

Tromboflebitis séptica de la vena porta secundaria a colecistitis aguda

Pablo Menéndez-Sánchez, Daniel Gambí-Pisonero, Pedro Villarejo-Campos, David Padilla-Valverde, Jesús Martín-Fernández

Resumen

Introducción: La pileflebitis es una complicación infrecuente de los procesos infecciosos intraabdominales. La presentación clínica puede ser muy variada, por lo que son necesarias pruebas de imagen para su diagnóstico. El tratamiento de elección consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro y el abordaje quirúrgico del foco infeccioso.

Caso clínico: Mujer con abdomen agudo en quien se diagnosticó colecistitis aguda y trombosis portal derecha. Fue intervenida quirúrgicamente y se le administró tratamiento antibiótico. Una tomografía computarizada mostró infarto hepático secundario a la trombosis portal.

Conclusiones: La pileflebitis requiere un diagnóstico precoz para iniciar el tratamiento médico-quirúrgico adecuado, de lo contrario presenta altas tasas de mortalidad.

Palabras clave: Colecistitis aguda, pileflebitis, trombosis séptica.

Abstract

Background: Pylephlebitis is a rare complication of intraabdominal infections. Clinical presentation can be varied; therefore, it is necessary to carry out imaging tests for diagnosis. The treatment of choice is wide-spectrum antibiotic therapy and surgery for the source of infection.

Clinical case: We report the case of a female with acute abdomen who was diagnosed with acute cholecystitis and right portal vein thrombosis. The patient underwent surgery and antibiotic treatment was necessary. CT scan showed hepatic infarction secondary to portal thrombosis.

Conclusions: Pylephlebitis presents high mortality rates without treatment; therefore, early diagnosis is necessary in order to initiate appropriate medical and surgical treatment.

Key words: Acute cholecystitis, pylephlebitis, septic thrombosis.

Introducción

La trombosis séptica de la vena porta, también denominada pileflebitis, es una complicación infrecuente de procesos infecciosos intraabdominales pero con graves consecuencias como una alta tasa de mortalidad.¹⁻⁴ La presentación clínica puede ser muy variada, por lo que son necesarias pruebas de imagen para su diagnóstico y para la instauración del tratamiento adecuado mediante la administración de antibióticos de amplio espectro y el abordaje quirúrgico del foco infeccioso primario.^{1-3,5-7}

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Correspondencia:

Pablo Menéndez-Sánchez.
Hospital General de Ciudad Real,
Obispo Rafael Torija s/n, 13005 Ciudad Real, España.
Tel.: 0034 660 333 554.
pablomensan@hotmail.com; pablo.menendez.sanchez@gmail.com

Recibido para publicación: 24-08-2009

Aceptado para publicación: 16-03-2010

Describimos el caso clínico de una paciente que desarrolló pileflebitis secundaria a colecistitis; el cuadro clínico fue resuelto mediante colecistectomía y tratamiento antibiótico.

Caso clínico

Mujer de 67 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidosis e hiperreactividad bronquial, quien ingresó al Hospital General de Ciudad Real, España, por dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre, náuseas, anorexia y disminución de la diuresis de siete días de evolución. A la exploración física presentaba abdomen distendido y con dolor a la palpación. Los exámenes analíticos de laboratorio indicaron aumento de las cifras de bilirrubina (5.4 mg/dl), cuenta leucocitaria de 16.200/μl y de neutrófilos de 92.5%, transaminasa glutámico-oxalacética de 80 UI/l, transaminasa glutámico-pirúvica de 103 UI/l, creatinina de 2 mg/dl y alteración de la coagulación (38% de actividad de la protrombina); fueron normales los niveles de la amilasa (30 UI/l) y de la creatinfosfocinasa (161 UI/l).

La ecografía y la tomografía computarizada abdominopélvicas evidenciaron colecistitis aguda litiásica con colección perivesicular y trombosis portal derecha (figura 1), por lo que se decidió realizar colecistectomía por laparotomía con la cual se observó contenido biliar purulento intravesicular. El estudio anatomopatológico de éste indicó colecistitis severa y colelitiasis.

Durante el posoperatorio la paciente desarrolló choque séptico y disfunción multiorgánica (lesión pulmonar aguda, coagulopatía y falla renal aguda), por lo cual fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos para aplicación de medidas de soporte y ventilación mecánica. Los cultivos del líquido peritoneal y los hemocultivos fueron positivos para *Escherichia coli*, si bien los cultivos de orina y broncoaspirado fueron negativos. Se empleó piperacilina-tazobactán como esquema antibiótico de amplio espectro durante 15 días, al cabo de los cuales la paciente fue dada de alta.

Una semana después de su ingreso, la paciente fue hospitalizada por fiebre y dolor abdominal. Mediante tomografía computarizada abdominopélvica se diagnosticó infarto hepático secundario a trombosis portal derecha (figura 2). Fue tratada de forma conservadora con antibióticos. Dos semanas después fue egresada sin complicaciones. A los 12 meses del segundo proceso infeccioso se encontraba asintomática y libre de secuelas biliares.

Discusión

La pyleflebitis es la trombosis de la vena porta y de sus ramas debido a un foco infeccioso en su área de drenaje o en las estructuras contiguas. La diverticulitis y la apendicitis

son las principales etiologías^{1,2} y puede estar asociada con estados de hipercoagulabilidad, procesos sépticos del tubo gastrointestinal, traumatismo abdominal y procesos neoplásicos;³ en 32% de las ocasiones el origen es desconocido.⁴ Los agentes patógenos más frecuentemente aislados son *Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter spp.*⁵

La presentación clínica suele ser inespecífica con fiebre, hepatomegalia y dolor abdominal, por lo que la mediana de tiempo hasta alcanzar el diagnóstico es de 14 días. La leucocitosis y las alteraciones de la función hepática se observan en 25% de los casos.⁶ La evolución clínica puede llegar a formas graves que incluyen la ictericia (por afectación hepática importante) y choque séptico,^{7,8} esta última condición conllevaba una alta mortalidad antes del empleo de los antibióticos; con los actuales recursos diagnósticos y terapéuticos la supervivencia es de 60 a 100%.⁴

La obtención de material purulento en la vena porta es extremadamente rara,⁶ por lo que son necesarias pruebas de imagen (como la tomografía computarizada abdominal) para el diagnóstico precoz.^{8,9} Con la ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la angiografía puede observarse trombosis de la vena porta, vasos colaterales periportales, abscesos hepáticos y, en algunas ocasiones, proceso inflamatorio intraabdominal primario. La tomografía computarizada muestra, además, la extensión de la trombosis,⁶ como sucedió en nuestra paciente en quien se observó colección intrahepática perivesicular y posterior instauración de la trombosis portal.

El tratamiento de elección es la administración de antibióticos de amplio espectro y el abordaje quirúrgico del foco infeccioso primario.¹⁻³ Existe controversia respecto al trata-

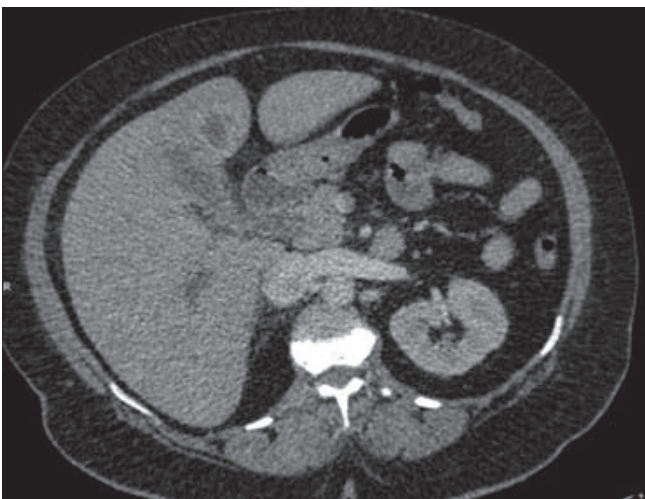


Figura 1. En la tomografía computarizada se aprecia engrosamiento de las paredes de la vesícula y colección perivesicular anterior e inferior de 23 mm.

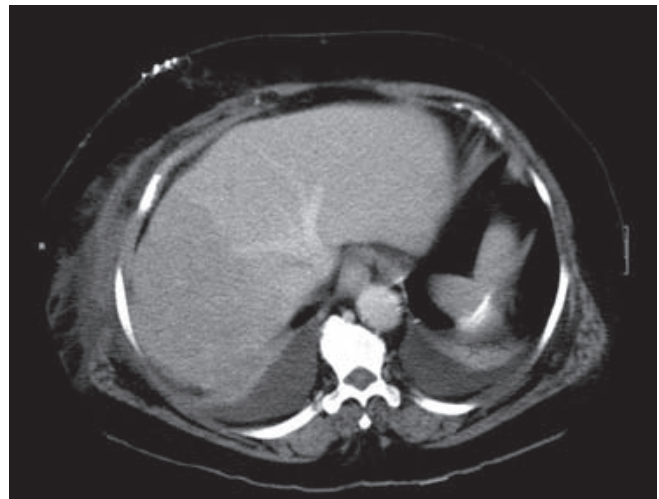


Figura 2. En la tomografía computarizada puede observarse hipodensidad del área hepática derecha, con oclusión completa de la rama portal derecha y de sus ramas subsidiarias.

miento anticoagulante: algunos autores defienden su uso¹⁰ y otros están en contra.¹¹ Las situaciones en las que está indicado sería trombosis extensa, progresión de la trombosis, fiebre persistente y ante trastornos de la coagulación o estados de hipercoagulabilidad.⁴ El tratamiento trombolítico en la pileflebitis ha sido descrito en pocas ocasiones, pero sin eficacia evidente.¹²

Conclusión

La pileflebitis o trombosis séptica de la vena porta requiere diagnóstico temprano para iniciar el tratamiento médico-quirúrgico adecuado, que consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro y el abordaje quirúrgico del foco infeccioso primario causante del cuadro clínico.

Referencias

1. Álvarez M, Rodrigo S, González JJ, Hernández L, Martínez-Rodríguez E. Pylephlebitis due to acute appendicitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99:59-60.
2. Levin C, Koren A, Miron D, Lumelsky D, Nussinson E, Siplovich L, et al. Pylephlebitis due to perforated appendicitis in a teenager. *Eur J Pediatr* 2008;168:633-635.
3. Justo Firvida E, Beatriz Mangupli P, Lado Lado F, Salvador Griboff E. Septic thrombophlebitis of the portal vein. *Rev Clin Esp* 1993;192:248-249.
4. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis* 1995;21:1114-1120.
5. Lee BK, Ryu HH. A case of pylephlebitis secondary to cecal diverticulitis. *J Emerg Med*. 2009 May 12. [Epub ahead of print].
6. Bogue CO, Leahy TR, Rea DJ, Bitnun A, Brandao LR, Kahr WH, et al. Idiopathic suppurative pylephlebitis: interventional radiological diagnosis and management. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2009;32:1304-1307.
7. Arteche E, Ostiz S, Miranda L, Caballero P, Jiménez G. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management of three cases. *An Sist Sanit Navar* 2005;28:417-420.
8. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. *J Comput Assist Tomogr* 2000;24:755-760.
9. Tsao YT, Lin SH, Cheng CJ, Chang FY. Pylephlebitis associated with acute infected choledocholithiasis. *Am J Med Sci* 2006;332:85-87.
10. Baril N, Wren S, Radin R, Ralls P, Stain S. The role of anticoagulation in pylephlebitis. *Am J Surg* 1996;172:449-452.
11. Singh P, Yadav N, Visvalingam V, Indaram A, Bank S. Pylephlebitis. Diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1312-1313.
12. Sherigar R, Amir KA, Bobba RK, Arsuru EL, Srinivas N. Abdominal pain secondary to pylephlebitis: an uncommon disease of the portal venous system, treated with local thrombolytic therapy. *Dig Dis Sci* 2005;50:983-987.