

## Cartas al Director

### Pileflebitis y anticoagulación

*Sr. Director:*

Hemos leído con interés la carta de Gómez et al<sup>1</sup> publicada recientemente en su revista. En ella se describe el caso de una mujer afectada de colangitis aguda, múltiples abscesos hepáticos y trombosis portal. El autor comenta la necesidad de instaurar de forma temprana tratamiento anticoagulante cuando la colangitis se complica con tromboflebitis séptica portal (pileflebitis) y trombosis, ya que se debe evitar la progresión de ésta hacia el territorio de la vena mesentérica superior y la isquemia intestinal secundaria.

Aunque, efectivamente, esta complicación puede sobrevenir en la evolución de la pileflebitis, el tratamiento anticoagulante no está exento de riesgos y su uso sistemático en pacientes con pileflebitis debe considerarse cuidadosamente.

En los últimos años se han publicado diversos estudios que analizan la utilidad de la anticoagulación en la pileflebitis. Plemmons et al<sup>2</sup> estudian 19 casos y no encuentran un claro beneficio atribuible al uso de heparina y lo mismo les ocurre a Singh et al<sup>3</sup> en una serie de 8 casos publicada recientemente. Baril et al<sup>4</sup>, en la serie más amplia publicada, analizan el efecto de la anticoagulación tras estudiar la evolución de 44 pacientes con pileflebitis y opinan que es útil siempre que exista asociado un estado de hipercoagulabilidad, y posiblemente cuando se demuestra una trombosis venosa mesentérica, pero consideran que puede ser innecesaria en el resto de casos. Junto con estos estudios se han publicado algunos trabajos que describen casos aislados o dos a lo sumo, como el trabajo de Knockaert et al<sup>5</sup> al que se refieren Gómez et al<sup>1</sup> en su carta, pero en el momento actual no existen estudios prospectivos, aleatorios y controlados sobre la materia en cuestión.

En nuestra opinión las indicaciones de tratamiento anticoagulante en la pileflebitis no están claramente establecidas y consideramos que no hay suficiente evidencia científica para recomendar la anticoagulación en todos los casos de pileflebitis.

R. OLTRA, O. RODRÍGUEZ, V. PLAZA Y O. CASTRO  
*Servicio de Medicina Intensiva.  
Hospital Clínico Universitario. Valencia.*

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Marini M, Pastor JA, García J. Colangitis obstructiva supurada aguda, abscesos hepáticos múltiples y trombosis de la porta. *Med Intensiva* 2001;25:284-5.

2. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylphlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis* 1995;21:1114-20.

3. Singh P, Yadav N, Visvalingam V, Indaram A, Bank S. Pylphlebitis: Diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1312-3.

4. Baril N, Wren S, Radin R, Ralls P, Stain S. The role of anticoagulation in pylphlebitis. *Am J Surg* 1996;172:449-52.

5. Knockaert DC, Robaey GK, Cox EJ, Marchal GJ. Suppurative pylethrombosis: a changing clinical picture. *Gastroenterology* 1989;97:1028-30.

### Réplica

*Sr. Director:*

Nos gustaría hacer algunas consideraciones sobre los comentarios de Oltra et al en relación con la carta "Colangitis obstructiva supurada aguda, abscesos hepáticos múltiples y trombosis de la porta", publicada en su revista *MEDICINA INTENSIVA* 2001; 25:284-5.

Estamos de acuerdo con Oltra et al en que la mayoría de los estudios publicados describen casos aislados y, por tanto, experiencias personales. Entre ellos podemos incluir el trabajo de Plemmons et al<sup>1</sup> que comunica un caso y revisa en Medline los trabajos publicados en la bibliografía inglesa entre los años 1979-1993. La serie más amplia corresponde al estudio retrospectivo de Baril et al<sup>2</sup> en el que se incluyó a 44 pacientes con pileflebitis. En este estudio, cinco de los 32 pacientes que no recibieron tratamiento anticoagulante fallecieron; por el contrario, estos autores no refieren ningún fallecimiento ni complicaciones en el grupo de 12 pacientes que sí recibió anticoagulación. Estos autores, aunque no están de acuerdo con la instauración sistematizada en todos los pacientes, consideran el tratamiento antitrombótico idóneo en pacientes con síndromes de hipercoagulabilidad.

Se define síndrome de hipercoagulabilidad como todas aquellas condiciones hereditarias o adquiridas que se asocian con una hiperreactividad del sistema de la coagulación y pueden condicionar el desarrollo de fenómenos trombóticos. Para diagnosticar a un paciente de síndrome de hipercoagulabilidad primaria o hereditaria es necesario excluir con anterioridad todas aquellas alteraciones adquiridas que disminuyen los valores de antitrombina, proteína C y proteína S, entre los que se encuentran: la fase aguda de un episodio trombótico, el tratamiento anticoagulante, el cáncer, las enfermedades inflamatorias, la enfermedad hepática, la sepsis, el anticoagulante lúpico, los síndromes mieloproliferativos, el