

## PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

# Choledocho-renal fistula in locally advanced cholangiocarcinoma

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

*Service of Digestive Diseases. Hospital Clínico. Valladolid, Spain*

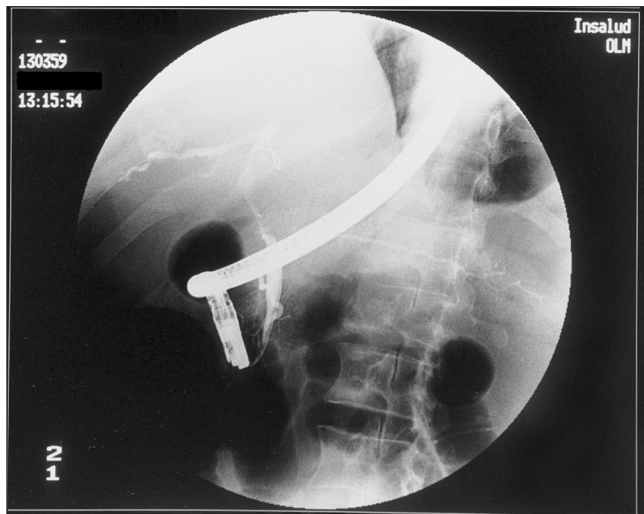


Fig. 1.- The choledochus has an irregular tapering.  
*El colédoco presentaba una estenosis irregular.*

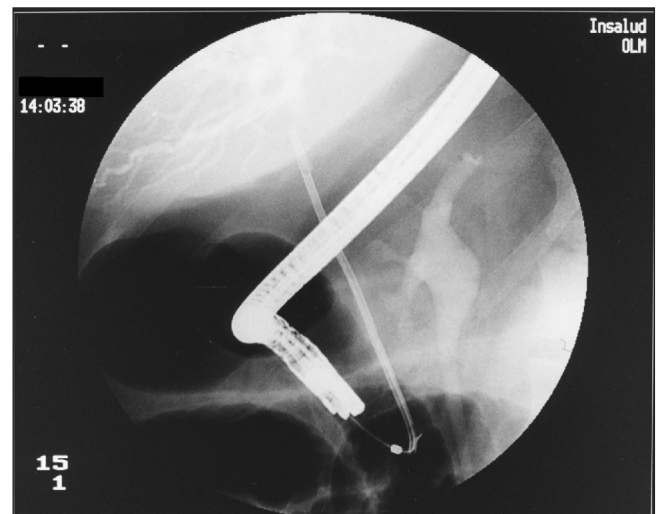


Fig. 2.- A plastic biliary stent is placed within the choledochus.  
*Se colocó una prótesis biliar plástica en el colédoco.*

Choledocho-gastric (1), porta-choledochal (2), choledocho-colonic (3), and cutaneous fistula (4) have been described as complications of cholangiocarcinoma. We report a new kind of biliary fistula as a result of cholangiocarcinoma.

A 56-year-old man underwent ERCP because of progressive jaundice. He had no urinary or other symptoms. His only relevant medical history was a cholecystectomy performed one year before because of acute cholecystitis; operatory cholangiography was normal.

Cannulation revealed a normal pancreatogram. Intrahepatic ducts were markedly dilated, with an irregular tapering in the middle of the common bile duct with a malignant in appearance (Fig. 1). A few seconds afterwards, the radiological image showed the right renal pelvis and ureter filled with the non-absorptive contrast (iohexol) we used. A sphincterotomy was performed, and samples for cytology were obtained with a brush. Then, a 8.5 French and a 10-cm wire-guided stent was placed through the stricture (Fig. 2). The left renal system worked properly and was never filled with contrast. Further films confirmed this finding. Jaundice improved.

Computerized tomography and urine tests showed no alterations. A cytologic diagnosis of cholangiocarcinoma was made. The patient went under expected curative surgery. The tumor, with a 3-cm-long fistulous tract towards the right kidney, was confirmed and then removed by surgery. Carcinomatous cells were found in the excised biliary tract, and in the tissue around it.

Although biliary tumors usually grow slowly and seldom involve adjacent organs, they may sometimes, through circular size increases, affect neighboring tissues by compression, infiltration or fistulation.

These are usually end stages, and treatment is usually endoscopic with biliary stents (5). Surgical treatment can be useful in selected cases.

## REFERENCES

1. Beck A, Bocker D, Sontheimer J. Choledocho-gastric fistula. A rare complication of a cholangiocarcinoma. Radiologe 1989; 29 (8): 391-3.
2. Kale IT, Kuzu MA. Porta-choledochal fistula: an unusual complication of a cholangiocarcinoma arising from a type I choledochal cyst. Eur J Surg Oncol 1997; 23 (2): 188-9.
3. Rawas MM, Yee AC, Ho CS. Choledochocolonic fistula. A rare complication of cholangiocarcinoma. Can Assoc Radiol J 1987; 38 (2): 139-40.
4. Kuo YC, Wu CS. Spontaneous cutaneous biliary fistula: a rare complication of cholangiocarcinoma. J Clin Gastroenterol 1990; 12 (4): 451-3.
5. Warwick RJ, Davidson B, Watkinson A. Successful use of a covered nitinol self-expanding stent to seal a malignant fistula of the common bile duct. Clin Radiol 1999; 54 (6): 410-2.

## 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.