

Caso	(074) Tromboflebitis séptica de vena porta secundaria a apendicitis aguda.
Autores	Irune Pérez, Pablo Sadaba, Silvia López, Zulema Fernandez, Iciar Aguirre, Elena Ingunza
Centro	Hospital Galdakao-usansolo

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 27 años con dolor abdominal generalizado desde hace 6 días, con deposiciones diarreicas ocasionales. No nauseas ni vómitos. Ha presentado episodios de fiebre de 40°. A la exploración clínica presenta dolor a la palpación difusa sin peritonismo y taquicardia. Se realiza Rx tórax que es normal.

Analítica: hallazgos de disfunción multiorgánica con procalcitonina 234, desviación izquierda en la fórmula leucocitaria, bilirrubina 1'8, urea 58, PCR 282, coagulopatía INR 1'3, trombocitopenia 38.000.

Se decide la realización de TC abdominopélvico urgente con contraste en fase venosa donde se visualiza una colección de contenido hidroaéreo en FID donde terminaba el extremo distal apendicular, cambios inflamatorios- flemonosos adyacentes que se extendían a raíz de mesenterio y llegaban a contactar con vena mesentérica inferior. La vena mesentérica inferior presentaba material hipodenso en su interior en relación con trombosis de la misma. Existía también trombosis de rama posterior de porta derecha y trombosis parcial de porta izquierda. En segmento VI hepático varias lesiones hipodensas mal definidas sugestivas de cambios inflamatorios-abscesos.

El paciente es trasladado a la UCI e inicia tratamiento antibiótico y anticoagulante. Se realiza apendicectomía. Presenta buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

La tromboflebitis séptica de la vena porta y sus ramas (pileflebitis) es una complicación generalmente aguda de procesos inflamatorios intraabdominales o de intervenciones quirúrgicas en pacientes con discrasias sanguíneas. El foco séptico puede originarse en cualquier tramo del tracto digestivo y en la actualidad la diverticulitis es la causa más común. Otras causas son apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis, perforación intestinal, infecciones pélvicas,...

La clínica es variable dependiendo de la localización del foco primario y la severidad de la infección asociada. El hallazgo más frecuente es la sepsis asociado a síntomas abdominales no específicos. La bacteriemia es un hallazgo frecuente, las bacterias más frecuentemente aisladas son E. Coli, P. mirabilis, B. fragilis y bacilos aerobios gram negativos. La ictericia es infrecuente e implica formas avanzadas con daño hepático importante.

Los hallazgos radiológicos nos permiten hacer el diagnóstico del foco primario de infección, de la trombosis de la vena porta y/o sus ramas y de la posible afectación del parénquima hepático. La extensión del proceso piogénico en las venas mesentéricas de drenaje se visualiza con la presencia de trombosis en el sistema

venoso portal central o periférico. Cuando existen abscesos hepáticos, los estudios de CT de seguimiento muestran la presencia de colecciones líquidas intrahepáticas mal definidas, colecciones hidroaéreas y lesiones hipodensas heterogéneas hepáticas.

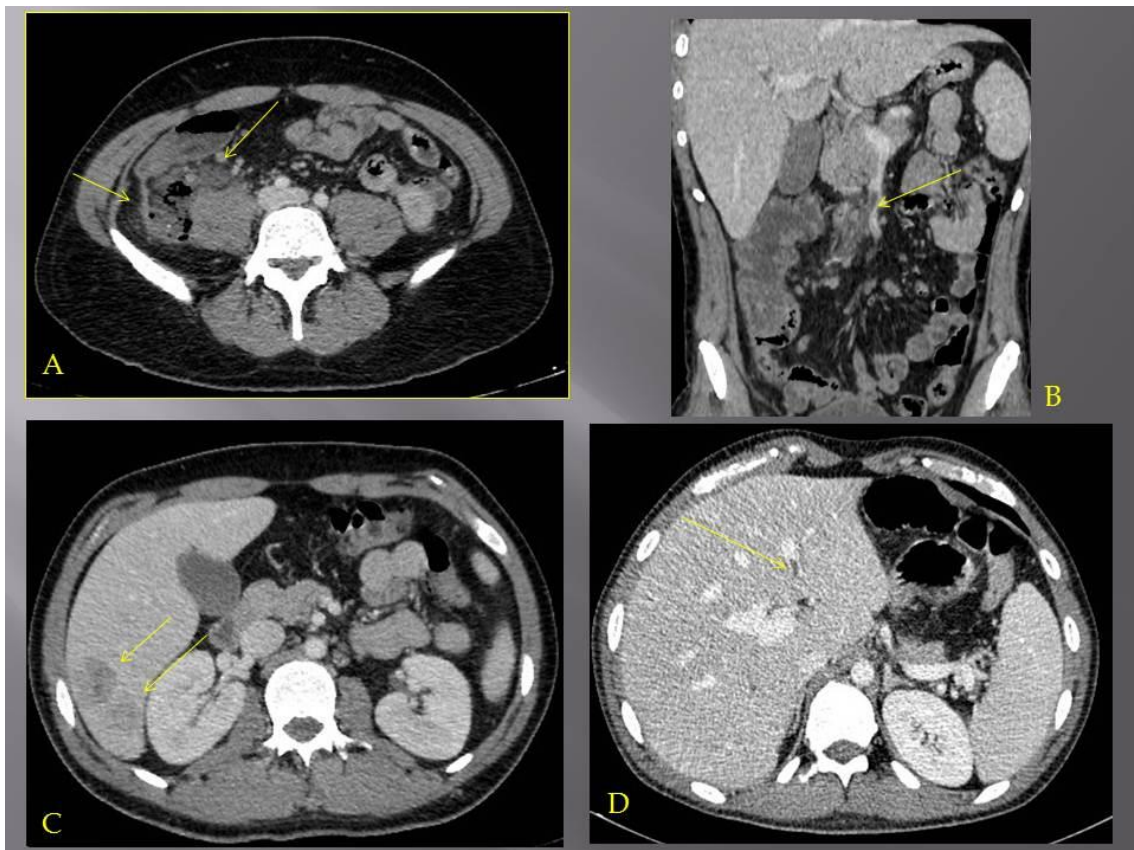
El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro durante un mínimo de 4 semanas, cirugía del foco inflamatorio primario y drenaje percutáneo en los abscesos de gran tamaño. Hay controversia sobre el uso de terapia anticoagulante.

La pyleflebitis portal es una complicación seria y potencialmente mortal. El diagnóstico temprano e inicio precoz del tratamiento adecuado disminuye las altas tasas de mortalidad descritas en series no recientes.

CONCLUSIÓN

La pyleflebitis o trombosis séptica de la vena porta y sus ramas es una infección aguda ascendente originada en un foco inflamatorio primario gastrointestinal. En la actualidad, la causa más frecuente es la diverticulitis aguda.

La clínica suele ser variable (sepsis y síntomas abdominales inespecíficos). La TC permite el diagnóstico de esta complicación y la instauración del tratamiento precoz permite disminuir las altas tasas de morbi-mortalidad asociadas a la misma.



A) TC abdominal con contraste. Absceso y cambios inflamatorios-flemonosos en FID. B) Trombosis de vena mesentérica inferior. C) Cambios flemonosos con inicio de abscesificación en parénquima hepático. D) Trombosis parcial de rama portal izquierda.

BIBLIOGRAFÍA

- J. Balthazar E, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT Imaging. *Journal of Computer Assisted Tomography* 24 (5):755-760.- S. Bradbury M, Kavanagh P, Bechtold R, Y. Chen M, J. Ott D, Regan J, M. Weber T. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging. *Radiographics* 2002; 22:527-541.
- Arteche E., Miranda L, Caballero P, Jiménez López de Oñate G. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pileflebitis): diagnóstico y manejo a propósito de tres casos. *Anales Sis San Navarra* vol.28 no.3 Pamplona sep/dic. 2005.