

Pileflebitis

Pylephlebitis

JOSÉ GABRIEL CHARRIA, ROSA NATALIA MARTÍNEZ, ADRIANA SERNA
• CHÍA (COLOMBIA)

Resumen

La trombosis séptica de la porta es una complicación poco frecuente y altamente mortal que se presenta en los pacientes como complicación de patología quirúrgica abdominal, principalmente en casos de apendicitis aguda y enfermedad diverticular complicada. Las manifestaciones clínicas de la condición son bizarras lo que hace el diagnóstico difícil y por ende la intervención tardía, favoreciendo así las tasas de complicaciones y desenlaces adversos. La aproximación diagnóstica se enfoca en la clínica y técnicas de imagen. Se presenta un caso en relación a trombosis séptica de la porta secundario a patología dependiente del apéndice cecal manifestada como choque séptico. (*Acta Med Colomb* 2016; 41: 148-150).

Palabras clave: *trombosis venosa, vena porta y choque séptico.*

Abstract

Septic thrombosis of the portal vein is a rare and highly lethal complication that occurs in patients as a complication of abdominal surgical pathology, mainly in cases of acute appendicitis and complicated diverticular disease. The clinical manifestations of the condition are bizarre making the diagnosis difficult and having therefore late intervention, favoring the rates of complications and adverse outcomes. The diagnostic approach focuses on the clinical picture and imaging techniques. A case of septic portal thrombosis secondary to cecal appendix dependent pathology manifested as septic shock, is presented. (*Acta Med Colomb* 2016; 41: 148-150).

Keywords: *venous thrombosis, portal vein and septic shock.*

Dr. José Gabriel Charria: Internista y Epidemiólogo Clínico; Dra. Rosa Natalia Martínez Tejeiro: Médico General; Dra. Adriana Serna: Médico Cirujano General. Clínica Universidad de La Sabana. Chía, Cundinamarca (Colombia). Correspondencia. Dr. José Gabriel Charria. Chía, Cundinamarca (Colombia). E-mail jose.charria@gmail.com
Recibido: 19/X/2014 Aceptado: 13/V/2016

Introducción

La trombosis séptica de la porta es una complicación poco frecuente y altamente mortal que se presenta en los pacientes como complicación de patología quirúrgica abdominal, principalmente en casos de apendicitis aguda y enfermedad diverticular complicada (1). Sin embargo en la actualidad se han descrito otras entidades etiológicas como causantes de la condición, entre ellas se pueden mencionar la enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis agudas graves, pancreatitis necrotizante, úlceras gástricas y duodenales, colecistitis agudas y perforaciones por cuerpos extraños. También está asociada con cirrosis, trauma, estados de hipercoagulabilidad y tumores de cualquier índole (1, 2).

Las manifestaciones clínicas de la condición son bizarras, lo que hace el diagnóstico difícil y por ende la intervención tardía, favoreciendo así las tasas de complicaciones y desenlaces adversos (1, 2). Los registros epidemiológicos son escasos en términos generales, aún más a nivel local, por ende las tasas de incidencia y prevalencia difíciles de estimar (1). En cuanto a los métodos de aproximación diagnóstica se ha mencionado la utilidad de la tomografía axial compu-

tarizada y la ecografía doppler, sin embargo los hallazgos de estas técnicas de aproximación no son específicos (1, 2).

En el presente trabajo se presenta un caso en relación a peliflebitis secundario a patología dependiente del apéndice cecal manifiesto como choque séptico.

Reporte de caso

Paciente masculino de 46 años de edad, quien ingresa por con cuadro clínico de seis días de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico, de predominio en epigastrio, intensidad 7/10, no irradiado posteriormente presenta aumento del dolor abdominal asociado a fiebre cuantificada en 39°C, múltiples episodios diarreicos náuseas, vómito e ictericia.

Asociado refería en la revisión por sistemas coluria desde la aparición de los síntomas y cefalea con fosfenos. Como antecedentes de importancia sólo relevante quirúrgicos en relación con herniografía inguinal.

Al examen físico presencia de ictericia y dolor abdominal sin irritación peritoneal. Se evidencia síndrome icterico con bilirrubinas a expensas de la directa, leucocitosis con

neutrofilia y acidemia metabólica. En los estudios por imágenes con ecografía hepatobiliar con evidencia de contenido ecogénico en confluente esplenoportal con lesión ecogénica en porta hacia la pared anterior por trombosis persistiendo permeabilidad. Dicho hallazgo se expone en la Figura 1.

Adicionalmente se realiza estudios de extensión con doppler de vasos portales, en el que se logra documentar la presencia de trombosis aguda de la vena esplénica que compromete parcialmente su luz, se exponen los hallazgos en la Figura 2.

Se enfoca el caso como síndrome icterico febril con posterior desarrollo de choque séptico e intervención quirúrgica de urgencia con adecuada evolución posoperatoria con hallazgo en relación con patología apendicular en relación

con emplastramiento. El paciente evoluciona de manera adecuada y es dado de alta.

Discusión

En la actualidad la pileflebitis se considera una condición poco frecuente pero grave, la cual se genera como complicación de varias patologías entre las que se encuentran los procesos infecciosos abdominales o extraabdominales, las intervenciones quirúrgicas a nivel de la cavidad abdominal, fenómenos tromboembólicos y asociada a fenómenos en relación con estados hipercoagulables; sin embargo, otras patologías como las tumorales y condiciones intrínsecas hepáticas han sido descritas (1). Fisiopatológicamente se trata de la embolización de contenido infeccioso a través del

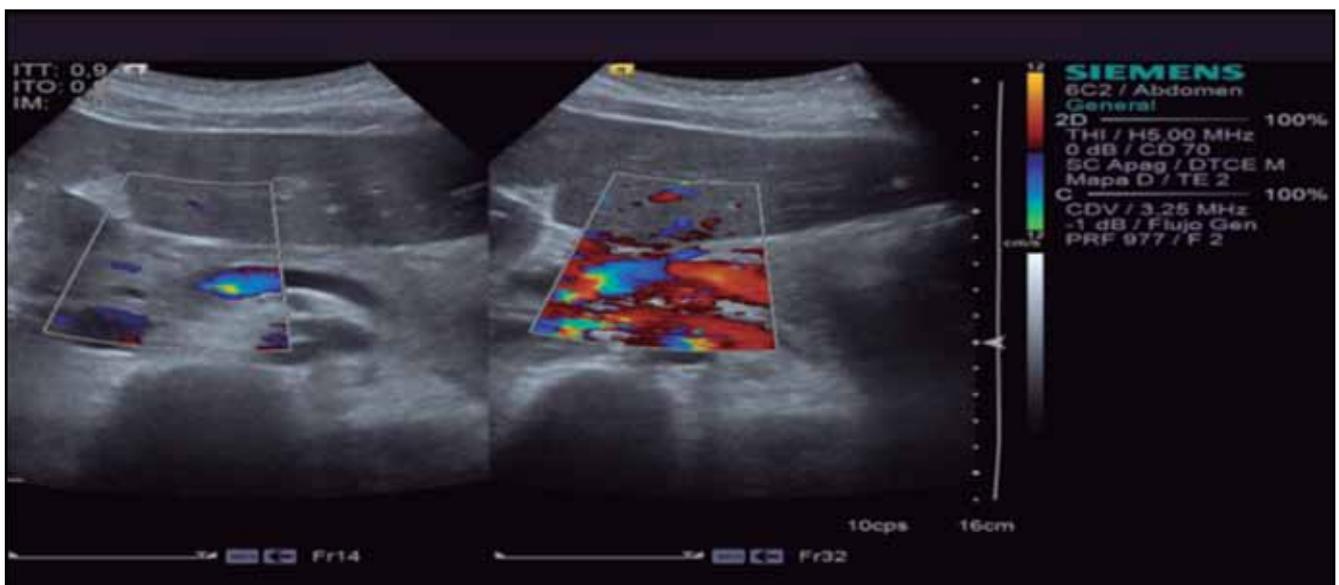


Figura 1. Contenido ecogénico en confluente esplenoportal con lesión ecogénica en porta hacia la pared anterior.



Figura 2. Presencia de trombosis aguda de la vena esplénica que compromete parcialmente su luz.

sistema venoso mesentérico con la colonización e infección del sistema portal y la generación de diferentes grados de obstrucción y la generación de un proceso séptico como el que presentó el paciente del caso actual.

Por lo general, el tipo de germen que causara la instauración del estado séptico está en relación con el sitio de origen de embolización, pero en términos generales se ha logrado identificar a la *Escherichia coli* como el más frecuente de ellos (1).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de la condición es relevante conocer de forma detallada los antecedentes y principalmente los que se relacionan con intervención quirúrgica a nivel de la cavidad abdominal; sin embargo, en algunos casos como el presente, éstos no tienen una relación directa con la condición y estados que presentan evolución lenta e inespecífica, pueden ser el único factor determinante de la condición. El tiempo de inicio y la evolución de la condición son variables, en algunos pacientes la instauración es lenta y poco mórbida pero en otros las manifestaciones son graves y potencialmente mortales como en el presente, en el que se generó un estado séptico importante. Dentro de los síntomas más frecuentes, se puede mencionar que la fiebre es el exponente. Otros síntomas y signos que pueden acompañar la condición y que deben generar un estado de alertamiento y sospecha son la presencia de ictericia como en el presente caso, las alteraciones del perfil hepático también presentado y las alteraciones en los tiempos de la coagulación. Otros hallazgos inespecíficos son la presencia de leucocitosis y neutrofilia, elevación de los reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva y la eritrosedimentación globular, acidemia metabólica, entre otros (3).

En relación con el diagnóstico, la sospecha clínica es imprescindible en el momento de la aproximación del paciente con caso sospechoso; sin embargo, dada la clínica inespecífica, técnicas de imágenes como las aproximaciones con doppler venoso portal y la tomografía axial computarizada adquieren relevancia. Se ha descrito dentro de los hallazgos más relevantes es la presencia de material ecogénico en el interior de la luz de la vena porta y de la vena mesentérica. En cuanto a la utilidad de la tomografía axial computarizada se centra en la identificación de focos abdominales que condicionen la instauración de la trombosis séptica.

El tratamiento de la pyleflebitis se enfoca en el control de la condición infecciosa con la utilización de antibióticos los cuales deben ser suministrados por cuatro semanas. El tratamiento se iniciará de manera precoz ante la sospecha y de forma empírica en la mayoría de los casos, se redireccionará la intervención con los resultados de cultivos. Idealmente los gérmenes que indican la intervención son los gram negativos y anaerobios (5).

Adicionalmente se han descrito intervenciones enfocadas en el control del proceso trombótico con la administración de anticoagulantes y trombolíticos, sin embargo estas intervenciones se deben individualizar según la presentación de la condición (5).

Finalmente se han descrito como medidas de intervención la utilización de técnicas quirúrgicas como el drenaje abierto de la rama portal comprometida con resultados variables según las series reportadas (5).

Conclusiones

La pyleflebitis es una condición rara que se genera como complicación de varias condiciones patológicas, su espectro de presentación es amplio con casos leves e inclusive con casos que pueden desencadenar la muerte, existen técnicas de aproximación imagenológica y técnicas de intervención y manejo con resultados variables de eficacia.

Declaración de fuentes de financiación y posibles conflictos de interés

Para la realización del presente reporte de caso los autores confirman que no se recibió ningún tipo de apoyo financiero por parte de la entidad educativa de la cual son estudiantes, igualmente la doctora Adriana Serna tampoco recibió ningún tipo de apoyo financiero para la estructuración del presente reporte de caso de la institución donde se desarrolla como cirujana general.

Los autores declaran de forma abierta que ninguno tiene relación con la industria farmacéutica y que no existe la presencia de conflictos de interés con la misma ni con ninguna otra entidad pública o privada que pudiesen afectar la información planteada en el presente reporte de caso.

Referencias

- Ames J and Federle M. Septic Thrombophlebitis of the Portal Venous System: Clinical and Imaging Findings in Thirty-Three Patients. *Dig Dis Sci* (2011); **56**: 2179-2184.
- Liappis AP, Roberts AD, Schwartz AM, Simon GL. Thrombosis and infection: a case of transient anti-cardiolipin antibody associated with pylephlebitis. *Am J Med Sci* 2003; **325**: 365-8.
- Lee HK, et al. Portal vein thrombosis: CT features. *Abdom Imag*. 2008; **33**: 72-79.
- Germain MA, Soukhni N, Bouzard D. Thrombo-seveineusemés entérique compliquant une appendicite aigüe. *Ann Chir* 2002; **127**: 381-4.
- Dominguez-Vargas R, Balcazar-Vasquez R, Rodriguez-Blas A, et al. Pileflebitis como complicación del proceso inflamatorio abdominal. *Rev Hosp Jua Mex* 2012; **79** (1): 48-50.
- Álvarez R, González R, Gutiérrez G. Tromboflebitis séptica de la vena porta. *Rev Chil Cir* 2002; **54**: 676-680.
- Arteche E, Ostiz S, 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* [revista en la Internet]. 2005; **28** (3): 417-420.
- Tsao YT, Lin SH, Cheng CJ, Chang FY. Pylephlebitis associated with acute infected choledocholithiasis. *Am J Med Sci* 2006; **332**: 85-87.
- Rea J, Jundt J, Jamison R. Pylephlebitis: Keep it in your differential diagnosis. *Am J Surg*. 2010; **200**: e69-71.
- Singh P, Yodav N, Visvalingam V. Pylephlebitis- diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2001; **96**: 1312.
- Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. *J Comput Assist Tomogr* 2000; **24**: 755-760.
- Arreche E, Ostiz S, 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 del Sistema Sanitario Navarro* 2005; **28** (3): 417-20.
- Menéndez-Sánchez P, Gambí-Pisonero D, Villarejo-Campos P, Padilla-Valverde D, Martín-Fernández J. Septic thrombophlebitis of the portal vein due to acute cholecystitis. *Cir Cir*. 2010; **78**: 439-41.
- Spelman D. Pylephlebitis. En: Rose BD, editor. *Walthman: UpToDate* 2011.
- Álvarez M, Rodrigo del Valle S, González JJ, Hernández L, Martínez-Rodríguez E. Pileflebitis tras apendicitis aguda. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; **99**: 59-60.
- Altamirano J, Zapata L, Poblano M, Rodríguez A, Camargo L, Martínez B, et al. Acute pylephlebitis following gastrointestinal infection: an unrecognized cause of septic shock. *South Med J*. 2010; **103**: 956-9.
- Condat B, Pessione F, Denninger MH, Hillaire S, Valla D. Recent portal or mesenteric venous thrombosis: increased recognition and frequent recanalization on anticoagulant therapy. *Hepatology*. 2000; **32**: 466-70.