

P-199 - CISTOADENOMA BILIAR: TUMORACIÓN HEPÁTICA CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA

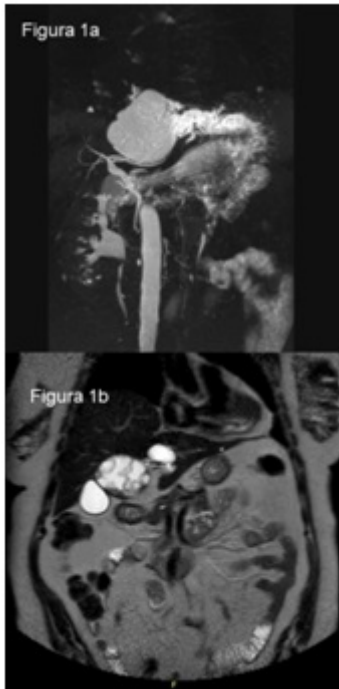
Lama, María Carmen; Parada, Carlos; Galvez, Elisa; Samper, José Daniel

Hospital General de Elda, Elda.

Resumen

Introducción: Las tumoraciones quísticas hepáticas plantean muchas veces un reto diagnóstico dado que en muchas ocasiones se confunden con los quistes simples mucho más frecuentes. De estas lesiones el cistoadenoma biliar (CAB) es un claro ejemplo. El CAB es poco frecuente con pocos casos descritos en la literatura, predominando en el sexo femenino, entre la 5ª y 6ª década de la vida y su diagnóstico se basa en pruebas de imagen. El tratamiento del CAB es controvertido.

Casos clínicos: Caso clínico nº 1: paciente de 55 años que a raíz de sintomatología urinaria se diagnostica incidentalmente mediante tomografía computarizada (TC) abdominal de quiste hepático tabicado, sin poder descartar CAB. La colangio-RM (RM) objetivó una dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda distal al quiste, sin comunicación con la misma (fig. 1a). La ecografía mostró un engrosamiento mural del quiste. Fue intervenida quirúrgicamente realizándose una hepatectomía izda. La histopatología fue de CAB con focos de cistoadenocarcinoma infiltrante. Caso clínico nº 2: paciente de 68 años diagnosticada desde hacía años de quistes hepáticos simples que consultó por dolor en hipocondrio dcho. La ecografía informó de quiste hepático complicado frente a hidatídico. El TAC y la RM sin embargo, orientan el caso como quiste hepático complicado o CAB (fig. 1b). Fue intervenida realizándose segmentectomía IVb. La anatomía patológica constató un CAB con ulceraciones en su epitelio y hemorragia intraquística asociada.



Discusión: El CAB es un tumor poco frecuente. La sintomatología es inespecífica, aunque se han descrito síntomas relacionados con la compresión de la vía biliar o hemorragia intraquística como en nuestros pacientes. El diagnóstico de los CAB se basa en pruebas de imagen. La ecografía, el TC y la RM suelen establecer el diagnóstico de sospecha, pero es el análisis de la pieza quirúrgica el que da el diagnóstico definitivo. La ecografía puede dar mayor rendimiento diagnóstico en el cistoadenocarcinoma ya que puede identificar proliferaciones papilares en la pared del quiste que sugeriría la degeneración maligna. También se han medido niveles de marcadores tumorales en el CAB con resultados contradictorios por lo que no nos ayudará a realizar un diagnóstico preoperatorio exacto. El tratamiento de estos tumores es controvertido. Si bien se han descrito tratamientos menos agresivos que la resección, como marsupialización o la resección subtotal del quiste con destrucción de la mucosa residual, éstos no eliminan la posibilidad de la degeneración neoplásica. Teniendo presente que hoy día la morbi-mortalidad de esta cirugía es baja y la dificultad de realizar un diagnóstico preoperatorio exacto, creemos que el tratamiento resectivo es el indicado en estos casos. El CAB es un tumor poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio. Dada su posibilidad de degeneración maligna creemos que el mejor tratamiento es la resección completa de la lesión consiguiendo unos buenos resultados en cuanto a morbimortalidad.