

11226

173

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA

EXPERIENCIA EN EL MANEJO
QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD
QUISTICA Y POLIQUISTICA DEL HIGADO
EN EL H. E. C. M. R. EN EL PERIODO DE
1986 A 2006.

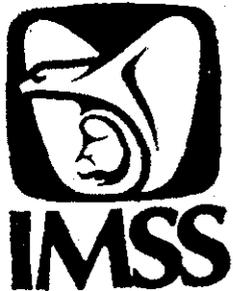
T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. ARMANDO ROBLEDO HERNANDEZ

ASESOR:
DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



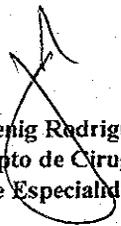
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

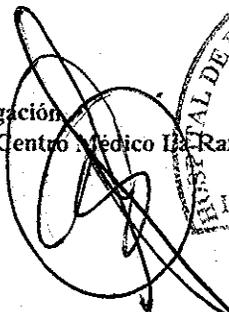
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Experiencia en el manejo quirúrgico de la enfermedad quística y poliquistica del hígado en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza en el periodo de 1986 a 1996.



Dr. José Fenig Rodríguez.
Jefe del depto de Cirugía General.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



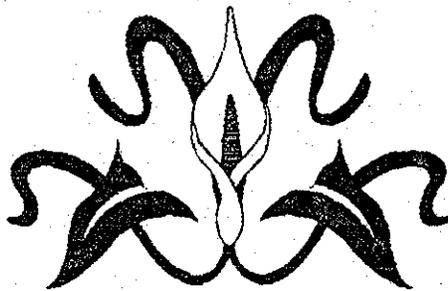
Dr. Juan Robles Paramo.
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.



A Verónica

Mi eterna Compañera

y apoyo en mis horas más tristes.



A Mónica Eugenia y Carlos Armando

Frutos de nuestras vidas

y motivo de nuestra existencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi Padre, Madre y Hermanos.

Que gracias a su amor, apoyo y confianza,

Hoy culmina una fase en mi vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A un hombre que por su filosofía, actos y forma de vivir, me hace pensar que si hay ideales por los que vale la pena vivir y también morir.....

Ejemplo viviente

Mi abuelo el Sr Felipe Hernández.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Experiencia en el manejo quirúrgico de la enfermedad
quistica y poliquística del hígado en el hospital de Especialidades
Centro Médico La Raza en el periodo de 1986 a 1996.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Sobretiros.

**Solicitar a DR. Jose Fenig Rodriguez.
Jefe del servicio de Cirugía General.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.
Zaachila Y Seris Colonia La Raza.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Indice.

1)	.....	Titulo.
2)	.....	Resumen Abstract.
3)	.....	Resumen Abstract.
4)	.....	Introduccion.
5)	.....	Pacientes y Metodos.
6)	.....	Pacientes y Metodos.
7)	.....	Resultados.
8)	.....	Resultados.
9)	.....	Resultados.
10)	.....	Resultados.
11)	.....	Discusion.
12)	.....	Discusion.
13)	.....	Discusion.
14)	.....	Conclusiones.
15)	.....	Bibliografia.
16)	.....	Bibliografia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Robledo. H. A., Fentg. R. J., Experiencia en el manejo quirúrgico de la enfermedad quística y poliquística del hígado en el H. E. C. M. R. en el periodo de 1986 a 1996.

Del departamento de cirugía General. H. E. C. M. R. México Distrito Federal.

INTRODUCCION. La enfermedad quística y poliquística del hígado es una enfermedad rara en nuestro medio, y solo un 5 a 10% de los pacientes puede llegar a requerir manejo quirúrgico en algún momento de su vida. Esto principalmente condicionado por sintomatología secundaria a las dimensiones que pueden llegar a adquirir y complicaciones tales como ruptura, infección y sangrado. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados que se han obtenido en un periodo de 10 años.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio retrospectivo revizándose los expedientes de pacientes tratados quirúrgicamente en 10 años. Se analizaron numero de pacientes, predominio de sexo, enfermedades asociadas, procedimientos quirúrgicos, resultados obtenidos, índice de recidiva, morbilidad, mortalidad y seguimiento.

RESULTADOS. Se captaron 10 pacientes 7 correspondieron al sexo femenino 70% y 3 al sexo masculino 30%, se encontró asociación a quistes renales en un 20% y 10 con quistes en ovario, no hubo repercusión en la función hepática ni renal, 8 pacientes correspondieron a quistes solitarios y 2 enfermedad poliquística, 20 % correspondieron a enfermedad recidivante. Se realizaron 3 derivaciones internas, 3 destechamientos por laparotomía, 1 por laparoscopia, 1 fenestración laparoscópica, 1 drenaje por punción y una segmentectomía lateral izquierda.

La morbilidad correspondió al 30%, la mortalidad al 10%, la recidiva fue en un 70%, y el seguimiento en promedio de un año seis meses.

DISCUSION. La enfermedad quística y poliquística del hígado es aun un desafío para su tratamiento, ya que de acuerdo a las diferentes modalidades los índices de recidiva pueden variar de altos a muy bajos pero en ninguno se puede hablar de curación. El presente estudio es congruente a los reportes de otros autores, aunque no se obtienen resultados significativos, se puede señalar que los mejores resultados se logran con las resecciones, pese a la alta morbimortalidad reportada en la literatura.

Por último actualmente algunos autores consideran que el tratamiento óptimo para los pacientes con enfermedad poliquística del hígado es el transplante y en algunos casos las resecciones, cuando estas son localizadas.



Abstract

The purpose of this study was to report the experience in treated of cystic lesions of the liver in the Hospital Especialidades C.M.R. A retrospective study of ten patients with various lesions of the liver. (polycystic disease 2, and 8 solitary congenital cysts).

After 3 internal drainage, 3 deroofting of the cysts, 1 deroofting by laparoscopic, 1 left lateral segmentectomies, 1 puncture drainage with not sclerosing therapy and 1 fenestration by laparoscopic. All patients were follow up during of 1.6 years. Recurrences were observed in the 70% in the cases. The morbidity consisted of the bleeding, trasoperative complications and posoperative complications.

There was only 1 death (fenestration by laparoscopic). The patient was re-explored for bleeding. She died of the hemorrhage complications. The hospital stays were 23.5 days. The treatment of symptomatic cysts remains controversial. The long-term results were not satisfactory for early recurrence. The optimum treatment for patients with symptomatic cysts is yet no clear.

Key Word.

EQS Enfermedad quística solitaria

EPH Enfermedad poliquistica del higado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen.

El objetivo de este estudio fué analizar la experiencia en el manejo de la enfermedad quística y poliquística de hígado en el Hospital de Especialidades C.M.R. El estudio fué retrospectivo en un periodo de 10 años, incluyendo a 10 pacientes (2 con EPQ y 8 con EQS) tratados quirúrgicamente en este lapso.

Se realizaron 3 derivaciones internas, 3 destechamientos por laparotomía, 1 por laparoscopia, 1 drenaje por punción sin esclerosis, 1 fenestración por laparoscopia y una segmentectomía lateral izquierda. El seguimiento promedio fué de un año seis meses. La recurrencia se observó en el 70% de los casos (USG y sintomática). La morbimortalidad consistió principalmente en complicaciones trans y posoperatorias en un 30% de los casos. Solo se registró un caso de mortalidad por sangrado másivo en una fenestración laparoscópica. La estancia hospitalaria en promedio fué de 23.5 días.

El tratamiento de la enfermedad quística del hígado permanece controversial, en nuestro caso la tasa de recurrencia fué muy alta. Los reportes de la literatura carecen de seguimientos a largo plazo por lo que el tratamiento óptimo no esta claro aún.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción.

La enfermedad quística del hígado es una patología benigna en la cual hay reportes de una prevalencia de menos del 5% en la población general. Estos quistes habitualmente son pequeños y en otras ocasiones pueden ser de gran tamaño y permanecer asintomáticos (90% de los casos) . Pueden ser solitarios, múltiples y difusos en el parénquima hepático (Enfermedad poliquística del hígado) los cuales usualmente son diagnosticados incidentalmente por imagen radiológica. En la mayoría de los casos los quistes de gran tamaño son asintomáticos y no requieren tratamiento. Aunque algunas veces lo quistes grandes pueden presentar complicaciones (se menciona que es menos del 10%) como hemorragia intraquistica, ruptura, torsión, infección o compresión de estructuras adyacentes.

El tratamiento está limitado para los pacientes muy sintomáticos o en quienes pueden ocurrir complicaciones. Varias formas de tratamiento han sido propuestas incluyendo procedimientos no quirúrgicos como la aspiración percutanea con o sin esclerosis y quirúrgicos como la aspiración, la excisión parcial, excisión completa, marzupialización , derivaciones internas o resecciones hepáticas. El desarrollo en los últimos años de las técnicas laparoscópicas han mejorado y hecho posible la fenestración de algunos quistes congénitos con resultados variables (1. 2 .6, 14. 16. 19. 22).

El tratamiento no obstante a sido controversial en algunas series de autores varian desde resultados muy buenos a otros francamente malos en los que la regla ha sido la recidiva y la elevada morbimortalidad. Otros autores han recomendado tratamientos más agresivos y radicales para los quistes sintomáticos (16. 18. 21) argumentado que a finalmente estos son los que mejores resultados han brindado.

El propósito de este estudio fué evaluar los resultados de los diferentes procedimientos quirúrgicos en una serie de diez pacientes con enfermedad quística y poliquística de hígado del hospital de Especialidades, Centro médico La Raza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pacientes y métodos.

Durante un periodo de 10 años de enero de 1986 a diciembre de 1996, se examinaron e intervinieron con diferentes procedimientos quirúrgicos 10 pacientes por enfermedad quística y poliquística del hígado en el Hospital de especialidades, Centro Médico La Raza. Este estudio fué retrospectivo y consistió en la revisión de expedientes de dicho periodo con el propósito de conocer la experiencia en el manejo de la enfermedad quística solitaria y de la enfermedad poliquística del hígado así como los resultados a largo plazo.

El rango de edad de los pacientes fué de 37 a 77 años promedio 53.5 años Tabla 1. Se investigó enfermedades asociadas, tiempo de sintomatología y protocolo de estudio preoperatorio el cual consistió principalmente en la evaluación de la función hepática y renal.

Tabla 1. Información demográfica pacientes con EQS Y EPH.

Paciente	Edad	Sexo.	Síntomas	Signos	Org. Invol	Enf. Asoc	AHF
1	35	F	Dolor y distensión	Masa adominal	Quistes ovaricos	No	No
2	50	M	Dolor y fiebre	Hepatomegalia masiva	No	Hipertensión	No
3	68	F	Dolor y hinchura abdominal	Hepatomegalia	No	Diabetes e hipertensión.	No
4	65	F	recidiva de dolor y hinchura abdominal	hepatomegalia	No	Previamente intervenida de la misma patología	No
5	58	F	Dolor y masa abdominal	Hepatomegalia.	renal	No	No
6	77	M	Dolor abdominal	Hepatomegalia	No	No	No
7	65	M	Dolor abdominal y fiebre	Masa abdominal	Renal	Hipertensión y diverticulosis.	No
8	52	F	Recidiva dolor abdominal y hinchura abdominal	Hepatomegalia	No	Qx por quiste un año antes	No
9	45	F	Dolor abdominal y datos de compresión.	Hepatomegalia.	No	Hipertensión	No
10	37	F	Dolor y masa abdominal masiva	Hepatomegalia masiva	No	No	No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De la misma manera se evaluó los estudios diagnósticos, indicaciones para tratamientos quirúrgico, el tipo de intervención, (Cual brindo mejores resultados), complicaciones transoperatorias y posoperatorias. Así mismo se determinó la morbimortalidad de los procedimientos y de acuerdo al seguimiento se analizó los resultados a largo plazo.

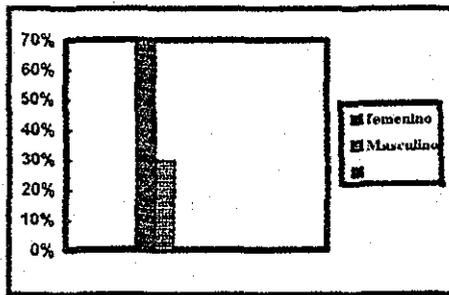
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados.

Se analizaron 10 casos de pacientes con enfermedad quística solitaria y poliquistica del hígado en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza del periodo de 1986 a 1996, tratados quirúrgicamente en el servicio de cirugía general este lapso.

Fueron un total de 10 pacientes, 7 pacientes del sexo femenino y 3 del sexo masculino, la media de edad correspondió a 53.5 años, con un rango de 37 a 77 años.

Fig 1 Se muestra la frecuencia de la patología en relación al sexo.



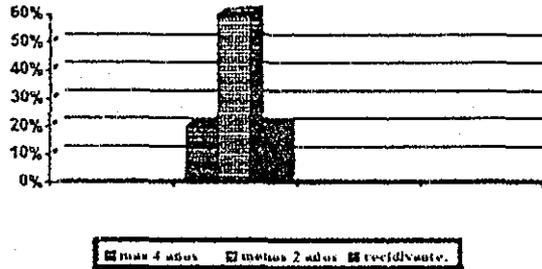
No se encontró en ningún paciente antecedente familiar de la patología, no obstante se encontró asociación del 20% con patología quística renal y en 10% patología en ovario.

De acuerdo al padecimiento actual se observó que 2 pacientes tenían una evolución mayor de 4 años (20%), 6 pacientes menor de 2 años (60%) y 2 (20%) era sintomatología recidivamente ya anteriormente tratada con cirugía. De acuerdo a los estudios de laboratorio en ningún paciente se demostró daño hepático ni renal secundario a la patología quística del hígado.

El Diagnóstico en estos pacientes se llevo a cabo y fué suficiente en un 100% con USG- IAC. 20% correspondió a enfermedad poliquistica y 80% enfermedad solitaria la cual se ubicó en lóbulo derecho del hígado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig 2 Se muestra la evolución del padecimiento.



Solo en un 10% se utilizaron otros recursos diagnósticos como gamagrama por duda diagnóstica. La indicación de tratamiento quirúrgico se debió en un 100% a dolor intratable y masa abdominal, otras indicaciones adicionales a esta se debió a compresión de vísceras abdominales (10%).

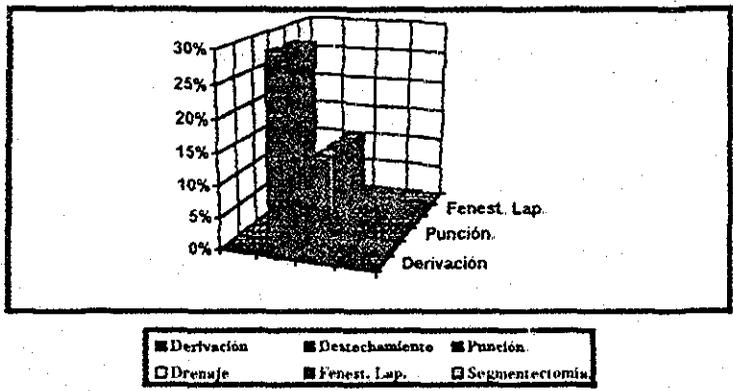
A tres pacientes se les realizó cistoyeyunoanastomosis en y de Roux (30%), 3 destechamiento y drenaje (30%) y 1 por laparoscopia (10%) uno punción sin esclerosis (10%), uno fenestración laparoscópica (10%) y a otro segmentectomía lateral izquierda (10%) Los hallazgos quirúrgicos en todos los casos confirmaron patología quística y se drenó un promedio de 5 litros de líquido de los quistes con un rango de 150cc a 33 litros. Así mismo el promedio de sangrado por paciente fué de 900 cc y en un paciente con 4000 cc.

La morbimortalidad se observó en el 30% principalmente debida a sangrado y ha lesiones de vísceras las cuales se repararon en el transopcratorio.

La mortalidad fué del 10% en la paciente tratada por fenestración laparoscópica la cual se convierte por presentar hemorragia másiva, falleciendo posteriormente por complicaciones de la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig 3. Procedimientos quirúrgicos realizados.



El promedio de estancia hospitalaria fué de 23.5 días con un rango de 7 a 92. Las complicaciones tardías fue la recidiva documentada en un 70% una paciente se sometió a 10 procedimientos quirúrgicos por recidiva de quiste solitario el cual finalmente culminó con una fistula cutánea aún sin resolución y solo en un 30% no se reportado recidiva, adicionalmente la evolución de dos derivaciones de quistes presentaron infección y estenosis. El promedio de seguimiento fue de 1.6 años. Ver tabla 2.

Tab 2. En la que muestra drogas y resultados en los pacientes.

Pac	Edad	Sexo	Diagnostico	Cirugia	Complicaciones	Recidiva	seguimiento
1	35	F	Quiste G recidivante	G Múltiples. La última una derivación	Múltiples. Infección y actualmente fistula	Si	4 años
2	50	F	Quiste G recidivante	Re-drenaje	No	No	1 año
3	68	F	Quiste de lób derecho	Destecl.	No	Si	5 años
4	65	M	EPH segm. III y IV	Seg. Lat. Izq	No	No	1 año
5	58	F	Quiste derecho G	Derivación interna	No	No	1 año abandono seguimiento
6	77	M	Quiste G derecho	Dest. Laparosc.	No	inmediata	1 año
7	65	F	Quiste recidivante	re-dest. y drenaje	lesión de ileon y estómago	Si	menos de 1 año.
8	32	F	Quiste G derecho	Dexteclamiento.	no	Si	1 año
9	45	F	Quiste G.	Derivación interna	si infección mediata.	No	1 año

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

10	37	2	EPH	Fenest. Lap.	Si. Sangrado	---	Defunción
----	----	---	-----	--------------	--------------	-----	-----------

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión.

El tratamiento para la patología quística del hígado continua siendo un desafío para el cirujano. El grupo analizado es muy reducido lo cual directamente traduce la rareza de la patología así como también su manejo quirúrgico; que en la mayor parte se limita a ser conservador. También es evidente la preponderancia en el sexo femenino que en este caso fué de un 70%, congruente con lo reportado en la literatura. Asociada esta patología a otras vísceras, coincidió en 20% para patología renal y 10% para patología ovárica, sin repercusión en la función hepática ni renal. (1, 2, 4, 10). Todos los pacientes presentaron patología quística considerada muy sintomática principalmente secundaria a el aumento de tamaño, manifestandose principalmente por dolor y hepatomegalia en el 100% de la muestra, mismas también como principales indicaciones quirúrgicas (8 quistes solitarios y 2 poliquísticos). Otras manifestaciones como datos de infección, compresión se vieron en un mínimo porcentaje. La decisión sobre que tipo de tratamiento no se documentó en expedientes, todo orienta a pensar que influyó el criterio del cirujano y los recursos disponibles. El destechamiento del quiste por laparotomía se realizó en tres pacientes (Dos recurrentes) , siendo los resultados nada halagadores ya que USG se documentó en dos pacientes recidiva al año así como también parte de la sintomatología, otro paciente se perdió del seguimiento. Cigot y colaboradores opinan que en 94% de los pacientes que se realiza destechamiento en quistes simples sera suficiente para el alivio permanente de la sintomatología, no obstante los seguimientos reportados son cortos y otros autores han reportado una recidiva del 44% a los 4 años de seguimiento. (3, 5, 7, 8).

El mismo procedimiento bajo laparoscopia ha tenido muchos seguidores, sin embargo algunos autores (16, 20, 22) han opinado que el procedimiento puede ser peligroso e incompleto así como la recidiva en porcentaje similar. Morino y Colaboradores opinan que los que mejores resultados se pueden obtener con aquellos quistes que su situación es anterior, no son profundos y son únicos. En nuestro caso solo hubo un paciente el cual fué congruente a estas indicaciones y al año del seguimiento no se habia documentado recurrencia.

Solo se realizó una fenestración laparoscópica por enfermedad poliquistica la cual se convirtió a cirugía abierta por sangrado masivo, mismo que recurrió a las 24 horas con consecuencia fatal, estableciendo una mortalidad del 10 % de la muestra. Armitage y colaboradores. han hecho énfasis de la morbimortalidad elevada del procedimiento y la efectividad parcial del procedimiento, otros como Soravia han reportado mejores resultados haciendo mención en una cuidadosa selección de los pacientes y en la experiencia del equipo quirúrgico en la cirugía hepática. Lamentablemente sus resultados no son fácilmente reproducibles en otras latitudes (6, 14, 19, 22).

La decisión para realizar una derivación del quiste consiste en la presencia o no de comunicación con el árbol biliar (8). Lo cual solo se documentó en expediente en un caso. Dos pacientes presentaron complicaciones en menos de un año, manifestando datos infección, el cual solo uno respondió a manejo antimicrobiano y otro requirió drenaje y múltiples punciones evacuadoras y esclerosis, siendo un claro ejemplo de la recidiva hasta el momento actual. El otro paciente se perdió del seguimiento. No obstante estos dos se pueden catalogar como buenos resultados. Y el que presentó la recidiva su fracaso pudiera corresponder a que este porcedimiento no se realizó como primera elección y probablemente se derivó una cavidad infectada.

Mientras que la aspiración simple es seguida por la recurrencia en la mayoría de los casos, la esclerosis con alcohol y otros gentes puede ser apropiada. La experiencia temprana con este tratamiento sugiere que el efecto del agente esclerosante de la pared del quiste puede prevenir la recurrencia o infección. Este tratamiento en algunas manos ha dado buenos resultados (11, 12) y el seguimiento a largo plazo no es disponible en la mayoría de los reportes. En nuestro caso solo un paciente fué tratado con aspiración, sin esclerosis, al año de seguimiento no había datos de recidiva, por lo que se egresa del servicio, abandonando el seguimiento a largo plazo.

Uno de los mejores resultados se obtuvo en un paciente con enfermedad poliquistica localizada en los segmentos II y III del hígado, el cual se trata con segmentectomía lateral izquierda, lamentablemente con sangrado transoperatorio de 2500cc sin aparentes complicaciones transoperatorias. Al año de seguimiento el

paciente se mantuvo asintomático y sin recurrencia por USG. Madariaga e Iwatsuki en su estudio de 44 resecciones hepáticas concluyen que la resección hepática es segura y efectiva para las lesiones quísticas del hígado. El alivio sintomático es completo y permanente posterior a la resección, excepto en la poliquistosis difusa del hígado. También admiten que aunque se ha avanzado en las últimas décadas en este tipo de cirugía no debe considerarse primera elección ya que su morbimortalidad es aun considerable. No obstante una meticulosa elección del paciente puede llevar a excelentes resultados (18).

Finalmente analizando la experiencia acumulada en un periodo de 10 años, salta a la vista que los resultados han sido malos (70% de recidiva) en un promedio de 1 año, la morbimortalidad analizada indirectamente por la incidencia de complicaciones transoperatorias, posoperatorias y días de estancia (23.5 días promedio) también ha sido alta.

Conforme a lo anterior considero en lo futuro se deberá seleccionar cuidadosamente al paciente que verdaderamente pueda beneficiarse con el tratamiento quirúrgico y así mismo emplearse procedimientos más radicales en los pacientes con recidiva y donde el estado del paciente lo permita .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14

Conclusiones.

1. Se confirma la rareza de la patología y el tratamiento quirúrgico ya que en un periodo de 10 años, solo hay reporte de 10 casos.
2. Es congruente a la literatura el predominio en el sexo femenino, así como también la edad de presentación.
3. Los principales síntomas en los pacientes fueron dolor y hepatomegalia, acorde a lo que reportan diferentes autores.
4. En un 100% bastó la USG y La IAC para confirmar el diagnóstico y tratamiento.
5. La morbilidad se presentó en un 30%. Dado que la muestra es pequeña no puede ser concluyente ni comparativa con otros estudios.
6. La mortalidad se observó en el 10% similar a lo reportado en la literatura.
7. La recidiva fué muy alta, 70% en comparación a lo reportado por otros autores ya que esta oscila entre 20 y 40% dependiendo del procedimiento.
8. Ningún procedimiento predominó significativamente sobre otros, de igual manera ninguno dió majores resultados.
9. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad quística y poliquística del hígado, requiere una meticulosa evaluación del paciente para seleccionar a los que verdaderamente se puedan beneficiar con el tratamiento.
10. Los procedimientos como fenestración por laparotomía o laparoscopia, drenaje interno, marzupialización y drenaje por punción tienen un alto porcentaje de recidiva y otras complicaciones reportadas en la literatura.
11. Por último se puede considerar que el mejor tratamiento para los quistes solitarios recidivantes y enfermedad poliquística localizada, es la resección hepática. Y para la enfermedad poliquística del hígado difusa es el tratamiento conservador y como última opción el trasplante hepático. Independientemente de su alta morbimortalidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Vauthey. J. N, Maddern. G.J. Adult polycystic disease of the liver. Br. J. Surg. 1991;78:524-27.
2. Vauthey. J. N, Maddern. G. J Clinical experience with adult polycystic liver disease. Br. J. Surg. 1992;79:562-65.
3. Lai. E. C, Wong. J. Symptomatic nonparasitic cysts of the liver. World.J. Surg. 1990;14:452-6.
4. Multinovic.J., Fialkow. P. J, Liver cystic in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. Am. J. Med. 1980;68:741-44.
5. Henne-Burns. D, Klomp. H. J, Non parasitic liver cyst and polycystic liver disease. Hepatogastroenterology. 1993;40:1-5
6. Que. F, Nagorney. D.M, Liver resection and cyst fenestration in the treatment of severe polycystic liver disease. Gastroenterology 1995;108: 487-94.
7. Turnage. R. H, Eckhauser. F. E. T, Therapeutic dilemmas in patientes with symptomaticpolycystic liver disease. Am. J. Surg. 1988;54:365-72.
8. Litwin. D. E, Taylor. B. R, Nonparasitic cysts of the liver. Ann Surg. 1987;205:45-8.
9. Lalos. A. T, Ycager. H. C, Ascites and myxedema in a patient with polycystic disease of the kidney and liver. Am. J. Gastroenterol. 1994;89:2237-39.
10. Yaqoob. M, Saffman. CH, Inferior vena caval compression by hepatic cysts: An unusual complication of adult polycystic kidney disease. Nephron 1990;54:89-91.
11. Saini. S, Mueller. P. R, Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. A.J.R 1983; 141:141:559-60.
12. Andersson. R, Jeppsson. B, Alcohol sclerotherapy of nonparasitic cysts of the liver. 1989;67:254-5
13. Yamada. N, Shinzawa. H, Ireatment of symptomatic hepatic cysts by percutaneous instillation of minocycline hydrochloride. Dig Dis. Sci. 1994;39:2503-9.
14. Armitage. N. C, Blumgart. L. H, Partial resection and fenestration in the treatment of polycystic liver disease. Br.J Surg. 1984;71:242-44.



15. Sanchez. H, Gagner. M, Surgical management of nonparasitic cystic liver disease. Am J Surg 1991;161:113-8.
16. Newman. K. D, Torres. V. E, *Treatment of highly symptomatic polycystic liver disease.* Ann Surg. 1990;212:30-7.
17. Soravia. C, Menthal. G, Surgery for adult polycystic liver disease. Surgery. 1995;117:272-5.
18. Madariaga. J. R, Iwatsuki. S, Hepatic resection for cystic lesions of the liver. Ann Surg. 1993;218:610-14.
19. Ker. C. G, Chen. J. S, Laparoscopic fenestration for a giant liver cyst. Endoscopic. 1994;117:272-5.
20. Morino. M, De Giuli. M, Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Ann Surg. 1994;219:157-64.
21. Starzl. T. E, Reyes. J, Liver transplantation for polycystic liver disease. Arch.Surg. 1990;125:575-7.
22. Gigot. J. F, Legrand. M, Hubens. G, Laparoscopic Treatment of Nonparasitic Liver Cysts. Adequate Selection of Patients and Surgical Technique. World J. Surg 1996; 20: 556-561

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN