

# Pileflebitis secundaria a diverticulitis aguda: descripción de manejo a partir de casos clínicos

Paulina Paz Abara Caussade<sup>1</sup>, Sebastián Andrés Olivares Medina<sup>1</sup>,  
Ricardo Enrique Villalón Cortés<sup>1</sup>

## Pylephlebitis secondary to acute diverticulitis: management analysis based on clinical cases

**Introduction:** Among the severe and rare complications of acute diverticulitis (AD) there is pylephlebitis, defined as septic thrombosis of the portal vein and/or its branches. Currently there are no clinical guidelines or consensus regarding its treatment. **Aim:** To carry out an analysis of patients with the diagnosis of pylephlebitis secondary to complicated AD hospitalized in the last year at the Clinical Hospital of the University of Chile (HCUCH), with emphasis on management. **Materials and Methods:** Descriptive and retrospective observational study of patients with the diagnosis of acute diverticulitis with associated pylephlebitis hospitalized at the HCUCH from October 2022 to October 2023. Simple and descriptive statistics were used for the analysis. **Results:** All 9 patients included were managed with combined treatment (antibiotics and anticoagulation), achieving good results. At discharge, the duration of treatment was variable. **Discussion:** the basis of pylephlebitis treatment is combined therapy, however it is not standardized. There are no specific surgical indications for AD in the context of pylephlebitis, nor the indication for subsequent elective surgery.

**Keywords:** colon diverticulitis; venous thrombosis; sepsis; portal vein.

## Resumen

**Introducción:** Dentro de las complicaciones graves y poco frecuentes de la diverticulitis aguda (DA) se encuentra la pileflebitis, definida como la trombosis séptica de la vena porta y/o sus ramas. En la actualidad no existen guías clínicas ni consensos respecto al tratamiento. **Objetivo:** Describir el manejo y resultados de los pacientes con diagnóstico de pileflebitis secundaria a DA complicada hospitalizados el último año en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh). **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo desde octubre 2022 hasta octubre 2023 de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda con pileflebitis asociada hospitalizados en el HCUCh. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis. **Resultados:** Los 9 pacientes incluidos se manejaron con tratamiento combinado (antibióticos y anticoagulación), logrando buenos resultados. Al alta, la duración de tratamiento fue variable. **Discusión:** el pilar de tratamiento de la pileflebitis es la terapia combinada, sin embargo, no se encuentra estandarizado. No existen indicaciones quirúrgicas específicas de DA en contexto de pileflebitis, ni la indicación de cirugía electiva posterior.

**Palabras clave:** diverticulitis de colon; trombosis venosa; sepsis; vena porta.

<sup>1</sup>Universidad de Chile-Hospital Clínico. Santiago, Chile.

Recibido el 2024-04-02 y aceptado para publicación el 2024-06-10

**Correspondencia a:**  
Dra. Paulina Paz Abara Caussade  
pabara1@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



## Introducción

La enfermedad diverticular (ED) tiene una alta prevalencia, afectando al 65% de los mayores de 65 años y al 5% de los menores de 40 años<sup>1</sup>. En Chile hay escasa evidencia, reportándose divertículos colónicos en personas mayores a 15 años en un 28%,

y alcanzando un 60% en mayores de 80 años<sup>2</sup>. Su presentación clínica es variable, siendo asintomática en 80% de los casos y sintomática en un 20%, de los cuáles sólo un 5% se presentará con cuadros graves<sup>1</sup>. La ED sintomática engloba distintas situaciones clínicas cuya forma más frecuente es la inflamatoria o diverticulitis aguda (DA), caracterizada por la infla-

mación de divertículos de la pared colónica<sup>1</sup>, la que a su vez, puede presentar complicaciones agudas o crónicas (Figura 1).

De las complicaciones infrecuentes y graves de la DA se encuentra la pileflebitis (3%)<sup>3</sup>, definida como trombosis séptica de la vena porta (VP), sus ramas tributarias o ambas, secundaria a la supuración de cualquier territorio drenado por el sistema venoso portal, o en estructuras contiguas<sup>1,3,4</sup>. Su principal causa es la DA (30%)<sup>5</sup>, sin embargo, en Chile predominan la biliar y apendicular<sup>6</sup>. El diagnóstico se basa en la presentación clínica y la confirmación imagenológica con tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (EV)<sup>7</sup>. El diagnóstico precoz y tratamiento es fundamental para prevenir la formación de abscesos sépticos a distancia y otras complicaciones graves<sup>5,8</sup>. Actualmente existe escasa evidencia reportada, sin encontrar guías clínicas, consensos ni recomendaciones validadas para el tratamiento de la pileflebitis<sup>9,10</sup>.

El objetivo principal de este trabajo es describir el manejo y resultados de los pacientes con diagnóstico de pileflebitis secundaria a DA complicada hospitalizados el último año en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). Como objetivo secundario se reportarán las características demográficas de este grupo de pacientes y se caracterizará la presentación clínica, gravedad del cuadro, y los territorios venosos comprometidos.

**Material y Método**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de DA complicada en el HCUCH desde octubre 2022 hasta octubre 2023, incluyendo para este análisis sólo aquellos con pileflebitis asociada. Los criterios de inclusión son pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de pileflebitis secundaria a DA complicada confirmada por TC (Tablas 1 y 2). No se excluyeron pacientes. A partir de la ficha clínica se tabularon características demográficas, presentación clínica, gravedad del cuadro (definida por unidad de hospitalización), territorio venoso comprometido, manejo (uso de antibióticos, anticoagulación y necesidad de cirugía), complicaciones (definidas por sangrado y progresión del Hinchey) y mortalidad. Este estudio fue conducido de acuerdo a las guías SIPIROS y se encuentra aprobado por el comité de ética local. Se aplicó estadística simple y descriptiva con el *software* Excel. No se recibió financiamiento.

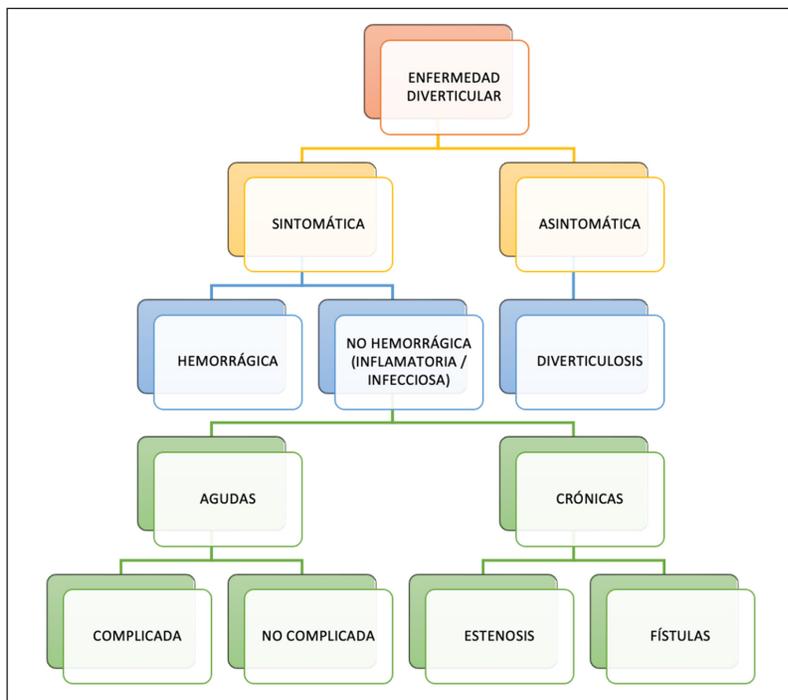


Figura 1. Clasificación de la enfermedad diverticular.

Tabla 1. Hallazgos imagenológicos de pileflebitis a la TC

1. Trombo intraluminal demostrado (defecto de llene con hipodensidades) en la vena porta o sus ramas: VMS, VMI, VE o ramas intrahepáticas.
2. Gas en el sistema venoso portal.
3. Complicaciones asociadas a pileflebitis: trombosis demostrada en territorios descritos + abscesos hepáticos.

TC: tomografía computada, VMS: vena mesentérica superior, VMI: vena mesentérica inferior, VE: vena esplénica.

Tabla 2. Clasificación de Hinchey modificada por Wasvary y col. (1999)<sup>1</sup> y manejo

	Grado	Clasificación Hinchey modificada por Wasvary y col. (1999)	Manejo
DA no complicada	0	Diverticulitis clínica leve	Conservador
	Ia	Inflamación pericólica limitada Sin absceso	Conservador
DA complicada	Ib	Inflamación pericólica limitada Con absceso pericólico o mesocólico	Conservador v/s drenaje percutáneo
	II	Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia	Conservador v/s drenaje percutáneo
	III	Peritonitis purulenta generalizada (sin comunicación con luz intestinal)	Cirugía urgencia
	IV	Peritonitis fecaloidea generalizada (comunicación libre con luz intestinal)	Cirugía urgencia

### Resultados

Entre octubre de 2022 y octubre de 2023 se hospitalizaron 57 pacientes con DA en el HCUCH, 9 de ellos con diagnóstico concomitante de pileflebitis (16%) y localización sigmoidea. Las características clínico-demográficas se resumen en la Tabla 3, y la presentación clínica en la Tabla 4.

Para clasificar la DA se utilizó la clasificación de Hinchey modificada por Wasvary y col.<sup>11</sup> (Tabla 5), cuyos resultados se muestran en la Tabla 2. De acuerdo a la evolución clínica a 3 pacientes se les solicitó un TC de control presentando 2 de ellos progresión del Hinchey. De los 6 pacientes hemocultivados, los agentes aislados fueron *Escherichia coli* y *Streptococcus anginosus* en igual proporción.

Respecto a la severidad, 4 pacientes ingresaron sépticos requiriendo manejo en UTI, y de ellos 2 tuvieron indicación quirúrgica, uno por progresión del Hinchey a quien se le realizó una operación de Hartmann y el otro por evolución estacionaria y persistencia de una colección peridiverticular manejado con una sigmoidectomía con anastomosis primaria, ambos con evolución favorable. No hubo mortalidad descrita en este grupo de pacientes.

Todos los pacientes se manejaron con antibióticos empíricos de amplio espectro combinado con anticoagulación sin complicaciones asociadas al

**Tabla 3. Antecedentes y datos clínico-demográficos**

	Nº de pacientes	%
Sexo		
Femenino	3	33
Masculino	6	67
Edad (años)		
Promedio	59	-
Rango	46 - 78	-
Antecedentes borbidos	6	67
Hipertensión arterial	4	44
RVA		
LES		
2º Comorbilidad	5	56
Prediabetes	2	22
Diabetes	1	11
Dislipidemia	1	11
Obesidad	1	11
Tabaquismo	6	33

RVA: recambio de válvula aórtica, LES: lupus eritematoso sistémico.

**Tabla 4. Resultados presentación clínica**

	Nº de pacientes	%
Motivo de consulta		
Dolor abdominal	6	63
Fiebre	3	33
Historia previa de DA o síntomas		
Sí	1*	11
No	8	89
Síntomas		
Dolor abdominal	9	100
Fiebre	6	67
Vómitos	1	11
Ictericia	3	33
Laboratorio		
Elevación IAI**	9	100
Hiperbilirrubinemia	3	33
Colestasia***	9	100
Hemocultivos		
Positivo	2	33
Negativo	4	67
Hallazgos al TC en hospitalización		
Pileflebitis	9	100
Diverticulitis aguda complicada	9	100
Hinchey Ia	5	56
Hinchey Ia-Ib	1	11
Hinchey Ib	2	22
Hinchey II-III	1	11
Territorio venoso comprometido		
VMI	8	89
Compromiso concomitante VE	2	22
Compromiso concomitante VP	1	11
VE	1	11
VMS	0	0
Unidad de Hospitalización		
Sala básica	4	44
UTI	5	56
Morbilidad concomitante		
SARS-COV 2	1	11
ITU IH	1	11

TC: tomografía computada. VMI: vena mesentérica inferior. VE: vena esplénica. VP: vena porta. VMS: vena mesentérica superior. IAI: índice de actividad inflamatoria. UTI: unidad de tratamiento intermedio. SARS-COV 2: síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus tipo 2. ITU IH: infección de trato urinario intrahospitalaria. \*Se encontraba en tratamiento por una DA no complicada manejado de forma ambulatoria que reconsultó por mala evolución. \*\*IAI: engloba recuento de glóbulos blancos y proteína C reactiva. \*\*\*Colestasia: dada por la elevación de fosfatasa alcalina (FA) y gamma-glutamil transferasa (GGT).

tratamiento, cuyo detalle se encuentra en la Tabla 6. Un paciente cambió su tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a bomba de infusión continua de heparina no fraccionada (HNF) por aparición de insuficiencia renal.

Al alta se siguieron 8 pacientes con al menos un control, en donde todos mantuvieron terapia combinada. El paciente en que no se logró seguimiento fue trasladado a otro centro por temas previsionales. Los esquemas antibióticos y de anticoagulación utilizados se especifican en la Tabla 6. La duración antibiótica fue de 2 a 6 semanas, lo que variaba de acuerdo a la evolución clínica, de laboratorio y al criterio del cirujano tratante, ninguno presentó una complicación infecciosa a los 30 días posterior al alta, logrando resolución del cuadro clínico. La indicación de anticoagulación fue por 3 meses en 2 pacientes y por 6 meses en 6 pacientes. Durante el seguimiento 6 pacientes tuvieron control imagenológico para definir el tiempo de anticoagulación, de los cuales 2 presentaron regresión completa y 4 mostraron persistencia de pileflebitis pero con menor compromiso respecto a imágenes previas y que aún se encuentran en control. Sólo 1 paciente reingresó por un nuevo cuadro diverticular complicado con fistula y colección hidroaérea perivesical al TC a 4 meses del primer episodio, en el cual se decidió manejo conservador y posterior cirugía electiva, pero rechazó hospitalizarse por temas previsionales y consultó en otro centro.

### Discusión

La DA complicada es una condición potencialmente mortal. Su presentación clínica es variable dependiendo de la gravedad del cuadro, y pese a ser una complicación poco frecuente tiene un alto riesgo de morbimortalidad si no es diagnosticada y tratada adecuadamente<sup>12</sup>. Los síntomas descritos son inespecíficos reportándose fiebre, dolor abdominal, y cuando existe compromiso hepático se agrega ictericia<sup>5</sup>, concordante con nuestra serie.

Al laboratorio usualmente presentan elevación de parámetros inflamatorios y, cuando cursa con pileflebitis concomitante, pueden tener alteración de las pruebas hepáticas con patrón colestásico, al igual que en nuestra serie, y sólo cuando existe compromiso hepático generalizado se agrega hiperbilirrubinemia<sup>5,8</sup>.

El estudio microbiológico permite orientar la antibioticoterapia. En la literatura los patógenos usualmente identificados en hemocultivos son *Bacteroides fragilis* y *Escherichia coli*<sup>6,13</sup>, sin embargo,

Tabla 5<sup>2</sup>. Recomendación de antibioticoterapia de amplio espectro endovenosa

<b>TERAPIA COMBINADA</b>
Metronidazol (500 mg cada 6-8 h), MÁS UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxona (2 g día)</li> <li>- Cefotaxima (2 g cada 6 h)</li> <li>- Ciprofloxacino (400 mg cada 8-12 h)</li> <li>- Levofloxacino (750 mg día)</li> </ul>
<b>MONOTERAPIA</b>
Basada en beta-lactámicos / inhibidores de beta-lactamasa, con UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piperazilina-tazobactam (4,5g cada 6-8 h o 13,5 g en bomba de infusión continua)</li> <li>- Ampicilina-sulbactam (3g cada 6 h)</li> </ul>
O
Basada en carbapenémicos, con UNO de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imipenem (500 mg cada 6 hr)</li> <li>- Meropenem (1g cada 8 hr)</li> <li>- Ertapenem (1 g día)</li> </ul>

Tabla 6. Resultados tratamiento

	Nº de pacientes	%
<b>Antibiótico IH (endovenoso)</b>		
Ceftriaxona + metronidazol	9	100
Ajuste esquema	2	22
<b>Antibiótico al alta (vía oral)</b>		
Ciprofloxacino + metronidazol	3	37,5
Amoxicilina + Ácido clavulánico	3	37,5
Moxifloxacino	2	25
Sin dato	1	-
<b>Anticoagulación IH</b>		
HNF	1*	11
HBPM	8	89
<b>Anticoagulación al alta</b>		
Rivaroxaban 15 mg – 20 mg*	4	50
Apixaban 5 mg	1	12,5
Acenocumarol	3	37,5
Sin dato	1	-
<b>Cirugía durante hospitalización</b>		
Si	2	22
No (conservador)	7	78

IH: intrahospitalario, HNF: heparina no fraccionada. HBPM: heparina de bajo peso molecular. Nota: para el cálculo de los tratamientos utilizados al alta se excluyó al paciente que no tuvo seguimiento. \*La dosis inicial de Rivaroxabán fue de 15 mg cada 12 horas por 21 días, que posteriormente se disminuyó a 20 mg /día a completar 3 a 6 meses definido en el control con hepatología.

en nuestra serie encontramos predominantemente *Escherichia coli* y *Streptococcus anginosus*.

El estudio imagenológico de elección para su confirmación diagnóstica y pesquisa de complicaciones es la TC de abdomen y pelvis con contraste EV, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 100% respectivamente<sup>7</sup>. La pileflebitis usualmente compromete la VMS (42%), la VP (39%) y en menor proporción la VMI (2%)<sup>5</sup>. En nuestra serie predomina el compromiso de la VMI, que es concordante con el drenaje venoso del colon sigmoideas, sitio más frecuente de DA<sup>14</sup>.

La clasificación de Hinchey en conjunto con los factores de riesgo y características clínicas del paciente, permite pesquisar las complicaciones y definir si el manejo de la DA será tratamiento médico (conservador) versus quirúrgico<sup>1</sup>. En nuestra serie todos los pacientes tuvieron una DA complicada cuyo manejo inicial fue conservador de acuerdo a la clasificación de Hinchey, concordante con el manejo habitual. 2 pacientes requirieron manejo quirúrgico posterior por motivos ya mencionados, y sumado al tratamiento combinado evolucionaron favorablemente.

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno permite disminuir el riesgo de complicaciones y morbimortalidad<sup>5</sup>. Las complicaciones agudas son esencialmente infecciosas causadas por embolias sépticas<sup>13</sup>. En nuestra serie no hubo mortalidad asociada, aunque hubo pacientes graves en contexto séptico requiriendo manejo en UTI.

Los tratamientos más utilizados para la pileflebitis son el uso de antibióticos combinado con anticoagulación, sin embargo, al ser una patología poco prevalente no existen guías ni concesos respecto a estos<sup>4-6,8</sup>.

Se recomienda inicialmente tratamiento antibiótico EV de amplio espectro, y ajuste posterior de acuerdo al resultado de cultivos<sup>13</sup>. Los esquemas recomendados se resumen en la Tabla 5. La duración del tratamiento parenteral dependerá de la respuesta clínica del paciente, y posteriormente debe completar 4 a 6 semanas desde la presentación de los síntomas, pudiendo administrarse vía oral con una combinación de metronidazol con fluoroquinolonas<sup>13</sup>, al igual que en nuestra serie. Al alta, los esquemas más indicados fueron ciprofloxacino asociado a metronidazol compatibles las recomendaciones, pero también fue igualmente utilizado amoxicilina con ácido-clavulánico, con resolución completa del cuadro.

Respecto a la recomendación de anticoagulación, encontramos sólo estudios observacionales pequeños, sin embargo, la mayor parte de estos utilizan

la anticoagulación para prevenir la extensión de la trombosis y favorecer la resolución del trombo<sup>13</sup>, además de la prevención de complicaciones asociadas a la trombosis y la reducción de la mortalidad<sup>3,5,7,13</sup>. La duración del tratamiento anticoagulante varía entre estudios, con una duración de 3 a 6 meses en caso de no existir otro factor protrombótico<sup>8</sup>, lo que es concordante con nuestra serie. En los pacientes en que se realizó control imagenológico y presentaban persistencia de trombosis portal se decidió extender la anticoagulación, por lo que el seguimiento imagenológico podría ser un elemento objetivo para definir el tiempo de esta. Tampoco está descrito el tipo de anticoagulante recomendado, aunque algunos estudios sugieren iniciar el manejo con HBPM<sup>13</sup>. En nuestra serie casi todos los pacientes se manejaron con HBPM, obteniendo una buena evolución clínica.

Otros enfoques terapéuticos descritos, aunque pobremente utilizados son los invasivos: trombolisis sistémica o dirigida, administración de antibióticos intraportales, aspiración o drenaje de pus intravenosa, y procedimientos vasculares intervencionales como la trombectomía y el *bypass*<sup>8,13</sup>. En nuestra serie no se manejó ningún paciente con esas terapias.

No existen recomendaciones de cirugía profiláctica posterior a un episodio de pileflebitis, sólo indicaciones no estandarizadas referentes a la indicación quirúrgica de urgencia en el caso de DA con pileflebitis asociada<sup>15</sup>. A la fecha ninguno de nuestros pacientes ha sido operado electivamente.

## Conclusiones

La pileflebitis es una complicación infrecuente pero grave de la DA, y potencialmente mortal. Su presentación clínica es inespecífica, por lo que el diagnóstico es imagenológico. El diagnóstico e inicio precoz de tratamiento es fundamental para disminuir la morbimortalidad. Los pilares de tratamiento son la terapia antibiótica de amplio espectro combinado con la anticoagulación, demostrando mejores resultados y baja proporción de complicaciones. La indicación quirúrgica de urgencia está dada por las complicaciones y progresión referentes a la DA complicada más que por la pileflebitis misma. Tampoco existen indicaciones quirúrgicas específicas en DA de cirugía electiva posterior a un episodio de pileflebitis. En el futuro es importante estandarizar su manejo, y proponer guías clínicas o un manejo consensuado de acuerdo a la evidencia disponible.

**Responsabilidades éticas**

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Financiación:** Ninguna.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

Estudio aprobado por el comité de ética local.

**Rol**

Los 3 autores participaron en la concepción, elaboración, revisión bibliográfica y edición del manuscrito.

**Bibliografía**

- Martínez-Pérez C, García-Coret MJ, Villalba-Ferrer FL, Martínez-Pérez C. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Rev Cir (Mex)*. 2021;73(3):322-8. doi: 10.35687/S2452-45492021003868
- Morales Palma AJ, Irarrazaval Mainguyague MJ, Escárate Lorca J, Urrejola Schmied GI. Terapéutica en diverticulitis aguda: una actualización de la evidencia disponible: Therapeutics in acute diverticulitis: an update of the available evidence. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2021;47(1):35-41. doi: 10.11565/arsmed.v47i1.1755
- Waack A, Ranabothu A, Persaud A, Ranabothu M, Vattipally V. Inferior mesenteric vein thrombophlebitis secondary to acute diverticulitis. *Radiol Case Rep*. 2023;18(5):1882-5. doi: 10.1016/j.radr.2023.02.014
- Arteche E, Ostiz S, Miranda L, Caballero P, Jiménez López De Oñate G. Tromboflebitis Séptica de La Vena Porta (Pileflebitis): Diagnóstico y Manejo a Propósito de Tres Casos. *Anales Sis San Navarra, Pamplona* 2005;28(3):417-20. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G, Koskinas J, Archimandritis AJ. Pylephlebitis: An overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis*. 2010;42(11-12):804-11. doi: 10.3109/00365548.2010.508464
- Alvarez R, González LR, Gutiérrez G. Tromboflebitis séptica de la vena porta. *Rev Chil Cir*. Published online December 2002:676-80.
- Martabid F, Maldonado I, Castro F, Varela C. Caso radiológico de desafío diagnóstico. *Revista Chilena de Radiología* 2013;19(1):44-6.
- Choudhry AJ, Baghdadi YMK, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg*. 2016 Mar;20(3):656-61. doi: 10.1007/s11605-015-2875-3. Epub 2015 Jul 10.
- Commissioning guide: Colonic diverticular disease Commissioning guide 2013. The Royal College of Surgeons of England. Published online 2014:35-43. [www.nice.org.uk/accreditation](http://www.nice.org.uk/accreditation)
- Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Ian M, Paquette IM, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2020;63(6):728-47. doi: 10.1097/DCR.0000000000001679
- Roccatagliata ND, Rodríguez LD, Guardo L, Larrañaga VN, Espil G, Vallejos J. Hinchey's (Diverticulitis) Classification Review and its Therapeutic Implacations. *Revista Argentina de Radiología* 2020;84(4):123-9. doi: 10.1055/s-0040-1713089
- Pereira NC, Vega JS, Read A V, Abedrapo MM, Alfonso Galleguillos InG, Dumont S. Diverticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual. *Rev Chil Cir*. 2012;64(6):581-5.
- Fusaro L, Di Bella S, Martingano P, Crocè LS, Giuffrè M. Pylephlebitis: A Systematic Review on Etiology, Diagnosis, and Treatment of Infective Portal Vein Thrombosis. *Diagnostics* 2023;13(3):429. doi: 10.3390/diagnostics13030429
- Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, Boormeester MA, et al. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. *Colorectal Disease* 2020;22(S2):5-28. doi: 10.1111/codi.15140
- Sams A, Maltagliati A, Chang M, Nejad A, Conrad H, Mcclenathan J. Subacute Sigmoid Diverticulitis Leading to Septic Thrombophlebitis of the Inferior Mesenteric Vein. *ACS Case Reviews in Surgery* 2023;4(1):10-4.