaco es que evita la transgresión peritoneal y disminuye considerablemente el riesgo de punción inadvertida de órganos pélvicos como el colon o la vejiga. Además, en pacientes con alteraciones en la coagulación o plaquetopenia se puede, como exponemos en este caso, embolizar el tracto de punción minimizando el riesgo de complicaciones hemorrágicas. Por el contrario, este acceso puede ser doloroso, que se puede evitar infiltrando el periostio con anestesia local o con la colaboración del Servicio de Anestesia como fue nuestro caso. Por último es importante recordar que con este acceso tenemos que localizar el uréter y

vasos gonadales, que transcurren por el borde anterior del músculo psoas, para evitar lesionarlos durante el procedimiento.

En procedimientos como el descrito, los radiólogos intervencionistas tenemos que estar familiarizados con la

anatomía pélvica para poder elegir el acceso más seguro y eficaz en cada paciente. Es necesario un estudio cuidadoso de cada paciente y el conocimiento de las ventajas e inconvenientes de las distintas rutas de acceso para poder elegir el acceso adecuado en cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Triller J, Maddern G, Kraft P, Heidar A, Vock P. CT-guided biopsy of pelvic masses. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1991;14(1):63-8
2. Gupta S, Nguyen HL, Morello FA, Ahrar K, Wallace MJ, Madoff DC, et al. Various approaches for CT-guided percutaneous biopsy of deep pelvic lesions: Anatomic and technical considerations. *Radiographics*. 2004;24:175-89
3. Bodne DJ, Carrasco CH, Richli WR. Transosseous air contrast CT-guided needle biopsy of a cystic neoplasm. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1993;16:122-3
4. Gupta S, Morello FA Jr, Ahrar K. Deep pelvic lesions: CT-guided biopsy through the iliopsoas muscle using a curved needle for difficult lesions. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2002;25:S201
5. Phillips VM, Bernardino M. The parallel iliac approach: a safe and accurate technique for deep pelvic lymph node biopsy. *J Comput Tomogr*. 1984;8:237-8
6. Gupta S, Ahrar K, Morello FA, Wallace MJ, Madoff DC, Hicks ME. Using a coaxial technique with a curved inner needle for CT-guided fine-needle aspiration biopsy. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;179:109-12
7. Schweiger GD, Yip VY, Brown BP. CT fluoroscopic guidance for percutaneous needle placement into abdominopelvic lesions with difficult access routes. *Abdom Imaging*. 2000;25:633-7
8. Rapport RL, Ferguson GS. Dorsal approach to presacral biopsy: technical case report. *Neurosurgery*. 1997;40:1087-8