

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL

8.- COLANGITIS

8.1 Introducción.

La colangitis aguda es la infección severa de la bilis dentro de los conductos biliares intra y extra hepáticos. Está producida por la existencia de bacterias en la bilis, en una situación de obstrucción biliar, como consecuencia de la obstrucción del flujo biliar, se produce un aumento en la presión intraductal que favorece el paso de gérmenes a la circulación portal y linfática, produciendo episodios de bacteriemia con septicemia o sin ella. Su etiología es debido a enfermedades concomitantes (colangitis primarias: coledocolitiasis (70%) parasitosis, estenosis, quistes de colédoco, enfermedad de Caroli, colangitis esclerosante y tumores) o por actuaciones directas o indirectas, diagnósticas o terapéuticas, sobre el hígado o la vía biliar (colangitis secundaria). La colangitis será supurada o no supurada si la bilis en la vía biliar está contaminada o es purulenta; los gérmenes más frecuentes involucrados son E. Coli, Klebsella, pseudomona estreptococo fecalis, enterobacter, bacteroides y clostridium.

8.2 Codificación del diagnóstico de acuerdo al CIE 10. K 83.0.

8.3 Elementos diagnósticos.

Síntomas: El diagnóstico de colangitis se basa en la asociación de signos y síntomas de infección con los propios de una obstrucción biliar. Dolor abdominal, en el cuadrante superior derecho ó en el centro del abdomen superior, puede ser intermitente, agudo, tipo cólico o sordo, puede irradiarse a la espalda o debajo del omóplato derecho, escalofríos, fiebre generalmente alta, con escalofríos e ictericia (triada de Charcot). Cuando se añade confusión mental y shock se denomina Pentada de Reynolds, con menos frecuencia y que se asocia con una colangitis supurada grave. Puede presentar heces color arcilla, orina oscura así como náuseas y vómitos.

8.4 Datos de laboratorio y gabinete específicos.

El laboratorio muestra hallazgos de obstrucción biliar con aumento variable de las bilirrubinas más de 2mg/dl (80%) y enzimas de colestasis (FA, TGO, TGP). Habitual encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda (80%) siendo por lo general las cifras más altas en torno a 20.000 por mm³, reflejo de las formas más severas, hemocultivos positivos durante los escalofríos o picos febriles. La ecografía es la técnica de elección para detectar la existencia de obstrucción biliar por su elevada eficacia y versatilidad, pudiéndose detectar también complicaciones en la colangitis como absceso hepático. La colangio-resonancia magnética con la sensibilidad de 90% y una especificidad 100%. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE) y la colangiografía transhepática percutánea.

8.5 Indicaciones terapéuticas:

8.5.1 Medicamentos de 1^a, 2^a y 3^a línea.

Piperacilina 4grs i.v./8h. Tazobactam 4.5grs i.v./8h. Ciprofloxacino 200mg i.v./12h. Ceftriaxona 1gr i.v./24h. Metronidazol 500mg i.v./8h. Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos.

8.5.2 Medidas higiénicas y dietéticas.

El consumo de alimentos será limitado durante su hospitalización. Se recomienda dieta baja en grasas. Durante su internamiento dependerá de la situación clínica y evolución el inicio de la dieta, puede requerir de nutrición parenteral en los casos graves por sépsis.

8.5.3 Ejercicio y estilo de vida.

Bajar de peso, desintoxicación del hígado y colon. Evitar estrés, ejercicio regular ayuda a tonificar la vesícula.

8.5.4 Educación y cuidados específicos.

Mantener una dieta adecuada, realizar ejercicio, evitar alimentos condimentados y grasos.

8.5.5 Pronóstico.

Factores que influyen para determinar la gravedad del cuadro clínico: Grado de obstrucción, virulencia de bacterias, resistencia del huésped principalmente por edad, enfermedades asociadas y estado nutricional.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL

8.5.6 Prevención y manejo de complicaciones.

Evitar factores de riesgo cuando sea posible. El tratamiento de las complicaciones estará basado en el estado clínico siendo el más grave el estado de shock séptico, para su manejo se requiere de una unidad de cuidados intensivos, para el manejo de líquidos, aminas, antibióticos, ventilación mecánica, nutrición, analgesia y dependerá del caso en los cuales sea necesario el abordaje quirúrgico.

8.5.7 Establecer criterios de curación, mejoría y alta.

Criterios de evaluación de severidad leve (Grado I), colangitis que responde al tratamiento médico inicial. Moderado (Grado II) colangitis aguda que no responde al tratamiento médico inicial y no se acompaña de disfunción orgánica múltiple. Severa (Grado III) colangitis aguda que se asocia con la aparición de disfunción de al menos uno de los siguientes órganos / sistemas: cardiovascular, hipotensión que requiere de aminas, alteraciones de la consciencia, relación $PaO_2/FiO_2 < 300$, Cr sérica > 2 mg/dl, TP-RIN > 1.5 , Plaquetas $< 100.000/ul$.

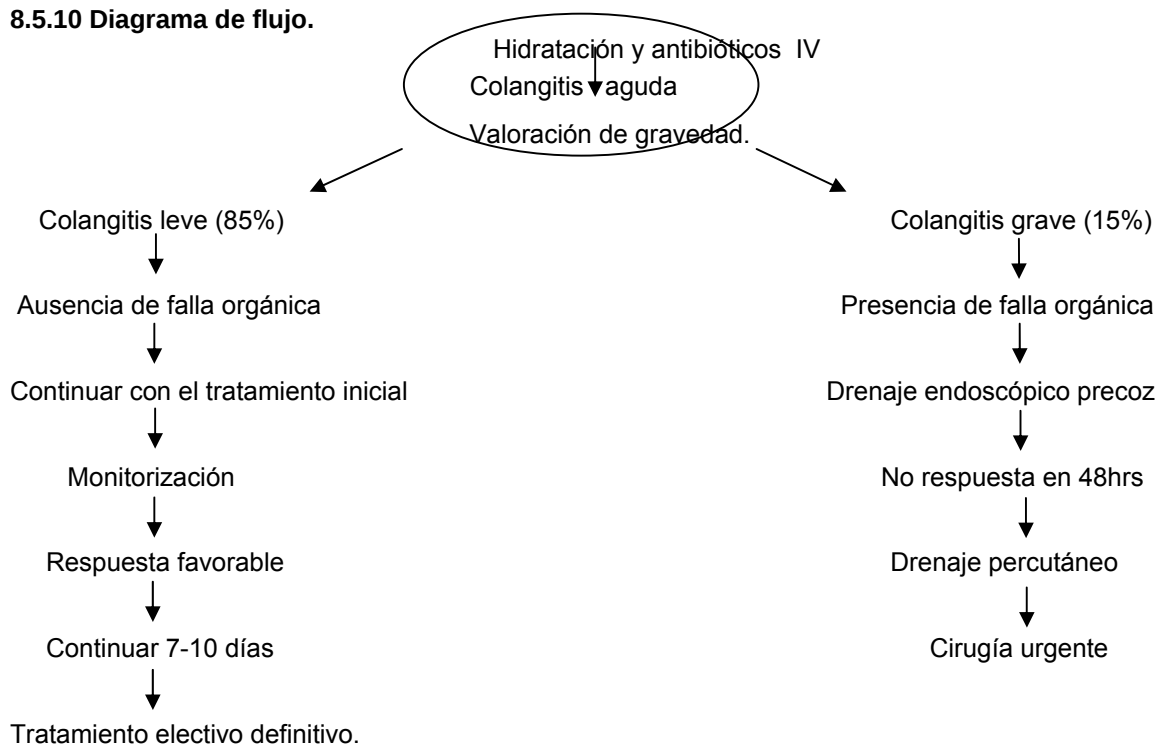
8.5.8 Indicaciones de hospitalización.

Tener fiebre, ictericia, vómitos recurrentes o se presenta dolor después del diagnóstico o tratamiento, se incluye disnea, diaforesis y náuseas. Deterioro progresivo y mal estado general.

8.5.9 Referencia y contra referencia.

Canalizar a un hospital de 2do o 3er nivel de atención, donde pueda contar con el personal médico y los recursos para atender éste tipo de patologías, así como la infraestructura de apoyo como laboratorio y rayos X.

8.5.10 Diagrama de flujo.



8.5.11 Bibliografía.

1. Lee Cc, Chang IJ, Lai YC, Chen SY, Chen SL. Epidemiology and pronostic determinants of patients with bacteremic cholecystitis or cholangitis AM.J. Gastroenterol. 2007 Mar;102(3) 563-9.
2. Wada K, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Liau Kh, Kim Mh. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis .Tokyo Guidelines .J Hepatobiliary Pancreat Surg .2007;14(1);52-8
3. Attasaranya S, Fcael EL., Choledocholithiasis, ascending cholangitis and gallstone pancreatitis. Medical clinics of North America. 2008 Jul;9(4).
4. Afahal NH, Diseases of the gallbladder and bile ducts. In: Goldman. Ausiello D, eds. Cecil Medicine, 23 ed. Philadelphia ,Pa: Saunders Elsevier; 2007 :chap 159.