

# Pileflebitis como complicación del proceso inflamatorio abdominal

Ricardo Domínguez-Vargas,\* Ricardo Balcázar-Vázquez,\*\*  
Agustín I. Rodríguez-Blas,\*\*\* Gustavo A. Casian-Castellanos\*\*\*\*

## RESUMEN

La pileflebitis es una tromboflebitis séptica de la vena porta o de algunas de sus ramas tributarias; es una complicación infrecuente de procesos inflamatorios intraabdominales que pueden acompañarse de abscesos hepáticos. La trombosis puede ser extra o intrahepática. Causas extrahepáticas idiopáticas: estados de hipercoagulabilidad, oclusión por adenomegalias, inflamación de la vena porta ascendente a causa de la pileflebitis secundaria a la infección de apéndice o colon, trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o procedimientos quirúrgicos. Causas intrahepáticas: cirrosis hepática, invasión tumoral primaria o secundaria.

**Palabras clave:** Pileflebitis, absceso hepático, infección intraperitoneal, apendicitis.

## ABSTRACT

The pylephlebitis is a thrombophlebitis septic the portal vein an the tributary ramas is the complication the process inflammatory intra-abdominal to accompany hepatic abscess. The thrombosis is extra- or intra-hepatic. The reason extra-hepatic idiopatic, hipercoagulability condition, obstruction adenomegaly, ascendant inflammatory portal vein for pylephlebitis secondary to infection appendix, colon, vein splenic thrombosis secondary to pancreatitis or surgical process. To causes intra hepatic, hepatic cirrhosis, tumoral invasion primary o secondary.

**Key words:** Pylephlebitis, liver abscess, intra-abdominal infection, appendicitis.

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como pileflebitis a la tromboflebitis de la vena porta y de sus ramas, su origen es séptico por un foco infeccioso localizado en su área de drenaje. Es una entidad de muy baja frecuencia por la utilización precoz de antibióticos, pero relevante porque la mortalidad por su causa no ha disminuido (20-30% en algunas series). Su diagnóstico es tardío y como etiología se han descrito apendicitis aguda, diverticulitis complicada, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis aguda, colangitis y colecistitis aguda.<sup>1</sup> La trombosis se origina por causas extra o intrahepáticas.<sup>2</sup>

Una vez establecido el diagnóstico debe buscarse una asociación con un factor precoagulante como son los estados de hipercoagulabilidad, tumores, traumatismos, cirrosis y medicación precoagulante.

La pileflebitis es una patología poco frecuente en nuestro medio debido al uso precoz de antibióticos en los procesos infecciosos intraabdominales. Pese a la disminución de su incidencia su importancia radica en una elevada mortalidad debido al diagnóstico tardío. Se presenta clínicamente con dolor abdominal inespecífico (90%), náuseas (54%), vómito (77%), diarrea (76%) o formación de circulación colateral.

En ocasiones puede acompañarse de anorexia y hemorragia digestiva en forma de hematoquezia. Los datos biológicos son inespecíficos; suele cursar con leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas y hemocultivos positivos hasta en 80% de los casos, el *E. Coli* es el germen más frecuente. Como pruebas de imagen pueden utilizarse la ecografía con eco-Doppler, la TC y la RMN.

En general, el desarrollo de trombos venosos se considera un proceso multifactorial; una combinación de factores protrombogénicos locorregionales y sistémicos pueden ser causa de una trombosis del eje venoso portomesentérico. En el caso que se presenta destacan como factores locorregionales la infección intraabdominal (apendicitis aguda) y la cirugía laparoscópica.

\* Diplomado de Ultrasonografía Diagnóstica, HJM.

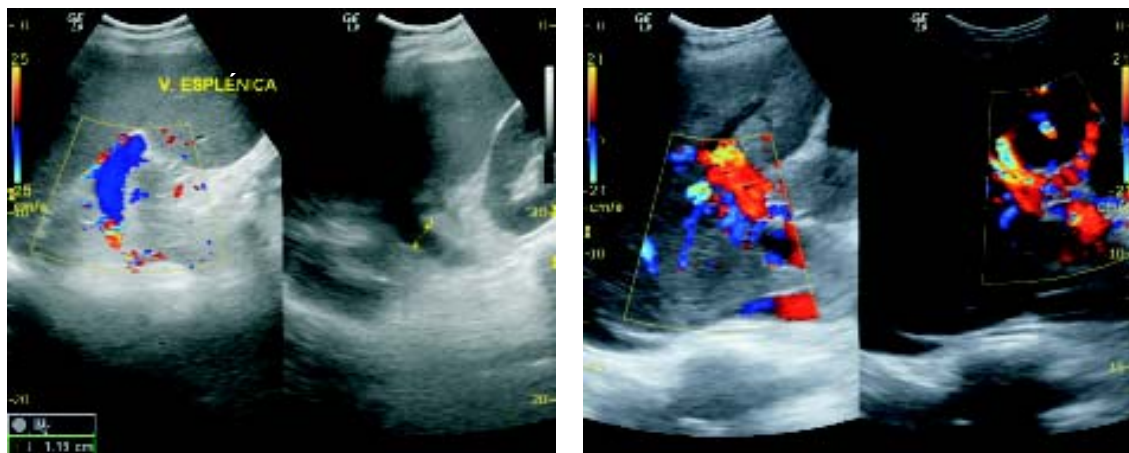
\*\* Médico radiólogo, HJM.

\*\*\* Médico radiólogo intervencionista, H M.

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico, HJM.



**Figura 1.** Cortes multidireccionales a nivel de hilio hepático. **A.** Vena porta heterogénea por mostrar ecos que ocuparon la totalidad de su luz. **B.** En consecuencia se formó circulación colateral al estar ocupada la luz del vaso. **C-D.** Dicho trombo continúa hacia la rama derecha e izquierda de la vena porta.



**Figura 2.** Doppler color. **A-B.** Ausencia de señal secundaria a los trombos y circulación colateral a través de vasos pericolecísticos, capsulares y vena esplénica permeable.

Distintos estudios describen a la cirugía previa como factor de riesgo elevado de trombosis, en especial la cirugía laparoscópica. El neumoperitoneo condiciona un aumento de la presión intra-abdominal, disminuye el flujo del sistema porto-mesentérico (35-84%) y favorece la estasis venosa, facilitando la formación de trombos venosos.

Sin embargo, no existen estudios que comparen la incidencia de la pileflebitis en cirugía laparoscópica vs. laparotómica. Respecto a la infección intra-abdominal la literatura reconoce la apendicitis aguda como la infección intra-abdominal más frecuente causante de pileflebitis, hasta la utilización de antibióticos; en la actualidad la diverticulitis es la primera causa de pileflebitis seguida de la colecistitis aguda.<sup>3</sup>

El tratamiento recomendado se basa en dos pilares. Por un lado, el uso precoz de antibióticos de amplio espectro que cubran Gram positivos, Gram negativos y anaerobios, que debe prolongarse entre cuatro a seis semanas; y las heparinas de bajo peso molecular que deben sustituirse después por anticoagulantes orales.

No hay acuerdo en la duración del tratamiento, pero en la mayoría de las publicaciones se aconseja entre cuatro y seis meses.<sup>4</sup>

## DISCUSIÓN

La pileflebitis se asocia con estados de hipercoagulabilidad, traumatismos o cirugía abdominal y a procesos que afectan el sistema hepatobiliar como la cirrosis, hepatocarcinoma o a la pancreatitis, incluso a partir de infección de vías urinarias.

El proceso infeccioso se extiende a través de ramas mesentéricas periféricas, altera el endotelio vascular y provoca la aparición de trombosis; tiende a diseminarse, afectando al final a la vena porta y a sus ramas intrahepáticas, de ahí puede afectar al lóbulo hepático.<sup>5</sup>

Los gérmenes implicados son Gram negativos (*E. coli*) y estreptococos aerobios, y en ocasiones anaerobios como *Bacteroides fragilis*.

La clínica puede variar en relación con la localización del proceso inflamatorio. La bacteremia es un hallazgo frecuente diagnosticado por hemocultivo; la ictericia es infrecuente e implica formas de daño hepático importante. Ante una clínica tan inespecífica los hallazgos radiológicos

son de gran utilidad (ultrasonido, tomografía o resonancia magnética).<sup>6</sup>

El tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro por cuatro semanas por el riesgo de formación de abscesos hepáticos; la anticoagulación es aceptada siempre y cuando sea por la progresión demostrada de trombos.

A continuación se muestran imágenes ecográficas (Figuras 1 y 2):

Paciente masculino de 25 años de edad con dolor abdominal tipo cólico intermitente a nivel de hipocondrio derecho, no refirió irradiaciones exacerbantes o atenuantes. Se diagnosticó pileflebitis.

## REFERENCIAS

1. Arreche 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. *Anales del Sistema Sanitario Navarra* 2005; 28(3): 417-20.
2. Casallo-Blanco S, Muñoz-Ruiz AI, Marcos-Sánchez F, De Matias-Salces L, Blanco-González J. Pileflebitis secundaria a diverticulitis. *Anales de Medicina Interna Madrid* 2006; 23(12): 593-5.
3. Cortés-García R, González-Mateos T, Castillo-Aguirre AI. Pileflebitis y absceso hepático en la infancia. *Act Ped Mex* 2009; 30(1): 18-22.
4. Yeon Soo Chang, Sun Young Min, Sun Hyung Joo, Suk-Hwan Lee. Septic thrombophlebitis of the porto-mesenteric veins as a complication of acute appendicitis: a systematic literature review. *J Gastroenterology* 2008; 14(28): 4580-2.
5. James AW, Rabi C, Westphalen AC, Fogarty PF, Posselt AM, Campos GM. Portomesenteric venous thrombosis after laparoscopic surgery. *Archives of Surgery* 2009; 144(6): 520-6.
6. Eire PF, Vallejo D, Sastre JL, Rodríguez MA, Garrido M. Mesenteric venous thrombosis after appendectomy in a child: Clinical Case and review of literature. *J Ped Surg* 1998; 33(12): 1820-1.

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Ricardo Domínguez-Vargas  
Hospital Juárez de México  
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160  
Col. Magdalena de las Salinas  
Del. Gustavo A. Madero  
C.P. 06770, México D.F.  
Tel.: 5747-7560, Ext. 7360.  
Correo electrónico: ridovars@yahoo.com.mx