

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 21 años con síndrome febril, dolor en epigastrio y vómitos de 14 días de evolución.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

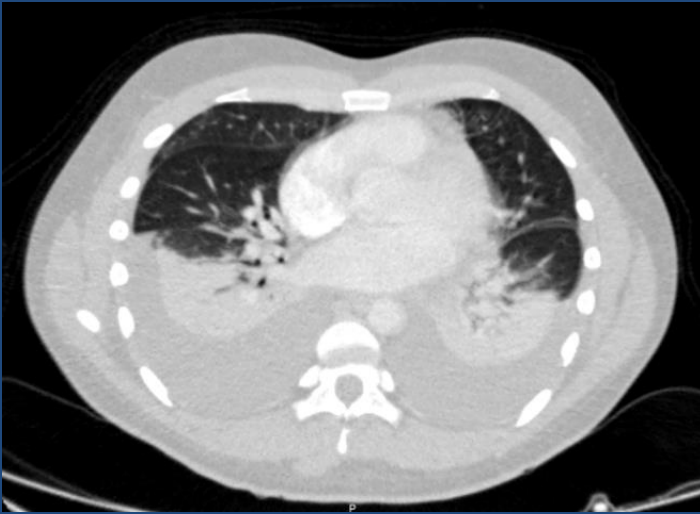


Figura 1. Tomografía computada multidetector (TCMD) con contraste endovenoso. Derrame pleural bilateral, asociado a atelectasia pasiva subyacente.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

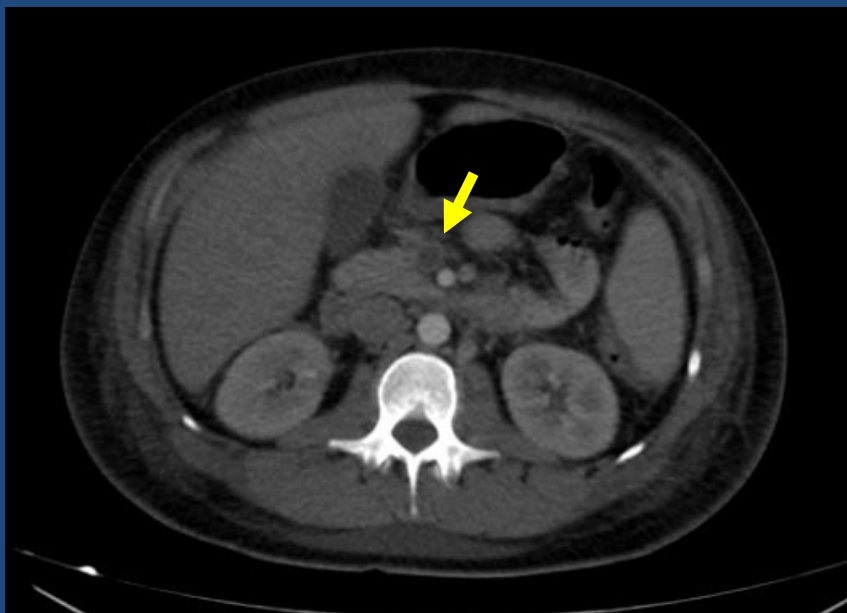


Figura 2. Tomografía computada multidetector (TCMD) con contraste endovenoso.

Defecto de relleno endoluminal luego de la administración de contraste endovenoso a nivel de la vena mesentérica superior, en relación a trombosis.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

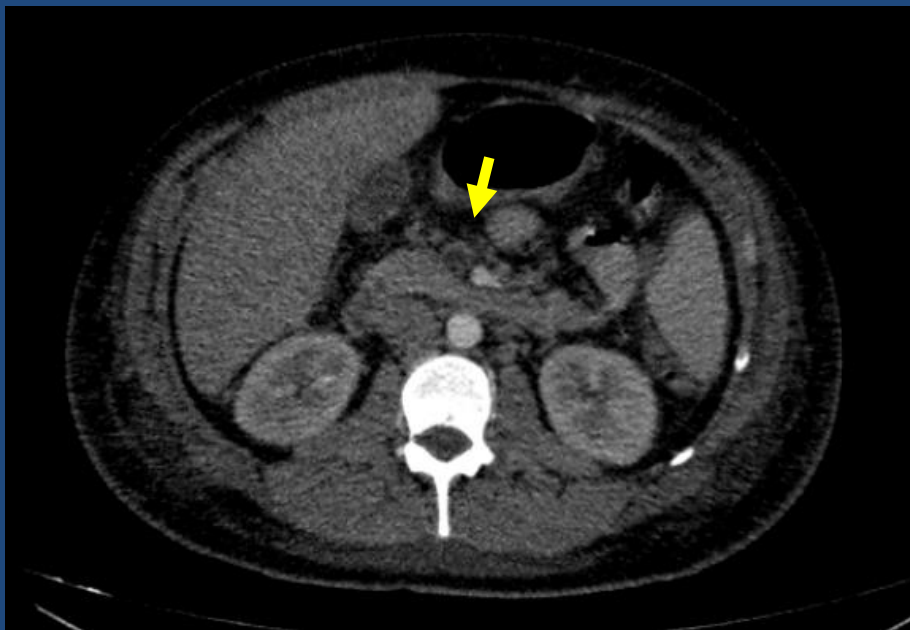


Figura 3. Tomografía computada multidetector (TCMD) con contraste endovenoso.

Defecto de relleno endoluminal luego de la administración de contraste endovenoso a nivel de la vena mesenterica superior, en relacion a trombosis.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Figura 4. Tomografía computada multidetector (TCMD) con contraste endovenoso.

Colección retroperitoneal en situación ventral con respecto al músculo psoas-iliaco derecho, que mide 5 x 2.5 cm.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

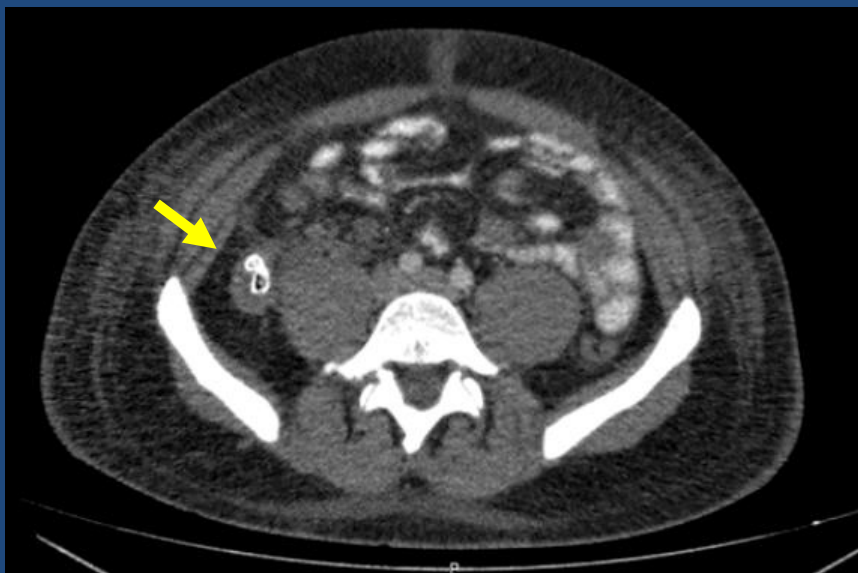


Figura 5. Tomografía computada multidetector (TCMD) con contraste endovenoso. Estructura apendicular dilatada con apendicolitos, que alcanza los 17 mm de diámetro.

DISCUSION

La pileflebitis o piletromboflebitis es la trombosis séptica de la vena porta y de sus ramas causada por un foco infeccioso en su área de drenaje.

Habitualmente se considera que la complicación más grave que puede generar una apendicitis es la peritonitis luego de la perforación apendicular.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

DISCUSION

El desarrollo de la pileflebitis comienza con la formación de un trombo en venas que drenan el órgano infectado, que luego se propaga a vasos de mayor calibre desde el cual pueden desprenderse fragmentos y así propagarse en el árbol vascular y a otros parénquimas, como el hígado. Se produce por procesos infecciosos originados en zonas que son drenadas por el sistema venoso portal o en estructuras contiguas a la vena porta.

Dentro de los posibles focos, se menciona la apendicitis como la causa más frecuente, las enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn, infecciones del tracto biliar, pancreatitis aguda necrotizante, la sepsis tras la cirugía abdominal, diverticulitis y la septicemia generalizada. Como condiciones predisponentes están las trombofilias, estados congestivos (cirrosis, insuficiencia cardíaca) y cualquier tipo de neoplasia.

En cuanto a las complicaciones, pueden producirse abscesos hepáticos que pueden requerir de tratamiento antibiótico asociado a su drenaje.

También puede ocurrir isquemia intestinal, en cuyos casos se recomienda la resección quirúrgica.

De los casos de apendicitis complicadas con pileflebitis, la mayoría corresponden a hombres, en un 85% de los casos.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo

PILEFLEBITIS ASOCIADO A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

CONCLUSION

Dentro de las herramientas diagnósticas, la ecografía doppler es un método no invasivo que puede proporcionar información sobre alteración del flujo portomesentérico. Se puede observar alteración del flujo sanguíneo, trombos, engrosamiento de la pared intestinal o líquido intraperitoneal libre.

Se reconoce como complicación infrecuente de la apendicitis la pileflebitis.

Es fundamental la sospecha diagnóstica para su detección y tratamiento precoz para prevenir el desarrollo de un absceso hepático, sepsis, isquemia intestinal y trombosis completa de la circulación portal.

***Actualmente** el estudio de elección es la TC con contraste ya que permite evaluar la vasculatura y la pared intestinal, con una sensibilidad sobre el 90%.*

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta- Fernand Martin Macrina-
Jesica Tamara Kerry - Rita Juliana Manzur -Maryurys
Patricia Orozco Arevalo