



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-429 - PILEFLEBITIS Y ABSCESOS HEPÁTICOS TRAS APENDICITIS AGUDA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Bertelli, José Luis; Menchén, Bruno; Martínez, Fernando; García, Esther; Ruescas, Francisco Javier; Alberca, Ana; Núñez, Paloma; Martín, Jesús

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

### Resumen

**Objetivos:** Se denomina pileflebitis a la trombosis séptica del sistema venoso portal asociada a algún proceso infeccioso. Presenta baja prevalencia con casos aislados descritos y conlleva una alta mortalidad. A continuación presentamos la asociación de pileflebitis con abscesos hepáticos en un paciente intervenido por apendicitis aguda y realizamos una revisión bibliográfica.

**Caso clínico:** Paciente de 38 años de edad, sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución. Con diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda se decidió intervención urgente describiéndose como hallazgos intraoperatorios apendicitis aguda flemonosa realizándose apendicectomía reglada abierta. No fueron descritas complicaciones durante la intervención ni en el postoperatorio inmediato siendo dado de alta a las 24 horas de la cirugía. Tras 15 días de la intervención acude a urgencias por fiebre. A la exploración presentaba TA 151/80 FC 98 lpm Tº 38,3. Analítica: leucocitos 10.400 (75%N), resto de valores dentro de los límites de normalidad. Se realizó TC abdominal destacando la presencia de 2 lesiones en parénquima hepático 27 mm y 22 mm compatibles con abscesos hepáticos por lo que se decidió ingreso en servicio de cirugía para observación. El paciente comenzó tratamiento ATB con piperacilina-tazobactam + gentamicina. A los 7 días del ingreso se realizó TC de control donde se objetivó persistencia de las lesiones con leve disminución de tamaño de la más caudal 16 mm sin otros cambios significativos. Tras 14 días de tratamiento el paciente continuaba clínicamente asintomático y afebril decidiéndose alta a domicilio y continuar tratamiento ambulatorio con pauta de metronidazol + ceftriaxona. Acudió a los 30 días a revisión en consultas externas de cirugía con nuevo control radiológico donde se objetivó resolución de los abscesos.

**Discusión:** La pileflebitis es la combinación de infección y trombosis de la vena porta, estos émbolos sépticos son enviados al hígado dando lugar a la formación de abscesos hepáticos entre un 8-10% de los casos. La diverticulitis es la causa más común aunque también se puede asociar a apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal o pancreatitis. Los gérmenes más frecuentemente implicados son bacilos gram negativos siendo el más frecuente *E. coli*. La clínica es variable desde asintomático hasta tomar formas graves que pueden llegar al shock séptico con insuficiencia hepática. El signo más frecuente es la fiebre, la presencia de ictericia es infrecuente e implica formas avanzadas con daño hepático importante. Los hallazgos radiológicos son de gran utilidad diagnóstica. El tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro prolongado entre 4 semanas y 6 meses. No hay evidencia acerca del beneficio de la anticoagulación y actualmente no se recomienda su uso rutinario. Los abscesos menores de 3 cm pueden responder a antibioterapia, mientras que los mayores deberá evaluarse su drenaje.