

# Quistes y hamartomas biliares, no siempre son asintomáticos

## *Biliary cysts and hamartomas are not always asymptomatic*

Nuria Santoyo-Martín<sup>1</sup>, Rosa M Valverde-Gómez<sup>1</sup>, Antonio J Sarriá-Landete<sup>2</sup>, J Andrés Delgado-Casado<sup>3</sup>

1. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

2. Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro.

3. Centro de Salud Ciudad Real II. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

### ABSTRACT

In daily clinical practice, we can find consultation reasons and exploratory findings that can guide us to a certain pathology. However, to avoid mistakes, we must remember that there are fewer common diseases, which could lead to an unexpected final diagnosis.

Hepatic cystic lesions are usually found incidentally, having a wide differential diagnosis. Among them are biliary cysts and hamartomas, rare lesions, but with not inconsiderable importance, as we will see in the case that is exposed below.

**Keywords:** Dolor abdominal. Quistes. Ultrasonografía.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas, e hipertensión arterial en tratamiento con Telmisartan 80/25 mg y Amlodipino 5 mg. Acude al Servicio Hospitalario de Urgencias (SHU) por dolor epigástrico de dos días de evolución, de aparición brusca, que no mejora con analgesia habitual. No náuseas, vómitos, ni alteración del ritmo intestinal. No fiebre ni otra clínica añadida.

A la exploración, TA 143/83, FC 95 lpm, afebril, Saturación oxígeno 98%. Abdomen: matidez a la percusión en epigastrio, con leve abombamiento e intenso dolor. No signos de irritación peritoneal. Resto de exploración por aparatos normal.

Análítica sanguínea: leucocitosis (13.300/ $\mu$ l) con desviación izquierda (75.9% segmentados), LDH 240. Resto de valores del hemograma, coagulación y bioquímica normales. Radiografía de abdomen: aumento de densidad en hipocondrio izquierdo y mesogastrio que produce efecto masa, desplazando las asas intestinales hacia hemiabdomen inferior y flanco izquierdo; presencia de gas distal (Figura 1A). No se ha realizado otras pruebas radiológicas previamente que nos permitan comparar. Ecografía abdominal: gran lesión quística multi-tabicada en región epigástrica e hipocondrio derecho, dependiente de lóbulo hepático izquierdo, que mide aproximadamente 115x229x176 mm, sugestivo de quiste hidatídico gigante. En lóbulo hepático derecho dos lesiones quísticas. No líquido libre intraperitoneal (Figura 1B).

La paciente rechaza el ingreso hospitalario. En estudio ambulatorio: serología de hidatidosis negativa y TAC abdominal con múltiples lesiones hepáticas quísticas muy voluminosas, sin calcificaciones ni nodularidad asociadas (Figura 2). Los hallazgos son ahora compatibles con poliquistosis hepática. Dado que producen sintomatología, se decide quistectomía hepática, presentando buena evolución.

### RESUMEN

En la práctica clínica habitual nos podemos encontrar motivos de consulta y hallazgos exploratorios que nos pueden guiar a una determinada patología. Sin embargo, para no caer en errores, debemos recordar que existen enfermedades menos habituales, que podrían llevarnos a un diagnóstico final inesperado.

Las lesiones quísticas hepáticas se hallan generalmente de forma incidental, teniendo un amplio diagnóstico diferencial. Entre ellas se encuentran los quistes y hamartomas biliares, lesiones poco frecuentes, pero con una importancia no desdeñable, como veremos en el caso que se expone a continuación.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Quistes. Ultrasonografía.

Figura 1. Pruebas de imagen en el SUH: A - Radiografía abdominal; B - Ecografía abdominal.

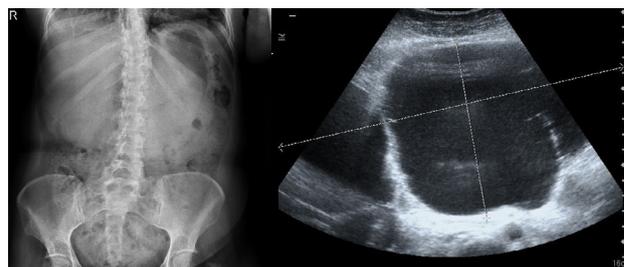
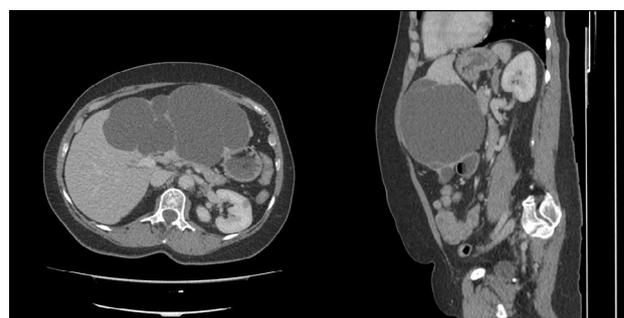


Figura 2. TAC abdominal (cortes transversal y sagital, respectivamente): el quiste de mayor dimensión comprime la pared abdominal.



Sin embargo, “no es oro todo lo que reluce”, se realizó estudio anatomopatológico de la pieza: quiste biliar con fibrosis e infiltración inflamatoria crónica y calcificación focal de la pared, y microhamartoma biliar (complejo de Von Meyernburg).

### DISCUSIÓN

El “Signo de Robinson” en Medicina es un enfoque para el diagnóstico basado en el reconocimiento rápido de patrones y rasgos

inesperados que hacen que lleguemos finalmente al diagnóstico correcto de una determinada patología<sup>1</sup>. Sin embargo, también nos podemos encontrar casos opuestos, en los que todas las “huellas” que encontremos guíen a una determinada patología, pero que el diagnóstico final sea otro distinto, como es el caso de nuestra paciente.

Las lesiones quísticas hepáticas se encuentran generalmente de forma incidental, ya que la mayoría no causan síntomas y son benignas, y la probabilidad de producir clínica y complicaciones es proporcional a su tamaño. En nuestro caso, nos encontramos ante una paciente con múltiples imágenes quísticas hepáticas; su diagnóstico diferencial: quistes hepáticos simples, quistes equinocócicos, quistes biliares, lesiones tumorales, hemangiomas o hamartoma<sup>2</sup>. Como las lesiones tienen una apariencia ecográfica típica, sin quistes asociados en otros órganos, y serología para hidatidosis negativa, se diagnostica de quistes simples múltiples. Sin embargo, debemos plantearnos diagnósticos alternativos ante un rápido crecimiento o la aparición de sintomatología.

- Quistes biliares: formaciones secundarias a la dilatación de los conductos biliares. Tienen una incidencia en las poblaciones occidentales es de 1: 100.000 a 150.000, aumentando a 1: 1000 en países asiáticos, y siendo más frecuentes en mujeres con una proporción 3.5:1<sup>2</sup>. La mayoría son asintomáticos. El dolor abdominal crónico e intermitente sería la clínica más frecuente, sin embargo, en lactantes se presentan en un 80% de los casos con hiperbilirrubinemia conjugada. Además, tienen riesgo de malignidad, con una incidencia de colangiocarcinoma 20-30 veces mayor que en la población general, requiriendo su despistaje inicial<sup>3</sup>. Las pruebas de laboratorio suelen estar en rango normal, siendo las pruebas de imagen las de mayor ayuda: la radiografía simple puede mostrar hepatomegalia o desplazamiento de las asas intestinales, y la ecografía nos ayudará a un primer enfoque de lesión quística<sup>4, 5, 6</sup>. Para su diagnóstico final, debemos demostrar la comunicación estas lesiones con el árbol biliar, utilizando la Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CPRM). El tratamiento dependerá del tipo y sus características, y varía desde su manejo sintomático a la resección quirúrgica, teniendo que evaluar periódicamente a estos pacientes por la posibilidad de malignización.

- Microhamartoma biliar o complejo de Von Meyenburg: formado por conductos biliares intrahepáticos dilatados que no comunican con el árbol biliar, secundario a una malformación de la placa ductal. Tiene comportamiento benigno, y se incluye dentro de las enfermedades fibroquísticas del hígado. Presenta una incidencia en autopsias de un 5.6 %, aunque en las pruebas de imagen es <1%, debido a su pequeño tamaño. Suele ser un hallazgo incidental, y su importancia radica en poder identificarlo y no confundirlo con otras enfermedades de mayor gravedad (metástasis múltiples, carcinoma hepatocelular difuso, microabscesos hepáticos...)<sup>7, 8</sup>. Como los quistes biliares, no suelen alterar los valores analíticos, y son las técnicas de imagen las que permiten su diagnóstico. En la ecografía, el hígado presenta una estructura heterogénea, apreciándose múltiples lesiones redondeadas pequeñas, de ecogenicidad variable. En la tomografía computarizada, estas imágenes son hipodensas; y la resonancia magnética muestra imágenes de contorno irregular, hipointensas en T1 e hi-

perintensas en T2, sin realce con gadolinio. Con la CPRM veremos que no comunican con el árbol biliar<sup>9</sup>. Estos hallazgos valorados de forma independiente pueden simular otras entidades; es la valoración conjunta de los hallazgos en las diferentes técnicas lo que nos permitirá un diagnóstico correcto. Su tratamiento generalmente es conservador con vigilancia evolutiva<sup>10</sup>.

En cada paciente debemos detectar las “huellas” que nos guíen a una determinada patología, teniendo en cuenta las causas más frecuentes, pero sin olvidar que existen otros posibles diagnósticos, no tan comunes, que podrían cambiar nuestro manejo.

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más habituales en la práctica clínica, con múltiples causas posibles. Los quistes y hamartomas biliares son un motivo infrecuente de lesiones quísticas hepáticas, pero a tener en cuenta dentro de su diagnóstico diferencial, ya que requieren un seguimiento posterior.

La ecografía es una prueba cada vez más usada por el clínico, por ser rápida y de fácil accesibilidad, lo que ayuda a un primer enfoque diagnóstico y tratamiento precoz.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

#### FINANCIACIÓN

El estudio no ha recibido financiación externa.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a las características del estudio no ha sido necesario solicitar consentimiento del Comité Ético.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Turabián JL, Samarín-Ocampos E, Minier L, Pérez-Franco B. Aprendiendo conceptos del diagnóstico en medicina de familia: a propósito del «signo de Robinson» - las huellas que no deberían estar allí. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2015;47(9):596-602.
2. Regev A, Reddy KR. Diagnosis and management of cystic lesions of the liver. *UpToDate.com* [Internet]. 2020. [citado: 10 enero 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver?search=%20Diagnosis%20and%20management%20of%20cystic%20lesions%20of%20the%20liver%20.&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver?search=%20Diagnosis%20and%20management%20of%20cystic%20lesions%20of%20the%20liver%20.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
3. Topazian M. Biliary cysts. *UpToDate.com* [Internet]. 2021. [citado: 03 febrero 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/biliarycysts?search=biliary%20cist&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/biliarycysts?search=biliary%20cist&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
4. Delgado-Moraleda JJ, Alegre-Delgado A, Piqueras-Olmeda RM, Pacheco-Usmayo AR, Flores-Méndez JA, Trucco F. Vista de Radiografía Simple de Abdomen: qué información debe conocer el radiólogo. *Sociedad Española de Radiología Médica*. 2018: 1-18.
5. Segura-Grau A, Valero-López I, Díaz-Rodríguez N, Segura-Cabral JM. Ecografía hepática: lesiones focales y enfermedades difusas. *Med Fam SEMERGEN*. 2016;42(5):307-14.
6. Ampuero J, Bañales JM, Soriano G, Crespo J, Olcoz JL, Diago M, et al. La poliquistosis hepática del adulto (PHA) en España: análisis de una encuesta estructurada analizando la experiencia y actitud. *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2014;106(4):263-75.
7. Bailador-Andrés MC, Vivas-Alegre S, Rueda-Castañón R. Microhamartomas hepáticos (complejos de Von Meyenburg). *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2006;98(4):306-7.
8. López-Secades A, Ornia-Rodríguez M, González-Ardines I. Hamartomatosis biliar múltiple. *Seram*. 2018.
9. Pérez-Pozo JM, Martínez-Alcalá F, Martínez-Alcalá F. Hamartomatosis biliar múltiple. Diagnóstico mediante RMN abdominal. *RAPD Online*. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. 2010; 33 (1) 117-118
10. Álvarez-Posadilla M, Linares-Torres P, Jorquera F, Rueda-Castañón R, González de Francisco T, Olcoz-Goñi JL. Importancia de la resonancia magnética en el diagnóstico de la microhamartomatosis biliar múltiple (complejos de von Meyenburg). *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29(6):378.