

Oriol Miralles\*, Diana Ariza, Évora Betancor y Benito J. Fontecha

Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos, Hospital Moisès Broggi  
Sant Joan Despí-Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí,  
Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [o.mirallesresina@gmail.com](mailto:o.mirallesresina@gmail.com) (O. Miralles).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.09.002>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Pileflebitis o trombosis séptica portal persistente en paciente nonagenaria



### Persistent septic portal vein thrombosis in a nonagenarian patient

#### Introducción

La pileflebitis o trombosis séptica de la vena porta es una complicación infrecuente. Aparece en el 0,16% de las infecciones intraabdominales agudas no controladas, como la diverticulitis y la apendicitis aguda. El 0,18% corresponde a infecciones biliares (colecistitis y colangitis agudas)<sup>1,2</sup>.

La incidencia registrada en series de casos es de 2,7 por cada 100.000 habitantes con una mortalidad global del 19-32%<sup>3,4</sup>.

Su manejo es complejo debido a la heterogeneidad de los procesos desencadenantes. Las principales complicaciones son hipertensión portal y microabscesificación hepática<sup>5</sup>. El 60% de los casos presenta bacteriemia secundaria a enterococos, bacilos gram negativos y anaerobios.

#### Caso clínico

Mujer de 93 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica, fibrilación auricular permanente, dislipemia, enfermedad renal crónica, polimialgia reumática e hipotiroidismo.

Tratamiento habitual con enalapril, acenocumarol, furosemina, prednisona, levotiroxina, pravastatina y omeprazol.

Funcionalmente, dependiente para la ducha. Incontinencia urinaria. Caminaba con ayuda de bastón y otra persona. Índice de Barthel: 65/100 y Functional Assessment Classification (FAC): 2.

Ingresa inicialmente en medicina interna por fiebre de origen abdominal. En la tomografía axial computarizada (TAC) se objetivó colelitiasis no complicada, microabsceso hepático en el segmento 5 y trombosis portal derecha (pileflebitis). Sin otros focos infecciosos intraabdominales. Se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam, con mejoría clínica y analítica. No se planteó tratamiento quirúrgico. Al alta, continuó con pauta ambulatoria prolongada con amoxicilina-clavulánico.

Transcurridos 9 meses, ingresa en nuestro servicio, por dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. Cuadro clínico compatible con colangitis aguda y shock séptico secundario. En analítica, destacaba elevación de reactantes inflamatorios (PCR 17 mg/l, procalcitonina 4 ng/ml y fibrinógeno 800 mg/dl), colestasis (GGT 130 mg/dl, FA 192 mg/dl) e hiperbilirrubinemia (BT 3,2 mg/dl). En ecografía abdominal, colelitiasis sin signos inflamatorios.

La TAC mostró coledocolitiasis distal con colangitis ascendente complicada, microabscesificación bilobar, trombosis portal izquierda aguda y trombosis crónica derecha ya existente (fig. 1). Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con obtención de litiasis distal. La paciente recibe 30 días de antibioterapia endovenosa, con piperacilina-tazobactam y posteriormente ampicilina tras obtención de hemocultivos positivos para *Enterococcus faecalis*.

Después de 35 días de hospitalización, mejoraron los síntomas aunque persistiendo febrícula vespertina de hasta 37,7 °C

con reducción progresiva de reactantes inflamatorios y nuevos hemocultivos negativos. La TAC de control mostró persistencia de abscesos hepáticos milimétricos bilobares, y repermeabilización parcial de la trombosis portal izquierda.

Al alta hospitalaria, completó linezolid oral durante 15 días y se mantuvo anticoagulación. Funcionalmente consiguió deambular unos pasos con ayuda técnica y una persona, siendo dependiente para el resto de actividades básicas.

Dos meses después, reingresa en geriatría por febrícula mantenida desde el alta hospitalaria, alcanzado cifras de 38,5 °C en los últimos tres días. La TAC abdominal objetivó signos colecistitis aguda complicada con persistencia de abscesificación hepática. La evolución clínica fue rápida con shock séptico y fallecimiento de la paciente.

#### Discusión

La pileflebitis es la trombosis séptica del sistema portal, entidad infrecuente. Su diagnóstico se retrasa debido a la baja sospecha clínica inicial, la complejidad del proceso y la aparición de síntomas inespecíficos, postergándose el inicio de tratamiento adecuado aumentando así el riesgo de complicaciones<sup>3,6</sup>.

En el 80% de los casos la clínica inicial suele ser dolor abdominal, ictericia y fiebre, variando los síntomas por la heterogeneidad de los procesos intraabdominales subyacentes, progresando a sepsis severa en el 20% de los casos<sup>7</sup>.

El diagnóstico se basa en estudios de imagen mediante TAC con contraste que nos permite la detección precoz de trombosis o gas en el sistema venoso portal y objetivar el proceso infeccioso abdominal subyacente<sup>8</sup>.



**Figura 1.** A) Defecto de repleción de la vena porta derecha. B y C) LOES hipodensas periportales en el lóbulo hepático izquierdo.

El uso de antibióticos de amplio espectro constituye el principal tratamiento de la pyleflebitis. Se requieren pautas prolongadas de al menos 6 semanas de duración, adecuándolas en función de los resultados microbiológicos obtenidos y las complicaciones. En casos seleccionados se optará por tratamiento invasivo (quirúrgico, drenaje percutáneo o endoscópico)<sup>1</sup>. En nuestro caso, la paciente fue valorada por cirugía general en repetidas ocasiones. Sin realizarse intervención quirúrgica por buena evolución clínica con tratamiento médico en el primer ingreso y, por la evolución clínica tórpida y dificultada en el segundo ingreso con deterioro funcional severo precoz e irreversible.

Es controvertido el uso y la duración de la terapia anticoagulante, se recomendaría en casos de trombosis extensas, estados de hipercoagulabilidad y fiebre persistente a pesar de antibioterapia óptima para acelerar la recanalización portal y minimizar el desarrollo de complicaciones<sup>4,6</sup>.

En las últimas décadas con el desarrollo de nuevas pruebas de imagen, se ha incrementado el número de casos publicados. Es crucial, un diagnóstico lo más preciso y precoz posible con objetivo de disminuir la mortalidad y la tasa de complicaciones, ya que, sin tratamiento óptimo la morbimortalidad del proceso es inasumible.

## Bibliografía

1. Belhassen García M, Gómez Munuera M, Pardo Lledias J, Velasco-Tirado V, Perez-Persona E, Galindo-Perez I, et al. Pylephlebitis: Incidence and prognosis in a tertiary hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:350-4.
2. Chirinos JA, García J, Alcaide ML, Toledo G, Baracco GJ, Lichtstein DM. Septic thrombophlebitis: diagnosis and management. *Am J Cardiovasc Drug*. 2006;6:9-14.
3. Wang YF, Chang CC, Lee TC, Shih IL, Lien WC, Chen SJ, et al. Recent trend of pylephlebitis in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* liver abscess as an emerging etiology. *Infection*. 2013;41:1131-43.
4. Choudhry A, Baghdadi Y, Amr M, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: A review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20:656-61.
5. Perez Bru S, Nofuentes-Riera C, García Marín A, Luri-Prieto P, Morales-Calderón M, García García S. Pileflebitis: una extraña pero posible complicación de las infecciones intrabdominales. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83:501-5.
6. Menéndez Sánchez P, Gambi Pisonero D, Villarejos Campos P, Martín Fernández J. Tromboflebitis séptica de la vena porta secundaria a colecistitis aguda. *Cir Cir*. 2010;78:439-41.
7. Tsao YT, Lin SH, Cheng CJ, Chang FY. Pylephlebitis associated with acute infected choledocholithiasis. *Am J Med Sci*. 2006;332:85-7.
8. Ames J, Federle M. Septic Thrombophlebitis of the Portal Venous System: Clinical and Imaging Findings in Thirty Three Patients. *Dig Dis Sci*. 2011;56:2179-84.

Sofía Alejandra González Chávez\*,  
Vicente Romero Estarlich, Susana Muñoz Yépez,  
Francisco Javier Ortiz Alonso y José Antonio Serra Rexach

Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: sof.ale.c15@hotmail.com  
(S.A. González Chávez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.06.003>  
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Necrosis total de pene por cuidado inapropiado del colector urinario externo



### Total penile necrosis due to inappropriate care of condom catheter

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un paciente de 78 años de edad. Antecedente de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, artrosis generalizada e implante de prótesis total de cadera derecha. Índice de Barthel de 30/100, no camina, con deterioro cognitivo moderado. Sin pareja, vive en una residencia. Presenta incontinencia urinaria de urgencia y utiliza colector urinario externo.

Ingresa por descompensación de la insuficiencia cardíaca. En el examen el pene presenta una gangrena seca que afecta toda su circunferencia con una línea clara de demarcación constrictiva provocada por la excesiva presión ejercida para asegurar la fijación del condón en la base del pene (fig. 1). No presenta sensibilidad, y los pulsos distales a la constricción están ausentes. El escroto, los testículos y los parámetros bioquímicos son normales. El Doppler peneano muestra ausencia de vascularización. Se retira el colector urinario y se medica con antibióticos de amplio espectro. Se efectúa la penectomía y cistostomía suprapúbica. No presenta complicaciones postoperatorias.

Los colectores urinarios son dispositivos externos de drenaje urinario principalmente indicados en pacientes postrados e incontinentes sin residuo posmiccional<sup>1</sup>. Varias complicaciones se han descrito en la literatura, incluyendo irritación de la piel, maceración, ulceración, reacciones alérgicas, infecciones del tracto urinario, formación de fistulas, edema peneano, isquemia localizada y gangrena<sup>2-5</sup>.

La gangrena total del pene debido al uso de un colector urinario externo es una complicación muy rara. Se han descrito menos de una decena de casos en la literatura mundial<sup>6-9</sup>. En nuestro paciente, la gangrena seca del pene se produjo debido al efecto constrictor prolongado de la banda adhesiva para asegurar una mejor fijación en la base del pene. El mecanismo del desarrollo de



Figura 1. A) Necrosis de pene. B) Vista macroscópica de pieza de penectomía total.