



Hamartomas biliares (complejos de Von Meyenburg)

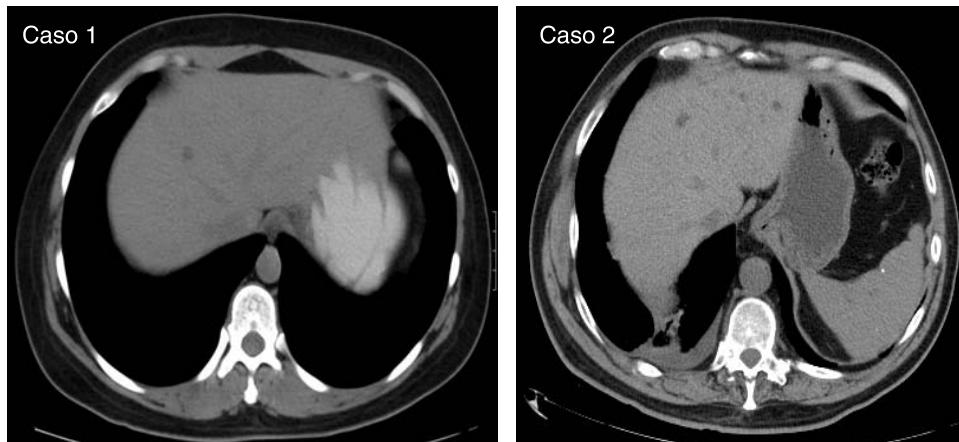
Gaspar Alberto Motta Ramírez,* J Miguel Godínez Lares,* José Luis Ramírez Arias*

Presentación de dos casos: el primero (caso 1) es un paciente femenino de 39 años, procedente de la consulta externa, dolor abdominal inespecífico en estudio y el segundo (caso 2) es un paciente masculino de 55 años, procedente de hospitalización, también con dolor abdominal inespecífico, con sospecha de ser secundario a litiasis renal.

A solicitud del médico tratante, en el primer paciente se realizó estudio de tomografía computada (TC) abdominopélvica en fase simple y con contraste oral e IV y en el segundo paciente se realizó estudio de urotomografía

con técnica habitual. En ambos casos no se demostraron causales de dolor abdominal y en cambio sí se demostró en forma incidental en el parénquima hepático múltiples imágenes hipodensas, con densidad promedio de 12 UH, periféricas, no coalescentes, de diámetro menor a un centímetro, y que no presentaron cambios en su atenuación posterior a la administración del medio de contraste endovenoso, tal y como se demuestra en las imágenes seleccionadas de TC, en cortes axiales y reconstrucciones multiplanares coronales.

Imágenes de TC fase simple



* Dpto. de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Pedregal.

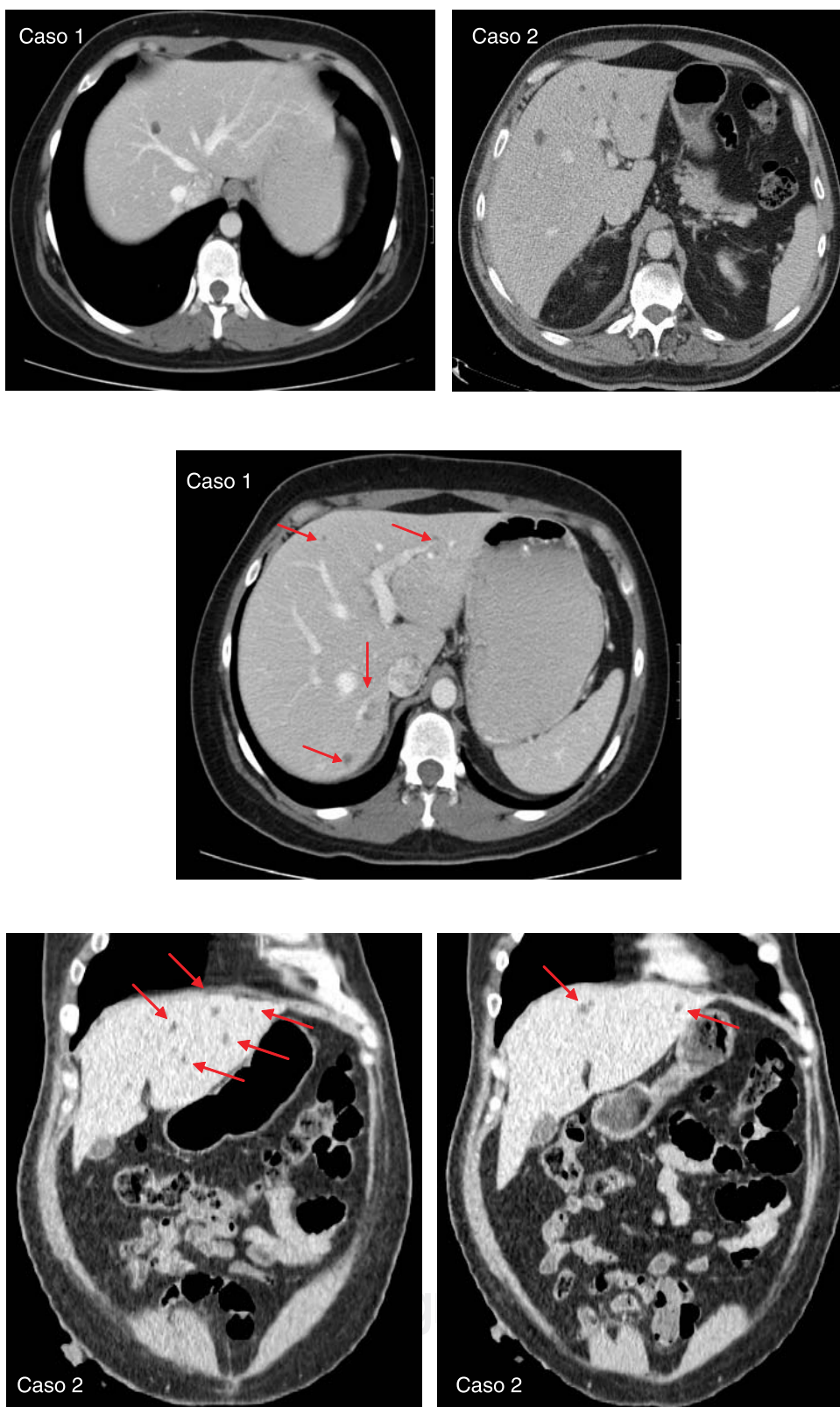
Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 14-05-2009.

Imágenes del TC fase contrastada



IMPRESIÓN TOMOGRÁFICA: HAMARTOMAS BILIARES (COMPLEJOS DE VON MEYENBURG)

Los hamartomas de los conductos biliares o complejos de Von Meyenburg se originan secundarios a una falta de involución de los conductos biliares durante el desarrollo embrionario; se cree también que pueden presentarse como una respuesta inflamatoria a una lesión. Los hamartomas biliares, descritos inicialmente por Von Meyenburg en 1918, son pequeñas lesiones focales compuestas de estructuras biliares intrahepáticas dilatadas, tapizadas por epitelio que no comunican con el árbol biliar. Usualmente se identifican como hallazgos incidentales durante una laparotomía, autopsia o estudios de imagen. Tienen una incidencia de 1-3%. Aunque no presentan manifestación clínica y se definen como lesiones de tipo benigno, se ha reportado asociación con estados de malignidad. Los microhamartomas suelen ser asintomáticos, constituyendo en la mayoría de los casos hallazgos casuales. Cuando hay múltiples lesiones puede haber un aumento de la gammaglutamiltransferasa, aunque se han descrito casos aislados de colangiocarcinoma periférico asociados a hamartomas, sugiriendo que la transformación neoplásica es posible aunque muy infrecuente. Se denomina complejo de Von Meyenburg a las pequeñas agrupaciones de conductos biliares modestamente dilatados, embebidos en un estroma fibroso, localizados cerca de las vías portales o en su interior y se incluye dentro de las enfermedades fibropoliquísticas del hígado.

En imágenes de TC en fase simple se muestran como pequeñas lesiones hipodensas, redondas, distribuidas en ambos lóbulos hepáticos, de situación subcapsular y que pueden ser coalescentes. La mayoría miden menos de 1.0 cm de diámetro, siendo usual que se presenten como múltiples lesiones hipodensas, con patrón de atenuación líquido, de tamaño uniforme de hasta 15 mm de diámetro; sus contornos son menos definidos, en comparación con los quistes hepáticos. La mayoría no presenta reforzamiento tras la aplicación del medio de contraste endovenoso, aunque se ha reportado de forma esporádica. Como diagnósticos diferenciales están los quistes hepáticos, las metástasis y los abscesos hepáticos. Los quistes benignos requieren la diferenciación de lesiones neoplásicas (sarcomas, cistadenomas, cistadenocarcinomas, metástasis, et-

cétera), quistes traumáticos, abscesos piógenos y amibianos, así como del quiste hidatídico.

Cuando el complejo Von Meyenburg se asocia a la enfermedad poliquística hepática, se debe diferenciar de pequeñas metástasis hepáticas, carcinoma hepatocelular primario difuso, abscesos, infiltración de grasa nodular y equinococosis hepática en su variante alveolar. Otros diagnósticos diferenciales menos comunes son: el cistadenoma del estroma mesenquimático, el quiste hepático ciliado, aparentemente originado del intestino primitivo anterior y la linfangiomatosis hepática. Los hamartomas de los conductos biliares o complejos de Von Meyenburg son hallazgos incidentales o pueden presentar sintomatología clínica. El conocimiento de las características imagenológicas permite establecer el diagnóstico con un alto grado de certeza, evitando emplear métodos invasivos.

Antes de decidir el tratamiento quirúrgico, se deberá determinar el tipo, localización y las relaciones anatómicas precisas del quiste en cuestión. Las principales indicaciones electivas para la cirugía son la presencia de síntomas obstructivos por compresión de estructuras adyacentes, y el tumor epigástrico doloroso. Con excepción de la ruptura, torsión y hemorragia intraquística, el tratamiento de los hamartomas de los conductos biliares o complejos de Von Meyenburg debe ser electivo, dependiendo del tamaño, localización y las condiciones generales del paciente.

En los casos que se presentan, se decidió manejo médico y seguimiento para evaluar la evolución y vigilar el posible crecimiento, aumento en el número y/o complicaciones asociadas.

REFERENCIAS

1. Horton KM, Bluemke DA, Urban RH, Philippe SP, Fishman E. CT and Imaging of benign hepatic and biliary tumors. *Radiographics* 1999; 19: 431-451.
2. Mortelet KJ, Ros PR. Cystic focal liver lesions in the adult: Differential CT and MR imaging features. *Radiographics* 2001; 21: 895-910.
3. Luo TY, Itai Y, Kurosaki Y et al. Von Meyenburg complexes of the liver: Imaging findings. *JCAT* 1998; 22(3): 372-378.
4. Ortiz-González J, Gracida-Mancilla NI, Sánchez-Lozada R, Reyes-Segura MP. Quistes hepáticos no parasitarios. *Cir Gal* 2002; 24(4): 326-334.
5. Röcken C, Pross M, Brucks U, Ridwelski K, Roessner A. Cholangiocarcinoma associated with multiple bile duct hamartomas. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 1704-1706.