

## Cartas al Director

### Bilioescroto como forma de evacuación de bilioma postcolecistectomía

---

*Palabras clave:* Bilioma. Bilioescroto. Bilioma retroperitoneal.

*Key words:* Biloma. Bilioescrotum. Retroperitoneal biloma.

---

*Sr. Director:*

Se presenta el caso clínico de un varón de 64 años que había sido sometido a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis hacía un mes. Durante el acto operatorio se produjo perforación accidental de la vesícula, con escaso vertido de bilis a la cavidad, que se lavó minuciosamente. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a las 48 horas. Al mes, consulta de urgencias por la aparición en los días previos de una tumoración en la región inguinoescrotal derecha cuyo tamaño había aumentado gradualmente, haciéndose dolorosa y provocando alteraciones inflamatorias locales. Analíticamente mostraba una ligera leucocitosis. Tras la exploración clínica fue diagnosticado de una hernia inguinal derecha encarcerada sometido a cirugía urgente. Durante la intervención, que se llevó a cabo mediante un abordaje anterior, se comprobó la ausencia de saco herniario; se evidenció, por el contrario, la existencia de una tumoración ovoidea, blanda, encapsulada de 4 x 6 cm, que contenía un material gelatinoso amarillento y que se había "evacuado" espontáneamente desde el retroperitoneo por el orificio inguinal profundo, alojándose finalmente en el canal inguinal y escroto derecho. Se procedió a toma de cultivo para análisis microbiológico, retirada íntegra de la masa y envío para estudio anatomopatológico, limpieza de la zona, hernioplastia con malla de polipropileno y colocación de drenaje aspirativo. El postoperatorio fue favorable y el paciente fue dado de alta sin complicaciones. En revisiones sucesivas se constataron la inexistencia de sobreinfección en la región inguinal y la au-

sencia de colecciones intraabdominales residuales mediante ecografía. Los cultivos resultaron negativos y el informe anatomopatológico compatible con bilioma.

### Discusión

El término *bilioma* fue empleado por primera vez por Whipple en 1898 para describir las colecciones de bilis surgidas a partir de fístulas del conducto cístico. Gould, casi 100 años más tarde, limitaba la definición para aquellas lesiones ecográficas que se mostraban como colecciones de bilis encapsuladas excluidas del árbol biliar (1), aunque no en todos los casos dicha cápsula puede ser identificada radiológicamente.

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico habitual y la acumulación de bilis residual en el lecho vesicular, dando lugar a la formación de biliomas, se produce en no escasas ocasiones, siendo en muchos casos y en ausencia de sobreinfección, un fenómeno autolimitado que se resuelve con la reabsorción espontánea. Este acúmulo de bilis suele ser secundario a vertidos accidentales durante la colecistectomía, lesiones de la vía biliar o a la persistencia de pequeñas fístulas a partir de conductos biliares del lecho, por lo que su localización más frecuente es la zona subhepática.

La presencia de una colección de bilis en el retroperitoneo es un hecho poco habitual, como ya apuntó Colovic en 1991 cuando publicó el primer caso, y responde con frecuencia a complicaciones surgidas en el transcurso de procedimientos quirúrgicos (2) o invasivos (intervencionismo radiológico, CPRE y esfinterotomía endoscópica) (3), aunque también se ha descrito como consecuencia de rupturas espontáneas de la vesícula o la vía biliar principal (4). La bilis vertida a la cavidad abdominal filtra hacia el retroperitoneo, donde se colecciona a modo de globo flexible. Posteriormente, los planos fasciales de la musculatura prevertebral y del psoas constituyen los trayectos por los que el bilioma, sometido a las leyes de la gravedad y a las presiones ejercidas por la musculatura, puede descender, e incluso, como en nuestro paciente, llegar a atravesar el orificio inguinal profundo, para alcanzar el canal inguinal y el escroto derecho, constituyendo el bilioescroto (Neoptolemus, 1991). El

mismo trayecto buscan para su drenaje espontáneo los abscesos pancreáticos (5), vertebrales, colónicos o renales.

La mayoría de los casos publicados coincide en que la forma de presentación del biliescrotosimula una hernia inguinal incarcerada, lo que ha originado que los pacientes, como el nuestro, reciban de entrada una intervención quirúrgica.

Con este caso clínico se ha pretendido mostrar cómo una adecuada anamnesis que investigue el antecedente de patología o manipulación biliar, junto a una minuciosa exploración de la tumoración inguinal, podría haber hecho sospechar la existencia de un bilioma inguinoescotal o, cuanto menos, sembrar una duda que obligara a la realización de una ecografía (sensibilidad del 66% y especificidad del 100% para abscesos inguinales) (6), con vistas a plantear la mejor opción terapéutica (drenaje percutáneo o quirúrgico, asociado a reparación en los casos en los que exista hernia).

A. Martínez Vieira, C. Pérez Durán, C. Medina Achirica, R. Estepa Cabello, J. Gómez Menchero y E. Gutiérrez Cafranga

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.  
Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz*

### Bibliografía

1. Gould L, Patel A. Ultrasound detection of extrahepatic encapsulated bile: "biloma". *Am J Roentgenol* 1979; 132 (6): 1014-5.
2. Satake K, Ikehara T, Colovic R, Perisic-Savic M. Retroperitoneal biloma secondary to operative common bile duct injury. *HPB Surgery* 1991; 3 (3): 193-7.
3. Neoptolemos JP, Harvey MH, Slater ND, Carr-Locke DL. Abdominal wall staining and "biliscrotum" after retroperitoneal perforation following endoscopic sphincterotomy. *Br J Surg* 1984; 71 (9): 684.
4. Brady RRW, McAteer E, Weir CD. Biliscrotum and retroperitoneal biloma: spontaneous rupture of the biliary system presenting as an incarcerated inguinal hernia. *Ulster Med J* 2006; 75 (1): 85-7.
5. Álamo Martínez JM, Docobo Durántez F, Durán Ferreras I, Bernal Bellido C, Mena Robles J, Robles de la Rosa JA. Pancreatic abscess drained through the inguinal canal. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94 (10): 636-8.
6. Truong S, Pflingsten FP. Value of sonography in diagnosis of uncertain lesions of the abdominal wall and inguinal region. *Chirurg* 1993; 64: 468-75.