

DUCTOS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS ACCESSÓRIOS

Observações e comentários

PROF. RODRIGO B. ARGOLLO FERRÃO
e Docente AUDEMARO GUIMARÃES

Publicamos, em 1939, um trabalho sôbre "FISTULAS BILIARES CIRÚRGICAS". Naquela época os cirurgiões já se preocupavam com os ferimentos operatórios dos ductos biliares extra-hepáticos, causadores de duas das mais sérias complicações da colecistectomia: o coleperitoneo e a fistula biliar permanente.

Com o evolver da técnica operatória da colecistectomia os ferimentos dos ductos biliares extra-hepáticos não decresceram como era de se esperar e, em muitos países, êles continuam a ser relatados na bibliografia, juntamente com numerosos processos de reparação cirúrgica, todos cheios de inconvenientes e de fracassos.

É que as operações na colelitíase ainda continuam a ser difíceis, a exigirem dos cirurgiões conhecimentos seguros de anatomia, de fisiologia e de patologia, sem os quais a segurança necessária, para êste ramo da operatória, não é atingida.

Na realização de uma colecistectomia o cirurgião deverá estar sempre alerta, pois trabalha em campo operatório de pequenas dimensões, rico de estruturas vitais, que lesadas serão difficilmente reparadas.

Os notáveis avanços da cirurgia em outros sectores da economia, tais como no coração, pulmão, intestinos, etc., occuparam de tal forma a atenção dos clínicos e cirurgiões que certos problemas fundamentais, embora sem solução, concernente a processos cirurgicos menos espetaculares, teem sido, por assim dizer, colocados em segundo plano.

Na cirurgia da litíase biliar, ainda restam muitos pontos em discussão e, por isto, necessitando de esclarecimentos que possam afastar as incertezas e indecisões que assaltam, por vezes, os que tratam deste tema.

WILLIAM F. REINHOFF JUNIOR, em editorial publicado em 1950, aponta as falhas desta cirurgia na America do Norte, realizando uma crítica severa do que ainda vem acontecendo, em materia de complicações operatórias, nesta cirurgia considerada como fácil e sem dificuldades. Para êle os ferimentos das vias biliares relatados, em grande número, na bibliografia daquele país, demonstram que a formação e vigilância de algumas cirurgições estão muito longe do que seria de desejar.

Semelhante advertência ainda encontra cabimento em nosso meio, pois a maioria dos nossos médicos e cirurgiões consideram a operação para cura dos calculos vesiculares como facil, de simples execução e de riscos mínimos.

As observações que vamos estudar são de interesse na cirurgia da vesícula biliar, pois focalizam tema que nem sempre está na lembrança dos que se atrevem a agir sobre os elementos do pedículo hepático.

REINHOFF JUNIOR diz o seguinte a êste respeito: "não basta que o cirurgião tenha presente na memória as anomalias dos conductos extra-hepáticos, mas, também, a possível existência de ductos biliares extra-hepáticos acessórios que são encontrados em 15% dos pacientes. Tais conductos podem variar de comprimento e dimensões e a secção deles, inadvertidamente, redundam no extravazamento de bilis que, com certa frequência, ocorre após a colecistectomia, fazendo com que a maioria dos cirurgiões nunca feche o abdome sem drenagem".

O assunto é assim digno de atenção e daí o interesse em abordá-lo no presente trabalho.

Para esta justificação, fazemos nossas as palavras daquele cirurgião americano: "embora a fidelidade invariável às nossas idéias possua as suas virtudes, no tratamento cirúrgico das afecções do trato biliar deverá se ter a capacidade de mudar de opinião, procurando aprender pela experiência que não pode ser substituída por coisa alguma".

Entre as causas que podem dar lugar a uma fistula biliar permanente ou a um coleperitoneo após a colecistectomia temos as seguintes: a) **lesão do leito vesicular com abertura de canalículos biliares;** b) **ferimento de canais biliares extra-hepáticos normais ou apresentando variações e anomalias;** c) **afrouxamento da ligadura do côto cístico;** d) **lesões de canais biliares acessórios.**

A deiscencia da ligadura do côto do canal cístico e as feridas dos conductos biliares extra-hepáticos, normais ou não, tem sido muito bem estudadas e numerosas manobras, tanto técnicas como táticas, são aconselhadas com a finalidade de evitá-las.

O mesmo não se poderá afirmar, tão categoricamente, a respeito dos canalículos biliares que unem o fígado à vesícula cu daqueles denominados de canais extra-hepáticos acessórios.

Tais canais, apresentando disposições variadas, tem sido discutidos e apontados, tanto em trabalhos anatômicos como clínicos mas, em verdade, o seu estudo se ressentiu de sistematização e divulgação, a fim de que os cirurgiões possam compreender a importância do tema.

Nas disseções anatômicas levadas a efeito por nós, tivemos a oportunidade de encontrar três observações de canais biliares acessórios apresentando disposição merecedora de apreço. Elas vão, em seguida, descritas, sendo a 1^a. colhida nos trabalhos anatômicos da cadeira de **TECNICA OPERATORIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL** e as 2^a. e 3^a. nas disseções realizadas na cadeira de **ANATOMIA HUMANA** pelo professor adjunto Audemaro Guimarães.

Na observação 1 cujo o esquema vai acima, as vias biliares principais se apresentavam com disposição normal. Estavam formadas por dois canais hepáticos, direito e esquerdo, que se fundindo, davam o canal hepático comum (**confluência biliar superior**).

Este, depois de certo trajeto, recebia na sua borda direita a confluência de dois canais. Um, era o canal cístico, o outro, um canal hepático acessório. Depois de receber estes dois canais, dispostos daquela maneira, o hepático comum se continua-

va em canal coledoco. A confluência biliar inferior era assim formada pelo desembocamento, na via biliar principal, dos dois canais acima referidos. O canal hepático acessório nascia do lóbulo direito do fígado, para traz do leito vesicular, se dirigia de cima para baixo, da direita para a esquerda e, obliquamente, de fora para dentro. Era longo, calibroso, e depois de se unir ao cístico, formando uma confluência terminal, desembocava, juntamente com êste último, na via biliar principal, em ponto onde, normalmente, deveria desaguar somente o canal cístico.

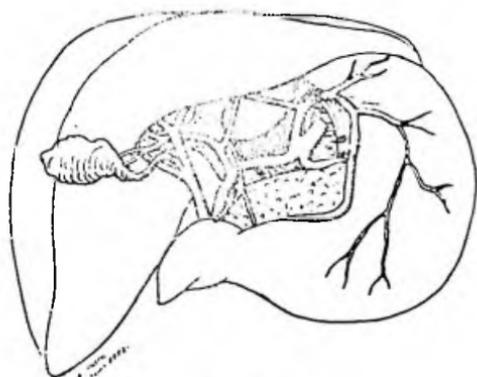


FIG. 1

O referido canal hepático acessório se situava dorsalmente em relação à vesicula biliar, ao cístico e à artéria cística. Possua direção mais ou menos paralela aos ramos direitos da artéria hepática e veia porta, estando situado caudalmente a êstes vasos. O canal cístico, na sua terminação, cruzava-o ventralmente e o seu desembocamento representava a bissetriz do ângulo de confluência do hepático acessório com o hepático comum.

O triângulo de BUDDE estava representado pela face inferior do fígado, pelo canal hepático direito continuado pelo hepático comum e pelo referido canal acessório.

Semelhantes disposição anatômica representa, sem duvida, grande interêsse na colecistectomia e veremos que ela se enquadra, em tipos de canal acessório já descritos por diversos pesquisadores.

Na observação II as vias biliares principais se apresentavam com disposição normal. Estavam formadas por dois canais hepáticos, direito e esquerdo, que, se fundindo, davam o canal hepático comum (confluência biliar superior). Este, depois de certo trajeto, recebia na sua face direita o ducto cístico. Depois deste desaguamento do cístico, o hepático comum se continuava em canal coledoco.

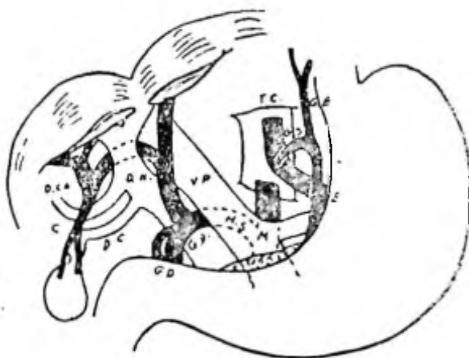


FIG. 2

O canal hepático acessório desta observação provinha do lóbulo direito do fígado, nascendo por detraz do leito vesicular. Deste ponto, dirigia-se, a princípio, para baixo e para a esquerda e, depois de curto trajeto, tomava direção horizontal, descrevendo uma curva de concavidade superior e indo se terminar na face direita do ducto hepático comum. O referido canal era de calibre regular, se situava dorsalmente à artéria cística, cruzando-a no ponto em que mudava da orientação oblíqua para a horizontal. Deste ponto, do cruzamento da artéria cística em diante, a sua porção horizontal apresentava trajeto, mais ou menos, paralelo à artéria hepática direita, estando situado caudalmente a este vaso.

Na observação III as vias biliares principais apresentavam disposição normal.

Os canais hepáticos, direito e esquerdo, se fundiam dando o hepático comum e este, depois de receber o canal cístico se continuava em coledoco.

O canal hepático acessório desta observação, nascia do lóbulo direito do fígado para traz do leito vesicular, e apresentava, a princípio, um trajeto horizontal para a esquerda, tomando, em seguida, direção oblíqua ascendente, indo desembocar do ducto hepático direito, em ponto situado imediatamente acima da confluência deste canal com o esquerdo. A porção horizontal do ducto hepático acessório cruzava, para traz, a artéria cística e a sua porção oblíqua ascendente cruzava, para diante, o ramo direito da artéria hepática.

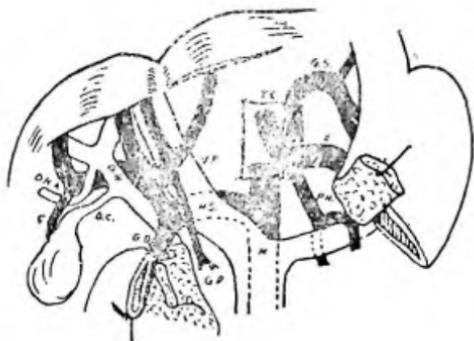


FIG. 3

Há muito tempo que se conhece da existência de comunicações biliares entre o fígado e a vesícula biliar e entre aquela glândula e as vias biliares principais.

Tais comunicações anômalas passaram a merecer especial atenção depois que se reconheceu que nem todos os casos de coleperitoneo pós-operatório tinham a sua causa ligada a ferimentos dos canais biliares principais extra-hepáticos ou ao afrouxamento da ligadura do côto do canal cístico.

Tais comunicações foram identificadas anatômicamente, na maioria das vezes, por vários autores, como complemento de estudos outros levados a efeito no pedículo hepático.

Da mesma forma vários cirurgiões assinalaram a presença de tais canais seja no curso de operações levadas a efeito nas vias biliares, seja nas reoperações de pacientes portadores de coleperitoneo ou fístula biliar, aparecidas após colecistectomia.

As autópsias também revelaram a presença de tais canais.

Abordando esta questão é mister fazer, de início, uma conceituação dos canais que unem o fígado à vesícula biliar e daqueles que unem a glândula hepática às vias biliares principais.

Adotaremos a conceituação de SYLVIO ALVES DE BARROS que publicou ótimo trabalho sobre canais biliares acessórios extra-hepaticose cuja pesquisa marca um grande passo, em nosso meio, no referente a tema tão importante.

Segundo aquêle autor os ductos que unem o fígado à vesícula biliar ou ao ducto cístico, porção valvular, derivam de esbôços orgânicos de natureza secretória, que não sofreram involução completa. Êstes canais, segundo as suas pesquisas, emergem da face inferior do figado (lóbulo direito), seja do leito vesicular, seja da zona circunvizinha. A terminação se efetua na vesícula biliar ou na porção valvular do ducto cístico. Localizam-se, de preferência, no triângulo das vias biliares, apresentando relações variáveis com as estruturas da região. (canais hepato-císticos).

Como canais hepáticos acessórios o autor paulista diz serem adicionais, responsáveis por um dos tipos de variação do confluyente biliar superior, frequentemente relacionados ao ramo direito do ducto hepático, originados na rede biliar intra-hepática e terminando em altura variáveis do ducto hepato-coledoco ou na porção lisa do ducto cístico. Embriologicamente, para êle, os canais hepáticos acessórios teem desenvolvimento idêntico ao das vias biliares normais, que derivam do esbôço hepático; portanto teem origem diversas das dos canais hepato-císticos. Em razão da sua ontogênese o canal hepático acessório drena território hepático de área maior do que aquela relacionada a um canal hepato-cístico.

Adotando tal diferenciação classificamos os nossos achados anatômicos como de canais hepáticos acessórios, pois, todos êles, nascendo do lóbulo direito do fígado, veem se lançar ou na porção lisa do cístico ou nos elementos constituintes das vias biliares principais extra-hepáticas.

Numerosos trabalhos tem estudado estes canais hepáticos acessórios, tanto do ponto de vista da sua descrição e frequência, como da sua sistematização.

DESCOMPS, em trabalho sôbre "Recherches d'anatomie chirurgicale sur les arteres d l'abdom: le tronc coeliaque", aborda a questão destes canais biliares acessórios. Baseado em 50 observações, o referido autor procurou classificar os canais biliares suplementares encontrados no curso das suas disseções.

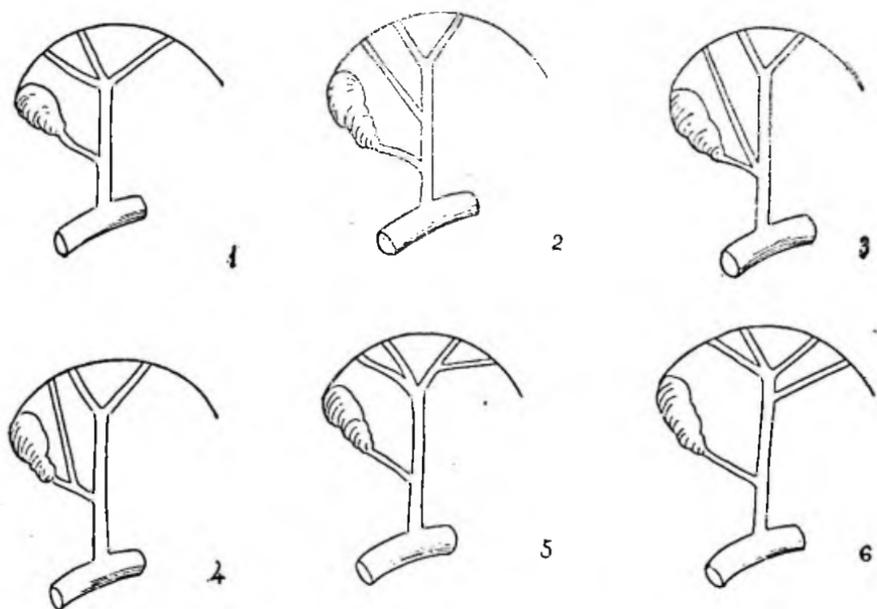


FIG. 4

DESCOMPS: 50 observações: 12% de canais hepáticos acessórios.

Dos 12%, 4% apresentavam a disposição da figura 1; 4% a da figura 2; 2% a da figura 3 e 2% a da figura 4.

Em 4% dos casos examinados existiam 2 canais, cujas disposições são representadas nas figuras 5 e 6.

Ele nos fornece os seguintes dados: em 12% dos seus casos existia um canal biliar acessório saindo do lóbulo direito do fígado. Em 4% destes casos, êste ramo se terminava no confluente biliar superior, e o hepático comum resultava da fusão

de três canais hepáticos; em mais 4%, o canal suplementar desaguiava no ducto hepático comum, já formado pela confluência de dois ramos; em 2% das observações, êle se lançava no confluente biliar inferior, e, em mais 2%, o ponto de desembocadura

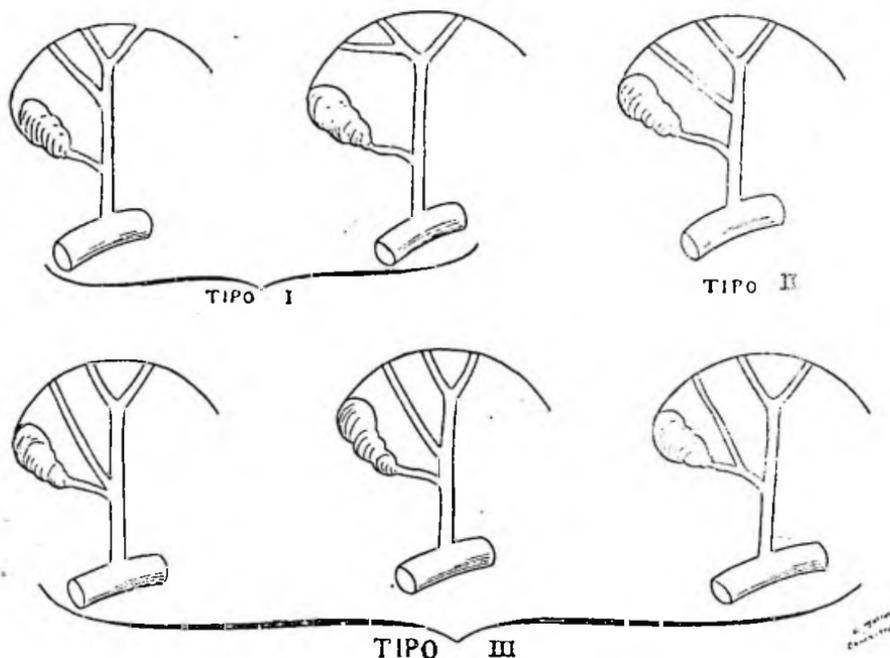


FIG. 5

FLINT: 200 preparações, observou 29 casos de canais biliares acessórios.

Sistematizou nos seguintes tipos:

TIPO 1: encontrado 9 vezes. A união do canal acessório se fazia ou na metade superior do canal hepático comum ou no canal hepático direito. TIPO 2: encontrado 9 vezes. O canal acessório desembocava na metade inferior do canal hepático comum. TIPO 3: Assialado 10 vezes. O canal acessório desembocava, com maior frequência, no ângulo formado pelos císticos e hepático comum e, de maneira menos constante, nas extremidades inferiores do cístico ou do hepático.

camento se dava no canal cístico. As suas observações assinalaram, ainda, que em 4% dos casos examinados existiam dois canais eferentes, um de situação direita e outro de situação esquerda.

Em 2% destes últimos casos o canal eferente direito desaguava no confluente biliar superior e, o esquerdo, no ducto hepático comum já formado.

FLINT, em 1923, apresentou rico material em seu trabalho "Abnormalities of the right hepatic, cystic and gastro-duodenal arteries, and of the bile ducts".



FIG. 6

THOMPSON: 50 observações. Encontrou 3 casos de canais hepáticos acessórios.

As disposições destes canais estão apresentadas nas figuras 1, 2 e 3 correspondentes às observações números 10, 20 e 36 do seu trabalho.

Em 200 preparações encontrou 69 disposições normais. Em 29 observações foram identificados canais biliares acessórios, todos situados à direita, saindo do parenquima hepático pela extremidade direita da fissura porta. Os seus canais se achavam situados, inicialmente, num plano dorsal ao do cístico e se terminavam nos canais biliares extra-hepáticos, em alturas que iam da confluência dos canais hepáticos, direito e esquerdo, à confluência do cístico com o hepático comum. Procurando sistematizar os seus achados classificou os canais hepáticos acessórios em três tipos, segundo a maneira de terminação.

No tipo I, encontrado 9 vezes, a junção do canal hepático acessório ocorria na metade superior do ducto hepático comum ou, então, no canal hepático direito.

No tipo II, assinalado 9 vezes, o desembocamento do canal hepático acessório se efetuava na metade inferior do canal hepático comum.

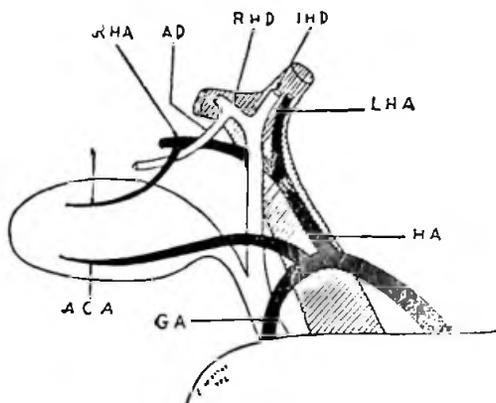


FIG. 7

THOMPSON: Esquema da observação número 10

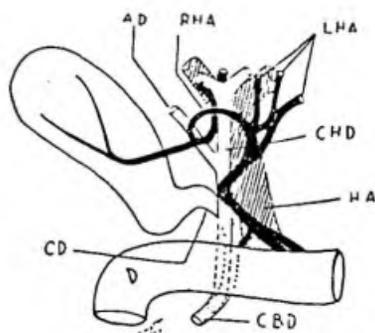


FIG. 8

THOMPSON: Esquema da observação número 20.

No tipo III, verificado dez vezes, a confluência do canal acessório se efetuava na união do canal hepático comum com o canal cístico. Nestes últimos casos o hepático acessório desaguava, com mais frequência, no ângulo formado pelos canais cístico e hepático comum e, de maneira menos constante, nas extremidades inferiores ou do canal cístico, ou do canal hepático comum.

Procurando, dar um sentido cirúrgico ao seus achados FLINT diz que nos casos do tipo I a junção se faz tão alta que, praticamente, o canal biliar acessório não apresenta interesse cirúrgico. No tipo II, o ducto acessório se aproxima do canal cístico e, assim, poderá ser comprometido durante o curso da operação. Finalmente no tipo III, onde a confluência é baixa, ela acha que será difícil evitar o referido ducto no curso da operação.

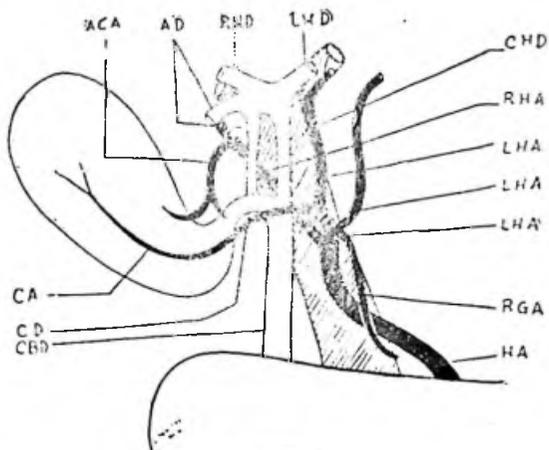


FIG. 9

THOMPSON: Esquema da observação número 36.

THOMPSON, em 1933, no seu trabalho: "On the arteries and ducts in the hepatic pedicle", em 50 casos preparados, apresenta as observações 10, 20 e 36 de canais biliares acessórios. Na sua observação 36 encontrou dois canais acessórios, um saindo da porção inferior do lóbulo direito do fígado, dirigindo-se para cima e para dentro, cruzando para diante o ramo direito da artéria hepática e se terminando no canal hepático direito; o outro, situado da mesma forma à direita, dirigia-se em sentido caudal, paralelo ao ramo direito do ducto hepático e lateral ao ducto hepático comum, se terminando no ducto cístico, depois de cruzar para diante o ramo direito da artéria hepática. Nas duas outras observações o canal acessório se terminava ora no ramo direito do ducto hepático ora no hepático comum.

THOMPSON reuniu em seu trabalho 667 observações de ductos hepático acessórios retirados da bibliografia por êle consultada. Cita 57 casos de BEAVER com a frequência de 9%; 100 de BREWER com 1% de frequência; 50 de DESCOMPS e

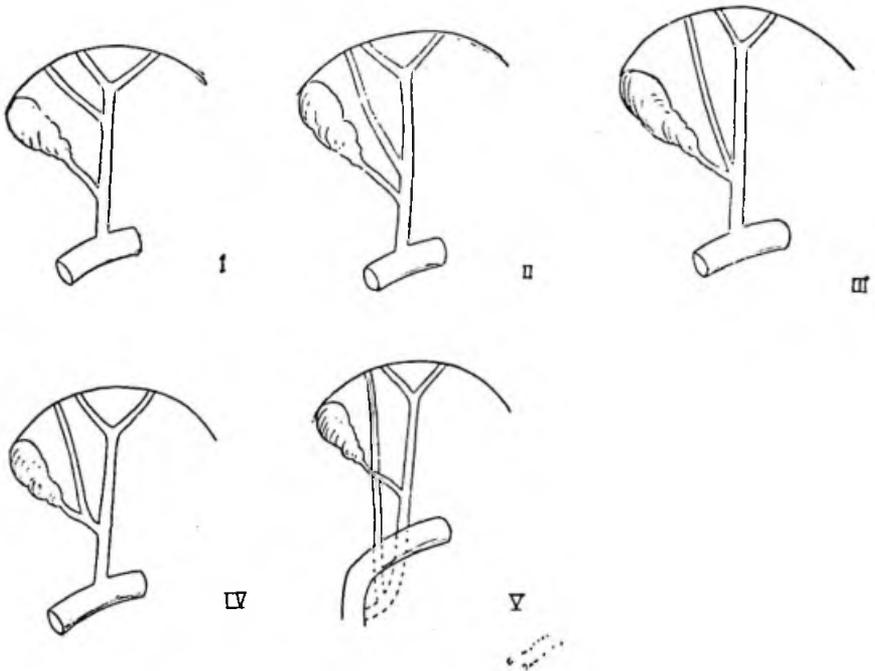


FIG. 10

SYLVIO ALVES BARROS: 87 preparações: 30 para estudos de canais unindo o fígado à vesícula, nada informaram. 56 preparações para estudos dos canais biliares acessórios dando 13 casos destes canais. Agrupando seus achados em tipos nos dá os seguintes informes: TIPO 1, acessório desembocando na metade superior do hepático comum (18.2%). TIPO 2, acessório desembocando na metade inferior do hepático comum (18.2%). TIPO 3, acessório desaguando na confluência hepatocística (9,1%) TIPO 4, acessório se lançando no cístico (54.5%). TIPO 5, acessório se terminando na porção inicial do segmentot pancreático coledoco (9.1%).

LALAU BIE com 20% de canais acessórios presentes; 100 de EISENDRATH com 0%; 200 de FLINT com 15%; 37 de MC WHORTER com 3%; 40 de PIQUAUD com 25%; 43 de RUGE com 26%.

Nos seus 50 casos a frequência de canais biliares acessórios foi 6%.

No Brasil, SYLVIO ALVES DE BARROS apresentou, em 1949, tese para docência livre de clínica cirúrgica, na Faculdade de Medicina de São Paulo, versando sobre "CANAIS BILIARES ACCESSÓRIOS EXTRA-HEPÁTICOS". O referido trabalho é um dos melhores a respeito do tema. O material compreende casos observados pelo estudo de 87 preparações anatômicas. Desse material 30 preparações foram utilizadas para o estudo de canais hepatocísticos sendo que 16 destas peças foram formolizadas.

No segundo grupo de 57 preparações, tôdas as peças examinadas pelo referido autor foram formolizadas e, em seguida, dissecadas e desenhadas em tamanho natural.

Os resultados do autor paulista foram assim classificados e descritos: nas 30 peças injetadas não foi possível encontrar um único caso de ducto biliar unindo o fígado à vesícula biliar. No grupo das outras 57 preparações, não injetadas, foram encontrados 13 casos de canais biliares acessórios (22,8% + 6,5), sendo que todos se originavam no lóbulo direito do fígado, com exceção de dois casos que emergiam de lóbulos hepáticos acessórios. Somente em um caso foram encontrados dois canais acessórios. Como ponto de emergência dos canais hepáticos acessórios êle nos dá os seguintes dados: a) extremidade lateral da fissura porta, 54, 5% + 15; b) extremidade media da fossa cística, 18,2% + 11,6; c) em posição intermedia, entre uns e outros dos anteriores, 18,2% + 11,6; d) parte média da fissura porta, 9 1% + 8,6. As seguintes terminações foram por êle fornecidas: a) No ramo esquerdo do ducto hepático, 7,7% + 7,4; b) no ducto hepático comum, 30,8% + 12,8; c) na confluência hepatocística 7,7% + 7,4; d) no ductocístico, 38% + 13,5; e) na vesícula biliar, 7,7% + 7,4; f) no ducto coledoco 7,7% + 7,4.

SYLVIO ALVES DE BARROS agrupou os canais acessórios (hepático-cístico e hepático acessórios) em cinco tipos, de acôrdo com seu ponto de terminação.

Tipo I — canais acessórios que se terminam na metade superior do canal hepático comum (18,2% + 11,6). Foram canais

de grande diâmetro, que se originaram no lóbulo direito do fígado, emergindo pela extremidade direita da fissura porta. Dorsalmente situados em relação aos outros elementos do pedículo, de início, são descendentes, mas, bruscamente, tomam direção transversa alcançando a borda direita do ducto hepático. Estes ductos apresentaram íntimas relações com o ramo direito da artéria hepática: no hilo o canal acessório era dorsal ao ramo arterial quando éste era pre-biliar, e ventral, quando retro-biliar.

Quando se tratava de artéria hepática, direita, ramo da artéria mesentérica superior, o canal acessório era sempre ventral à artéria. As relações descritas entre o canal acessório deste tipo e a artéria cística são dignas de apreço. Estabeleceram relações recíprocas que variaram segundo a proveniência dessa artéria. Nos casos estudados as artérias eram curtas e de situação ventral em relação aos canais acessórios. As relações com o ducto cístico foram superiores e dorsais, sendo o trajeto de ambos mais ou menos paralelo. Nas suas observações deste tipo I os canais acessórios se encontravam na área do triângulo de BUDDE e formavam a bassetriz do seu ângulo superior lateral.

Tipo II — Inclue os canais acessórios que se terminavam na metade inferior do canal hepático comum, (18.12% + 11,6). Apresentavam-se com grande diâmetro. De origem semelhante aos do tipo I, porém todos apresentavam trajeto descendente. Os canais do tipo II se situavam caudal e dorsalmente ao ramo direito da artéria hepática e não apresentavam com êsse vaso relações imediatas. Devido a orientação destes canais o triângulo de BUDDE se apresentava dividido em dois outros, um supero-medial e outro infero-lateral. No primeiro deles atravessava a artéria cística, sendo a sua área ocupada pelo ramo direito da artéria hepática, quando retro-hilar; quando pre-hilar, o ramo direito da artéria hepática cruzava ventralmente êsse triângulo, seguindo o canal cranialmente. O canal acessório dêste tipo II se situava cranial e dorsalmente em relação ao canal cístico. Como êstes canais se terminavam próximos da confluência hepatocística e, também, pelo seu calibre e orientação

êles se prestam a confusão com o ducto cístico, no momento da operação.

Tipo III — Neste tipo os canais acessórios de grande calibre se terminam na confluência hepatocística (9,1% + 8,7). Possuem localização lateral ao colo vesicular e estão, em todo o seu trajeto, fora do triângulo das vias biliares. Neste tipo, como no tipo III de FLINT, é difícil imaginar como um tal canal acessório poderia ser evitado na manobra de pinçamento do canal cístico.

Tipo IV — O canal hepático acessório se lança no canal cístico (54,5 + 15), sendo que em 3 observações o desembocamento se fazia na porção valvular e, em 3 outras, na porção lisa daquele ducto.

Tipo V — A terminação do ducto acessório se realizava na porção inicial do segmento pancreático do canal coledoco (9,1% + 8,7). Apresentava-se de trajeto descendente, paralelo o dorsal ao do canal hepáto-coledoco. Não apresenta interesse cirúrgico maior.

Como estamos vendo o trabalho do autor paulista é merecedor de toda atenção pois se apresenta rico de informes preciosos e seguros.

Em 1951, NICHOLAS A. MICHELE publicou um artigo denominado "Las arterias hepatica, cistica y retroduodenal y sus relaciones con los conductos biliares". Na parte referente aos condutos biliares e relações arteriais êle nos dá os seguintes informes: a frequência de conductos hepáticos acessórios é maior do que geralmente se pensa; em nossa pesquisa êles se apresentaram em 18% dos casos. Em 10% das vezes se lançavam no conducto hepático, em 3,5% desaguavam no ramo direito do conducto hepático e em 1% se dirigiam ao coledoco. Podem existir dois conductos hepáticos acessórios, unindo-se os dois ao canal hepático, ou um, ao ramo direito do hepático e, o outro, ao conducto hepático. As relações arteriais com os conductos hepáticos acessórios são cirurgicamente, a meu ver, muito perigosas e difíceis de analisar. O trajeto da hepática direita pode se fazer por cima ou por traz do canal hepático acessório a arteria cística o cruza por diante ou por detraz e

se origina para cima ou para baixo do mesmo. Os conductos hepáticos accessórios, que se lançam no ramo direito do hepático, comumente estão situados bem altos, como para não serem alcançados pelo cirurgião, mas, em troca, aqueles que se unem ao cístico ou percorrem paralelamente a êle podem ser atingidos e lesados.

* * *

Os estudos anatômicos apresentados a respeito de canais biliares accessórios demonstram, de modo claro, a importância do tema no referente à cirurgia do pedículo hepático e, particularmente, da vesícula biliar.

De acôrdo com os dados apresentados infere-se a necessidade de se ter sempre presente no espirito, quando se opera naquela região, da existência das comunicações biliares acima referidas, a fim de que se possa adotar conduto conveniente.

A maioria dos autores reconhece a importância operatória dos ductos biliares accessórios, mas somente SYLVIO ALVES DE BARROS traça uma conduta técnica para solucionar o impasse que êstes canais apresentam na cirurgia do pedículo hepático.

Tratando-se de assunto de grande interesse daremos, para terminar, a conduta aconselhada por aquêle cirurgião e que é empregada no serviço do Prof. Edmundo Vasconcellos, da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo.

Justificando o seu ponto de vista diz SYLVIO ALVES DE BARROS: “a nossa atual conduta cirúrgica em relação às vias biliares extra-hepáticas não mais pode ser considerada inteiramente correta em vista da percentagem elevada de canais accessórios. Como estes canais guardam uma certa constância topográfica, devemos orientar nossa conduta para o seu reconhecimento prévio à lesão. Evidentemente a conduta deve ser considerada nas fases operatória e pós-operatória”. Na fase operatória o cirurgião, segundo êle, deverá se conduzir de acôrdo com os conhecimentos anatomicos sôbre o tema. Assim sendo é preciso não esquecer que os canais biliares accessórios mais importantes à cirurgia são aquêles sistematizados no tipo III, de FLINT, ou, no seu tipo IV.

O autor paulista ressalta que os canais biliares acessórios teem sido conveniente reconhecidos após a sua lesão operatória e este fato ele considera de má tecnica. Considerando, ainda, as desvantagens da tecnica anterogada de colecistectomia, a sua conduta para com os canais accessorios se applicará á tecnica retrograda da colecistectomia, tecnica está usada, em condições ordinarias, no serviço do Professor Vasconcelos.

Eis a conduta aconselhada: "a exposição do triângulo das vias biliares pode ser obtida da vesicula biliar, iniciando-se a 1cm. do labio inferior da borda anterior do figado, introduzindo-se uma tezoura sob a cobertura peritonial da vesícula, em direção ao cístico, e seccionando-se o peritoneo com o bisturi. A manobra referida é repetida ao longo da face medial da vesicula, tendo-se o cuidado de respeitar a artéria cística e os seus ramos. Os labios peritoniais, presos ao figado, são descolados por divulsão. Em seguida, trcciona-se lateralmente o bacinete vesicular, de modo a distender o triângulo das vias biliares. Por divulsão e secção, são isolados, do peritoneo e do tecido fibro gorduroso vizinho, o ductocístico e a artéria cística. As incisões da serosa, que convergiram sôbre o ducto cístico, são, agora, prolongadas para baixo, por uma única incisão anteriormente ao hepatocoledoco e secciona a margem livre do ligamento gastro-hepático. Deste modo são expostos, o ducto hepático comum, o ductocoledoco e a confluência hepatocistica. Com essa disseção fica exposto todo o triângulo de BUDDE, podendo-se surpreender qualquer canal anormal. Deslocando-se medialmente a vesicula, expõe-se a borda dorso-lateral do ducto cístico, onde ocasionalmente também terminam canais biliares acessórios".

Todas estas manobras podem ser classificadas como de descoberta dos canais biliares acessórios.

Vejamos agora o que preconiza aquêl autor quando se identifica um daqueles ductos.

É a seguinte orientação geral aconselhada por êle: a) "sendo fino o ducto anormal (diametro externo inferior a 2mm), o tratamento será a ligadura"; b) "quando o ducto é calibroso, torna-se obrigatorio o reconhecimento da origem do ducto hepático comum (cateterismo ou disseção) para se estabelecer si

se trata de mal formação do ducto hepático. Sendo este o caso a conduta será forçosamente conservadôra. Não se tratando de mal formação, o cirurgião deverá verificar exatamente qual o nível de terminação do canal supranumerario, pois se ele se der no ducto hepático comum, na confluência hepatocística ou no coledoco, esse canal deverá ser evitado.

Se o canal supranumerario calibroso terminar no ducto cístico, a colecistectomia deverá ser feita com a maior cautela, pois a secção do ducto cístico deverá, obrigatoriamente, ser feita acima da implantação do canal, para garantir a continuidade da drenagem. Desde que uma perfeita exploração instrumental e radiológica demonstre a via biliar sem estenoses ou calculos, é bem de ver que deixar o cístico nas suas porções lisa e valvular não trará inconveniente maior em comparação às possíveis complicações decorrentes da lesão do canal acessório. Poder-se-ia alegar que a permanência de um coto longo do ducto cístico propiciaria a instalação de um "síndrome do coto residual do cístico", mas como a bile do canal acessório continuará fluindo por esse coto não haverá a nosso ver, essa possibilidade".

Continuando diz êle: "se porém, a situação do canal for tal, de modo que a sua conservação possa trazer prejuizo à tecnica operatória, o cirurgião deverá, previamente à lesão desse canal, orientar-se pela colangiografia, que esclarecerá a importância da área hepática drenada e a existência ou não de via colateral de drenagem. Se a importância fôr provada o cirurgião não deverá ligar o canal e, sim, anastomosa-lo na via biliar ou digestiva".

Para os canais que se abrem no fundo da vesícula biliar e que são lesados quando este órgão é descolado do seu leito hepático, aconselha a mesma conduta, isto é, anastomose quando calibrosos e ligadura quando de pequeno calibre.

A mesma conduta ainda é aconselhada para os canais biliares que tenham sido lesados no ato operatório e cuja lesão só foi reconhecida pelo corrimento biliar que poderá ocorrer.

Dentro desses princípios e admitindo a possibilidade de identificação e tratamento correto dos conductos biliares acessórios no ato operatório êle não acha justificada a drenagem da

cavidade peritoneal como conduta corrente. Esta, na sua opinião, só deverá ser realizada quando, dada a existência de grandes alterações patológicas da região, deixa o cirurgião impossibilitado de reconhecer ou pesquisar a origem de um fluxo biliar no campo operatório.

Como conduta no pós-operatório afirma que todo coleperitoneo pós-operatório imediato e que se prolonga por mais de 24 horas deve ser considerado como proveniente de lesão de um ducto biliar. Pensamos que o autor se refere a fístula biliar de caráter permanente, pois, só assim, será possível adotar a conduta por êle aconselhada, que consiste em "orientar a terapêutica de modo a facilitar a drenagem biliar pelas vias normais, de maneira a obviar as consequências do espasmo operatório temporário do esfinter de Oddi". Caso essa medida não produza resultado indica a reoperação, dentro de prazo variável, de acôrdo com as condições do paciente.

A técnica operatória proposta por SYLVIO ALVES DE BARROS encontra perfeita justificativa nos seus achados anatómicos e ela, certamente, si adotada, convenientemente, virá concorrer positivamente para afastar as sérias complicações do coleperitoneo e da fístula biliar.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, S. A. 1949 — Canais biliares acessórios extra-hepáticos — Tese — São Paulo.
- DESCOMPS, S. 1910 — Le tronc coeliaque — Paris — G. Steinheil.
- FLINT, E. R. 1923 — Abnormalities of the right hepatic cystic, and of gastro-duodenal arteries, and of the bile ducts — Brit. J. Surg. 10: 509 - 519.
- MICHELS, A. N. 1951 — Las arterias hepática, cística e retro-duodenal y sus relaciones con los conductos biliares — Anales de Cirugía 10: 591 - 610.
- RIENHOFF W. F. 1950 — Tratamiento quirúrgico de la cobelitrasis — Anales de Cirugía 9: 1088 - 1092.
- THOMPSON, I. N. 1933 — On the arteries and ducts in the hepatic pedicle — University of California Press. Berkeley Calif.