

Fistulización de prótesis de vena cava inferior a segunda porción de duodeno: reporte de un caso

Autores Luis M. Fernández P. 

Afiliación Gastroenterólogo. Policlínica Méndez Gimón. Instituto Oncológico Luis Razetti. Caracas, Venezuela.

Autor de Correspondencia: Luis M. Fernández P. Correo: celtacaribe@gmail.com ORCID: [0009-0002-9616-5661](https://orcid.org/0009-0002-9616-5661)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(2):28-30.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2024.78.2.006>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 09/04/2024

Fecha de revisión: 17/05/2024

Fecha de aprobación: 11/06/2024

Resumen

Presentamos un raro caso de un paciente quien fue intervenido quirúrgicamente hace 18 años por un tumor retroperitoneal de células germinales que ameritó la colocación de prótesis de Dacron en la vena Cava inferior la cual se fistulizó a segunda porción de duodeno.

Palabras Clave: Fistula duodenal en la segunda porción. Prótesis de Dacron en la vena Cava inferior. Tumor retroperitoneal de células germinales.

FISTULIZATION OF INFERIOR VENA CAVA PROSTHESIS TO SECOND PORTION OF DUODENUM: REPORT OF A CASE

Summary

We present a rare case of a patient who underwent surgery 18 years ago for a retroperitoneal germ cell tumour which necessitated the placement of a Dacron prosthesis in the inferior vena cava which fistulised to the second portion of the duodenum.

Key Words: Fistulised to the second portion of the duodenum. Dacron prosthesis in the inferior vena cava. Retroperitoneal germ cell tumour.

Caso Clínico

Se trata de paciente masculino de 37 años de edad quien acude a consulta por presentar dolor en hipocondrio derecho de moderada a fuerte intensidad, de carácter punzante, tipo cólico

esporádico a predominio nocturno el cual calmaba con uso de anti inflamatorios. Negaba trastornos evacuatorios o melena. Entre sus antecedentes de importancia reportaba haber sido intervenido quirúrgicamente en el año 2006 de tumor retroperitoneal extragonadal de células germinales mixto de 8 cms de diámetro con compromiso de la vena cava inferior (50% de la luz de la misma) y colocación de prótesis de Dacron de 10 cms de longitud (Figura 1),

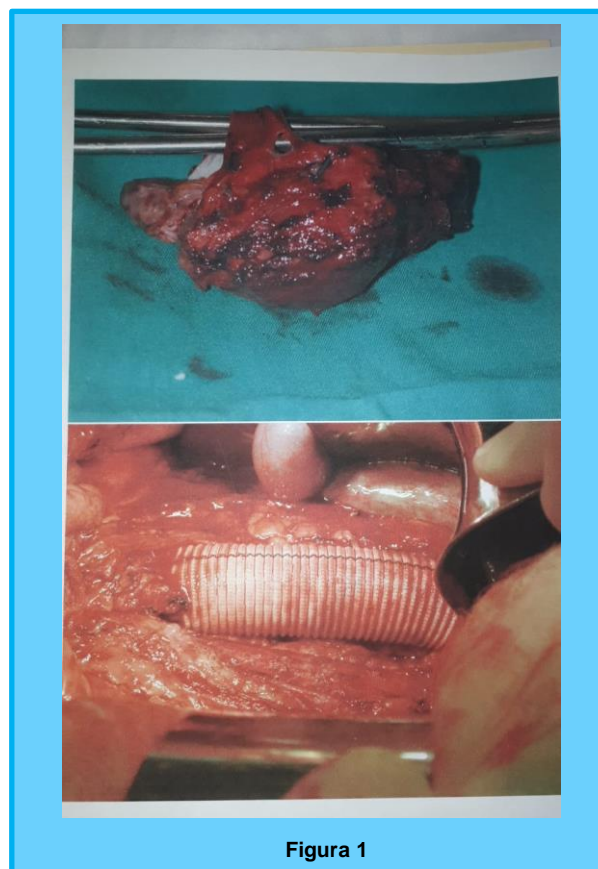


Figura 1

Previo a la cirugía recibió 4 ciclos de quimioterapia con bleomicina, etopósido y cisplatino. En el 2017 es intervenido quirúrgicamente por varicocele y actualmente en tratamiento con Euthyrox por hipotiroidismo y Clopidigrel.

Al momento del examen físico el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, normotérmico e hidratado, con frecuencia cardíaca en 70 latidos por minuto, 14 respiraciones y Tensión arterial 140-90 mmHg. A la palpación abdominal no adenomegalias ni dolor en hipocondrio con ruidos hidroaéros presentes.

Se solicita ecosonograma abdominal el cual solo reporta infiltración grasa difusa grado II.

Los laboratorios reportaron 7300 globulos blancos con 66% de segmentados y 296000 plaquetas, 16,8 gramos% de hemoglobina y una VSG de 2 mm en la primera hora. Glicemia: 96 mg/dl, Urea: 309,8 mg/dl, Creatinina: 1,23 mg/dl, Colesterol total: 270 mg/dl, Triglicéridos: 177 mg/dl, albumina: 4,2 gr/dl, AST: 15,1 U/L, ALT: 39 U/L, VDRL: No reactivo.

En vista de ello se solicita y realiza endoscopia digestiva superior con los siguientes hallazgos (Figura 2):

Se evidencia en la luz de la segunda porción duodenal la prótesis de Dacrón colocada hacía 18 años en vena Cava inferior en relación a su antecedente quirúrgico.

En vista de ello se solicita a la brevedad la realización de Angiotomografía: Segmento ocluido de la vena cava inferior en un plano inferior a las venas renales, con ramas colaterales que drenan al sistema áigicos con permeabilidad de la vena cava inferior infrahepática. Dilatación focal del duodeno en 2da con 3era porción que impresiona estar en relación con divertículo duodenal. Se identifican múltiples ramas venosas colaterales visibles a nivel del flanco derecho, las cuales drenan al sistema áigicos, con revascularización de la vena cava inferior infra hepática desde el plano de las venas renales (Figura 3):

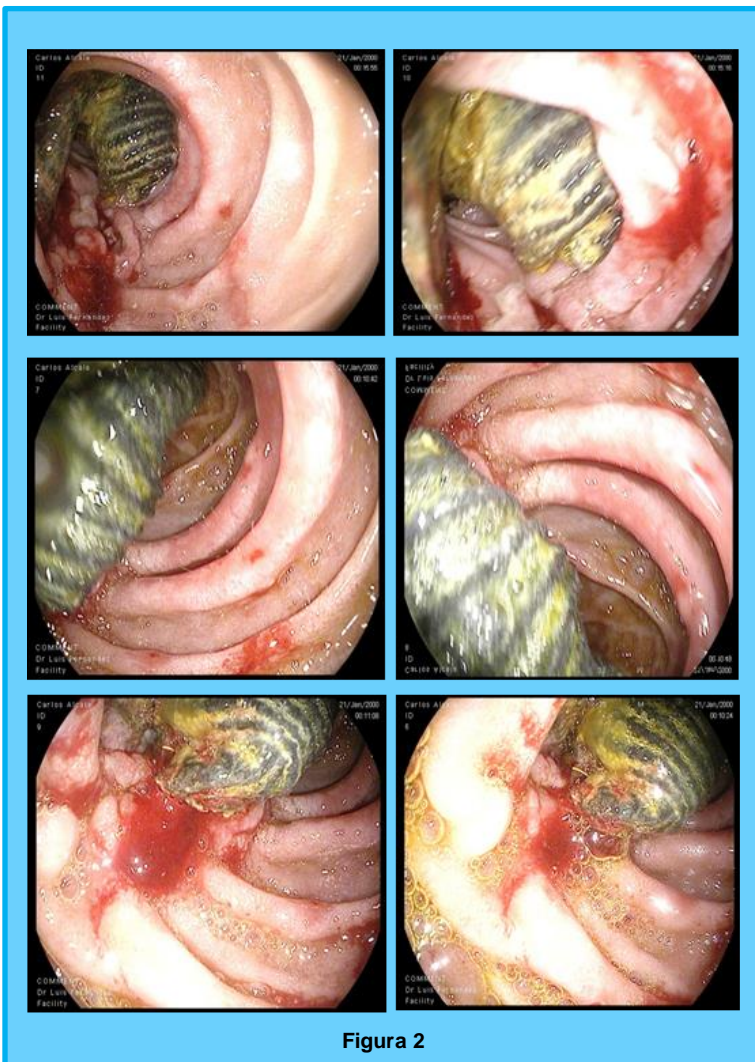


Figura 2

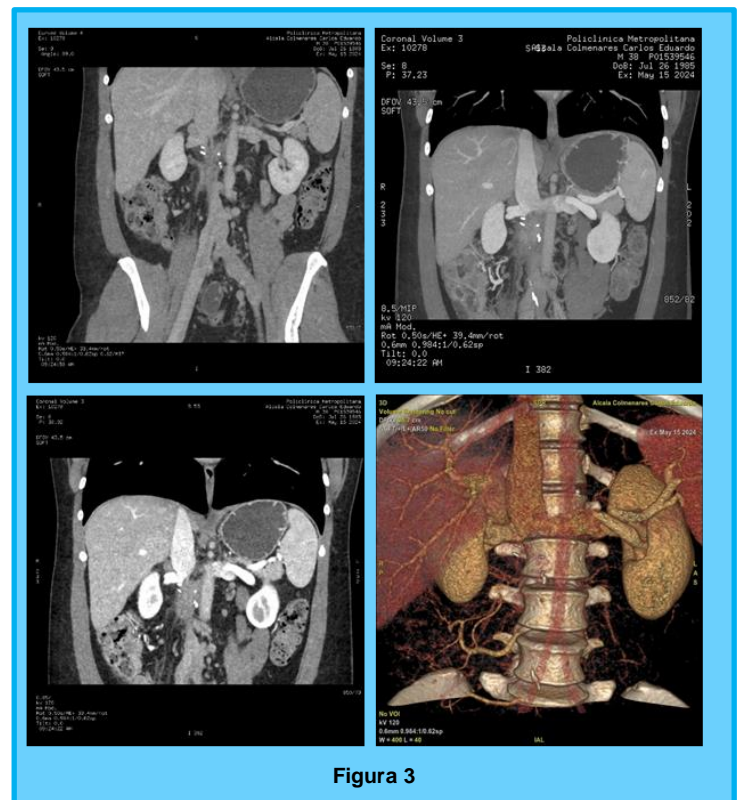


Figura 3

Discusión

Se trata de un caso poco frecuente tanto por su patología de base como lo es el Tumor de células germinales extragonadal retroperitoneal como por la fistulización de una prótesis caval hacia segunda porción de duodeno.^{1,2}

Las fistulas enterocavales son poco frecuentes reportando la literatura menos de 50 casos reportados. Las causas más comunes son lo traumatismos abdominales, cuerpos extraños, tumores retroperitoneales (a predominio de aquellos irradiados) y casos reportados de lesiones ocasionadas por filtros en la cava.^{3,4,5}

Las manifestaciones clínicas más frecuentes observadas en estos pacientes son los procesos infecciosos y las hemorragias.

Estos eventos pueden progresar desde sus formas más leves hasta cuadros sépticos y hemorragias cataclísmicas dando origen hasta un 40% de mortalidad. Se han reportado manifestaciones poco comunes como la obstrucción intestinal.⁴

En la literatura revisada se describen 9 casos de prótesis fistulizadas a segunda porción de duodeno, todas ellas producto de cirugías realizadas para paliar los cuadros de hipertensión portal (antes del uso de los TIPS) en aquellos pacientes con hemorragias o descompensaciones intratables. Estas intervenciones se tratan de derivaciones o shunts mesocavales.^{6,7}

El caso que traemos a discusión se trata de una prótesis fistulizada desde la vena Cava hasta segunda porción de duodeno como consecuencia de un tumor extragonadal retroperitoneal y de acuerdo a la literatura revisada, es el primer caso reportado hasta la actualidad, siendo el dolor en hipocondrio derecho como única sintomatología.^{8,9,10}

Todos los casos revisados hasta la actualidad se han resuelto quirúrgicamente por diferentes modalidades que van desde la extracción de la prótesis y reparación del defecto duodenal hasta realizar gastroenteroanastomosis dejando la prótesis in situ.^{8,9,10,11,12, 13}

En la actualidad estamos esperando la respuesta quirúrgica.

Conclusiones

La disfagia maligna es la dificultad para la deglución que resulta de la obstrucción del esófago secundario a cáncer. Los objetivos del tratamiento paliativo son la disminución de la disfagia y mejorar la ingesta por vía oral. En la actualidad las prótesis metálicas autoexpandibles son el tratamiento de elección en virtud de que permiten restaurar de inmediato la vía oral.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Ailema L, Carlos G, Lixaida C et al. Tumor germinal mediastinal extragonadal. A propósito de un caso. *Neumol Cir Torax*. 2012;71(1): 36-39.
2. Eduardo S, Kiyoshi Alejandro M, Ilse G et al. Tumor de células germinales mixtas extragonadal primario de mediastino. Reporte de un caso. *Neumol Cir Torax*. 2023;82(1):49-52.
3. Philippe G, Daniel B, Jean D, et al. Duodenocaval fistula: a life-threatening condition of various origins. *J Vasc Surg*. 2001;33: 643-45.
4. Carlos A, Luis H, Jesus Diaz M, et al. Aortoenteric and Enterocaval fistulas Secondary to a Duodenal Erosion Caused by a Prosthetic Vascular Graft. *Int Surg*. 2021; 105:271-274.
5. James H, Robert K. Endovascular Stent Reconstruction of the Inferior Vena Cava Complicated by Duodenocaval Fistula. *Seminars in Interventional Radiology*. 2011;28(2): 147-151.
6. Junjie L, Shi C, Jun X. Duodenal Erosion and Obstruccion Caused by Mesocaval Prosthesis. *ACG Case Rep J* 2019; 6:1-3.
7. Richard M W, keneth R F, Douglas A H et al. Duodenal Erosion of a Mesocaval Graft: An Unusual Complication of Mesocaval Shunt Interposition Surgery. *Gastroenterology*. 1980; 79:729-730.
8. Sami S, Katherine K, Eric Y et al. What goes in should not always come out: migration of prosthetic mesocaval shunt via erosion through the duodenum. *Gastrointest Endosc*. 2015; 81(5):1298-1299.
9. Steve G, Patrick G, Frederick L et al. Duodenal erosion caused by mesocaval graft. *Gastrointest Endosc*. 1986; 32(6):412-414.
10. Surinder S, Arunanshu B, Navin K et al. Spontaneous migration of a prosthetic mesocaval shunt to the duodenum: endoscopic diagnosis of a unusual complication of shunt surgery. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(2):387-389.
11. Bass H, Ken T, Richard W, et al. The Management of Inferior Vena Cava Obstruction Cmplicating Metastatic Germ Cell Tumors. *Cancer*. 1999;85(4):912-918.
12. Rajabrata S, Frederick R E, Hugh A G et al. Prosthetic replacement of inferior vena cava for malignancy. *J Vasc Surg* 1998; 28:75-83.
13. James H, Robert K. Endovascular Stent Reconstruction of the Inferior Vena Cava Complicated by Duodenocaval Fistula. *Seminars in Interventional Radiology*. 2011;28(2): 147-151