

# Pileflebitis como complicación de diverticulitis sigmoidea: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Esteban H. Fino<sup>1</sup>, Leonardo S. Espíndola<sup>1</sup>, Darío Ramallo, MAAC<sup>2</sup>, Ignacio F. Ramallo<sup>3</sup>, MAAC  
Servicio de Cirugía, Hospital Naval Puerto Belgrano, Bahía Blanca, Argentina

<sup>1</sup>Residente de Cirugía

<sup>2</sup>Especialista en Cirugía de Hígado, Vías Biliares y Páncreas

<sup>3</sup>Especialista en Coloproctología

## RESUMEN

La pileflebitis es una complicación infrecuente pero grave de infecciones intraabdominales, especialmente de la diverticulitis aguda. Se caracteriza por la trombosis séptica del sistema venoso portal y tiene potenciales consecuencias como abscesos hepáticos y sepsis. Presentamos dos casos clínicos que ilustran la diversidad de presentación y manejo de esta patología. Ambos pacientes fueron diagnosticados mediante imágenes complementarias como tomografía computarizada y eco-doppler y tratados con antibióticos de amplio espectro, con evolución favorable. Se discute la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico.

**Palabras clave:** *pileflebitis, diverticulitis, trombosis portal, absceso hepático, sepsis*

## ABSTRACT

Pylephlebitis is a rare but serious complication of intra-abdominal infections, especially acute diverticulitis. It is characterized by septic thrombosis of the portal venous system and has potential consequences such as liver abscesses and sepsis.

We present two clinical cases that illustrate the diverse presentation and management of this condition. Both patients were diagnosed using complementary imaging such as computed tomography and Doppler ultrasound and treated with broad-spectrum antibiotics, with favorable outcomes. The importance of early diagnosis and timely treatment to improve prognosis is discussed.

**Keywords:** *Pylephlebitis; Diverticulitis; Portal vein thrombosis; Liver abscess; Sepsis*

## INTRODUCCIÓN

La pileflebitis, también conocida como trombosis séptica del sistema porta, es una complicación poco frecuente de infecciones gastrointestinales o procesos inflamatorios abdominales, con una incidencia estimada de 0,3 a 2,7 casos por cada 100.000 habitantes. Se caracteriza por trombosis de la vena porta o sus ramas como consecuencia de una embolia séptica originada en un foco inflamatorio piógeno que se propaga hacia las venas mesentéricas, activando la cascada inflamatoria a través de la interacción entre los patógenos y el endotelio vascular.<sup>1</sup> La principal causa de tromboflebitis séptica portal es la diverticulitis aguda. Su evolución puede ocasionar complicaciones y mortalidad. Entre las complicaciones más frecuentes se incluyen el absceso hepático –frecuentemente en el lóbulo izquierdo por el flujo laminar portal–, la isquemia intestinal y la hipertensión portal. En ausencia de diagnóstico o tratamiento oportuno, la mortalidad oscila entre el 11 y 32%.<sup>1</sup>

Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, ya que

la sintomatología es inespecífica y no existen signos patognómicos de la enfermedad. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en casos de colangitis, abscesos hepáticos o pancreatitis, especialmente cuando hay fiebre persistente asociada a dolor abdominal, alteración del hepatograma y bacteriemia sin foco. La tomografía computarizada (TC) con contraste oral y endovenoso es la principal herramienta diagnóstica, ya que permite evidenciar la trombosis y su etiología. Aunque no existe una imagen específica, este estudio permite evidenciar una fuente infecciosa, como la diverticulitis aguda, lo que orienta al diagnóstico definitivo.<sup>2</sup>

El tratamiento empírico debe iniciarse de forma precoz con cobertura para enterobacterias y anaerobios, ajustándose luego según el antibiograma.<sup>1</sup> Aunque el abordaje inicial implica un tratamiento médico, puede requerir en su evolución un tratamiento quirúrgico urgente por complicaciones, como por ejemplo la perforación intestinal.<sup>3</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de pacientes con pileflebitis y realizar una actualización de la literatura disponible.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Esteban H. Fino:** [estebanfino@campus.fmed.uba.ar](mailto:estebanfino@campus.fmed.uba.ar)  
Recibido: 30-04-2025. Aprobado: 21-08-2025.

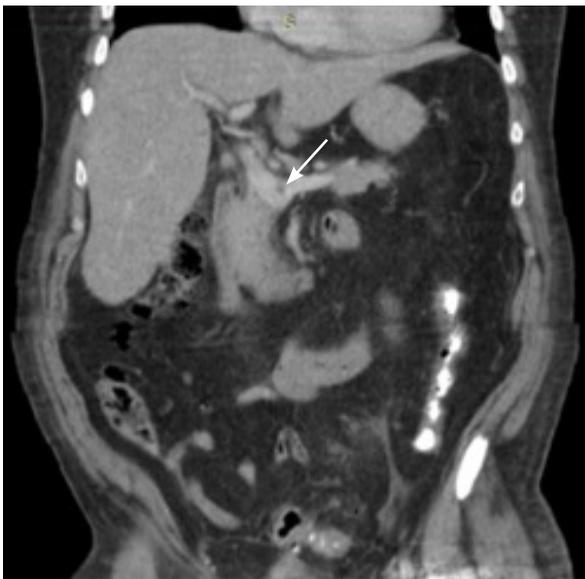
Esteban H. Fino: <https://orcid.org/0000-0002-1862-6971>; Leonardo S. Espíndola: <https://orcid.org/0000-0003-3393-3854>; Darío Ramallo: <https://orcid.org/0000-0002-6155-8310>;  
Ignacio F. Ramallo: <https://orcid.org/0000-0001-5139-3586>

## CASO 1

Un paciente de sexo masculino de 62 años consultó por dolor abdominal de varios días de evolución, localizado en fosa iliaca izquierda, asociado a hematuria y fiebre. Posteriormente, presentó ictericia y distensión abdominal. Refirió como único antecedente de relevancia una enfermedad diverticular.

Al examen físico presentó inestabilidad hemodinámica, ictericia mucocutánea y sobrepeso con un índice de masa corporal de 30,8. El abdomen estaba distendido, doloroso en fosa iliaca izquierda con defensa y reacción peritoneal. El laboratorio arrojó leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada.

Se realizó TC donde se evidenciaron signos de diverticulitis complicada a nivel del colon sigmoide, sin plano de clivaje entre la vejiga con impresión de trayecto fistuloso y absceso pericólico (Hinchey Ib). También se observaron burbujas aéreas en la vena mesentérica inferior, vena porta y vena esplénica, hallazgos compatibles con pyleflebitis (Fig. 1).



**Figura 1:** Tomografía computada de abdomen, corte coronal, donde se evidencia burbuja aérea en tronco esplenomesaraico. (flecha)

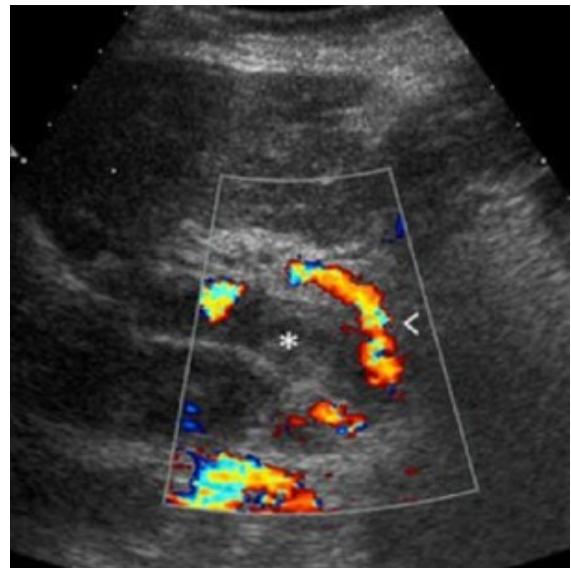
Se logró la estabilización hemodinámica del paciente en Unidad de Terapia Intensiva y posteriormente se realizó una colostomía transversa en asa sobre varilla. Se administraron anticoagulante y antibióticos (26 días de piperacilina-tazobactam y vancomicina).

A los 28 días del postoperatorio se otorgó el alta hospitalaria por buena evolución. En el control a los 15 días por consultorio de Coloproctología se encontraba asintomático.

## CASO 2

Un paciente de sexo masculino de 39 años consultó por dolor en fosa iliaca izquierda de 9 días de evolución, asociado inicialmente a diarrea. El dolor se tornó continuo, con irradiación a epigastrio e hipocondrio derecho y se acompañó de fiebre. En el laboratorio presentó leucocitosis, neutrofilia y hepatograma alterado.

En la TC de abdomen con contraste endovenoso se evidenció hígado heterogéneo con lesiones hipodensas de distribución difusa. Se identificó diverticulitis sigmoidea, con engrosamiento parietal y rarefacción de la grasa locorregional, asociada a presencia de burbujas aéreas en la vena porta, vena mesentérica inferior y vena esplénica. En la ecografía hepática con Doppler se observó un trombo dentro de la vena cava (Fig. 2).



**Figura 2:** Eco-Doppler que evidencia vena porta de 22 mm con material ecogénico que obstruye completamente su luz, hallazgos compatibles con trombosis portal.

El paciente fue internado en Unidad de Terapia Intensiva e inició tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro con piperacilina-tazobactam y metronidazol. Ante la presencia de múltiples abscesos hepáticos y trombosis portal extensa, se indicó anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Se realizó drenaje percutáneo guiado por imágenes hepáticas que eran mayores de 5 cm. Debido a la persistencia del foco séptico primario, se indicó intervención quirúrgica con colostomía en asa sobre varilla como manejo inicial de la diverticulitis complicada.

El paciente presentó mejoría progresiva del estado general y descenso de los parámetros inflamatorios. Las imágenes de control evidenciaron disminución de tamaño de las colecciones

hepáticas y recanalización del sistema portal. Completó 4 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso y se mantuvo bajo anticoagulación ambulatoria. Fue dado de alta hospitalaria a los 30 días, con seguimiento en consultorio de Coloproctología y Hepatología. En controles sucesivos, se evidenció evolución favorable sin recaídas infecciosas ni secuelas hepáticas.

## DISCUSIÓN

La pyleflebitis constituye una entidad clínica infrecuente, pero con una alta tasa de morbimortalidad si no se reconoce y trata de manera oportuna. Su etiología se vincula a procesos infecciosos intraabdominales que drenan al sistema venoso portal, siendo la diverticulitis colónica aguda la causa más frecuente en adultos, seguida por apendicitis, colecistitis, enfermedad inflamatoria intestinal y pancreatitis.<sup>4,5</sup>

Desde el punto de vista fisiopatológico, la pyleflebitis resulta de la extensión de una infección piógena hacia el sistema venoso esplácnico, lo que desencadena una respuesta inflamatoria endotelial. Esta interacción favorece la formación de trombos sépticos y la eventual diseminación de émbolos sépticos al hígado, lo que puede provocar la formación de abscesos hepáticos,<sup>6</sup> como se evidenció en el segundo caso clínico.

El diagnóstico clínico suele ser desafiante debido a la inespecificidad de los síntomas. Los pacientes pueden presentar fiebre persistente, dolor abdominal y alteraciones del hepatograma, en un contexto de infección sin foco aparente. Ante estos hallazgos, es fundamental considerar la pyleflebitis dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en presencia de antecedentes de enfermedad diverticular o infecciones abdominales previas.<sup>7</sup> La TC con contraste es el estudio de elección, ya que permite visualizar tanto la fuente séptica como la extensión de la trombosis y detectar signos indirectos como aire en el sistema portal o lesiones hepáticas sugestivas de abscesos.<sup>8</sup> La ecografía Doppler complementa el diagnóstico al evidenciar trombos intravasculares y alteración del flujo portal.

El tratamiento debe iniciarse precozmente con antibióticos de amplio espectro que cubran enterobacterias y anaerobios. Se recomienda iniciar esquemas con piperacilina-tazobactam o carbapenémicos combinados con metronidazol, ajustando según el resultado de los cultivos.<sup>9</sup> En ambos casos clínicos presentados, la elección y duración del tratamiento antimicrobiano fueron adecuadas, con buena respuesta clínica.

El uso de anticoagulantes continúa siendo controversial. Aunque no existen estudios aleatorizados concluyentes, diversos trabajos observacionales sugieren que su uso puede disminuir la progresión del trombo, reducir el riesgo de isquemia intestinal y favorecer la recanalización venosa.<sup>10</sup> En nuestros pacientes se inició anticoagulación con evolución favorable.

La intervención quirúrgica no está indicada de inicio, sino en el contexto de complicaciones derivadas del foco séptico primario, como perforación, peritonitis o abscesos abdominales. En ambos pacientes realizamos una colostomía como parte del manejo del cuadro séptico abdominal secundario a diverticulitis complicada, con evolución clínica satisfactoria. El desarrollo de algoritmos de manejo clínico permite sistematizar la evaluación y el tratamiento de esta patología, optimizando el abordaje diagnóstico-terapéutico y mejorando el pronóstico global del paciente.

## CONCLUSIÓN

La pyleflebitis es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal de infecciones intraabdominales, en particular la diverticulitis aguda. Su diagnóstico precoz requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado en estudios de imagen como la TC con contraste y la ecografía Doppler. El tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro debe iniciarse de forma precoz, ajustándose según resultados microbiológicos. La anticoagulación puede ser considerada en casos seleccionados, particularmente en presencia de trombosis extensa o compromiso vascular progresivo. La intervención quirúrgica debe reservarse para complicaciones asociadas al foco infeccioso primario.

## REFERENCIAS

1. Fusaro L, Di Bella S, Martingano P, Crocè LS, Giuffrè M. Pylephlebitis: a systematic review on etiology, diagnosis and treatment of infective portal vein thrombosis. *Diagnostics*. 2023;13(3):429.
2. Rajesh S, Mukund A, Arora A. Imaging diagnosis of splanchnic venous thrombosis. *Gastroenterol Res Pract*. 2015;2015:101029.
3. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis*. 1995;21(5):1114-1120.
4. Baril N, Wren SM, Radin R, Ralls PW, Stain SC. The role of anticoagulation in pylephlebitis. *Am J Surg*. 1996;172(5):449-452.
5. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G, Mariolis-Sapsakos T, Archimandritis AJ. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis*. 2010;42(11-12):804-811.
6. Saxena R, Adolph M, Ziegler JR, Murphy W, Rutecki GW. Pylephlebitis: a case report and review of outcome in the antibiotic era. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(6):1251-1253.
7. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3):656-661.
8. Ben-Ami R, Bakhanashvili M, Katz DE, et al. Pylephlebitis associated with appendicitis: case report and review. *Scand J Infect Dis*. 2003;35(10):709-711.
9. Naymagon L, Tremblay D, Schiano T, Mascarenhas J. The role of anticoagulation in pylephlebitis: a retrospective examination of characteristics and outcomes. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;49(2):325-331.
10. Flores-Anaya L, León-Lozada C, Torres-Damas W. Pylephlebitis: case report and literature review. *Medwave*. 2015;15(8):e6258.