



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-232 - Pileflebitis: revisión del papel de la anticoagulación en 13 casos consecutivos

Ramos Rubio, Diego; Centeno Velasco, Álvaro; Barquín Yagüez, José; Morante Perea, Ana Pilar; Ocaña Jiménez, Juan; Cornejo López, María de los Ángeles; Die Trill, Javier; Lobo Martínez, Eduardo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La pileflebitis o tromboflebitis séptica de la vena porta es un proceso infrecuente pero potencialmente letal que surge como consecuencia de patología infecciosa de la cavidad abdominal con drenaje a flujo portal. A pesar de un correcto tratamiento con eliminación del foco infeccioso primario y tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro o ajustado según cultivos comporta una mortalidad elevada, que alcanza el 25% en algunas series, y aún existen elementos controvertidos respecto a su manejo como la necesidad o no de anticoagulación.

Métodos: Se ha realizado un revisión retrospectivo de los casos de pileflebitis en nuestro centro en un periodo de 10 años (2007-2016), analizando parámetros clínicos y demográficos de los pacientes, así como su evolución una vez instaurado el tratamiento, comparando esta evolución posterior entre los pacientes anticoagulados y los no anticoagulados. En los pacientes en los que se llevó a cabo anticoagulación (inicialmente con Clexane® y posteriormente con Sintrom®), ésta se suspendió a los 6 meses, excepto que presentasen otra patología médica que requiriese su continuación.

Resultados: Se encontraron 13 casos en el periodo descrito, siendo 11 casos varones (84,6%) y 2 mujeres (15,4%), con una edad media al diagnóstico de 54 años (rango 32-79). La causa más frecuente que originó la pileflebitis fue la apendicitis aguda (38,5%), seguido de la sepsis biliar (colecistitis o colangitis, 30,8%); otras etiologías menos frecuentes fueron ileítis (15,3%) e isquemia intestinal; contrariamente a otras publicaciones, no se evidenció ningún caso secundario a diverticulitis aguda. En todos los casos se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro, siendo necesaria la intervención quirúrgica sobre el foco primario en el 53,8% de los casos. Se pautó tratamiento anticoagulante en 6 casos (46,2%), permaneciendo el 53,8% restante sin el mismo, sin diferencias significativas en cuanto al origen del cuadro y la indicación de la anticoagulación. Se produjeron 3 exitus en relación con fracaso multiorgánico secundario al cuadro de sepsis, sin relación significativa con el tratamiento anticoagulante. Con una mediana de estancia en el hospital de 23 días (rango 6-50) no se evidenciaron diferencias significativas respecto a complicaciones entre los pacientes anticoagulados y los no anticoagulados. Con una mediana de seguimiento de 41 meses (rango 22-120) únicamente se han evidenciado defectos de repleción residuales en vena porta en 2 casos, sin traducción clínica y sin relación significativa con el tratamiento anticoagulante. En el seguimiento de los pacientes anticoagulados se objetivaron un caso de rectorragia y otro de hematuria espontáneas.

Conclusiones: La pileflebitis es una patología poco frecuente pero con una mortalidad elevada

(23% en nuestra serie), cuyo tratamiento incluye el manejo del foco séptico inicial (médico o quirúrgico) y antibioterapia sistémica. En esta serie, aún teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral, no se ha evidenciado ninguna mejoría con el uso de tratamiento anticoagulante asociado, y en cambio sí complicaciones, por lo que, es posible que no sea necesario su uso salvo casos con alto riesgo trombótico, aunque serían necesarios más estudios prospectivos con mayor número de pacientes.