

# CISTOADENOMA BILIAR PRIMARIO EN MUJER JOVEN. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

## PRIMARY BILIARY CYSTADENOMA IN A YOUNG WOMAN. REPORT OF A CASE.

J. Gómez-Sánchez<sup>1</sup>, E. Calcerrada-Alises<sup>2</sup>, F. Navarro-Freire<sup>1</sup>, B. Mirón-Pozo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario. Ciudad Real.

### Resumen

Las lesiones neoplásicas primarias quísticas hepáticas suponen entidades poco frecuentes dentro de las lesiones quísticas hepáticas. El cistoadenoma hepatobiliar, de naturaleza premaligna, representa tan sólo el 5% de las lesiones quísticas de hígado, y su tratamiento recomendado es la resección completa o lobectomía hepática en función de la ubicación tumoral dado el riesgo de recidiva.

Describimos el caso de una paciente inicialmente diagnosticada de quiste hepático complicado, que tras una primera intervención, se diagnostica de cistoadenoma hepatobiliar, con el objetivo de exponer los síntomas, imágenes y actitud terapéutica.

**Palabras clave:** cistoadenoma biliar, lesión hepática.

### Abstract

Primary neoplastic cystic hepatic lesions are uncommon entities within hepatic cystic lesions. Hepatobiliary cystadenoma, premalignant in nature, represents only 5% of cystic liver lesions, and its recommended treatment is complete resection or hepatic lobectomy depending on the tumour location given the risk of recurrence.

We describe the case of a patient initially diagnosed with a complicated liver cyst who, after a first intervention, was diagnosed with hepatobiliary cystadenoma. The aim of this case report is exposing the symptoms, imaging features and therapeutic management.

**Keywords:** biliary cystadenoma, hepatic lesion.

### CORRESPONDENCIA

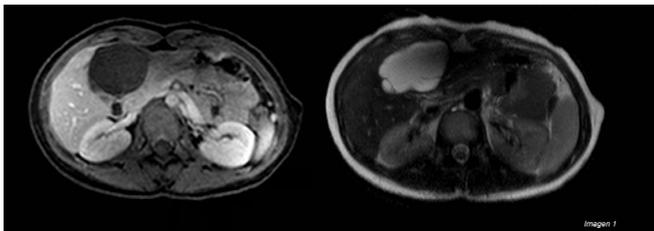
Javier Gómez Sánchez  
Hospital Universitario San Cecilio  
18016 Granada  
[javiergomezsanchez.jg@gmail.com](mailto:javiergomezsanchez.jg@gmail.com)

*Fecha de envío:* 18/07/2018  
*Fecha de aceptación:* 07/10/2018

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 25 años, sin antecedentes de interés ni consumo de anticonceptivos, derivada por su médico de atención primaria por tumoración a nivel de hipocondrio derecho de crecimiento progresivo, y molestias abdominales difusas. Inicialmente se realiza analítica, que no presenta alteraciones.

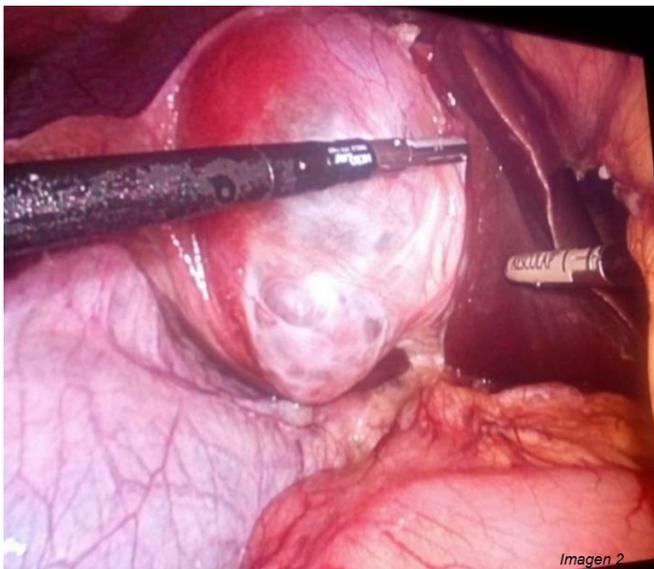
Se decide realizar ecografía abdominal, informándose una lesión hepática de unos 6 cm compatible con quiste complejo, quiste hidatídico o cistoadenoma biliar que posteriormente se completa mediante una Colangio-RMN, evidenciándose una masa quística, de 67x64x51 mm, en el segmento IV hepático, con finos septos en su interior y sin polos sólidos, sin restricción de la difusión ni captación en su interior en íntima relación con una estructura quística tubular cercana a la bifurcación portal, sugerente de radical biliar, que concuerda con los mismos diagnósticos diferenciales ecográficos (Figura 1).



**Figura 1**

Colangiorensonancia magnética. Colangiorensonancia en la que en el corte transversal se observa tumoración de gran tamaño a nivel del segmento IV hepático, compatible con Cistoadenoma biliar primario.

Ante la persistencia de la sintomatología, y con una serología negativa para *Echinococcus granulosus*, se decide intervenir quirúrgica con la sospecha de quiste hepático complicado, realizándose por abordaje laparoscópico el aspirado del material quístico y la extirpación parcial de la pared del quiste (Figura 2), sin reseca la englobada en el parénquima hepático.



**Figura 2**

Laparoscopia del cistoadenoma biliar. Imagen intraoperatoria, mediante laparoscopia, de la tumoración quística en el segmento IV hepático, compatible con cistoadenoma biliar primario. Se realiza resección parcial, que tras resultado definitivo de anatomía patológica acaba en lobectomía izquierda reglada.

Provisionalmente se informa la Anatomía Patológica (AP) como hamartoma biliar quístico, que tras hallarse un foco estromal similar al estroma ovárico, se acaba catalogando definitivamente como cistoadenoma biliar. Ante el hallazgo de AP se decide reintervención quirúrgica y mediante laparotomía subcostal se procede a liberar la tumoración quística remanente del segmento IV, que se extiende hacia el segmento III con realización de colangiografía intraoperatoria en la que se observa gran dilatación del hepático derecho hasta su entrada en el segmento III. Se finaliza la intervención efectuándose una lobectomía izquierda reglada acompañada de una colecistectomía.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria siendo dada de alta, sin recidivas en los controles posteriores.

## Discusión

Los cistoadenomas hepatobiliares asientan en el parénquima hepático de mujeres de mediana edad, aunque pueden aparecer en el sistema biliar extrahepático. Clínicamente cursa como una masa palpable, acompañada o no de dolor, que puede presentar síntomas secundarios a la compresión de la vía biliar, como ictericia o colangitis<sup>1</sup>.

Se les atribuye un potencial maligno ya que en ocasiones aparecen focos de atipia y displasia, similares a los cistoadenocarcinomas, por lo que el tratamiento recomendado es la resección completa o lobectomías dependiendo de la ubicación tumoral<sup>2</sup>. El riesgo de recidiva tumoral aumenta cuando se realizan drenajes quirúrgicos o la simple puesta a plano de la lesión, de ahí que en nuestro caso, se decidiera la reintervención tras la primera cirugía.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el resto de las lesiones quísticas, y en especial con el quiste hidatídico, demostrando una serología negativa para *Echinococcus granulosus*, y siendo de gran utilidad el uso de pruebas complementarias de imagen como es la TAC o la RMN<sup>3</sup>. La colangiografía intraoperatoria es útil si se sospecha comunicación con la vía biliar. En relación los parámetros analíticos, puede cursar con cifras normales de transaminasas o bilirrubina, así como presentar cifras de Ca 19,9 normales<sup>4</sup>.

En nuestro medio el cistoadenoma debería ser el primer diagnóstico de presunción en un quiste hepático complejo, ya que de ello depende la actitud quirúrgica y la vía de abordaje que se puede plantear, evitando actos quirúrgicos innecesarios o reintervenciones.

## Bibliografía

1. Dixon E, Sutherland FR, Mitchel P, Mckinnon G, Nayak V. Cystadenomas of the liver: a spectrum of disease. *Can J Surg*, 2001; 44: 371- 3766
2. Hansman MF, Ryan JA, Holmes JH, Hogan S, Lee FT. Management and long-term follow-up of hepatic cysts. *Am J Surg*, 2001; 181: 404-410
3. Teoh AY, Ng SS, Lee KF, Lai PB. Biliary cystadenoma and other complicated cystic lesions of the liver: diagnostic and therapeutic challenges. *W J Surg* 2006; 30: 1560-1566.
4. Tsepelaki A, Kirkilesis I, Katsiva V, Triantafillidis JK, Vagianos C. Biliary Cystadenoma of the Liver: Case report and systematic review of the literature. *Annals of Gastroenterology* 2009; 22: 278-283.