



Salud en Tabasco

ISSN: 1405-2091

revista@saludtab.gob.mx

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco
México

Pérez-Vásquez, José Eduardo; Martínez-Lara, Sorayda
Cistoadenoma hepatobiliar: reporte de un caso
Salud en Tabasco, vol. 20, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 24-27
Secretaría de Salud del Estado de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48731722005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cistoadenoma hepatobiliar: reporte de un caso

José Eduardo Pérez-Vásquez,⁽¹⁾ Sorayda Martínez-Lara.⁽²⁾

tabascouag@gmail.com

RESUMEN

Introducción. El Cistoadenoma Hepatobiliar (CH) es un tumor raro, silencioso, se descubre incidentalmente por imagen. Puede cursar con dolor abdominal, ictericia o desarrollar hemorragia interna y degenerar a malignidad. El diagnóstico definitivo es histopatológico. Se ha demostrado la presencia de CA19-9 en el epitelio del CH. El tratamiento es la resección quirúrgica completa y el seguimiento continuo.

Descripción del caso. Una mujer de 23 años ingresó con ictericia generalizada, dolor en mesogastrio, náuseas y coluria. Desde hace 2 meses se conocía por tener una masa hepática, considerado un quiste simple por USG. La TC reveló una gran masa quística, multiloculada, aparentemente extrahepática. De los laboratorios realizados la determinación de CA19-9 se encontró elevada. La paciente se opera encontrando quiste hepático de 30x35cm, de contenido mucoid-biliar, septado y con presencia de quiste en su interior de mismo contenido. El estudio anatomopatológico demostró un CH, sin atipias, ni malignidad. El curso postoperatorio fue sin complicación, en el seguimiento no se presentó la paciente.

Discusión. Las imágenes normalmente distinguen el CH del quiste simple. De lo contrario, cuando se produce una complicación, la diferenciación preoperatoria puede ser imposible, y requiere el examen histológico del quiste después de la extirpación quirúrgica.

Conclusión. El CH es una entidad rara, la experiencia médica publicada es limitada. Se sospechará en pacientes con aumento de volumen abdominal progresivo, dolor, ictericia, trastornos gastrointestinales, imagen que lo sugiera y un CA19-9 elevado, el manejo es la resección quirúrgica total por la latencia a malignidad y su seguimiento posquirúrgico periódico.

Palabra claves: *Cistoadenoma hepatobiliar, quiste simple, cistadenocarcinoma.*

SUMMARY

Background. Hepatobiliary cystadenoma (CH) is a rare tumor, silent, imaging is discovered incidentally. Can present with abdominal pain, jaundice or develop internal bleeding and degenerate to malignancy. Histopathological diagnosis is definitive. Have demonstrated the presence of CA19-9 in the epithelium of CH. The treatment is complete surgical resection and continuous monitoring.

Case outline: A 23 year old woman was admitted with generalized jaundice, pain mesogastrium, nausea and dark urine. For two months was known for having a liver mass, considered a simple cyst by US. CT revealed a large cystic mass, multiloculated, apparently extrahepatic. Laboratory determination made CA19-9 was elevated. Finding the patient is operated 30x35cm hepatic cyst, mucoid-biliary content, and the presence of septado cyst inside of the same content. Pathologic examination showed a CH, without atypia, or malignancy. The postoperative course was without complication, monitoring the patient did not show.

Discussion: The images usually distinguish simple cyst CH. Otherwise, when a complication preoperative differentiation may be impossible, and requires histological examination cyst after surgical removal.

Conclusion: The CH is a rare, published medical expertise is limited. Be suspected in patients with progressive enlargement of abdominal pain, jaundice, gastrointestinal disorders, suggesting that image and CA19-9 high, management is total surgical resection latency to malignancy and postoperative follow-up paper.

Keywords: *Hepatobiliary cystadenoma, simple cyst, cystadenocarcinoma.*

⁽¹⁾ Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Cirugía General del Hospital de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez”, Tabasco. México.

⁽²⁾ Médico Cirujano Egresada de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco. México.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hepáticos son un grupo heterogéneo de tumores infrecuentes, donde se incluye al cistoadenoma hepatobiliar (CH), el cual es un tumor benigno, clínicamente silencioso, es causa de dolor y aumento de volumen abdominal e ictericia.¹ El diagnóstico es sospechado incidentalmente por ultrasonografía (USG) y tomografía computarizada (TC) generalmente.¹ En la ecografía, un cistoadenoma suele aparecer como una lesión hipoecoica con paredes irregulares engrosadas y ecos internos ocasionales que representan los residuos y nodularidad de la pared.^{1,2} Estos hallazgos son generalmente indicativos de un quiste complicado, lo que puede representar un quiste simple, con sangrado previo, un quiste neoplásico tal como un cistoadenoma, cistoadenocarcinoma, o rara vez una metástasis.¹ En una tomografía computarizada un cistoadenoma aparece como una masa atenuada, que puede ser uni o multilocular, o puede tener tabiques.³ La pared del quiste es generalmente engrosada y / o irregular. Esto es en contraste con un quiste simple, que es típicamente desprovisto de septos y tiene paredes imperceptibles.^{2,3,4,5} Originado del tejido embrionario intrahepático del epitelio biliar, es uni o multinodular de grandes proporciones, se producen con más frecuencia en el lóbulo derecho hepático, reporta una recurrencia del 4.6%. Se presenta entre los 40-50 años de edad, predominantemente en mujeres (95%).^{1,2,6} El examen histológico confirma el diagnóstico, por lo general se obtiene durante o después de la resección de un quiste sospechoso y cuyas características son: lesión quística multilocular con una superficie exterior lisa, y una pared delgada con forro interior suave. El quiste suele contener sangre o de color chocolate. Microscópicamente el CH está revestido por epitelio mucosa cuboidal o columnar tipo biliar secretora, apoyado por una densa estroma fibroso parecido al tejido ovárico. El revestimiento está rodeado por una capa suelta y menos celular de colágeno. Se ha sugerido que cistoadenoma hepatobiliar puede estar compuesto de dos grupos distintos que difieren en la presencia o ausencia de un estroma mesenquimal que rodea el revestimiento epitelial del quiste.^{2,5} Se ha demostrado la presencia de CA19-9 en el epitelio del CH.^{2,5,6,7,8} Por USG el CH suele aparecer como una lesión hipoecoica con paredes irregulares, engrosadas y ecos internos ocasionales que representan los residuos y nodularidad en la pared, estos hallazgos son generalmente indicativos de un quiste complicado.^{1,2,3} En una TC el CH aparece como una masa atenuada, que puede ser uni o multilocular, puede tener septos.^{1,2,3} El diagnóstico diferencial incluye cistoadenocarcinoma, quiste echinococcal, y un simple quiste. Los quistes simples son formaciones quísticas que contienen líquido claro que no se comunican con el árbol biliar intrahepático, por lo general se pueden distinguir por la ausencia de tabiques y proyecciones papilares y la presencia de líquido quístico seroso. El quiste echinococcal

causado por la forma larval de *Echinococcus granulosus*, que generalmente se adquiere a partir de perros infectados, se asocian frecuentemente con calcificaciones y los pacientes tendrán serología positiva. El cistoadenocarcinoma probablemente surge de la transformación maligna de un cistoadenoma, generalmente se encuentra en las personas de edad, se ha reportado en pacientes en la tercera década de la vida, suelen ser multiloculares semejante al cistoadenoma, los cambios malignos se encuentran típicamente en el revestimiento epitelial interno, generalmente tienen una pared gruesa que puede mostrar grandes masas de tejido que sobresalen del revestimiento interno del quiste.^{2,3,9} Las complicaciones que pueden presentarse son hemorragia intraquística, obstrucción de la vía biliar, colangitis, ascitis, desplazamiento de estructuras adyacentes, trastornos gastrointestinales, sobreinfección bacteriana, rotura, recidiva y malignización en el 15-30% de los casos.^{2,3,4,5,6} El tratamiento es la resección, que debe realizarse siempre que sea posible ya que la transformación maligna del revestimiento del quiste se ha descrito en el 15-30% de los pacientes. La eliminación del quiste se puede lograr por enucleación. La escisión parcial se asocia invariablemente con la recidiva y con un peor pronóstico en comparación con la resección completa. La aspiración también se asocia con la recurrencia rápida del líquido y de los síntomas. La resección hepática se debe considerar siempre en una lesión quística sospechosa de ser un cistoadenocarcinoma ya que la diferenciación fiable entre cistoadenoma y cistoadenocarcinoma no siempre es posible.^{2,4,9} Lo poco común del padecimiento y las complicaciones ameritan su estudio, siendo el objetivo de este caso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenino de 23 años, inicia padecimiento con dolor punzante ocasional en mesogastrio, ictericia generalizada, náuseas que ceden espontáneamente, se acompaña de coluria, sin acolia ni fiebre, es atendida en centro hospitalario de lugar de origen y 2 meses después atendida en un hospital de 3er nivel. A la exploración física dirigida se aprecian tegumentos y piel de buena coloración, abdomen aumentado de volumen por tejido adiposo, aspecto de batracio, con peristalsis normal, tumor palpable en hemiabdomen derecho de 20 x 20cm aproximadamente, desde el reborde costal hasta la pelvis, consistencia renitente, bordes lisos y regulares, adosado a planos profundos y superficiales, fija, indoloro, sin datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio al ingreso se reportan en rangos normales, la determinación de CA 19-9 elevada (46.8U/mL). El USG reportó masa quística de glándula hepática, probable cistoadenoma seroso, efecto compresivo a nivel de hilio hepático, no se visualiza vesícula y páncreas (figura 1). La TC abdominal reportó

CASO CLÍNICO

gran tumoración quística, multiloculada abdominal, cuyo órgano de origen no se aprecia por sus grandes dimensiones, aparentemente extrahepática (figura 2). La paciente es operada cuatro meses después de iniciado su padecimiento con el siguiente hallazgo: Quiste hepático de 30x35cm, con contenido en el interior aspecto mucoide y biliar, vía biliar extrahepática sin alteraciones, quiste hepático septado, con presencia de quiste en su interior de mismo contenido (figura 3 y 4). El reporte histopatológico corresponde a un cistoadenoma hepatobiliar, sin atipias, ni evidencia de malignidad, en el posquirúrgico no presentó complicaciones. (figuras 5 A y B). La paciente no acude a la consulta de seguimiento.



Figura 1. USG abdominal. Masa quística de glándula hepática.

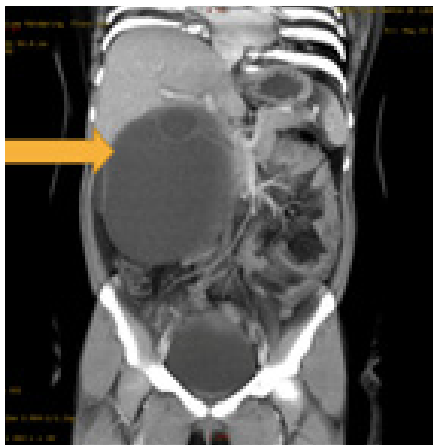


Figura 2. TC abdominal con presencia de tumoración abdominal (flecha) con desplazamiento y compresión de estructuras adyacentes.

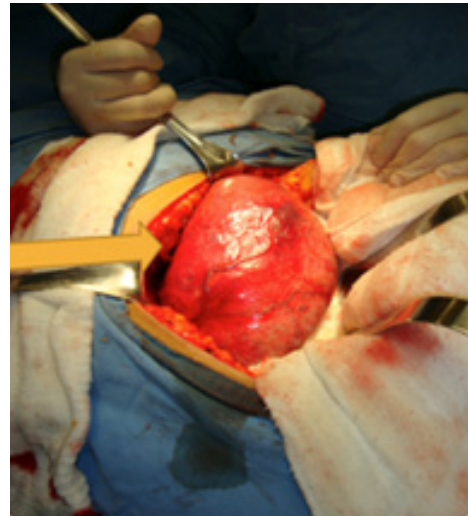


Figura 3. Se observa tumor abdominal con hiper vascularidad.

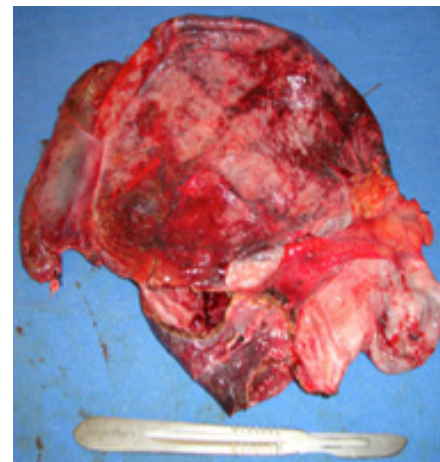


Figura 4. Cistoadenoma hepatobiliar, se observa vesícula biliar con conducto cístico ligado.

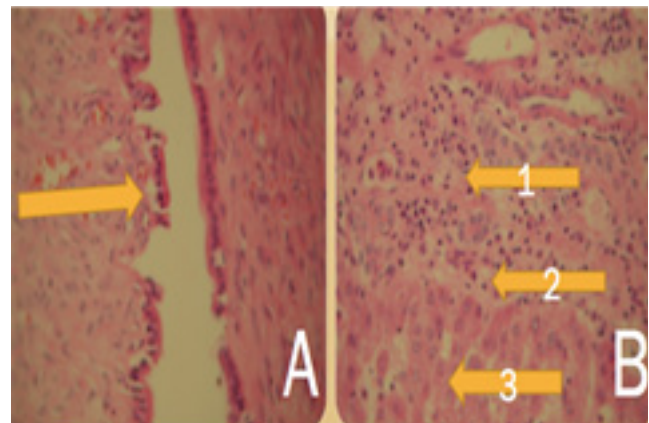


Figura 5 A. Revestimiento epitelial cúbico simple del quiste. **B.** Infiltrado inflamatorio, (1) conducto biliar, (2) parénquima hepático (3)

DISCUSIÓN

En 1892 se informó de la primera resección de CH, actualmente menos de 200 casos se han descrito.⁴ La presencia de dolor en abdomen superior, fiebre, dispepsia, ictericia, y masa abdominal palpable presente en la paciente del caso lo describe Ratti y col. justificándolo por el gran crecimiento del tumor, que desplaza los órganos abdominales, y comprime la vía biliar lo que condiciona obstrucción, estasis y colonización de líquido biliar dando como resultado colangitis.⁹ Existe la asociación con la elevación de CA 19-9 en la sangre o fluido del quiste, mas sin embargo Horsmans y col. no lo encontraron elevado en presencia de otras lesiones hepáticas de naturaleza quística, por lo tanto, la asociación entre una lesión quística hepática y un CA 19-9 alto en suero es indicativa de CH.⁸ Catinis y Rattis mencionan que el diagnóstico generalmente es sospechado incidentalmente por imagen (USG y TC), en ocasiones RMN que muestran una engrosada e irregular pared externa, septos internos, multiloculadas, comunicación con conducto biliar, nodularidad focal, calcificación y en ocasiones proyecciones polipoides^{4,9} como en el presente caso. En relación a los diagnósticos diferenciales, en este caso no se hizo determinación serológica de la larva de *Echinococcus granulosus*, el quiste simple se descartó desde el hallazgo macroscópico transquirúrgico ya que se encontró el gran tamaño del quiste con múltiples septos en su interior, así como el contenido mucoso y biliar, el cistoadenocarcinoma se descarta ya que histopatológicamente no mostró atipias ni evidencia de malignidad, todo esto apoyado por lo reportado por Ramia, Hernández- Bartolome, Catinis, Rubio-Ollo, Ratti.^{2,3,4,5,9} Los autores consultados sugieren que el tratamiento es la resección completa con monitorización posoperatoria, la escisión parcial se asocia con una tasa de recidiva del 50%, el riesgo de transformación a malignidad esta reportado en un 15-30% de los casos.^{1,3,5,8,9,10}

CONCLUSIÓN

El CH es una entidad rara en nuestro medio, la experiencia médica publicada con estas lesiones se limita a informes de casos individuales y pequeñas series. Debe de sospecharse en pacientes que cursen con aumento de volumen abdominal progresivo, dolor, ictericia, trastornos gastrointestinales,

imágenes que lo sugieran y un CA 19-9 elevado, su manejo debe de ser resección quirúrgica total por la latencia a malignidad y su seguimiento posquirúrgico posterior.

REFERENCIAS

1. Fukunaga N, Ishikawa M, Ishikura H, Ichimori T, Kimura S, Sakata A, et al. Hepatobiliary cystadenoma exhibiting morphologic changes from simple hepatic cyst shown by 11-year follow up imagings. *World J Surg Oncol.* 2008;11(6):129.
2. Ramia J, De la Plaza R, Figueras J, García- Parreño J. Tumores hepáticos quísticos benignos no parasitario, *Cir Esp.* 2011;89(9):565–573.
3. Hernández- Bartolome M, Fuerte- Ruiz S, Manzanedo-Romero I, Ramos-Lojo B, Rodríguez-Prieto I, Gimenez-Alvira L, et al., Biliary cystadenoma, *World J Gastroenterology*, 2009;15(28): 3271-3275.
4. Catinis G, Frey D, Skinner J, Balart L. Hepatic cystadenoma: an unusual presentation. *Am J Gastroenterol.* May 1998;93(5):827-9.
5. Rubio-Ollo I, Prieto- Valtuille C, Arza- Ruesga A, García-De Vicuña A, Pérez- Garay R, Rueda- Gutiérrez M, et al., Cistoadenoma hepatobiliar y elevación progresiva del marcador tumoral CA 19.9, *Rev Lab Clin*, 2010; 3(1); 37-39.
6. Ishak K, Willis G, Cummins S, Bullock A. Biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma: report of 14 cases and review of the literature. *Cancer.* 1977;39(1):322-38.
7. Choi H, Lee J, Lee K, Lee K, Rhee J, Kim K, et al. Differential Diagnosis for Intrahepatic Biliary Cystadenoma and Hepatic Simple Cyst: Significance of Cystic Fluid Analysis and Radiologic Findings. *J Clin Gastroenterol.* 2010;44(4):289-93.
8. Horsmans Y, Laka A, Gigot J, Geubel A. Serum and cystic fluid CA 19-9 determinations as a diagnostic help in liver cysts of uncertain nature. *Liver.* 1996;16(4):255-7.
9. Ratti F, Ferla F, Paganelli M, Cipriani F, Aldrighetti L, Ferla G. Biliary cystadenoma: short- and long-term outcome after radical hepatic resection. *Updates Surg.* 2012;64(1):13-8
10. Barabino M, Leone S, Dapri G, Marsetti M, Ghislandi R, Opocher E. et al., Hepatobiliary cystadenoma: diagnostic uncertainty, *HPB* 2004; 6(1), 52-54.