



P-363 - CISTOADENOMA Y CISTOADENOCARCINOMA BILIAR: UN RETO DIAGNÓSTICO

C. Lama, C. Parada, M. Garmendia, T. Barber y S. Alonso

Hospital General Universitario de Elda.

Resumen

Introducción: El cistoadenoma (CAB) es un tumor poco frecuente con pocos casos descritos en la literatura que predomina en el sexo femenino, entre la 5ª y 6ª década de la vida y el diagnóstico se basa en pruebas de imagen aunque suele ser difícil. El cistoadenocarcinoma biliar (CACB) es todavía menos frecuente que el CAB y llegar al diagnóstico preoperatoriamente muy poco frecuente. Si bien el tratamiento del CACB es la cirugía radical, en el caso del CAB es más controvertido.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 55 años que a raíz de sintomatología urinaria (no relacionada con el quiste) se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal cuyo diagnóstico fue de quiste hepático tabicado, sin poder descartar cistoadenoma biliar. La resonancia nuclear magnética (RNM) hepática fue superponible a la TC. La colangio-RM objetivó un colédoco, hepático común y derecho normales con una dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda, distal al quiste, sin comunicación con la misma. El estudio ecográfico mostró un engrosamiento mural del quiste de mayor tamaño. Fue intervenida quirúrgicamente realizando una hepatectomía izda. La histopatología fue de cistoadenoma biliar (CAB) con áreas de cistoadenocarcinoma.

Discusión: Tanto el CAB como el CACB es un tumor poco frecuente y por ello las series publicadas incluyen pocos casos. La sintomatología suele ser inespecífica aunque se han descrito síntomas relacionados con la compresión de la vía biliar o la presencia de mucina en su interior. El diagnóstico de los CAB se basa en pruebas de imagen. Tanto la ecografía como el TC abdominal y más recientemente la resonancia suelen establecer el diagnóstico de sospecha pero es el análisis de la pieza quirúrgica el que da el diagnóstico definitivo. Según algunos autores la ecografía presenta un mayor rendimiento diagnóstico en el CACB ya que permite identificar proliferaciones papilares en el interior de la lesión quística que sugeriría la posible degeneración maligna. En la última década algunos autores han medido niveles de marcadores tumorales en el CAB con resultados contradictorios además de que no permiten diferenciar entre CAB y CACB por lo que no nos ayudará a realizar un diagnóstico preoperatorio exacto. El tratamiento de elección de los CACB es la cirugía radical ya sea vía laparotómica o laparoscópica. Sin embargo, en el CAB otros tratamientos (marsupialización o la resección subtotal del quiste con destrucción de la mucosa residual) han sido defendidas por algunos grupos. Son opciones muy controvertidas si tenemos en cuenta la dificultad, reconocida por la mayoría de grupos, de distinguir entre CAB y CACB. Nosotros estamos a favor de la resección completa del CAB ya que, hoy en día, la morbi-mortalidad de la cirugía resectiva es muy baja y los resultados a largo plazo muy buenos. El CACH es un tumor poco frecuente que puede

asentar sobre un CAB. El diagnóstico preoperatorio del CACB es difícil, por ello creemos que el mejor tratamiento para estas lesiones (tanto benignas como malignas) es la resección completa de la lesión consiguiendo unos buenos resultados en cuanto a morbimortalidad y supervivencia.