

## Fístula colédoco-renal en colangiocarcinoma localmente avanzado

B. Velayos, L. del Olmo, L. Fernández, R. Aller, F. de la Calle, T. Arranz y J. M. González

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico. Valladolid*

Se han descrito diversas fístulas como complicación en el seno de enfermos afectados por colangiocarcinoma: colédoco-gástricas (1), colédoco-portales (2), colédoco-colónicas (3) o colédoco-cutáneas (4).

Presentamos un nuevo tipo de fístula biliar tumoral secundaria a colangiocarcinoma.

Varón de 56 años, sin antecedentes médicos relevantes salvo colecistectomía hace un año por colecistitis litiásica (con colangiografía intraoperatoria normal), al que se le realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por ictericia progresiva indolora sin otra sintomatología relevante; no presentaba clínica urinaria.

La canulación mostró un pancreatograma normal. Sin embargo la vía biliar presentaba unos conductos intrahepáticos claramente dilatados, con una estenosis irregular en el tramo medio del colédoco, de aspecto maligno (Fig. 1). A los pocos segundos, la pelvis y el uréter derecho aparecieron dibujados nítidamente con el contraste de baja absorción intestinal utilizado (Iohexol). Tras realizarse esfinterotomía endoscópica, se obtuvieron muestras para citología con cepillo. Posteriormente se colocó una prótesis biliar plástica de 8,5 Frenchs y 10 cm a través de la estenosis (Fig. 2). Los órganos renales izquierdos, que funcionaban correctamente, nunca mostraron restos de contraste. Tras la realización de la prueba, la ictericia mejoró significativamente.

La tomografía computerizada, así como los estudios bioquímicos urinarios realizados, fueron normales. La citología obtenida fue informada como compatible con colangiocarcinoma. Se indicó cirugía con intención curativa, con resección de una neoformación coledociana con infiltrado peritumoral que englobaba una fístula de unos 3 cm hacia el riñón derecho. Se describieron células carcinomatosas en la zona biliar extirpada y en la zona de tejido aparentemente reactivo que la rodeaba.

Aunque los tumores de estirpe biliar suelen tener crecimiento lento y raras veces afectan órganos por continuidad, en ocasiones pueden desarrollarse exofíticamente, llegando a afectar estructuras vecinas a modo de compresión, infiltración o fistulación.

Generalmente esta situación ya indica estadios evolucionados, tendiéndose actualmente a tratamientos endoscópicos paliativos a través de la colocación de prótesis biliares (5). El abordaje quirúrgico se reserva a casos seleccionados.