

Los canales hepatobiliares llamados "accesorios" *

Su significación e importancia quirúrgica

Dres. BOLIVAR DELGADO, ALBERTO AGUIAR
y ORESTES SBARBARO

En el curso de una intervención sobre las vías biliares se puede encontrar con cierta frecuencia, además de la porción alta de la vía biliar principal (hepáticos derechos, izquierdo y común), formaciones canaliculares biliares de tamaño variable, extendidas desde el hilio hepático a los hepáticos, sobre todo el derecho, al hepático común, la vesícula, el cístico y más raramente el duodeno.

Tales formaciones han sido denominadas canales hepáticos "accesorios" o "suplementarios".

Su terminación variable les da su denominación propia (canales hepatovesiculares, hepatocístico, etc.) (fig. I).

En este estudio nos referiremos especialmente a aquellos de disposición hepatocística, de los cuales relataremos cinco observaciones tratadas por el personal de nuestra Clínica.

Los trabajos anatómicos de Couinaud (3) han mostrado que se trata de canales biliares normales en cuanto a su distribución, pero anómalos en cuanto a su desembocadura.

Mientras que el canal hepático izquierdo colecta de manera constante la bilis del lóbulo izquierdo, en cambio, el canal hepático derecho no drena con cierta frecuencia más que uno de los sectores (el paramediano o el lateral), dando el otro sector un canal independiente que es el de terminación anómala.

Son canales normales pues, en cuanto a su número y existencia, pero variables en cuanto a su terminación, explicable esto por fenómenos de deslizamiento.

Constituyen el único canal excretor biliar de una porción del lóbulo derecho del hígado, siendo por orden de frecuencia decreciente, un canal sectorial o un canal segmentario. Por excepción será el canal lobar derecho, lo cual constituye otro tipo de anomalía que no entramos a considerar en este trabajo, que no estudia las anomalías de la vía biliar extrahepática, sino solamente las de estos canales sectoriales o segmentarios del lóbulo derecho.

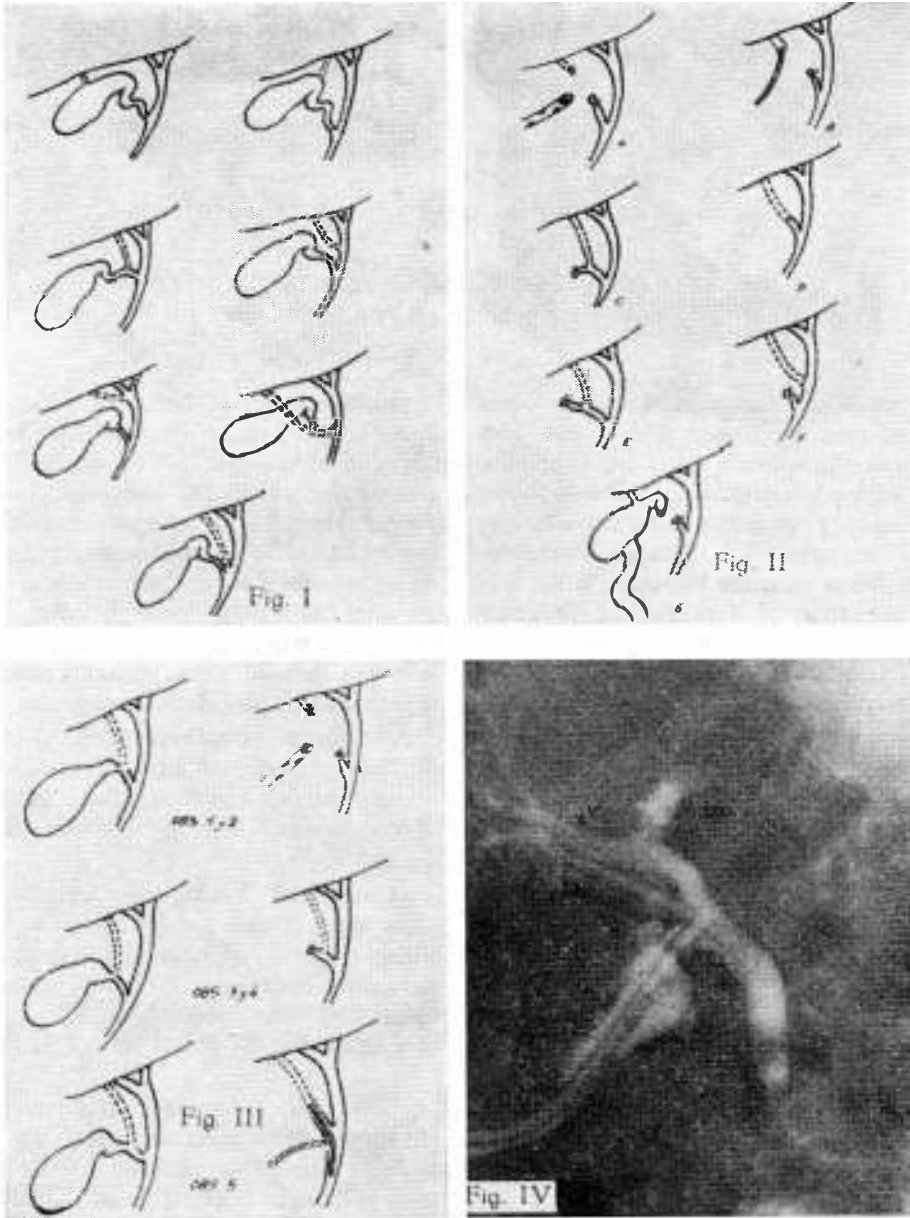
No puede aceptarse pues, el calificativo de "accesorios" o "suplementarios" que se les ha dado a estos canales. Más bien deben ser denominados "aberrantes" o "anómalos".

Couinaud (3) da una frecuencia del 3% para los canales hepatocísticos. En la serie analizada por este autor encuentra tres casos, de los cuales en uno correspondía al canal segmentario del segmento VI y en los otros dos al canal sectorial lateral derecho.

Del punto de vista anatomoquirúrgico es importante señalar, como lo hace Oliver (8), que estos canales drenan un sector más o menos extenso del lóbulo derecho del hígado, insistiendo en que constituyen su única vía canalicular de desagüe biliar, puesto que habitualmente no existe por encima red anastomótica biliar intrahepática.

Flint (4) ha sido tal vez el primer autor en referirse a los "canales hepáticos accesorios". En un estudio efectuado sobre 200 disecciones cadavéricas, encuentra 29 de estos canales: todos derechos; 18 terminaban en el hepático común; 10 en la vecindad de la unión del hepático común y el cístico; 1 se extendía del hepático derecho al cístico. En algunos de ellos más se

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del profesor Dr. Abel Chifflet.
Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de agosto de 1965.



debería decir que el cístico desembocaba en el "canal accesorio" que a la viceversa.

Cole [citado por (5)] da una frecuencia para canales hepatovesiculares del 5-10%.

Kourias (5) cree que es posible que estos canales sean más frecuentes de lo que se dice por la dificultad de reconocerlos operatoriamente, debido a su pequeño tamaño y a las alteraciones patológicas de la región. En una serie de 26 casos de anomalías de los canales biliares extrahepáti-

cos, este autor encuentra 2 canales hepatovesiculares, 1 canal terminando en la bolsa de Hartman, 4 casos de bilirragias postoperatorias que atribuye a lesión de estos canales y 2 canales hepatocísticos.

Lichtenstein (6), en el estudio de 100 cadáveres frescos, halla 10 canales "hepáticos accesorios", de los cuales 2 eran hepatocísticos.

Es un hecho importante a señalar, que los canales que terminan en el cístico son

habitualmente de mayor volumen y, por tanto, de mayor importancia quirúrgica que los hepatovesiculares.

El reconocimiento de estos canales anómalos en el curso de una colecistectomía es de gran interés, pues su desconocimiento expone a complicaciones, derivadas fundamentalmente de su sección quirúrgica: peritonitis biliares, abscesos subfrénicos, fístulas biliares, etc. La jerarquía de esta complicación estará en razón directa a la importancia del canal seccionado.

Su ligadura conduce a la obstrucción biliar y luego atrofia de un sector variable del lóbulo derecho (segmento o sector), pero sin gravedad, por la reserva funcional considerable del hígado normal y el poder extraordinario de regeneración del parénquima restante [Oliver (8)].

No tenemos referencia que esta obstrucción parcial biliar tenga expresión clínica. El síndrome descrito por Cattell y Braasch (1, 2) para las obstrucciones unilaterales del hepático, no es aplicable a esta situación, que se asemeja más a los hallazgos experimentales de Polin y colaboradores (9), quienes al ligar un canal hepático en el perro hallan aumentos de fosfatasas alcalinas sin hiperbilirrubinemia, debido a la multiplicidad de canales hepáticos que presentan estos animales, canales asimilables en el hombre a los canales hepatobiliares aberrantes.

Es importante reconocerlos antes de su sección, como lo señala Oliver, pues luego de seccionados se retraen hacia el hígado y es difícil entonces ligarlos o plastiarlos; por otra parte, por estar disminuida la secreción biliar por el acto operatorio, se puede desconocer su sección. No cabe la posibilidad de ligarlos pensando que por encima se establecerá un drenaje biliar por vías anastomóticas, pues los estudios anatómicos y colangiográficos no han mostrado que ellas existan.

¿Qué conducta operatoria se debe adoptar ante el hallazgo operatorio de una anomalía de este tipo? Seguimos en este planteamiento fundamentalmente a Roux (11) y Oliver (8).

Ante todo, es necesario establecer un correcto inventario de la disposición anatómica del árbol biliar extrahepático, para lo cual consideramos de gran valor a la

colangiografía operatoria, tal como ha sido señalado por otros autores y por los estudios de Norman (7).

De tal inventario se deducirá que estamos frente a una variedad de canal aberrante, y que éste representa solamente un canal sectorial o segmentario. Se asegurará así de excluir la posibilidad de gruesas anomalías, tales como que ese canal sea el propio hepático derecho en su totalidad o toda la vía biliar principal como ha sido descrito por otros autores (10), lo cual conduce a otro planteo terapéutico que no pertenece a nuestro tema.

Dos situaciones se pueden encontrar: 1º) el canal ha sido cortado y recién entonces se reconoce. Si es un canal de poca importancia, lo cual se deduce por su pequeño calibre [menor que el del grafo de un lápiz (Oliver)] y su territorio colangiográfico, se debe ligar con hilo irreabsorbible y drenar el lecho (fig. II A); si se trata de un canal grueso e importante (sectorial) lo aconsejable es hacer una sutura terminoterminal de ambos cabos o en su defecto anastomosarlo al muñón cístico (12) o al hepático. Si aun esto no es posible, drenarlo al exterior (fig. II D, E, F). Estas suturas o anastomosis deben ser preferiblemente calibradas sobre tubos tutores de drenaje biliar externo.

2º) Si el canal se reconoce antes de seccionarlo y es fino, se ligará dejando un drenaje de la logia subhepática. No se despreciará la posibilidad de que la hipertensión miliar postoperatoria conduzca a la caída de la ligadura y a las complicaciones derivadas del corrimiento biliar intraperitoneal. De ser posible se realizará la colecistectomía, dejando el muñón cístico o el bacinete, en el cual termina el canal (fig. II E). Esto se hará obligatoriamente cuando se trate de un grueso canal.

Cuando se trata de canales hepatovesiculares, Kourias (5) propone dejar la vesícula desconectada de la vía biliar principal por ligadura y sección del cístico y anastomosarla al tracto digestivo (fig. II G). Williams (13) en un caso realizó una técnica semejante, pero sin ligadura del cístico y con anastomosis colecistoduodenal.

Como reparo a esta conducta, es el hecho de dejar un reservorio biliar pato-

lógico (se trata en general de colecistitis crónicas litíasicas) y capaz de procesos evolutivos.

Un hecho importante a señalar, es el de que habitualmente los canales hepato-vesiculares se pueden ligar sin temor por ser de menor calibre e importancia que los hepatocísticos (5).

Proponen la mayoría de los autores, como el procedimiento adecuado para evitar la herida de estos canales, a la colecistectomía directa.

La peritonización sistemática del lecho vesicular encontraría, en la sección inadvertida de pequeños canales hepato-vesiculares, una justificación más. Lo mismo el drenaje con Penrose subhepático, cuyo valor ha sido enfatizado en base a casos personales por autores como Lichtenstein y colaboradores (6).

OBSERVACIÓN 1 (Dr. A. Aguiar).—Paciente de 60 años que es intervenida por una litiasis vesicular. En el curso de la colecistectomía se comprueba que existe un canal biliar de unos 2 mm. de diámetro, extendido desde el hilio del hígado al cístico. Es independiente del hepatocolédoco y de ambos hepáticos, que son de topografía y caracteres normales. Se liga su cabo superior. Colecistectomía. Peritonización del lecho. Drenaje subhepático en cigarrillo.

Al 6º día es necesario reintervenir a la paciente por un absceso subhepático derecho a contenido bilioso. Se comprobó que no existía falla de la ligadura del cístico. Drenaje. Buena evolución.

OBSERVACIÓN 2 (Dr. A. Aguiar).—Paciente de 64 años que se interviene por una litiasis vesicular. Se comprueba una disposición biliar similar a la anterior. El canal anómalo mide unos 3 mm. de diámetro. Se realiza ligadura del canal y colecistectomía. Drenaje en cigarrillo del lecho.

Al 5º día se reinterviene por un absceso subhepático de idénticas características que en la observación anterior. Drenaje. Curación.

OBSERVACIÓN 3 (Dr. A. Aguiar).—Paciente que, en el curso de una colecistectomía por una litiasis vesicular, se comprueba la existencia de un canal hepatocístico de mayor diámetro que en las observaciones anteriores, por lo cual se efectúa una colecistectomía dejando el segmento de muñón cístico, en el cual terminaba el canal. Drenaje del colédoco con tubo de Kehr. Postoperatorio sin incidencias. No se pudo realizar colangiografía de control postoperatoria por haberse salido el tubo.

OBSERVACIÓN 4 (Dr. Caritat, Dr. Sbarbaro).—M. S. R. de A. Hospital de Clínicas.

Registro Nº 207.835. Al realizar una colecistectomía por litiasis vesicular, se comprueba la existencia de un grueso canal hepatocístico. Se realiza la colecistectomía dejando el segmento del muñón cístico, en el cual terminaba el canal. Evolución sin incidentes.

OBSERVACIÓN 5 (Dr. B. Delgado, Dr. O. Sbarbaro).—E. C. de L. Hospital de Clínicas. Registro Nº 207.984. Se interviene por litiasis vesicular. Sin antecedentes de síndrome coledociano. La vesícula es escleroatrófica y está en un empuje subagudo, lo cual hace difícil la colecistectomía. Existe un grueso cálculo enclavado en el cístico que dificulta las maniobras, por lo cual se secciona longitudinalmente el canal sobre el cálculo. Se comprueba que se ha producido una herida lateral de un grueso canal biliar que es tomado por el hepático derecho. Se efectúa la colecistectomía, dejando el muñón de cístico donde terminaba el canal. Se suturó éste, plástiándolo con un fragmento del bacinete. Se colocó un tubo de Kehr cuya rama superior, sin abrir, calibra la sutura; su rama inferior, cortada en canaleta, se coloca en el colédoco y la rama larga se saca por una coledocotomía que queda por debajo de la sutura. Se realiza una colangiografía operatoria que muestra buen pasaje al duodeno, sin imágenes de cálculos, y que en realidad la confluencia de los hepáticos se encuentra más arriba. El canal suturado tiene grueso calibre e importante territorio de distribución.

Postoperatorio normal. Una colangiografía de control mostró una litiasis residual del colédoco por la cual la paciente debió ser reintervenida. El tubo de Kehr se dejó durante 50 días. Controlada seis meses después, se encuentra perfectamente bien.

COMENTARIO

Las cinco observaciones corresponden a canales hepatocísticos que fueron descubiertos en el curso de una colecistectomía por litiasis. En las dos primeras observaciones (fig. III), frente a canales de 2 y 3 mm. de diámetro respectivamente, se realizó la ligadura del canal. A pesar del drenaje que se dejó del lecho subhepático, ambas pacientes tuvieron como complicación postoperatoria un absceso biliar. Creemos que éste, lógicamente, fue provocado por la caída de la ligadura a consecuencia de la hipertensión biliar segmentaria desencadenada por la obstrucción quirúrgica.

Frente a situaciones similares (Obs. 3 y 4, fig. III) se optó por realizar la colecistectomía, dejando el segmento de cístico en el cual desembocaba el canal. La evo-

lución fue sin incidentes. Creemos que el drenaje de Kehr, que se dejó en la observación 3 por precaución, no tiene en realidad indicación, por todo lo dicho anteriormente.

En la observación 5 se produjo la herida quirúrgica del canal anómalo, en el curso de una colecistectomía dificultada por las alteraciones patológicas de la región. Dado el grueso calibre del canal se realizó la sutura del mismo, calibrándolo con tubo de Kehr. Es la única observación de la cual disponemos de control colangiográfico (fig. IV) que es muy demostrativo.

La evolución alejada de todas las pacientes fue satisfactoria.

RESUMEN

A propósito de cinco observaciones de canales hepatocísticos, los autores hacen una revisión del problema que plantean los canales hepatobiliares llamados "accesorios". Se insiste en el hecho de que tales canales no son "accesorios", sino canales normales en cuanto a su existencia y anómalos en cuanto a su terminación, constituyendo la única vía de desagüe biliar de un sector o segmento, habitualmente del lóbulo derecho del hígado.

Se analiza la táctica quirúrgica a seguir.

De los cinco casos presentados, en dos se realizó la ligadura del canal, lo cual condujo como complicación postoperatoria a un absceso subhepático de origen biliar; en otros dos se efectuó colecistectomía, dejando el muñón del cístico en el cual terminaba el canal; en la quinta observación se produjo una herida del canal que fue suturada y calibrada con tubo de Kehr.

La evolución de estas pacientes, lleva a los autores a sostener que se debe actuar en forma conservadora frente a canales anómalos de calibre apreciable.

Se considera de fundamental importancia la exposición correcta de los elementos pediculares, complementada, de ser posible, con un control colangiográfico antes de resolver cualquier conducta terapéutica.

RÉSUMÉ

A propos de cinq observations de canaux hépato-cystiques, les auteurs font une

révision du problème posé par les canaux hépatobiliaires nommés "accessoires". On insiste sur le fait de ce que des tels canaux ne sont pas accessoires mais, tout au contraire, des canaux, quant à leur présence, normaux et quant à leur terminaison, des canaux anormaux, constituant ainsi la seule voie de drainage biliaire d'un secteur ou d'un segment, d'habitude du lobe droit du foie.

On analyse la tactique chirurgicale à suivre.

Dans deux des cinq cas présentés, on réalisa la ligature du canal, ce qui conduisit (comme complication post-opératoire), à un abcès sous-hépatique d'origine biliaire; dans deux autres, on effectua la cholécystectomie, en laissant le moignon du cystique dans lequel finissait le canal; dans la cinquième observation, il se produisit une blessure du canal laquelle fut suturée et calibrée avec un tube de Kehr.

L'évolution de ces malades, entraîne aux auteurs à affirmer qu'on doit actuer d'une façon conservatrice en face aux canaux anormaux de valible appréciable.

On considère d'une fondamentale importance la correcte exposition des éléments pédiculaires, complémentée (s'il est bien possible) avec un contrôle cholangiographique avant de résoudre une conduite thérapeutique quelconque.

SUMMARY

In conjunction with 5 cases of hepatocystic channels, a survey is carried out of the problem posed by the hepato-biliary channels called "accessory". It is pointed out that such channels are not "accessory", but normal, so far as their existence is concerned, and abnormal as regards their termination, constituting the only route of biliary drainage of a sector or segment, usually of the hepatic right lobe.

Surgical procedures are discussed.

In 2 of the 5 cases presented, channel ligation was performed, with a subhepatic abscess of biliary origin, as a postoperative complication. In other 2 cases, cholecystectomy was done, leaving the cystic stump wherein the channel ended. In the remaining case, a channel wound developed, which was sutured and calibrated with Kehr's tube.

The course of these patients warrants the contention that in cases of anomalous channels of an appreciable caliber, a conservative approach is in order.

Of primary importance is the correct exposure of the pedicular components supplemented, when feasible, by cholangiographic control, before deciding upon whatever therapeutic approach.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAASCH, J. W. and PREBLE, H. E. Unilateral Hepatic Obstruction. *Ann. Surg.*, 158: 17, 1963.
2. CATTELL, R. B. and BRAASCH, J. W. Repair of Benign Strictures of the Bile Duct Involving Both or Single Hepatic Ducts. *Surg. Gynec. Obst.*, 110: 55, 1960.
3. COUINAUD, C. Le Foie. Etudes Anatomiques et Chirurgicales. Masson, Paris, 1957.
4. FLINT, E. R. Abnormalities of the Right Hepatic, Cystic and Gastroduodenal Arteries and of the Bile Ducts. *Brit. J. Surg.*, 10: 509, 1922-23.
5. KOURIAS, B. Anomalies et variations des canaux biliaires extrahepatiques. Leur intérêt chirurgical. *Journ. Chir.*, 77: 393, 1959.
6. LICHTENSTEIN, M. E. and NICOSIA, A. J. The Clinical Significance of Accessory Hepato-Biliary Ducts. *Ann. Surg.*, 141: 120, 1955.
7. NORMAN, O. Studies on the Hepatic Ducts in Cholangiography. *Acta Radiologica*, Suppl. 84: 26, 1951.
8. OLIVIER, C. Chirurgie des Voies Biliaires Extra et Intra-Hépatiques. Masson, Paris, 1961.
9. POLIN, S. G., SPELLBERG, L. T. and OKUMURA, M. The Origin of Serum Alkaline Phosphatase Elevation in Hepatic Disease: an Experimental Study. *Gastroenterology*, 40: 688, 1961.
10. RABINOVITCH, J., RABINOVITCH, P. and ZISK, H. J. Rare anomalies of the Extrahepatic Bile Ducts. *Ann. Surg.*, 144: 93, 1956.
11. ROUX, M., DEBRAY, Ch., LE CANNUET, R. et LAUMONIER, R. Pathologie Chirurgicale des Voies Biliaires Extra-Hépatiques. Masson, Paris, 1961.
12. WAPSHAW, H. Repair of a Damaged Accessory Hepatic Duct by Anastomosis with the Cystic Duct. *Brit. Med. J.*, 1: 906, 1952.
13. WILLIAMS, C. and WILLIAMS, A. M. Abnormalities of the Bile Ducts. *Ann. Surg.*, 141: 598, 1955.

DISCUSION

Dra. D. Castiglioni: El trabajo es muy interesante y ha sido muy bien expuesto por los autores. No recuerdo, en la experiencia recogida en el Servicio del Prof. Del Campo, ninguna complicación postoperatoria que hubiera podido ser imputada a este tipo de complicación.

Pero quizás esto sea debido a una táctica que se sigue dentro del Servicio. Siempre que se puede, se termina la colecistectomía con un drenaje transcístico del colédoco. Después de instalado el drenaje, se instila suero, se trata de probar la permeabilidad y facilidad de pasaje al duodeno y una vez realizado este control, se expone bien el lecho vesicular y se inyecta un poco más de suero a presión. Eso, en varias ocasiones ha permitido visualizar la existencia de un canalículo importante que había pasado desapercibido en el momento de hacer la colecistectomía y por el cual sale el suero a presión y que se ha ligado guiándose precisamente por esta salida.

Probablemente se debe a esta táctica quirúrgica que no hemos tenido complicaciones importantes en el postoperatorio.

Dr. A. Valls: He tenido ocasión de operar vías biliares, cirugía de vesícula y ver grandes canales hepáticos accesorios, en el triángulo de las vías biliares. Por eso, es uno de los motivos por los cuales no hago infiltración de novocaína de entrada, para ver perfectamente bien la anatomía de esa región. Hace poco tuve ocasión de operar una enferma en el Sindicato Médico que tenía un cístico que desembocaba en un canal hepático aberrante. Lo pude ver perfectamente bien lo disequé y lo pude reparar a través del cístico hasta la zona del canal hepático aberrante. Hice la apertura del cístico, la sutura, y después la extirpación. Como era un cístico muy fino, no lo pude cateterizar y solamente pude tener el control anatómico.

Es decir, que hay que tratar siempre de no proceder a hacer infiltraciones como se hace muy a menudo de entrada, del mesocístico, para hacer la colecistectomía. Prefiere ver primero la anatomía para hacer luego la infiltración de novocaína cuando uno va a hacer el despegamiento de la vesícula.

Dr. Bolívar Delgado: Quiero agradecer, en primer término, a los consocios que han comentado nuestro trabajo.

En lo que se refiere a lo expresado por la Dra. Castiglioni, debemos decir que estamos en total desacuerdo. Los canales biliares a los cuales hemos hecho referencia, son canales segmentarios o sectoriales y drenan sectores o segmentos de parénquima independientes. No es posible, por lo tanto, desgravitarlos drenando el árbol biliar principal (con el cual no comunican) ni su sección inadvertida puede ponerse de manifiesto inyectando suero por el colédoco.