

- de una amiloidosis sistémica primaria. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:424-6.
3. Wang YD, Zhao CY, Yin HZ. Primary Hepatic amyloidosis: A mini literature review and five cases report. *Ann Hepatol.* 2012;11:721-7.
 4. Irigoyen Oyarzábal MV, López Lasanta M, Ureña Garnica IA, Fernández-Nebro A. Amiloidosis. *Medicine.* 2009;10:2185-91.
 5. Real de Asúa D, Costa R, Contreras MM, Gutiérrez Á, Filighehu MT, Armas M. Características clínicas de los pacientes con amiloidosis sistémicas en el periodo 2000-2010. *Rev Clin Esp.* 2013;213:186-93.
 6. Park MA, Mueller PS, Kyle RA, Larson DR, Plevak MF, Gertz MA. Hepatic amyloidosis. Clinical features and natural history in 98 patients. *Medicine (Baltimore).* 2003;82:291-298.
 7. Sattianayagam PT, Hawkins PN, Gillmore JD. Systemic amyloidosis and the gastrointestinal tract. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2009;6:608-17.
 8. Bion E, Brenard R, Pariente EA, Lebrec D, Degott C, Maitre F, et al. Sinusoidal portal hypertension in hepatic amyloidosis. *Gut.* 1991;32:227-30.

9. Gavilán JC, Bermúdez FJ, Márquez A, Sánchez Carrillo JJ, González-Santos P. Amiloidosis hepática como causa de colestasis severa intrahepática. *An Med Interna.* 2003;20:25-7.
10. McDonald P, Usbourne C, Playfer JR. A case of intrahepatic cholestasis due to amyloidosis. *Int J Clin Pract.* 1998;52:201-2.

Roxanna Jijón Crespín, María Luisa Ortiz Sánchez, Angel Vargas Acosta, Jose Antonio Pons, Elena Navarro Noguera, Esther Estrella Diez, Eduardo Sánchez Velasco, Gabriel Carrilero Zaragoza, Ana Pereñíguez López, María Muñoz, Gonzalo Antón y Luis Fernando Carballo

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Correo electrónico: roxannajijon@hotmail.es

(R. Jijón Crespín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.02.011>

Fístulas ileocólicas tras radioterapia por carcinoma de endometrio



Ileocolic fistulas after radiotherapy for endometrial carcinoma

Mujer de 61 años estudiada en consulta ambulatoria por diarrea. Entre sus antecedentes personales destacan histerectomía total y doble anexectomía por adenocarcinoma de endometrio dos años antes. Durante el postoperatorio presenta cuadro de oclusión intestinal por bridas realizándose intervención quirúrgica con adhesiolisis. Posteriormente, recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia (RT). No refiere otros antecedentes quirúrgicos. Presenta desde hace 6 meses, cuadros de dolor abdominal de tipo retortijón acompañados de aumento del ritmo intestinal de 6-7 deposiciones al día líquidas y con urgencia defecatoria. Se realiza colonoscopia en la que se observa a 15 cm de margen anal, imagen de anastomosis ileocólica ulcerada de aspecto quirúrgico (Fig. 1) por la que se progresa por asa de intestino delgado unos 30 cm y por la que sale abundante contenido líquido. Tras retirar el colonoscopio a través de este asa se avanza hasta ciego sin encontrar otras alteraciones reseñables. Ante estos hallazgos, se interroga de nuevo a la paciente y se revisa su historia clínica comprobándose que no existen antecedentes de cirugía abdominal intestinal. Se realiza enema opaco en el que se observa a nivel de unión recto-sigma una estenosis corta a través de la cual el contraste sale en tres direcciones. Una que se dirige por colon izquierdo, otra que se continúa con íleon y otra desde la vertiente superior que termina en un fondo de saco (Fig. 2). Se diagnostica a la paciente de fístulas ileocólicas secundarias a RT y se le ofrece la posibilidad de tratamiento quirúrgico. De acuerdo con ésta, se opta por tratamiento conservador puesto que en el momento actual, los síntomas se encuentran bien controlados con tratamiento médico sintomático.

Las fístulas ileocolónicas son raras, debiéndose la mayoría de ellas a procedimientos quirúrgicos, enfermedad inflamatoria intestinal o tras tratamiento con radioterapia. La radioterapia en el intestino delgado y en el colon puede provocar diferentes lesiones como adherencias, estenosis, úlceras o fístulas. Además, cuando existe cirugía previa, las asas de intestino delgado pueden quedar con menor movilidad haciendo que el efecto de la radiación sea mayor sobre éstas¹. Aunque el tiempo entre la RT y la aparición de manifestaciones clínicas de daño intestinal no se puede predecir, existen tres fases de los efectos de la radiación: fase aguda, en el que se lesiona la mucosa, fase subaguda donde predominantemente se afecta la submucosa y fase crónica, donde toda la pared intestinal presenta lesiones². El inicio y duración de cada fase depende del tipo y dosis de radiación, aunque la fase crónica suele ocurrir a los tres o cuatro años de la RT³. Cuando se forman fístulas, según los segmentos intestinales que unen, éstas pueden ser asintomáticas,



Fig. 1 Imagen a 15 cm de margen anal de fístula ileorrectal con úlcera en un margen.



Fig. 2 Enema opaco en el que se observa tras estenosis corta, salida del contraste en tres direcciones: colon izquierdo, íleon y asa ciega.

hallazgo casual en exploraciones complementarias, u ocasionar una importante repercusión sintomática y nutricional con deterioro de la calidad de vida del paciente. Las fistulas tras RT no presentan tendencia a la resolución espontánea por lo que el tratamiento es quirúrgico⁴. La cirugía de este tipo de fístulas es complicada y debe individualizarse cada caso. En nuestro caso, la morfología de la fístula hizo simular una anastomosis quirúrgica y debido a la conexión de tramos distales con proximales no se descarta la necesidad

de tratamiento quirúrgico según la evolución de los síntomas de la paciente.

Conflicto De Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Albu E, Gerst PH, Ene C, Carvajal S, Rao SK. Jejunal-rectal fistula as a complication of postoperative radiotherapy. *Am Surg.* 1990;56:697-9.
2. Marks G, Mohiuddin M. The surgical management of the radiation-injured intestine. *Surg Clin North Am.* 1983;63:81-96.
3. Galland RB, Spencer J. Radiation-induced gastrointestinal fistulae. *Ann R Coll Surg Engl.* 1986;68:5-7.
4. Salvador Navarro R, Peñalva Trincado F. Fístula ileorrectal radiógena a través del muñón rectal (Hartmann). *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1985;68:79-83.

Noelia Alcaide^{a,*}, Benito Velayos^a,
Guillermo González Redondo^a, Edel Berroa de la Rosa^a,
Ana Macho Conesa^a, Luis Fernández Salazar^a,
Isabel Jiménez^b
y José Manuel González^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid

^b Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noelialcaide@hotmail.com (N. Alcaide).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.12.009>

Dysphagia and hematemesis: A rare presentation of a vascular complication



Disfagia y hematemesis: una presentación infrecuente de una complicación vascular

An 81-year-old man presented with progressive dysphagia to solid foods, odynophagia, and signs of upper gastrointestinal bleeding. Past medical history includes: (a) chronic ischemic cardiomyopathy treated with angioplasty and stent, (b) Leriche syndrome diagnosed 3 years before, (c) thoracic aortic aneurysm treated 12 months before with an endoprosthesis (Valiant®) placed through abdominal aorta. Vital signs were normal range on presentation, as well as physical examination. Initial chest X-ray showed a mediastinal widening. Laboratory data were significant only for hemoglobin (10.3 g/dl). Urgent upper digestive endoscopy was performed within 12 h (Fig. 1A). It showed a pseudodiverticula in the upper third esophagus with a silver,

wire shaped foreign body emerging from inside. Initially he was treated conservatively without any endoscopic treatment. To confirm the suspect of a metallic foreign body and to discard any other mediastinal complications, a thoracic computer tomography (CT) was performed (Fig. 1B). An aortic stent was in intimate contact and penetrating into the esophagus lumen, without any evidence of pneumomediastinum or other complications. Taking into account the comorbidities and the high surgical risk, conservative approach was decided and accepted by the patient. He was suggested to eat soft, well-chewed food with frequent liquid gulps during meals. Esophageal symptoms have had mild improvement and weight keeps stable in the 9 months of follow-up.

Endovascular treatment of thoracic aneurysm with endoprosthesis has become the first therapeutic choice.¹ Complications with endoprosthesis include: (a) ischemia (depending on the occluded artery by the extreme of the stent); (b) endoleak (persistence of blood flow outside the lumen of the endoluminal graft but within the aneurysm sac); (c) access complications (pseudoaneurysm, bleeding,