



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-449 - Enfermedad de Crohn complicada como causa de pileflebitis

R.M. Saborit Montalt, A. Roig Bataller, R. Penalba Palmi, T. Pérez Pérez, G. Kiefer, B. Tormos Tronqual, A. Bosca Robledo y J. Aguiló Lucía

Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, Xàtiva.

Resumen

Introducción: La pileflebitis es la trombosis de la vena porta y sus ramas de origen séptico. Es una entidad de muy baja frecuencia. Se presenta un caso cuya etiología fue una enfermedad de Crohn ileal complicada con una sepsis.

Caso clínico: Varón de 60 años con enfermedad de Crohn ileal conocida, en tratamiento con prednisona, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos por un shock séptico de origen no filiado. La exploración abdominal mostró una discreta distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. La analítica a su ingreso: leucocitos 22.600/mm³, creatinina: 1,9 mg/dl, urea: 52 mg/dl, GOT 33 U/l, GPT: 43 U/l PCR: 93 mg/dl. Bilirrubina 1. Lactato 6,8. pH: 7,41 Bicarbonato: 21,1. Exceso de bases: -2,3. A pesar de iniciar un tratamiento intensivo del shock y antibioterapia, desarrolló una coagulopatía de consumo. Al 4º día del ingreso presentó un abdomen peritonítico con fallo multiorgánico y la TC abdominal detectó abundante líquido libre peritoneal, gran cantidad de gas en sistemas venosos (porto-mesentérico y femoral), aire extraluminal acompañando a vasos mesentéricos, una formación con nivel hidroaéreo de 9 × 4,5 cm, engrosamiento de paredes de colon derecho e íleon terminal, sin neumatosis intestinal que sugiriera isquemia. Ante estos hallazgos se indicó una laparotomía urgente. Se aspiraron 1,5 litros de ascitis y se observó una isquemia del intestino delgado que mejoró rápidamente tras la descompresión del abdomen. Se realizó una resección del segmento ileal afectado hasta válvula ileocecal, una ileostomía terminal y se dejó el abdomen abierto. En el postoperatorio inmediato presentó gran cantidad de trasudado peritoneal por la hipertensión portal. La sepsis evolucionó favorablemente y cuando se hubo corregido la coagulopatía, se inició tratamiento anticoagulante. Tras 10 días se cerró la laparotomía mediante una plastia de pared con malla. La TC al mes y medio mostró una persistencia de la trombosis portal con una mínima repermeabilización. El paciente fue dado de alta con tratamiento anticoagulante durante 6 meses.

Discusión: La etiología de la pileflebitis es un foco séptico de origen abdominal, siendo la más frecuente la diverticulitis, seguido de la apendicitis. La enfermedad inflamatoria es una causa muy poco frecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura. Aunque el tratamiento de la pileflebitis es la antibioterapia y la anticoagulación, en el caso presentado ésta última no pudo realizarse de forma inicial por presentar el paciente una coagulopatía de consumo secundaria al shock séptico. En general se recomienda que el tratamiento anticoagulante se mantenga durante 6 meses. No está indicada la cirugía salvo en casos de abscesos hepáticos, complicaciones de la diverticulitis, isquemia mesentérica o fracaso del tratamiento médico. Se han descrito en la literatura técnicas endovasculares de trombectomía mediante sonda de Fogarty cateterizando la vena ileocecal. En el paciente presentado se indicó la cirugía por abdomen agudo acompañado de fallo multiorgánico.