

TG 18 PARA DX Y GRADO
DE SEVERIDAD DE LA
COLANGITIS AGUDA

Epidemiología



Incidencia de colangitis en coledocolitiasis del 1 al 3%
cpre del 0.7% al 5.4%

Mortalidad antes de los 80 50%
 actualidad 3 al 10%

CAUSAS



COLEDOCOLITIASIS

77-92%

CPRE

0.7 -5.4%

CA DE CABEZA DE PANCREAS

AMPOLLA DE VATER

VIA BILIAR

OCLUSION PROTESIS BILIAR

PARASITOS

POLIPOS QUISTES DIVERTICULOS

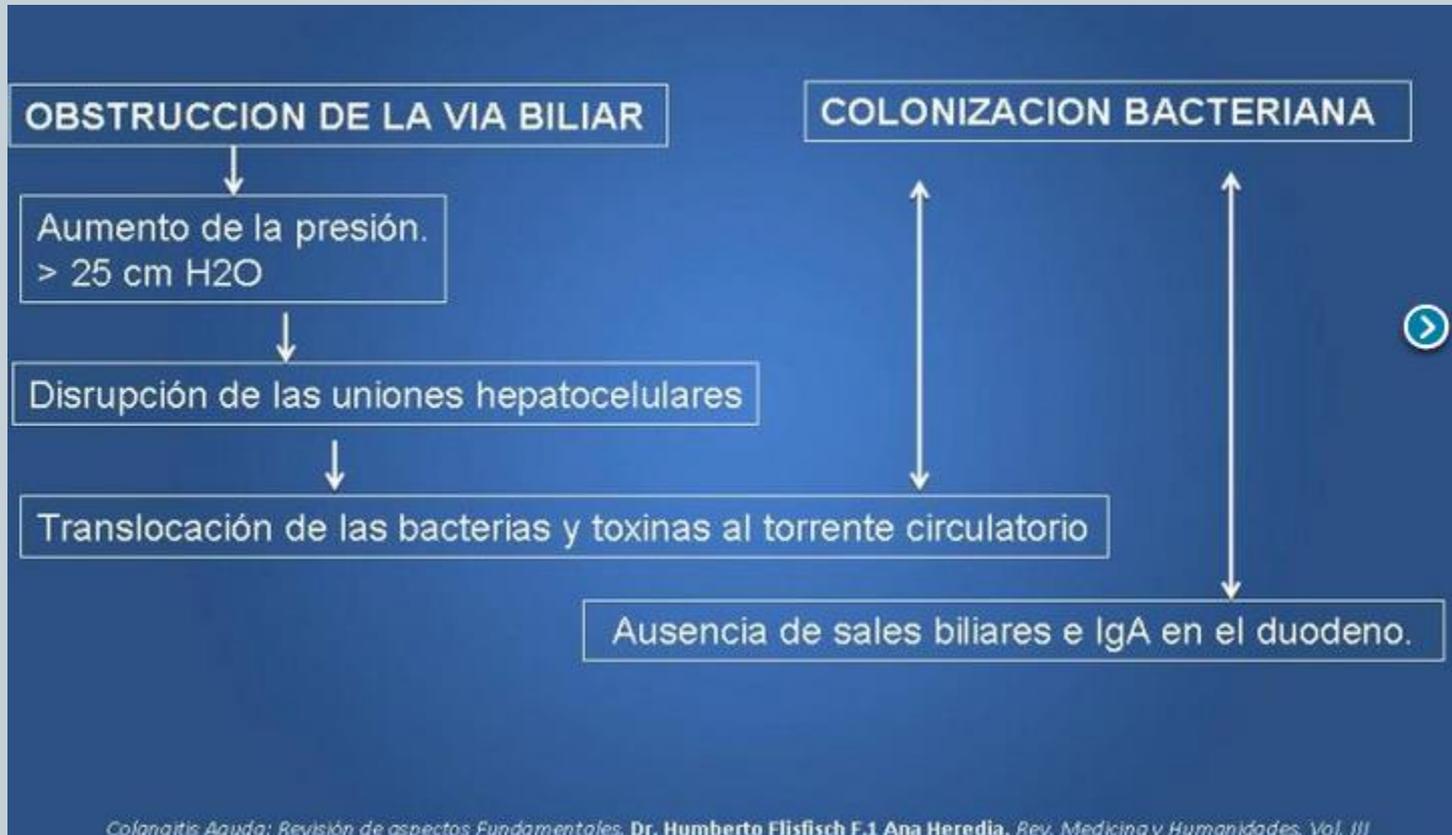
Definición



INFLAMACION DE LA VIA BILIAR SECUNDARIA A INFECCION BACTERIANA, QUE LLEVA A REPERCUSION SISTEMICA

DESCRITA POR CHARCOT EN 1877 "**FIEBRE HEPATICA**"

Fisiopatología



COLANGITIS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

ANTECEDENTES:

- ❖ Historia previa patología biliar
- ❖ Antecedente de colangitis
- ❖ Edad media del Px. 50-60 años
- ❖ M=H



Triada de Charcot 50%
Pentada de Reynolds 3-14%



Agentes Causales

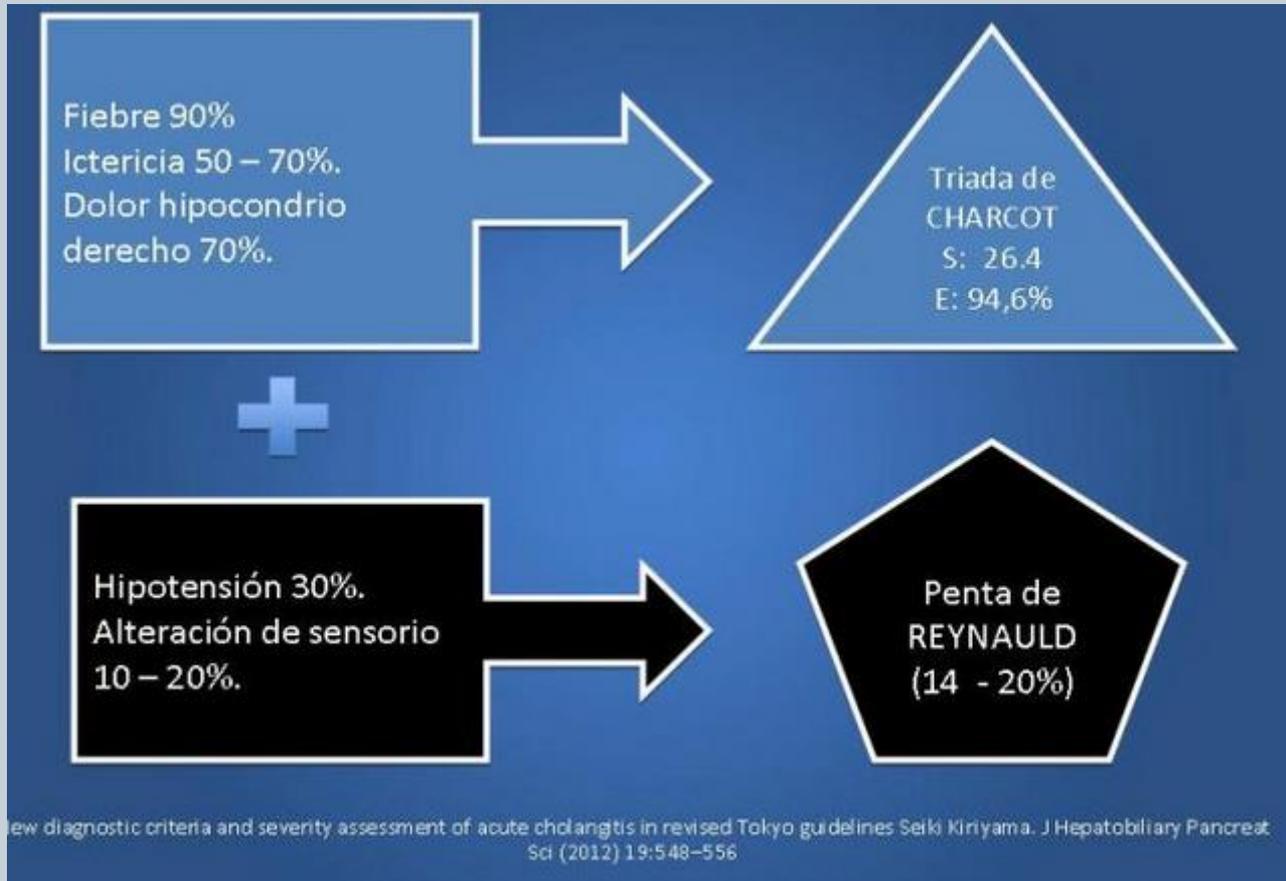


Hallazgos microbiológicos en cultivo de bilis y en hemocultivos en pacientes afectados de colangitis aguda

	Bilis (%)	Hemocultivo (%)
<i>E. coli</i>	27	59
<i>Klebsiella</i> spp.	17	14
<i>Enterobacter</i> spp.	8	3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	5
<i>Proteus</i> spp.	3	2
<i>Citrobacter</i> spp., <i>Morganella</i> spp., <i>Serratia</i> spp.	4	1
<i>Acinetobacter</i> spp.	1	2
<i>Aeromonas</i> spp.	0,4	0,6
Otros bacilos gramnegativos	1	1
<i>Enterococcus</i> spp.	15	4
Estreptococos α -hemolíticos y otros estreptococos	6	3
Estreptococos anaerobios	2	0
<i>Staphylococcus</i> spp.	1,3	2
Otros cocos grampositivos	1,2	0
<i>Bacteroides</i> spp.	2,2	0,8
<i>Clostridium</i> spp.	2,3	1
<i>Candida</i> spp.	3,4	0,2
Otros microorganismos	1,9	2,2

Colangitis aguda. Benito Almirante* y Carlos Pigrau. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28(Supl 2):18-24

Manifestaciones



Clasificación



GUIAS DE TOKIO

Tabla 2

Clasificación de la gravedad de la colangitis aguda*

Grado I: colangitis aguda leve

Colangitis aguda sin signos de disfunción orgánica

+

Respuesta al tratamiento antibiótico inicial

Grado II: colangitis aguda moderada

Colangitis aguda sin signos de disfunción orgánica, que no responde al tratamiento antibiótico inicial

Grado III: colangitis aguda grave

Colangitis aguda con signos de disfunción orgánica, definida por la presencia de uno de los siguientes criterios:

Cardiovascular: hipotensión que requiere de dopamina ($> 5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) o dobutamina

Sistema nervioso: alteración del nivel de conciencia

Respiratorio: Índice $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$

Renal: creatinina $> 2\text{mg}/\text{dl}$

Hepático: tiempo de protrombina $> 1,5$

Hematológico: trombopenia $< 100.000 \mu\text{l}$

Diagnostico

- **Signos y síntomas**
- **Laboratorios**
 - Leucocitosis
 - Elevación reactantes fase aguda
 - FA + GGT elevadas >90% veces
 - Bilirrubinas elevadas >70-90% veces
 - Amilasa y lipasa aumentada -> Coledocolitiasis
 - Bacteriemia 70 %
- **Imágenes**
 - Ecografía
 - TAC abdomen y pelvis con contraste
 - Colangiografía

Criterios diagnóstico según guías de Tokio 2018



• **A. Inflamación sistémica**

- A1. Fiebre o escalofríos. >38 grados
- A2. Laboratorios con RTA inflamatoria l: <4 o >10
PCR $>1\text{mg/dl}$

• **B. Colestasis**

- B1. Ictericia. BT mayor o igual a 2 mg / dl
- B2. Pruebas de función hepáticas anormales
FA $> 1.5 \times$ DA. GGT. AST Y ALT

• **C. Estudios por imágenes**

- C1. Dilatación biliar
- C2. Evidencia de la etiología (estenosis , cálculo, stent, tumor , etc)

• **Sospecha diagnóstica: un criterio en A + un criterio en B o en C**

• **Diagnóstico definitivo : un criterio en A , un criterio en B y un criterio en C**

Criterios de severidad



- Grado III (severa)
 1. disfunción cardiovascular : hipotensión que requiere dopamina > 5 ugr/ kg o cualquier dosis de norepinefrina
 2. Disfunción neurológica : alteraciones de la consciencia
 3. Disfunción respiratoria : $\text{rel PAO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
 4. Disfunción renal : oliguria creatinina > 2 mg / dl
 5. Disfunción hepática : $\text{INR} > 1.5$
 6. Disfunción hematológica: plaquetas $< 100000 /\text{mm}^3$

Criterios de severidad



- Grado II. (Moderada)
 1. Recuento anormal de leucocitos : <4000 . o >10000
 2. Fiebre de más de 39 grados
 3. edad mayor de 75
 4. Hiperbilirrubinemia total $>$ o igual a 5 mg /dl
 5. Hipoalbuminemia $<$ 2.5gr/dl
- Grado I (leve)
- Los que no cumplan los criterios de severidad severos o moderados

Diagnóstico diferencial



- Fístula biliar
- Diverticulitis
- Colecistitis
- Apendicitis
- Pancreatitis
- Absceso hepático
- Quistes del coledoco infectados
- Colangitis piogena recurrente
- Síndrome de Mirizzi
- Perforación intestinal
- Neumonía basal derecha / empiema

Imágenes



IMAGEN	VENTAJAS	DESVENTAJAS	INDICACION
ECOGRAFIA	Bajo costo Sensibilidad colelitiasis Visualiza complicaciones 80%	Pacientes obesos Sensibilidad vía biliar (<50%)	Sospecha de colelitiasis
TAC ABDOMEN	Visualiza vía biliar Útil en pacientes obesos. Sensibilidad: 63 – 96% y especificidad: 93 – 95% para coledocolitiasis.	Baja sensibilidad para colelitiasis 60 – 75%. Alto costo Emisión de radiación Uso de contraste.	Tu páncreas Ecografía no concluyente
COLANGIORESONANCIA	Visualiza cálculos no visibles en vía biliar por TAC ni por ECO, sensibilidad 95% y especificidad: 94%. Diferencia estenosis benigna vs maligna en 88%.	No se puede realizar en pacientes con claustrofobia, ni con prótesis. No permite realizar drenaje de vía biliar.	Diferenciar estenosis benigna vs. Maligna.

Tratamiento



MEDICO

Descompresión de
la vía biliar

Diagnostic and Therapeutic Value of ERCP in Acute Cholangitis. Kenan Buyukasik. ISRN Gastroenterology
Volume 2013. Article ID 191729, 4 pages.

Tto según la severidad



- **Leve:** antibiótico + soporte general
 - Al término del antibiótico. Drenaje biliar
- **Moderada :** antibiótico + soporte general
 - Drenaje temprano
- **Severa:** drenaje urgente + antibióticos + soporte gnal

Tratamiento



- Manejo de la Sepsis
- Monitoreo en busca de signos de choque
- Manejo hipoxemia. Hipotensión
- FMO

Antibióticos



- No hay consenso
- Enterobacterias. Siguiendo patrones resistencia local
- Antibióticos durante 7 a 10 días
- **Primera elección** : Monoterapia betalactámico/inh de las betalactamasas sulbactam ampicilina , piperacilina tazobactam, ticarcilina - clavulanato.
- Combinar cefalosporinas 3ra + metronidazol
- **Regímenes empíricos alternativos:** fluoroquinolonas + metronidazol (ciprofloxacina o levofloxacina)

Drenaje de la vía biliar



ERCP

Drenaje
transhepatico

Cirugía abierta

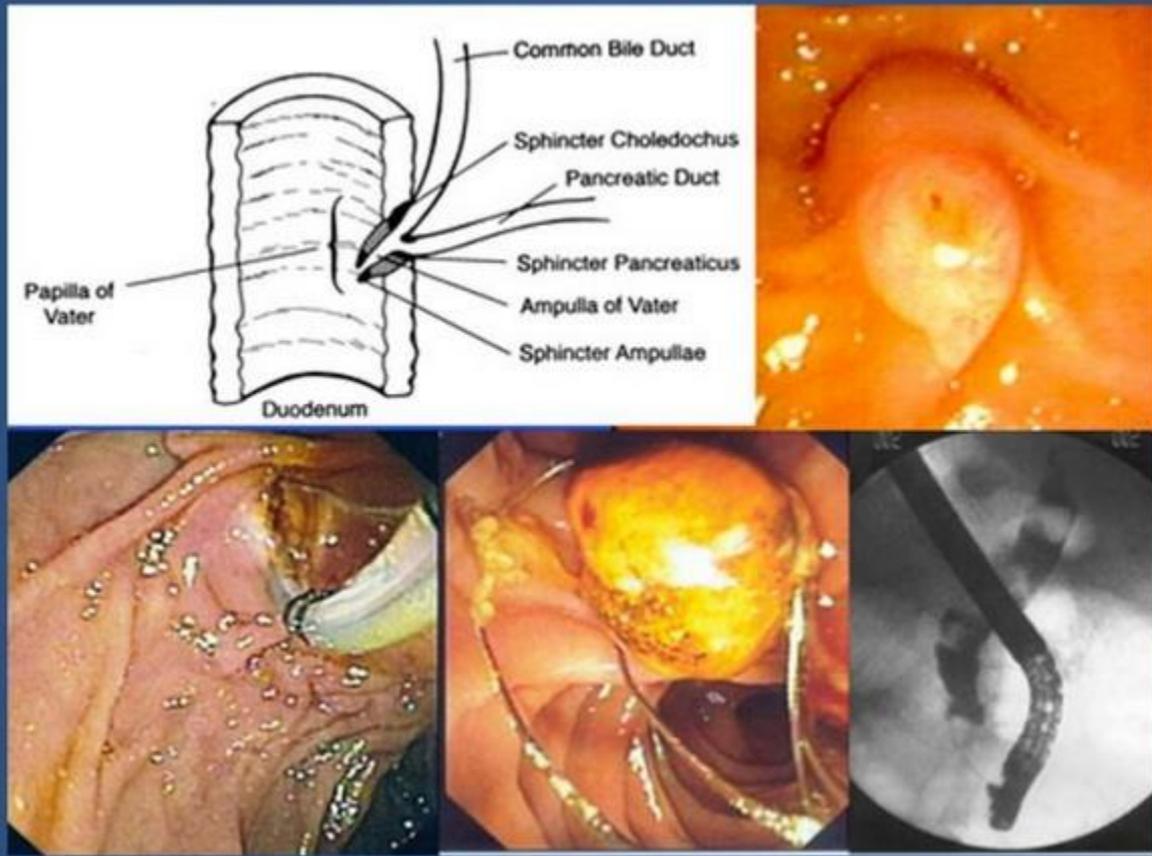
- Indicada:
 - Contraindicaciones de ERCP (alteraciones anatómicas o por cirugía previa de derivación gástrica, o bien por fracaso de esta técnica).
- Las complicaciones:
 - Hemobilia
 - En este tipo de cirugía se realiza una coledocotomía y se inserta un tubo en T para la descompresión del árbol biliar.
 - En los pacientes graves la mortalidad puede superar el 50%.
- Indicada:
 - Alteraciones anatómicas o con fracaso de las técnicas de drenaje biliar.

CPRE



- Definición: Esfinterotomía.
 - Diéresis (división / corte) de un esfínter
 - Esfínter Oddi: biliar – pancreático
- Equipamiento
 - Duodenoscopio
 - Fuente de diatermia
 - Esfinterotomos
 - Tracción
 - Impulsión

CPRE



CPRE

