

Pileflebitis como complicación postoperatoria de apendicitis aguda

Agustín A. Alesandrini¹, Salvador Aguel Sábato², Juan A. Perriello¹,
Isidro Moggiano²

Hospital Privado de La Comunidad, Mar del Plata, Argentina

¹ Cirujano colorrectal

² Residente de cirugía

Para citar:

Alesandrini AA, Aguel Sábato S, Perriello JA, Moggiano I. Pileflebitis como complicación postoperatoria de apendicitis aguda. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):25-28. doi:10.46768/tdkvm766

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista:
<https://doi.org/10.46768/tdkvm766>

Recibido: 18-12-2025

Aceptado: 20-04-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.

Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Agustín A. Alesandrini
agustinalesandrini91@gmail.com

RESUMEN

La pileflebitis es una trombosis séptica del sistema portal secundaria a infecciones intraabdominales y representa una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la apendicitis aguda. Presentamos el caso de un paciente masculino de 52 años con diagnóstico de apendicitis gangrenosa tratado mediante apendicectomía laparoscópica. Tras una evolución postoperatoria inicial favorable y alta hospitalaria al tercer día, reconsultó 72 horas después por fiebre y deterioro del estado general. La tomografía computada con contraste endovenoso evidenció trombosis de la rama derecha de la vena porta, posteriormente confirmada mediante ecografía Doppler hepática, sin abscesos hepáticos ni extensión al sistema porto-mesentérico. Se instauró tratamiento con antibioticoterapia de amplio espectro y anticoagulación terapéutica, con evolución clínica favorable y reperfusión parcial del sistema portal durante el seguimiento. La pileflebitis continúa asociándose a elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico se retrasa, por lo que debe considerarse ante la persistencia de signos infecciosos luego de una cirugía abdominal. El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones graves.

Palabras clave: pileflebitis; trombosis portal; apendicitis aguda; apendicectomía; complicaciones postoperatorias

ABSTRACT

Pylephlebitis is a septic thrombosis of the portal venous system secondary to intra-abdominal infections and represents a rare but potentially severe complication of acute ap-pendicitis. We present a case of a 52-year-old male patient diagnosed with gangrenous appendicitis who underwent laparoscopic appendectomy. After an initially favorable postoperative course and discharge on postoperative day 3, the patient was readmitted 72 hours later with fever and clinical deterioration. Contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed thrombosis of the right portal vein branch. This finding was subsequently confirmed by Doppler ultrasonography. The patient was treated with broad-spectrum antibiotic therapy and therapeutic anticoagulation, resulting in favorable clinical evolution and partial portal vein reperfusion during follow-up. Pylephlebitis is a condition that, if diagnosed late, can lead to significant morbidity and mortality. It should be considered in patients who have persistent infectious symptoms following abdominal surgery. Early recognition and prompt treatment are essential to improve outcomes and prevent severe complications.

Keywords: pylephlebitis; portal vein thrombosis; acute appendicitis; appendectomy; postoperative complications

INTRODUCCIÓN

La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta o de sus ramas tributarias secundaria a un foco infeccioso intraabdominal localizado en su territorio de drenaje. La propagación de la infección a través del sistema venoso mesentérico favorece la formación de trombos infectados y la diseminación de émbolos sépticos hacia el hígado, particularmente al lóbulo derecho, debido al patrón fisiológico de flujo portal.¹⁻³

Se trata de una complicación infrecuente, reportada en menos del 0,2% de los pacientes con infecciones intraabdominales, aunque su incidencia exacta permanece incierta.^{1,2} Afecta predominantemente a hombres (72-83%), con una edad media de presentación entre 49 y 57 años.⁴ Las infecciones subyacentes más frecuentes en adultos son la diverticulitis y la pancreatitis mientras que en niños y adolescentes predomina la apendicitis aguda.^{2,3}

La presentación clínica es inespecífica e incluye fiebre persistente, dolor abdominal, ictericia y signos de sepsis, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico y el tratamiento, pudiendo incrementar la morbimortalidad.^{5,6} Las complicaciones asociadas incluyen abscesos hepáticos, isquemia intestinal y, en casos avanzados, shock séptico.^{5,6}

La microbiología suele ser polimicrobiana y refleja la flora intestinal del foco infeccioso subyacente, predominando microorganismos anaerobios como *Bacteroides fragilis* y bacilos Gram negativos aerobios como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, que son los más frecuentemente aislados en hemocultivos y abscesos.^{2,4,7}

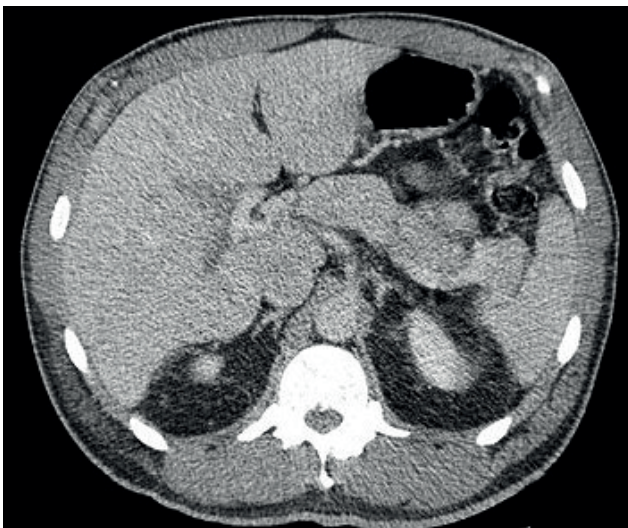


Figura 1. Tomografía abdominal con contraste endovenoso, corte transversal. Se observa falta de opacificación de la rama anterior derecha de la vena porta, sugestiva de trombosis.

Presentamos un caso de pyleflebitis como complicación postoperatoria de una apendicitis aguda y destacamos la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno debido a la elevada morbimortalidad asociada a esta entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por un cuadro típico de apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía laparoscópica, constatando intraoperatoriamente apendicitis gangrenosa. Durante el procedimiento presentó inestabilidad hemodinámica, requiriendo internación postoperatoria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Por buena evolución fue trasladado a sala general al segundo día postoperatorio y dado de alta hospitalaria al tercer día.

Setenta y dos horas después del alta reconsultó por fiebre, escalofríos y deterioro del estado general. Al ingreso presentaba temperatura de 38 °C, leucocitosis de 12.580/mm³ y proteína C reactiva de 11 mg/dL. La tomografía computada de abdomen con contraste endovenoso evidenció una imagen hiperdensa tubular en la rama anterior derecha de la vena porta compatible con trombosis portal, sin colecciones intraabdominales, abscesos hepáticos ni extensión al sistema porto-mesentérico (Fig. 1). La ecografía Doppler hepática que confirmó la trombosis y ausencia de flujo en la rama portal derecha (Fig. 2).

Se diagnosticó pyleflebitis e inició tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina-tazobactam y anticoagulación terapéutica con heparina de bajo peso molecular, cursando los tres primeros días de reinternación en UCI. Los hemocultivos fueron negativos. Evolucionó favorablemente, con mejoría clínica y

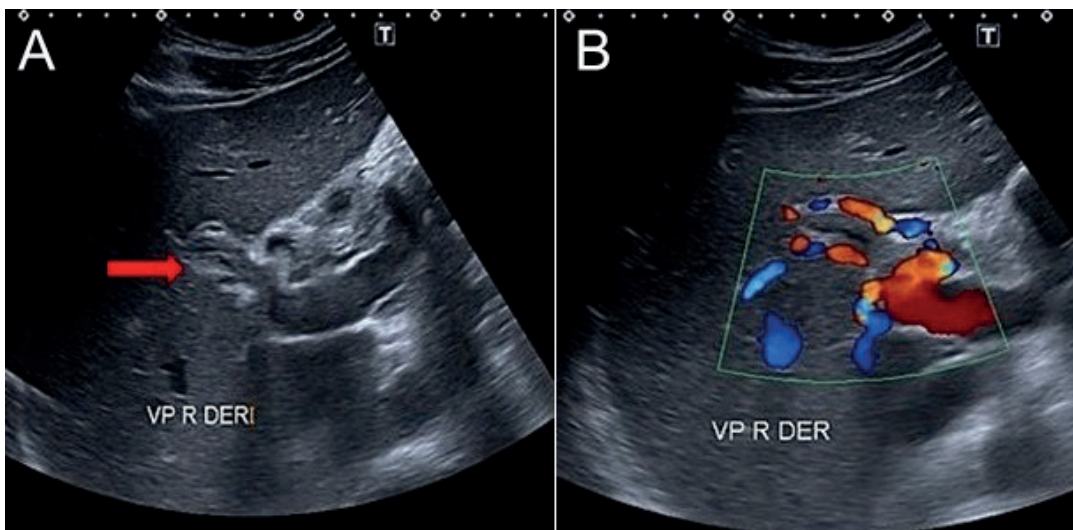


Figura 2. Ecografía Doppler hepática. A. Rama derecha de la vena porta con material ecogénico ocupando la luz (flecha). B. Doppler color con ausencia de flujo portal, confirmando trombosis portal.

descenso progresivo de los parámetros inflamatorios.

La ecografía Doppler de control mostró reperfusión parcial del sistema portal, por lo que se realizó transición a antibioterapia oral con amoxicilina-ácido clavulánico y anticoagulación oral con apixabán (10 mg cada 12 horas durante 7 días, seguido de esquema habitual). La anticoagulación se mantuvo durante 2 meses.

En el seguimiento a los 2 meses permanecía asintomático, sin recurrencia infecciosa ni complicaciones tromboticas.

DISCUSIÓN

La pyleflebitis constituye una complicación infrecuente pero potencialmente grave de procesos infecciosos intraabdominales, como la apendicitis aguda, especialmente en sus formas perforada o gangrenosa. Aunque su incidencia ha disminuido con los avances en el diagnóstico y el uso racional de los antibióticos, continúa asociándose a una elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico y el tratamiento se retrasan.

El tratamiento se basa en antibioterapia de amplio espectro dirigida a la flora intestinal y anticoagulación precoz. Diversos estudios y revisiones sugieren que la instauración temprana de este tratamiento se asocia con mejores resultados clínicos y menor incidencia de complicaciones, como abscesos hepáticos, isquemia intestinal o sepsis grave.¹

Sin embargo, el papel de la anticoagulación continúa siendo motivo de debate. Múltiples series retrospectivas y revisiones sugieren que su utilización podría favorecer la recanalización portal y disminuir la progresión trombotica y las complicaciones sépticas.^{5,7,8}

En el presente caso, la combinación de antibióticos intravenosos y anticoagulación se asoció a rápida mejoría clínica y resolución favorable, sin recurrencia infecciosa ni eventos tromboticos durante el seguimiento, en coincidencia con varias series de casos que señalan la eficacia del manejo temprano y adecuado.

Desde el punto de vista pronóstico, la mortalidad reportada continúa siendo significativa, particularmente ante la ausencia de diagnóstico y tratamiento oportuno, pudiendo desencadenar complicaciones severas como shock séptico o isquemia intestinal.⁴ En consecuencia, resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha en pacientes con fiebre persistente o deterioro clínico luego de una cirugía abdominal, especialmente en presencia de apendicitis complicada, y resalta la importancia de realizar estudios de imagen sin demora.

En este contexto, la tomografía computada con contraste endovenoso constituye el método diagnóstico de elección debido a su alta sensibilidad para detectar trombosis del sistema portal y complicaciones asociadas, incluyendo abscesos hepáticos o extensión trombotica al sistema porto-mesentérico.^{2,5} La

ecografía Doppler puede resultar útil como método complementario para confirmar la ausencia de flujo portal y evaluar la reperfusión durante el seguimiento.

Como limitación del presente reporte, no se dispone de estudios por imágenes posteriores al alta que permitan documentar la recanalización completa del sistema portal. Sin embargo, la evolución clínica favorable y la ausencia de complicaciones durante el seguimiento ambulatorio sugieren una resolución adecuada del cuadro.

CONCLUSIÓN

La pyleflebitis es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de las infecciones intraabdominales y puede presentarse en el período postoperatorio de una apendicectomía complicada. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica ante la persistencia de signos sistémicos de infección luego de una cirugía abdominal. La tomografía computada con contraste endovenoso, complementada por ecografía Doppler, desempeña un papel fundamental para el diagnóstico precoz y la evaluación de la extensión trombotica. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario e incluye la instauración temprana de antibióticos de amplio espectro, anticoagulación terapéutica, y en algunos casos, intervención quirúrgica para controlar focos infecciosos asociados.

El presente reporte resalta la importancia de considerar la pyleflebitis dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con signos infecciosos persistentes en el postoperatorio de cirugías abdominales. El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado y oportuno pueden modificar significativamente el pronóstico de esta entidad infrecuente pero potencialmente grave.

Contribuciones: AAA: investigación, revisión y edición del manuscrito, supervisión. SSA: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original. JAP: supervisión, administración del proyecto, revisión del manuscrito. IM: investigación, recursos, recolección y curación de material.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Alesandrini AA: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

Aguel Sábato S: <https://orcid.org/0009-0009-1890-3500>

Perriello JA: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>

Moggiano I: <https://orcid.org/0009-0006-2023-1430>

REFERENCIAS

1. Tang R, Tian X, Xie X, Yang Y. Intestinal infarction caused by thrombophlebitis of the portomesenteric veins as a complication of acute gangrenous appendicitis after appendectomy: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(24):e1033. doi:10.1097/MD.0000000000001033.

2. Jevtic D, Gavranic T, Pantic I, Nordin T, Nordstrom CW, Antic M, et al. Suppurative thrombosis of the portal vein (pylphlebitis): a systematic review of literature. *J Clin Med*. 2022;11(17):4992. doi: 10.3390/jcm11174992
3. Naymagon L, Tremblay D, Schiano T, Mascarenhas J. The role of anti-coagulation in pylphlebitis: a retrospective examination of characteristics and outcomes. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;49(2):325–31. doi: 10.1007/s11239-019-01949-z.
4. Wang YF, Chang CC, Lee TC, Shih IL, Lien WC, Chen SJ, et al. Recent trend of pylphlebitis in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* liver abscess as an emerging etiology. *Infection*. 2013;41(6):1137–43. doi: 10.1007/s15010-013-0497-9.
5. Pérez-Bru S, Nofuentes-Riera C, García-Marín A, Luri-Prieto P, Morales-Calderón M, García-García S. Pileflebitis: una extraña pero posible complicación de las infecciones intraabdominales. *Cir Cir*. 2015;83(6):501– 5.
6. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylphlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1114-20. doi: 10.1093/clinids/21.5.1114.
7. Ufuk F, Herek D, Karabulut N. Pylphlebitis complicating acute appendicitis: prompt diagnosis with contrast-enhanced computed tomography. *J Emerg Med*. 2016;50(3):e147-9. doi:10.1016/j.jemermed.2015.06.083.
8. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD: Pylphlebitis: a review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3):656–61. doi:10.1007/s11605-015-2875-3.
9. Chang TN, Tang L, Keller K, Harrison MR, Farmer DL, Albanese CT. Pylphlebitis, portal-mesenteric thrombosis, and multiple liver abscesses owing to perforated appendicitis. *J Pediatr Surg*. 2001;36(9):E19. doi:10.1053/jpsu.2001.26401.