

Caso clínico

Cistoadenoma hepatobiliar

Mauricio Sainz-Maza Aparicio, Blanca Jerez Basurco, Deiby Billy Trinidad Campos, David Eleazar González Falcón

Centro de Salud Los Alpes. Madrid

Mujer 57 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial y menopausia. Sigue tratamiento con ramipril. No tiene antecedentes de toma de anticonceptivos orales.

Presenta episodios de dolor de características cólicas en el epigastrio, acompañados de náuseas. No síndrome constitucional, ni fiebre, ni ictericia, ni coluria.

En la analítica las enzimas hepáticas, la amilasa, el hemograma y los marcadores de inflamación son normales.

Exploración ecográfica: masa quística de 7 x 9 cm en el lóbulo hepático izquierdo (figuras 1 y 2), pared bien definida y tabiques internos, contenido heterogéneo disperso, que sugiere sangrado o complicación; no calcificaciones, ni dilatación de la vía biliar; no afectación vascular; doppler negativo (figura 3); hay dos lesiones quísticas de 1,1 y 2,3 cm, respectivamente, en el lóbulo hepático derecho, sugerentes de quistes simples (figura 4).

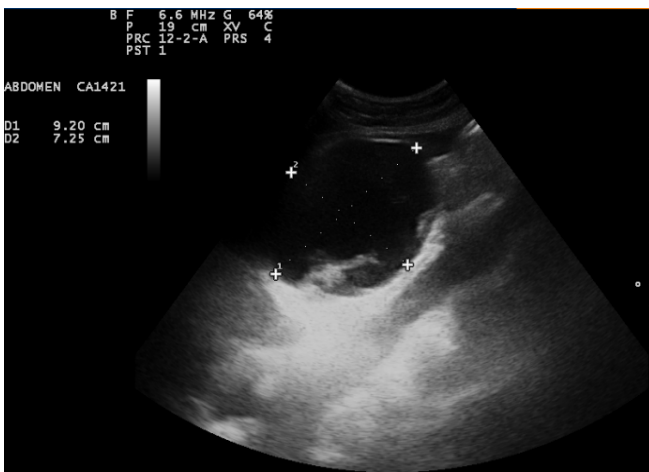


Figura 1.

TAC: confirma los hallazgos ecográficos y propone descartar quiste hepático simple complicado o bien cistoadenoma.

Se realiza punción de la lesión, con análisis citológico y biopsia intraoperatoria, que no aporta signos de malignidad: contenido seroso, amarillento, sin celularidad.

Se procede a la resección completa de la lesión y cole-

cistectomía. El informe histopatológico refiere la existencia de una tumoración multiquística compatible con cistoadenoma seroso hepatobiliar.

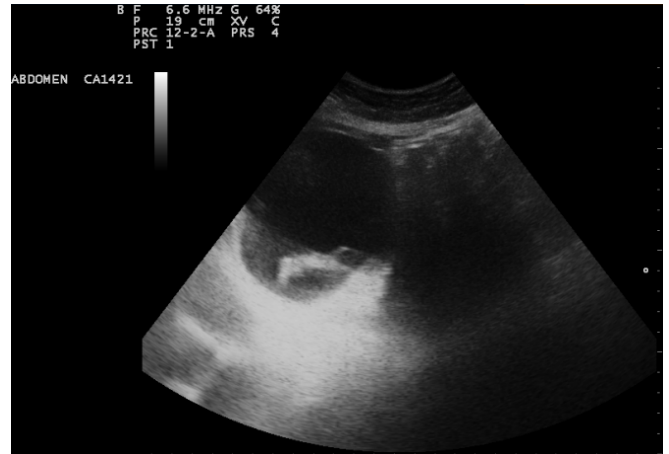


Figura 2.

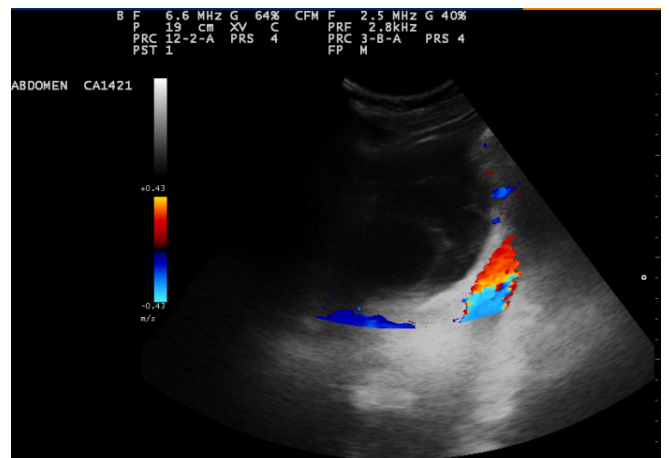


Figura 3.

COMENTARIO

Los quistes hepáticos complejos contienen ecos internos, pared gruesa, septos numerosos o gruesos, elementos sólidos o calcificaciones¹.

Los cistoadenomas y cistoadenocarcinomas son tumores raros, que aparecen como masas quísticas multilobuladas. Constituyen el 5 % de las lesiones quísticas hepáticas.

Se originan en el epitelio de los canaliculos biliares. Pueden producir una imagen indistinguible del quiste simple, aunque pueden ser multiloculados, con cápsula gruesa, o tabicados, similares al quiste hidatídico multiloculado o tipo III.

Pueden acompañarse de ascitis (metástasis ováricas

o pancreáticas)².



Figura 4.

Son poco frecuentes y típicos de mujeres en la quinta década de la vida. Su crecimiento es lento y su localización intrahepática³.

Son excepcionales en el sistema biliar extrahepático.

No se ha demostrado la relación con la toma de anti-conceptivos hormonales.

Presentan clínica de distensión abdominal, masa palpable y/o dolor, obstrucción de la vía biliar (dolor, ictericia, colangitis). Es infrecuente la rotura intra o retroperitoneal, la compresión de la cava o la sobreinfección.

En la exploración ecográfica aparecen como lesiones quísticas bien definidas, de pared delgada, con septos internos ecogénicos. Pueden desplazar estructuras vasculares.

Su presencia se confirma con TAC y/o RM, que describen engrosamiento parietal irregular, con o sin calcificaciones groseras, nódulos murales o proyecciones papilares, sugerentes de malignización (15 % de casos).

Hay que hacer diagnóstico diferencial con los quistes hidatídicos, los abscesos hepáticos, los quistes hepáticos complicados, las metástasis quísticas, los quistes congénitos calcificados, las colecciones postraumáticas y los biliomas.

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, ya que radiológicamente es indistinguible del cistoadenocarcinoma. Se produce la recidiva en el 100 % de los casos si la resección es incompleta⁴. Si son de gran tamaño se deben plantear resecciones anatómicas para evitar complicaciones biliares o vasculares (lobectomía, hepatectomía parcial)⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Hígado. En: Middleton WD (ed). *Ecografía*. 2ª edición. Madrid: Marban 2005; pág 53.
2. Gil Grande LA. Vía biliar. En: Segura Cabral JM (ed). *Ecografía abdominal*. 2ª edición. Madrid: Norman 1996; pág 157-8.
3. Wilson SR, Withers CE. El hígado. En: Rumack CM (ed). *Diagnóstico por ecografía*. 3ª edición. Madrid: Elsevier-Masson 2006; pág 86-7.
4. Anderson SW, Kruskal JB, Kane RA. Benig hepatic tumors and iatrogenic pseudotumors. *Radiographics*. 2009;29:211-29. doi: 10.1148/rg.291085099.
5. Marcos Hernández R, Rodríguez Pascual A, Martín Fernández J, Ramos Guillén P, Galván Huarte M, Gutiérrez Calvo A, et al. Cistoadenomas hepatobiliares. *Cir Esp*. 2006;79:375-8.