

Dificultades técnicas por conducto hepático largo en cirugía biliar

Dres. Alberto Beguiristain, Omar C. Rompani y Raúl Praderi

La desembocadura muy baja del conducto cístico en la vía biliar principal no tiene significación patológica, pero puede plantear dificultades operatorias, en enfermos con afecciones biliares de indicación quirúrgica.

En ellos el colédoco es corto y el hepático es largo. Como el colédoco corto también se puede deber a su desembocadura en la primera porción duodenal, preferimos llamar a la primera posibilidad solamente hepático largo.

Se relatan las dificultades surgidas en cuatro pacientes operados con esa disposición anatómica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Biliary Tract / Surgery.

INTRODUCCION

Existen variadas anomalías de la vía biliar extrahepática. Por ejemplo la vía biliar principal puede desembocar en cualquier porción del duodeno. Su terminación, ya sea congénita o adquirida por procesos inflamatorios crónicos (úlceras duodenales) es denominada colédoco corto (4).

El colédoco corto congénito se caracteriza por no presentar esfínter en su desembocadura duodenal. Por esa razón en estos enfermos se produce reflujo digestivo - biliar líquido y gaseoso, expresado este último por aerobilia (fig. 1) (7).

Por eso denominaremos conducto hepático largo a la disposición anatómica en la cual congénitamente el conducto cístico desemboca próximo a la papila (fig. 1).

Estas dos disposiciones coinciden en la brevedad coledociana, pero se comportan de diferente manera cuando se agregan a una litiasis o un cáncer biliar.

El objeto de esta comunicación es presentar cuatro casos clínicos de hepático largo que determinaron problemas diagnósticos y técnicos en el acto quirúrgico.

MATERIAL

Obs. 1.— En 1965 operamos a una enferma de 62 años, portadora de un hígado bilobulado y de una hemobi-

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Médico Auxiliar, Asistente y Profesor de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Cerro Largo 1257, Apto. 2. Montevideo (Dr. A. Beguiristain).

Clinica Quirúrgica "5" (Prof. R. Praderi), Hospital Maciel. Montevideo.

lia neoplásica por sangrado de un cáncer de vesícula, que provocó una ictericia obstructiva.

No tenía prácticamente colédoco, la vesícula vertical paralela al hepático, se reunía con éste en la papila. Como el tumor del fondo vesicular estaba perforado en el hepático, existía en realidad una vía biliar doble. Esta observación fue publicada (5).

Obs. 2.— Enferma de 60 años intervenida en el Interior por peritonitis biliar, con litiasis vesicular y coledociana. Se realizó colecistectomía parcial y drenaje de la vía biliar accesoria. En el postoperatorio se complica y es enviada a uno de nosotros (R.P.).

Reintervenida, se encuentra una peritonitis biliar en cavidad libre. Se completa la colecistectomía extrayendo numerosos cálculos del cístico que desemboca próximo a la papila. Se coloca tubo de Kehr en el muñón cístico por estar este conducto más dilatado, se inyecta suero por el mismo, comprobándose la existencia de un orificio a nivel del conducto hepático alto.

Este fue probablemente el origen de la peritonitis biliar postoperatoria. Se deja allí un drenaje de alternativa (6) además de un cigarrillo. La colangiografía muestra buen pasaje duodenal, sin imágenes patológicas.

Aunque se habían resuelto los problemas quirúrgicos, fallece a los 11 días por una bronconeumopatía grave.

Obs. 3.— En 1966 uno de nosotros (R.P.) operó a un enfermo de 54 años, sin antecedentes patológicos a destacar, portador de ictericia obstructiva fría y signo de Bard y Pic. En el acto quirúrgico se comprueba

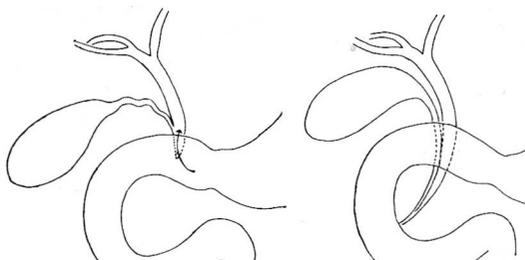


FIG. 1.— A la izquierda se muestra un colédoco corto desembocando en primera porción de duodeno. Se señala la posibilidad de reflujo duodeno - biliar por no tener esfínter. A la derecha la disposición anatómica a que nos referimos en el presente trabajo. En ella el hepático siempre es largo porque la desembocadura del cístico es baja, éste se dispone generalmente en caño de escopeta.

neoplasma de papila y vesícula dilatada alitiásica. Era portador de una importante cardiopatía orgánica. Por eso se realiza colecistectomía y papilectomía transduodenal, reimplantando la vía biliar y el Wirsung al duodeno. Se cateteriza la vía biliar a través del cístico hasta el duodeno y simultáneamente el Wirsung (fig. 2).

Por razones circunstanciales no se pudo realizar colangiografía intraoperatoria, por esc fue ignorada la disposición anatómica del cístico que desemboca próximo a la papila.

Se dejó el drenaje durante varios días, retirándolo después. El paciente reinstaló la ictericia y debió ser intervenido nuevamente, comprobándose un conducto hepático largo, inadvertido, estenosado a nivel de la anastomosis bilio - digestiva.

Se decide hacer una derivación bilio - digestiva más alta (hepático - yeyunostomía). Se abre el cístico longitudinalmente y luego su pared común con el hepático suturando ésta con el yeyuno y posteriormente la pared cística al yeyuno. Se coloca tubo en sedal transhepático atravesando la anastomosis y sacándolo al exterior (fig. 3).

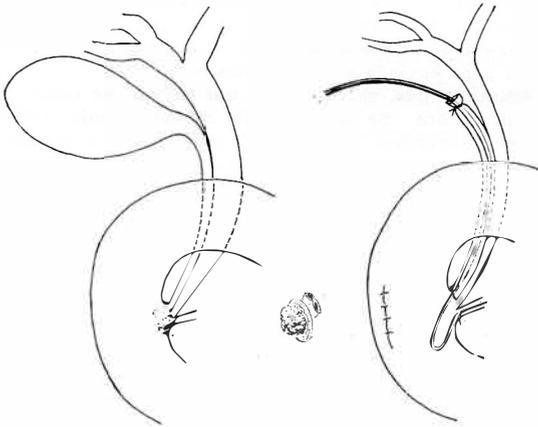


FIG. 2.—Caso 3. Se aprecia la disposición anatómica del cístico, la pieza resecada y la colocación del drenaje del Wirsung a través del cístico.

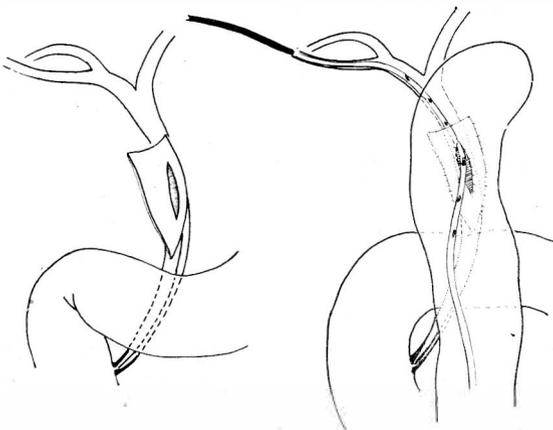


FIG. 3.—Caso 3. En la reintervención se abrió longitudinalmente el cístico y a través de él el hepático, confeccionando una hepático - yeyunostomía calibrada con un tubo transhepático.

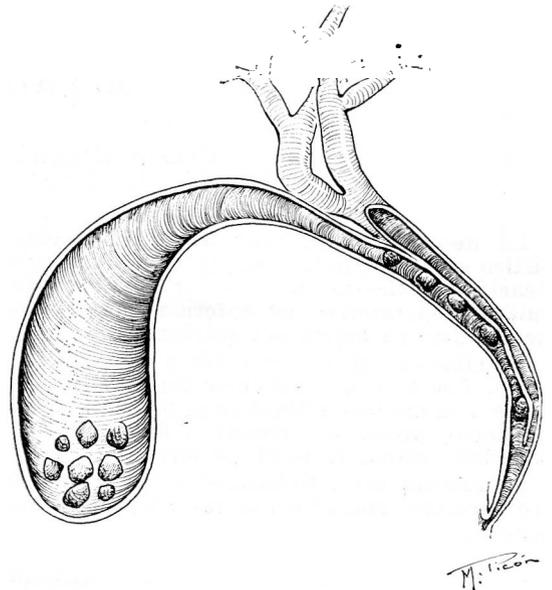


FIG. 4.—Caso 4. Situación anatómica de la Vía Biliar, se ven los cálculos en el cístico.

El paciente mejora rápidamente. Sobrevivió cinco años, falleciendo de un infarto de miocardio.

Obs. 4.—Enfermo de 66 años, sin antecedentes patológicos a destacar, comienza diez días antes con ictericia obstructiva, sin elementos toxiinfecciosos, coluria y acolia.

En la intervención realizada hace un año por nosotros (R.P. y A.B.) se comprueba una vesícula litiásica. Se realiza colecistectomía y colangiografía transcística la que muestra buen pasaje al duodeno pero sin visualizarse la vía biliar intrahepática. Se clampea la vía biliar principal supraduodenal y en una nueva colangiografía no se visualiza el conducto hepático, ni tampoco pasaje duodenal.

Al disecar el pedículo hepático se comprueba que el cístico desembocaba muy bajo, en las proximidades de la papila y era por lo tanto incluido en el clampeo. En el cístico había varios cálculos que se extraen (fig. 4). El hepático sin cálculos fue explorado. Tenía solamente cinco milímetros de diámetro. Se dejó drenaje transcístico.

La colangiografía postoperatoria ilustra esta disposición (fig. 5). Fue dado de alta diez días después de la intervención.

COMENTARIO

Queremos destacar que esta variación se caracteriza desde el punto de vista anatómico por presentar un conducto cístico largo que desemboca próximo a la papila y casi siempre en caso de escopeta.

En nuestros cuatro enfermos la pared era un septum único que dividía ambos conductos, por lo cual no se pudo en ningún caso disecar el cístico hasta abajo. Tampoco en ninguno de los tres pacientes litiásicos había cálculos en el hepático, el cual fue siempre fino, de menos de cinco milímetros de diámetro.

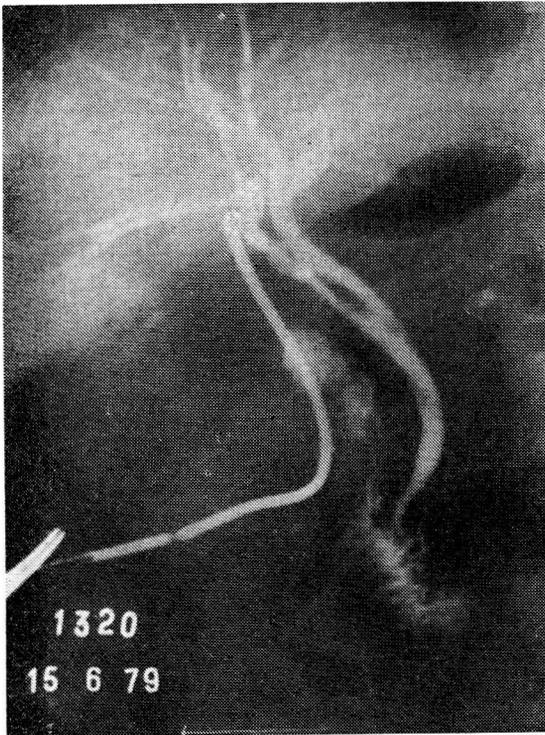


FIG. 5.—Colangiografía postoperatoria del caso 4. El tubo se superpone al hepático derecho, pero éste confluye normalmente con el hepático izquierdo. Se aprecia la longitud del cístico.

DISCUSION

Creemos útil señalar esta disposición anatómica, pues además de estos cuatro casos, hemos conocido observaciones similares, operadas por otros cirujanos a los que se les presentaron dificultades operatorias.

Los problemas que plantea esta situación anatómica, casi siempre se resuelven con una buena colangiografía operatoria. En los tres primeros casos nuestros, no se había realizado en la primera operación, por eso pasó desapercibida la configuración del árbol biliar.

En el cuarto caso la permeabilidad y ausencia de contracción papilar en el momento de la colangiografía, impidieron ver el hepático, el cual tampoco se pudo rellenar con clampeo. Conociendo esta posibilidad anatómica, la buscamos y fue constatada.

Si bien en la literatura anatómica (2, 4, 7) se ha señalado, existen pocas referencias (3, 8) a los problemas tácticos que plantea en Cirugía biliar y la manera de resolverlos.

CONCLUSIONES

En esta situación anatómica los problemas se presentan cuando hay una litiasis biliar. El caso de cáncer papilar se resolvería fácilmente con una derivación alta como al final se hizo en el caso 3 o con una duodenopancreatectomía.

Las conclusiones prácticas que se deducen de estas cuatro observaciones son, además de la colangiografía operatoria, la no apertura del conducto hepático y el emplazamiento de los drenajes en el cístico, como se hizo en los casos 2 y 4.

La papilotomía ideal o asociada a un drenaje transcístico sería la solución en caso de cálculo papilar enclavado.

RESUME

Difficultés techniques par canal hépatique long en chirurgie biliaire

L'embouchure du canal cystique placée très bas dans la voie biliaire principale n'a pas de signification pathologique, mais elle peut poser des difficultés opératoires, dans les malades avec des affections biliaires d'indication chirurgicale.

Dans ces cas le cholédoque est court et l'hépatique est long. Etant donné que le cholédoque court peut être dû à son embouchure dans la première portion du duodénum, nous préférons appeler cette autre possibilité seulement hépatique long.

On rapporte les difficultés surgies chez quatre patients opérés, avec cette disposition anatomique.

SUMMARY

Technical Difficulties in Biliary Surgery Arising From Overlong Hepatic Duct

When the confluence of cystic duct and the common bile duct is exceedingly low, pathological significance is nil but it may, however, be the cause of significant operatory difficulties in patients with biliary disease requiring surgery.

In such patients the common bile duct is short and the hepatic duct is long. As the shortness of the choledochus may also be due to its ending in the first duodenal portion, we have named the first condition "overlong hepatic duct".

The paper contains a review of the difficulties met in four patients operated with this anatomical variation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEGUIRISTAIN A, PIGNATA D, POMI J, ESTEFAN A. Estudio colangiográfico de la topografía de la papila de Vater. *Cir Uruguay*, 49: 502, 1979.
2. BOYDEN E. The problem of the double ductus choledochus. *Anat Rec*, 5:5 71, 1933.
3. FLINT E. Abnormalities in Anatomy of Bile Tract. *Br J Surg*, 10: 509, 1922.
4. GUIVARC'H M et BONHAMIDA F. Le cholédoque court ou à implantation haute. *J Chir*, 112: 237, 1976.
5. PRADERI R, ZERBINO V, CARITAT R y GRAVINA G. Ictericia por hemobilia neoplásica en un hígado bilobulado. *Rev Cir Uruguay*, 35: 169, 1965.
6. ROMPANI O, ESTEFAN A, PRADERI R. Drenajes biliares de alternativa. *Cir Uruguay*, 49: 458, 1979.
7. SKANDALAKIS J, GRAY S. Embryology for Surgeons. Philadelphia. Saunders, 1972.
8. VAZQUEZ QUINTANA E, LABAT R. Ectopic Drainage of Common Bile duct. *Ann Surg*, 180: 119, 1974.