



Fig. 1.

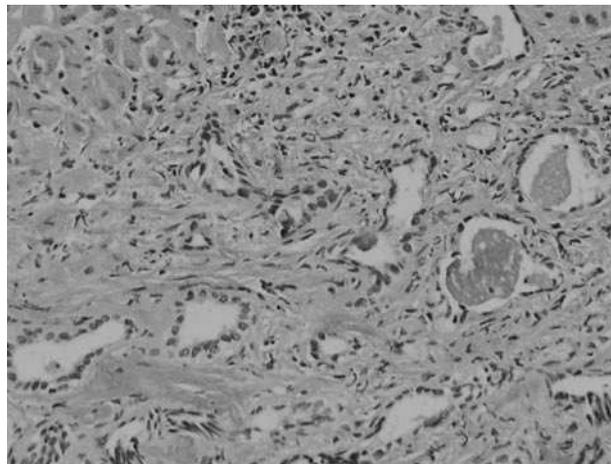


Fig. 2.

Junto con las lesiones quísticas de la vía biliar y la fibrosis hepática congénita, los complejos de Von Meyenburg constituyen el grupo de enfermedades derivadas de la malformación de la placa ductal, que resulta de la persistencia o ausencia del remodelado del tejido ductal embrionario durante la ontogénesis. Descritas por primera vez en 1906 por Moschcowitz, corresponden a lesiones hamartomatosas de entre 1 y 3 mm, que contienen pequeñas formaciones quísticas de epitelio biliar en el seno de una estroma fibrosa y afectan a ambos lóbulos hepáticos. Su incidencia se estima entre el 0,5 y el 5,7% de la población. Clásicamente, este hallazgo radiológico u operatorio carece de significación clínica, aunque parece favorecer el desarrollo de colangiocarcinomas. Esta predisposición se atribuye a la exposición prolongada del epitelio ductal a carcinógenos potenciales contenidos en la bilis. El interés de esta alteración reside en el diagnóstico diferencial con lesiones metastásicas o microabscesos. El diagnóstico por imagen de este cuadro se consigue con ecografía mediante la utilización de la emisión de ondas de alta frecuencia (7,5 MHz), que demuestra estructuras hipocóicas (correspondientes a los quistes de mayor diámetro) y otras hiperecogénicas (quistes menores de luz indetectable) junto a imágenes en "cola de cometa". La confirmación diagnóstica, así como la exclusión de lesiones malignas, se completa con imagen por resonancia magnética.

El caso que presentamos es el de un varón de 56 años que fue intervenido en el seno de un cuadro de

sepsis biliar. Presentaba una superficie hepática con múltiples lesiones hamartomatosas confirmadas histológicamente como complejos de Von Meyenburg. Se realizó una colecistectomía y la extracción de 2 cálculos de la vía biliar. A los 30 días del alta, el paciente fue reingresado por un cuadro de sepsis de origen biliar. La ecografía abdominal y la colangiografía resonancia realizadas descartaron una dilatación de la vía biliar o la presencia de cálculos residuales. En los hemocultivos se aisló en 2 ocasiones *Klebsiella pneumoniae*. El cuadro remitió tras un ciclo prolongado de antibioterapia intravenosa. Un mes después y bajo antibioterapia oral domiciliaria, el paciente fue ingresado de nuevo por un cuadro de iguales características. Aunque en la bibliografía apenas hay trabajos que relacionen esta alteración anatómica con complicaciones infecciosas, la estasis biliar en el interior de las formaciones quísticas podría actuar como reservorio de gérmenes provenientes de focos típicos de sepsis biliar (colecistitis aguda, colangitis por coledocolitiasis o por reflujo).

**Elia Marqués^a, José Manuel González^a,
Sonia Morales^a, Juan José Ruiz^a,
Javier Cardenal^a, Nuria Fernández^b
y Elías del Amo^a**

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital San Pedro
de Alcántara. Cáceres. España.