

| | |
|----------------|---|
| Caso | (348) Gas en el sistema porto-mesentérico secundario a tromboflebitis séptica |
| Autores | Laura Abelairas López, Cristina Méndez Díaz, Nilfa Milena Cruz Sánchez, Cristina Flores Rodríguez, Bárbara Saiz Abad, Claudia Fontenla Martínez |
| Centro | Complejo Hospitalario Universitario De A Coruña (chuac) |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años, hipertensa, diabética y con infarto agudo de miocardio reciente manejado con tratamiento médico. Acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal más localizado en hipocondrio derecho, diarrea y nauseas de tres días de evolución. A la exploración física se encuentra afebril, sudorosa y taquipneica. La analítica muestra leucocitosis (> 20 mil/m.c.) con desviación izquierda y glucemia elevada (230 g/dl).

La radiografía simple de abdomen era normal. El estudio de TC abdominal con contraste intravenoso mostró un trombo blando no oclusivo con pequeñas burbujas de gas en la vena porta principal y en la vena esplénica, gas ectópico y una lesión de baja atenuación en la grasa adyacente al tronco celíaco y al eje espleno-portal, distensión de la vesícula biliar y mínima borrosidad de la grasa perivesicular.

El diagnóstico por imagen fue de pileflebitis probablemente secundaria a colecistitis aguda. Debido al estado de la paciente se realizó una colecistostomía percutánea extrayéndose bilis purulenta. En los hemocultivos se aislaron gérmenes anaerobios y la paciente fue tratada con antibióticos intravenosos y anticoagulación.

La evolución fue favorable procediéndose al alta tras la retirada del catéter de colecistostomía.

DISCUSIÓN

La pileflebitis o trombosis séptica de la vena porta es una complicación poco frecuente pero grave de las infecciones abdominales cuyo drenaje venoso depende del sistema venoso portal (diverticulitis, colecistitis, apendicitis...).

La presentación clínica es variable, suele presentarse con síntomas inespecíficos (dolor abdominal, fiebre, fatiga, nauseas...) y puede cursar leucocitosis, anemia o elevación de las transaminasas. El diagnóstico precoz es fundamental porque sin tratamiento adecuado puede evolucionar a shock séptico.

El diagnóstico puede establecerse con ecografía ó TC con contraste, siendo ésta última la prueba de elección. La clave del diagnóstico consiste en la detección del trombo en el sistema porto-mesentérico, con o sin gas asociado, y del foco infeccioso primario intraabdominal.

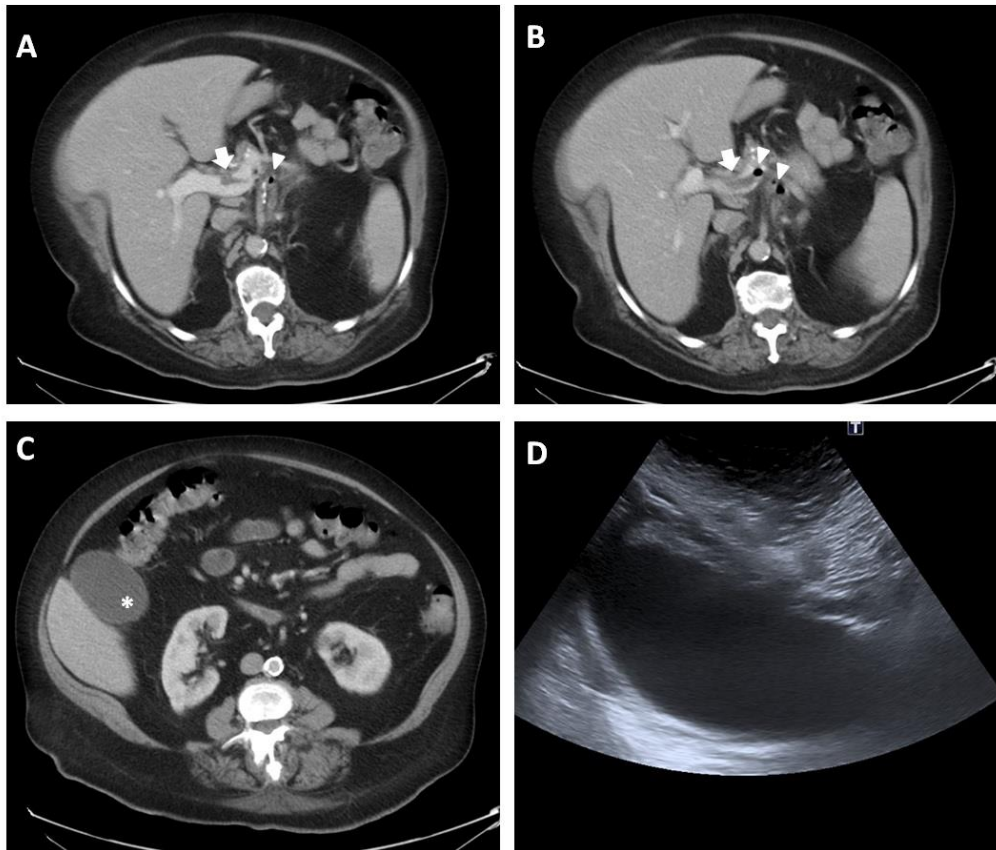
La presencia de gas es un hallazgo poco frecuente y sólo representa un signo de mal pronóstico cuando se asocia con abscesos hepáticos en el contexto de la pyleflebitis.

El diagnóstico diferencial se establece con otras causas de gas en el eje espleno-porto-mesentérico, como procesos que alteran la integridad de la pared intestinal (isquemia mesentérica, enfermedad inflamatoria intestinal), la distensión gástrica o de asas de intestino marcada y otras situaciones en las que el mecanismo es todavía desconocido como en pacientes trasplantados, con corticoterapia o con patología pulmonar.

Se debe tener en cuenta que, aunque la isquemia mesentérica es la causa más frecuente y grave de gas en el sistema porto-mesentérico, existen otros procesos patológicos con buen pronóstico como la pyleflebitis, si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

CONCLUSIÓN

La pyleflebitis es una complicación poco frecuente de infecciones abdominales y puede ser mortal si no se instaura un tratamiento precoz. Los hallazgos en TC con contraste suelen ser diagnósticos. El conocimiento y diagnóstico precoz de la pyleflebitis es fundamental para el manejo adecuado y el desenlace de estos pacientes.



TC abdominal con contraste en fase venosa. Trombosis no oclusiva de la vena porta principal (flechas) con pequeñas burbujas de gas (puntas de flecha) en su interior y en localización ectópica rodeando al tronco celíaco y al eje espleno-portal (Fig A y B). Distensión de la vesícula biliar () y mínima reticulación del tejido graso adyacente (Fig C). Ecografía abdominal. Vesícula distendida con pared de grosor en el límite alto de la normalidad (Fig D).*

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastià C, Quiroga S, Espin E, Boyé R, Alvarez-Castells A, Armengol M. Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings, and prognosis. *Radiographics*. 2000 Sep-Oct;20(5):1213-24; discussion 1224-6. doi:10.1148/radiographics.20.5.g00se011213. PMID: 10992012.
2. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3):656-661. doi:10.1007/s11605-015-2875-3
3. Pérez-Bru S, Nofuentes-Riera C, García-Marín A, Luri-Prieto P, Morales-Calderón M, García-García S. Pylephlebitis: a rare but possible complication of intra-abdominal infections. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83(6):501---505
4. Wong K, Weisman DS, Patrice KA. Pylephlebitis: a rare complication of an intra-abdominal infection. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2013;3(2):10.3402/jchimp.v3i2.20732. Published 2013 Jul 5. doi:10.3402/jchimp.v3i2.20732