



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 610 - REVISIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES POR PILEFLEBITIS

*Francesc Albertí Vich, José Gil Boix, Jaime Orfila Timoner*

*Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la estancia media hospitalaria y gravedad de los pacientes ingresados en Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Estudiar el origen infeccioso de la pileflebitis. Objetivar la localización de la trombosis que afectó a la serie de nuestros casos. Recogida de sintomatología predominante, microorganismo aislado y tipo de antibioterapia recibida. Tratamiento anticoagulante al alta.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo observacional de los pacientes ingresados por pileflebitis en HUSE desde el año 2010 hasta el año 2018. Para la revisión de este estudio se ha realizado una base de datos en donde se ha registrado: edad, sexo, tipos de infección, microorganismo detectado, antibioterapia recibida, estancia hospitalaria, necesidad de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y fallecimientos. Se cuenta con la aceptación del comité de investigación.

**Resultados:** La muestra estudiada se compone de 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres. La edad media es de 56,8. La estancia media hospitalaria fue de 26,28 días. Un total de 6 pacientes ingresaron en la UCI, lo que significó el 85,7% de los pacientes. La estancia media en UCI fue de 7,6 días implicando un 28,8% de su estancia total hospitalaria (tabla 1). En cuanto a la terapia de anticoagulación, un 85,7% de los pacientes recibió terapia anticoagulante. Estudiando la etiología de la pileflebitis, se objetivó el foco de infección en 6 de los 7 casos de la muestra. La causa más frecuente fue la diverticulitis, presentándose en 3 de los casos (42,85%). La segunda causa fue la colangitis aguda, apareciendo en 2 casos (28,57%). En los casos restantes, uno fue secundario a una pielonefritis y en el otro no se pudo filiar el origen (tabla 2). En cuanto a los vasos afectados por la trombosis, se objetivó trombosis en la vena porta en 6 de los 7 casos (85,71%), también se vieron afectadas la VMS en 2 casos (28,57%) y la VMI en 2 casos (28,57%) (tabla 3). La sintomatología más común fue el dolor abdominal y la fiebre que apareció de forma simultánea en 4 pacientes (57,14%). En cuanto a los resultados microbiológicos se logró aislar microorganismo en 6 pacientes. El microorganismo más común fue el *E. coli* (57,14%). También se aislaron *Klebsiella pneumoniae* y *Bacteroides fragilis* (tabla 4). En cuanto a la terapia antibiótica, el antibiótico más empleado fue piperacilina/tazobactam, seguido de meropenem, ciprofloxacino, amoxicilina-clavulánico, levofloxacino y amikacina (tabla 5). No hubo ningún fallecimiento en nuestra muestra.

Tabla 1

Caso	Estancia hospitalaria	Estancia en UCI	Porcentaje (%)
1	35	12	34,29
2	33	12	36,60
3	22	3	13,60
4	20	4	20,00
5	33	10	30,30
7	13	5	38,40

Tabla 2

Etiología	Porcentaje (%)
Diverticulitis	42,85
Colangitis aguda	28,57
Pielonefritis	14,29
Desconocido	14,29

Tabla 3

Localización trombosis	Número de pacientes	Porcentaje (%)
------------------------	---------------------	----------------

Vena porta	6	85,71
Vena mesentérica superior	2	28,57
Vena mesentérica inferior	2	28,57

Tabla 4

Caso	Microorganismo
1	BGN fermentador
2	<i>E. coli.</i>
3	No aislado
4	<i>K. pneumoniae</i>
5	<i>E. coli</i>
6	<i>E. coli</i> y <i>B. fragilis</i>
7	<i>E. coli</i>

Tabla 5

Caso	Antibiótico empírico	Antibiótico dirigido
1	Piperacilina-tazobactam	Meropenem

2	Desconocido	Desconocido
3	Ertapenem	Ertapenem
4	Piperacilina-tazobactam	Meropenem más trobamicina
5	Piperacilina-tazobactam más ciprofloxacino	Piperacilina-tazobactam más ciprofloxacino
6	Amoxicilina-clavulánico	Amoxicilina-clavulánico
7	Levofloxacino	Meropenem

**Discusión:** La pyleflebitis o tromboflebitis séptica del sistema venoso portal, es una complicación grave y poco frecuente de las infecciones intraabdominales que drenan al sistema porta. La pyleflebitis comienza con una tromboflebitis de pequeñas venas del área de la infección. Su extensión a venas más grandes conduce a una tromboflebitis séptica de la vena porta, que puede afectar a las venas mesentéricas. La morbimortalidad de la pyleflebitis ha mejorado de manera sustancial con las nuevas pruebas diagnósticas y terapias antibióticas. No obstante, los diagnósticos de pyleflebitis han aumentado en los últimos 15 años, posiblemente como resultado de la mejora en las técnicas de imagen. Las principales dificultades encontradas durante la realización de este estudio han sido, por un lado, el diseño retrospectivo que limita los datos disponibles a los registrados en la HC y por otro lado, el reducido tamaño muestral, que dificulta la generalización de los resultados estadísticos obtenidos. Hay una considerable controversia en la literatura acerca de la necesidad de anticoagulación del paciente, ya que no existen estudios prospectivos aleatorizados y controlados ni consenso sobre su uso. En nuestro estudio recibieron tratamiento anticoagulante 6 de los 7 casos (85,71%). En la literatura encontramos estudios que muestran una menor tasa de mortalidad y morbilidad en los pacientes que reciben anticoagulación frente a los que únicamente reciben antibioterapia. Otro dato que nos puede hacer inclinar la balanza hacia la anticoagulación es el aislamiento de *Bacterioides* spp, ya que en algunos estudios se le relaciona como factor protrombótico. En las últimas revisiones, no se recomienda la terapia antitrombótica a menos que exista progresión de la trombosis, fiebre o bacteriemia persistente a pesar de tratamiento antibiótico. En caso de trombosis de las venas mesentéricas si que se recomienda anticoagular ya que el riesgo de isquemia mesentérica es mayor, al igual que en aquellos pacientes con estados procoagulantes, como pueden ser, aquellos afectados de neoplasias o alteraciones de la coagulación. En cuanto a la mortalidad de la pyleflebitis, antes de la aparición de los antibióticos presentaba era cercana al 100%. En estudios de principios de siglo, se registran mortalidades del 11-32%, cifras que han mejorado gracias al avance en la terapia antibiótica y a las nuevas técnicas de imagen que ayudan en el diagnóstico (1,3,10).

**Conclusiones:** Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre y el dolor abdominal que comporta el 57,14% de los pacientes. Según la revisión de literatura comprenden entre un 74-100% de los pacientes. Estancia hospitalaria alta con gran porcentaje de ingresos en UCI. La causa más frecuente de pyleflebitis es la diverticulitis (57,14%), seguido de la colangitis aguda (29%) y la pielonfritis (14%). El microorganismo más frecuente fue el *E. coli* que comparado con la literatura se trata del *Bacteroides fragilis*, presente en un caso únicamente. El 85,7% de los pacientes recibieron tratamiento anticoagulante al alta. No se registraron fallecimientos.