



www.elsevier.es/cirugia

P-234 - ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR CISTOADENOMA BILIAR

Martínez Alcaide, Sonia; Sala López, Rafael; Poves Gil, Pedro Manuel; Pedrosa Soler, Marta; Carbonell Castelló, Fernando; García Espinosa, Rafael; Lorenzo Pérez, Javier; Pérez Guillén, Javier

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: El cistoadenoma hepatabiliar, definido por Edmondson en 1958, es una lesión quística hepática infrecuente. Típicamente, el epitelio es glandular mucosecretor, cuboidal o columnar, aunque también se ha descrito el cistoadenoma seroso, compuesto por numerosos microquistes, limitados por un epitelio simple. Es más frecuente en mujeres de mediana edad. Suelen asentarse en el parénquima hepático, aunque también es posible encontrarlo en el sistema biliar extrahepático. Clínicamente puede aparecer como una masa palpable, con o sin dolor. Cuando es grande, pueden presentar síntomas secundarios a la compresión de la vía biliar, como ictericia o colangitis, compresión de la vena cava o una hemorragia intraquística, por rotura o sobreinfección. Puede llegar a malignizar, ya que en ocasiones se objetivan focos de atipia y displasia en la pieza quirúrgica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 22 años que acude a Urgencias e ingresa por ictericia con coluria y malestar general de 10 días de evolución, así como epigastralgias frecuentes desde hace 1 año. Como antecedentes destaca la obesidad mórbida y la epilepsia, sin tratamiento actualmente. A la exploración, presenta una masa en hipocondrio derecho a la palpación. Analíticamente destaca una bilirrubina directa de 4,2 mg/dl e hipertransaminasemia. La ecografía muestra una gran lesión quística en segmentos 4b con tabiques y membranas en su interior, que plantea el diagnóstico diferencial entre quiste hidatídico y cistoadenoma biliar. Se objetiva dilatación de la vía biliar izquierda. La colangiorenancia, muestra una lesión de 140 × 100 × 120 mm, en el segmento 4b, que comprime al 5 y tiene crecimiento extrahepático. Presenta un contorno polilobulado, con múltiples tabiques que delimitan distintos lóculos con líquido, algunos con señal mayor que la del agua, lo que puede indicar contenido mucinoso. Se decide intervención, realizando una exéresis radical con reparación de la vía biliar izquierda, colecistectomía y colangiografía, con una evolución satisfactoria. El estudio patológico confirma el cistoadenoma biliar. Dos meses después, acude nuevamente a por prurito. La colangiorenancia muestra una estenosis en la transición entre hepático y colédoco y, a nivel del conducto hepático común una sutil ocupación de su luz por presencia de finas membranas que captan contraste. Después de drenar transitoriamente la vía biliar mediante endoprótesis, se realiza CPRE y colangioscopia evidenciando una formación quística redondeada a nivel de hepático común. Se decide explorar quirúrgicamente la vía biliar y se realiza una hepatectomía izquierda con colangiostomía, por cistoadenoma biliar con origen en la vía biliar izquierda y crecimiento intraluminal causa de la obstrucción. Con recuperación satisfactoria, sigue controles ambulatorios sin incidencias. El estudio patológico es de cistoadenoma biliar de tipo polipoide intraductal con estroma mesenquimal.

Discusión: El tratamiento de elección del cistoadenoma biliar es la resección radial, dado su potencial de malignización. La exéresis radical debe incluir el epitelio biliar de origen, de otra forma la recidiva es común.

La magnitud de la resección va a depender de la localización topográfica; en cistoadenomas periféricos es posible la resección segmentaria o incluso no anatómica, cuando dependen de canalículos más distales requieren resecciones mayores.