

## **Lóbulos hepáticos accesorios**

### **A propósito de tres observaciones**

Dres. FRANCISCO A. CRESTANELLO,  
CARLOS GOMEZ FOSSATI y BOLIVAR DELGADO PEREIRA \*

Las anomalías morfológicas hepáticas son muy poco frecuentes y los lóbulos hepáticos accesorios excepcionales, por lo que su hallazgo es habitualmente publicado (3).

Hemos observado tres de ellos; creemos de interés su comunicación y breves comentarios sobre algunos aspectos de los mismos.

#### **OBSERVACIONES**

Caso 1.—B. M. P. Reg. Hospital de Clínicas 308.515. Varón de 37 años con historia de sufrimiento biliar que consulta en Servicio de Emergencia por un cuadro agudo de abdomen de 48 horas de evolución con los caracteres clínicos, humorales y radiológicos típicos de una colecistitis aguda. Se interviene de urgencia.

*Operación* (19-VII-70). Colecistitis aguda litíasea con lesiones parietales de tipo flemonoso en vesícula malformada con gran bacinete acodado unido al genu superius de duodeno por adherencias de aspecto congénito.

Sobre la cara anterointerna del cuerpo vesicular se observa un nódulo ovoideo a eje mayor transversal de  $10 \times 6 \times 3$  mm., bien encapsulado y con aspecto de parénquima hepático.

Un corto meso lo une a la vesícula; por él recibe ramas de los vasos císticos; éstos describen una amplia curva de cuya convexidad inferior nacen ramas para la serosa de la primera porción duodenal.

Un pedículo biliar une este nódulo con la cara inferior del hígado (lóbulo cuadrado) que queda a 1 cm. de distancia.

Cístico corto y grueso; colédoco normal. No se comprueban otras malformaciones hepato-biliares asociadas.

Colecistectomía y drenaje transcístico del colédoco.

Postoperatorio y colangiografía normales.

*Estudio histopatológico* (Br. L. M. Falconi). El nódulo yuxtavesicular está constituido por un conglomerado de lobulillos hepáticos de configuración normal, con moderada infiltración inflamatoria de los espacios porta, englobados por una cápsula conjuntiva recubierta de peritoneo. El meso que lo une a la vesícula posee algunos vasos, tejido conjuntivo, pero en ninguno de los cortes examinados se identifican canales biliares, que comuniquen con la luz vesicular.

Caso 2.—M. L. Clínica Quirúrgica Prof. Cendán. Reg. 19462. Mujer de 37 años con larga historia de cólicos biliares. Colecistograma con litiasis múltiple a cálculos medianos.

*Operación* (9-X-70). Vesícula de paredes sanas con litiasis vesicular múltiple a cálculos medianos. Cístico fino. Colédoco normal.

En la cara anterointerna del cuerpo vesicular, muy cerca del borde anterior del hígado, se observa un nódulo fusiforme de 1 cm. de longitud por 4 mm. de diámetro transversal, independiente del hígado y con aspecto de parénquima hepático. Está vinculado a la vesícula por un meso corto que contiene vasos císticos, y a la cara inferior del lóbulo cuadrado que dista unos 6 mm. por un pedículo biliar.

Colecistectomía. Postoperatorio sin incidencias.

*Estudio histopatológico*. El lóbulo de la pared vesicular está formado por tejido hepático de aspecto normal.

Caso 3.—Mujer de 50 años, paciente mutual. Sufrimiento biliar típico y colecistograma con imágenes de litiasis.

*Operación* (VI-69). Litiasis vesicular a cálculos grandes. Cístico fino. Hígado normal.

La exploración del pedículo hepático muestra en la cara anterior del mismo, por encima del abocamiento del cístico, un nódulo hemisférico de 2 cm. de diámetro con aspecto de parénquima hepático. Su cara posterior plana

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1970.

\* Adjuntos de Clínica Quirúrgica; Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

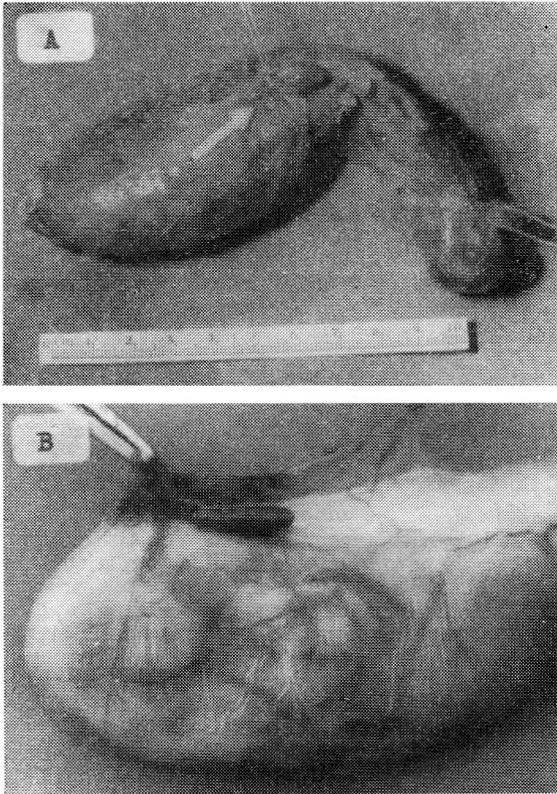


FIG. 1.— A. Fotografía de la pieza del caso 1. Lóbulo hepático yuxtavesicular. B. Fotografía de la pieza del caso 2. Lóbulo hepático yuxtavesicular más pequeño que el anterior.

apoya sobre el pedículo hepático; no adhiere a él, pero presenta la impresión del canal hepático común. Se continúa hacia arriba por un pedículo vascular y biliar renvuelto en una hoja celulosa independiente de la hoja anterior del epiplón menor, que se introduce en el surco transversal del hígado. Se liga este pedículo y se extirpa fácilmente el nódulo.

Colecistectomía. Postoperatorio normal.

*Estudio histopatológico.* El nódulo extirpado de la cara anterior del pedículo hepático está constituido por lobulillos hepáticos normales.

**COMENTARIOS**

Se han observado lóbulos hepáticos accesorios a nivel de:

- pared vesicular;
- epiplón menor;
- ligamento suspensor (17);
- epiplón mayor (4);
- páncreas (6);

- bazo (11);
- suprarrenal (5);
- ombligo (16);
- tórax (14).

La más frecuente de todas estas localizaciones es sin duda la pared vesicular, donde el tamaño de los lóbulos hallados varía desde microscópico intraparietal reconocible histológicamente (12) hasta varios centímetros de diámetro (8). En esta ubicación debe distinguirse del tejido hepático frecuentemente extirpado junto con la vesícula en colecistitis crónicas esclerosas o escleroatróficas, que está por fuera de la pared vesicular, carece de límites regulares y de cápsula o recubrimiento peritoneal (12).

Hemos efectuado una extensa y creemos que bastante completa revisión bibliográfica sobre lóbulos hepáticos accesorios yuxtavesiculares, complementaria de la de Cullen (5), encontrando solamente doce casos que enumeramos a continuación:

Ribert (1919)	1 caso (1)
Walzel (1925)	1 caso (18)
Cullen (1925)	1 caso (5)
Fraser (1952) . . . . .	1 caso (8)
Klein (1955) . . . . .	1 caso (13)
Bassis (1956) . . . . .	4 casos (3)
Kauffman (1963)	1 caso (12)
Horanyi (1963)	1 caso (12)
Ashby (1969) . . . . .	1 caso (2)

Nuestras observaciones 1 y 2 serían pues las número 13 y 14.

Algunos autores creen sin embargo que estos lóbulos yuxtavesiculares son más frecuentes de lo que se cree, pero que su hallazgo es accidental (3).

Por su parte Horanyi en una revisión de 4.000 piezas de colecistectomía no halló ninguno (12).

Respecto a los lóbulos hepáticos accesorios ubicados en el epiplón menor, en nuestra revisión bibliográfica sólo encontramos referencias de uno (5).

Clínicamente los lóbulos hepáticos accesorios son en general asintomáticos; sin embargo pueden adquirir significado clínico en tres circunstancias:

a) Por su tamaño, ya que si son muy grandes pueden palpase. Fraser (8) re-

porta un ejemplo de 12 cm. de diámetro percibible como una tumoración subhepática móvil.

b) Cuando su pedículo es capaz de torcerse, determinando cuadros agudos de abdomen (2, 5).

c) Más raramente los yuxtavesiculares pueden imprimir imágenes negativas en la silueta colecistográfica, planteando problemas diagnósticos que generalmente sólo se dilucidan con la laparotomía (9).

Mucho interés encierran las hipótesis emitidas para explicar el origen de estos lóbulos accesorios. Fundamentalmente son tres:

a) La más convincente es la que postula que la mayoría de ellos derivan de una insuficiente atrofia de la pars hepática subvesicular. Sabido es que normalmente en una etapa del desarrollo la pars cística está alojada en el espesor de la pars hepática, superficializándose posteriormente la vesícula por atrofia y regresión de la pars hepática subvesicular (12, 15).

Este mismo mecanismo permite explicar la existencia de lengüetas de parénquima hepático subvesiculares y los canales de Luschka (12, 15).

b) Para otros estos lóbulos se originarían de brotes de la pars cística originados tardíamente en el proceso de desarrollo, cuyo mayor o menor crecimiento y las relaciones variables contraídas con la pared vesicular y el parénquima hepático, determinarían esquemáticamente la aparición de:

—Los senos de Rokitansky-Aschoff (2). Muchos creen sin embargo que éstos son adquiridos (15).

—Lóbulos hepáticos accesorios con canales biliares desembocando en la luz vesicular (2). No es el caso de ninguna de nuestras observaciones, que para explicarlas por este mecanismo habría que admitir su origen en ramificaciones tardías de la pars hepática, ya que sus pedículos biliares terminaban en el hígado.

—Canales biliares hepatovesiculares o hepatocísticos no comunicantes con la vía biliar intrahepática (2). Para ellos se cree más probable otro origen (7).

c) Desplazamiento de células hepáticas que se ubican en zonas anormales y se

desarrollan allí (2). Explicaría las raras observaciones de lóbulos hepáticos accesorios alejados del hígado y sin comunicaciones demostrables con la vía biliar o el tubo digestivo (2).

Este desplazamiento podría ser embrionario o producirse más tardíamente por diversas causas, sobre todo traumáticas, constituyendo en este último caso verdaderas "hepatosis" por analogía a las "esplenosis". Existen razones para pensar que este desplazamiento es embrionario (11).

## RESUMEN

Se presentan tres observaciones de lóbulos hepáticos accesorios: dos yuxtavesiculares y uno del epiplón menor.

Se efectúa una revisión bibliográfica de casos semejantes y se señala su significación clínica y su probable origen.

## RÉSUMÉ

Présentation de trois observations de lobes hépatiques accessoires: deux juxtavesiculaires et un du petit épiploon.

Etude bibliographique de cas semblables, de leur signification clinique et de leur origine probable.

## SUMMARY

The authors describe three cases of accessory hepatic lobes: two of them juxtavesicular and one in the lesser omentum.

Bibliography is revised for similar cases and their clinical significance and probable origin is discussed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ASCHOFF, L. *Pathologische anatomie*. Fischer, Jena, 1919. Tomo IV, pág. 954.
2. ASHBY, E. Accessory liver lobe attached to the gall-bladder. *Brit. J. Surg.*, 56: 311, 1969.
3. BASSIS, M. Ectopic liver. Its occurrence in the gall-bladder. *Arch. Surg.*, 73: 204, 1956.
4. BRUHL, R. *Zbl. allg. Path.*, 37: 245, 1926. [Citado en (12).]

5. CULLEN, T. Accessory lobes of the liver. *Arch. Surg.*, 11: 718, 1925.
6. DAVIES, J. An accessory liver in an african. *Brit. Med. J.*, 2: 736, 1946.
7. DELGADO, B. Los canales hepatobiliares llamados "accesorios". Su significación e importancia quirúrgica. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 163, 1966.
8. FRASER, Ch. Accessory lobes of the liver. *Ann. Surg.*, 135: 127, 1952.
9. FISCHER, M. Hepar lobatum and other less exotic causes of gall-bladder deformity. *Radio-logy*, 91: 308, 1968.
10. HALPERT, B. Morphological studies on the gall-bladder: the true Luschka ducts and the Rokitsansky-Aschoff sinuses of the human gall-bladder. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 41: 77, 1927.
11. HEID, G. Hepatic heterotopy in the splenic capsule. *Arch. Path.*, 46: 377, 1948.
12. HORANYI, J. Nebenleber in der gallenblasen-wald. *Zbl. Chir.*, 88: 768, 1963.
13. KLEIN, Fr. *Zbl. allg. Path.*, 93: 466, 1955. [Citado en (12).]
14. LE ROUX, B. Heterotopic intrathoracic liver. *Thorax*, 16: 68, 1961.
15. MISSEN, A. Aberrations of the biliary passages on the surface of the liver and gall-bladder and in the gall-bladder wall. *Brit. J. Surg.*, 56: 427, 1969.
16. NORA, E. Umbilical accessory liver. *Amer. J. Obst. and Gynec.*, 52: 330, 1946.
17. TAROZZI, G. Osservazioni e ricerche sopra le incisioni epatiche nel ligamento triangolare sinistro del fegate. *Arch. di Biol.*, 58: 499, 1904.
18. WALZEL, P. Zur anatomie der Sogenamten Nebenleber. *Arch. Klin. Chir.*, 135: 138, 1935.