

<b>Caso</b>	(432) Tromboflebitis séptica de la vena porta
<b>Autores</b>	Miguel Ángel Barneto Escribano, Benito Fernández Ruiz, Luis Pérez Matos, Veredas Romero Saucedo, Carmen María Navarro Osuna, Oxibel Palacios
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Reina Sofía

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años, hipertensa y fumadora, que consulta por dolor abdominal a nivel de hipogastrio desde hace 13 días con episodios autolimitados de rectorragia y diarrea. Así mismo, refiere picos de fiebre durante estos días (T<sup>a</sup> corporal de 37,6 °C en la hoja de constantes).

Se solicita analítica sanguínea (se destacan alteraciones relevantes):

- Hemograma: 13.820 leucocitos/ $\mu$ l (12.130 neutrófilos/ $\mu$ l) y 582.000 plaquetas/ $\mu$ l
- Proteína C reactiva: 394 mg/l

Mejoría parcial tras la administración de nolutil y paracetamol IV.

Imágenes del caso:

Imagen 1. Se observa un defecto de repleción en la vena mesentérica superior y vena porta compatible con trombosis venosa.

Imagen 2. Aumento de calibre de venas hemorroidales con defecto de repleción en su interior, todo ello compatible con trombosis venosa (cabeza de flecha naranja).

Imagen 3. Se visualizan los márgenes de la unión recto-sigmoidea borrosos, con trabeculación de la grasa adyacente en relación a cambios inflamatorios (flecha blanca).

Imagen 4. En el TC de control realizado posteriormente a los 8 días se observó una colección anfractuosa hipodensa de paredes captantes compatible con un absceso perirrectal (flecha blanca sin relleno) que confirmó el foco de infección intestinal.

En el TC de control realizado a los 3 meses después del tratamiento antibiótico, los hallazgos desaparecieron.

## DISCUSIÓN

La trombosis de la vena porta y de las venas mesentéricas se atribuye a múltiples causas: estados de hipercoagulabilidad (coagulopatía, embarazo, anticonceptivos orales, neoplasia), trastornos hematológicos (policitemia vera, trombocitemia esencial, HPN), trauma abdominal, cirrosis/hipertensión portal, neoplasias y pancreatitis, entre otros procesos inflamatorios abdominales.

La trombosis séptica del sistema venoso portal, también conocida como pileflebitis, es consecuencia de un foco de infección en una región intestinal cuyo drenaje final es la vena porta. Al inicio, se produce trombosis de las pequeñas venas de drenaje

del área afectada y desde ahí, se extiende hacia venas de mayor calibre (vena mesentérica superior/inferior) pudiendo afectarse la vena porta y sus ramificaciones intrahepáticas.

El foco de infección intraabdominal que da origen al cuadro es variable. La diverticulitis es la causa más frecuente, aunque también puede ser debida a apendicitis, infecciones urinarias, infecciones pélvicas, pancreatitis o enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, es probable que el foco infeccioso no se identifique en el momento del diagnóstico.

El cuadro clínico es variable, desde pacientes asintomáticos o mínimos síntomas en relación al foco primario de infección abdominal, hasta casos de abdomen agudo. Los signos y síntomas dependerán de la localización y extensión del trombo, pudiendo afectarse el hígado de forma secundaria (hepatomegalia, microabscesos).

La principal complicación de la trombosis venosa portal y mesentérica es la isquemia intestinal. Dentro de la isquemia intestinal de origen venoso, es frecuente encontrar engrosamiento parietal de las asas afectas debido a edema submucoso provocado por congestión venosa, siendo variable el grado de realce de estas asas. La presencia de abundante cantidad de líquido libre y neumatosis intestinal o portal traducirán un grado severo de isquemia mesentérica.

## CONCLUSIÓN

A pesar de que la tromboflebitis séptica del sistema venoso portal es una entidad poco frecuente, buscar un foco de infección abdominal cuando nos encontremos una trombosis mesentérica o portal nos ayudará a aproximarnos en su diagnóstico.



Imagen 1. Corte coronal de TC de abdomen y pelvis con contraste IV urgente



Imagen 2. Corte sagital de TC de abdomen y pelvis con contraste IV urgente



Imagen 3. Corte axial de TC de abdomen y pelvis con contraste IV urgente



Imagen 4. Corte axial de TC de abdomen y pelvis con contraste IV de control a los 8 días

## **BIBLIOGRAFÍA**

- García Figueiras R, Liñares Paz M, Baleato González S, Villalba Martín C. Case 158: Pylephlebitis. Radiology. 2010;255(3):1003-7
- Furukawa A, Kanasaki S, Kono N, Wakamiya M, Tanaka T, Takahashi M, Murata K. CT diagnosis of acute mesenteric ischemia from various causes. AJR Am J Roentgenol. 2009;192(2):408-16