

# Poliquistosis hepática en el niño. Primera observación

Dres. Aída Cresceri<sup>1</sup>, Isabel Lizaso<sup>2</sup>, Juana Wettstein<sup>3</sup>, Oscar Chavarría<sup>4</sup>

## Resumen

*Se presenta un caso de poliquistosis hepática en un niño de 4 años de edad. A propósito del mismo se hace una revisión de la patología remarcando el valor de la ecografía en el diagnóstico preoperatorio y manifestando la preferencia por el procedimiento de la fenestración para el tratamiento de los quistes.*

**Palabras clave:** Poliquistosis hepática—complicaciones.

## Summary

*A case of hepatic polycystosis in a 4 year old child is presented. As regards the subject, a revision of the pathology is made, emphasizing the value of echography for preoperative diagnosis and declaring preference for fenestration procedure for cyst treatment.*

## Introducción

El motivo de la presente publicación se basa en la observación de los autores del primer caso de poliquistosis hepática en un niño intervenido quirúrgicamente y presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Por lo cual este caso clínico constituye un aporte a la casuística nacional.

La poliquistosis hepática es una enfermedad de baja frecuencia <sup>(1,2)</sup>.

En nuestro medio se ocuparon de esta patología en casos clínicos en adultos: Lasnier y Rodríguez Esteban; Fossatti; Cabezas; Castiglioni y Cazabán; Berchianos y col.; Torterolo y col.; Perrier y col.; Croci y col.; Schneeberger y col. <sup>(3-11)</sup>.

Se señala la importancia del diagnóstico diferencial con enfermedades quísticas hepáticas, en nues-

tro medio la más frecuente la equinococosis hidatídica hepática.

Se manifiesta la rareza de las complicaciones en la poliquistosis hepática <sup>(12)</sup> en particular la infecciosa <sup>(1,7)</sup> como sucedió en nuestro caso clínico.

Además se destaca la preferencia por el procedimiento de la fenestración <sup>(13)</sup> para el tratamiento de los quistes que es el de mayor aceptación universal y el realizado en la segunda operación de nuestro paciente.

Se pretende con este nuevo caso clínico enriquecer la casuística nacional sobre el tema.

## Caso clínico

El caso que presentamos corresponde a una forma excepcional por su tamaño, de múltiples quistes, en el hígado de un niño de 4 años de edad.

B.F.C. de 4 años, sexo masculino.

Procedencia: Montevideo. Hospital Pereira Rossell.

F.I.: 20/1/89.

M.I.: Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio.

E.A.: Hace 24 hs comienza con dolor en hipocondrio derecho y epigastrio de tipo gravativo, intenso, con irradiación a dorso y hombro derecho. Se acompaña de fiebre (temperatura rectal de 39°C), chuchos de frío y vómitos de alimentos que posteriormente se hacen biliosos.

El niño ingresa y el cuadro persiste con similares características durante 5 días.

No tuvo ictericia, ni coluria. No presentó rash urticariano.

T. digestivo bajo: materias normocoloreadas.

Desde hace 6 meses adelgazamiento de 3 kg. Apetito conservado.

A.E.A.: Hace 2 meses la madre nota tumoración abdominal, consulta y es estudiado en Policlínica Gastroenterológica «A» del Hospital Pereira Rossell en donde le comprueban una hepatomegalia.

A.P.: Producto de primera gestación. Embarazo bien controlado y tolerado, parto de término, institu-

1. Ex Asistente, 2. Profesor Adjunto, 3. Profesor Agregado y 4. Profesor de Clínica Quirúrgica Pediátrica. Facultad de Medicina. Clínica Quirúrgica Pediátrica (Director Profesor Dr. Oscar Chavarría). Hospital Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de noviembre de 1991.

**Correspondencia:** Dra. A. Cresceri. 8 de Octubre 2463 (802). CP 11600. Montevideo, Uruguay.

cional. Peso al nacer de 3.840 g. Sin antecedentes perinatales a destacar. Alimentación: pecho directo durante 3 meses, luego alimentación complementaria. Buen desarrollo ponderoestatural. Bien inmunizado.

Antecedentes familiares: padre de 43 años, alcoholista. Madre de 24 años, sana.

Antecedentes ambientales: casa de material, luz eléctrica. No hay perros en la casa. Cohabitación y colecho.

Examen físico: buen estado general. Peso de 15 Kg. Bien coloreado e hidratado. Se queja de dolor abdominal.

Abdomen: la inspección muestra una asimetría tóraco-abdominal a derecha, con elevación del reborde costal. La palpación de huesos revela una hepatomegalia irregular a 8 cm del reborde costal, que ocupa hipocondrio derecho y epigastrio de consistencia quística, sin tensión, dolorosa a presión en epigastrio. El Traube está desplazado a izquierda. El resto del abdomen es depresible e indoloro. Fosfas lumbares libres e indoloras. Tacto rectal: normales libre e indoloro.

Pleurales y cardiovascular, sin particularidades.

El resto del examen clínico fue normal.

## Estudios realizados

Radiografía tóraco-abdominal de frente y perfil derecho. Permite visualizar la gran hepatomegalia que coincidió con los datos clínicos. No existiendo calcificaciones.

Ecografía abdominal, informe 1361. Hígado aumentado de tamaño con múltiples imágenes quísticas de distinto tamaño, la mayor de ellas de 7,6 por 5,1 cm. Dichas imágenes están alejadas de la porta y la cava. Bazo de ecoestructura normal. Ambos riñones son de forma, tamaño y ecogenicidad normal.

Centellograma hepático. Estudio N° 16.921. Realizado en el Centro de Medicina Nuclear, Hospital de Clínicas.

Se administró 1 mCi de  $^{99m}\text{Tc}$  azufre coloidal por vía endovenosa. Se obtuvieron vistas AP, PA, LI y LD de región tóraco-abdominal. Se observó hígado aumentado de tamaño a expensas de ambos lóbulos. Los segmentos IV, V y VII se encuentran sustituidos por una gran imagen de aspecto quístico que midió aproximadamente 25 por 25 cm, en la vista AP.

En la vista lateral derecha se observa que existe una banda de parénquima separando dos áreas hiporradiactivas claramente definidas.

Centellograma del pool sanguíneo hepático (N° 1.827). Se administraron 3,5 mCi de  $^{99m}\text{Tc}$  pertecnetato por vía endovenosa, previa administración de cloruro estañoso con el fin de producir la marcación in vivo de los glóbulos rojos. Se obtuvieron las mismas vistas que para el centellograma hepático. Se comprueba la naturaleza avascular de los procesos ante-

riormente descritos. No se observan otras áreas hiporradiactivas en el resto del abdomen.

**En suma:** evidencia centellográfica de procesos de sustitución hepática avasculares, con la topografía descrita.

Inmunolectroforesis Arco 5: negativo.

Funcional hepático: Bilirrubina directa: 0,20 mg%, bilirrubina indirecta: 0,40 mg%. Total: 0,60 mg%.

Proteína total: 7,04 g/l. Colesterol total: 2,24 g/l.

Fosfatasa alcalina: 360 mUI/ml.

Transaminasa GO: 20 U.

Transaminasa G. P.: 36 U.

Tiempo de protrombina: 89%.

Hematocrito: 26,1%, Hemoglobina: 11,6 g %, Leucocitos/mm<sup>3</sup>: 12.800, elementos/mm<sup>3</sup> VES: 85 mm en 1ª hora.

Ionograma y examen de orina: sin alteraciones.

Se plantea el diagnóstico de poliquistosis hepática basándonos en la presencia de una hepatomegalia irregular y que ecográficamente presenta múltiples quistes de distinto tamaño y es avalado por la presencia de arco 5 en la inmunolectroforesis negativa.

Poliquistosis hepática con complicación infecciosa por la presencia de dolor en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis elevada. Como segundo diagnóstico se planteó la equinococosis hepática múltiple también complicada.

Se decidió la intervención quirúrgica del enfermo.

Se administró ampicilina i/v en el preoperatorio.

## Operación

25/1/89. Anestesia general. Incisión transversa de hipocondrio derecho. La exploración mostró la presencia de una gran hepatomegalia a expensas de ambos lóbulos, derecho e izquierdo. Múltiples quistes hepáticos de distinto tamaño, a mediana tensión a nivel de los segmentos IV, V y VII. Se confirmó el diagnóstico de poliquistosis hepática. El mayor de ellos de 8 por 6 cm de diámetro, tenso, topografiado a nivel del segmento IV. Se punciona y aspira viniendo líquido turbio, amarillento, puriforme, que se envía para estudio citoquímico y bacteriológico, cultivo y antibiograma. Se abre el quiste y la pared es gruesa, realizándose biopsia de su pared que se envía a anatomía patológica. Debido a que impresiona ser un quiste supurado se decide realizar drenaje externo: quistostomía, con sonda Pezzer.

Procedemos a puncionar y evacuar otro quiste de menor tamaño de 4 cm por 3 cm de diámetro y viene líquido amarillento transparente que se envía para estudio citoquímico y bacteriológico, cultivo y antibiograma. Visualizamos múltiples quistes pequeños que no están a tensión; no se actúa sobre ellos.

Vesícula de forma y tamaño normal. Riñón derecho e izquierdo de forma y tamaño normales. El resto de la exploración abdominal fue normal. Se deja dre-

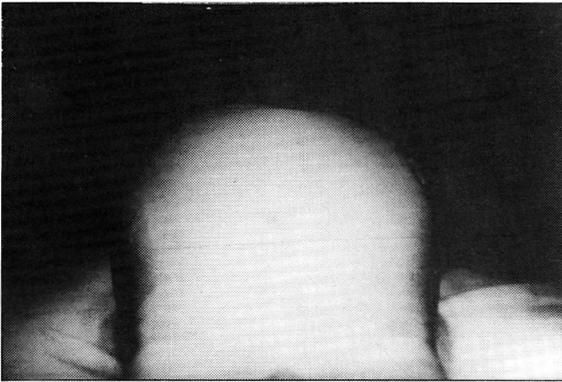


Figura 1. Importante distensión abdominal asimétrica. Frente

naje subhepático. Control de hemostasis. Cierre de la pared por planos con vicryl.

### Anatomía patológica

**Macroscopía:** vienen 3 fragmentos tisulares que miden 10 por 7 y por 2 mm con una cara brillante y lisa y la otra rugosa.

**Microscopía:** las secciones examinadas corresponden a pared quística constituida por epitelio cilíndrico y tejido fibroso con acúmulos de células redondas. En sectores se reconocen fragmentos de parénquima hepático. En suma: quiste hepático. Fragmento de pared. Para una correcta catalogación es necesaria la valoración macroscópica y clínica. En el posoperatorio se continúa con la antibioticoterapia (ampicilina i/v) y se asocia gentamicina i/v durante 5 días.

La evolución posoperatoria fue sin incidentes. Se otorgó el alta al octavo día del posoperatorio.

El drenaje subhepático se retiró a las 48 horas del posoperatorio. El niño reingresó a las 24 horas (novenno día del posoperatorio) por fiebre y vómitos, sólo se realizó tratamiento sintomático y es dado de alta al cuarto día en buenas condiciones.

El cultivo del líquido de drenaje dio *Proteus* y *Pseudomonas aeruginosa*. La sonda Pezzer se retiró a los 40 días del posoperatorio, permaneciendo con una fístula externa, quistocutánea de bajo gasto (10 ml/día), con períodos de cierre de hasta 2 meses.

Al año y 4 meses consulta nuevamente por una distensión abdominal progresiva y una hepatomegalia importante (a 12 cm del reborde costal) (figura 1) que le dificulta la flexión del tronco y le apareja trastornos psicológicos sobre todo en la relación con otros niños. Es estudiada con tomografía axial computada de abdomen realizada en el Hospital Italiano el 13 de junio de 1990, N° 12.355 (figura 2).

Mostró una gran hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho, múltiples quistes de distinto tamaño a



Figura 2. TAC de abdomen que muestra la poliquistosis hepática.

nivel del lóbulo derecho del hígado, dos mayores de 10 por 10 cm y 9 por 9 cm de diámetro topografiados a nivel de los segmentos V y VI respectivamente. El páncreas impresiona ser de forma y tamaño habituales al igual que el bazo. Ambos riñones son de topografía, forma, tamaño y estructura habituales.

Se decide entonces una segunda operación (28 de junio de 1990). Incisión transversa de hipocondrio derecho que se prolonga hacia el hipocondrio izquierdo. La exploración muestra múltiples adherencias del lóbulo derecho del hígado al peritoneo parietal, que se liberan. Gruesa hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho. Gran quiste a nivel del segmento V del hígado de 10 por 10 cm, redondeado (figura 3) que se punciona viniendo abundante líquido citrino (350 ml) que se envió para estudio citoquímico, cultivo y antibiograma. Se abrió el quiste y se aspira el resto del contenido. Se realiza el procedimiento de Lin, de desdeshado del quiste más voluminoso, anteriormente topografiado y luego se fenestró a través de éste todos los quistes próximos. Se abrieron ventanas al peritoneo haciendo surget de vicryl en los bordes de las mismas. Se cubre con epiplón la superficie cruenta.

A nivel del segmento VI se visualiza un quiste de 9 por 9 cm redondeado, se punciona y se obtienen 250 ml de líquido citrino oscuro, realizándose el mismo procedimiento anteriormente señalado. Se envía a anatomía patológica la pared de los quistes. El lóbulo izquierdo es macroscópicamente normal. Se reseca íntegro el trayecto fistuloso. El resto de la exploración abdominal fue normal. Cierre parietal por planos con surget de vicryl.

El 2 de julio de 1990 presenta un cuadro febril y se comprueba supuración de la herida operatoria. El estudio bacteriológico del exudado desarrolla *Staphylococcus aureus*, se trata con antibioticoterapia específica, evolucionando satisfactoriamente.

La tomografía computada de abdomen de control realizada en el Departamento de Tomografía Computada Centro de Diagnóstico Computado, el 7 de agosto de 1990, TC N° 32.998 (figura 4) muestra una mo-



Figura 3. Hallazgo operatorio. Gran quiste del segmento V del hígado.



Figura 4. TAC de abdomen postoperatoria.

derada hepatomegalia. Pequeños quistes —el mayor de aproximadamente 5 cm— en la parte anterior del lóbulo derecho, que llegan en profundidad hasta el sector biliar. Se ven calcificaciones puntiformes en uno de ellos. Aumento del tamaño del hígado a expensas de parénquima normal. Por delante de los quistes se ve grasa que corresponde al epiplón.

Buena evolución hasta el momento actual que lleva más de un año de operado. Ha desaparecido la hepatomegalia y el abdomen es morfológicamente normal.

**Discusión**

En el caso presentado se destaca el gran tamaño de la hepatomegalia y lo excepcional de manifestarse clínicamente a esta temprana edad de la infancia (14,15)

La enfermedad quística del hígado puede clasificarse en diversas categorías según la patología y la etiología (tabla 1) siguiendo a Doty y Tompkins (16) del Dep. de Cirugía del Centro Médico de la Ucla, Los Angeles, California.

La poliquistosis hepática se considera una enfermedad congénita de trasmisión hereditaria (17).

Descrita por Bristowe en 1856, se caracteriza por su escasa frecuencia. La incidencia varía de 0,07 a 0,6% en autopsias (18,19).

La etiopatogenia de esta enfermedad es discutida (20-22). Los quistes representan un mal desarrollo embrionario debido a la falta de involución del exceso de conductos biliares intrahepáticos embrionarios (18,23).

Moschocowitz encontró conductos biliares aberrantes en todas las variedades de quistes congénitos (22,23)

Meyenburg apreció una estructura canalicular patológica en estos hígados.

Grupos de pequeños conductos biliares conocidos como complejos de Meyenburg, se presentan en los lóbulos hepáticos separados de las tríadas portales.

**Tabla 1.** Clasificación de las enfermedades quísticas del hígado (16)

- Quistes intrahepáticos congénitos
  - Parenquimatoso
  - Solitario
  - Enfermedad poliúística
- Infantil
- Adulto
  - Fibrosis hepática congénita
- Dilatación focal de los conductos biliares intrahepáticos (enfermedad de Caroli).
- Quistes intrahepáticos adquiridos
  - Inflamatorios
  - Piógeno
  - Amebiano
  - Equinocócico
  - Neoplásicos
  - Benignos
  - Malignos
  - Traumáticos

Se considera que éstos representan los conductos biliares intrahepáticos persistentes que embriológicamente conectan los canaliculos biliares y los conductos biliares interlobares en los septos portales (18).

La dilatación gradual de estos conductos residuales produce la formación de un hígado poliúístico (19,24)

El tejido hepático entre las lesiones es normal. El número de quistes es variable y el tamaño desde microscópicos hasta de varios centímetros de diámetro (18)

Los quistes tienden a ser superficiales y están ocupados por líquido límpido o algo teñido de bilis. Están revestidos de epitelio cúbico o cilíndrico, semejante al de los conductos biliares (25).

La tensión quística moderada es característica de esta patología (26). El contenido está constituido por mucus, cristales de colesterol y elementos figurados.

En la mitad de los casos se asocian con otras le-

siones quísticas en riñones, bazo, pulmones y páncreas y aneurismas cerebrales <sup>(18,27)</sup>.

La poliquistosis hepática es más frecuente en el sexo femenino en una relación de 4 a 1 <sup>(10)</sup>.

Las formas masivas hepáticas son menos frecuentes que los quistes aislados únicos o múltiples <sup>(18)</sup>.

La enfermedad es por lo general asintomática <sup>(12)</sup>. Su descubrimiento es casi siempre resultado de un hallazgo accidental en un procedimiento quirúrgico <sup>(18)</sup>.

Cuando presenta síntomas se deben al gran volumen de los quistes siendo el dolor el más frecuente <sup>(1,29,30)</sup>.

En algunas oportunidades un quiste grande puede causar dolor e ictericia <sup>(18,31)</sup>.

Ocasionalmente, la sintomatología se debe a la complicación de alguno de los quistes: hemorragia intraquistica, rotura <sup>(32)</sup> o torsión de un quiste pediculado e infección. La infección dentro del quiste puede causar dolor a la palpación y fiebre <sup>(18)</sup>, como sucedió en nuestro paciente. Es una complicación que se ve rara vez (1%) <sup>(7)</sup>.

Al examen físico la hepatomegalia es el hallazgo más frecuente pudiendo apreciarse también distensión abdominal, como presentó nuestro caso clínico <sup>(9)</sup>.

Las pruebas de función hepática son normales.

Los estudios radiográficos del tracto gastrointestinal superior o del árbol biliar pueden mostrar imágenes de compresión extrínseca por un gran quiste <sup>(18,33)</sup>.

La poliquistosis hepática previo al desarrollo de las técnicas imagenológicas era prácticamente de diagnóstico quirúrgico <sup>(33)</sup>. Las ventajas aportadas por la ultrasonografía y o la tomografía computada permiten hacer el diagnóstico nosológico, topográfico y de extensión <sup>(34)</sup>.

En nuestro medio, permiten descartar una patología quística muy frecuente como es la hidatidosis <sup>(10,11)</sup>.

En el caso clínico presentado la ecografía permitió hacer el diagnóstico que se confirmó en el acto operatorio y ulteriormente con el estudio anatomopatológico.

Se destaca el valor del diagnóstico ecográfico basado en la multiplicidad de los quistes hepáticos y la ausencia de vesiculización endógena y exógena. También nos permite apreciar el número, tamaño y localización de los mismos. Además la ecografía abdominal es de gran importancia para despistar la presencia de quistes en otros parénquimas como el páncreas y el riñón.

La elección del tratamiento depende de la localización, tamaño y forma de presentación de los quistes <sup>(8)</sup>. En nuestro caso clínico por tratarse de un quiste complicado con una infección se le realizó drenaje externo: quistostomía. Además se actuó sobre otro quiste de menor tamaño, no complicado, realizándose punción y evacuación y envío del contenido de

ambos para estudio citoquímico y bacteriológico cultivo y antibiograma. También se efectuó biopsia de la pared y estudio anatómo-patológico.

El drenaje externo (quistostomía) es un procedimiento riesgoso así como la marzupialización. Están indicados en casos de infección quística.

En cuanto a la evacuación y drenaje se citan recidivas. Otra secuela es la fistulización, como sucedió en nuestro caso clínico <sup>(32)</sup>.

Con respecto a la punción y aspiración simple de los quistes, es en general inefectiva por la rápida recidiva <sup>(13)</sup>. El tratamiento mediante el destechado del quiste podría dar buenos resultados y fue el que realizamos en la segunda operación. Lin ha propuesto destechar el más voluminoso y luego fenestrar a través de éste todos los quistes próximos y requiere cuidado de no lesionar los pedículos vasculonerviosos que transcurren por los tabiques intermedios <sup>(13)</sup>. La recidiva de los quistes satélites es frecuente.

Se destaca la preferencia por el drenaje hacia la cavidad peritoneal debido a que el contenido de los quistes se absorbe sin dificultad.

Se reseca el sector emergente de los quistes superficiales y a través de éstos son fenestrados los más profundos, por incisión de los tabiques intermedios.

Otros procedimientos como la aspiración del contenido seguida de la inyección de esclerosantes, utilizada por Jones se acompaña de una alta frecuencia de recidivas, más de 90% <sup>(35)</sup>.

En general se prefieren los procedimientos conservadores por ser una enfermedad benigna y difusa. Por lo cual, la resección hepática es de indicación en casos excepcionales <sup>(8,36)</sup>.

La derivación interna mediante quistoyeyunostomía en Y de Roux o quistogastrostomía, puede ser útil en algún caso de quiste predominante complicado.

El pronóstico de esta enfermedad en general es bueno, por tratarse de una enfermedad benigna, en la cual la función hepática por lo general permanece sin alterarse <sup>(18)</sup>.

## Bibliografía

1. Henson SW Jr, Gray HK, Dockerty MD. Benign tumors of the liver IV. Polycystic disease of surgical significance. *Surg Gynecol Obstet* 1957; 104: 63.
2. Keeling JW. Liver tumors in childhood. *J Pathol* 1971; 103: 69.
3. Lasnier E, Rodríguez Esteban CM. Dos casos de cistoadenoma biliar. *An Fac Med (Montevideo)*, 1929; 14: 142.
4. Fossatti A. Poliadenocistoma hepático. *Bol Soc Cir Uruguay* 1944; 15: 307.
5. Cabezas A. Quistes no parasitarios del hígado. *Rev Méd Este (Uruguay)* 1945; 4-6: 56.
6. Castiglioni JC, Cazaban LA. Quiste seroso solitario no parasitario del hígado. *Rev Cir Uruguay* 1968; 38: 67.
7. Bercianos C, Estrugo R, Perrone L, Paperan J. Quistes no parasitarios de hígado. *Cir Uruguay* 1977; 47: 20.
8. Tortorolo E, Lyonnet A, Carriquiri L, Pradines J. Hepatectomía derecha ensanchada al segmento IV por poliquistosis. *Cir Uruguay* 1980; 50: 74.

9. **Perrier JP, Chevallier N, Bowley H, Trostchansky J.** Poliquistosis hepática gigante. *Cir Uruguay* 1985; 55(6): 331.
10. **Croci F, Barreto M.** Poliquistosis hepato-espleno-renal. *Cir Uruguay* 1987; 57 (1): 52.
11. **Schneeberger F, López D, Abelleira A, Parada D, Gómez Fossatti.** Poliquistosis hepática. *Cir Uruguay* 1987; 57(1): 57.
12. **Howard RJ, Hanson RF, Delany JP.** Jaundice associated with polycystic liver disease. *Arch Surg* 1976; 93: 816.
13. **Lin TY, Chen CC, Wang SM.** Treatment of nonparasitic disease of the liver. A new approach to therapy of polycystic liver. *Ann Surg* 1963; 168: 921.
14. **Longmire WP Jr, Mandiola SA, Gorden EH.** Congenital cystic disease of the liver and biliary system. *Ann Surg* 1971; 174: 711.
15. **Meinick DJ.** Polycystic liver. *Arch Surg* 1955; 59: 162.
16. **Doty JE, Tompkins R.** Tratamiento de la enfermedad quística del hígado. *Clin Quir North Am* 1989; 2: 321-34.
17. **Freedman M.** Polycystic disease of the liver. *Am J Gastroenterol* 1958; 29: 83.
18. **Gryboski W.** Problemas gastrointestinales en el lactante. Buenos Aires. Panamericana, 1985.
19. **Sanfilippo PM.** Cystic disease of the liver. *Ann Surg* 1974; 179: 922.
20. **Dardik H, Glotzer P, Silver G.** Congenital hepatic cysts causing jaundice. *Ann Surg* 1964; 159: 585.
21. **Moreaux J.** Les Kystes solitaires du foie. *Quiron Buenos Aires* 1971; 2:1.
22. **Perreau P, Gutz M, Renler JC.** Kystes solitaires non parasitaires du foie. *Arch Mal App Dig* 1965; 54: 881.
23. **Moschcowitz E.** Nonparasitic cysts of the liver with a study of aberrant bile ducts. *Am J Med Sci* 1906; 131: 674.
24. **Waterson AP, Morgan RP.** Congenital polycystic disease of the liver and kidney. *Br Med J* 1946; (1): 609.
25. **Schullinger JN, Wigger HJ, Price JB et al.** Epidermoid cysts of the liver. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 240-2.
26. **Davls CR.** Non parasitic cysts of the liver. *Am J Surg* 1937; 35: 590.
27. **Comfort MW, Grey HK, Dahlin DC, Whitell FB.** Polycystic disease of the liver: a study of 24 cases. *Gastroenterology* 1952; 20: 60.
28. **Gutiérrez F, Toledo N, Paperán J, Sarubbo L.** Cuadro agudo de abdomen por rotura de quiste solitario no parasitario de hígado. *Cir Uruguay* 1986; 56(2-3): 171-4.
29. **Caplan LH, Simon M.** Non parasitic cysts of the liver. *Am J Roentgenol* 1966; 96: 421.
30. **Coutsoftides T, Hermann RE.** Nonparasitic cysts of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 138: 906.
31. **Wittig JH, Burns R, Longmire WP Jr.** Jaundice associated with polycystic liver disease. *Am J Surg* 1978; 136: 383.
32. **Russell RCG.** Ruptures solitary cyst of the liver. *Br J Surg* 1972; 59: 919.
33. **Wellwood JM.** Large intrahepatic cysts and pseudocysts: Pitfalls in diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1978; 135: 57.
34. **Taylor KJW, Viscomi GN.** Ultrasonid diagnosis of cystic disease of the liver. *J Clin Gastroenterol* 1980; 2: 197.
35. **Jones WL, Mountain JC, Warren KW.** Symptomatic non-parasitic cyst of the liver. *Br J Surg* 1974; 61: 118.
36. **Parodi H.** Ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. Hepatectomía izquierda. *Bol Soc Cir Urug* 1961; 32: 17.