

# PILEFLEBITIS ASOCIADA A DIVERTICULITIS AGUDA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE.

PYLEPHLEBITIS ASSOCIATED WITH ACUTE DIVERTICULITIS: AN UNUSUAL COMPLICATION.

Garrido Márquez I, Moyano Portillo A, Moya Sánchez E

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

## Resumen

La pileflebitis consiste en una trombosis séptica de la vena porta o sus ramas. Es una entidad rara, pero con una elevada morbimortalidad, cuyo origen suele estar en una infección intraabdominal. Dentro de ellas, la más frecuente es la diverticulitis aguda, si bien a su vez esto es raro dentro de esta patología dado que tan solo el 3% de las diverticulitis pueden ocasionarla.

El diagnóstico precoz mediante TC abdominal es de elección para evitar complicaciones tales como la sepsis abdominal y la isquemia intestinal. La ecografía-doppler también puede aportar datos importantes para demostrar la presencia de trombosis.

En cuanto al tratamiento, suele ser conservador, mediante antibióticos de amplio espectro. La cirugía se reservará para casos refractarios.

**Palabras clave:** pileflebitis, diverticulitis aguda, TC abdominal, ecografía.

### CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez  
Hospital Clínico Universitario San Cecilio  
18016 Granada  
[elemoya89@gmail.com](mailto:elemoya89@gmail.com)

Fecha de envío: 28/02/2020

Fecha de aceptación: 29/03/2020

## Abstract

Pylephlebitis consists of a septic thrombosis of the portal vein or its branches. It is a rare entity, but with a high morbidity and mortality, whose origin is usually in an intra-abdominal infection. Among them, the most frequent is acute diverticulitis, although in turn this is rare in this pathology since only 3% of diverticulitis can cause it.

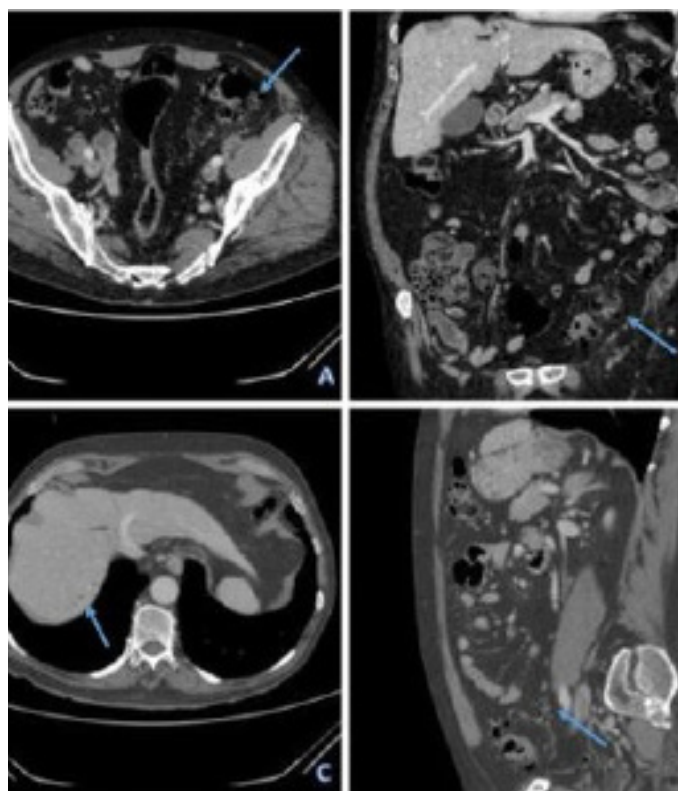
Early diagnosis by abdominal CT is of choice to avoid complications such as abdominal sepsis and intestinal ischemia. Doppler ultrasound can also provide important data to demonstrate the presence of thrombosis.

**Keywords:** pylephlebitis, acute diverticulitis, abdominal CT, ultrasound.

## Introducción y presentación del caso

Presentamos un caso de un varón de 69 años con antecedentes de HTA y diverticulosis que consultó por fiebre de 39º y dolor en hipogastrio. A la exploración, el abdomen se encontraba blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de peritonismo. Se solicitó analítica completa, donde únicamente destacó neutrofilia (93,7%) sin leucocitosis y PCR de 52,6 mg/l. Ante estos hallazgos, se solicitó TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, que

evidenció un segmento de sigma con numerosos divertículos en su luz y cambios inflamatorios de la grasa adyacente (Figuras 1A y 1B). En el parénquima hepático se visualizó gas en el interior de ramas venosas portales así como en venas mesentéricas (Figuras 1C y 1D), hallazgos compatibles con pileflebitis asociada.



**Figura 1**

Figura 1: TC abdominopélvica con contraste i.v. en fase portal. 1A (axial) y 1B (coronal): divertículos en sigma asociados a hiperdensidad y reticulación de la grasa del meso adyacente, compatible con diverticulitis aguda (flechas). 1C (axial): gas en el interior de ramas venosas portales compatible con pileflebitis (tromboflebitis séptica de la vena porta) y 1D (sagital): gas en el interior de ramas venosas mesentéricas (flechas).

El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada y tratamiento conservador consistente en dieta blanda, antibioterapia de amplio espectro y analgesia habitual en caso de dolor. En revisión posterior, había mejorado clínicamente encontrándose asintomático y los parámetros analíticos se encontraban en rango de normalidad.

## Discusión

La pileflebitis es una entidad poco frecuente pero con una elevada morbimortalidad, que consiste en una trombosis séptica de la vena porta o sus ramas. Suele relacionarse con infecciones intraabdominales que deben tener un drenaje hasta el sistema venoso portal, principalmente con la diverticulitis aguda seguida de la apendicitis aguda y la colangitis<sup>1,2</sup>. Dicho drenaje lleva hacia el hígado la sangre procedente de las venas mesentéricas superior, inferior y esplénica. Al existir un sitio de infección, esto puede dar lugar a émbolos sépticos que migran hasta el hígado hasta provocar trombosis portal y produciendo abscesos, principalmente en el

lóbulo derecho debido al alto flujo de la vena mesentérica superior (34% de los casos)<sup>3</sup>, de ahí su elevada mortalidad.

Los agentes etiológicos más frecuentemente implicados son el *Bacteroides fragilis* seguido de la *Escherichia coli*. La clínica puede ser desde asintomática hasta fiebre, dolor abdominal e ictericia.

La prueba de elección para el diagnóstico definitivo es la TC abdominopélvica<sup>4</sup>, en la que apreciaremos gas intraluminal en las venas del sistema portomesentérico y en ocasiones podremos ver el defecto de repleción venoso en relación con el trombo séptico. A estos hallazgos pueden asociarse colecciones intraabdominales o abscesos hepáticos, entre otros, en función de la gravedad del paciente<sup>5</sup>.

La ecografía Doppler también puede aportar información interesante al demostrar la presencia del trombo y alteraciones en el flujo portomesentérico.

El tratamiento se basa en antibióticos de amplio espectro durante 4-6 semanas, pudiendo asociarse anticoagulantes si existe un estado de hipercoagulabilidad subyacente, aunque esto último es controvertido<sup>6</sup>, pues no hay clara evidencia de que mejore el pronóstico. La cirugía se reserva para casos de no respuesta o complicación (drenaje de colecciones, isquemia intestinal, etc).

## Conclusión

Si bien la pileflebitis es una entidad infrecuente, es necesario saber que es una posible complicación de las infecciones intraabdominales tales como la diverticulitis, establecer un diagnóstico precoz y reconocer los hallazgos en las pruebas de imagen para así poder mejorar el pronóstico de estos pacientes.

## Bibliografía

- Martín-Lagos Maldonado A, Gallart-Aragón T, Gómez-Sánchez J. Pileflebitis secundaria a diverticulitis aguda: importancia del diagnóstico precoz. RAPD Online. 2019; 42: 99-100.
- Ostiz-Llanos M, Ostiz-Zubieta S, Zozaya-Urmeneta JM, Huarte-Muniesa MP, García-Sanchotena JL. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pileflebitis): diagnóstico y tratamiento a propósito de dos casos. RAPD Online. 2013; 36: 201-205.
- Casallo Blanco S, Muñoz Ruiz AI, Marcos Sánchez F, de Matías Salces L, Blanco González J, Castañeda Bergamín C. Pileflebitis secundaria a diverticulitis. An Med Interna 2006; 23: 593-595.
- Ramírez Avilés EM, Núñez García EA, Chozas Chenhalls R, Santín Rivero J. Pileflebitis como complicación de diverticulitis. An Med (Mex) 2015; 60: 287-290.
- Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, Rasch H, Tarr FE. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. Radiology Case; 2014; 8: 37-45.
- Lee BK, Ryu HH. A case of pylephlebitis secondary to cecal diverticulitis. J Emerg Med. 2012; 42: 81-5.