

**CURSO**  
actualización de  
urgencias

*Para residentes*

*Formato sesiones*

**COLANGITIS AGUDA.  
¿Camino al shock  
séptico?**

Tutor:  
Rudiger Carlos Chávez  
Flores

Residente:  
Cristina de la Arada  
Benavides



**SERVICIO DE URGENCIAS  
CAULE**

## Importancia

Alta mortalidad: 2-65%.

Recaída a los 30 días: 21%.

## Mortalidad

- Años 60: > 50%.
- Años 90: 11-27%.
- Actual: < 10%.

## Recaída

Causas:

- Colangitis recurrente.
- Sepsis.
- Complicaciones de la prótesis.

Colecistectomía/CPRE

vs

Drenaje percutáneo.

## Tríada de Charcot

Fiebre  
Ictericia  
Dolor abdominal

## Fisiopatología

Infección del sistema biliar.  
Obstrucción de la vía biliar.

## Tratamiento

Reposición de líquidos.  
Tratamiento antibiótico.  
Drenaje biliar: **CPRE**.



### Mecanismos protectores

Esfínter de Oddi.  
Secreción de IgA y moco.  
Células de Kupffer.

01

### Obstrucción biliar

Mecanismo más importante.

02

### Aumento de la presión intraductal

Estasis biliar.

03

### Fallan los mecanismos protectores

Disfunción células Kupffer.  
Disminución de IgA.

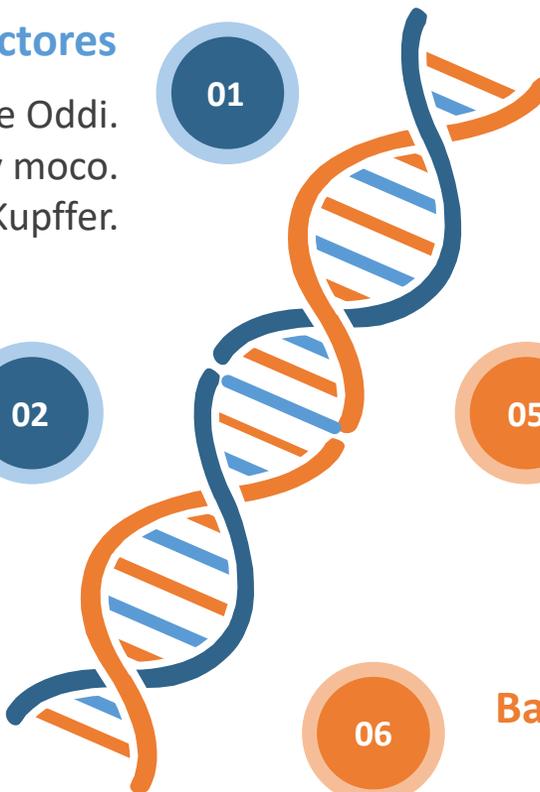
04

### Acceso de los patógenos

05

### Bacteriemia y respuesta inflamatoria sistémica

06



### Coledocolitiasis

**Factor de riesgo más importante: 50%.**

Factores de riesgo de litiasis:

- Dieta rica en grasa.
- Obesidad.
- Sedentarismo...

### Etiología maligna

Es la 2ª causa más frecuente (10-30%).

Principalmente:

- **Ca de páncreas.**
- Tumor hepático portal.
- Metástasis.

### Otras causas

- Colangitis esclerosante primaria.
- Estenosis benigna biliar.
- Síndrome de Mirizzi.
- **CPRE: 1-5%.**
- Obstrucción de stent biliar...

## Síntomas y signos

- Tríada de Charcot:
- Fiebre: 90%.
  - Ictericia.
  - Dolor abdominal: 70%.

Puntaje de...

Especificidad  
> 90%

## Pruebas de laboratorio

Leucocitosis.

Alteración de las enzimas  
hepáticas de colestasis.

Procalcitonina:  
> 3.77 ng/ml: deterioro  
clínico.

## Pruebas de imagen

Ecografía.

TC Abdominal.

ColangioRM.

Ecografía endoscópica  
(EUS).

**GUÍAS DE TOKYO**

## Guías de Tokyo

Criterios diagnósticos más aceptados.

Incluyen un sistema de graduación de la gravedad.

Diagnóstico acertado: > 90%.



## Criterios diagnósticos

- A. Inflamación sistémica.
    - A-1: Fiebre o escalofríos.
      - Mayor de 38°C.
    - A-2: Síndrome inflamatorio.
      - Leucocitos < 4000 o > 10000.
      - PCR ≥ 10 mg/dL.
  - B. Colestasis.
    - B-1: Ictericia.
    - B-2: Alteración de pruebas de función hepática.
      - Bilirrubina total ≥ 34 μmol/L.
      - AST, ALT, ALP y GGT > 1,5 x límite alto normal.
  - C. Pruebas de imagen:
    - C-1: Dilatación vía biliar.
    - C-2: Identificación de la causa en las pruebas de imagen.
- Diagnóstico de sospecha: 1 ítem de A + 1 ítem de B/C.
- Diagnóstico confirmado: Un ítem de A + B + C

## Grado 1: Leve

No criterios de grado 2 o grado 3



## Grado 2: Moderada

**\*\*Al menos 2 criterios:**

Leucocitos:

< 4000 o > 10000/mm<sup>3</sup>.

Fiebre > 39°C.

Edad > 75 años +

- Bilirrubinemia > 85 µmol/L.
- Hipoalbuminemia < 0,7 x el valor inferior normal

## Grado 3: Severa

**\*\*Al menos 1 criterio:**

Disfunción CV: noradrenalina.

Disfunción neurológica:  
consciencia.

Disfunción respiratoria: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  
< 300.

Disfunción renal: Cr > 1,76 mmol/L  
u oliguria.

Disfunción hepática: Plaquetas >  
100000/mm<sup>3</sup>.

### Pruebas de imagen



Positiv

Bacte

- Esch

- Kleb

- Ente

- Ente

grafía

pend

Abdo

allazg

ibiliar

angio

gas...).

edema

C.

- Mayor habilidad para detectar la causa de la obstrucción.

Ecografía endoscópica: permite diagnóstico y tratamiento.

El retraso en el tratamiento antibiótico y en el drenaje biliar >12h: aumento significativo de la mortalidad.



### Reposición de líquidos

De elección: Suero Salino Fisiológico.

### Tratamiento antibiótico

De primera elección:

- Penicilina/inhibidores de las b-lactamasas.
- Cefalosporinas de 3º generación.
- Carbapenem.

### Drenaje biliar

Primera elección: CPRE.

El retraso en el tratamiento antibiótico y en el drenaje biliar >12h: aumento significativo de la mortalidad.



### Reposición de líquidos

De elección: Suero Salino Fisiológico.

- Bolo inicial: 30 ml/Kg en 60 min.
- Canalizar 2 VVP:
  - 500-1000 ml en 30 min.
  - 1500-2000 ml en 1ª hora.
  - 500-1000 ml/h.

Reevaluar tras cada carga.



El retraso en el tratamiento antibiótico y en el drenaje biliar >12h: aumento significativo de la mortalidad.



### Tratamiento antibiótico

De primera elección:

- Penicilina/inhibidores de las b-lactamasas.
- Cefalosporinas de 3ª generación.
- Carbapenem.

Stent biliar/infección nosocomial:

- Añadir tratamiento antifúngico.

El retraso en el tratamiento antibiótico y en el drenaje biliar >12h: aumento significativo de la mortalidad.



### Drenaje biliar

- En las primeras 48 horas.
- Colangitis grado II o III: urgente.
  - Colangitis grado I: si no respuesta a antibióticos.

Primera elección: CPRE.

- En la colangitis aguda el diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales. El retraso en el tratamiento conlleva un aumento de la mortalidad.
- El diagnóstico se hace en base a los criterios de las Guías de Tokyo 2018.
- Pruebas complementarias: HEMOCULTIVOS, analítica de sangre y pruebas de imagen.
- Tratamiento: reposición agresiva de líquidos, antibióticos precoces y drenaje biliar.

MUCHAS GRACIAS

- Guía para el manejo del paciente séptico en Urgencias. Areasaludbadajoz.com. Disponible en: [https://www.areasaludbadajoz.com/Atenci%C3%B3n\\_Hospitalaria/CODIGO\\_SEPSIS.pdf](https://www.areasaludbadajoz.com/Atenci%C3%B3n_Hospitalaria/CODIGO_SEPSIS.pdf)
- Nickson C. Acute colangitis [Internet]. Life in the Fast Lane. 2019. Disponible en: <https://litfl.com/acute-colangitis/>
- Gastroenterol Clin N Am 50 (2021) 403-414
- Aliment Pharmacol Ther 2016; 44: 755-766
- Medicine. 2018; 12 (51): 3010-9
- J. Hepatobiliary Pancreat Sci (2018) 25:3-16