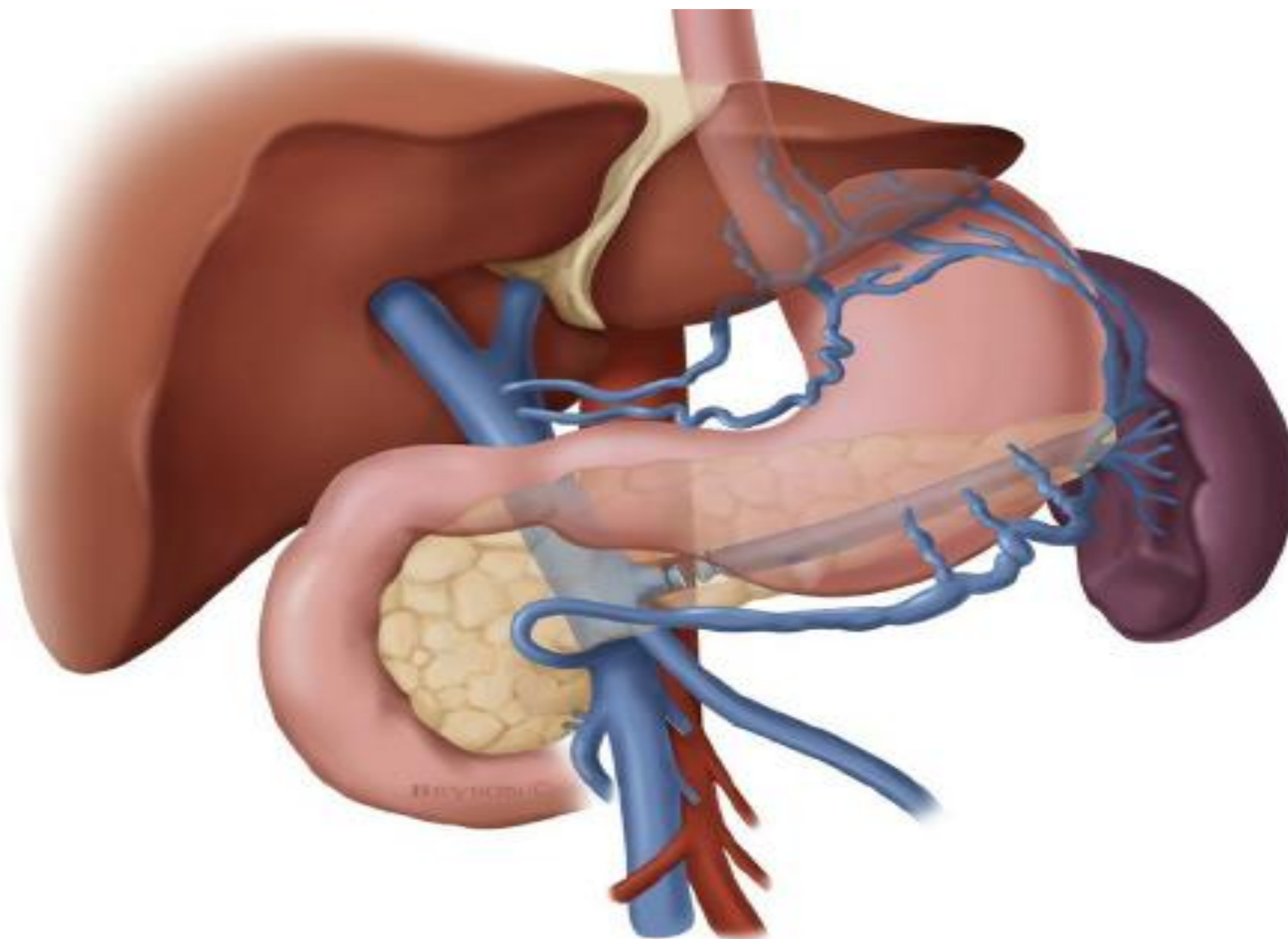


PILEFLEBITIS: DE PORTA A PORTA Y TROMBO PORQUE TE TOCA



Cristina Berastegi Santamaria, Paula Garcia-Barquin, Ainize Cancho Salcedo, Mikel Jauregui Garcia, Carlos Basoa Ramos, Libe Arzanegui Larumbe, Itziar Otero Longo, Javier Saez Elizagaray, Alba Salvador Errasti

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

OBJETIVO DOCENTE

- Revisar los casos de pileflebitis de nuestro centro en los últimos 3 años

- Revisar las patologías inflamatorias intraabdominales que más frecuentemente ocasionan pileflebitis y los vasos afectados con más frecuencia

REVISIÓN DEL TEMA

¿QUÉ ES LA PILEFLEBITIS?

LA TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA O SUS RAMAS SECUNDARIA A INFECCIÓN EN REGIONES QUE DRENAN AL SISTEMA VENOSO PORTA

Es una complicación rara pero potencialmente **letal** de una infección intraabdominal con una tasa de **mortalidad del 25%**.

Etiología: foco séptico (diverticulitis la más común, apendicitis pancreatitis necrotizante...), estado de hipercoagulación, trauma, cirugía abdominal, enfermedades hepatobiliares...

Los **síntomas** son los de la **sepsis**: dolor abdominal, fiebre, escalofríos, fatiga, náuseas, vómitos....

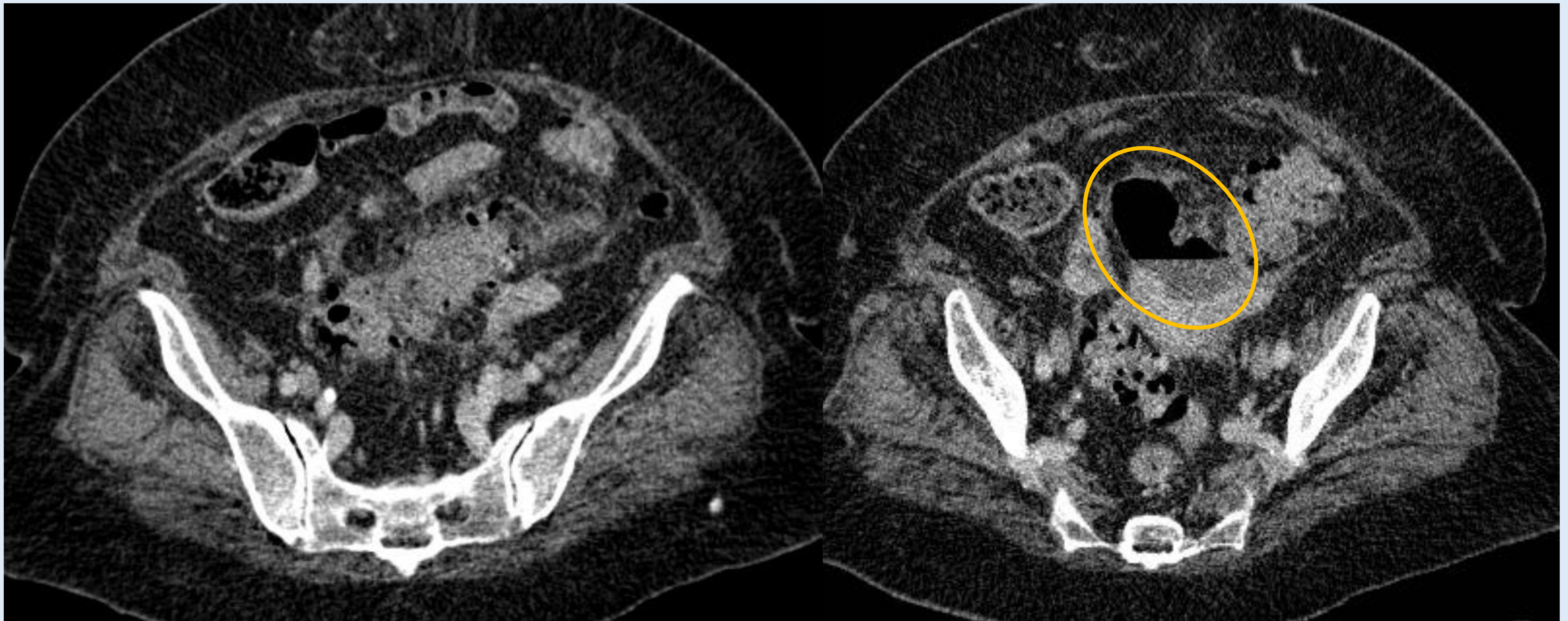
El **diagnóstico clínico** a menudo se pasa por alto (clínica inespecífica), por lo que es de **diagnóstico radiológico**:
Ecografía doppler abdominal y/o TC con contraste intravenoso

El uso de la terapia anticoagulante como tratamiento es un tema controvertido porque no existen estudios que muestren significación estadística a favor o en contra.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRAN UNOS EJEMPLOS DE NUESTRO CENTRO...

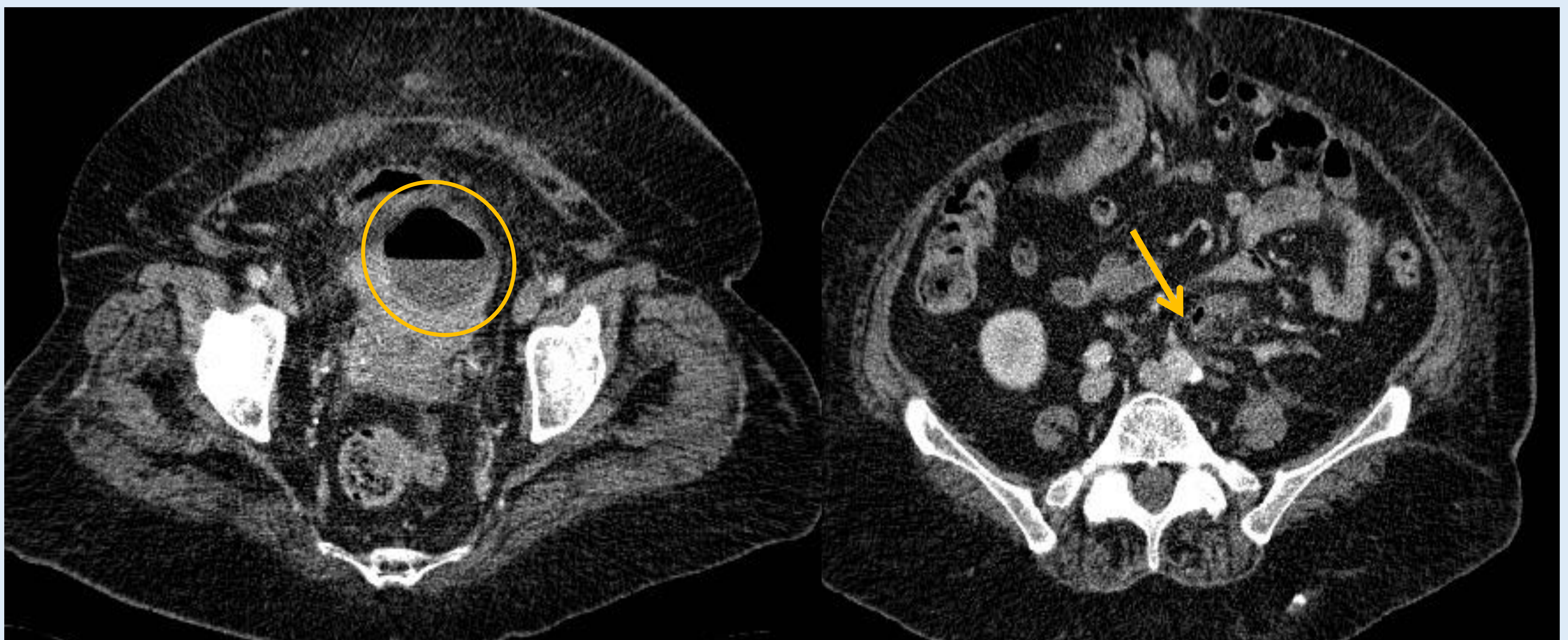
CASO 1

Mujer, 86 años. Cuadro de sepsis con fiebre, dolor abdominal y analítica alterada (leucocitosis, PCR y LDH aumentadas)

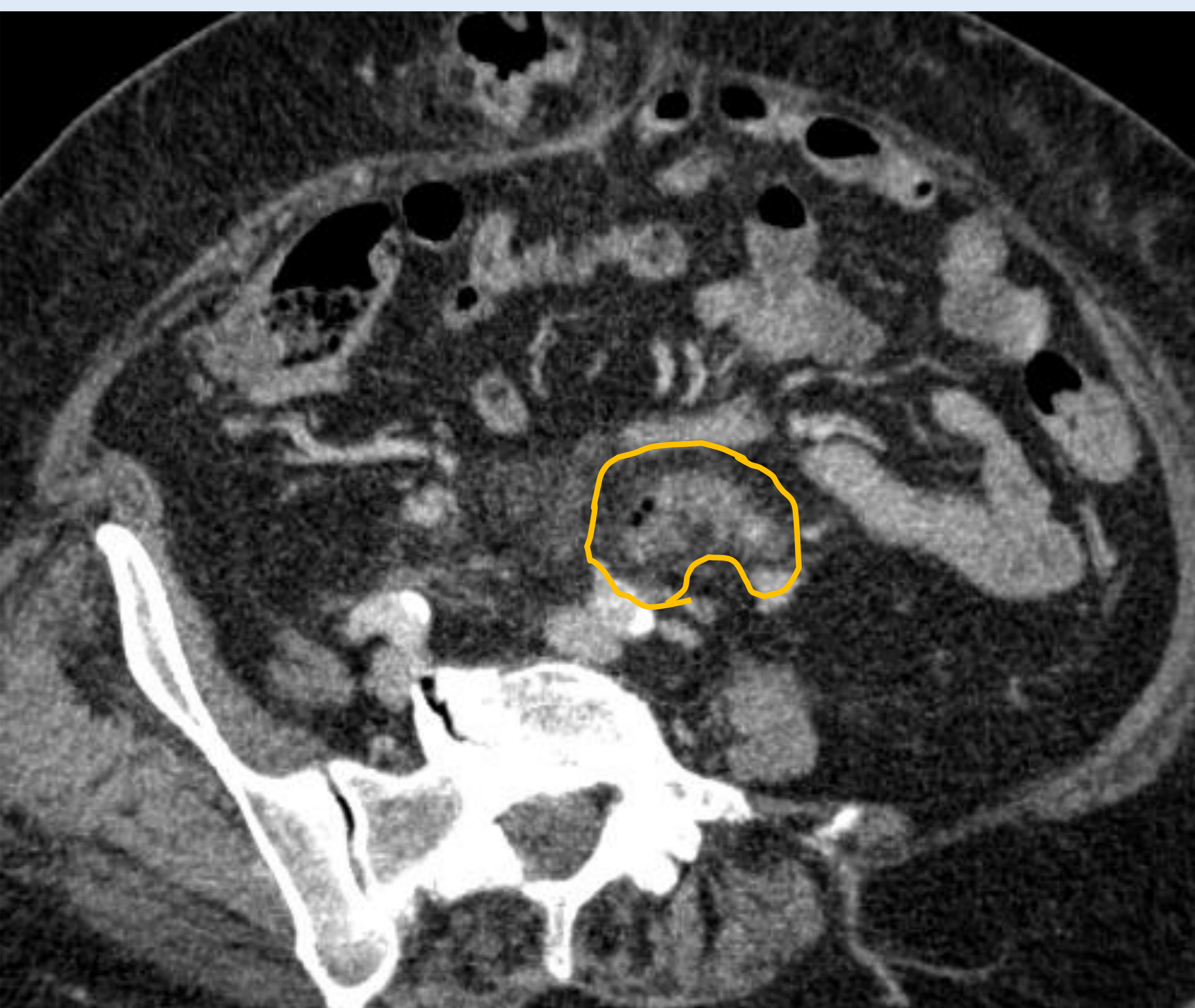
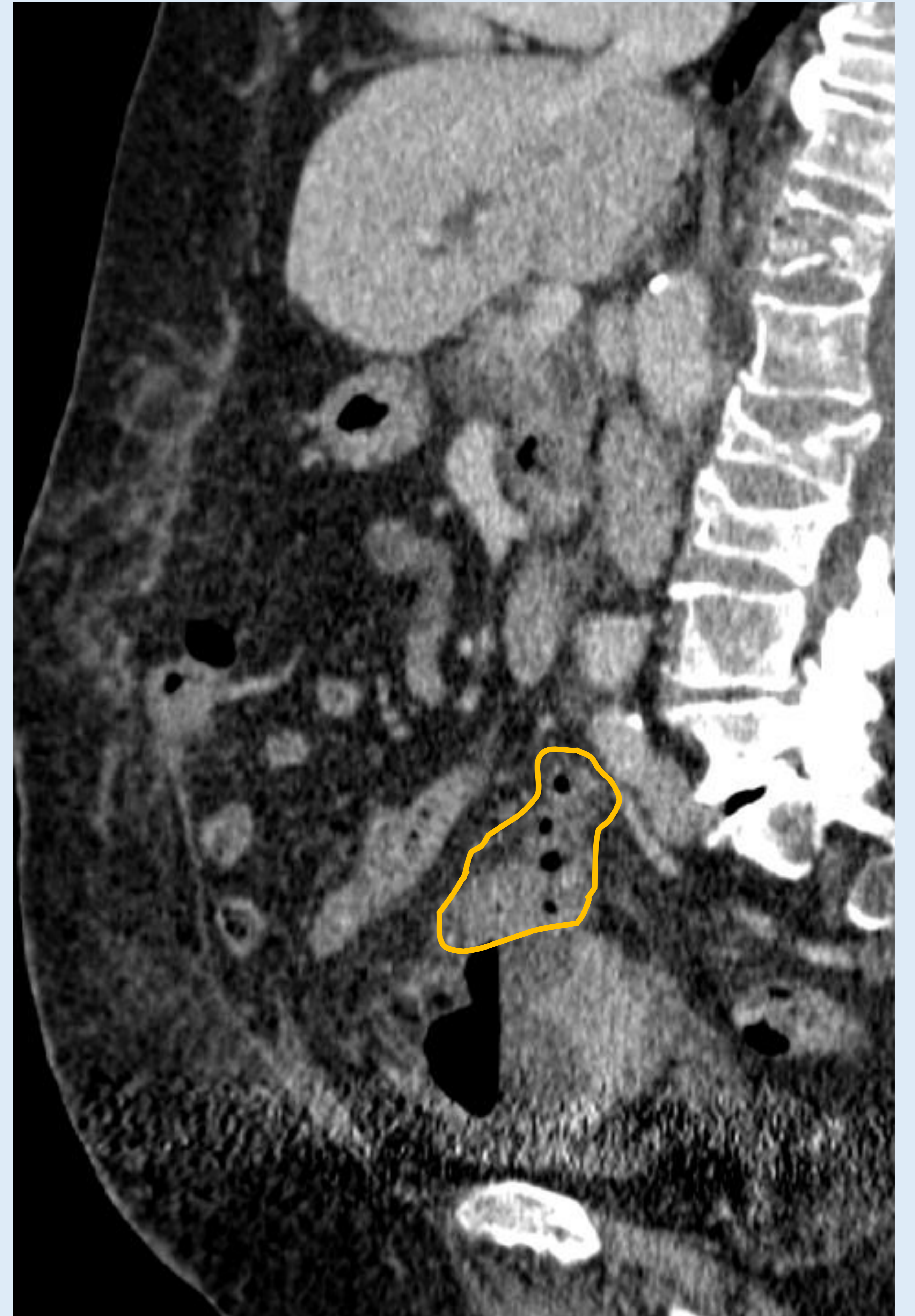
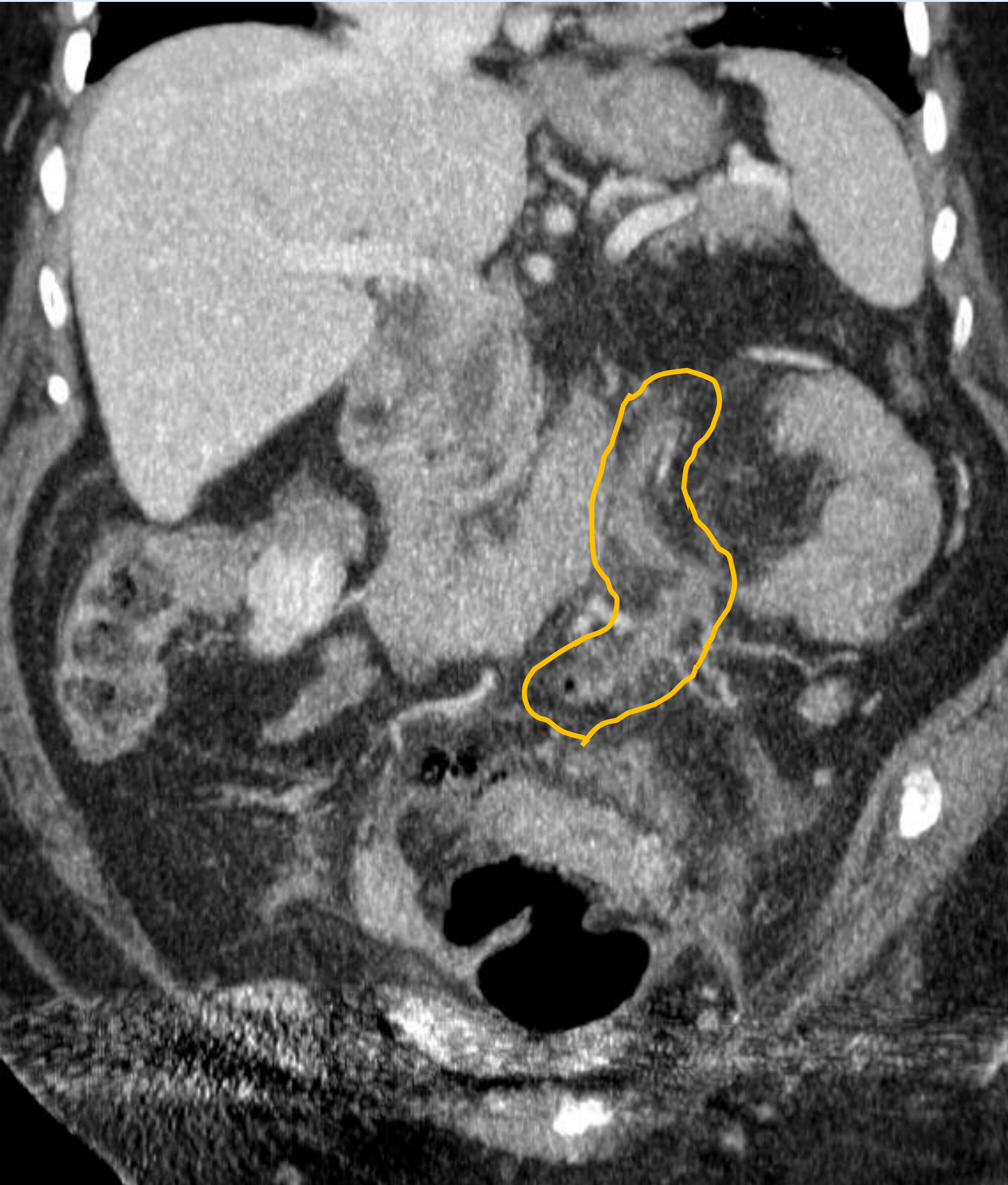


TC con CIV en fase portal. Cortes axiales.

Cambios de diverticulitis aguda con la formación de dos abscesos (círculos). Contenido aéreo en el interior de una rama venosa en el mesosigma (flecha) que drena a la vena mesentérica inferior, la cual se muestra hipodensa, aumentada de calibre, con reticulación de la grasa de vecindad y burbujas aéreas endoluminales, en relación con pileflebitis.



CASO 1



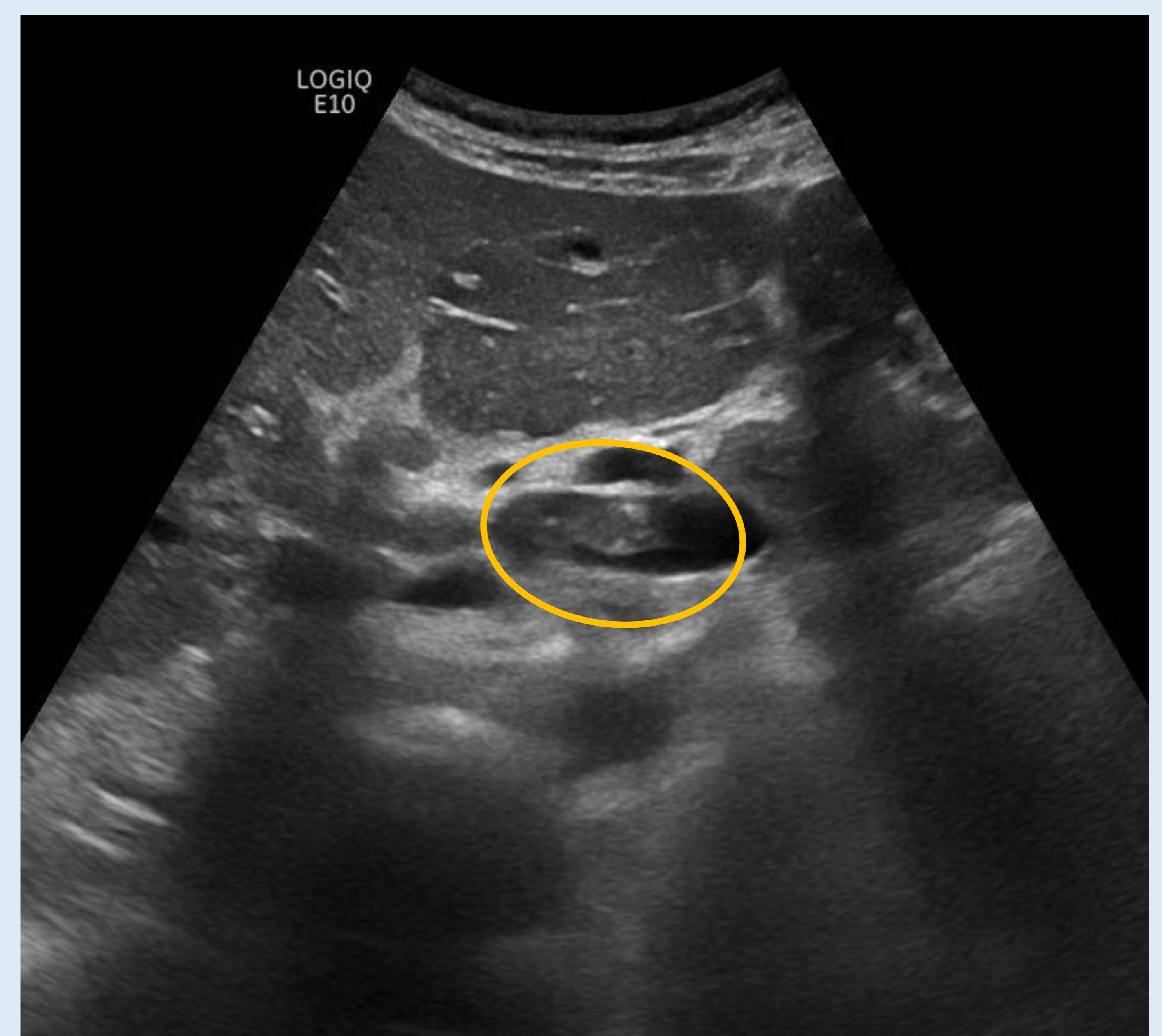
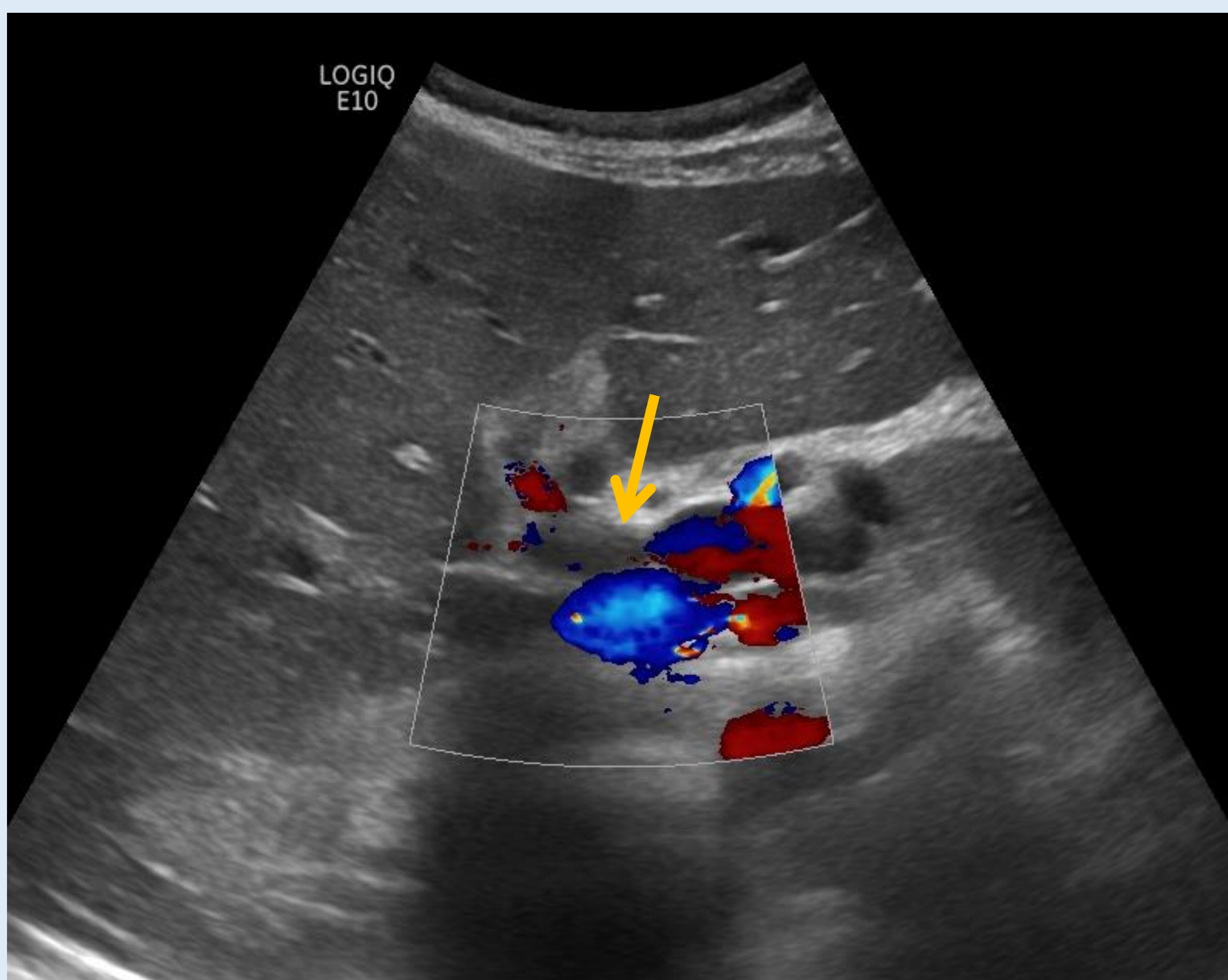
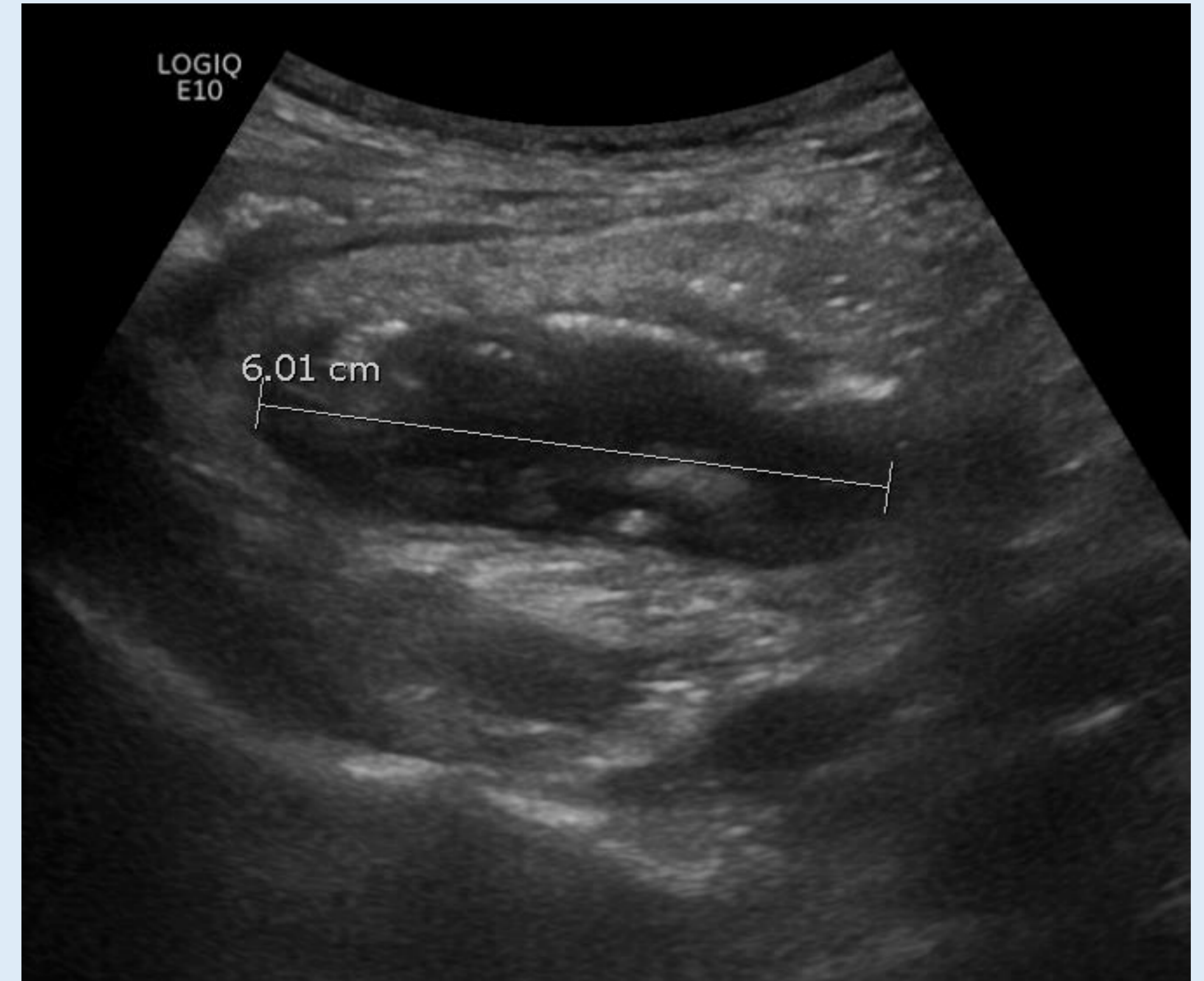
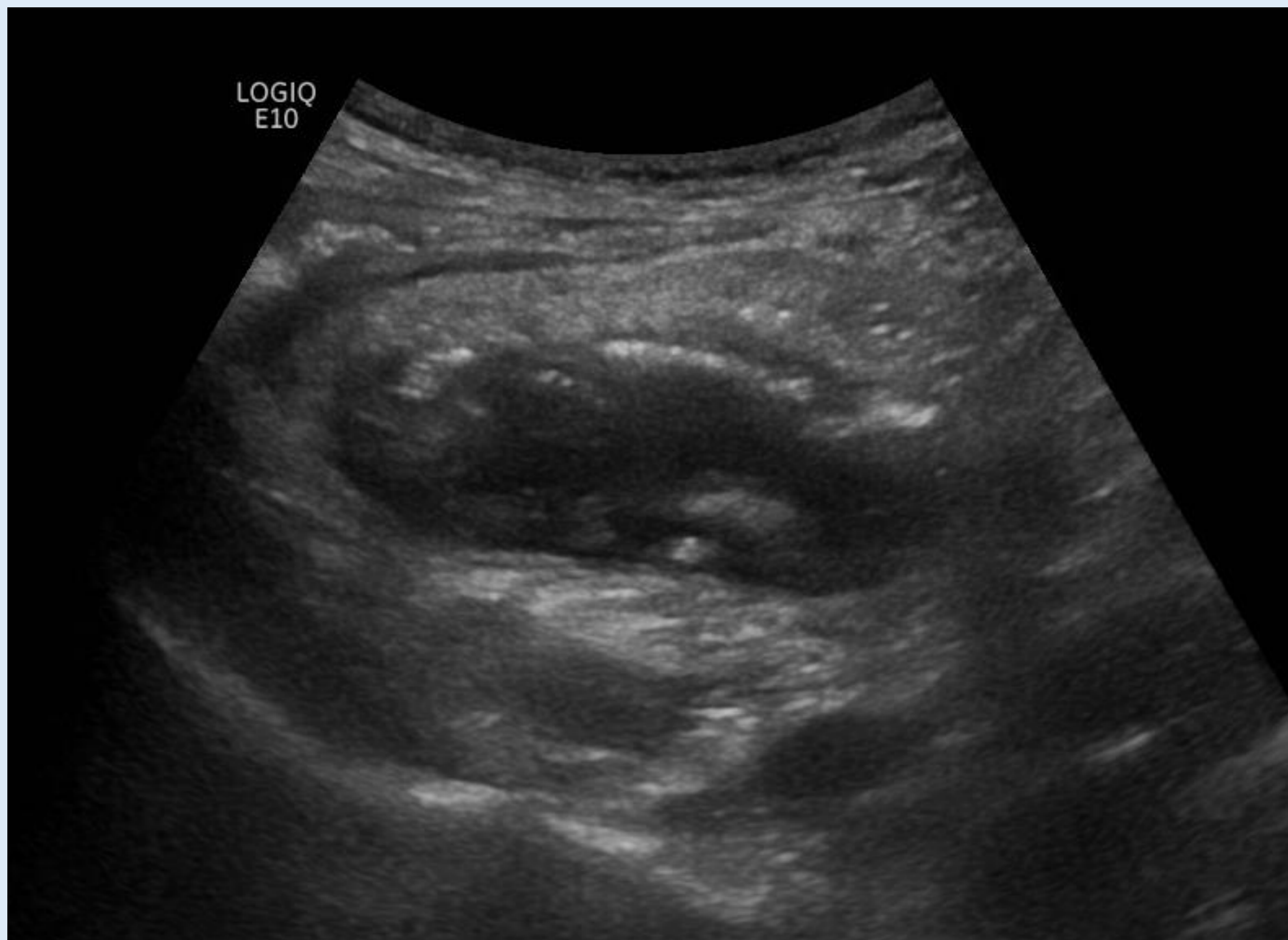
DIVERTICULITIS AGUDA Y PELIFLEBITIS MESENTÉRICA SECUNDARIA

TC con CIV en fase portal. Cortes coronal con reconstrucción MIP, sagital y axial.

Engrosamiento e hipodensidad de la vena mesentérica inferior, con marcada estriación de la grasa que la rodea e ingurgitación de las ramas venosas y burbujas de aire intraluminales (**círculos**) compatible con *pileflebitis*.

CASO 2

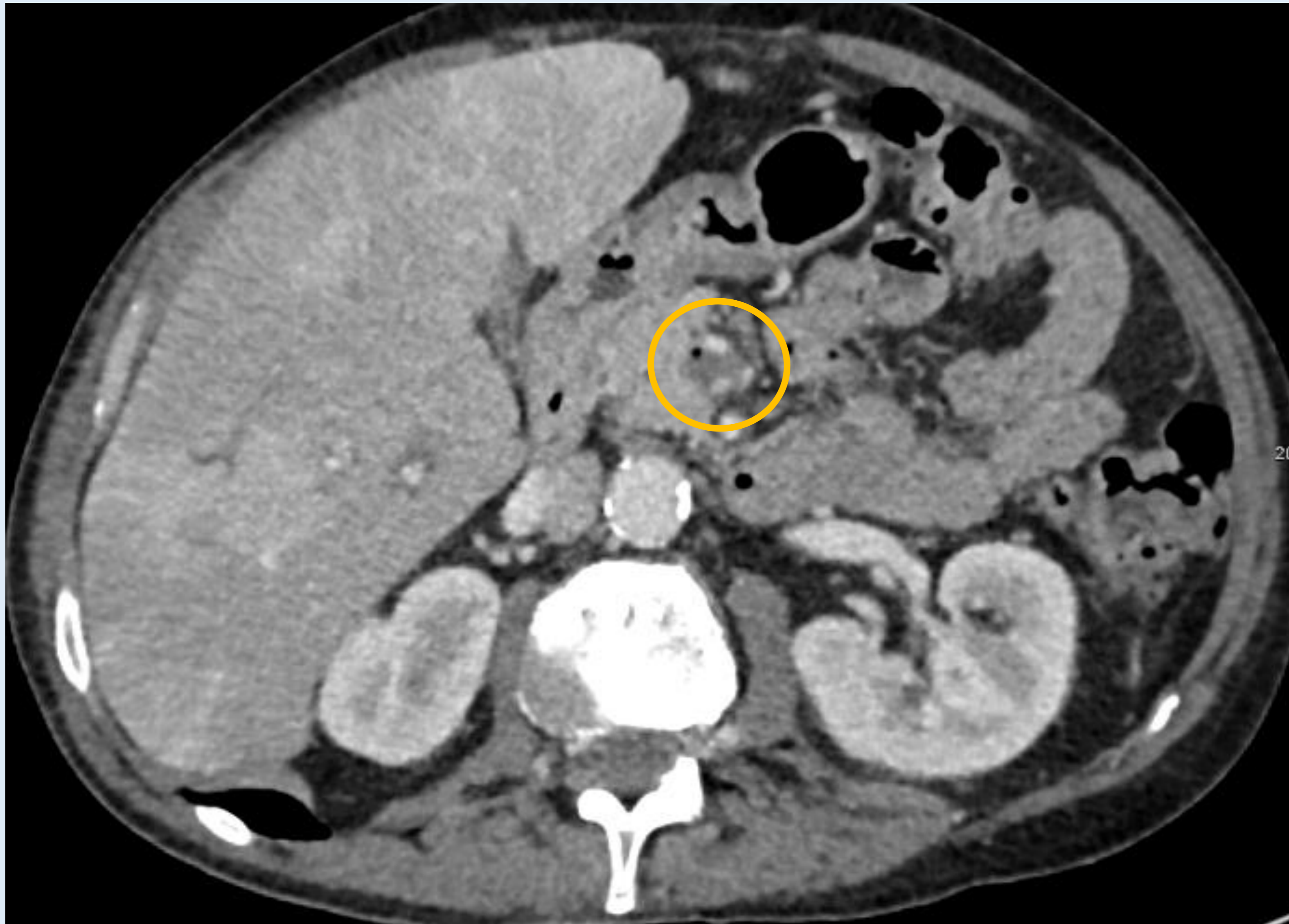
Varón, 58 años. Acude a la urgencia por dolor abdominal y síndrome general. Leucocitosis y PCR de 60. Hepatomegalia.



Ecografía abdominopélvica.

Cambios inflamatorios en FID consistentes en hiperecogenicidad de la grasa con la presencia de colección hipoecoica con burbujas de aire en su interior sugestiva de absceso de 6 cm. Contenido ecogénico focal y ausencia de flujo en un segmento de la vena porta (**flecha y círculo**) en relación con trombosis.

CASO 2



**APENDICITIS AGUDA COMPLICADA CON
ABSCESO Y PELIFLEBITIS PORTO-
MESENTÉRICA SECUNDARIA**

TC con CIV en fase portal. Cortes coronales con reconstrucción MIP y axiales.

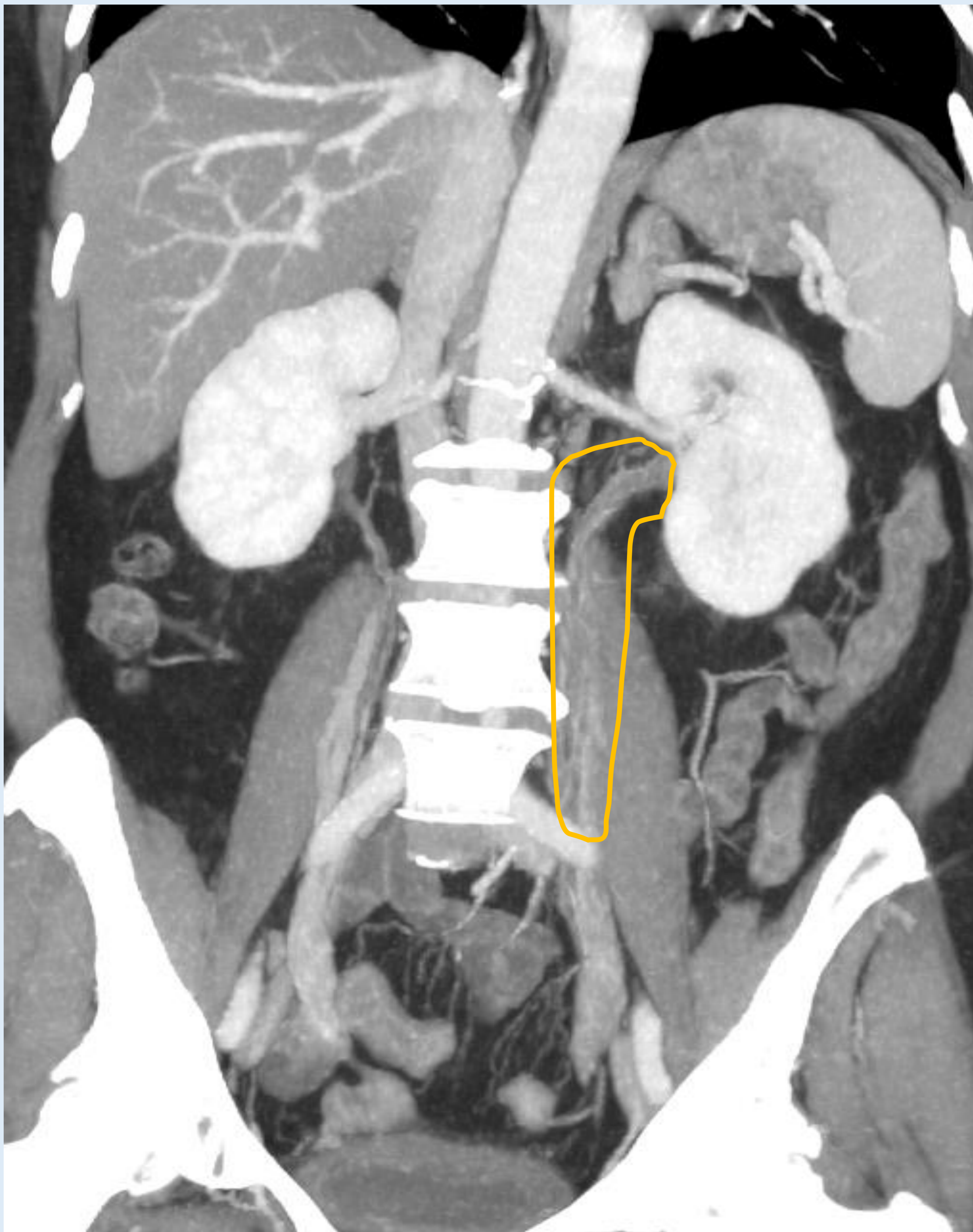
Absceso y cambios inflamatorios en FID en teórica localización de apéndice cecal, compatible con apendicitis aguda complicada.

Trombosis completa y burbujas en el interior de la vena mesentérica superior y ramas ileocólicas (**círculo**) y parcial de la porta, con marcada estriación de la grasa (**círculos y flecha**) compatible con *pileflebitis*.

Edema periportal y alteración de la perfusión secundaria.

CASO 3

Mujer de 70 años con carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. Crisis tónico-clónica sin filiar origen. Fiebre y leucocituria.

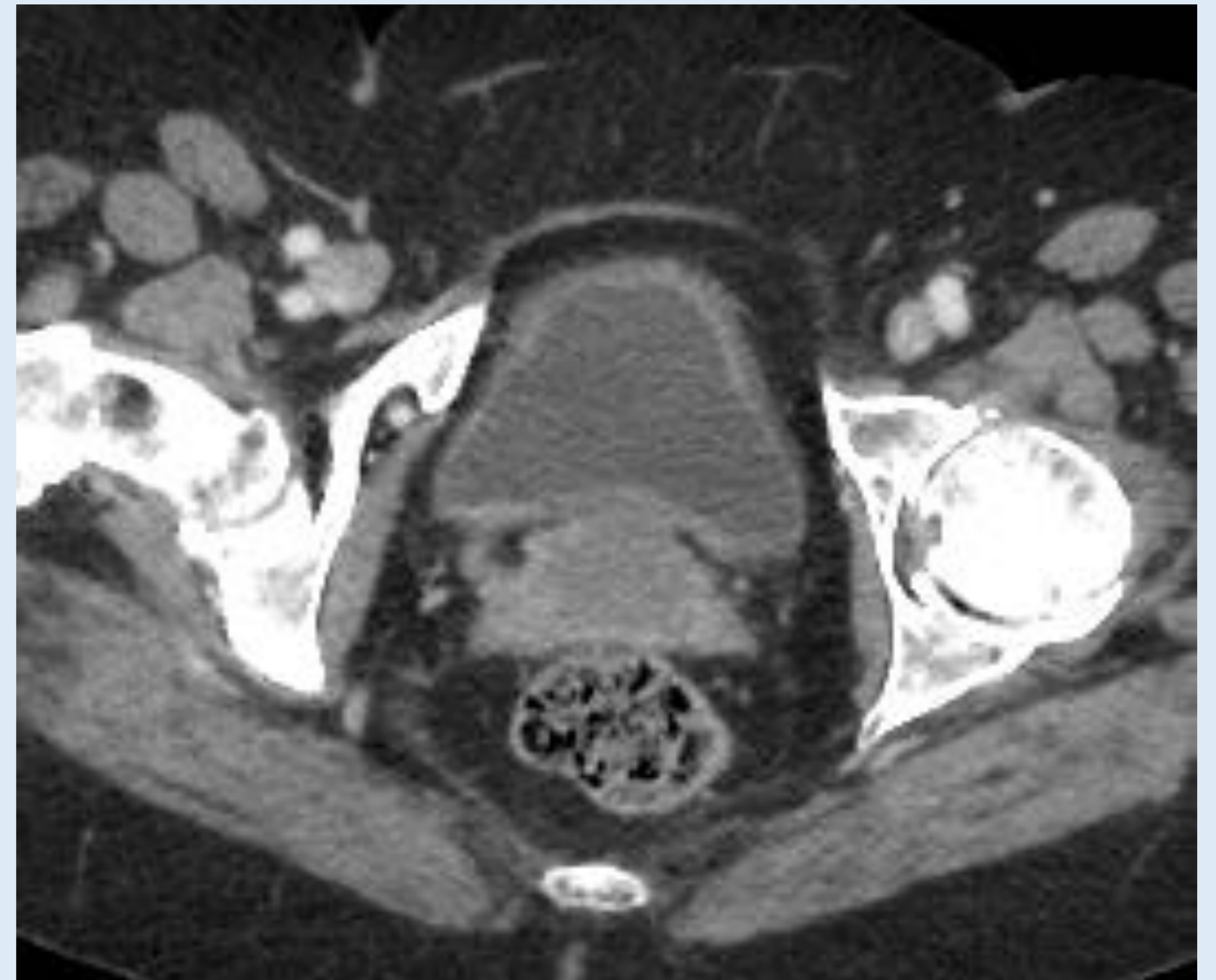


TC abdominopélvico. Cortes axiales y coronal.

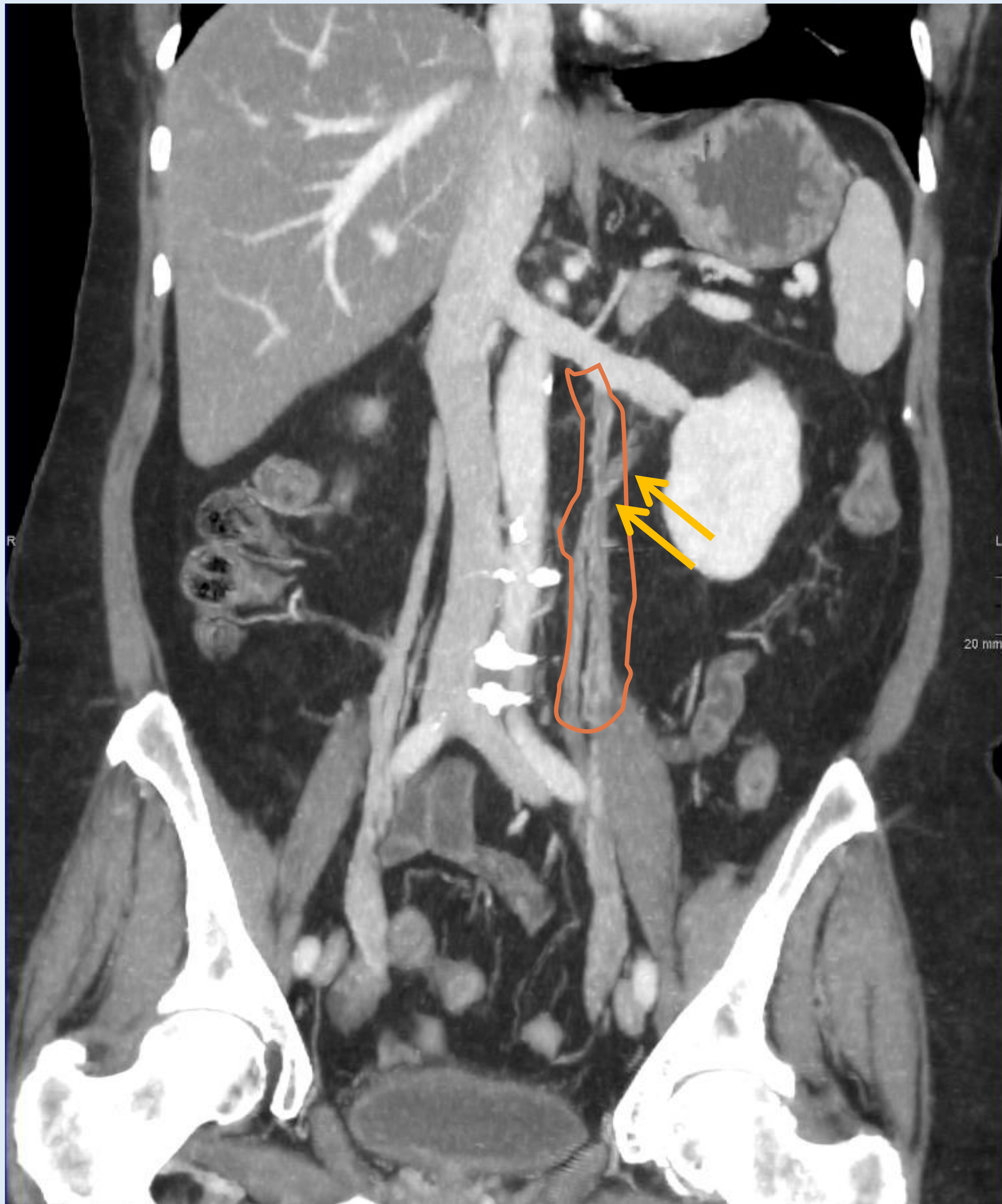
Cambios de pieloureteritis (**círculo**) con hiperrealce urotelial.

Cambios de cistitis con engrosamiento parietal difuso de la vejiga y estriación de la grasa de vecindad (abajo a la derecha).

Esteatosis hepática.



CASO 3



CISTITIS Y PIELOURETERITIS IZQUIERDA CON PIELOFLEBITIS SECUNDARIA DE LA VENA OVÁRICA IPSILATERAL

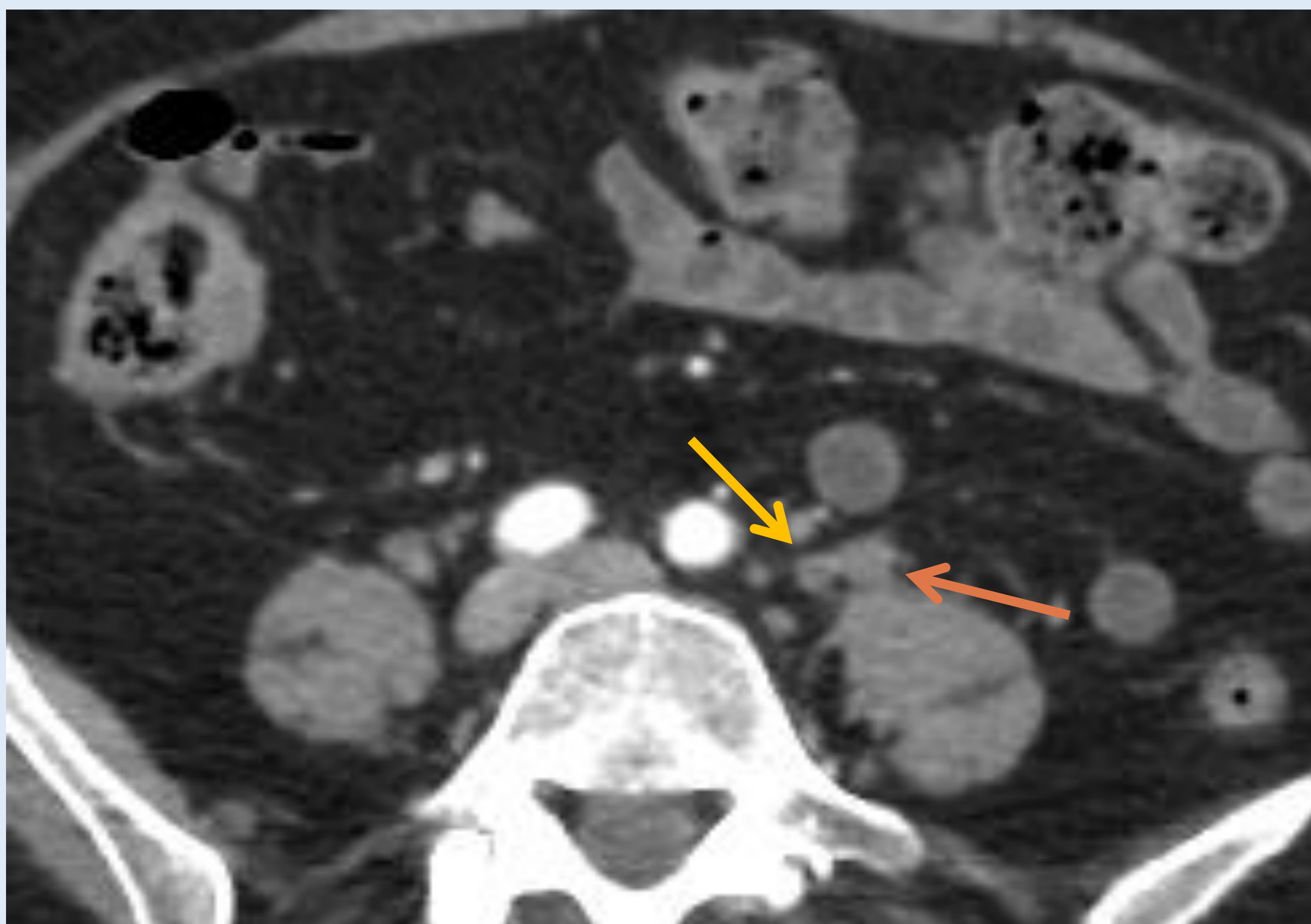
TC con CIV en fase portal. Cortes coronal con reconstrucción MIP y axial.

Cambios de pieloureteritis (**círculo y flecha**) con cambios inflamatorios en la grasa de vecindad.

Cambios de cistitis con engrosamiento parietal difuso y estriación de la grasa. Hipodensidad y aumento de tamaño de la vena ovárica en relación con trombosis (**flechas**) compatible con *pieflebitis*.

Vena renal izquierda de drenaje permeable.

Esteatosis hepática.



CASO 4

Mujer de 88 años. Colectectomizada. Abdomen distendido con dolor en HD. FRA, PCR 60, GPT 1462, 12.000 leucocitos. Descartar coledocolitiasis.



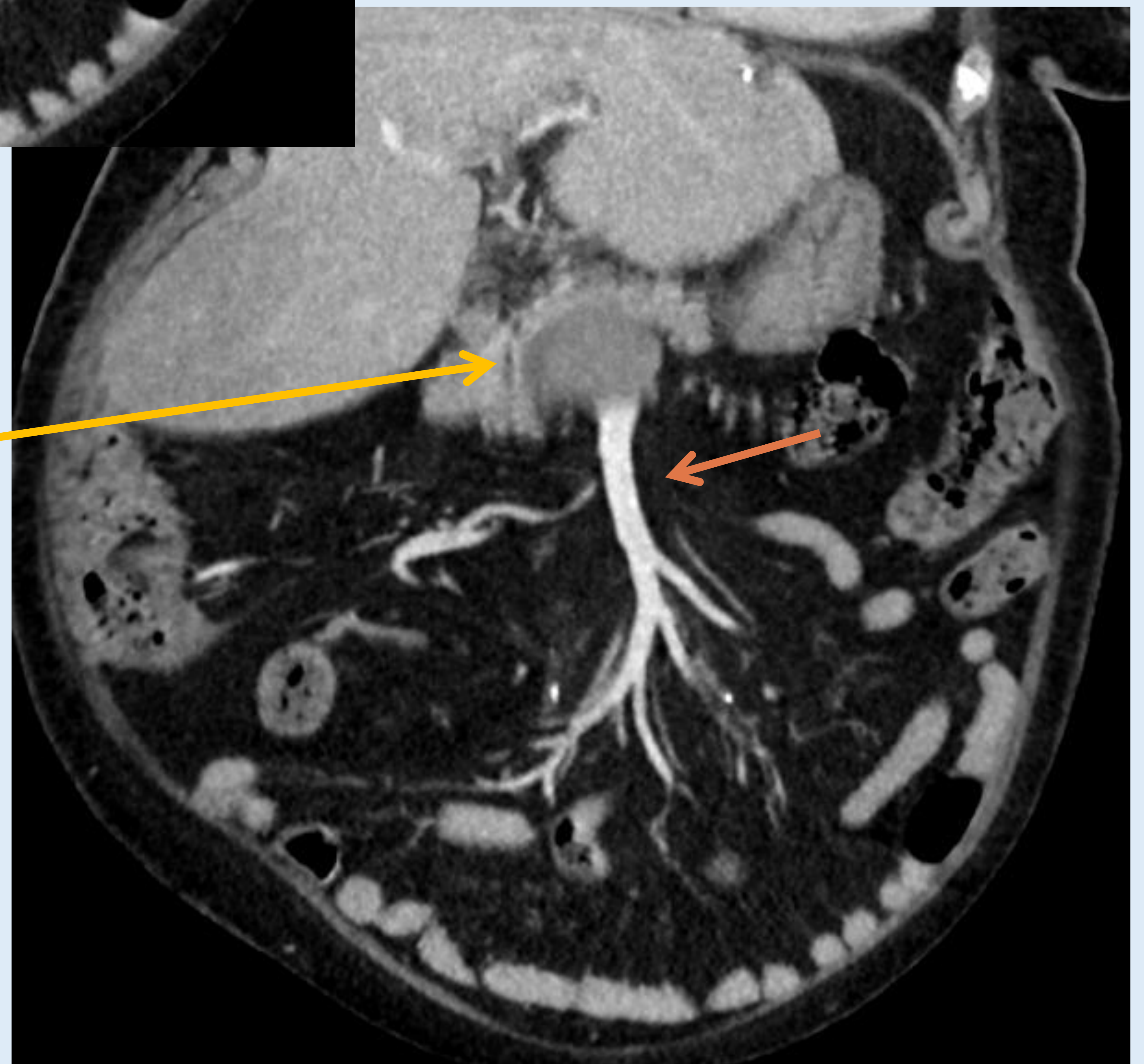
TC abdominopélvico. Cortes coronales.

Trombosis desde la confluencia de las venas mesentérica superior y esplénica, con aumento de calibre de dicha confluencia sugiriendo una trombosis aguda.

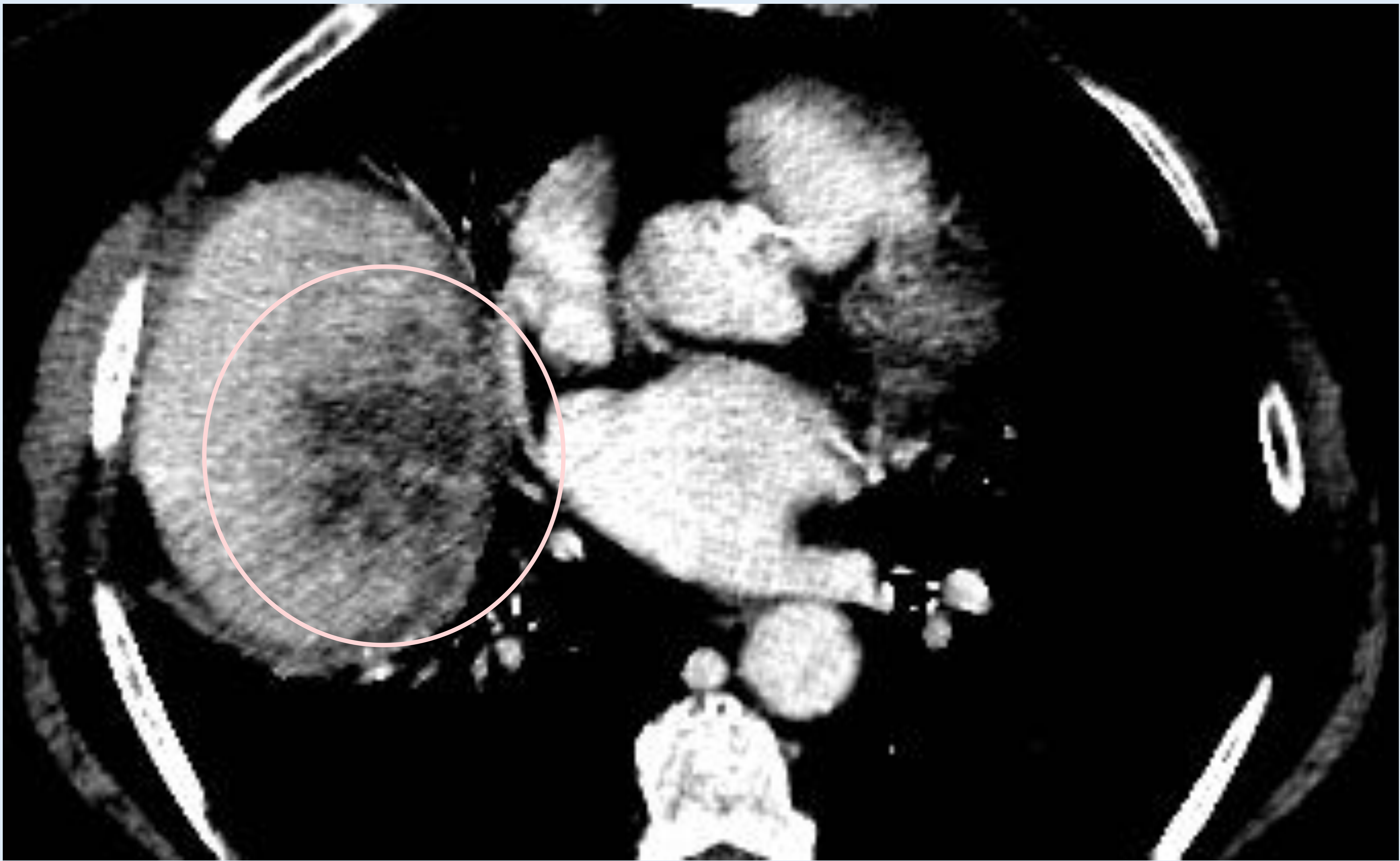
También existe trombosis de la primera mitad de la vena esplénica.

La vena mesentérica superior es permeable (**flecha**).

CONFLUENCIA PORTO-MESENTÉRICA

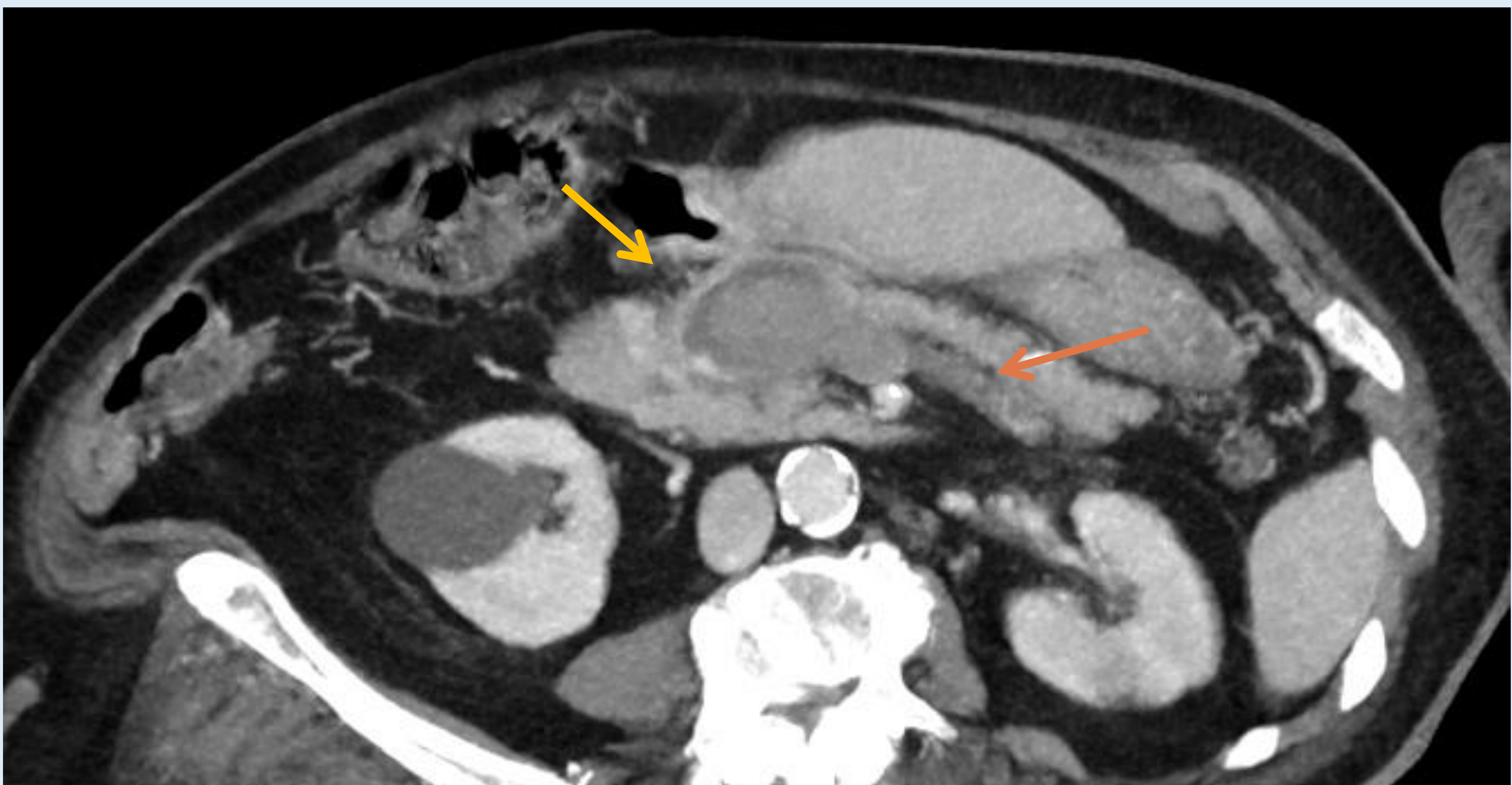


CASO 4



ABSCESO HEPÁTICO CON PILEFLEBITIS SECUNDARIA DEL EJE PORTO-ESPLENO-MESENTÉRICO

TC con CIV en fase portal. Cortes axiales con reconstrucción MIP.
Colección líquida heterogénea- Absceso en cúpula hepática (círculo).
Trombosis aguda de la confluencia porto-mesentérica y vena esplénica proximal en relación con *pileflebitis*



CASO 5

Mujer de 76 años con astenia y diarrea. En analítica elevación de PCR y procalcitonina.

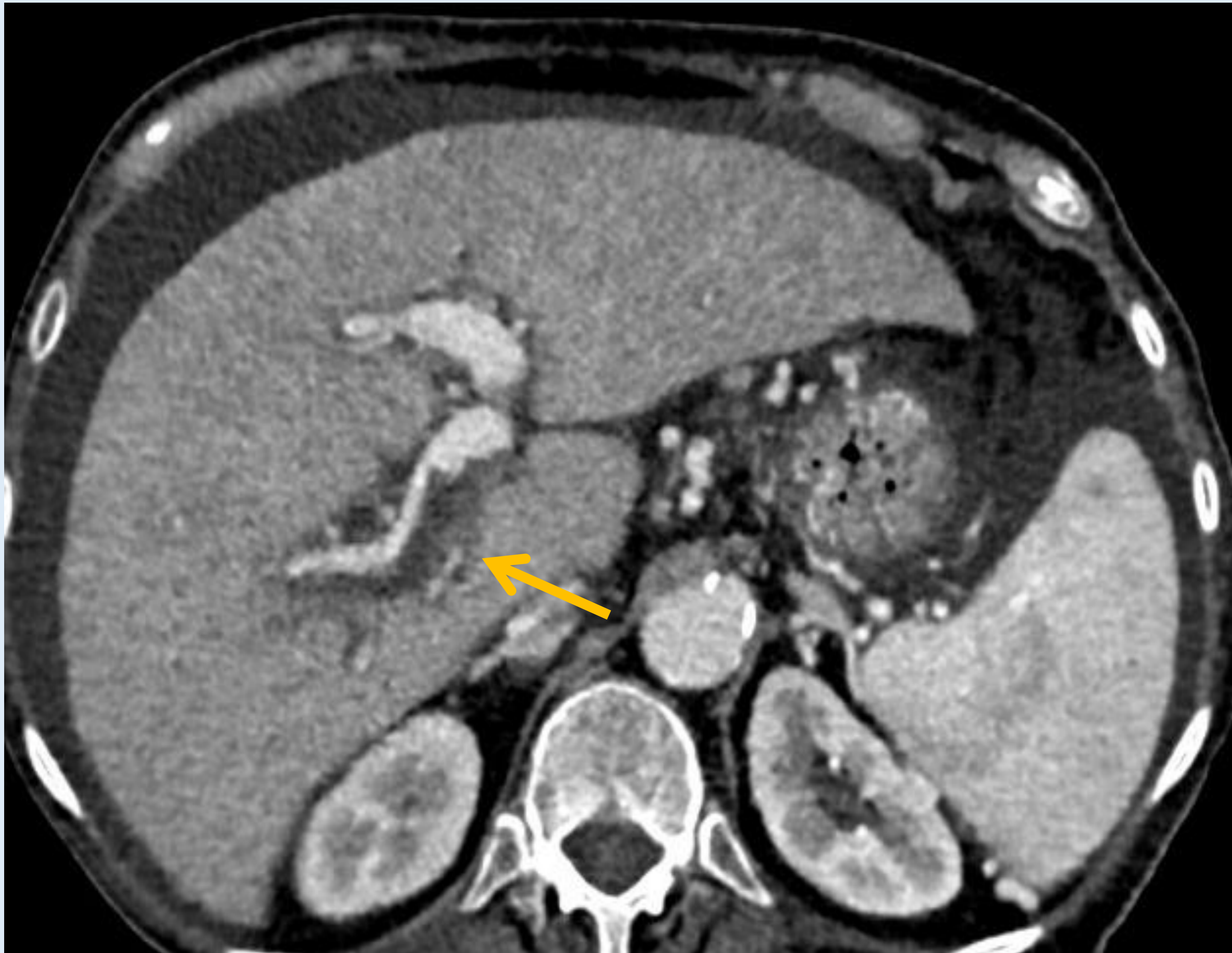


TC abdominopélvico. Cortes coronales.

Cambios de pancolitis con engrosamiento parietal concéntrico del colon (flecha), hipodenso y abundante líquido libre (*)



CASO 5



PANCOLITIS CON PILEFLEBITIS
SECUNDARIA DEL EJE ESPLENO-PORTAL

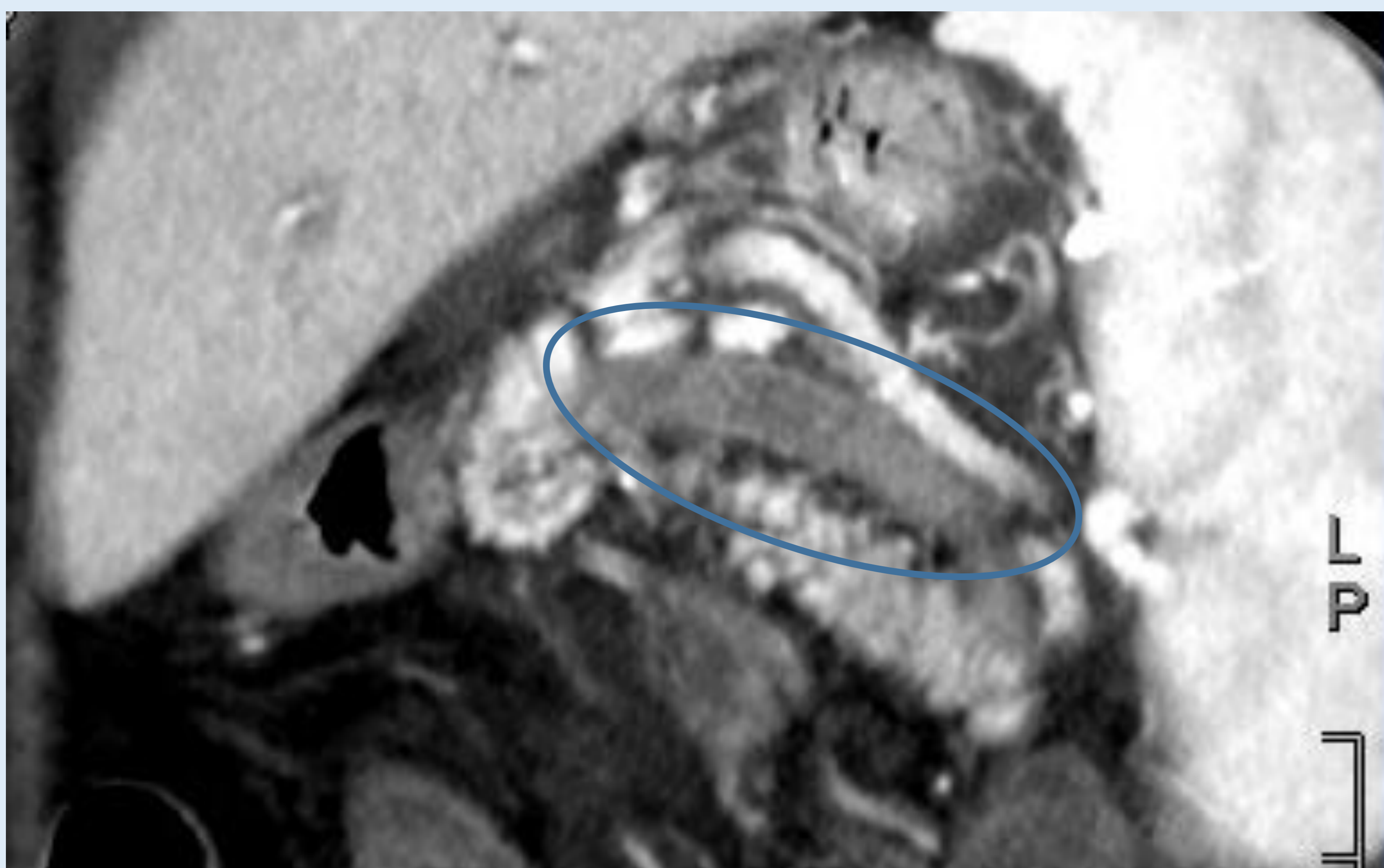
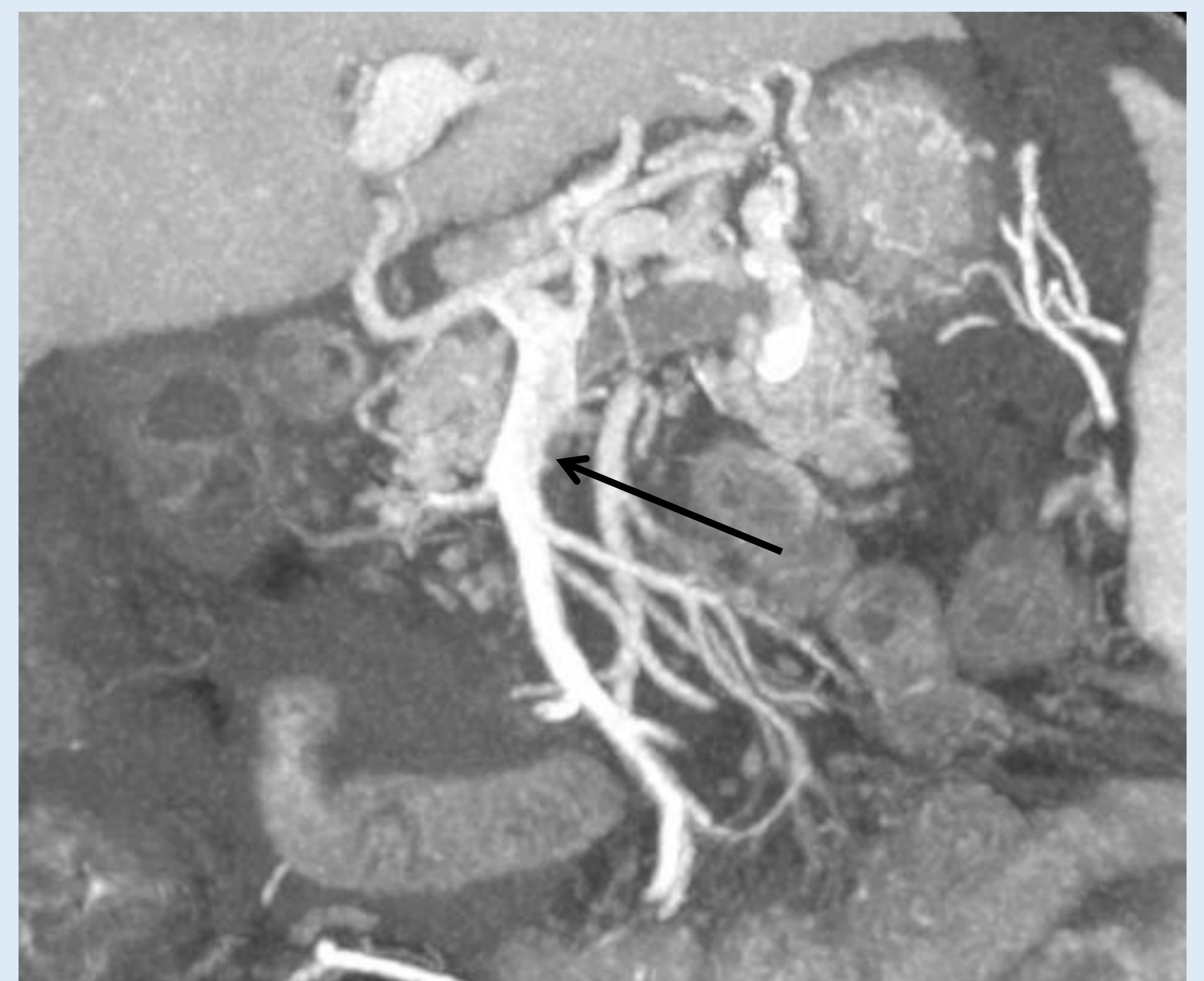
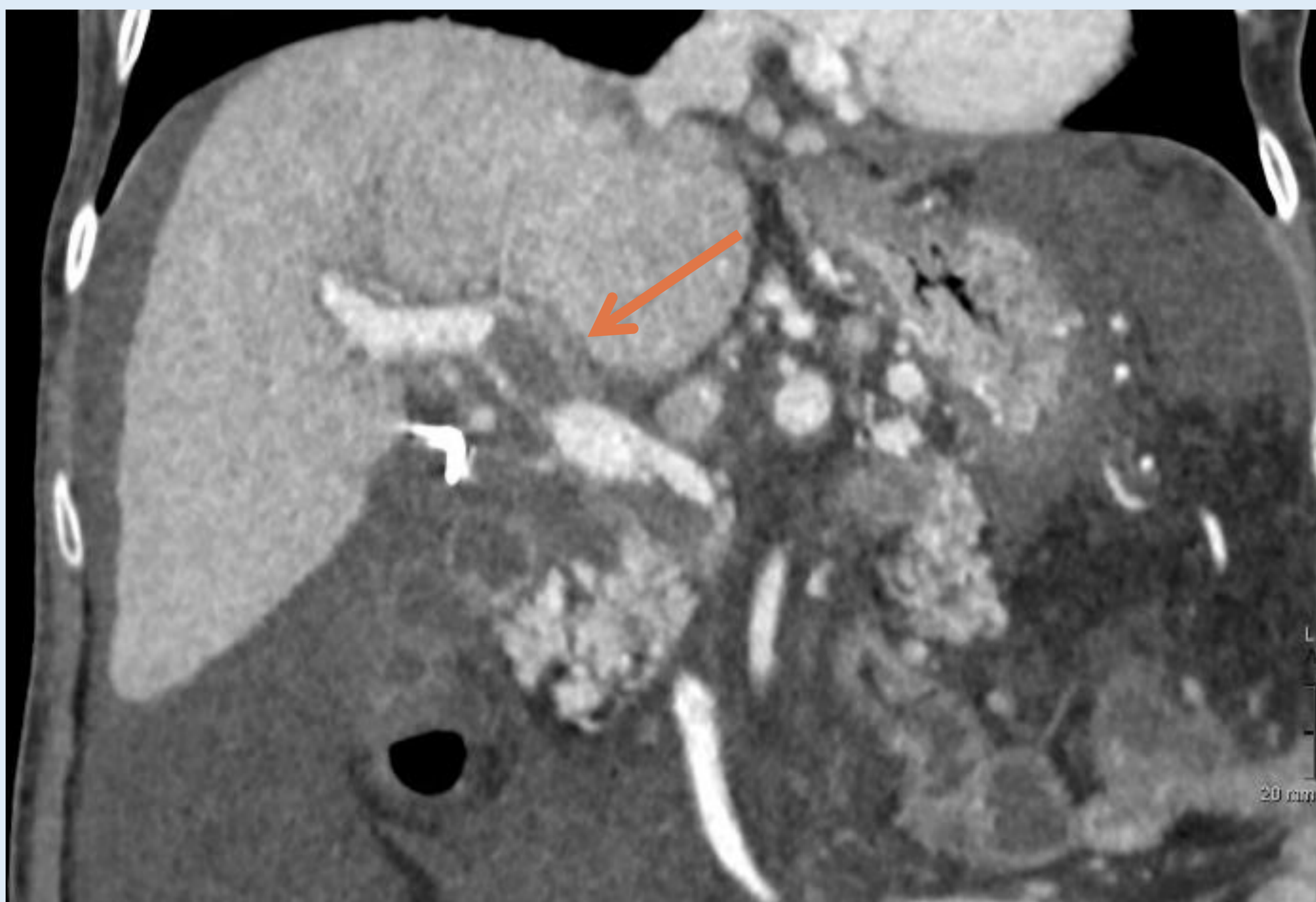
Cortes axiales y coronales.

Trombosis aguda parcial de la rama portal intrahepática derecha (**flecha**) y vena porta principal (**flecha**).

Trombosis completa de la vena esplénica (**círculo**) con ralce parietal compatible con *pileflebitis*.

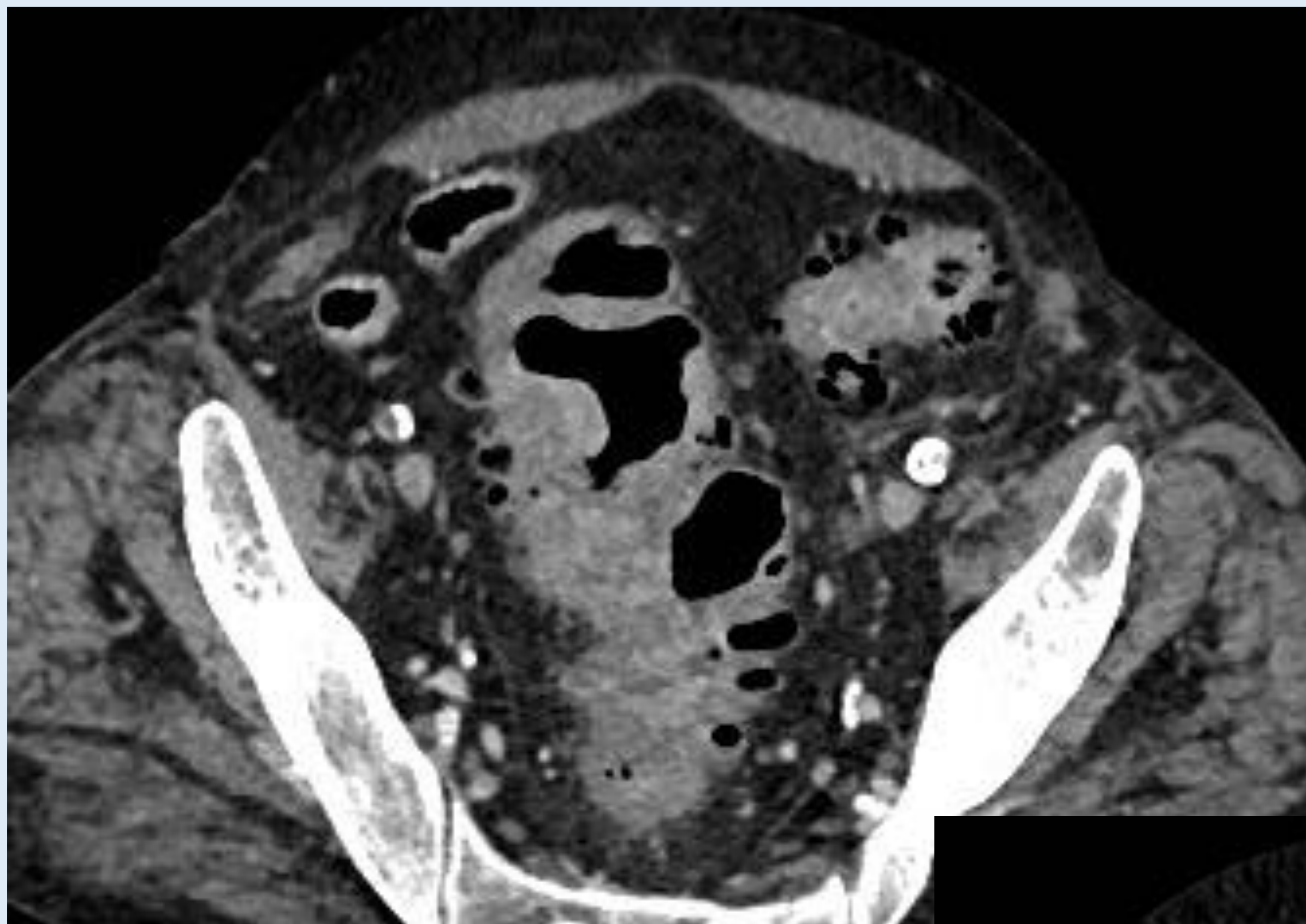
Vena mesentéricas permeables (**flecha**).

Trastorno de perfusión en parénquima hepático y esplénico.



CASO 6

Varón de 74 años con diarrea y dolor abdominal con datos de irritación peritoneal. Procalcitonina elevada.

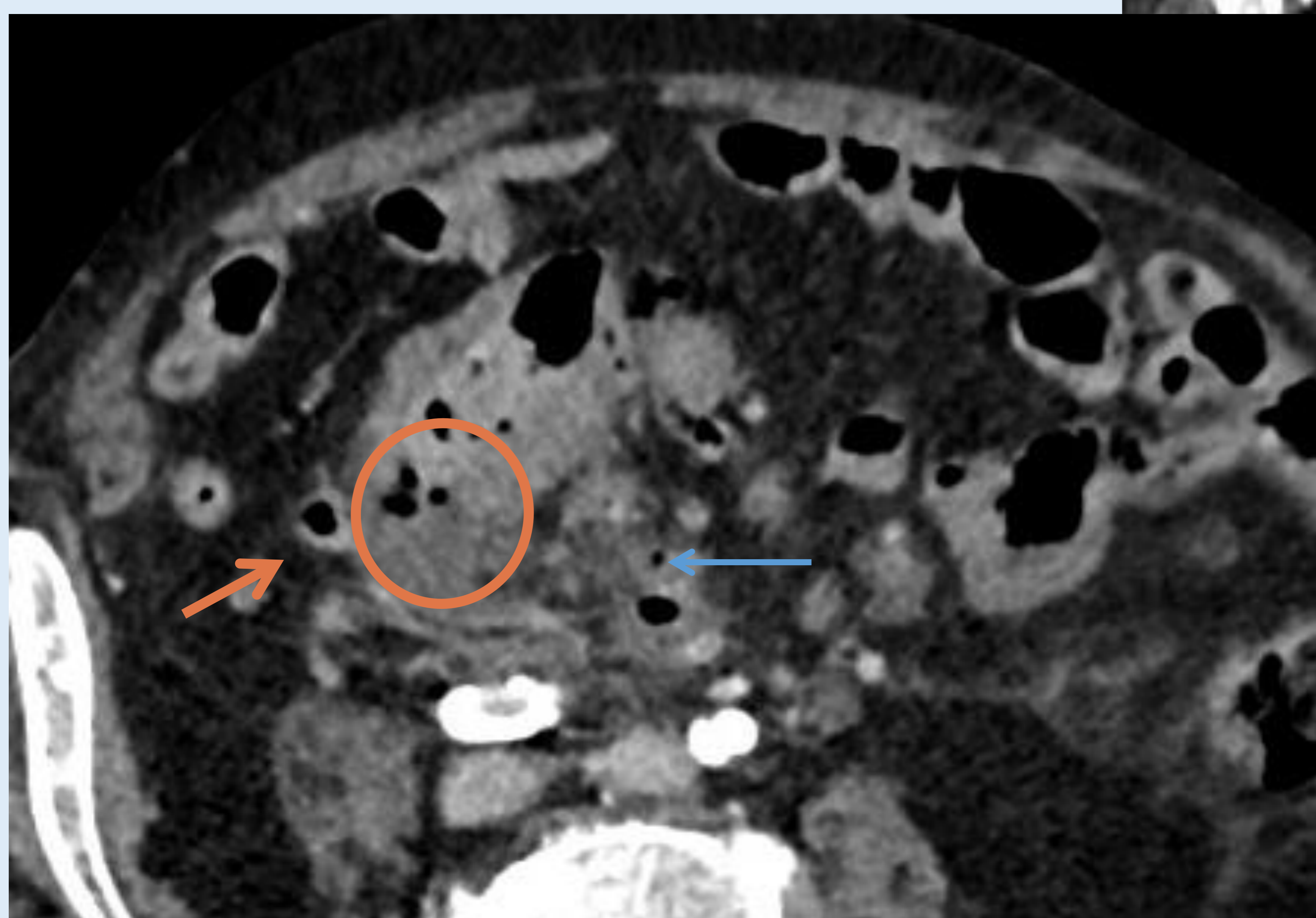
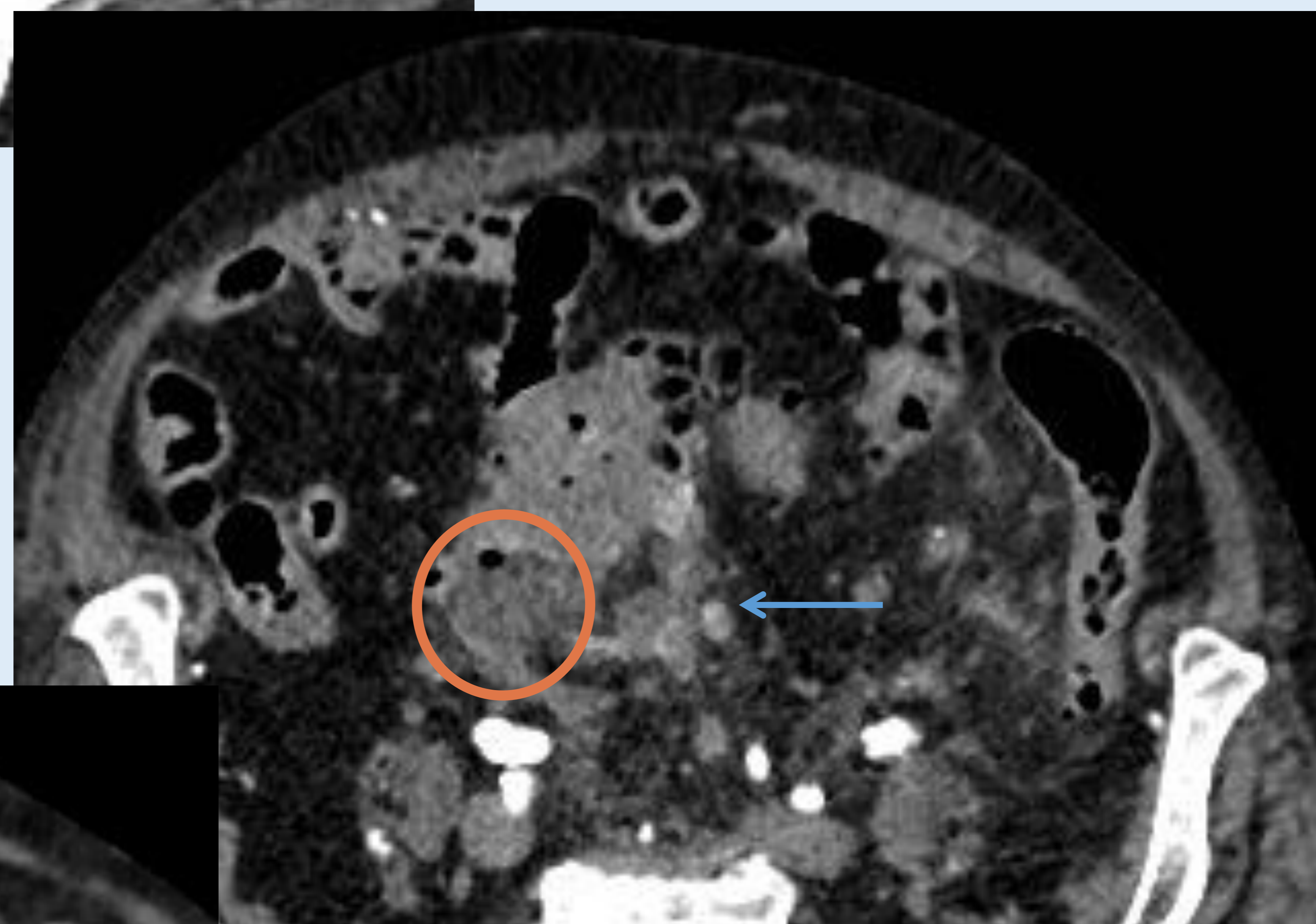


**TC abdominopélvico.
Cortes axial.**

Abundantes divetículos en sigma con marcado engrosamiento parietal hipodenso y estriación de la grasa compatible con diverticulitis aguda.

**TC abdominopélvico.
Corte axial.**

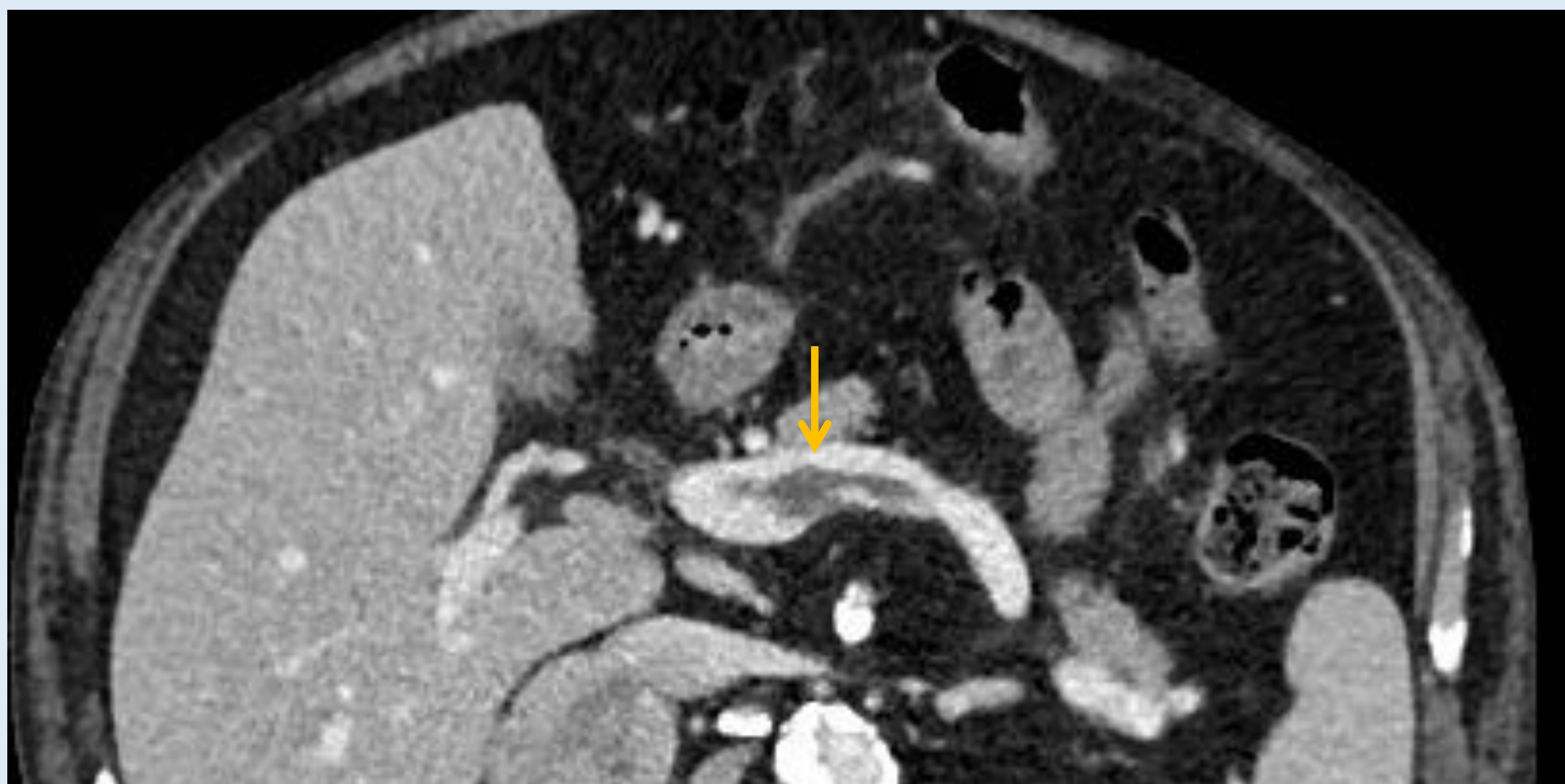
Colección dependiente de la pared posterior (**círculo**) que contacta estrechamente con un segmento de asa de delgado, sugestivo de fístula (**flecha**)



**TC abdominopélvico.
Cortes axial.**

Ganglios reactivos de vecindad, pequeñas lengüetas de líquido libre y aisladas burbujas (**flecha**) en relación con microperforación.

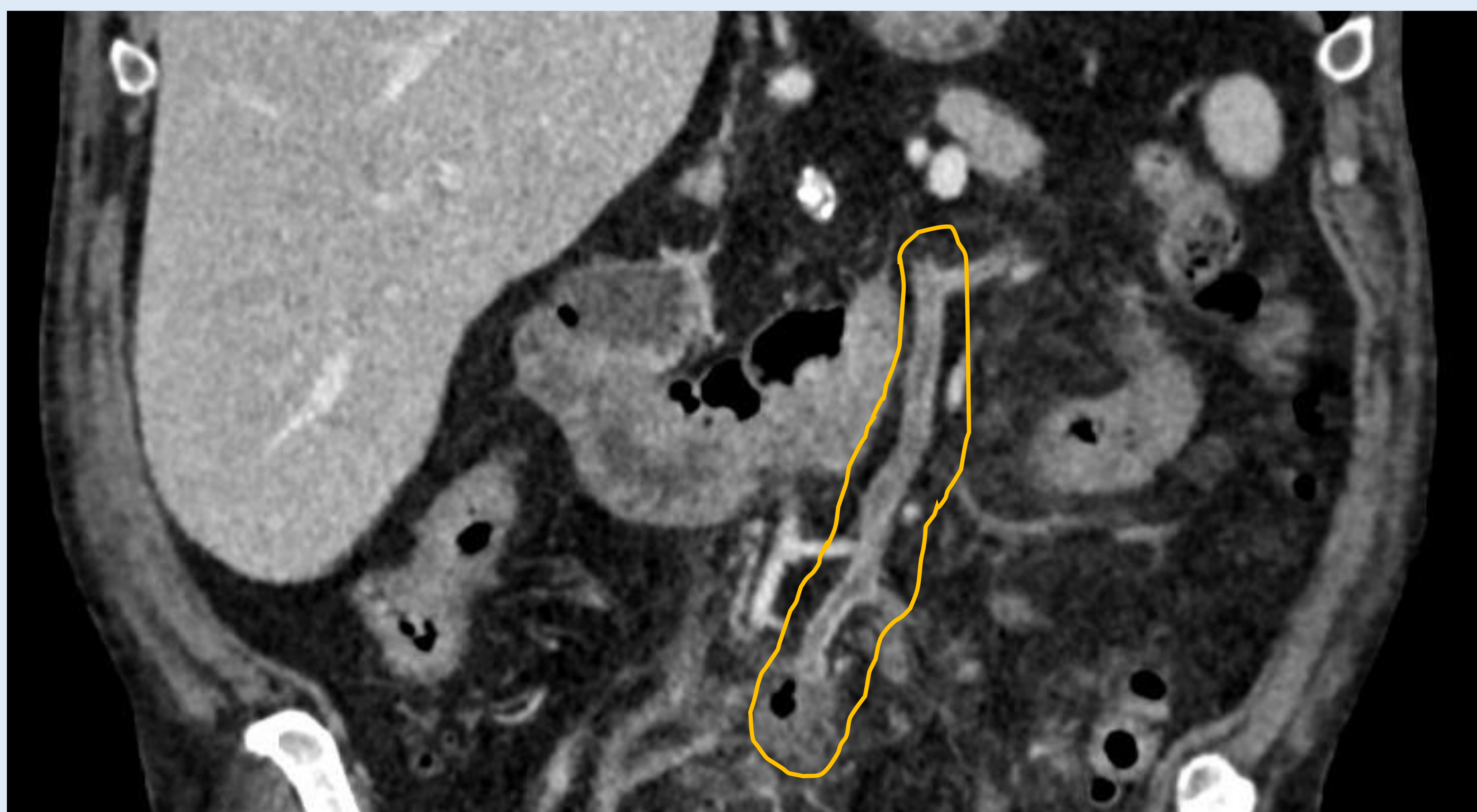
CASO 6



DIVERTICULITIS SIGMOIDEA MICROPERFORADA CON FORMACIÓN DE FÍSTULA Y PILEFLEBITIS SECUNDARIA DEL EJE PORTO-MESENTÉRICO

TC con CIV en fase portal. Cortes axial y coronal.

Trombosis aguda y completa de la vena mesentérica inferior (**círculo**) con realce parietal que se extiende parcialmente a la confluencia portal y vena esplénica proximal (**flecha**) en relación con *pyleflebitis*.



CONCLUSIONES

- La pyleflebitis o tromboflebitis séptica del sistema venoso portal es una complicación rara pero grave de las infecciones intraabdominales que drenan al sistema venoso portal.
- La patología inflamatoria que más frecuentemente la ocasiona es la diverticulitis aguda y las venas más afectadas las mesentérica.
- Se requiere un alto nivel de sospecha y pruebas de imagen para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choudhry AJ, Baghdadi YMK, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: A review of 95 cases. J Gastrointest Surg [Internet]. 2016;20(3):656–61.
2. García Figueiras R, Liñares Paz M, Baleato González S, Villalba Martín C. Case 158: Pylephlebitis. Radiology [Internet]. 2010;255(3):1003–7.
3. Castro R, Fernandes T, Oliveira MI, Castro M. Acute appendicitis complicated by pylephlebitis: a case report. Case Rep Radiol [Internet]. 2013;2013:627521.
4. Santosh D, Low G. Pylephlebitis with liver abscess secondary to chronic appendicitis: A radiological conundrum. J Clin Imaging Sci [Internet]. 2016;6(37):37.
5. Tonolini M. Septic pylephlebitis in acute sigmoid colon diverticulitis [Internet]. EURORAD; 2015.
6. Artech E., Ostiz S., Miranda L., Caballero P., Jiménez López de Oñate G.. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pyleflebitis): diagnóstico y manejo a propósito de tres casos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2005 Dic [citado 2022 Mar 22]; 28(3): 417-420.