

## Quiste biliar tipo V con cistolitiasis

Martín Bailón Cuadrado<sup>1</sup>, Pilar Pinto Fuentes<sup>1</sup>, David Pacheco Sánchez<sup>1</sup> y Trinidad Escudero Caro<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Cirugía General y Digestiva, y <sup>2</sup>Radiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

**Correspondencia:** Martín Bailón Cuadrado. e-mail: martin.bc1988@gmail.com

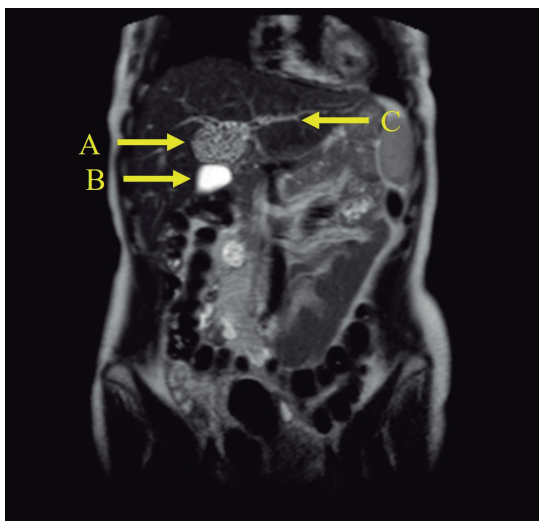
### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 40 años que acude a nuestra consulta de Cirugía General por un episodio aislado de dolor abdominal que precisó acudir al Servicio de Urgencias. Fue intervenida en la infancia por sospecha de quiste hidatídico hepático, pero al comprobar mediante una colangiografía intraoperatoria que se trataba de un quiste biliar de pequeño tamaño y no complicado, se decidió no realizar ningún tipo de resección hepática. Posteriormente no recibió ningún tipo de seguimiento de esta lesión. En la ecografía urgente se observó un gran quiste biliar único e intrahepático (tipo V, clasificación de Todani) (1), de 50 x 40 x 35 mm, dependiente del conducto biliar hepático derecho, con litiasis en su interior. Este hallazgo fue corroborado tras llevar a cabo una resonancia magnética nuclear (RMN) (Figs. 1 y 2). Los quistes biliares tipo V son los menos frecuentes y suelen suponer múltiples pequeños quistes intrahepáticos (1). Nuestra paciente presentaba un único quiste intrahepático de gran tamaño, lo que nos habla de la rareza de este caso. Además, la cistolitiasis es un hallazgo infrecuente en los quistes biliares, especialmente en el

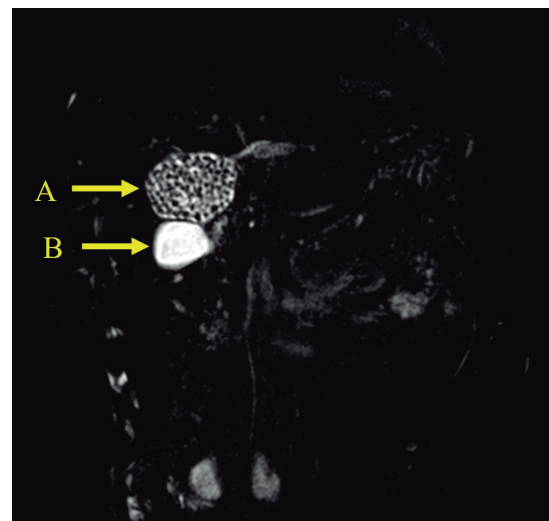
tipo V (2). Tanto el perfil analítico hepático como los marcadores tumorales fueron estrictamente normales. Destaca, además, el hecho de que la paciente no haya sufrido nunca episodios de colangitis. A pesar de que los quistes biliares tipo V presentan bajo riesgo de malignización, el manejo óptimo en esta situación sería la resección quirúrgica. No obstante, los numerosos problemas familiares que sufría la paciente nos llevaron a tomar la decisión de realizar una vigilancia radiológica estricta de la lesión (3).

*Autoría: Todos los autores hemos participado en el diseño y desarrollo del trabajo que ha resultado en este artículo. Todos los autores hemos participado en la redacción del manuscrito y en las diversas correcciones del mismo. Todos los autores hemos aprobado la versión definitiva que finalmente va a ser sometida a valoración para publicación.*

*Consentimiento informado: El paciente autoriza la publicación, reproducción y revelación tanto de la información perteneciente a su historia clínica como del material fotográfico tomado, siempre y cuando tenga una finalidad de*



**Fig. 1.** Corte coronal de RMN que muestra el gran quiste biliar intrahepático dependiente del conducto hepático derecho y situado cranealmente a la vesícula biliar. A. Quiste biliar intrahepático dependiente del conducto hepático derecho. B. Vesícula biliar. C. Conducto hepático izquierdo.



**Fig. 2.** Reconstrucción procedente de la RMN en la que se aprecia la presencia de una gran cantidad de litiasis en el interior del quiste biliar. A. Quiste biliar intrahepático con múltiples litiasis en su interior. B. Vesícula biliar.

*divulgación científica. Del mismo modo, declaramos que se han seguido los protocolos oficiales de nuestro centro sanitario para acceder a los contenidos de las historias clínicas.*

Bailón Cuadrado M, Pinto Fuentes P, Pacheco Sánchez D, Escudero Caro T. Quiste biliar tipo V con cistolitiasis. Rev Esp Enferm Dig 2018;110(7):455-456.

**DOI: 10.17235/reed.2018.5477/2018**

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Todani T, Watanabe Y, Toki A, et al. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003;10(5):340-4. DOI: 10.1007/s00534-002-0733-7
2. Søreide K, Körner H, Havnen J, et al. Bile duct cysts in adults. Br J Surg 2004;91(12):1538-48. DOI: 10.1002/bjs.4815
3. Sastry AV, Abbadessa B, Wayne MG, et al. What is the incidence of biliary carcinoma in choledochal cysts, when do they develop, and how should it affect management? World J Surg 2015;39(2):487-92.