

Pileflebite e trombose séptica da veia mesentérica inferior secundárias a diverticulite

Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary to diverticulitis

Sr. Editor,

Homem, 74 anos, diabético, queixando-se de dores abdominais e episódios de febre há 15 dias. Achados laboratoriais: leucocitose, proteína C reativa discretamente aumentada, aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) nos limites superiores da normalidade. Tomografia computadorizada (TC) abdominal não contrastada mostrou sinais sugestivos de processo inflamatório diverticular no sigmoide (Figura 1A). O paciente apresentou piora clínica, não responsiva a antibioticoterapia e evoluiu com icterícia em um dia. Estudos laboratoriais mostraram elevações na leucocitose, proteína C reativa, AST, ALT e bilirrubinas totais. Hemocultura mostrou crescimento de *Citrobacter* spp., *Streptococcus* spp. e *Klebsiella* spp. Nova TC abdominal, contrastada, demonstrou trombos e gás no sistema venoso portal (Figura 1B), junção esplenomesentérica (Figura 1C) e veia mesentérica inferior (Figura 1D). Foi realizada colectomia subtotal e o estudo anatomopatológico confirmou processo inflamatório agudo diverticular no sigmoide e achado incidental de pequeno adenocarcinoma cecal. Mudaram-se os antibióticos e iniciou-se anticoagulação parenteral. O paciente evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar após um mês.

Pileflebite é a trombose séptica da veia porta ou de seus ramos⁽¹⁻³⁾, com incidência de 0,37–2,7 casos por 100.000 habitantes/ano^(4,5), podendo ocorrer em 0,16% dos pacientes com infecções intra-abdominais⁽⁴⁾. A média de idade é de 40–65 anos, com predomínio nos homens (60–70%)⁽⁴⁻⁶⁾. As principais causas incluem diverticulite (19–30%), pancreatite (5–31%), apendicite (2–19%), infecções no trato biliar (3–14%) e doença inflamatória intestinal (2–6%)⁽⁴⁻⁷⁾, além de cateterismo umbilical e onfalite em neonatos⁽³⁾. Fatores de risco envolvidos: cirurgias prévias (29–37%), tabagismo (29%), malignidades (6–17%), imunodepressão (14%), discrasias sanguíneas, etilismo e uso de esteroides⁽⁴⁻⁶⁾.

O quadro clínico é inespecífico, sendo comuns febre, dor abdominal, náuseas, diarreia e anorexia, porém, a suspeita de pileflebite é mais pertinente quando aos dois primeiros se associa icterícia⁽⁴⁻⁶⁾. Achados laboratoriais incluem leucocitose (80%), cultura positiva em sangue ou tecidos (44–88%), elevação de enzimas hepáticas (40–69%) e da bilirrubina total (55%). Nas culturas pode-se detectar um microorganismo (47%) ou mais (44%), destacando-se anaeróbios e Gram-negativos. São frequentemente encontrados: *Escherichia coli*, *Streptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp.⁽⁴⁻⁶⁾.

A ultrassonografia com Doppler é útil para a caracterização de trombo, ectasia da veia porta, rede de colaterais venosas, hepatoesplenomegalia e ascite^(2,4,8-12). A TC com administração intravenosa de meio de contraste é método diagnóstico de escolha,

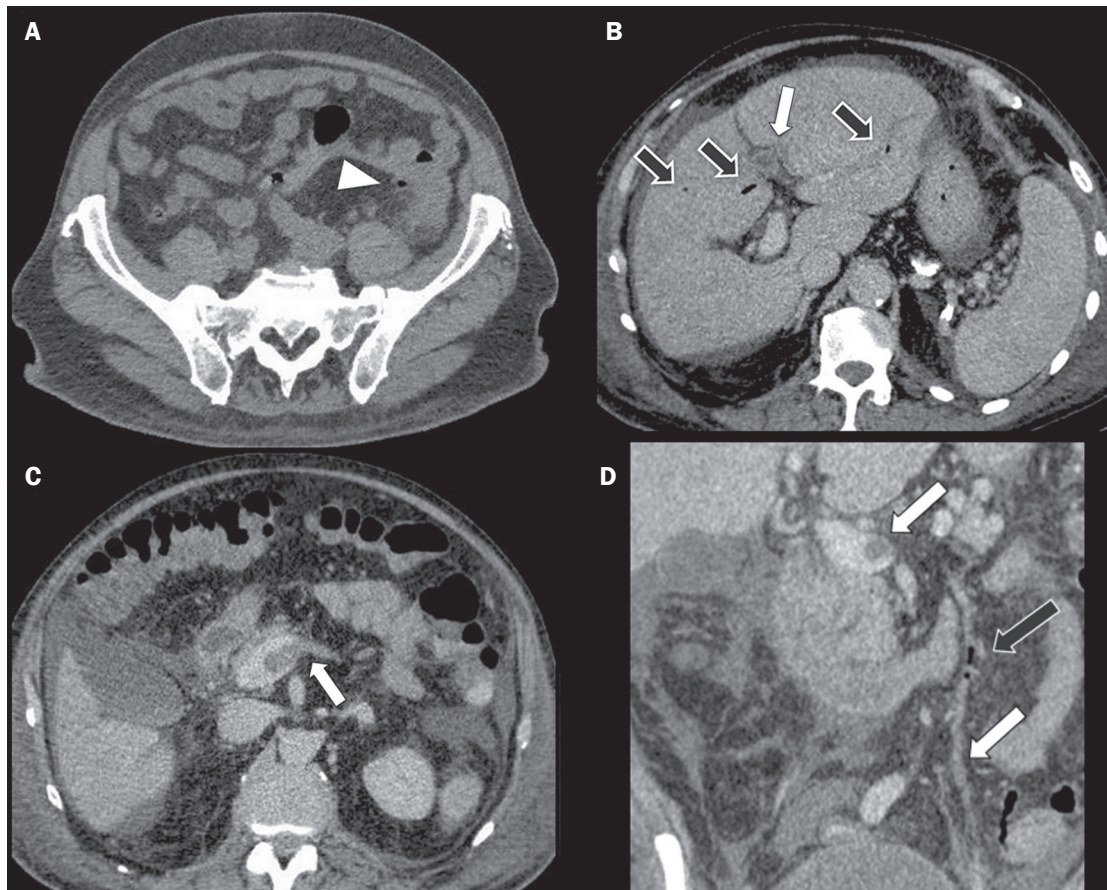


Figura 1. A: TC abdominal de admissão do paciente, sem a administração de meio de contraste intravenoso, mostrando densificação da gordura mesentérica em torno do sigmoide (cabeça de seta), onde também estavam presentes alguns divertículos colônicos, sugerindo processo inflamatório. **B, C, D:** TC após piora clínica do paciente, fase portal após a administração intravenosa de meio de contraste, demonstrando trombos (setas brancas) no ramo esquerdo da veia porta (**B**), junção esplenomesentérica (**C, D**) e no interior da veia mesentérica inferior (**D**), e focos gasosos (setas pretas) no sistema porta intra-hepático (**B**) e na veia mesentérica inferior (**D**), além de ascite.

podendo demonstrar gás no sistema porta (18%) e o trombo vascular hipodenso. Trombose de segmentos venosos portais intra-hepáticos, 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%). Gás no sistema porta (portograma aéreo), diferentemente da aerobilia, se estende até a periferia hepática^(2,4,8-12).

A terapêutica mais utilizada é a associação de anticoagulantes e antibióticos. O tratamento cirúrgico fica reservado a casos não responsivos, ressecção do foco inflamatório/infeccioso, drenagem de grandes coleções e abscessos⁽⁴⁻⁶⁾. Os índices de mortalidade são de 11–50%^(2,4-8). Complicações ocorrem em 20–50%, como abscessos hepáticos (37%), infarto venoso mesentérico, trombose portal crônica e hipertensão portal^(2,4-8).

REFERÊNCIAS

1. Fonseca-Neto OCL, Vieira LPF, Miranda AL. Tromboflebite séptica da veia porta secundária à apendicite. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007; 20:137–8.
2. Guimarães RA, Sueth DM, Barros MGCRM, et al. Pileflebite mesentérica secundária à diverticulite. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2010; 29:90–2.
3. Gonçalves L, Maio J, Barros MF, et al. Trombose da veia porta. Atitudes. A propósito de caso clínico. Acta Pediatr Port. 2001;32:377–80.
4. Belhassen-García M, Gomez-Munuera M, Pardo-Lledias J, et al. Pylephlebitis: incidence and prognosis in a tertiary hospital. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32:350–4.

5. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, et al. Pylephlebitis: a review of 95 cases. J Gastrointest Surg. 2016;20:656–61.
6. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodosiades G, et al. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. Scand J Infect Dis. 2010;42:804–11.
7. Machado MM, Rosa ACF, Mota OM, et al. Ultrasonographic features of portal vein thrombosis. Radiol Bras. 2006;39:151–5.
8. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. J Comput Assist Tomogr. 2000;24:755–60.
9. Lee WK, Chang SD, Duddalwar VA, et al. Imaging assessment of congenital and acquired abnormalities of the portal venous system. Radiographics. 2011;31:905–26.
10. Tandon R, Davidoff A, Worthington MG, et al. Pylephlebitis after CT-guided percutaneous liver biopsy. AJR Am J Roentgenol. 2005;184(3 Suppl):S70–2.
11. Muglia VF. Diverticular disease of the colon: evolution of the therapeutic approach and the role of computed tomography in the evaluation of acute conditions. Radiol Bras. 2017;50(2):ix–x.
12. Naves AA, D'Ippolito G, Souza LRME, et al. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. Radiol Bras. 2017;50:126–31.

Rodolfo Mendes Queiroz¹, Fernando Dias Couto Sampaio¹, Pedro Eduardo Marques², Marcus Antônio Ferez², Eduardo Miguel Febrônio¹

1. Documenta – Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Hospital São Francisco – Centro de Terapia Intensiva, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência: Dr. Rodolfo Mendes Queiroz. Documenta – Hospital São Francisco. Rua Bernardino de Campos, 980, Centro. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14015-130. E-mail: rod_queiroz@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0046>



Síndrome de Boerhaave: o papel da radiografia simples do tórax

Boerhaave's syndrome: the role of conventional chest X-ray

Sr. Editor,

Foi com bastante entusiasmo que recebemos o artigo “Síndrome de Boerhaave: diagnóstico diferencial de dor toracoabdominal”, publicado no número de março/abril 2018 da **Radiologia Brasileira**⁽¹⁾. Mesmo tendo mencionado que a utilização dos métodos de imagem convencional tem grande valor na detecção imediata da ruptura do esôfago, gostaríamos de fazer uma complementação no texto com base na radiografia simples, uma vez que o artigo só nos apresentou imagens de tomografia computadorizada.

Na ruptura espontânea do esôfago temos como expressão radiográfica e diagnóstica o sinal do V de Naclerio (Figura 1), identificado no raio-X de tórax e descrito como duas linhas hiperttransparentes em forma de V, uma ao longo da borda esquerda da aorta e a outra criando o sinal do diafragma contínuo para a esquerda. É produzido pela presença de ar entre a aorta descendente (ramo vertical do V) e a pleura parietal com o diafragma esquerdo (ramo horizontal oblíquo do V). Este sinal foi descrito em 1957 pelo cirurgião de tórax Emil A. Naclerio (1915-1985)⁽²⁾ em pacientes com ruptura na região posterolateral esquerda do esôfago, no entanto, não é patognomônico, e as lesões ao nível do esôfago proximal (iatrogênicas ou traumáticas) podem não apresentar este sinal⁽²⁻⁴⁾.

Bladergroen et al.⁽⁵⁾ observaram que as lesões esofágicas, em até 55% dos casos, eram iatrogênicas, secundárias a endoscopia, em 15% eram espontâneas, em 14% eram secundárias a corpo estranho e em 10% eram decorrentes de trauma. Outros sinais na radiografia de tórax que indicam pneumoperitônio, além do V de Naclerio, são: pneumopericárdio, sinal do diafragma contínuo, sinal do hemidiafragma esquerdo contínuo, sinal do V da confluência das veias braquiocefálicas e sinal do anel ao redor da aorta⁽²⁻⁴⁾.

A radiografia simples é um método útil, prático, rápido e portátil que pode ser realizado em pacientes graves e internados

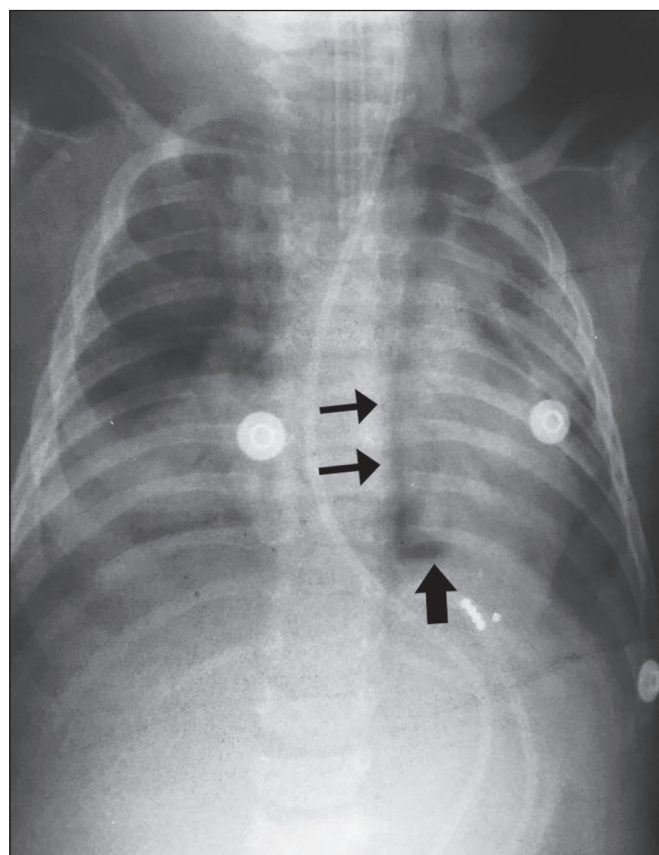


Figura 1. Sinal do V de Naclerio. Menor do sexo masculino, um ano de idade, internado com diagnóstico de pneumonia no lobo inferior esquerdo sem resposta satisfatória ao tratamento. Após passagem de cateter enteral houve piora do quadro clínico, tendo sido solicitado raio-X de tórax que demonstrou o sinal do V de Naclerio e o diagnóstico de ruptura de esôfago com pneumoperitônio. Ramo vertical (setas finas) e ramo horizontal (seta grossa).