

Pileflebite: Uma Revisão Sistemática

Elias Jirjoss Ilias

Received: 1 January 1970 Accepted: 1 January 1970 Published: 1 January 1970

Abstract

Pylephlebitis is characterized as a portal vein thrombophlebitis, which occurs as a complication of intra-abdominal infections. It is more related to diverticulitis and appendicitis, being a rare complication with a high rate of morbidity and mortality. Objective: To carry out a systematic review of pylephlebitis, taking into account its clinical, diagnostic and treatment aspects. Methodology: The work consists of a systematic review, analyzing 20 articles on pylephlebitis, from 2013 to 2021. Discussion: Pylephlebitis has nonspecific manifestations, making diagnosis and early treatment difficult. The management of the disease consists of using computed tomography, which has been shown to be the best diagnostic method, and early antibiotic therapy. The use of anticoagulation in the treatment is still much discussed.

Index terms—

1 I.

Introdução pileflebite é definida como uma tromboflebite séptica do sistema da veia porta advinda de uma infecção intra-abdominal ou pélvica 1 . É caracterizada como uma complicação rara, com incidência anual de 0,37 a 2,7 casos por 100.000 habitantes 2 . Apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade (cerca de 25%), especialmente se não for reconhecida no início do tratamento 1 .

Sua principal etiologia é a diverticulite, seguido da apendicite, colecistite, pancreatite e outras infecções intra abdominais 3 . Epidemiologicamente, há uma preferência em relação ao sexo masculino (60-70% dos casos) e acomete indivíduos entre 40 e 65 anos 2 .

Com relação a sua manifestação clínica, muitas vezes apresenta-se de forma inespecífica, com febre, dor abdominal, náuseas e vômitos, o que acarreta em um atraso no diagnóstico e tratamento 4 . Há também algumas manifestações mais avançadas como icterícia e hepatomegalia 5 . Além disso, os exames laboratoriais também são inespecíficos, mostrando uma leucocitose, níveis elevados de enzimas hepáticas e bilirrubina e aumento de proteína C reativa 4 . Já os exames de imagem desempenham um papel importante no diagnóstico da pileflebite. A ultrassonografia com doppler vai detectar a diminuição de fluxo e a trombose, porém é um exame examinador dependente. A tomografia computadorizada com contraste, é o método de escolha, e consegue mostrar trombose da veia porta. Já a ressonância magnética só é utilizada quando as imagens anteriores mostram-se inconclusivas ??, 5, 6 . Atrasos no manejo da pileflebite são associados a uma taxa de mortalidade de até 25% e sabe-se que o principal problema em um portador de pileflebite é a infecção não controlada 7,8 . Assim, estabelecido o diagnóstico, deve-se iniciar a antibioticoterapia precoce de amplo espectro 8 . Estudos comprovam que, mesmo na ausência de uma bacteremia positiva, o uso de antibióticos reduziu a taxa de complicações potencialmente fatais como isquemia intestinal e abscessos hepáticos. Por tratar-se de uma condição de rara incidência, ainda não há diretrizes sobre a duração necessária de seu uso, variando, em média, de 4 a 6 semanas 7 .

Além da antibioticoterapia, outras modalidades são vistas como possíveis pilares do tratamento da pileflebite: a anticoagulação e o tratamento cirúrgico 8,9,10 . O uso de anticoagulantes ainda é controverso, pois, apesar de se mostrar benéfica em alguns estudos, em outros se demonstra que há a chance de complicações em 20% dos pacientes 8,9 . Já o tratamento cirúrgico é reservado, majoritariamente, para o tratamento do foco infeccioso intra-abdominal e para a drenagem de grandes coleções de fluidos e abscessos 8,10 .

2 II.

3 Metodologia

O trabalho consiste em uma revisão sistemática, em que foi realizado um levantamento bibliográfico, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2013 a 2021, utilizando as bases de dados Scielo e Pubmed. Foram selecionados 18 artigos de 23. Foi utilizado como critérios de exclusão o idioma (japonês) e artigos com mais de 10 anos.

As palavras chaves utilizadas foram: "pileflebite", "apendicite", "diverticulite", "tromboflebite".

Corroborando e respeitando o pré-estabelecido nas normas, regras e diretrizes propostas pelo Comitê de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde -Ministério da Saúde, esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Pesquisa da Universidade Santo.

4 III.

5 Resultados

No estudo em questão foram analisados 18 artigos, incluindo relatos de caso e estudos retrospectivos, conforme mostra a tabela 1, abordando aspectos clínicos, diagnósticos e de tratamento da Pileflebite, descritos nos últimos 10 anos na literatura. IV.

6 Discussão

Quase todas as infecções intra-abdominais ou pélvicas envolvendo vísceras com drenagem pelo sistema venoso portal podem ser complicadas pela pileflebite. No início do século 20, a apendicite era a principal infecção relacionada a essa patologia, entretanto, isso acabou mudando com o avanço do diagnóstico precoce e eficácia dos antibióticos. Atualmente, a diverticulite é considerada a principal fonte de pileflebite, embora os casos tenham sido associados a outras condições inflamatórias e infecciosas, incluindo doença inflamatória intestinal, pancreatite, gastroenterite, colangite, úlcera péptica, abscesso hepático, amebíase e até mesmo casos associados a cateteres de veia umbilical e migração de banda gástrica ajustável 1,3 .

A pileflebite é uma condição rara de patogenia ainda não bem definida, caracterizada pela trombose da veia porta secundária a uma infecção abdominal. Resulta de uma infecção não controlada nas regiões vizinhas ou drenadas pelo sistema portal. Inicialmente começando como tromboflebite de pequenas veias mesentéricas, o processo pode se espalhar para o sistema venoso portal e hematogênico para o fígado. A trombose das veias mesentéricas subsequentemente pode levar à isquemia mesentérica, infarto e necrose intestinal 5 .

A F diagnóstico incidental através de imagens, a formas graves com choque séptico e insuficiência hepática 8 . O principal quadro clínico é manifestado através de sintomas inespecíficos, incluindo fadiga, febre, dor abdominal, náusea e vômito, diarreia e anorexia 1,2,5,8,9 . Além da sintomatologia, também há achados de exame físico, como aumento da sensibilidade abdominal, esplenomegalia, hepatomegalia, ascite e icterícia, observados como consequência do envolvimento hepático disseminado além de poderem originar complicações adicionais como abscesso hepático ou colangite 1,5,9 .

Além da sintomatologia, também há achados de exame físico, como aumento da sensibilidade abdominal, esplenomegalia, hepatomegalia, ascite e icterícia, observados como consequência do envolvimento hepático disseminado além de poderem originar complicações adicionais como abscesso hepático ou colangite 1,5,9 .

Atualmente não há nenhum critério diagnóstico para pileflebite, assim como não há diretrizes para o manejo dessa patologia. Portanto, os planos de diagnóstico e tratamento são baseados em séries de casos e relatórios 1,9 . Ao revisar a literatura, percebemos que os exames de imagem são essenciais para o diagnóstico da Pileflebite 9 . Geralmente, tal diagnóstico é feito a partir de uma Tomografia computadorizada (TC) ou de uma ultrassonografia com Doppler (USG) 1 .

O USG pode permitir a visualização do trombo na veia porta, ectasia da veia porta, rede de colaterais venosas, hepatoesplenomegalia e ascite. A TC com administração de contraste venoso, pode demonstrar gás no sistema porta e o trombo vascular hipodenso. Trombose de segmentos venosos portais intrahepáticos, veias mesentérica superior e esplênica é observada em 39%, 42% e 12% dos casos, respectivamente, enquanto a veia mesentérica inferior é pouco acometida isoladamente 2 .

Apesar da sensibilidade e especificidade da TC e do USG no diagnóstico da Pileflebite serem desconhecidas, a TC é mais utilizada pois depende menos do operador e possibilita detectar outras complicações, como abscessos hepáticos e isquemia intestinal 1,3 . Outras modalidades menos utilizadas incluem RNM e PET/TC 1 .

Os exames laboratoriais geralmente são inespecíficos, mas as alterações mais comuns incluem leucocitose inicial associada a anemia, elevação de fosfatase alcalina, AST, ALT e gama-glutamil transferase e normalmente sem aumento de bilirrubina 1,3 .

As hemoculturas positivas são encontradas em 50-88% dos pacientes 3 . Os patógenos tipicamente identificados incluem *Escherichia coli*, *Streptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp 2 .

A base do tratamento da pileflebite, levando em consideração os artigos selecionados, consiste no uso de antibioticoterapia. É realizado antibiótico empírico de amplo espectro, com base na fonte de infecção, com duração de 4 semanas com base na possibilidade de formação de abscesso e até 6 semanas para abscessos conhecidos 9 .

103 Já em relação ao uso da anticoagulação, os artigos abordados, não apresentam um consenso sobre. Acredita-
104 se que o objetivo da anticoagulação seja para prevenção da progressão da trombose e para o tratamento das
105 complicações da trombose da veia porta. No estudo de Kanellopoulou et al., foi observado que o uso precoce de
106 anticoagulação foi associado a uma diminuição da taxa de mortalidade. Já no de Plemmons et al, não houve efeito
107 significativo na mortalidade. E Batil et al, realizou um estudo retrospectivo com 44 pacientes, diagnosticados com
108 pileflebite, para avaliar o uso de anticoagulação. Nesse estudo, foi concluído que a anticoagulação deve ser usada
109 para pacientes com estado de hipercoagulabilidade por deficiência de fatores de coagulação, câncer ou quando
110 houver envolvimento da veia mesentérica, pois está relacionado a um maior risco de infarto. Assim, não há um
111 consenso sobre a realização de anticoagulação nos pacientes, devendo ser realizada de maneira individualizada,
112 avaliando riscos e benefícios para o paciente 1,5,9,10 .

113 O uso de uma intervenção mais invasiva, como trombectomia cirúrgica ou colocação de dreno percutâneo na
114 veia porta, em alguns casos pode ser necessário, porém, está relacionado a maiores taxas de recorrência 9 .

115 Assim, o diagnóstico e tratamento precoce é fundamental, já que a doença pode evoluir com complicações,
116 como formação de abscessos hepáticos, sepse e desenvolvimento de hipertensão portal 1,9 .

117 V.

118 7 Conclusão

119 A pileflebite é uma complicação das infecções intra-abdominais, principalmente relacionada a diverticulite e
120 apendicite. Por ser uma manifestação rara e com alta mortalidade, o diagnóstico precoce se torna essencial para
121 uma melhor condução da doença. Porém, a clínica inespecífica dificulta o manejo precoce da doença.

122 Os artigos abordados, confluem sobre a parte clínica e diagnóstica da pileflebite. Porém, em relação ao
123 tratamento, ainda não há um consenso sobre a utilização dos anticoagulantes. A falta de uma diretriz sobre o
124 assunto leva a necessidade de individualizar a indicação do uso de anticoagulante, levando em conta os riscos
125 e benefícios. Assim, a necessidade de novos estudos sobre os benefícios da anticoagulação nos pacientes com
126 pileflebite, se torna essencial, já que a doença apresenta alta mortalidade e pode cursar com novas complicações.

127 ¹

1

An unusual increase of D-dimer level-pylephlebitis caused by acute appendicitis: a case report.

Pylephlebitis Complicating Acute Appendicitis: Prompt Diagnosis with Contrast-Enhanced Computed T

Diverticular Pylephlebitis and Polymicrobial Septicemia

Pylephlebitis as a Rare Complication of Ulcerative Colitis: A Case Report Pylephlebitis: incidence and p

XXII

Is-

sue

III

Ver-

sion

I

Global

Jour-

nal

of

Med-

i-

cal

Re-

search

(

D

D

D

D

)

F

-
- 128 [Cir Cir (2015)] , 10.1016/j.circir.2015.05.029. 26141109. *Cir Cir* 2015 Nov-Dec. 2015 Jun 30. 83 (6) p. .
- 129 [Hartpence et al. (2021)] , J Hartpence , A Woolf , Pylephlebitis . 33085393. *StatPearls [Internet]. Treasure*
130 *Island* 2021 Jul 6. 2021 Jan. StatPearls Publishing.
- 131 [Cho et al. (2018)] *Clinical Manifestations of Superior Mesenteric Venous Thrombosis in the Era of Computed*
132 *Tomography. Vasc Specialist Int*, J W Cho , J J Choi , E Um , S M Jung , Y C Shin , S W Jung , J I Kim ,
133 P W Choi , T G Heo , M S Lee , H Jun . PMC6340699. 2018 Dec 34. p. .
- 134 [Queiroz et al. ()] *Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary yo diverticulitis.*
135 *Radiol Bras*, R M Queiroz , Fdc Sampaio , P E Marques , M A Ferez , E M Febronio . 10.1590/0100-
136 3984.2017.0046. 2018.
- 137 [Hamera et al. (2019)] *Pylephlebitis as a Rare Complication of Ulcerative Colitis: A Case Report. Cureus*, L
138 Hamera , S Abraham , J Jordan . 10.7759/cureus.4792. 31384516. PMC6679714. 2019 May 31. 11 p. e4792.
- 139 [Londoño et al. ()] ‘Pylephlebitis both a surgical and non-surgical pathology: A 2-case report and literature
140 review’. E Londoño , D J Hernandez , M Rey , F L Cabrera , A Medellín , P Lopez , L Quintero , E Vinck , M
141 Pedraza , S Sánchez . 10.15406/jlrtd.2018.04.00104. *Journal of Liver Research* 2018. (Disorders e Therapy)
- 142 [Ufuk et al. ()] ‘Pylephlebitis complicating acute appendicitis: prompt diagnosis with contrast-enhanced com-
143 puted tomography’. F Ufuk , D Herek , N Karabulut . 26810023. *The Journal of Emergency Medicine* 2016.
- 144 [Wong et al. ()] ‘Pylephlebitis: a rare complication of an intra-abdominal infection’. K Wong , D S Weisman , K
145 A Patrice . 23882407. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives* 2013.
- 146 [Choudhry et al. ()] ‘Pylephlebitis: a review of 95 cases’. A J Choudhry , Ymk Baghdadl , Amr Ma , M J Alzgharl
147 , D H Jenkins , M D Zielinski . 26160320. *J Gastrointest Surg* 2015.
- 148 [Pérez-Bru et al.] S Pérez-Bru , C Nofuentes-Riera , A García-Marín , P Luri-Prieto , M Morales-Calderón ,
149 S García-García , Pileflebitis . *una extraña pero posible complicación de las infecciones intraabdominales*,
150 (Pylephlebitis: a rare but possible complication of intra-abdominal infections)
- 151 [Pinto et al. (2016)] ‘Superior mesenteric vein thrombosis as a complication of cecal diverticulitis: A case report’.
152 S Pinto , T Lerner , G Lingamaneni , K Richards . 27332698. PMC4917498. *Int J Surg Case Rep* 2016. 2016
153 Jun 15. 25 p. .