



P-258 - CISTOADENOMA HEPÁTICO. UN RARO QUISTE Y UNA INFRECUENTE PRESENTACIÓN

C. Moreno Muzas¹, A. Serrablo Requejo², A.C. Utrillas Martínez¹, E. Vilar Bonacasa¹ y J.M. del Val Gil¹

¹Hospital General Obispo Polanco, Teruel. ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El cistoadenoma hepatobiliar (CB) es una rara entidad de naturaleza benigna que se origina en el epitelio biliar. Constituye el 5% de las lesiones quísticas hepáticas. De paredes finas y tabiques en su interior con contenido líquido, habitualmente mucina. Suelen crecer lentamente y permanecer asintomáticos, aunque cuando alcanzan grandes dimensiones pueden aparecer síntomas como el dolor o ictericia, siendo infrecuente la rotura o sobreinfección. Presentamos un caso, con el apoyo de imágenes de radiodiagnóstico, cuya primera manifestación es un abdomen agudo como consecuencia de la rotura espontánea a la cavidad abdominal.

Caso clínico: Mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, que estando previamente asintomática y sin traumatismo previo, debuta con dolor y aumento del perímetro abdominal de dos días de evolución. A la exploración destaca una gran masa palpable dolorosa que ocupa el hemiabdomen derecho. El TC informa de una lesión quística hepática de 22 × 26 × 28 cm de diámetro en el LHD, de pared fina y tabiques en su interior. A las 24 horas presenta aumento del dolor con signos de irritación peritoneal, disminución del tamaño de la masa y de la distensión abdominal. En la ecografía se observa la disminución de tamaño de la lesión, 16,5 × 11 cm, de contornos lobulados, y líquido libre perihepático, periesplénico, interasas y en pelvis. El estudio de coagulación, hemoglobina y hematocrito son normales. En la laparotomía de urgencia se encuentra gran cantidad de líquido sero-hemático (5 litros), con restos de mucina, distribuido por toda la cavidad abdominal, y un gran quiste hepático fisurado dependiente del LHD. Se realiza la extirpación completa del quiste (de pared fina con signos de sangrado intraquístico), hemostasia del lecho y drenaje. El postoperatorio cursa sin incidencias. El informe anatomopatológico es de cistoadenoma biliar sin atipias. La citología y cultivo del líquido intraquístico son negativos, con niveles de CA 19-9 de 482 (145 en plasma). En un TC de control, a los 6 meses del postoperatorio, se encuentran 2 lesiones quísticas en LHD, de morfología lobulada e irregular, de 9,5 y 8 cm. Ante la evidencia de quistes residuales de crecimiento rápido, y el posible riesgo de malignización, se indica la reintervención para la resección completa de los quistes mediante hepatectomía derecha.

Discusión: El diagnóstico diferencial debe realizarse con el resto de lesiones quísticas, especialmente el quiste hidatídico. El diagnóstico radiológico se fundamenta en la ECO y el TC. El CA 19-9 elevado en plasma no se encuentra en otras lesiones quísticas hepáticas (aunque son más útiles los valores intraquísticos), por lo que su asociación es altamente indicativa de CB, pero no permite distinguir entre la naturaleza benigna o maligna de la lesión. En las series publicadas se

atribuye un potencial maligno a los cistoadenomas basándose en los hallazgos histológicos (focos de atipia y displasia) encontrados en algunas de las piezas quirúrgicas, similares a los observados en algunos cistoadenocarcinomas, esto hace que el tratamiento recomendado sea la resección completa del tumor. La recidiva es la norma cuando se emplean otros tratamientos menos agresivos.