

## Cartas al Director

### Pileflebitis como complicación de apendicitis aguda

*Palabras clave:* Pileflebitis. Apendicitis aguda. Trombosis.

*Key words:* Pylephlebitis. Acute appendicitis. Thrombosis.

*Sr. Director:*

Pileflebitis es la trombosis séptica del sistema venoso portal, generalmente secundaria a procesos supurativos en su área de drenaje.

Gracias al diagnóstico y al tratamiento precoz, la mortalidad ha disminuido drásticamente, aunque continúa siendo del 30-50% por la inespecificidad clínica y el bajo índice de sospecha.

Presentamos un caso de apendicitis aguda complicada con pileflebitis y trombosis de vena mesentérica superior con evolución favorable tras tratamiento médico-quirúrgico.

#### Caso clínico

Varón de 17 años con dolor abdominal de ocho días de evolución, fiebre y diarrea. El dolor abdominal es difuso sin defensa ni peritonismo. *Analítica:* 16.400 leucocitos/mm<sup>3</sup> con neutrofilia. *Imagen:* radiografía de tórax, abdomen y ecografía abdominal normales. Con el diagnóstico de gastroenteritis aguda el paciente es dado de alta.

Una semana más tarde acude por fiebre > 38 °C, dolor abdominal en hipocondrio derecho, vómitos, diarrea e ictericia. *Analítica:* 9.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con neutrofilia, hemoglobina 12,7 g/dl, 83.000 plaquetas, AST 423 UI/L, ALT 312 UI/L, bilirrubina total 4,40 mg/dl, bilirrubina directa 3,70 mg/dl y tasa de protrombina 48%. Serologías VHB, VHC, VHA, CMV y

EBV negativas. *Hemocultivos:* se aíslan bacilos gramnegativos (*E. coli* y *B. fragilis*) y cocos grampositivos (*S. species*).

Iniciamos antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico, sustituida por ciprofloxacino y metronidazol ante la aparición de alergia no conocida tras 16 horas de tratamiento.

La TC abdominal (Fig. 1A) objetiva un apéndice dilatado con gas atípico en su interior y cambios inflamatorios en relación con apendicitis aguda. Hipodensidad de la vena mesentérica superior y sus ramas con engrosamiento del endotelio vascular compatible con trombosis venosa. Múltiples áreas hepáticas parcheadas, hipodensas y de márgenes mal definidos. Vena porta y esplénica permeables.

Se interviene quirúrgicamente al paciente constatándose apendicitis gangrenosa con peritonitis localizada, sin otros hallazgos patológicos intraabdominales. Se realiza apendicectomía.

El tratamiento postoperatorio consiste en nutrición parente-



Fig. 1. A. Corte sagital de TC abdominal que muestra plastrón inflamatorio en fosa iliaca derecha (flecha grande) y trombosis de vena mesentérica superior (flecha pequeña). B. Reconstrucción vascular que muestra circulación colateral a través de venas cólicas (flechas) sin identificar la vena mesentérica superior.

ral, antibioterapia de amplio espectro (Imipenem 1 g/8 h/4 semanas) y anticoagulación (Nadroparina 0,8 cc/12 h/5 días y posteriormente/24 h), completándose 4 meses con Acenocumarol. Se descartó estado de hipercoagulabilidad.

Una semana después de la cirugía, en la TC persiste trombosis de la vena mesentérica superior con progresión a trombosis parcial de ramas portales intrahepáticas de los segmentos II y III, sin colecciones intrahepáticas.

Dos meses después del alta las pruebas de función hepática son normales y en la TC de control se demuestra desarrollo de circulación colateral a través de venas cólicas (Fig. 1B).

## Discusión

La pyleflebitis se produce generalmente por infecciones intraabdominales en la zona de drenaje de la vena porta, considerándose la diverticulitis aguda la causa más frecuente (1).

La presentación clínica de la pyleflebitis es inespecífica. Fiebre y dolor abdominal suelen ser las manifestaciones clínicas iniciales, asociadas a leucocitosis. En casos avanzados aparecen alteraciones en la coagulación, elevación de enzimas hepáticas e ictericia debido a la afectación hepática.

Desarrollan bacteriemia un 50-80% de los pacientes, siendo *B. fragilis*, *E. coli* y *Streptococcus* anaerobios los gérmenes aislados con mayor frecuencia (1,2).

La TC es la técnica de elección para el diagnóstico precoz, capaz de detectar el foco primario de infección, afectación de ramas venosas mesentérico-portales y alteraciones intrahepáticas. Las alteraciones hepáticas más tempranas son debidas a alteraciones en la perfusión y consisten en hipodensidades parcheadas que pueden transformarse en abscesos intrahepáticos. Aunque ningún hallazgo radiológico individual es patognómico, la asociación de varios de los anteriores en el contexto de sepsis, fiebre, leucocitosis y síntomas abdominales inespecíficos es diagnóstica de pyleflebitis (3).

Las tasas de mortalidad del 30-50% descritas en la literatura demuestran la importancia de iniciar un tratamiento precoz (4).

Actualmente, el tratamiento de la pyleflebitis consiste en antibioterapia que cubra bacilos gramnegativos y anaerobios durante cuatro semanas, debido al riesgo de aparición de abscesos hepáticos, en cuyo caso debe prolongarse hasta seis semanas (5,6)

En la mayoría de los casos es necesario asociar tratamiento quirúrgico urgente, aunque existen casos descritos de tratamiento quirúrgico demorado hasta tres meses con buenos resultados (7).

Es controvertido el papel de la anticoagulación debido a la presencia de un 20% de complicaciones asociadas a su utilización sistemática, aunque es aceptada su utilización en estados de hipercoagulabilidad o en trombosis de vena mesentérica superior o inferior para prevenir la isquemia intestinal. También está indicado su uso ante progresión del trombo o fiebre persistente (1,2,5,6).

La pyleflebitis es una rara complicación de la apendicitis aguda con una elevada mortalidad. El diagnóstico precoz permite iniciar el tratamiento adecuado.

P. Granero Castro<sup>1</sup>, L. Raposo Rodríguez<sup>2</sup>, M. Moreno Gijón<sup>1</sup>,  
A. Prieto Fernández<sup>2</sup>, J. Granero Trancón<sup>1</sup>,  
J. J. González González<sup>1</sup> y L. Barneo Serra<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Cirugía General y <sup>2</sup>Radiodiagnóstico.  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

## Bibliografía

1. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 1114-20.
2. Baril N, Wren S, Radin R, Ralls P. The role of anticoagulation in pylephlebitis. *Am J Surg* 1996; 172: 449-52.
3. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. *J Comput Assist Tomogr* 2000; 24: 755-60.
4. Chang TN, Tang L, Keller K. Pylephlebitis, portal-mesenteric thrombosis and multiple liver abscesses owing to perforated appendicitis. *J Pediatr Surg* 2001; 36: E19-21.
5. Kasper DL, Sahani D, Misdragi J. A 40-year-old man with prolonged fever and weight loss. *N Eng J Med* 2005; 353: 713-22.
6. Chang YS, Min SY, Joo SH. Septic thrombophlebitis of the porto-mesenteric veins as a complication of acute appendicitis. *World J Gastroenterol* 2008; 28: 4580-2.
7. Stitzenberg KB, Piehl MD, Monahan PE. Interval laparoscopic appendectomy for appendicitis complicated by pylephlebitis. *JSLs* 2006; 10: 108-13.