

Cistoadenoma biliar. Hallazgos característicos en RM y diagnóstico diferencial.

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: José Pablo León Salinas, Julia Cano Gimeno, Cristina La Parra Casado, Almudena Vera Gonzalez, Miquel Forment Navarro, Pedro Poves Gil

Objetivos

Introducción

El cistoadenoma biliar es un tumor quístico poco frecuente que se origina a partir del epitelio hepatobiliar (1). Se presenta en aproximadamente un 85% de los casos en la vía biliar intrahepática (más comúnmente en el lóbulo hepático izquierdo) y en la vía biliar extrahepática o en la vesícula biliar en el resto de los casos (2). Es de crecimiento lento y sus síntomas son variables e inespecíficos. Ocurre predominantemente en pacientes mujeres de edad adulta (3) y dada su potencialidad de degeneración maligna en cistoadenocarcinoma el tratamiento quirúrgico es de elección (4). La ecografía y la tomografía computarizada son las pruebas radiológicas iniciales utilizadas en la caracterización preoperatoria y la localización de los cistoadenomas biliares (5). Dado el mayor contraste y resolución espacial de la resonancia magnética podría hacerla una técnica de imagen más específica para el diagnóstico (6).

Objetivos

Nuestro objetivo es analizar los hallazgos en RM de los cistoadenomas biliares recopilados en nuestro hospital y de sus principales diagnósticos diferenciales.

Material y métodos

Se analizan los hallazgos radiológicos de los 5 pacientes diagnosticados de cistoadenoma biliar en nuestra institución desde el año 2010. Se estableció diagnóstico de sospecha mediante ecografía en los 5 casos. Todos ellos se estudiaron mediante RM: en 3 de ellos se utilizó contraste de distribución extracelular (Gadovist[®]) y en 3 de los casos de distribución mixta (extracelular y hepatobiliar) (Primovist[®]). Los casos se confirmaron por anatomía patológica tras cirugía de resección.

Resultados

De los 5 pacientes, 4 eran mujeres. La media de edad fue de 40 años. Dos de los pacientes eran mujeres jóvenes de 17 y 22 años. El resto de pacientes se encontraban en la 6ª década de la vida (52, 56 y 57 años).

Todos los casos se presentaron como una lesión quística multiloculada localizada en lóbulo hepático izquierdo, en segmento 4 excepto una lesión en segmento 2, de márgenes bien definidos con septos finos y contenido homogéneo. El tamaño medio de la lesión al diagnóstico fue de 40 mm (entre 20 y 140 mm).

En las secuencias potenciadas en T2 todas fueron altamente hiperintensas y en T1 presentaron ligera hiperintensidad, no quística pura, por la presencia de contenido mucinoso. Ninguno de ellos presentó rasgos de degeneración maligna a cistoadenocarcinoma como presencia de septos irregulares, engrosados o nódulos parietales.

Las secuencias colangiográficas mostraron dilatación de la vía biliar intrahepática en 3 de los casos en relación con compresión y /o comunicación de la lesión con la vía, de los cuales sólo una paciente presentaba alteración analítica con patrón colestásico. En estos 3 casos con dilatación de la vía biliar intrahepática se realizó RM hepática con Primovist® para determinar posible comunicación de la lesión con la vía; sólo en 1 de ellos se objetivó esta comunicación rellenándose la lesión de contraste en las secuencias de la fase hepatocitaria.

Presentamos 3 casos ilustrativos ([Fig. 1](#), [Fig. 2](#), [Fig. 3](#), [Fig. 4](#), [Fig. 5](#) y [Fig. 6](#)) de los hallazgos de cistoadenoma biliar.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de lesión quística hepática está el quiste hidatídico ([Fig. 7](#), [Fig. 8](#) y [Fig. 9](#)), los abscesos hepáticos ([Fig. 10](#)), las metástasis ([Fig. 11](#)) y los quistes complicados hemorrágicos ([Fig. 12](#)).

Imágenes en esta sección:

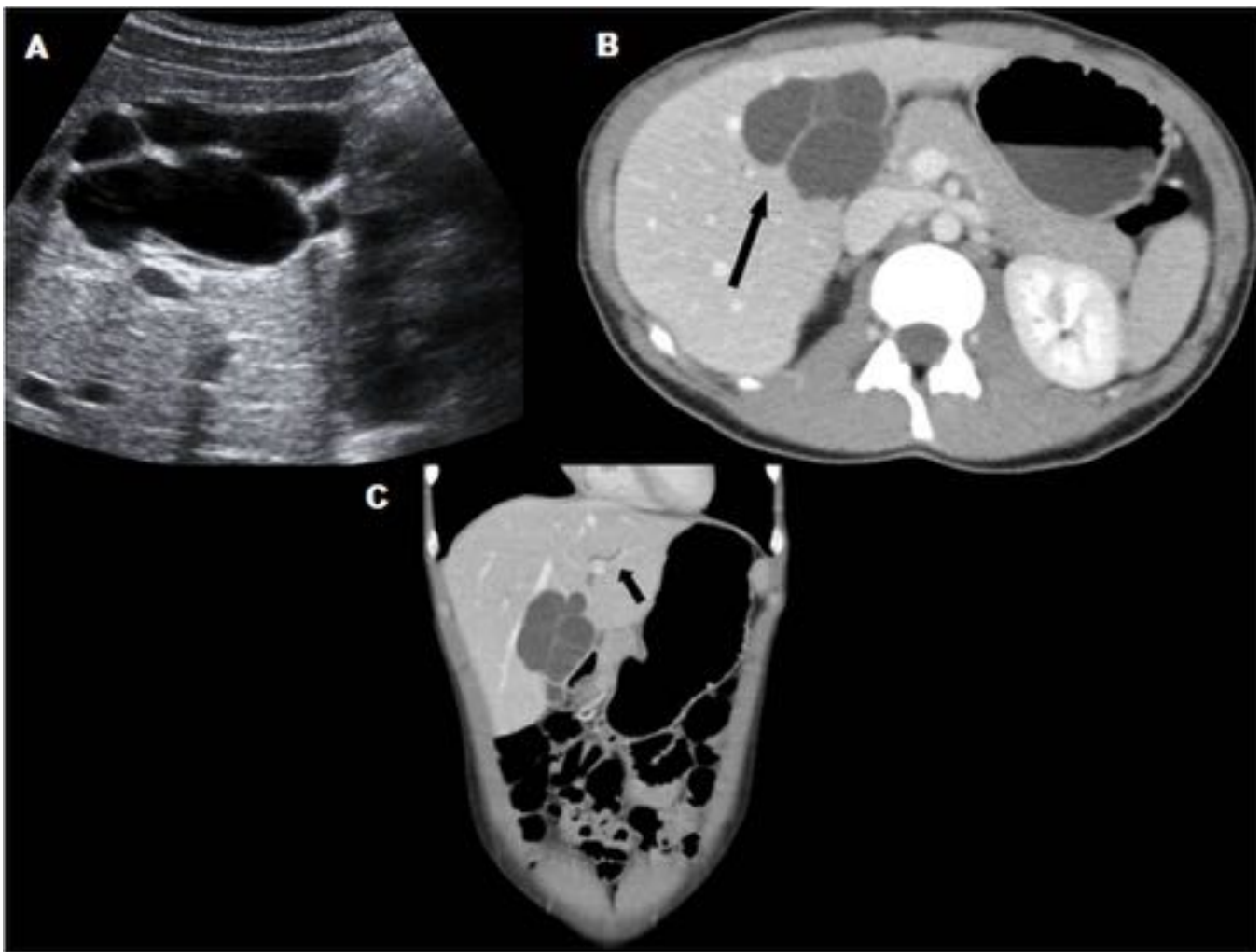


Fig. 1: Caso 1 de cistoadenoma biliar. Paciente mujer de 17 años con dolor abdominal en hipocondrio derecho intermitente. Imagen A: Ecografía hepática. Imagen B y C: TC con contraste intravenoso. Lesión quística multiloculada en segmento IV con múltiples finos septos realzantes de contraste (flecha negra Imagen B). La lesión ejercía compresión sobre la vía biliar a nivel de la bifurcación provocando una leve dilatación de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda (flecha negra Imagen C).

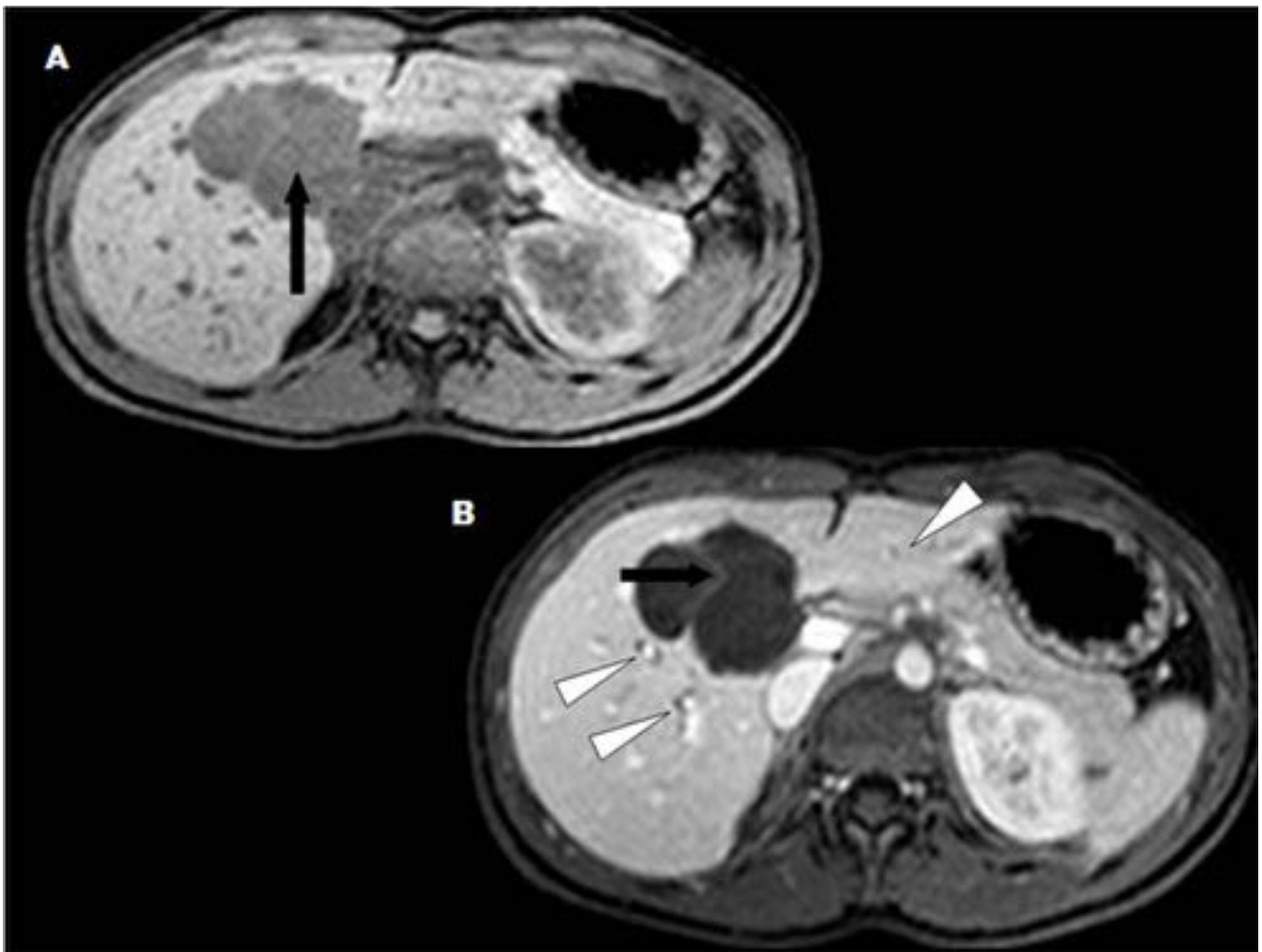


Fig. 2: Caso 1 de cistoadenoma biliar. RM hepática. Secuencia T1 sin contraste intravenoso (Imagen A) y con Primovist en fase venosa (Imagen B). La lesión quística multiloculada presenta un contenido levemente hiperintenso en T1 sugestivo de contenido mucinoso o proteico (flecha Imagen A). Presenta septos finos de grosor regular con captación de contraste (flecha Imagen B) sin presencia de polos sólidos y una leve dilatación de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda (puntas de flecha).

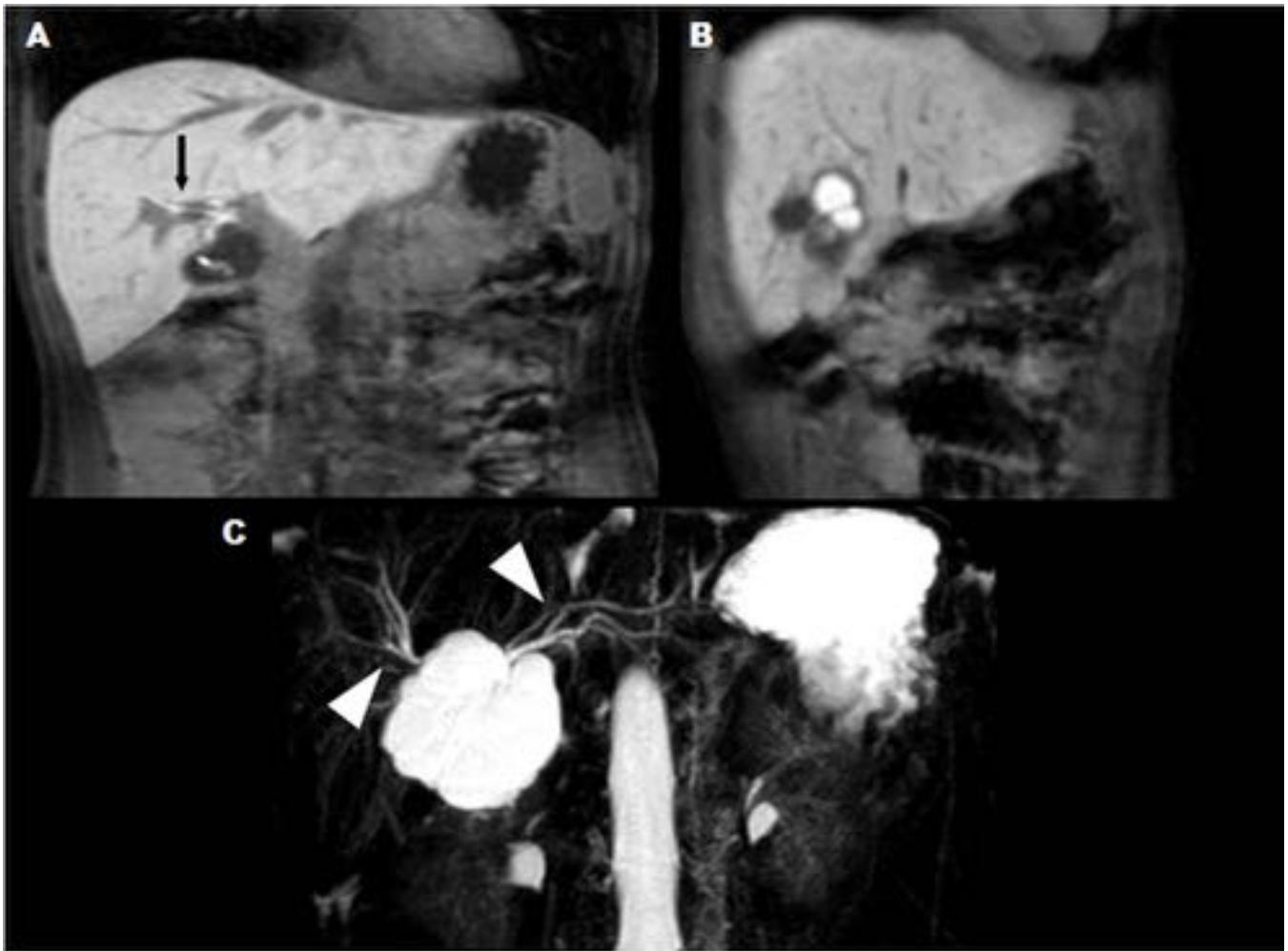


Fig. 3: Caso 1 de cistoadenoma biliar. En RM hepática con Primovist® (Imagen A e Imagen B) se identifica excreción biliar directa desde un canalículo principal derecho (flecha negra) al interior de un lóculo de la lesión donde se acumula el contraste. En la secuencia colangiográfica (Imagen C) la lesión presenta una marcada hiperintensidad que ejerce efecto masa en bifurcación hepática produciendo dilatación retrograda de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda (puntas de flecha).

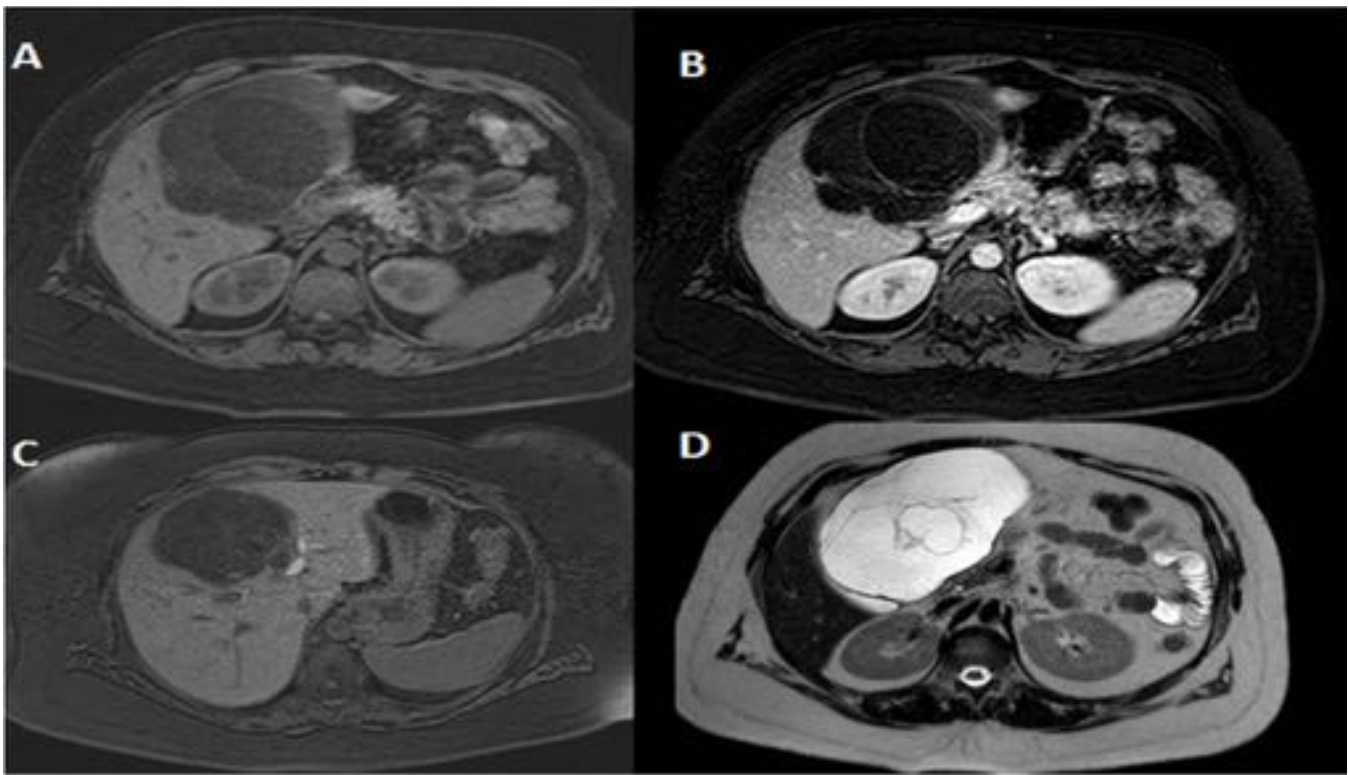


Fig. 4: Caso 2 de cistoadenoma biliar. Mujer de 22 años con patrón colestásico. RM hepática con Primovist®. (Ver también figura 5). T1 sin (A) y con contraste endovenoso en fase portal (B) y hepatocitaria (C). T2 SE (D). Lesión quística multiloculada gigante con tabiques finos captantes y algunos lóculos ligeramente hiperintensos en T1, sugestivos de contenido mucinoso. Existe dilatación de vía biliar intrahepática izquierda sin identificarse en fase hepatocitaria comunicación entre la vía y la lesión.

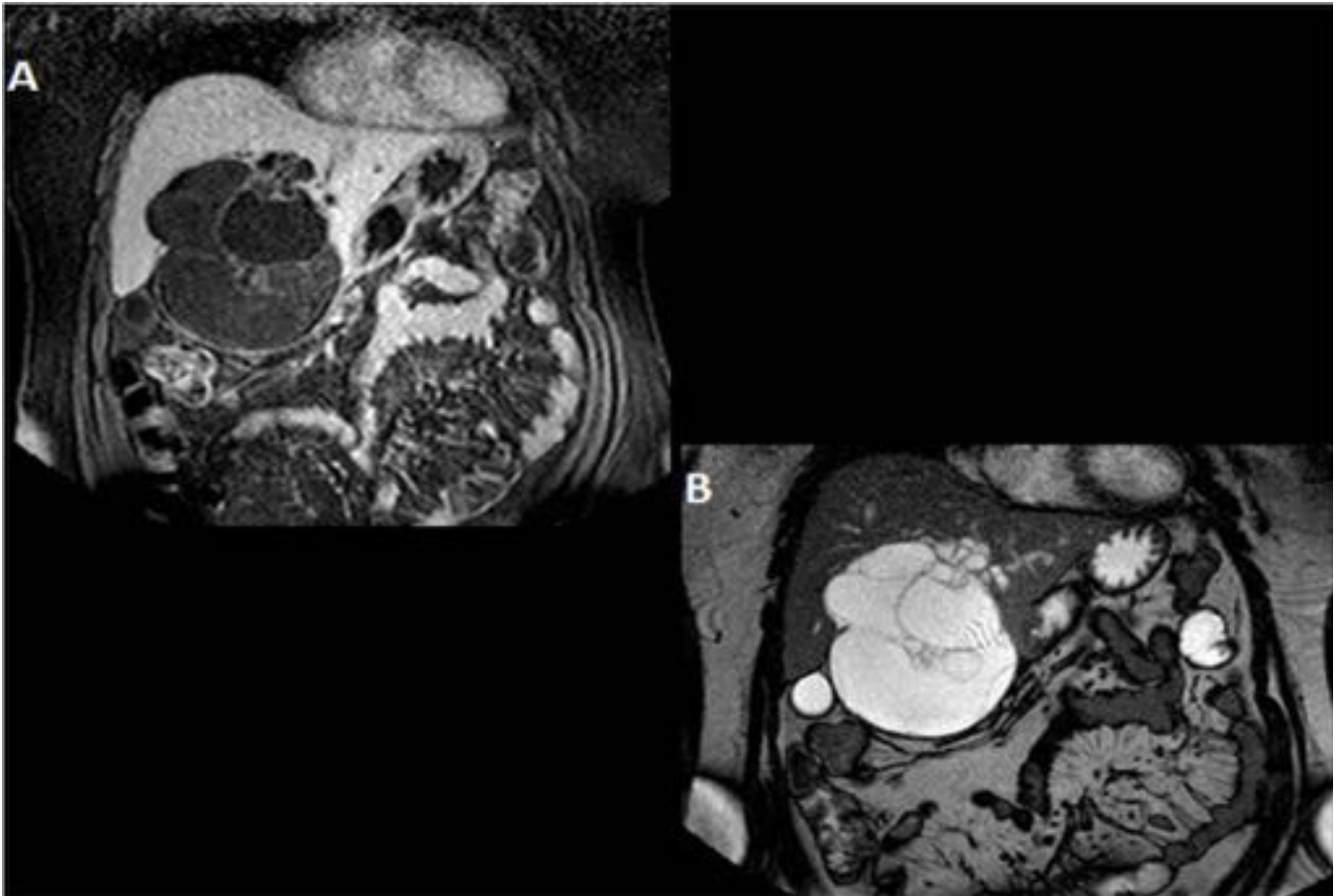


Fig. 5: Caso 2 de cistoadenoma biliar. RM hepática con Primovist®. Imagen A: Secuencia potencia en T1 con contraste endovenoso en fase tardía. Imagen B: Secuencia potenciada en T2 SS FSE. Ver reseña figura 4.

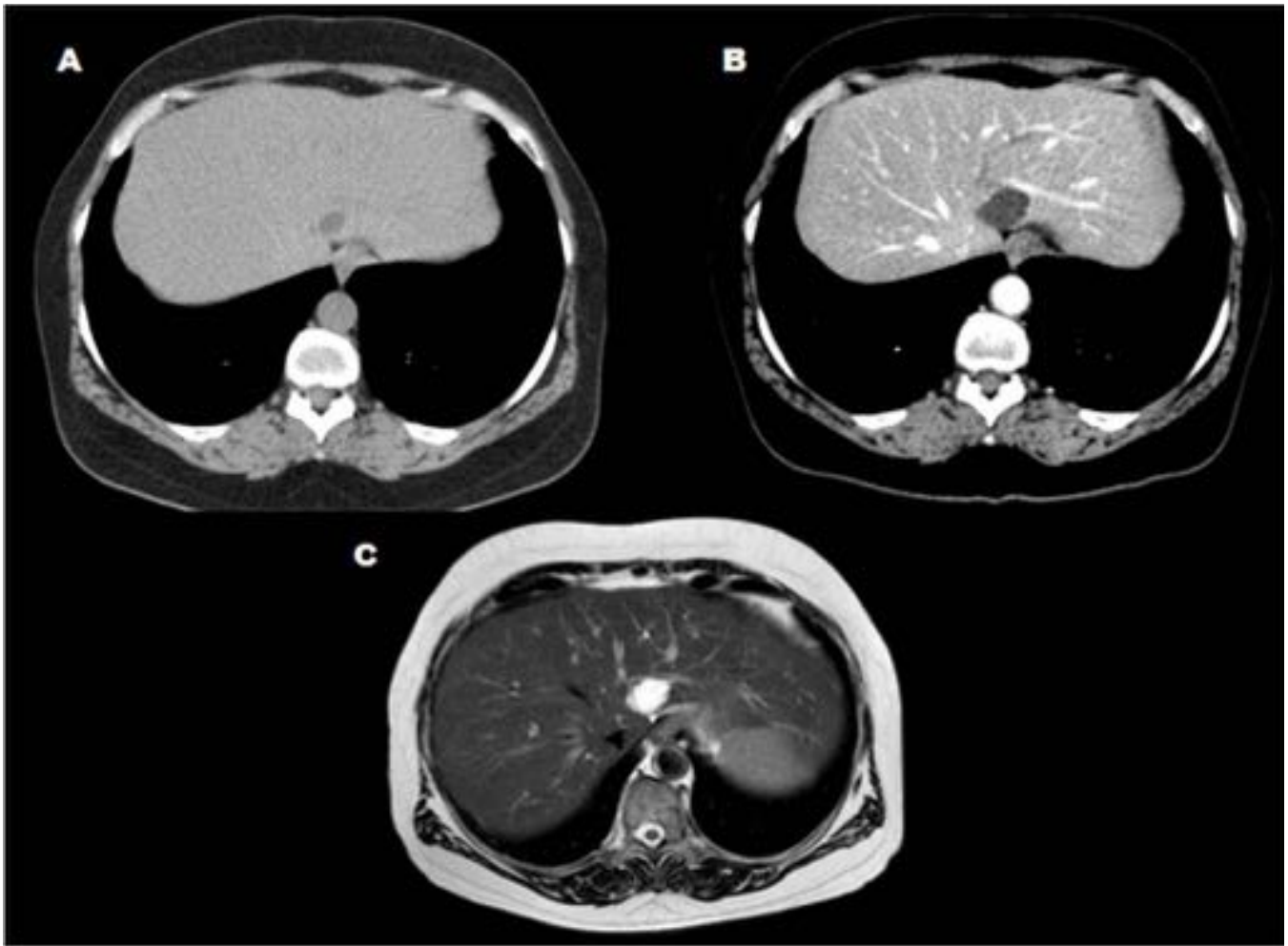


Fig. 6: Caso 3 cistoadenoma biliar. Paciente mujer de 50 años. En el TC (Imagen A) para estudio de litiasis se visualiza pequeña lesión focal hipodensa de 14 mm en segmento 2 compatible con quiste en ecografía. En TC abdominopélvico (Imagen B) realizado ocho años después por otro motivo se objetiva un aumento de tamaño de la lesión pasando de 14 mm a 28 mm. En la secuencia potenciada en T2 (Imagen C) la lesión quística tiene unos contornos micropolilobulados y tabiques muy finos en su interior.



Fig. 7: Caso 1 quiste hidatídico. Paciente mujer de 72 años. TC Abdominopélvico con contraste endovenoso y oral. Lesión quística multilocular gigante que afecta ambos lóbulos hepáticos. Presenta múltiples tabiques finos en su interior con realce de contraste (flechas negras) sin engrosamientos ni polos sólidos. Presenta en su periferia pequeñas lesiones de menor densidad que sugieren la presencia de quistes hijos de un quiste hidatídico (punta de flecha blanca).



Fig. 8: Caso 2 quiste hidatídico con apertura hacia la vía biliar. Mujer de 50 años con dolor en hipocondrio derecho e ictericia. TC abdominopélvico con contraste endovenoso. Lesión quística hepática con calcificación periférica (flecha blanca). Presenta en su periferia lóculo de menor densidad sugestiva de quiste hijo (flecha negra). Dilatación arrosariada de la vía biliar (punta de flecha negra) así como dilatación de conducto hepático derecho e izquierdo (puntas de flecha blanca).

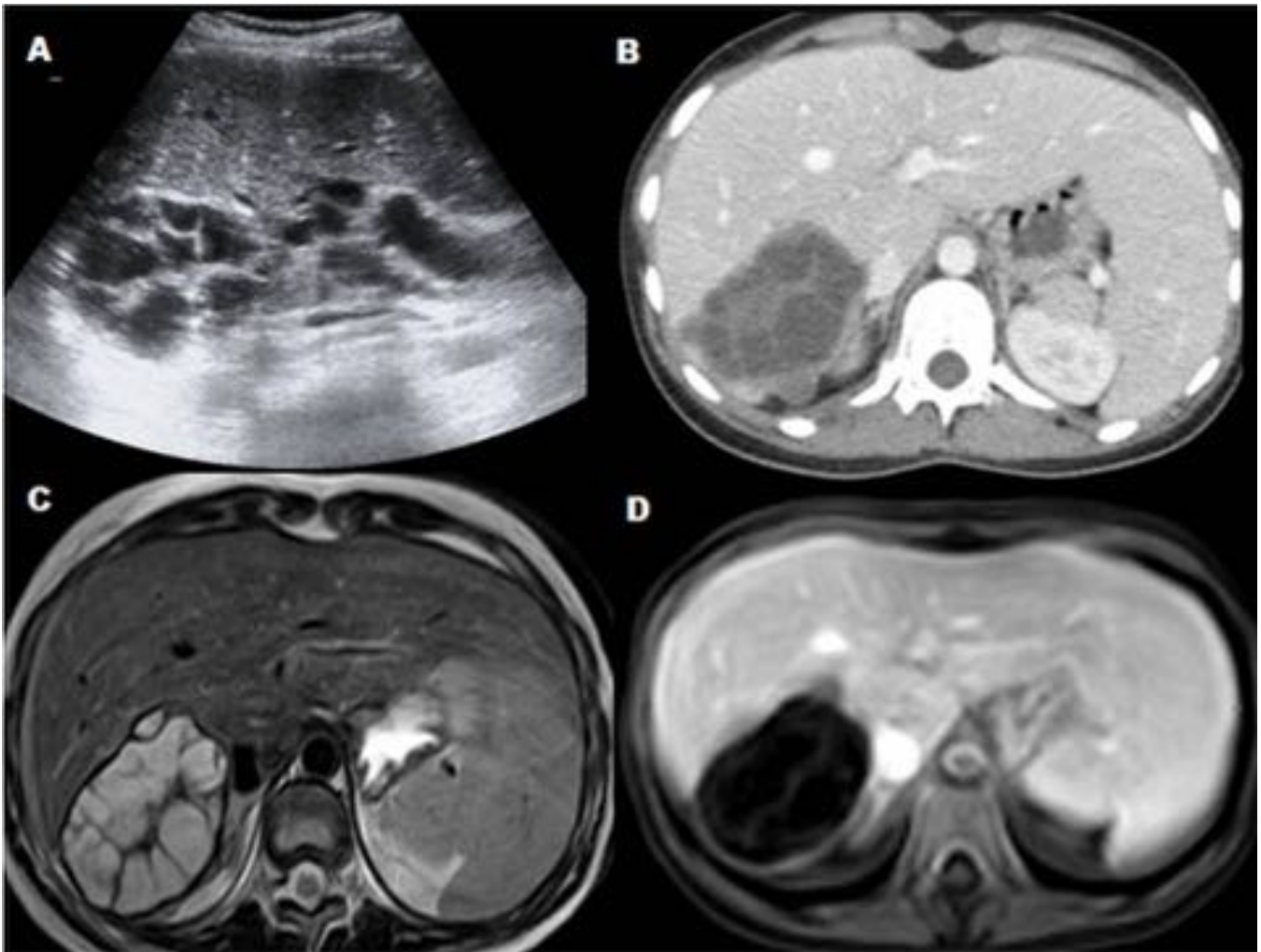


Fig. 9: Caso 3 quiste hidatídico. Mujer de 23 años consulta por dolor en hipocondrio derecho. Imagen A: ecografía abdominal. Imagen B: TC con contraste intravenoso. Imagen C: Secuencia potenciada en T2. Imagen D: T1 con contraste intravenoso. Lesión hepática quística multiloculada de aspecto arracimado con contornos bien delimitados por una cápsula. Presenta tabiques gruesos captantes de contraste. En la periferia existen quistes de menor densidad compatibles con quistes hijos.

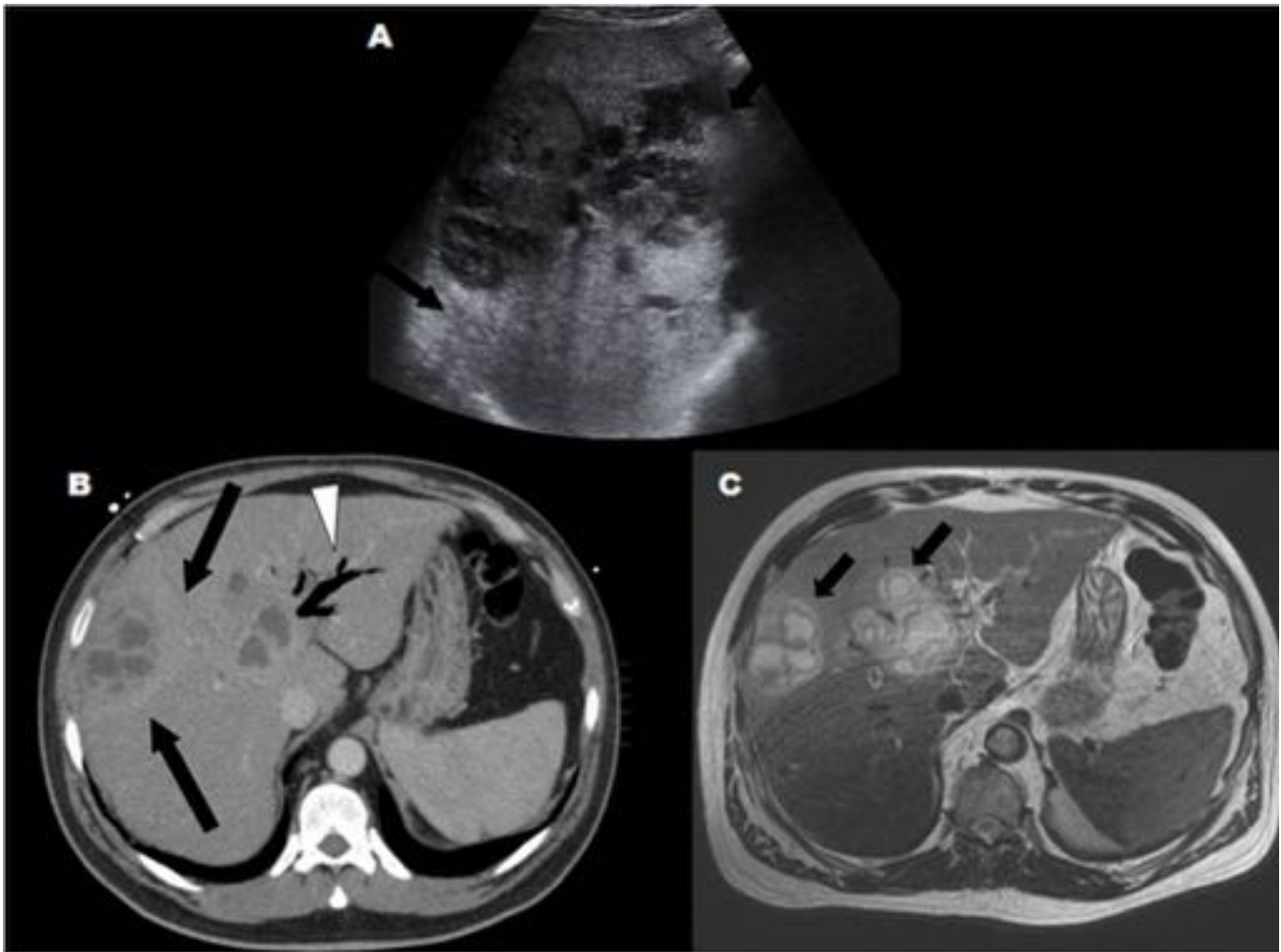


Fig. 10: Absceso hepático. Hombre de 63 años con dolor en hipocondrio derecho y fiebre. Imagen A: Ecografía. Imagen B: TC con contraste intravenoso. Imagen C: T2 TSE. Múltiples lesiones quísticas multiloculadas de paredes y septos gruesos con realce. Halo hiperdenso en TC e hiperintenso en RM compatible con edema perilesional (flechas). En ecografía el refuerzo acústico posterior de las lesiones (flechas) orienta hacia su naturaleza quística. Neumobilia con dilatación de la vía biliar (punta de flecha).

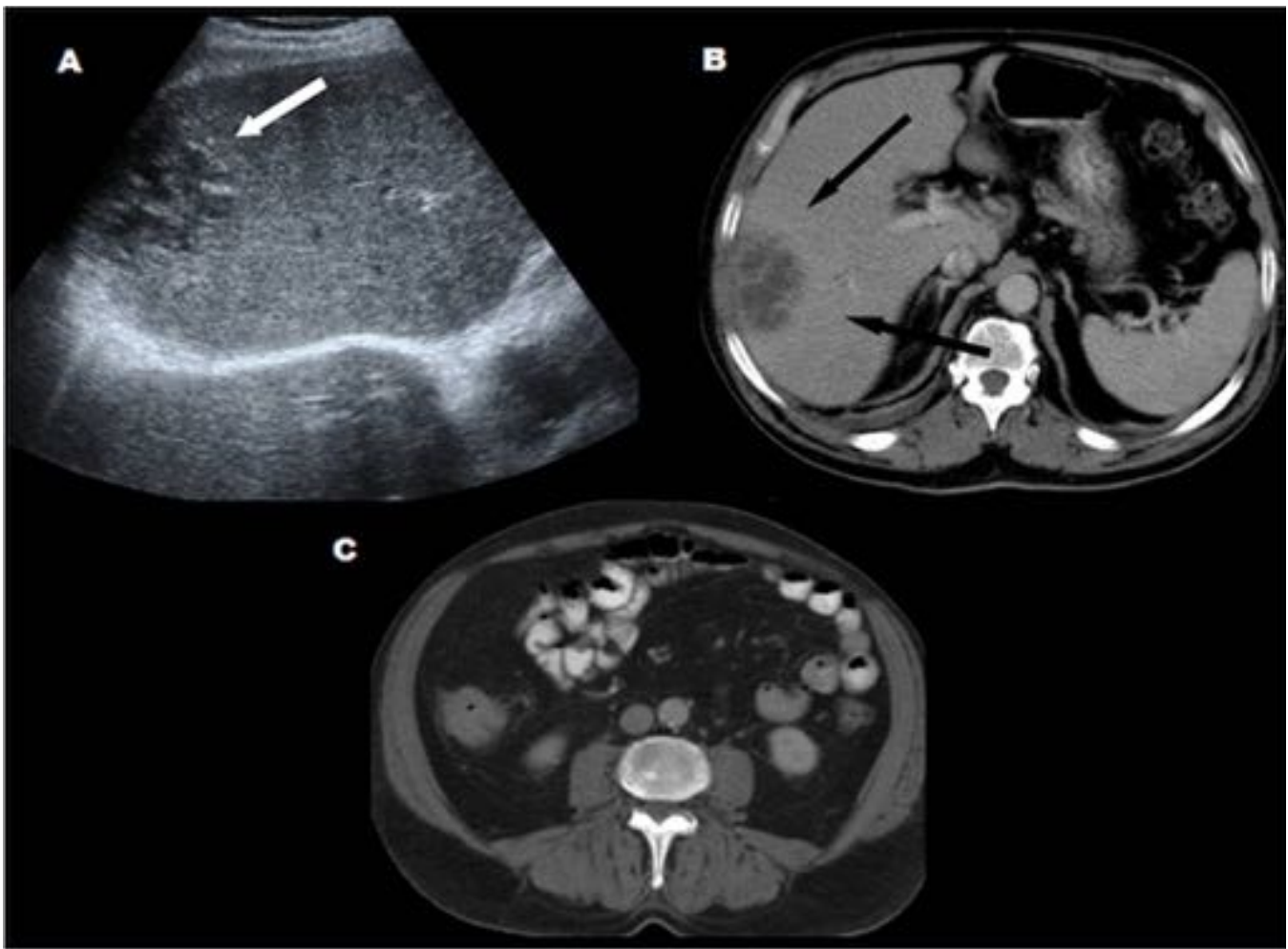


Fig. 11: Metástasis hepática abscesificada. Hombre de 79 con fiebre sin foco y elevación leve de transaminasas. Imagen A: Ecografía. Imagen B y C: TC con contraste endovenoso y oral. Lesión focal hepática multiloculada de bordes mal definidos (flecha blanca) con septos de diferentes grosores con realce. Sutil halo hiperdenso perilesional mal definido (flechas negras). También se evidenció un engrosamiento de un segmento corto de colon ascendente con hiperdensidad de la grasa pericolónica.



Fig. 12: Quiste hemorrágico. Hombre de 59 años refiere dolor en hipocondrio derecho tras caída. TC abdominopélvico con contraste endovenoso. Se identifica lesión hipodensa de bordes bien definidos en segmentos V-VI hepáticos que presenta en su interior un contenido hiperdenso con un nivel líquido-líquido (flecha negra).

Conclusiones

Los hallazgos radiológicos son determinantes en el manejo del cistoadenoma biliar que requiere escisión quirúrgica para su tratamiento, por su posible degeneración maligna. La RM y colangioRM muestran hallazgos que permiten diferenciarlo de otras lesiones hepáticas de aspecto quístico multilocular como el quiste hepático simple o complicado, el quiste hidatídico, las metástasis, el absceso hepático u otras neoplasias primarias. El uso de contraste hepatoespecífico Primovist® puede poner de manifiesto la comunicación de la lesión con la vía biliar, facilitando así el diagnóstico, como ocurrió en 1 de nuestros casos.

En resumen, nuestra serie de 5 pacientes comparten las características epidemiológicas descritas en la literatura y apoyan el uso de la RM y colangio RM combinadas con contraste hepatoespecífico para

determinar el diagnóstico y extensión de estos tumores.

Bibliografía / Referencias

1.- Mortelé KJ, Ros PR. Cystic focal liver lesions in the adult: differential CT and MR imaging features Radiographics. 2001 Jul-Aug;21(4):895-910.

2.- Buetow PC, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma clinical- imaging-pathologic correlations with emphasis on the importance of ovarian stroma. Radiology 1995 Sep;196(3):805–810.

3.- Qian LJ, Zhu J, Zhuang ZG, Xia Q, Liu Q, Xu JR. Spectrum of multilocular cystic hepatic lesions CT and MR imaging findings with pathologic correlation. Radiographics. 2013 Sep-Oct;33(5):1419-33.

4. Läufer JM, Baer HU, Maurer CA, Stoupis C, Zimmerman A, Büchler MW (1998) Biliary cystadenocarcinoma of the liver: the need for complete resection. Eur J Cancer. 1998 Nov;34(12):1845-51.

5. Korobkin M, Stephens D, Lee J et al. Biliary cystadenoma and cystadenocarcinoma: CT and sonographics findings. Am J Roentgenol. 1989 Sep;153: 507–11.

6. Williams DM, Vitellas KM, Sheafor D. Biliary cystadenocarcinoma: seven year follow-up and the role of MRI and MRCP. Magn Reson Imaging. 2001 Nov;19(9):1203-8.