

Punto de vista.

Biopsia Sinovial ¿ A Ciegas o por Artroscopia?

Autor: Dr. Angel Checa González.

Especialista de 2do Grado en Reumatología.
Hospital " Freyre de Andrade".

La biopsia "a ciegas", usando la aguja de Parker-Pearson u otras agujas, es la más difundida técnica en la práctica reumatológica para la biopsia sinovial diagnóstica porque ella, debido al "trauma mínimo", es segura y bien tolerada(1,2).

Sin embargo, bajo observación directa por artroscopia se puede obtener una muestra selectiva de tejido, pero este es un proceder más caro y requiere de un entrenamiento específico. Inicialmente fue limitado a la rodilla, hoy el uso de artroscopios-agujas han permitido el abordaje de pequeñas articulaciones y la práctica en el Consultorio(3).

Resulta en extremo curioso, que la biopsia sinovial por doble puntura con auxilio del artroscopio fue realizada por Finkelstein y Mayer en 1931 y un año más tarde Forestier describe la forma percutánea(4).

A menudo se han reportado limitaciones de la biopsia sinovial, con relación a la posibilidad de obtener una muestra representativa. Gibson y colaboradores(5) fracasaron en conseguir tejido sinovial apropiado por la biopsia "cerrada" con aguja, mientras ellos obtuvieron una adecuada cantidad por artroscopia. Similares resultados han sido reportados por otros autores(6). La certeza diagnóstica con el tejido obtenido por uno u otro proceder, quizás esté relacionada con la variación de la severidad de los cambios sobre la sinovial

entre las diferentes áreas de una articulación(7).

Recientemente, en un estudio comparativo(datos no publicados) comprobamos que la artroscopia fue un método más útil que la biopsia con aguja. Este último fue insatisfactorio en un 8% para la obtención de tejido sinovial. En este estudio se concluyó, acorde a la imagen endoscópica, el diagnóstico de pacientes con sinovitis vellonodular pigmentada, condromatosis sinovial, sinovitis inducida por cristales(gota y condrocalcinosis), y trastornos mecánicos.

La artroscopia nos permitió información diagnóstica adicional en un paciente con una condrocalcinosis, que presentó únicamente evidencias de cristales en el cartílago, lo cual propició una ventaja adicional, la biopsia selectiva. En la condromatosis sinovial, también fue posible la selección de la biopsia del "foco" de tejido enfermo, en adición a la imagen endoscópica. La distribución de los cambios dispersos o en forma de parches, explica el fracaso de la biopsia con aguja; lo cual es extensivo a otras afecciones con similares características.

Una sinovitis crónica inespecífica fue el hallazgo más relevante entre las biopsias artroscópicas y con aguja en nuestro estudio, difusa en más de la mitad de los casos, explicando la buena concordancia histológica(87%) comprobada en ambos métodos. Una excelente concordancia histológica fue encontrada en una rodilla

con una sinovitis vellonodular pigmentada difusa.

En aquellos trastornos mecánicos (plica mediopatelar y lesiones meniscales) la sinovitis crónica inespecífica fue localizada en la mitad de las rodillas. Un reciente trabajo(8) soporta que cerca de un tercio de los pacientes con dolor anterior en la rodilla, debido a una plica mediopatelar, fueron remitidos al servicio de reumatología con un diagnóstico incierto y, la sinovitis crónica estuvo presente en el 47% de ellos. De modo que una biopsia con aguja hubiera sido poco útil para diagnóstico en estos casos y una sinovitis crónica inespecífica, posiblemente, la conclusión más aproximada.

El estudio de Püshel(9) con preparaciones obtenidas de pacientes sinovectomizados, mostró un diagnóstico histopatológico más seguro que en los ponches cilíndricos de las mismas preparaciones. Lógicamente, una mayor cantidad de tejido permite una mayor probabilidad para tomar una muestra representativa. La biopsia **selectiva** por artroscopia puede tener un significado similar o aún mejor, sin la necesidad de tomar muestras excesivas de tejido, evitando la agresión de tejido sinovial indemne; esto último muy posible por el método a ciegas.

El procedimiento con aguja propuesto por Van Vurt y colaboradores(10), los cuales se auxilian de una imagen ultrasonográfica, es seguro e imagino que futuramente consiga muchos adeptos.

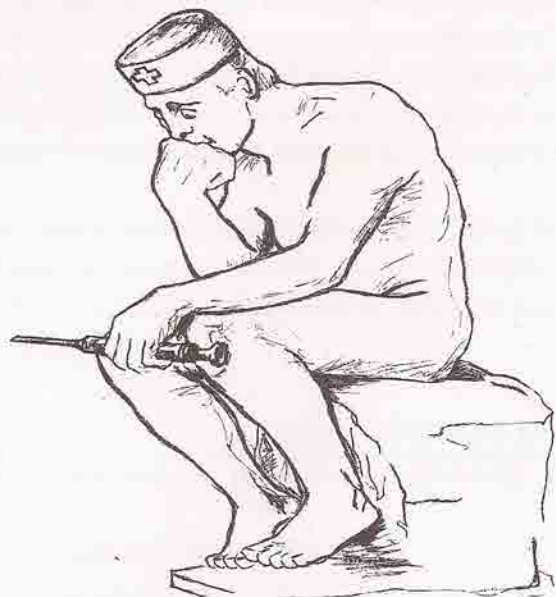
Mc Cune(11) considera que en la rodilla la biopsia cerrada con aguja, mejor que la biopsia abierta, debe ser realizada inicialmente y esta última llevada a cabo una vez que la primera no consiga un diagnóstico.

Aunque nuestro estudio no reunió pacientes con "monoartritis de origen incierto", demostró que la biopsia bajo control artroscópico fue bien tolerada y tiene ventajas (figura) sobre la biopsia a ciegas. El abordaje artroscópico brindó en todos los casos una cantidad apropiada de tejido sinovial para el estudio histológico. Además una información diagnóstica adicional, así como una selección de cartílago o sinovial fue posible bajo visualización directa.

Pienso que debemos mejorar el material que enviamos al patólogo - en calidad y cantidad-, y la artroscopia estándar o la miniartroscopia es el método idóneo, con mayor atractivo en la práctica clínica y la investigación que el procedimiento a ciegas con aguja.

Ventajas de la biopsia bajo control Artroscópico.

- Representatividad de la muestra.
- Cantidad adecuada.
- Información diagnóstica adicional.
 - Imagen endoscópica.
 - Biopsia selectiva (foco sinovial o cartílago).



Agradecimientos:

Al profesor Antonio J Reginato, Jefe de la sección de artritis del Cooper Hospital University en New Jersey, por el apoyo brindado en el estudio de biopsia sinovial con Aguja y Artroscópica.

Bibliografía.

1. Schumacher HR. Needle biopsy of the synovial membrane: Experience with the Parker-Pearson technique. *N Engl J Med* 1992; 286: 416-419.
2. Pando J A, Yarboro C, Gourley M F, Gluck V, Klippel J H, Schumacher H R. Morbidity and patient response to blind synovial biopsies using a Parker- Pearson needle. *Arthritis Rheum* 1995; 38 (9): S 328.
3. Nathan W, Delauter S K, Erlichman M S. Office-based arthroscopy. Evolution of the procedure: The second 100 cases. *J Clin Rheumatol* 1995; 1 (4): 219-216.
4. Hempfling H. Microartroscopia .Diagnóstico de la membrana sinovial. Karl- Storz Tuttlingen. 1993.
5. Gibson T, Fagg N, Highton J, Wilton M. The diagnostic value of synovial biopsy in patients with arthritis of unknown cause. *Br J Rheumatol* 1985; 24: 232-241.
6. Hughes R A, Keat A C S. Arthroscopic synovial biopsy by the rheumatologist. *Arthritis Rheum* 1994; 37: S 222.
7. Lindblad S, Hedfors E. Intrarticular variation in synovitis. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 977-986.
8. Checa A G, González J G, Aguilar F R. La plica mediopatelar. Diagnóstico endoscópico. *Arq Fisiatria* 1995; 2: 125-130.
9. Hempfling H. Microarthroendoscopy. *New European Rheumatol* 1994; 2 (3): 66-72.
10. Van Vurt R M, Van Dalen A, Bijlsma J W J. Ultrasound guided synovial biopsy of the wrist. *Arthritis Rheum* 1996; 39(suppl): S 142.
11. McCune J W. Monarticular arthritis. In: Kelley W N, Harris E D, Ruddy S, Sledge C B, Editors *Textbook of Rheumatology*. 3th ed. Philadelphia: W.B Saunders; 1989.