



P-285 - FLEBITIS LINFOCÍTICA ENTEROCÓLICA. UNA PRESENTACIÓN RARA DE ABDOMEN AGUDO

Y.Y. Aguilera Molina, O. Rozo Coronel, M. Caraballo Angeli, J.A. Alcázar Montero, I. Jiménez Vaquero y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La flebitis linfocítica enterocólica es una patología poco común, de etiología y patogénesis desconocida. Por ello hay escasas referencias bibliográficas descritas en la literatura. Su presentación clínica puede variar desde dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, hematoquezia o rectorragia hasta presentar cuadros de abdomen agudo. El diagnóstico es histológico. Se caracteriza por presentar inflamación de las venas de la pared intestinal y del mesenterio así como venas mesentéricas. El tratamiento frecuentemente es quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus 2, dislipemia, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica con cateterismo cardiaco. Intervenida quirúrgicamente de un pseudolinfoma pulmonar. En estudio por un síndrome constitucional con dolor abdominal y alteración del ritmo intestinal. Acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal severo generalizado de 24 horas de evolución acompañado de fiebre. La exploración física presenta datos de irritación peritoneal. Analíticamente presentaba hemoglobina 14,7 g/dl, hematocrito 44,3%, leucocitos 5.500, neutrófilos 79,3%, linfocitos 19,9%, plaquetas 284.000. Coagulación normal. Amilasa 1.406, lactato 5,6, PCR 4,38 mg/dl y procalcitonina 4,77 ng/ml. El TAC informa dilatación del colon ascendente, perforación de visera hueca probablemente a nivel de ángulo esplénico con abundante líquido libre intra-abdominal. Con estos hallazgos se decide cirugía de urgencia. Se realiza laparotomía media donde se encuentra una peritonitis fecaloidea con gran dilatación del colon ascendente, una microperforación diastásica en ciego con placas de necrosis y una tumoración de 4 cm. en ángulo esplénico. Se realiza una colectomía total con ileostomía de protección. En el postoperatorio inmediato se encuentra hemodinámicamente inestable requiriendo soporte vasoactivo, presenta fallo multiorgánico y fallece a las 72 horas postquirúrgicas. La anatomía patológica informa: en colon flebitis linfocítica enterocólica (CD3+, CD68+). Tamaño de 4,5 cm circunferencial y estenosante. Necrosis isquémica transmural en ciego.

Discusión: La flebitis linfocítica enterocólica es una patología infrecuente. Con una presentación muy variable. Se caracteriza anatomopatológicamente por presentar afectación de las venas de pequeño y mediano calibre intramurales así como la vena mesentérica, sin afectación arterial o vasculitis sistémica. Con infiltrado linfocítico principalmente linfocitos T. Otro hallazgo importante es la presencia de trombos venosos como consecuencia de la flebitis, lo cual lleva a una marcada congestión venosa, edema, compresión del tejido y por consecuencia necrosis. El diagnóstico final se

basa en los hallazgos histológicos del espécimen quirúrgico. La endoscopia, TAC o angiografía son poco específicas dado que la afectación usualmente es transmural. El tratamiento definitivo es la cirugía.