



P-394 - PILEFLEBITIS SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Quintana, Rita Esther; Granell, Javier; Ovejero, Enrique; Lasa, Inma

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: La pileflebitis o tromboflebitis infecciosa de la vena porta y sus ramas tributarias es una complicación poco frecuente, pero con una elevada tasa de mortalidad de un proceso infeccioso intrabdominal como la diverticulitis aguda o apendicitis aguda, entre otros. En la siguiente comunicación, presentamos un caso de pileflebitis secundaria a diverticulitis aguda complicada con absceso perisigma y microabscesos hepáticos, tratado exitosamente con antibioterapia sistémica, sin necesidad de anticoagulación o cirugía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 58 años, con antecedentes personales de hernia de hiato, apendicectomía y amigdalectomía; que acude al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal hipogástrico difuso asociado a náuseas, vómitos, y picos febriles nocturnos de hasta 38 °C con tiritona de unos 10 días de evolución. Hallazgo en pruebas de laboratorio de leucocitosis con neutrofilia, y bilirrubina total de 2,09 mg/dl. Se realiza ecografía de abdomen en la que se objetiva: "trombosis portal, parte del tronco portal y rama derecha intrahepática". Ante dichos hallazgos se solicita TC de abdomen, evidenciándose: "hepatomegalia con múltiples lesiones focales de pequeño tamaño sugestivas de microabscesos hepáticos. Dilatación de la vía biliar intrahepática. Trombosis portal en porta principal derecha y segmentarias de la rama portal izquierda. Engrosamiento focal en la pared del tercio medio del sigma, con infiltración de la grasa locorregional, y absceso perisigma de 30 × 19 mm". Con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada con absceso perisigma, pileflebitis y microabscesos hepático, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro, asociado a reposo digestivo, fluidoterapia y vigilancia clínica y analítica estrecha. Tras 11 días de tratamiento y mejoría clínica progresiva, se realiza una TC abdominal de control en el que persiste la trombosis portal y los microabscesos hepáticos, pero en el que se objetiva disminución de tamaño de absceso perisigma. El paciente es dado de alta después de un total de 15 días de ingreso, con tratamiento antibiótico por vía oral, para valoración en consultas próximamente.

Discusión: La pileflebitis es una complicación rara de ciertos procesos inflamatorios e infecciosos intraabdominales que tienen lugar en el territorio drenado por el sistema portal. La causa más frecuente de pileflebitis es la diverticulitis aguda. Otras causas de pileflebitis son: apendicitis aguda, colangitis, pancreatitis aguda necrotizante, infecciones pélvicas o EEI. La pileflebitis puede adoptar diversas formas clínicas, e ir desde una enfermedad subclínica hasta un shock séptico que curse con insuficiencia hepática grave; siendo el dolor abdominal y la fiebre los síntomas más frecuentes. El diagnóstico de pileflebitis requiere de la demostración de trombosis portal asociado a bacteriemia en

un paciente febril, siendo la técnica diagnóstica de elección el TC abdominal. El tratamiento se basa en la antibioterapia empírica sistémica de amplio espectro durante al menos 4-6 semanas. El uso de anticoagulantes es controvertido, ya que no existen estudios concluyentes. Por tanto, estamos ante una patología poco frecuente con una tasa de mortalidad en torno al 30%, que requiere de una alta sospecha clínica ante un cuadro de sepsis abdominal.