



P-268 - PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS CONSECUTIVOS DE TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA Y SUS RAMAS. ¿QUÉ HACER?

R.M. Peláez Barrigón, M. Angoso Clavijo, J.I. González Muñoz y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Se denomina pileflebitis a la trombosis séptica de la porta y sus ramas debido a un foco infeccioso en su área de drenaje. Los gérmenes frecuentemente implicados son *E. coli*, *Proteus*, *Bacteroides fragillis* y estreptococos. Presentamos dos casos clínicos de tromboflebitis aguda de VMS y porta; el primero relacionado con una apendicitis y el segundo secundario a diverticulitis aguda.

Casos clínicos: 1) Varón, 55 años, ingresa por dolor en FID de 24h de evolución, fiebre de 38 °C, vómitos y leucocitosis. TAC: apéndice 2 cm de grosor, con apendicolito. Se decide apendicectomía urgente: apendicitis aguda necrotizante hemorrágica con peritonitis local. Alta al 4º día sin incidencias. Reingresa por dolor en FID, fiebre 38° y leucocitosis. TAC: pileflebitis de VMS y cambios postquirúrgicos en FID. Se pautó tratamiento con meropenem y HBPM. Alta al 7º día sin incidencias y con tratamiento anticoagulante oral con sintrom. 2) Mujer, 43 años, ingresa por fiebre 38 °C y dolor en FII con Blumberg+. Analítica: 90% NE y PCR 37,7. TAC: divertículos en sigma con alteración de la grasa adyacente y vesícula alitiásica, sin alteración parietal. Tras iniciar tratamiento con piperacilina-tazobactam, sufre empeoramiento del estado general (aumento del dolor y persistencia de fiebre; hemocultivos + para *E. coli*) por lo que se realiza nuevo TAC: líquido libre intraabdominal con trombosis y gas mesentérico y portal además de engrosamiento mural vesicular. Se decide laparotomía exploradora urgente con colecistectomía, lavado de cavidad abdominal y revisión de sigma: diverticulosis con inflamación de la grasa sin observarse plastrón diverticular ni perforación. A los 10 días de la cirugía, nuevo TAC de control: trombosis portal, VMS y esplénica, colección en lecho quirúrgico vesicular con drenaje en su interior y absceso entre vasos iliacos y sigma de 4,6 × 5,7 cm. Se decide tratamiento conservador con imipenem y HBPM a dosis terapéuticas. Alta al 24º día de ingreso con sintrom.

Discusión: La tromboflebitis séptica de VMS es una entidad rara, secundaria a infecciones intraabdominales como diverticulitis, apendicitis, pancreatitis necrotizante infectada y colecistitis, cuyos síntomas son variados y atípicos, lo que origina retraso en el diagnóstico y una tasa de mortalidad entre 30-50%. La TAC es adecuada para el diagnóstico temprano tanto del foco infeccioso como de la pileflebitis. El tratamiento, además de la cirugía del foco infeccioso, debe consistir en antibióticos de amplio espectro, heparina y anticoagulación con warfarina durante 2-6 meses o de por vida, si hay un estado demostrado de hipercoagulabilidad previa. La recanalización espontánea parcial o total de la vena porta es infrecuente y si no se trata, podría ser una de las causas de hipertensión portal a posteriori.