

Pileflebite mesentérica secundária à diverticulite

Mesenteric pylephlebitis secondary a diverticulitis

ROBERTO A. GUIMARÃES¹, DANIELA M. SUETH², MARIA DA GLÓRIA C. R. M. BARROS³, MARCELO A. VIEIRA⁴, JAQUELINE M. QUEIROZ⁵, SAULO FERREIRA DE SOUZA RAMBALDI⁶, JOSÉ PEDRO RODRIGUES RAVANI⁷

SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA, RJ, BRASIL

RESUMO

Pileflebite é uma complicação incomum das infecções intra-abdominais e está associada à alta mortalidade. A patogenia ainda não está esclarecida. O diagnóstico permanece difícil e frequentemente é tardio, uma vez que a clínica é inespecífica e é necessário um elevado grau de suspeição.

Na maioria dos casos, o prognóstico é favorável. O fator mais importante é a precocidade no diagnóstico e a imediata antibioticoterapia específica. Relatamos um caso de um paciente com diagnóstico de pileflebite mesentérica secundária à diverticulite colônica.

Unitermos: Pileflebite, Diverticulite, Infecção Intra-abdominal.

SUMMARY

Pylephlebitis is a uncommon complications of intra-abdominal suppuration and associated with high mortality. The pathogenic is not clear and diagnosis remains delay because of its nonspecific symptoms and is necessary high clinical suspicion.

In the major of cases the prognostic is favorable. The most important determinants for the prognosis is early diagnosis and adequate medical. We report a case

of patient with diagnosis of mesenteric Pylephlebitis secondary a colonic diverticulitis.

Keywords: Pylephlebitis, Diverticulitis, Intraabdominal Suppuration.

INTRODUÇÃO

Diverticulite colônica é um processo inflamatório que pode envolver tecidos adjacentes e estruturas vasculares e, em raríssimos casos, estar associada a tromboflebite séptica da veia mesentérica e porta. O diagnóstico é obtido somente por achados radiológicos, tais como trombose desses vasos, podendo se associar à presença de gás dentro dos mesmos.

A precocidade do diagnóstico é fator primordial no prognóstico dos pacientes pela possibilidade da instituição de antibioticoterapia específica, já que a taxa de mortalidade é elevada (30%)¹⁻⁷. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de um paciente com diagnóstico de pileflebite da veia porta e mesentérica secundária à diverticulite colônica.

RELATO DO CASO

PMMN, sexo masculino, 84 anos, aposentado, natural de Itaocara (RJ) foi internado no Hospital São José do Avaí

1. Mestre em Gastroenterologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia e da Federação Brasileira de Hepatologia. **2.** Residente de Clínica Médica do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, Brasil. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. **3.** Residente de Clínica Médica do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, Brasil. **4.** Residente de Clínica Médica do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, Brasil. **5.** Graduanda em Medicina da Universidade Iguazú, Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil. **6.** Graduando em Medicina da Universidade Iguazú, Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil. **7.** Graduando em Medicina da Universidade Iguazú, Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil. **Endereço para correspondência:** Daniela M. Sueth. Rua Apolinário Cunha, 115/501 - Bairro Cidade Nova - Itaperuna, RJ CEP.: 28300-000 - Telefone: (22) 38220051/ (22) 99197527 E-mail: dmsueth@yahoo.com.br **Recebido em:** 24/06/2009 **Aprovado para publicação:** 30/03/2010.

relatou que há uma semana iniciou quadro de tremores generalizado associado à febre de 39°C, que cessava com o uso de antipiréticos.

Como sintomas associados, relatou fossa ilíaca esquerda de início há 25 dias e icterícia. Ao exame, encontrava-se taquicárdico, ictérico ++/4+, hepatomegalia e dor à palpação superficial e profunda em fossa ilíaca direita, associada a sinais de irritação peritoneal nessa região. Os exames laboratoriais demonstravam leucocitose com desvio para esquerda (leucócitos totais = 19.800/mm³ com 12% de bastões), hiperbilirrubinemia (9mg/dl com predomínio de bilirrubina indireta - 5,5mg/dl) e aminotransferases elevadas (AST = 55U/l; ALT = 43 U/l).

Suspeitou-se de diverticulite e atribuindo à “convulsão” relatada pelo paciente como episódios de bacteremia, foi solicitado tomografia computadorizada abdominal que revelou doença diverticular em sigmoide, colón esquerdo com densificação da gordura adjacente ao colón esquerdo e presença de gás fora de alça intestinal e na veia mesentérica superior.

Foi solicitada uma ultrassonografia com Doppler para estudo do fluxo nesse vaso, que mostrou ausência de fluxo em veia mesentérica superior. Com o diagnóstico de tromboflebite secundária à diverticulite, foi iniciado ceftriaxona, ampicilina e metronidazol por 21 dias.

A evolução foi favorável e o paciente recebeu alta com 23 dias de internação hospitalar permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Três meses após a internação, o paciente permanece assintomático (Figuras 1 e 2).

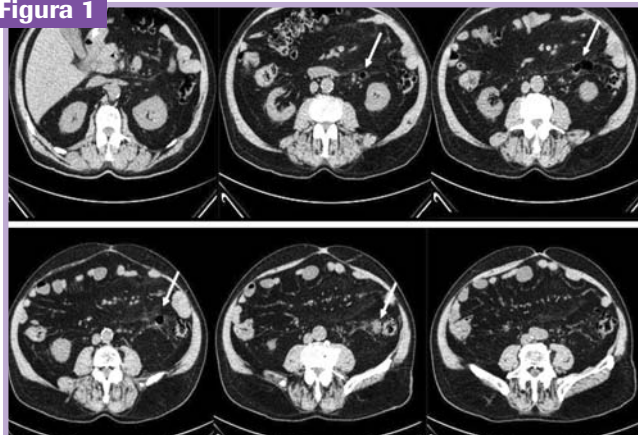
DISCUSSÃO

Pileflebite ou tromboflebite séptica da veia porta ou de suas tributárias é doença grave e rara, que antes do advento dos antibióticos tinha 100% de mortalidade. Geralmente é secundária a um processo infeccioso intraabdominal, mas pode também estar associada a um estado de hipercoagulabilidade que predisponha à piletrombose, seguida de infecção secundária^{2-6,8}.

A patogenia ainda não está esclarecida. Três mecanismos são propostos: translocação bacteriana que promove a interação entre o agente infeccioso e o endotélio, que desencadearia a cascata de coagulação com consequente formação de piletrombose; ocorrência de trombose do sistema porta seguido de infecção, e/ou ambos. Os agentes mais comumente encontrados são *Escherichia coli*, *Bacterioides fragilis*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* e *Enterobacter ssp*^{2,6,7,9}.

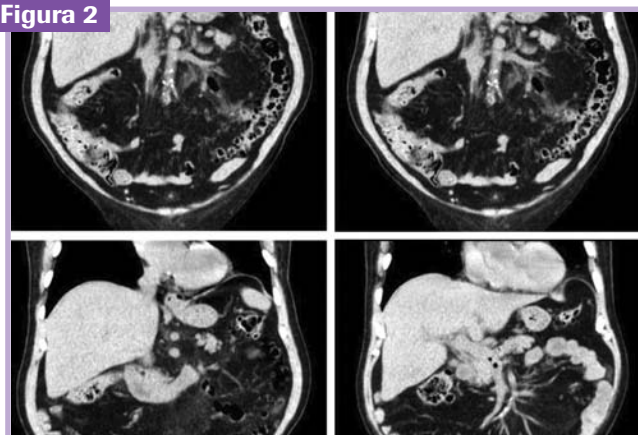
O diagnóstico permanece difícil e frequentemente tardio, uma vez que a clínica é inespecífica, sendo necessário um elevado grau de suspeição. Dor abdominal, icterícia e febre são os sintomas mais comuns e estão presentes na maioria dos casos. As complicações ocorrem em cerca de 50% dos pacientes e incluem colangite e abscesso hepático, que geralmente são múltiplos^{1,6-7}. Os exames complementares mais valiosos para elucidação diagnóstica são a ultrassonografia com Doppler, que demonstra a trombose da veia porta e de suas tributárias e a angiogramia computadorizada que, além de demonstrar a tromboflebite da veia porta ou de seus ramos, também é capaz de identificar sua etiologia e a presença de complicações^{1,6,7,9}.

Figura 1



Tomografia computadorizada de abdome, corte axial, demonstrando doença diverticular de sigmoide e colón esquerdo com densificação da gordura adjacente ao colón esquerdo, associado à presença de gás fora de alça intestinal e na veia mesentérica superior

Figura 2



Tomografia computadorizada de abdome, reconstrução coronal, demonstrando doença diverticular de sigmoide e colón esquerdo, com densificação da gordura adjacente ao colón esquerdo associado à presença de gás fora de alça intestinal e na veia mesentérica superior

O tratamento baseia-se na instituição de antibioticoterapia de largo espectro por tempo prolongado, no mínimo duas semanas. Indicar anticoagulação nesses pacientes permanece controverso. Harch and cols.¹⁰ defendem seu uso pela possibilidade da extensão do processo a isquemia entérica^{1,5,10}.

Atualmente, na maioria dos casos, o prognóstico é favorável pela existência de exames complementares confirmatórios e a possibilidade da administração de antibióticos de largo espectro.

Vale ressaltar que o fator mais importante no prognóstico é a precocidade no diagnóstico e instituição imediata da terapia clínica. A abordagem cirúrgica está indicada em casos selecionados, como na presença de abscessos hepáticos múltiplos e nos casos de deteriorização clínica⁶.

Concluimos que a pileflebite é complicação incomum das infecções intra-abdominais. O diagnóstico deve ser considerado em qualquer paciente com infecção intraabdominal grave, que curse com alteração clínica e laboratorial sugestiva de doença hepática ou bacteremia.

REFERÊNCIAS

1. Baddley JW, Singh D, Correa P, Persich NJ. Crohn's disease presenting thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 847-9.
2. Peixe B, Caldeira P, Ornelas R, Açucena F, Guerreiro H, Conde e Silva J. Pileflebite associada a colite ulcerosa. *J Port Gastroenterol* 2005; 12: 266-70.
3. Aguas M, Bastida G, Nos P, Beltrãin B, Gueso JL, Gueso J. Septic thrombophlebitis of the superior mesenteric vein and multiple liver abscess in a patient with Crohn's disease at onset. *BMC Gastroenterol* 2007; 7: 22.
4. Baril N, Wren S, Ralls P, Stain S. The role of anticoagulation in pylephlebitis. *Am J Surg* 1996; 172: 449-52.
5. Singh P, Yadav N, Visvalingam V, Indaram A, Bank S. Pylephlebitis diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1312-3.
6. Nishimori H, Ezoe E, Ura H, Imaizumi H, Meguro M, Furuhashi T, et al. Septic Thrombophlebitis of the portal and superior mesenteric veins as a complication of appendicitis: report a case. *Surg Today* 2004; 34: 173-76.
7. 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: 1114-20.
8. Saxena R, Adolph M, Zeigler JR. Pylephlebitis: a case report and a review of outcome in the antibiotic era. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1251-3.
9. Nobili C, Uggeri F, Romano F, Degrate L, Caprotti R, Perego P, et al. Pylephlebitis and mesenteric thrombophlebitis in sigmoid diverticulitis: medical approach, delayed surgery. *Digestive and Liver Disease* 2007; 39: 1088-90.
10. Harch JM, Radin RD, Yellin AE, Donovan AJ. Pylethrombosis: serendipitous radiologic diagnosis. *Arch Surg* 1987; 122: 1116-9.