



PILEFLEBITIS: UNA EXTRAÑA COMPLICACIÓN DE UNA DIVERTICULITIS

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 37 años consulta por fiebre de una semana de evolución, asociado a diarrea y dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior.

Sin antecedente patológico personal y/o familiar.

En laboratorio se rescata: Bacteriemia por *Escherichia coli*, plaquetopenia, transaminasas elevadas (FAL normal).

Serología y coprocultivo negativo.

Desde el servicio de clínica médica deciden solicitar una tomografía de abdomen con contraste...



Identificándose en unión rectosigmoide una imagen diverticular con paredes engrosadas, asociada a engrosamiento de la pared colónica y alteración densitométrica de la grasa de su meso (círculo azul).

Hallazgos compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso diverticular (diverticulitis).



Al visualizar el resto del abdomen se identifican signos de trombosis en la vena mesentérica inferior (**flechas amarillas**), que se extiende en sentido cefálico casi hasta su desembocadura en vena esplénica (**flecha naranja**), donde muestra aislada burbuja aérea en su interior y marcados cambios densitométricos de la grasa adyacente.

Los hallazgos descritos son compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso diverticular complicada con trombosis de vena mesentérica inferior (PILEFLEBITIS).



DISCUSIÓN:

La **pileflebitis** es una complicación infrecuente en la que se genera una trombosis séptica de la vena porta o de sus ramas tributarias, como consecuencia de un foco infeccioso intraabdominal en alguna de sus áreas de drenaje, especialmente diverticulitis, como en nuestro caso, y menos frecuentemente apendicitis, colangitis o enfermedad intestinal inflamatoria.

Puede adoptar diversas formas clínicas, desde pacientes asintomáticos, cuyo diagnóstico es incidental al realizar una prueba de imagen, hasta formas graves con choque séptico e insuficiencia hepática, los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor abdominal e ictericia.

Entre los hallazgos en los resultados de laboratorio destacan: leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas, y alteraciones de la coagulación.

El agente etiológico más frecuentemente implicado es el *Bacteroides fragilis*, seguido de *Escherichia coli*.

Para su diagnóstico es imprescindible la realización de una prueba de imagen, como la **ecografía abdominal**, que demostrará la presencia de material ecogénico en el interior de la luz de los vasos, o incluso puede proporcionar información sobre la alteración del flujo portomesentérico en la **ecografía doppler**.

Igualmente el método de elección es la **tomografía computada**, que permite identificar los distintos focos infecciosos intraabdominales.



CONCLUSIÓN:

Para el diagnóstico se requiere la demostración de trombosis venosa portal o existencia de gas en sistema portal, o sus ramas, generalmente acompañada de bacteriemia en paciente febril.

El principal problema de un paciente con **pileflebitis** es la infección incontrolada, más que las complicaciones derivadas de la trombosis, es por esto que, una vez establecido el diagnóstico se debe iniciar tratamiento mediante antibioterapia de amplio espectro, junto con cirugía en los casos seleccionados.

El papel de la anticoagulación es controvertido, ya que no existen estudios concluyentes. La mayoría de los autores recomiendan la anticoagulación si existe un estado de hipercoagulabilidad, afectación de vena mesentérica superior por el riesgo de isquemia intestinal, si existe extensión de la trombosis y/o fiebre persistente que no responde al tratamiento antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Pileflebitis: una extraña pero posible complicación de las infecciones intraabdominales - ELSEVIER - Vol. 83. Núm. 6. páginas 501-505 (Noviembre - Diciembre 2015) - susana Pérez-Bru, Carmen Nofuentes-Riera, Andrés garcía-Marín, Paloma Luri-Prieto, Miguel Morales-Calderón, Salvador García-García.
- Pileflebitis secundaria a diverticulitis - Vol. 28. Núm. 6. páginas 329-331 (Agosto 2004)- Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipuzco. España - I. Azkárate, I. Ruiza, A. Befuiristain, M. Zabarte, R. Sebastián, I. San Martín.