



P-217 - CISTOADENOMA BILIAR CON COMPRESIÓN DE VENA CAVA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Payno Morant, Elena; Peromingo, Roberto; Juez Saez, Luz Divina; Santana Valenciano, Ángela; Perea Fuentes, Ines; Oto, Diego; Nuño, Javier; Fernández Cebrián, Jose María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

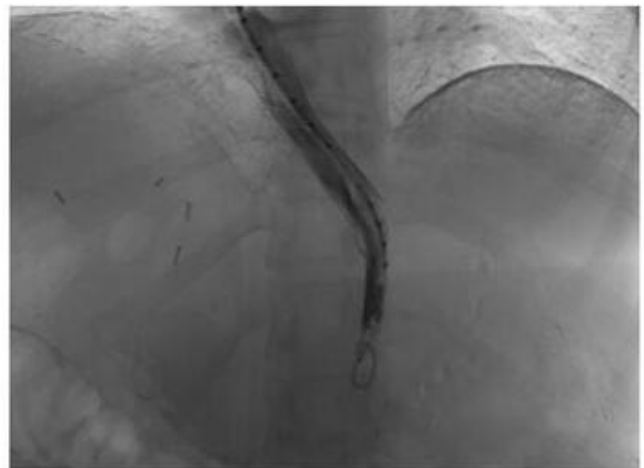
Introducción: El cistoadenoma biliar supone menos del 5% de las neoplasias quísticas hepáticas. Es más frecuente en mujeres de mediana edad y asienta con mayor frecuencia el lóbulo hepático derecho. Cuando presentan síntomas, los más frecuentes son: masa palpable, dolor o compresión de vía biliar. El compromiso vascular es una complicación infrecuente en este tipo de neoplasias.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer, natural de Rumanía, que se diagnosticó a los 48 años de cistoadenoma en LHD de forma incidental, realizándose en aquel momento destechamiento de la lesión en su país de origen. Durante el seguimiento, a los 3 años de la cirugía inicial, se constató crecimiento progresivo de la lesión residual, por lo que se decidió hepatectomía derecha, que no se pudo completar por compromiso de las venas suprahepáticas izquierda y media. Al año de la segunda intervención acudió al SU por síncope de repetición y ascitis. En la analítica se apreciaba ligera elevación de transaminasas y colestasis disociada. Se realizó un TC abdominal que mostró el cistoadenoma conocido, ahora centrado en caudado y LHI, de hasta 8 cm de diámetro máximo, con compresión extrínseca de la VCI, hígado de aspecto congestivo y abundante ascitis. La paciente ingresó en planta de hospitalización, y tras comentarse el caso en comité multidisciplinar se decidió colocación de prótesis por parte de radiología intervencionista. A través de la yugular interna derecha, se accedió a la vena suprahepática izquierda que mostraba estenosis crítica. El gradiente de presión previo a la colocación de prótesis era de 17 mmHg. Se colocó una prótesis autoexpandible en la vena suprahepática izquierda, tras lo cual se comprobó normalización del gradiente de presión. La paciente presentó buena evolución posterior, con normalización analítica y desaparición de la clínica. Se decidió realizar biopsia quirúrgica previo a considerar trasplante hepático. La anatomía patológica mostró histología compatible cistoadenoma biliar con estroma mesenquimal, sin presencia de displasia en el tejido estudiado. Dado que actualmente la paciente permanece asintomática, y que el cistoadenoma presenta bajo riesgo de transformación maligna, se decidió en comité multidisciplinar posponer la inclusión en lista de espera para trasplante hepático, considerando que el riesgo de la intervención supera, por el momento, el riesgo de malignización.

Figura 1: Arteriografía de la vena suprahepática izquierda.



A. Arteriografía previa colocación de prótesis.



B. Arteriografía tras colocación de prótesis.

Discusión: El cistoadenoma biliar es una neoplasia quística hepática infrecuente. Los síntomas relacionados con el compromiso vascular son excepcionales, y remiten rápidamente tras reestablecer el flujo. El tratamiento del cistoadenoma debe basarse, siempre que sea posible, en resecciones anatómicas, dependiendo de la ubicación del tumor y la reserva hepática resultante. El drenaje del contenido quístico, el destechamiento o las resecciones incompletas se asocian a alta tasa de recidiva y potencial diseminación en caso de lesiones malignas. Es habitual la presencia de un estroma mesenquimal tipo ovárica, lo que confiere a la lesión un mejor pronóstico, con menor incidencia de malignización. El trasplante hepático debe considerarse, en ausencia de contraindicación, cuando la resección anatómica no sea posible, tras el fracaso de otras alternativas terapéuticas.