

PILEFLEBITIS SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

PYLEPHLEBITIS DUE TO ACUTE DIVERTICULITIS: IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS.

A. Martín-Lagos Maldonado, T. Gallart-Aragón, J. Gómez-Sánchez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La pileflebitis es una entidad poco frecuente pero severa, asociada a una elevada morbimortalidad. Sus principales causas son las infecciones intraabdominales, y de ellas, la diverticulitis aguda. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar el desarrollo de complicaciones como la sepsis intraabdominal o el infarto intestinal.

Palabras clave: pileflebitis, diverticulitis aguda.

Abstract

Pylephlebitis is a rare but severe entity, associated with high morbidity and mortality. Its main causes are intra-abdominal infections, and of these, acute diverticulitis. Early diagnosis is essential

to avoid the development of complications such as intra-abdominal sepsis or intestinal infarction

Keywords: pylephlebitis, acute diverticulitis.

Caso clínico

Varón de 56 años con antecedentes personales de obesidad grado 2 e hipertensión arterial, consulta por cuadro de fiebre, escalofríos y dolor abdominal en flanco izquierdo de una semana de evolución. Sus constantes vitales son: presión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca 102 latidos por minuto y temperatura 38,8 °C. El abdomen es doloroso en flanco izquierdo con defensa a dicho nivel. En la analítica de sangre destaca: leucocitosis (17.875/microl) con desviación izquierda, proteína C reactiva 245 mg/dl, aspartato aminotransferasa 66 U/L, alanino aminotransferasa 74 U/L, fosfatasa alcalina 178 U/L (función renal, electrolitos y resto del perfil hepático normales). Se realiza una tomografía axial computarizada abdominal con contraste intravenoso que evidencia la presencia de gas en la vena mesentérica inferior y en todo el eje esplenoportal

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-lagos Maldonado
Hospital Universitario San Cecilio
18006 Granada
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 07/04/2019

Fecha de aceptación: 16/05/2019

compatible con pyleflebitis (Figura 1A), y un engrosamiento del sigma con cambios inflamatorios compatibles con diverticulitis aguda (Figura 1B). El paciente ingresa en el servicio de Cirugía General y, encontrándose estable, se opta por tratamiento conservador con soporte nutricional parenteral, antibioterapia de amplio espectro y heparina de bajo peso molecular. Los hemocultivos aíslan *Escherichia coli*. La evolución clínica y radiológica es favorable siendo dado de alta doce días después.

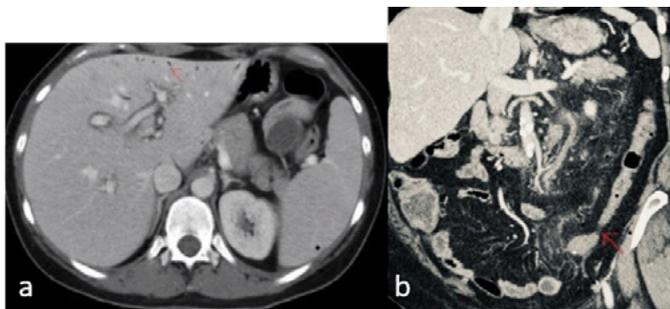


Figura 1

Figura 1A. Corte axial. Se identifica la presencia de gas en el sistema portal sugestivo de pyleflebitis (flecha). Figura 1B. Corte sagital. Engrosamiento de la pared del colon a nivel de sigma con cambios inflamatorios compatible con diverticulitis aguda (flecha).

Discusión

La pyleflebitis consiste en la trombosis séptica (sinónimo: supurativa o infecciosa) de la vena porta o sus ramas. Se trata de una complicación poco común observada en el 0,16% de los procesos infecciosos intraabdominales¹. La diverticulitis aguda constituye su principal causa pero, aún así, la pyleflebitis sigue siendo una complicación rara tan solo presente en el 3% de las diverticulitis^{2,3}. Se ha sugerido que durante el proceso infeccioso intraabdominal la formación del trombo podría ser mediada por la liberación de factores trombogénicos en el seno de la inflamación y/o invasión bacteriana.

Los síntomas de la pyleflebitis son inespecíficos, pudiendo manifestarse con fiebre, escalofríos, náuseas o dolor abdominal. En el laboratorio los hallazgos incluyen leucocitosis (80%), aumento de las enzimas hepáticas (40-69%) y de la bilirrubina total (55%). Los cultivos son positivos en el 77-88%, siendo los microorganismos más comúnmente implicados los anaerobios y bacterias gram negativas^{2,4}.

En estadios avanzados de la infección el pronóstico empeora debido al desarrollo de complicaciones como abscesos hepáticos, trombosis crónica portal, hipertensión portal o un infarto mesentérico, y, aunque se ha producido un importante descenso de la mortalidad desde los años 90 (cuando se aproximaba al 75%), esta sigue siendo elevada, alcanzando el 25%. Por ello, el control precoz del foco infeccioso y la detección temprana de la trombosis mesentérica tienen importantes consecuencias pronósticas.

El diagnóstico de la pyleflebitis requiere la demostración de la trombosis venosa portal o la existencia de gas en el sistema portal en un contexto clínico compatible de un paciente con bacteriemia o síndrome febril. La presencia de gas intraluminal en el sistema venoso portal es sugestivo, pero no específico, de pyleflebitis, ya

que mayoritariamente se relaciona con la existencia de un estado inflamatorio asociado a una causa isquémica⁵. Por este motivo, el contexto clínico apropiado es imprescindible para orientar bien el diagnóstico. En estos casos, a diferencia de la neumobilia, el gas en el sistema venoso portal se extiende hacia la periferia hepática.

La ecografía doppler es útil en la demostración del trombo y aporta la ventaja de evitar la radiación y el uso de contrastes; sin embargo, el método radiológico de elección en la pyleflebitis es la TC abdominal, ya que también permite la valoración de otras posibles complicaciones asociadas y el estudio más amplio de la causa abdominal.

El tratamiento de la pyleflebitis se basa en el control del proceso infeccioso subyacente mediante la administración de antibióticos de amplio espectro⁶. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos de no respuesta, para la resección del foco inflamatorio/infeccioso y drenaje de colecciones y abscesos o ante el desarrollo de complicaciones como la isquemia intestinal. Salvo que exista un síndrome de hipercoagulabilidad subyacente asociado el valor de la anticoagulación es controvertido, ya que no existe evidencia firme de que mejore los resultados⁷.

En conclusión, la pyleflebitis constituye una complicación infrecuente de infecciones intraabdominales como la diverticulitis. El contexto clínico es fundamental para interpretar adecuadamente los hallazgos radiológicos y permitir un abordaje terapéutico temprano que frene una situación amenazante para la vida del paciente.

Bibliografía

- Mendes R, Dias F, Marques PE, Ferez MA, Febrônio EM. Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary to diverticulitis. *Radiol Bras*. 2018;51(5):334-348.
- Kaewlai R, Nazinitsky KJ. Acute colonic diverticulitis in a community-based hospital: CT evaluation in 138 patients. *Emerg Radiol* 2007; 13(4): 171-179. PMID: 17136376.
- Yazgan C, Akkas M, Ozmen MM. Inferior mesenteric vein pylephlebitis due to sigmoid diverticulitis. *BMJ Case Rep* 2015; 24
- Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, Rasch H, Tarr FE. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. *Radiology Case*; 2014; 8(2):37-45
- Kanelloupolou T, Alexopoulou A, Theodossiades G. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis*; 2010; 42(11-12): 804-811.
- Tomoda Y, Kagawa S, Nakatake N and Tanaka K. Pylephlebitis: A Rare Complication of Diverticulitis. *Intern Med* 2018; 57: 2279
- Belhassen-García M, Gomez-Munuera M, Pardo-Lledias J, Velasco-Tirado V, Perez-Persona E, Galindo-Perez I et al. Pylephlebitis: incidence and prognosis in a tertiary hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:350-4