



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1614 - DOLOR LUMBAR COMO MANIFESTACIÓN DE PILEFLEBITIS

M.M. Antonio González^a, L. Bernabé Vera^b, M. Vigil Velis^c, J. Ballesta Lozano^d, E. Ruíz García^d, M. Solana Palazón^e, S. Herreros Juárez^f, J.M. Serrano Navarro^g, S. Sánchez Aroca^h y E. Barraza Aguirre^g

^aMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^cMédico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^gMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^hMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años que acude a urgencias por malestar general: obnubilado, hipotenso (55/44 mmHg), taquicárdico y desaturado. Desde hace un mes, cuadro de dolor lumbar sobre todo derecho. Fue valorado en dos ocasiones, diagnosticándose de GEA y meteorismo, respectivamente. Carecemos de más información dada la situación clínica del paciente. AP: alergia a diclofenaco. HTA. DM-II. DLP. Fumador activo. En tratamiento por CAD desde 2014 actualmente sin consumo de sustancias tóxicas. Sd. ansioso-depresivo. Tratamiento crónico: enalapril/lercadipino, insulino-terapia, vildagliptina/metformina, atorvastatina, zolpidem.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y desorientado. TA 55/44. FC 117. SatO₂ 92%. T 37 °C. FR 18. Ac. rítmico con soplo holosistólico multifocal de predominio en foco mitral III/VI. Ap. Mvc. Abdomen: blando sin peritonismo pero doloroso a la palpación en hemi-abdomen superior. Mmii: no edemas ni signos de TVP. Hemograma: Hb 9,8. Hto 27%. Pla_q 338.000. Leucos 25.000 (77N). Bioquímica: Glu 251. Creat 1,9. Urea 136. Na 129. K 4,7. CPK 243. TnI 0,04. GPT 644. Procalcitonina 4,3. Orina: urobilinógeno 12. Bilirrubina 3. Leucos 18-28. Gérmenes abundantes, nitritos negativos. GSV. pH 7,45. pO₂ 18. pCO₂ 39. HCO₃ 26. EB 3. Lactato 7. Coagulación: Ap 37%. INR 2,24. TP 23. ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: ICT normal. Patrón alveolar leve bilateral de predominio en base izquierda. Ecografía abdominal: Vena porta de calibre normal con material ecogénico en su interior y sin flujo vascular, compatible con trombosis portal, así como mínimo líquido libre en pelvis. TAC abdominal: En planos inferiores de torax se observa varios nódulos subpleurales y centrolobulillares en LM, LID, llingula y LII, siendo el de mayor tamaño de 14 mm en LII, que podrían corresponder a émbolos sépticos en el contexto del paciente sin poder descartar proceso neofornativo. Derrame pleural bilateral. Líquido libre intraabdominal. Conglomerado adenopático retroperitoneal, que estenosa la luz de arteria hepática y esplénica. Trombosis total de rama portales principales derecha e izquierda y trombosis parcial de la vena porta.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a pileflebitis. Lesiones pulmonares, hepáticas y suprarrenal izquierda de probable origen neoplásico vs séptico.

Diagnóstico diferencial: 1. Estados de hipercoagulabilidad. 2. Isquemia intestinal. 3. Complicaciones de: cirugía, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis aguda, apendicitis aguda, pancreatitis necrotizante, traumatismo abdominal, infecciones pelvianas. 4. Pielonefritis aguda.

Comentario final: En urgencias se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g IV/24h y metronidazol 500 mgIV/8h y se trasladó a la unidad de cuidados intensivos dada la necesidad de drogas vasoactivas, fluidoterapia intensa presentando fracaso renal agudo anúrico sin respuesta a soporte diurético, siendo exitus a las 14h de su ingreso en UCI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perez-Aisa A, Rosales Zabal, JA. Pileflebitis. Emergencias en gastroenterología y hepatología. Gh continuada. 2011;10(5).
2. Arteche E, Ostiz S, Miranda L, Caballero P, Jiménez López de Oñate G. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pileflebitis): diagnóstico y manejo a propósito de tres casos. An Sist Sanit Navar. 2005;28(3).