

BIOPSIA PLEURAL A CIEGAS CON AGUJA DE ABRAMS

Dr. José Martín Juan, Dra. Beatriz Romero Romero

Unidad de Endoscopia Respiratoria

Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias

HHUU Virgen del Rocío, Sevilla

La biopsia pleural a ciegas está indicada como maniobra diagnóstica (está exenta de cualquier implicación terapéutica) cuando se sospechan dos entidades diagnósticas: pleuritis tuberculosa y neoplasia pleural diseminada.

La TÉCNICA de la biopsia pleural es la siguiente:

1. Hay que informar al paciente acerca de la exploración a realizar, ofreciendo detalles acerca de la rentabilidad de la prueba y de las posibles complicaciones derivadas de la misma. Tras esta explicación, es fundamental obtener el consentimiento del paciente para la realización de esta técnica diagnóstica.
2. Procedemos a la administración de 1 mg IM de atropina como premedicación, media hora antes de la exploración, para evitar reacciones vasovagales durante la realización de la biopsia. A continuación se localizará el mejor punto de punción teniendo en cuenta la exploración física y las técnicas de imagen, siendo una ayuda fundamental la realización de ecografía torácica.
3. Administramos anestesia local por planos, en la zona de la biopsia, concretamente lidocaína al 2% con una jeringa de 10 ml con aguja intramuscular. El avance de la aguja se debe realizar por encima del borde superior de la costilla inferior para no dañar el paquete vasculonervioso.
4. Una vez la zona de la biopsia está correctamente anestesiada, se practica con un bisturí de hoja fina una pequeña incisión de 1 cm de profundidad abarcando dermis y tejido celular subcutáneo, introduciendo, posteriormente, la aguja de biopsia para perforar la pleura costal. Antes de la toma de muestras, es importante comprobar que nos encontramos en la cavidad pleural, para lo que conectamos una jeringa a la aguja de biopsia, aspirando líquido pleural.
5. La técnica de biopsia varía según la aguja de biopsia utilizada. La aguja de Abrams consta de un trócar externo con una hendidura distal para la toma de biopsias, una cánula interna con un extremo distal también cortante y un fijador. Se inserta el conjunto de los tres componentes en el tórax, siempre con el extremo distal cerrado. Hay que comprobar que estamos en la cavidad pleural retirando el fijador, girando la cánula interna y aspirando con una jeringuilla que esté conectada al extremo más proximal. En este momento, se gira hacia fuera la aguja de biopsia, para que el gancho de la misma se enclave en la pleura costal, después giraremos nuevamente la cánula interna hasta la posición de cerrado, para así cortar el trozo de pleura enganchado. A continuación se extrae toda la aguja para así poder extraer el fragmento biopsiado. La operación se repite hasta obtener el número de biopsias necesarias para el diagnóstico (normalmente 4-5 para estudio anatomopatológico y 1-2 para estudio microbiológico).
6. Tras la toma de biopsias se puede proceder a la evacuación del derrame pleural; sin embargo, se recomienda no evacuar totalmente el derrame ante la posibilidad de una nueva biopsia y/o toracoscopia.