



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Blake-Siensen, Jorge Cuahutemoc; Kortright-Farías, Marisol
Biloma retroperitoneal espontáneo: reporte de un caso
Cirugía y Cirujanos, vol. 85, núm. 6, noviembre-diciembre, 2017, pp. 552-556
Academia Mexicana de Cirugía, A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66253812017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía

Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Biloma retroperitoneal espontáneo: reporte de un caso



Jorge Cuahutemoc Blake-Siensen* y Marisol Kortright-Farías

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Ángeles, Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Recibido el 27 de enero de 2016; aceptado el 9 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 9 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Enfermedades de los conductos biliares;
Colección de líquido;
Retroperitoneal;
Biloma

Resumen

Antecedentes: La rotura espontánea no traumática de las vías biliares y su acumulación en retroperitoneo (biloma retroperitoneal) es una condición infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 57 años de edad, no conocida como portadora de enfermedad biliar, que inició padecimiento 30 días previos a consulta, con dolor intenso en hemiabdomen derecho y posteriormente ictericia (4+). En el ultrasonido hepatobiliar inicial se reportó: coledocolitiasis y colección de líquido retroperitoneal, que se confundió con un absceso perirrenal roto. Se realizó punción guiada, con la cual se evidenció presencia de bilis. En la tomografía axial computada fue evidente la dilatación de la vía biliar. La paciente fue intervenida mediante una laparotomía para resolver ambas dolencias.

Conclusión: El biloma retroperitoneal, también llamado coleretroperitoneo, es de etiología multifactorial. Su presentación clínica es inespecífica y cursa con distensión y dolor abdominal difuso en todos los pacientes. Su diagnóstico se realiza a base de ultrasonografía y tomografía axial computada, e incluso puede ser diagnosticado en el transoperatorio. Su tratamiento se basa en el drenaje del líquido biliar y en la corrección de la fuga.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Bile duct diseases;
Fluid collection;
Retroperitoneal;
Biloma

Spontaneous retroperitoneal biloma: A case report

Abstract

Background: Non-traumatic spontaneous rupture of the biliary tract and retroperitoneal accumulation (retroperitoneal biloma) is an extremely rare condition.

Clinical case: A 57 year-old woman with no known biliary disease, started with intense pain in the right abdomen 30 days prior to consultation. She also had jaundice (4+). The initial hepatobiliary ultrasound reported choledocholithiasis and retroperitoneal fluid collection, which was

* Autor para correspondencia. Av. Campos Eliseos 9371, Campos Eliseos, C.P. 32420, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
Teléfono consultorio: +52 656 227 1980, ext. 4735.

Correo electrónico: opumed1@gmail.com (J.C. Blake-Siensen).

confused with a peri-renal abscess. Guided puncture was performed and the presence of bile was evident. Dilatation of the bile duct was observed in the computed tomography. The patient underwent laparotomy to correct both conditions.

Conclusion: The retroperitoneal biloma, also called choleretroperitoneum, is of multifactorial origin. Clinical presentation is non-specific, with diffuse abdominal distension and pain in all patients. The diagnosis is made based on ultrasonography and computed tomography, and can even be diagnosed intra-operatively. The treatment is based on liquid bile drainage and correction of the leak.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El término biloma se refiere a la colección de líquido biliar fuera del tracto biliar, ya sea que se encuentre encapsulado o que no¹⁻³. Esta condición se encuentra asociada a la rotura del tracto biliar por trauma, cirugía abdominal, divertículos duodenales, enfermedades biliares y, en muy pocas ocasiones, se presenta espontáneamente³. La rotura espontánea no traumática de los conductos biliares puede ocurrir en la vía extrahepática o intrahepática. Se puede manifestar como una colección intraperitoneal o retroperitoneal; esta última no compromete la cavidad peritoneal, tal como ocurrió con nuestra paciente.

De acuerdo con Cólović y Persić, la palabra biloma fue utilizada por primera vez en 1979 por Gould y Patel⁴, sin embargo, se han encontrado reportes de casos desde el siglo XIX³, a pesar de que es poco frecuente y de que existe un limitado número de casos en la literatura. Presentamos un caso clínico y revisión del tema.

Caso clínico

Mujer de 57 años de edad, que inició su cuadro clínico con dolor epigástrico intenso de tipo punzitivo, con irradiación hacia fosa ilíaca derecha y región lumbar, de 30 días de evolución. Fue manejada con inhibidores de la bomba de protones y analgésicos. Sin embargo, empeoró, con poca tolerancia a los alimentos y deterioro en su estado general. Tres días antes apareció ictericia, acolia, y coluria, momento en el que iniciamos nuestra participación en el caso.

No conocida como portadora de enfermedad biliar, y con antecedentes de histerooforectomía por causas benignas; gesta 2, para 2; tabaquismo positivo, de hasta 10 cigarrillos al día, y sin antecedentes patológicos detectables ni heredofamiliares relevantes.

A la exploración física, encontramos: signos vitales normales, ictericia conjuntival (4+), mucosa oral regularmente hidratada. Examen cardiopulmonar sin compromiso, a nivel abdominal había distensión, resistencia e induración en hemiabdomen derecho, dolor a la palpación superficial, matidez a la percusión, y ruidos peristálticos presentes y normales.

Los exámenes de laboratorio a su ingreso reportaron: leucocitos $11.42 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $9.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 12.59 g/dL, plaquetas $738.1 \times 10^3/\mu\text{L}$, glucosa 103 mg/dL, colesterol 330 mg/dL, LDL 336 mg/dL, albúmina 2.9 g/dL, globulina 4.2 g/dL, bilirrubinas totales 13.5 mg/dL, directa de 9.9 mg/dL e indirecta de 3.6 mg/dL, fosfatasa alcalina 1,029 IU/L, gama glutamiltranspeptidasa 1,090 IU/L, aspartatoaminotransferasa 260 IU/L y alaninaaminotransferasa 316 IU/L. Tiempo de protrombina 15.6 s, tiempo parcial de tromboplastina 31.4 s (amilasa y lipasa no se realizaron). Examen general de orina con bilirrubina de 4 mg/dL. Resto de resultados, con parámetros dentro de la normalidad.

La ultrasonografía abdominal reportó coledocolitiasis y absceso perirrenal roto a corredera parietocólica derecha.

A su llegada al hospital se le realizó una punción de líquido retroperitoneal guiada por ultrasonografía abdominal, se obtuvo un líquido de aspecto biliar que fue enviado a laboratorio para realización de cultivo y tinción de Gram, y fue negativo para desarrollo bacteriano.

La tomografía axial computada reveló marcada dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática, sin lograr identificar la vesícula biliar; además, se observó la presencia de líquido en el área pararenal anterior y posterior (figs. 1-3).

Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la que se encontró dilatación del colédoco extrapancreático y hepático común, con presencia de un gran lito en su interior. No se observó fuga del contraste, así como tampoco se apreció la vesícula biliar. Por las grandes dimensiones del lito, no se intentó su extracción por esta vía: se colocó una endoprótesis biliar 10 Fr de 10 cm de longitud para evitar una colangitis (fig. 4).

Se prosiguió con una laparotomía a través de una incisión subcostal derecha y abordamos la cavidad peritoneal. Incidimos la corredera parietocólica derecha y el ángulo hepático del colon, para abordar el retroperitoneo, del que drenamos un líquido verdoso claro. El espacio que contenía el líquido disecaba hacia la fosa ilíaca derecha y psoas, respetando el espacio pancreático.

A través de la maniobra de Kocher, se exploró el duodeno en su porción retroperitoneal y la cabeza del páncreas. No se logró detectar el sitio de la fuga biliar.

La vesícula biliar era muy pequeña y atrófica, apreciándose como un *botón cístico* (ver la colangiopancreatografía



Figura 1 Colección de líquido retroperitoneal, conducto cístico dilatado.



Figura 2 Tomografía axial computada: corte coronal, abundante líquido perirrenal.

retrograda endoscópica en [fig. 4](#)), por lo que se dejó como estaba.

Se realizó una exploración de vías biliares, a través de una incisión en la cara anterior del colédoco, y se extrajo un gran lito de 3 cm de diámetro. Se dejó la endoprótesis en su sitio, se colocó sonda en T de 16 Fr, y se suturó el colédoco, con catgut crómico de 1,000.

Se dejaron 2 drenajes cerrados de tipo Blake 19 Fr en el retroperitoneo, que se exteriorizaron por contra-abertura.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, se retiraron los drenajes una semana después, prácticamente sin gasto. A los 19 días del postoperatorio, previa



Figura 3 Tomografía axial computada: corte sagital, líquido perirrenal.



Figura 4 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: conducto cístico dilatado con presencia de gran lito en su interior.

colangiografía de control, se retiró la sonda en T, y 4 meses después se retiró la endoprótesis biliar.

Discusión

Se denomina biloma a la colección biliar encapsulada o no en abdomen, como consecuencia de la fuga biliar, de algún

segmento de los conductos biliares, principalmente del segmento extrahepático o directamente de los canalículos biliares. La etiología más común son las lesiones quirúrgicas, endoscópicas o traumáticas⁵. Cuando la colección biliar es retroperitoneal se denomina coleretroperitoneo¹.

Esta es una entidad poco frecuente, con pocos casos reportados en la literatura. El primer caso fue descrito en 1882 por Freeman⁶. En 1984 Chu reportó 7 casos, y durante los últimos 10 años Sung-Bum et al.⁷ reportaron 11 casos de perforación no traumática de conductos biliares.

Además de las lesiones quirúrgicas, endoscópicas y traumáticas, también existen los divertículos duodenales⁵, los litos perdidos en la cavidad después de una colecistectomía⁸, el cáncer pancreático⁹, la perforación de divertículo de colédoco¹⁰ y la pancreatitis crónica¹¹ como factores etiológicos.

Es complicado determinar la etiología del evento, ya que en ocasiones no es posible identificar el sitio de la lesión. La porción retroperitoneal puede ser el posible origen de la fuga biliar,⁷ segmento que además cuenta con una porción intrapancreática¹.

Otra de las posibles explicaciones fisiopatológicas es la existencia de una perforación en la vesícula biliar, la cual, por un proceso inflamatorio crónico, se adhiere al peritoneo parietal, el cual, al erosionarse, establece una vía de comunicación entre la vía biliar y el retroperitoneo¹.

En los casos de pancreatitis aguda como etiología de la perforación, es la necrosis del colédoco intrapancreático la que ocasiona esta colección¹.

Un absceso perivesicular, al erosionar el peritoneo parietal, crea una comunicación entre la vesícula y el retroperitoneo. Los abscesos que se forman por litos libres en la cavidad después de una colecistectomía pueden drenar hacia el retroperitoneo⁸.

Pese a todas las posibles explicaciones fisiopatológicas, lo más aceptado es que ante la presencia del aumento de la presión del conducto, ya sea por un lito que obstruye la vía biliar extrahepática o por un espasmo del esfínter de Oddi, y aunado a un proceso infeccioso en el conducto o absceso perivesicular, se produce una perforación en el segmento retroperitoneal del conducto. Una vez liberada la presión, esta perforación milimétrica cicatriza en pocas horas, motivo por el cual, al momento de los estudios de imagen o en la exploración quirúrgica, dicha perforación no se localiza ni se corrobora, lo que genera dudas y confusión en el equipo médico⁷.

Clínicamente, el 100% de los pacientes presentan dolor abdominal, así como distensión abdominal difusa o localizada en el cuadrante superior derecho¹⁰. La mayoría de los pacientes tienen fiebre y puede, o no, haber ictericia.

El ultrasonido abdominal es el primer estudio que hace sospechar la presencia de coleretroperitoneo, ya que determina una colección retroperitoneal y perirrenal, que puede confundirse con un absceso renal. En la mayoría de los casos se puede observar dilatación del conducto biliar^{2,12}. La punción de la colección pondrá en evidencia la presencia de bilis retroperitoneal, y descartará otras enfermedades; sin embargo, en múltiples ocasiones el diagnóstico se hará de manera transoperatoria.

La tomografía axial computada es un estudio obligado para valorar con mayor precisión dicha colección, así como la integridad de los órganos retroperitoneales.

En los niños, la medicina nuclear con tecnecio⁹⁹, evidencia la perforación del conducto biliar y la fuga de bilis, ya sea a cavidad o retroperitoneo¹³.

En el caso de ser diagnosticado preoperatoriamente, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica pondrá en evidencia la dilatación del conducto biliar extrahepático, así como la presencia de uno o varios litos en la vía biliar. Difícilmente se va a identificar el sitio donde ocurrió la fuga, ya que en la mayoría de los casos este habrá cerrado¹⁰.

Para el tratamiento de la colección retroperitoneal esta puede drenarse mediante una punción guiada por ultrasonografía o tomografía axial computada², dejando un catéter en *cola de cochino* o por vía quirúrgica abierta o laparoscopia, técnica que dependerá de los recursos con los que se cuente en el nosocomio.

La extracción del lito puede realizarse por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o por vía quirúrgica¹².

En el caso de nuestra paciente, se realizó la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin embargo, el lito era muy grande, lo cual dificultó su extracción, así que el drenaje y la extracción del lito se realizaron por cirugía abierta.

Conclusión

Las lesiones de la vía biliar siguen siendo un reto, tanto diagnóstico como terapéutico. Afortunadamente, con el advenimiento de las nuevas tecnologías, esto se ha facilitado, por lo que hoy los pacientes presentan una recuperación adecuada y sin secuelas, en la mayoría de los casos. Este caso nos muestra que, ante una colección retroperitoneal, debemos descartar una coledocolitiasis, y de ser positiva, seguramente estemos ante un biloma retroperitoneal.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kaushik R, Attri AK. Choleretroperitoneum- an unusual complication of cholelithiasis. Indian J Surg. 2004;66:358-60 [consultado 11 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?is04091>.

2. Bas G, Okan I, Sahin M, Erilmaz R, Isik A. Spontaneous biloma managed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography and percutaneous drainage: A case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:3. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023755/>.
3. Gösling PAM, Tronco Alves GR, de Andrade Regis Silva RA, Missel Correa JR, Ferreira Marques H, Pereira Haygert CJ. Bilioma espontâneo: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras.* 2012;45:59–60. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842012000100013&script=sci_arttext&tlng=en.
4. Cólović R, Perisić-Savić M. Retroperitoneal biloma secondary to operative common bile duct injury. *HPB Surg.* 1991;3:193–7 [consultado 21 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442994/>.
5. Brandariz GL, Uriol BC, Bernal Tirapo J, Supelano Eslait G, García Gutiérrez V, Fernández de Miguel T, et al. Bilioma retroperitoneal y bilioescroto: rotura espontánea de radical biliar manifestada como dolor escrotal. *Cir Esp.* 2014;92:612.
6. Freeman J. Rupture of the hepatic duct. *Lancet.* 1882;1:731–2.
7. Kang SB, Han HS, Min SK, Lee HK. Nontraumatic perforation of the bile duct in adults. *Arch Surg.* 2004;139:1083–7 [consultado 24 Sep 2015]. Disponible en: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=770295>.
8. Galizia G, Lieto E, Castellano P, Pelosio L, Imperatone V, Canfora F. Retroperitoneal abscess after retained stones during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2000;10:93–8.
9. Trivedi PJ, Gupta P, Phillips-Hughes J, Ellis A. Biloma: An unusual complication in a patient with pancreatic cancer. *World J Gastroenterol.* 2009;15:5218–20 [consultado 11 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19891023>.
10. Takahashi K, Okabe Y, Orino A, Imai Y, Yazumi S, Chiba T. Spontaneous rupture of a biliary diverticulum in the distal common bile duct, with formation of a retroperitoneal biloma. *Gastrointest Endosc.* 2005;61:783–7.
11. Yaşar NF, Yaşar B, Kebapçı M. Spontaneous common bile duct perforation due to chronic pancreatitis, presenting as huge cystic retroperitoneal mass: A case report. *Cases J.* 2009;2:6273 [consultado 11 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.casesjournal.com/content/2/1/6273>.
12. Vazquez JL, Thorsen MK, Dodds WJ, Quiroz FA, Martinez ML, Lawson TL, et al. Evaluation and treatment of intraabdominal bilomas. *AJR Am J Roentgenol.* 1985;144:933–8.
13. Megison SM, Votteler TP. Management of common bile duct obstruction associated with spontaneous perforation of the biliary tree. *Surgery.* 1992;111:237–9.