



REPORTE DE CASO

Fístula duodeno-cava secundaria a cuerpo extraño metálico con trombosis de la vena cava inferior

Duodeno-cava fistula secondary to metallic foreign body and inferior cava vein thrombosis

Agustín Virgili¹ , Ignacio Virgili¹ , José María Sanguinetti¹ 

¹ Sanatorio El Carmen, Salta, Argentina.

Recibido: 11/08/2025

Aprobado: 08/12/2025

En línea: 30/12/2025

Contribución de los autores

Virgili fue el médico endoscopista y AV el médico cirujano, ambos participaron de la redacción, IV en edición e interpretación de las imágenes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés relacionados con el trabajo presentado.

Financiamiento

Ninguna.

Citar como

Virgili A, Virgili I, Sanguinetti JM. Fistula duodeno-cava secundaria a cuerpo extraño metálico con trombosis de la vena cava inferior. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(4):419-21. doi: 10.47892/rgp.2025.454.2044.

RESUMEN

La fistula duodeno-cava (FDC) es una entidad extremadamente infrecuente, que puede tener consecuencias letales. Se asocia a procesos infecciosos, neoplásicos, trauma o cuerpos extraños. Reportamos un caso de FDC secundaria a la migración de un alambre metálico desde el duodeno hacia la vena cava inferior (VCI), acompañado de trombosis de la venosa extensa. Varón de 48 años sin antecedentes médicos relevantes que consultó por fiebre y dolor abdominal inespecífico. Se interna con diagnóstico inicial de Dengue agudo en contexto de epidemia por dicho virus. La tomografía computada reveló un cuerpo extraño metálico lineal que atravesaba la segunda porción duodenal, penetrando la pared visceral y alojándose en la luz de la VCI, con aire en su interior y trombosis venosa extensa. Se realizó video endoscopía digestiva alta (VEDA), con extracción exitosa del cuerpo extraño. El paciente recibió antibióticoterapia endovenosa durante 10 días y anticoagulación oral por 6 meses. La evolución clínica fue favorable, el paciente se recuperó sin complicaciones. La FDC por cuerpo extraño es extremadamente rara. El manejo endoscópico puede ser exitoso en casos seleccionados, evitando procedimientos quirúrgicos invasivos.

Palabras clave: Fístula; Reacción a Cuerpo Extraño; Trombosis de la Vena (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Duodeno-caval fistula (DCF) is an extremely rare entity that can have potentially lethal consequences. It is associated with infectious, neoplastic, traumatic processes, or foreign bodies. We report a case of DCF secondary to the migration of a metallic wire from the duodenum to the inferior vena cava (IVC), accompanied by extensive venous thrombosis. A 48-year-old male with no relevant medical history presented with fever and nonspecific abdominal pain. He was admitted with an initial diagnosis of acute dengue in the context of an ongoing epidemic. Computed tomography revealed a linear metallic foreign body crossing the second portion of the duodenum, penetrating the visceral wall, and lodging within the lumen of the IVC, with air inside and extensive venous thrombosis. Upper digestive video endoscopy (EGD) was performed, with successful extraction of the foreign body. The patient received intravenous antibiotic therapy for 10 days and oral anticoagulation for 6 months. Clinical evolution was favorable, and the patient recovered without complications. DCF due to a foreign body is extremely rare. Endoscopic management can be successful in selected cases, avoiding invasive surgical procedures.

Keywords: Fistula; Foreign-Body Reaction; Venous Thrombosis (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

José María Sanguinetti
Avenida Belgrano 871, Salta, CP 4400,
Argentina
E-mail: sanguinetti.josema@gmail.com



Esta es un artículo bajo la licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La fistula duodeno-cava (FDC) representa una rara entidad patológica del abdomen, caracterizada por la comunicación anormal entre el duodeno y la vena cava inferior (VCI). Las causas más comunes incluyen migración de filtros de vena cava, neoplasias retroperitoneales, úlceras perforadas y trauma. La presencia de un cuerpo extraño perforante es un mecanismo extremadamente raro y pocas veces reportado en la literatura mundial. Su diagnóstico suele requerir estudios por imágenes y su tratamiento varía según la etiología, extensión y condiciones clínicas del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por fiebre intermitente superior a 38°C, dolor abdominal en epigástrico y leve edema en miembros inferiores. Inicialmente fue hospitalizado con sospecha de dengue agudo, debido al contexto epidemiológico del momento en Salta y una serología IgM reactiva. Los análisis de laboratorio evidenciaron plaquetopenia leve (143 000/mm³) y leucocitosis.

Dada la evolución clínica tórpida, caracterizada por persistencia de la fiebre y del dolor abdominal, se realizó a las 72 hs una tomografía computada abdominopélvica multicorte con contraste endovenoso, la cual reveló la presencia de un cuerpo extraño metálico lineal atravesando la segunda porción del duodeno y su extremo distal alojado en la luz de la VCI, asociado a extensa trombosis venosa de casi toda la VCI y venas iliacas, con presencia de gas intraluminal (Figura 1).

Se programó una videoendoscopía digestiva alta (VEDA) en quirófanos con el paciente intubado y presencia del equipo de cirugía general ante la posibilidad de complicaciones como una hemorragia.

La VEDA permitió identificar el cuerpo extraño en la segunda porción del duodeno, lográndose su extracción de manera exitosa y sin complicaciones (Figura 2). La examinación del cuerpo extraño muestra que se trataba de un fragmento de alambre metálico, compatible con un filamento de cepillo de limpieza (Figura 3), presumiblemente ingerido en forma accidental.

Se decidió mantener antibioticoterapia endovenosa con ciprofloxacina y metronidazol, no se rescataron gérmenes en los hemocultivos. Además, se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, que posteriormente fue rotada a anticoagulación oral.

A las 24 horas de la VEDA el dolor abdominal y la fiebre cedieron, se inició tolerancia a la dieta oral en forma progresiva. La leucocitosis y la plaquetopenia se normalizaron en el quinto día de internación. Continuó internado durante los diez días posteriores al procedimiento completando tratamiento intravenoso con antibióticos y monitoreando anticoagulación y sintomatología.

El paciente permaneció internado durante 13 días. Los controles por imágenes mostraron progresiva reabsorción del trombo, aunque sin completa repermeabilización de la VCI y con desarrollo de circulación colateral.

Consideraciones éticas

Para esta publicación se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki. El paciente firmó el consentimiento informado autorizando a la publicación del caso siempre que se resguarde la identidad.

DISCUSIÓN

La FDC es una entidad rara y potencialmente letal. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con antecedentes vagos y

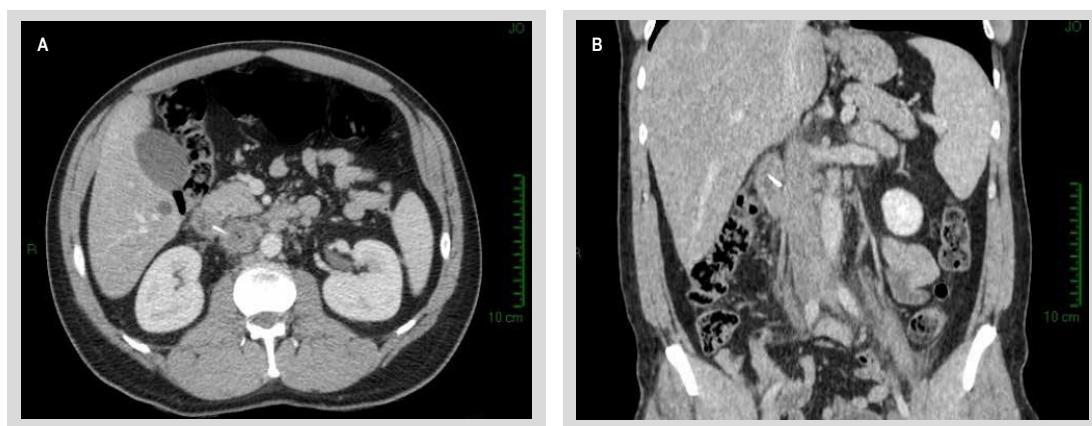


Figura 1. Tomografía computada abdominopélvica multicorte con contraste endovenoso, con presencia de un cuerpo extraño metálico lineal atravesando la segunda porción del duodeno y su extremo distal alojado en la luz de la VCI, asociado a extensa trombosis venosa de casi toda la VCI y venas iliacas, con presencia de gas intraluminal. **A.** Vista axial. **B.** Vista coronal.



Figura 2. Endoscopia alta donde se evidencia un fragmento de alambre metálico impactado en la segunda porción del duodeno.



Figura 3. Fragmento de alambre metálico, compatible con un filamento de cepillo de limpieza, se compara su tamaño con una hoja de bisturí.

síntomas inespecíficos. Se describen como principales causas la migración de filtros de VCI, ulceras pépticas, tumores retroperitoneales resecados y/o irradiados. Los cuerpos extraños como agente etiológico de FDC son raros, habiéndose reportado casos de espinas de pescado o de cuerpos extraños metálicos como agentes perforantes capaces de migrar a estructuras vecinas, incluyendo vasos de gran calibre. Las formas más frecuentes de presentación suelen ser la sepsis y la hemorragia digestiva, aunque existen reportes donde el síntoma cardinal fue el dolor abdominal⁽¹⁻⁴⁾.

La Tomografía Computada constituye un método no invasivo de gran utilidad para tipo de cuadro clínico – con dolor abdominal y fiebre, además permite detectar trombosis de la VCI, presencia de aire en su interior, presencia de colecciones intra o extraluminales y eventualmente, un cuerpo extraño⁽²⁾. En este caso, la tomografía computada no sólo permitió identificar la trayectoria del objeto y sino también su relación directa con la VCI, hallazgo crítico para guiar la estrategia terapéutica.

La VEDA no suele ser el método diagnóstico de primera elección, ya que, aunque puede poner en evidencia lesiones mucosas, úlcera o sangrado activo, los cuerpos extraños pequeños o parcialmente incrustados pueden pasar desapercibidos. En relación con la función terapéutica de la endoscopía existen reportes de casos similares con resolución endoscópica en duodeno distal^(2,4,5).

La elección de la vía endoscópica como primer abordaje en este caso se basó en la estabilidad clínica del paciente y la menor agresividad del procedimiento en comparación con el abordaje quirúrgico. La antibioticoterapia dirigida y la anticoagulación sostenida fueron fundamentales para resolver la infección sistémica y la trombosis de la VCI.

El paciente continúa bajo control y seguimiento con anticoagulación oral; la trombosis persiste, observándose en las últimas imágenes recanalización parcial y desarrollo de circulación colateral.

En conclusión, la fistula duodeno-cava secundaria a cuerpo extraño metálico es una complicación extremadamente infrecuente y grave. La tomografía es esencial para su diagnóstico y la endoscopia puede ser una herramienta terapéutica eficaz en pacientes seleccionados. La detección temprana, el tratamiento antibiótico y anticoagulante adecuados, y un abordaje colaborativo permiten evitar complicaciones mayores y alcanzar una resolución completa del cuadro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Du Priest Jr RW, Khaneja SC, Ayella R, Cowley RA. Sepsis and upper gastrointestinal hemorrhage due to duodenal-caval fistula: complications of delayed treatment of a penetrating abdominal injury (case report). *J Trauma*. 1979;19(4):275-77. doi: 10.1097/00005373-197904000-00011.
2. Guo Y, Zhang YQ, Lin W. Radiological diagnosis of duodenocaval fistula: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2010;16(18):2314-6. doi: 10.3748/wjg.v16.i18.2314.
3. Guillem PG, Binot D, Dupuy-Cuny J, Laberenne JE, Lesage J, Triboulet JP, et al. Duodenocaval fistula: a life-threatening condition of various origins. *J Vasc Surg*. 2001;33(3):643-45. doi: 10.1067/mva.2001.111741.
4. Cedrón H, Aliaga J, Camacho F. Manejo exitoso de perforación duodenal por cerda de alambre mediante enteroscopia anterógrada asistida con laparoscopia: reporte de caso. *Rev Gastro Méjico*. 2021;86(1):96-8. doi: 10.1016/j.rgmx.2020. c01.004.
5. Brandão D, Canedo A, Maia M, Ferreira J, Vaz G. Duodenocaval fistula as a result of a fish bone perforation. *J Vasc Surg*. 2010;51(5):1276-8. doi: 10.1016/j.jvs.2009.12.049.