



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-218 - CAVERNOMATOSIS PORTAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA

Fernández Vázquez, María Luz; Hernández Kakauridze, Sergio; Alsaourani, Adnan; Fernández Martínez, María; Palencia, Natividad; Vasquez, Wenceslao; Lozano Lominchar, Pablo; González Bayón, Luis Andrés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La pyleflebitis es una complicación rara de la diverticulitis aguda que asocia una elevada morbimortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para evitar complicaciones. La trombosis del eje esplenoportal no asociada a neoplasia o cirrosis es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. La cavernomatosis portal o trombosis portal crónica, se define como la dilatación de venas paracoledocianas y epicoledocianas secundaria a una trombosis portal.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 47 años con antecedentes de VHC con RVS sin datos de hepatopatía avanzada que acude a urgencias por un cuadro de fiebre de 4 días de evolución y molestias abdominales en flanco izquierdo. En la analítica: 5.600 leucocitos, láctico 9,6 mmol/L, PCR 41 mg/dL y procalcitonina 18 µg/L. Se realiza TAC con engrosamiento del sigma (a descartar neoplasia) y datos que sugieren microperforación con presencia de gas en la vena mesentérica inferior (VMI) y alguna burbuja de gas en radicales portales del lóbulo hepático derecho. Dada la estabilidad clínica del paciente y ausencia de dolor abdominal se decide manejo conservador con antibioterapia de amplio espectro. Tras 48 horas el paciente comienza con taquicardia y dolor abdominal. En la analítica: plaquetopenia  $12 \times 10^3/\mu\text{L}$ , 14.000 leucocitos, INR 1,3, láctico 2,3 mmol/L, Bi 3,2 mg/dl, fosfatasa alcalina 113 µg/L, PCR 28 mg/L y procalcitonina 21,7 µg/L. Se repite TAC con progresión de pyleflebitis con trombosis del tronco y ramas derecha e izquierda portales, gas portal y en VMI con probable extensión a VMS. Cambios flemonosos periportales y absceso hepático en s5. Se decide cirugía urgente. En la intervención se evidencia gran plastrón inflamatorio en sigma con salida de contenido purulento al ligar los vasos sigmoideos. Se realiza procedimiento de Hartmann. La anatomía patológica confirma diagnóstico de diverticulitis aguda. En los hemocultivos se aísla *E. coli*. Posoperatorio inmediato sin incidencias. Se inicia tratamiento anticoagulante en los primeros días con HBPM. En TC de control persisten signos de pyleflebitis, trombosis del eje esplenoportal con repermeabilización distal. 2 meses después presenta cuadro de pancreatitis aguda edematosa. Se realiza colangioRMN: trombosis crónica de la porta con desarrollo de cavernoma en hilio hepático. Ante la mala evolución de la colangiopatía hipertensiva a pesar de anticoagulación se decide la colocación de TIPS entre la vena hepática media y porta izquierda (gradiente pre-TIPS:11 mmHg y post-TIPS:7 mmHg). Sin complicaciones tras el procedimiento. TAC de control con TIPS permeable y porta permeable con trombosis parcial parietal residual y cavernomatosis en hilio hepático.

**Discusión:** La pyleflebitis es una complicación rara de la diverticulitis aguda con una tasa de mortalidad del 30%. Los síntomas iniciales son inespecíficos, aunque puede evolucionar a *shock* séptico e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se basa en la demostración de trombosis venosa portal o gas portal asociado a un cuadro de bacteriemia. El tratamiento es antibioterapia de amplio espectro con necesidad en ocasiones de cirugía. La anticoagulación debe iniciarse lo más precozmente posible cuando existe trombosis portal. La necesidad de TIPS es infrecuente.