

Pileflebite: relato de caso

Pylephlebitis: case report

JULIANA FERREIRA DE SOUZA¹, ÁUREO DE ALMEIDA DELGADO², LUCILA VIEIRA QUINET PEREZ¹, ANDRÉ NORONHA ARVELLOS³, MARCOS CARVALHO DE PAULA⁴, JOSÉ ALVIM COTTA CHAVES⁴, ÁLVARO HENRIQUE DE ALMEIDA DELGADO⁵

RESUMO

A Pileflebite é uma rara e grave complicação de diversas infecções intra-abdominais e pélvicas. Inicia-se através de uma tromboflebite de pequenos vasos que drenam uma área infectada e tem, como principais manifestações, a dor abdominal e a febre. É descrito caso de trombose séptica de veia porta em uma paciente do sexo feminino, 70 anos, hipertensa, obesa, portadora de neoplasia maligna de uretra e tabagista, que apresentou episódio de diverticulite aguda complicada com pileflebite. Tratamento realizado com antibioticoterapia e anticoagulação.

Unitermos: Pileflebite, Diverticulite, Trato Gastrointestinal.

SUMMARY

The pylephlebitis is a rare and serious complication of various abdominal and pelvic infections. It begins with thrombophlebitis of small vessels that drain an infected area, and has abdominal pain and fever as main manifestations. It describe the case of portal vein septic thrombosis in a female patient, 70 years, smoker, suffering from systemic hypertension, obesity and malignant neoplasm of urethra, who had an episode of acute diverticulitis complicated by pylephlebitis. Treatment instituted with antibiotics and anticoagulation.

Keywords: Pylephlebitis, Diverticulitis, Gastrointestinal Tract.

INTRODUÇÃO

Pileflebite, ou trombose séptica da veia porta, foi descrita pela primeira vez em 1846 por Waller¹, é uma complicação grave de diversas infecções intra-abdominais ou pélvicas², sendo as mais comuns a diverticulite e apendicite. Pode estar relacionado à colangite, doença inflamatória intestinal, pancreatite^{1,3,4,5,6}, e também a ligadura hemorroidária, banda gástrica ajustável e biópsia hepática guiada por tomografia computadorizada.^{7,8,9}

É de elevada morbimortalidade, considerada fatal antes da era pré-antibiótica. Com o advento de modernas técnicas diagnósticas e terapêuticas, houve melhores resultados no tratamento¹⁰. Não está claro na literatura a incidência, sendo esta estimada a 2,7 por 100.000 pessoas ao ano. Não há predileção por idade, podendo acometer todas as faixas etárias.^{5,11}

O sistema porta é responsável pela drenagem de uma grande parte do trato digestivo. A extensão da tromboflebite de pequenos vasos para veias maiores leva à trombose séptica da veia porta, que pode ampliar ainda mais e envolver vasos mesentéricos.^{1,3,4,5,6}

O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com pileflebite, haja vista que esse achado, apesar de sua raridade, deve ser aventado como dentre os diagnósticos diferenciais pelo potencial de complicações relacionadas.

1. Médica Gastroenterologista e Preceptora da Residência de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG. **2.** Médico Gastroenterologista e Preceptor da Residência de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG e Professor do Departamento de Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. **3.** Médico Radiologista da Clínica Ultrimagem de Juiz de Fora, MG e Professor do Departamento de Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. **4.** Médico Residente de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG. **5.** Acadêmico Interno da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. **Endereço para correspondência:** Marcos Carvalho de Paula - Rua Doutor Romualdo 140/302 - CEP 36016-380 - Juiz de Fora - MG/**e-mail:** marquim.laranjal@gmail.com. **Recebido em:** 21/07/2016. **Aprovado em:** 02/08/2016.

RELATO DE CASO

Paciente DOSC, 70 anos, sexo feminino, hipertensa, obesa, tumor de uretra localmente avançado e tabagista, foi admitida na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG devido a quadro de dor abdominal difusa, mas predominante em hipocôndrio direito, de forte intensidade, associado à queda do estado geral e constipação intestinal de início nos últimos dias. Paciente negou febre.

Evoluiu durante internação com distensão abdominal, náuseas, vômitos e leve icterícia. Exames de sangue evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda (resultado: 21700/mm³ com 6% de bastões VR: 4.000-10.000/mm³), proteína C reativa elevada (resultado: 22,3 mg/dL VR: < 0,9 mg/dL), hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta (bilirrubina total de 2,1 mg/dL VR até 1,2 mg/dL e direta de 1,9 mg/dL VR até 0,4 mg/dL) e elevação de enzimas colestáticas (fosfatase alcalina 214 U/L VR 17-142 U/L e gama glutamil transferase 587 U/L VR 5-85 U/L).

Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome superior e pelve com contraste, que evidenciou pequena quantidade de líquido livre peritoneal, pneumoperitônio, divertículos colônicos com sinais sugerindo diverticulite aguda e imagem adjacente heterogênea, podendo corresponder à coleção na transição do colón descendente e sigmoide. Visualizou-se também imagens hipodensas hepáticas sugestivas de abscessos (Figura 1) e trombose de aspecto agudo do ramo direito da veia porta (Figura 2).

Paciente estava em uso de piperacilina e tazobactam, sem melhora clínica e laboratorial. Foi trocado posteriormente para meropenem. Iniciou-se também enoxaparina em dose terapêutica.

Houve melhora inicial, mas após uma semana, necessitou ser submetida à cirurgia de urgência por piora clínica e da dor abdominal com sinal de irritação peritoneal. Realizado colectomia parcial a Hartmann devido à diverticulite aguda perfurada. Mantido antibioticoterapia venosa de amplo espectro até completar 4 semanas e anticoagulação plena. Realizou nova TC de abdome para controle, com resolução dos abscessos e coleção abdominal. Recebeu alta em bom estado geral para término de antibioticoterapia e anticoagulação domiciliar.

DISCUSSÃO

A pileflebite é uma complicação de infecções intra-abdominais, sendo hoje a diverticulite a sua principal causa. Inicia-se através da tromboflebite de pequenos vasos que drenam áreas infectadas para o sistema porta.^{5,6,7,8,9,10} Estados de hipercoagulabilidade são encontrados em alguns pacientes que desenvolvem essa complicação.¹²

Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando líquido ascítico (seta superior) e abscesso hepático (seta inferior).

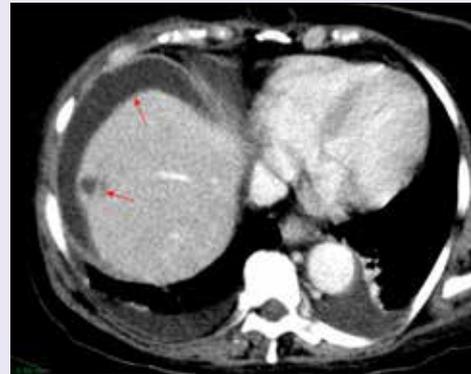
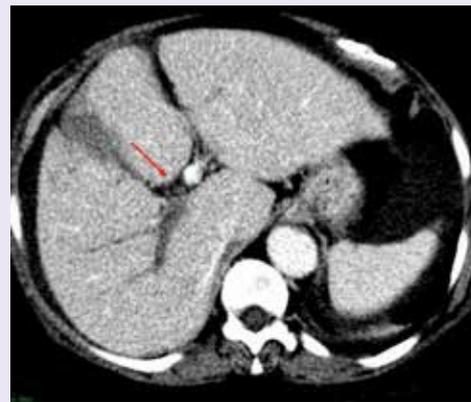


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciando trombose de ramo direito de veia porta (seta). Fonte: Imagens cedidas pelo paciente.



As manifestações clínicas são inespecíficas, como febre, dor abdominal, fadiga, náusea, vômito, diarreia e anorexia, sendo as duas primeiras mais comuns.⁵ Hepatomegalia e icterícia sugerem comprometimento hepático. Pacientes podem apresentar pouco ou nenhum sinal relacionado ao foco primário da infecção. Apesar de comumente ser uma condição aguda, alguns casos evoluem de maneira crônica. Leucocitose é um achado comum no exame laboratorial. Aumento de fosfatase alcalina e de gama glutamil transferase é notado na maioria dos pacientes. O aumento de bilirrubina pode ocorrer em alguns casos selecionados.¹³

As principais complicações da trombose séptica da veia porta são o abscesso hepático e a isquemia mesentérica, sendo esta menos comum.¹⁴ A hipertensão portal pode ser uma complicação tardia.

O diagnóstico de pileflebite é feito pela visualização da trombose da veia porta, acompanhada por bacteremia em pacien-

tes com febre. Por ser uma condição incomum ou por apresentar sintomas inespecíficos, o diagnóstico pode ser tardio. A hemocultura é necessária para confirmação da bacteremia e a tomografia computadorizada com contraste é de grande importância para a visualização do trombo na veia porta, além de evidenciar complicações e diagnosticar o foco primário da infecção.^{5,10,15}

Antibioticoterapia constitui o principal tratamento para a pileflebite, sendo necessário início empírico para os germes mais comuns (*Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli* e anaeróbios). Em terapia combinada, é frequente o uso de metronidazol associado a uma cefalosporina de terceira geração ou a uma quinolona. A monoterapia pode ser realizada com betalactâmicos e inibidores da betalactamase ou com carbapenêmicos. Deve-se ajustar o antibiótico de acordo com resultado da cultura. A duração do tratamento é no mínimo 4 a 6 semanas, sendo 2 a 3 semanas de antibioticoterapia parenteral.¹⁵

Não existem estudos prospectivos randomizados e consensos sobre anticoagulação no tratamento da pileflebite. Em pacientes com trombose isolada de veia porta e coagulograma normal não é necessário anticoagular. No entanto, pacientes com envolvimento de veia mesentérica podem se beneficiar com a terapia. Em caso de pacientes com estado de hipercoagulabilidade, como, por exemplo, neoplasias, deve-se considerar o uso de anticoagulantes.¹⁶

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, mesmo com o advento de novos antibióticos de largo espectro e melhoria nas técnicas de imagem, a pileflebite continua sendo uma grave complicação de infecções intra-abdominais. O diagnóstico precoce possibilita o início da antibioticoterapia de amplo espectro e por tempo adequado, o que acarreta na redução da mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Bolt, RJ. Diseases of the hepatic blood vessels. In: Bockus, HL., editor. Gastroenterology. 4. Philadelphia: WB Saunders; 1985. p. 3259-3277.
2. Wong K, Weisman DS, Patrice KA. Pylephlebitis: a rare complication of an intra-abdominal infection. Journal of community hospital internal medicine perspectives. 2013; 3(2)
3. Lee BK, Ryu HH. A case of pylephlebitis secondary to cecal diverticulitis. The Journal of emergency medicine. 2012; 42(4):e81-5. [PubMed: 19443163]
4. Baddley JW, Singh D, Correa P, et al. Crohn's disease presenting as septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): case report and review of the literature. The American journal of gastroenterology. 1999; 94(3):847-9. [PubMed: 10086679]
5. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G, et al. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. Scandinavian journal of infectious diseases. 2010; 42(11-12):804-11. [PubMed: 20735334]
6. Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, et al. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. Journal of radiology case reports. 2014; 8(2):37-45. [PubMed: 24967018]
7. Chau N, Bhatia S, Raman M. Pylephlebitis and pyogenic liver abscesses: A complication of hemorrhoidal banding. Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2007; 21(9):601-603.
8. De Roover A, Detry O, Coimbra C, et al. Pylephlebitis of the Portal Vein Complicating Intragastic Migration of an Adjustable Gastric Band. Obesity Surgery. 2006; 16(3):369-371. [PubMed: 16545171]
9. Tandon R, Davidoff A, Worthington MG, et al. Pylephlebitis After CT-Guided Percutaneous Liver Biopsy. American Journal of Roentgenology. 2005; 184(3_supplement):S70-S72. [PubMed: 15728028]
10. Garrett A, Carnish E, Das N, et al. Once Universally Fatal: Pylephlebitis. The American Journal of Medicine. 2014; 127(7):595-597. [PubMed: 24508414]
11. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, et al. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. The British journal of surgery. 2008; 95(10):1245-51. [PubMed: 18720461]
12. Rea JD, Jundt JP, Jamison RL. Pylephlebitis: keep it in your differential diagnosis. American journal of surgery. 2010; 200(6):e69-71. [PubMed: 20864076]
13. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic Thrombophlebitis of the Portal Vein (Pylephlebitis): Diagnosis and Management in the Modern Era. Clinical Infectious Diseases. 1995; 21(5):1114-1120. [PubMed: 8589130]
14. Castro R, Fernandes T, Oliveira MI, et al. Acute appendicitis complicated by pylephlebitis: a case report. Case reports in radiology. 2013; 2013:627521. [PubMed: 24312741]
15. Singh P, Yadav N, Visvalingam V, et al. Pylephlebitis—diagnosis and management. The American Journal of Gastroenterology. 2001; 96(4):1312-1313. [PubMed: 11316205]
16. Baril N, Wren S, Radin R, et al. The role of anticoagulation in pylephlebitis. The American Journal of Surgery. 1996; 172(5):449-453. [PubMed: 8942542]