

Angiología

**Fístula ureteroilíaca: diagnóstico
y manejo a propósito de un caso**

**Ureteroiliac fistula: diagnosis
and management in a case study**

10.20960/angiologia.00867

03/19/2026

Fístula ureteroilíaca: diagnóstico y manejo a propósito de un caso

Ureteroiliac fistula: diagnosis and management in a case study

Víctor Tristán Calvo¹, Pablo Boyero Polo², Natalia Moradillo Renuncio¹, Héctor José Montoya Catalá¹, Ignacio de Loyola Agúndez Gómez¹

Servicios de ¹Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular y de

²Urología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Correspondencia: Víctor Tristán Calvo. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Avda. Islas Baleares, 3. 09006 Burgos

e-mail: victortristancalvo@gmail.com

Recibido: 14/01/2026

Aceptado: 10/02/2026

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

La fístula ureteroilíaca (FUI) es una condición rara pero potencialmente mortal caracterizada por una conexión anómala entre el uréter y la arteria ilíaca. La incidencia y la prevalencia exactas de esta condición no están bien documentadas debido a su rareza, pero se sabe que están asociadas con factores de riesgo como cirugías pélvicas previas, radioterapia, presencia de *stents* ureterales a largo plazo y malignidades pélvicas.

La presentación clínica típica incluye hematuria, que puede ser masiva y poner en peligro la vida del paciente. El tratamiento de la

FUI ha evolucionado desde la reparación quirúrgica abierta hacia técnicas endovasculares.

Palabras clave: Fístula ureteroilíaca. Cirugía endovascular. Hematuria. Radioterapia. *Stent*.

ABSTRACT

Ureteroiliac fistula (UIF) is a rare but potentially life-threatening condition characterized by an abnormal connection between the ureter and the iliac artery. The exact incidence and prevalence of this condition are not well documented due to its rarity, but it is known to be associated with risk factors such as previous pelvic surgeries, radiotherapy, the presence of long-term ureteral stents, and pelvic malignancies.

The typical clinical presentation includes hematuria, which can be massive and life-threatening. The treatment of UIF has evolved from open surgical repair to endovascular techniques.

Keywords: Ureteral-iliac fistula. Endovascular surgery. Hematuria. Radiotherapy. Stent.

INTRODUCCIÓN

La fístula ureteroilíaca (FUI) es una condición rara pero potencialmente mortal caracterizada por una conexión anómala entre el uréter y la arteria ilíaca. La incidencia y la prevalencia exactas de esta condición no están bien documentadas debido a su rareza, pero se sabe que están asociadas con factores de riesgo como cirugías pélvicas previas, radioterapia, presencia de *stents* ureterales a largo plazo y malignidades pélvicas.

La presentación clínica típica incluye hematuria, que puede ser masiva y poner en peligro la vida del paciente. El tratamiento de la FUI ha evolucionado desde la reparación quirúrgica abierta hacia técnicas endovasculares.

CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años con factores de riesgo cardiovascular de hipertensión arterial y dislipemia y antecedentes personales de carcinoma de células claras de cérvix de estadio IIIB tratada hace 7 años con quimiorradioterapia con respuesta parcial que precisó cirugía de histerectomía total con anexectomía bilateral y linfadenectomía pélvica y paraaórtica bilateral. Actualmente libre de enfermedad y sin evidencia de recidiva.

De forma secundaria a todo al proceso oncológico la paciente desarrolla una ureterohidronefrosis bilateral de grado III-IV relacionada con fibrosis retroperitoneal postratamiento oncológico que precisa de la colocación de nefrostomías bilaterales y catéter doble J tras varios cuadros de cólicos nefríticos e infecciones, por uno de los cuales ingresó en la UCI por *shock* séptico.

La paciente ingresa de forma programada para el recambio del catéter doble J a causa de su malfuncionamiento (Fig. 1), que se llevó a cabo sin complicaciones. Posteriormente, la paciente comienza con hematuria abundante autolimitada, dolor en el flanco izquierdo y un descenso brusco de la hemoglobina de hasta 7 g/mL (cifras prequirúrgicas de 14,2g/mL). Ante la sospecha de FUI tanto por la clínica como por los antecedentes y ante la estabilidad clínica de la paciente, en dicho momento se decide solicitar un angio TC que confirma su existencia. Con dicho resultado se decide consultar al servicio de angiología, cirugía vascular y endovascular, que opta por la realización de una cirugía urgente de reparación endovascular.



Figura 1. Radiografía previa a la intervención en la que se visualiza catéter ureteral izquierdo calcificado con litiasis. La paciente tiene también nefrostomías bilaterales.

En quirófano se realiza punción ecoguiada de la arteria femoral común izquierda y arteriografía diagnóstica que demuestra fístula con extravasación de contraste desde la arteria ilíaca común proximal a su bifurcación al remanente ureteral (Fig. 2A). Dadas la proximidad de la conexión con la bifurcación ilíaca y la previsión de mal sellado en la colocación de una endoprótesis recubierta se decide la embolización selectiva de la arteria ilíaca interna izquierda. Se procede a la colocación de un *stent* recubierto balón expandible (Viabahn) de 8 mm en la transición entre la arteria ilíaca común y la arteria ilíaca externa, con la interposición de *coils* (Azur) en la arteria ilíaca interna (Fig. 2B). Se comprueba el buen sellado y la ausencia de extravasación de contraste en la arteriografía de control final, por lo que se procede a la retirada del material endovascular.



Figura 2. A. Arteriografía diagnóstica urgente en la que se aprecia extravasación del contraste desde la arteria ilíaca común izquierda a remanente ureteral. B. Prótesis endovascular recubierta (Viabahn) de 8 mm y *coils* (Azur).

Tras su estancia durante 24 horas en la unidad de críticos, sube a planta y es dada de alta a las 72 horas.

En el seguimiento la paciente no refiere nueva clínica similar y niega claudicación glútea, por lo que se le da el alta.

DISCUSIÓN

La FUI es una entidad rara con una prevalencia pequeña, cuya presentación clínica puede incluir hematuria masiva y potencialmente mortal en un 60 % de los casos en relación con el diagnóstico tardío. Por tanto, es crítico para su manejo conocer e identificar los factores asociados de riesgo.

Los grupos de riesgo más comunes para desarrollar una FUI incluyen pacientes con antecedentes de cirugías pélvicas previas, pacientes portadores prolongados de *stents* ureterales, pacientes sometidos a tratamiento radioterápico y la presencia o la sospecha de malignidades pélvicas (1-4).

El tratamiento de dicha patología es la intervención quirúrgica precoz, ya sea de manera abierta o endovascular. Esta última es la tendencia

más usada en la actualidad. Se opta por una endoprótesis recubierta al nivel de la conexión anómala entre la arteria y el uréter (1).

La cirugía de reparación no está exenta de riesgos ni complicaciones, aunque es cierto que la complicación más frecuente descrita en la literatura es la infección de la herida quirúrgica, que, en casos extremos, puede derivar en el desarrollo de una fístula enterocutánea, complicación rara pero descrita en la literatura y asociada a las reparaciones abiertas (1).

Las complicaciones más descritas pero infrecuentes en relación a las cirugías endovasculares son la infección de la endoprótesis (en torno al 14 %), causada principalmente por *Escherichia coli*, *Enterococcus spp* y *Staphylococcus aureus* (4), principalmente relacionadas con la flora bacteriana presente en la vía urinaria, y la formación de biofilm, que impide la erradicación bacteriana del material protésico y que en la mayoría de los casos acaba necesitando una cirugía abierta para la retirada del material protésico y una reparación abierta.

La trombosis temprana del *stent* es otra de las complicaciones relacionadas con el abordaje mínimamente invasivo, presente hasta en un 10 % de los casos según series, y relacionada con dificultades a la hora del despliegue del material, en su mayoría debido a una anatomía hostil a causa de la fibrosis y la aterosclerosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malgor RD, Oderich GS, Andrews JC, et al. Evolution from Open Surgical to Endovascular Treatment of Ureteral-Iliac Artery Fistula. J Vasc Surg 2012;55(4):1072-80. DOI: 10.1016/j.jvs.2011.11.043.
2. Hong SY, Noh M, Ko GY, et al. Management Strategy for Ureteral-Iliac Artery Fistula. Ann Vasc Surg 2016;36:22-7. DOI: 10.1016/j.avsg.2016.02.033
3. Sachsamanis G, Pfister K, Kasprzak PM, et al. Midterm Results After Open Surgical and Endovascular Management of

Arterioureteral Fistula. Ann Vasc Surg 2021;73:280-9. DOI: 10.1016/j.avsg.2020.11.014

4. Ebata Y, Morisaki K, Matsubara Y, et al. A Systematic Review of Management of Ureteroarterial Fistula. J Vasc Surg 2022;76(5):1417-23.e5. DOI: 10.1016/j.jvs.2022.05.015

Angiología