



P-413 - PILEFLEBITIS, UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA APENDICITIS AGUDA

Valero Lázaro, María Isabel; Delfau Lafuente, Daniel; Lete Aguirre, Noelia; Soriano Liébana, María del Mar; Medina Mora, Laura; Carramiñana Nuño, Rubén; Calvo Catalá, Beatriz; Otero Romero, Daniel

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La tromboflebitis séptica de la porta y sus ramas o pileflebitis es una complicación rara pero grave de las patologías inflamatorias intraabdominales, siendo la apendicitis una de las etiologías más frecuentes en su desarrollo. El diagnóstico temprano mediante pruebas de imagen junto con el tratamiento antibiótico han sido claves en la disminución de la mortalidad de estos pacientes. A continuación, se presenta un caso de pileflebitis tras apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda.

Caso clínico: Varón de 53, diabético e hipertenso, que consulta por dolor abdominal y fiebre de 12 horas de evolución. Presenta exploración abdominal y ecografía compatible con apendicitis aguda junto con elevación de reactantes de fase aguda en analítica. Se realiza laparoscopia exploradora, objetivando apendicitis aguda gangrenosa retrocecal, por lo que se realiza apendicectomía laparoscópica e inicio de antibioterapia con piperacilina/tazobactam. En el segundo día posoperatorio presenta empeoramiento clínico con taquicardia y disnea, deterioro de la función renal, aumento de reactantes de fase aguda y acidosis metabólica grave por lo que se solicita TAC urgente que muestra trombosis del eje mesentérico portal. Con estos hallazgos, ante la sospecha de pileflebitis, se amplía el espectro antibiótico a meropenem y vancomicina y se inicia anticoagulación. A pesar del empeoramiento inicial, el paciente se estabiliza rápidamente tras el inicio del tratamiento y corrección de la acidosis, sin necesidad de ingreso en UCI. Posteriormente, la evolución es favorable, manteniéndose antibioterapia intravenosa durante 14 días, siendo dado de alta en el 16º día posoperatorio con antibiótico oral (amoxicilina/ácido clavulánico) durante otros 14 días, junto con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular durante 3 meses. En la revisión ambulatoria el paciente se encuentra asintomático y con control radiológico con desaparición de la trombosis portal.

Discusión: La pileflebitis presenta una incidencia estimada de 2,7/100.000 personas-año. Las principales causas de pileflebitis son la diverticulitis y apendicitis aguda. Esto se debe a la progresión de la tromboflebitis localizada en pequeñas venas en estas patologías inflamatorias. La mortalidad en esta patología puede llegar a ser del 50% debido a las complicaciones asociadas a la trombosis como isquemia mesentérica o abscesos hepáticos. Sin embargo, en las últimas décadas la mortalidad se ha visto reducida gracias al diagnóstico temprano mediante ecografía doppler o TAC contrastado y el tratamiento agresivo de la trombosis séptica. En este caso, la apendicectomía temprana para control del foco séptico es fundamental. Existen distintos regímenes de antibiótico de

amplio espectro que se pueden emplear, con una duración del tratamiento de 4 a 6 semanas, manteniéndolo por vía intravenosa al menos las 2 primeras según la evolución del paciente, pudiendo posteriormente continuar con antibiótico vía oral. El uso y duración de la anticoagulación en esta patología es controvertido, sin embargo, se recomienda especialmente en pacientes con progresión de la trombosis, fiebre o bacteriemia a pesar del tratamiento antibiótico, pacientes con estados de hipercoagulabilidad o trombosis que se extiende más allá del sistema portal, afectando a la vena mesentérica.