



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C.

COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

COLANGITIS

MÉXICO D.F. OCTUBRE DEL 2014





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

AUTORES	ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN	ÁREA LABORAL
Dr. Carlos Chan Núñez Coordinador de guía.	Cirujano Hepato- Pancreato-Biliar	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Jefe del Servicio de Cirugía de Páncreas
Dr. Alfonso Ricardo Bandín Musa Supervisor de guía	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dr. Israel Villalobos Blásquez	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dra. Adriana Torres Machorro	Cirujana General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujana General





1.- CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD	A Cirujanos Generales y personal de salud en general, que se encuentren en contacto con pacientes que padezcan esta patología. Líderes de equipos multidisciplinarios que atiendan unidades de cirugía.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	CLAVE CIE-10 COLANGITIS K 83.0
CATEGORÍA DE GPC	Guía clínica y terapéutica dirigida a primer y segundo nivel de atención médico-quirúrgica.
USUARIOS POTENCIALES	Personal de la salud en general y cirujanos en forma inicial.
ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
POBLACIÓN BLANCO	Todo paciente que curse con esta patología.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Resumen breve de la fisiopatología y presentación clínica de la enfermedad, énfasis en su complejidad y la necesidad de atención multidisciplinaria.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Se espera que con esta guía se unifiquen criterios para la atención de esta patología y con esto mejorar los resultados a corto, mediano y largo plazo de estos pacientes, disminuir la morbilidad inherente a esta enfermedad.





<p>METODOLOGÍA</p>	<p>Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencias. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistematizada de la literatura. Búsqueda de bases de datos electrónicas. Búsqueda de otras guías en centros de elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 7</p> <p>Validación de protocolos de búsqueda por el comité de enseñanza e investigación de la AMCG Adopción de guías internacionales: TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistematizada de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones. Emisión de evidencias y recomendaciones (ver anexos).</p>
<p>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</p>	<p>Validación de protocolos de búsqueda. Método de validación de la GPC: validación por pares. Validación interna: comité de enseñanza e investigación de la AMCG Prueba de campo: territorio de la República Mexicana.</p>
<p>CONFLICTO DE INTERÉS</p>	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de práctica clínica.</p>





2.- INTRODUCCIÓN

3.- ASPECTOS GENERALES

Las infecciones de la vía biliar requieren de tratamiento oportuno en su fase aguda, debido a la muerte temprana que puede presentarse en los casos de colangitis aguda en caso de no recibir tratamiento médico adecuado.

La colangitis aguda es un síndrome clínico que se integra por la presentación de ictericia, fiebre y dolor abdominal resultado de la estasis del líquido biliar y la infección subsecuente. Esta entidad clínica fue descrita por Charcot inicialmente y es referida en algunos textos como sinónimo de colangitis ascendente.

Es importante considerar que la colangitis es una infección sistémica con potenciales graves consecuencias en cuanto a morbilidad, a diferencia que la colecistitis aguda que suele tener un curso clínico menos grave.

Anteriormente la colangitis era tratada mediante cirugía. Sin embargo este manejo se asociaba a una mortalidad cercana al 40%. En México la mortalidad asociada al tratamiento quirúrgico fluctúa entre el 3 y 23% de acuerdo a la complejidad del manejo escogido. Sin embargo, el avance de las técnicas de endoscopia y radiología ha desplazado estas técnicas y lo han reservado para casos seleccionados.

3.1 Justificación:

La colangitis aguda es una enfermedad sistémica que puede presentarse desde una enfermedad leve hasta una potencialmente mortal en caso de no ser tratada o de presentar errores en su manejo.

3.2 Objetivos:

Establecer las bases para el adecuado diagnóstico, tratamiento y referencia temprana en los casos de colangitis aguda.

Establecer un criterio homogéneo en el manejo clínico de casos de colangitis aguda.





3. Definición y glosario

Colangitis aguda: condición mórbida con inflamación aguda del conducto biliar.

Colangitis asociada a cuidados de la salud: Inflamación aguda del conducto biliar que se ha desarrollado en pacientes con menos de 12 meses de hospitalización previa, inmunocomprometidos, sujetos a diálisis o que permanezcan en un asilo.

Fiebre hepática: Término utilizado por Charcot (1887) que incluye dolor en CSD, escalofríos y fiebre intermitente. Posteriormente se incluyeron estos signos y síntomas en la triada de Charcot.

Pentada de Reynolds: Se describe en los casos en los que la triada de Charcot se encuentra acompañada de letargo, confusión y choque que ameritan drenaje urgente de la vía biliar.

Síndrome de Mirizzi: Estenosis del colédoco causada por presión mecánica o inflamación de litos presentes en el cuello vesicular y el cístico.

Síndrome de Lemmel: Obstrucción extrínseca del colédoco o del hepático común por un divertículo duodenal adyacente a la papila de Vater.

CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

NPT: nutrición parenteral total.

IMC: índice de masa corporal.

CMV: citomegalovirus.

CSD: cuadrante superior derecho.

PCR: proteína C reactiva.

HCD: hipocondrio derecho.

TAC: tomografía axial computada.

IV: intravenoso.

Tc-HIDA: Análogos de ácido iminodiacético marcados con tecnecio que se excretan en la bilis.

FA: fosfatasa alcalina.

PFH: pruebas de función hepática.

CRM: colangiografía magnética.





EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponden a la información disponible organizadas según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, y consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra, y posteriormente el nombre del primer autor y año de su publicación.





Clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendaciónn Shekelle

CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
Ia.- Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A.- Directamente basada en evidencia categoría I
Ib.- Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
Ila.- Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B.- Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb.- Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte.	
III.- Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D.- Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I, II

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines Developing guidelines BMJ 1999; 318: 593-596.

Tabla de referencia de símbolos utilizados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA





PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

INCIDENCIA

1. ¿Cuál es la incidencia de aparición de síntomas de colangitis aguda en pacientes con litiasis vesicular asintomática?
2. ¿Cuál es la incidencia de casos graves de colangitis aguda?
3. ¿Cuál es la incidencia de colangitis aguda posterior a una CPRE?

ETIOLOGÍA

4. ¿Cuál es la fisiopatología de la colangitis aguda?

FACTORES DE RIESGO

5. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de colangitis aguda?

DIAGNÓSTICO

6. ¿Cuál es la utilidad de la triada de Charcot en el diagnóstico de colangitis aguda?
7. ¿Cómo se integra el diagnóstico de colangitis aguda?
8. ¿Cómo se clasifica por gravedad la colangitis aguda?

TERAPIA ANTIMICROBIANA

9. ¿Cuándo debo enviar cultivo biliar en colangitis aguda?
10. ¿Qué debo tomar en cuenta al seleccionar el tratamiento antibiótico empírico en colangitis aguda?
11. ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis aguda leve de manera empírica?
12. ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis aguda moderada de manera empírica?
13. ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis grave y aquella asociada a los cuidados de la salud?
14. ¿Cuál es la duración del tratamiento antibiótico?

DRENAJE BILIAR

15. ¿Cuál es el método preferido para el drenaje de la vía biliar?
16. ¿Cuándo debe realizarse el drenaje de la vía biliar?

PRONÓSTICO

17. ¿Cuál es la tasa de mortalidad en colangitis aguda?
18. ¿Cuál es la tasa de recurrencia posterior al drenaje endoscópico de la vía biliar?





5.1 INCIDENCIA

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>1- ¿Cuál es la incidencia de aparición de síntomas de colangitis aguda en pacientes con litiasis vesicular asintomática?</p> <p>La incidencia anual de colangitis aguda en pacientes sin síntomas de litiasis vesicular es de 0.3-1.6%. Tabla 1</p>	<p>A J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>2- ¿Cuál es la incidencia de casos graves de colangitis aguda?</p> <p>La incidencia de casos graves es de 12.3% dependiendo de los criterios de gravedad utilizados.</p> <p>El desglose de casos graves con colangitis aguda incluye 7-25% con choque, 7-22.2% con alteraciones del estado de alerta y 3.5-7.7% con pentada de Reynolds.</p>	<p>B J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>3- ¿Cuál es la incidencia de colangitis aguda posterior a una CPRE?</p> <p>La incidencia de colangitis aguda posterior a una CPRE es de 0.5-2.4%.</p> <p>La incidencia de complicaciones posterior a CPRE es de 0.8-12.1% con una mortalidad de 0.0023-1.5%, siendo la complicación más frecuente pancreatitis aguda moderada a leve.</p>	<p>B J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





5.2 ETIOLOGÍA

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>4- ¿Cuál es la fisiopatología de la colangitis aguda?</p> <p>La colangitis aguda resulta de la obstrucción de la vía biliar y el crecimiento bacteriano en la bilis. En resumen, consiste en colestasis inicial e infección biliar consecuente.</p> <p>La causa más frecuente de obstrucción es la coledocolitiasis. Otras causas como la estenosis de anastomosis biliares o la causada por enfermedades benignas o malignas, se presentan en menor proporción. Tablas 2 y 3.</p> <p>Existen otras causas menos frecuentes de obstrucción como el síndrome de Mirizzi y Lemmel.</p>	<p style="text-align: center;">A</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="text-align: center;">C</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>

5.3 FACTORES DE RIESGO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>5- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de colangitis aguda?</p> <p>Aquellos factores asociados a la presentación de colelitiasis y colecistitis aguda como la obesidad y la terapia de reemplazo hormonal.</p> <p>No existe evidencia que apoye la asociación entre el embarazo y la edad fértil con la presentación de colangitis aguda.</p> <p>La colangiopatía por SIDA, se observa en pacientes entre 21-59 años con dolor en CSD, elevación importante de FA e imagen con zonas de estenosis y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.</p>	<p style="text-align: center;">A</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





5.4 DIAGNOSTICO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>6- ¿Cuál es la utilidad de la triada de Charcot en el diagnóstico de colangitis aguda?</p> <p>La triada de Charcot es muy específica, sin embargo es poco sensible como criterio diagnóstico.</p> <p>El estándar de oro para el diagnóstico de colangitis aguda es: observación de bilis purulenta, resolución de colangitis una vez drenada la vía biliar o remisión de síntomas en caso de recibir terapia antibiótica en la que el único foco sospechoso es la vía biliar.</p>	<p>B J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>7- ¿Cómo se integra el diagnóstico de colangitis aguda?</p> <p>La sospecha de colangitis aguda se integra con un criterio de inflamación sistémica (fiebre/escalofríos o alteración leucocitos/PCR) + un criterio de colestasis (ictericia o alteración de PFH 1.5 veces de lo habitual) o un criterio de imagen (dilatación de la vía biliar o evidencia de estenosis/lito/stent). Tabla 4.</p> <p>El diagnóstico definitivo se integra por la suma de un criterio de inflamación + un criterio de colestasis + un criterio de imagen.</p> <p>En caso de utilizar TAC como imagen diagnóstica, la modalidad trifásica es el método más informativo, pues puede sugerir la etiología y complicaciones.</p> <p>Además de TAC, cuya limitante es la falla en la identificación de litos no calcificados, se recomienda completar con USG o CRM.</p> <p>La CRM es útil además para la identificación de zonas de obstrucción biliar maligna.</p>	<p>B J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p>C J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





E	<p>8- ¿Cómo se clasifica por gravedad la colangitis aguda?</p> <p>La colangitis aguda grave es aquella que cursa con falla orgánica. (B) Tabla 5.</p> <p>La colangitis aguda moderada es aquella en riesgo de progresión a una grave sin drenaje biliar temprano. Se determina por alteración en leucocitos (>12,000 ó >4,000/mm³), fiebre (>39°C), edad (>75 años), hiperbilirrubinemia (BT >5mg/dl) o hipoalbuminemia. Tabla 5.</p> <p>La colangitis aguda leve es aquella que no cumple criterios de moderada o grave.</p> <p>La triada de Charcot, no necesariamente determina una colangitis aguda como grave.</p>	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">B</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
---	---	---

5.5 TERAPIA ANTIBIÓTICA

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>9- ¿Cuándo debo de enviar cultivo biliar en colangitis aguda?</p> <p>Se debe de enviar cultivo biliar en todos los casos de colangitis aguda.</p> <p>No se recomienda la toma de hemocultivos en infecciones biliares agudas adquiridas en la comunidad.</p>	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">D</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">C</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">E</p>	<p>10- ¿Qué debo de tomar en cuenta al seleccionar el tratamiento antibiótico empírico en colangitis aguda?</p> <p>Se debe de tomar en cuenta el microorganismo, la sensibilidad local, historia de uso antibiótico (6 meses previos), función renal y hepática, historia de alergias y de otros eventos adversos.</p> <p>Debo iniciar manejo antibiótico al momento de la sospecha de infección y dentro de la primera hora en caso de cursar con choque séptico. Tabla 6.</p> <p>Se debe iniciar terapia antibiótica previo cualquier procedimiento (percutáneo o quirúrgico).</p> <p>Se sugiere utilizar terapia anti anaerobios para anastomosis bilioentéricas.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">C</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">D</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">R</p>	<p>11- ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis aguda leve de manera empírica?</p> <p>Para colangitis aguda leve, se recomienda una cefalosporina (cefuroxima/ceftriaxona o cefotaxima) +/- metronidazol. Tabla 6.</p> <p>También se puede utilizar terapia combinada de quinolona (ciprofloxacino/levofloxacino) +/- metronidazol.</p> <p>En caso de utilizar monoterapia, se puede utilizar ertapenem o moxifloxacino.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">C</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">D</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">R</p>	<p>12- ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis aguda moderada de manera empírica?</p> <p>Se pueden utilizar los mismos esquemas recomendados para la colangitis leve además de piperacilina/tazobactam.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">C</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">D</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





R	<p>13- ¿Qué antibiótico debo elegir para tratar colangitis grave y aquella asociada a los cuidados de la salud?</p> <p>Se puede elegir entre esquemas con piperacilina/tazobactam, cefepime/ceftazidima +/- metronidazol, imipenem, meropenem o ertapenem.</p>	<p>C J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p> <p>D J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>14- ¿Cuál es la duración el tratamiento antibiótico?</p> <p>Para colangitis aguda leve, moderada y grave de 4-7 días una vez controlado el foco infeccioso o hasta que se resuelva la obstrucción.</p> <p>Una vez tolerada la vía oral, se puede continuar el tratamiento antibiótico por esta vía.</p> <p>Una vez obtenida la sensibilidad de los cultivos, se debe de ajustar el tratamiento antibiótico.</p>	<p>D J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





E

16- ¿Cuándo debe de realizarse el drenaje de la vía biliar?

El diagnóstico, la administración de antibióticos y el drenaje temprano de la vía biliar se recomienda en colangitis leve (refractaria a manejo inicial), moderada (temprana) y grave (urgente).

El drenaje biliar de la colangitis leve no es necesario en la mayor parte de los casos pues suelen resolver con el manejo médico inicial.

El drenaje tardío (>72 horas) de la vía biliar se asocia a peores resultados en colangitis aguda.

B

J Hepatobiliary
Pancreat Sci
(2013)





5.7 PRONÓSTICO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		GRADO
E	<p>17- ¿Cuál es la tasa de mortalidad en colangitis aguda?</p> <p>La tasa de mortalidad en colangitis aguda posterior al año 2000, es de 2.7-10%</p>	<p>B</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>18- ¿Cuál es la tasa de recurrencia posterior al drenaje endoscópico de la vía biliar?</p> <p>La recurrencia de eventos biliares (colelitiasis, cólico biliar o colangitis) posterior a esfinterotomía es de 7-47% en un seguimiento de 2.5-15 años.</p> <p>La recurrencia de coledocolitiasis es de 5.5% posterior a esfinterotomía y de 8.8% posterior a dilatación endoscópica con balón de la papila de Vater.</p>	<p>B</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>
E	<p>¿Qué ocurre con los pacientes que sólo reciben manejo médico?</p> <p>Se espera que el 70% de los pacientes mejoren con terapia de soporte (monitoreo, corrección hidroelectrolítica, ayuno y administración de analgesia) y antibiótico IV.</p> <p>Aquellos que desarrollan una infección grave deben recibir el tratamiento previo junto con drenaje de la vía biliar y corrección de fallas orgánicas de manera urgente.</p>	<p>B</p> <p>J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013)</p>





5. Anexos

5.1 Clasificación de la enfermedad

Tabla 1

Historia natural de pacientes con colelitiasis asintomáticas, ligeramente sintomáticas y sintomáticas.

Referencias	Características de colecistitis aguda (%)	número de casos			Tiempo promedio de seguimiento (años)			Número de casos	
		Casos con ictericia notable (%)	Colangitis	Colecistitis	Colangitis	Colecistitis	Cáncer de vesícula biliar		
Comfort et al.	Asintomático	112	15	0	0	0	0	0	0
Lund	Asintomático	95	13	?	?	1 (?)	0	0	
Gracie et al.	Asintomático	123	11	2	0	0	1	0	
McSherry et al.	Asintomático	135	7	3	0	0	0	0	
Friedman et al.	Asintomático	123	7	4	2	2	0	0	
Thistle et al.									
	Asintomático + sintomático	305	2	≥3	0	0	0	0	
Wenckert et al.	Ligeramente sintomático	781	11	81 (10.4)	<59*	0	<59*	3	
Ralston et al.									
	Ligeramente sintomático	116	22	?	?	?	?	2	
Friedman et al.	Ligeramente sintomático	344	9	20 (5.8)	10	1	3	2	
Newman et al.	Sintomático	332	10	38 (11.4)	?	?	1	2	
McSherry et al.	Sintomático	556	7	47 (8.5)	19	0	0	1	

* En este reporte se diagnosticaron 59 casos de ictericia y/o pancreatitis aguda basado en los valores de bilirrubina sérica y amilasa.





Tabla 2

Etiología de la colangitis aguda

Colelitiasis.

Estenosis biliar benigna.

Factores congénitos.

Factores posoperatorios (lesión de vía biliar, estenosis de coledocoyeyuno anastomosis, etc.).....

Factores inflamatorios (colangitis oriental, etc.).

Oclusión de origen maligno.

Colangiocarcinoma.

Cáncer de vesícula biliar.

Tumor ampular.

Tumor pancreático.

Tumor duodenal.

Pancreatitis.

Parásitos dentro de la vía biliar.

Presión externa.

Fibrosis de la papila.

Divertículo duodenal

Coágulo.

Síndrome de sifón (saco ciego biliar) posterior a anastomosis bilioentérica.

Factores iatrogénicos.





Tabla 3

Causas en porcentajes de colangitis aguda

Referencias	Años	Lugar	N	Causas					
				Litos en vesícula biliar (%)	Estenosis benigna (%)	Estenosis maligna (%)	Colangitis esclerosante (%)	Otros/ desconocidos (%)	
Gigot (39)	1963-1983	Universidad de Paris	412	48	28	11	1.5	-	
Saharia y Cameron (40)	1952-1974	Johns Hopkins Hospital, EUA	76	70	13	17	0	-	
Pitt y Couse (41)	1976-1978	Johns Hopkins Hospital, EUA	40	70	18	10	3	-	
Pitt y Couse (41)	1983-1985	Johns Hopkins Hospital, EUA	48	32	14	30	24	-	
Thompson (42)	1986-1989	Johns Hopkins Hospital, EUA	96	28	12	57	3	-	
Basoli (43)	1960-1985	Universidad de Roma	80	69	16	13	0	4	
Daida (44)	1979	Cuestionario en Japón	<72	56	5	36	-	3	
Salek (45)	2000-2005	Long Island Jewish Medical Center, EUA	108	68	4	24	3	1	





Tabla 4

Criterios diagnósticos según TG13 para colangitis aguda

A. Inflamación sistémica.

A-1. Fiebre y/o escalofríos.

A-2. Datos de laboratorio: evidencia de respuesta inflamatoria.

B. Colestasis.

B-1. Ictericia.

B-2. Datos de laboratorio: pruebas de función hepática alteradas.

C. Imagen.

C-1. Dilatación biliar.

C-2. Evidencia de la etiología en la imagen (estenosis, litos, stents, etc.).

Diagnóstico sospechoso: un ítem en A + un ítem en B o C .

Diagnóstico definitivo: un ítem en A, un ítem en B y un ítem en C.

Nota:

A-2 Cuenta leucocitaria anormal, elevación en niveles de proteína C reactiva y otros cambios que indican inflamación

B-2 Elevación en niveles de ALP, r-GTP (GGT), AST, y ALT.

Otros factores que son útiles en el diagnóstico de colangitis aguda incluyen dolor abdominal (cuadrante superior derecho)

En casos de hepatitis aguda se observa respuesta inflamatoria sistémica importante de manera infrecuente. Pruebas puntos de corte.

A-1	Fiebre		BT>38 °C
A-2	Evidencia de respuesta inflamatoria	Leucocitos (x1,000/ μ L)	<4, >10
		PCR (mg/dl)	\geq 1
B-1	Ictericia		Bil. tot. \geq 2
B-2	Pruebas de función hepática alteradas	FA (IU)	>1.5 x STD
		γ GTP (IU)	>1.5 x LSN
		AST (IU)	>1.5 x LSN
		ALT (IU)	>1.5 x LSN

LSN límite superior de valor normal, FA fosfatasa alcalina, γ GTP (GGT) γ -glutamilttransferasa, AST aspartato aminotransferasa, ALT alanina aminotransferasa





Tabla 5

Clasificación de severidad para colangitis aguda según las guías de Tokio del 2013

Colangitis aguda Grado III (severa)

Colangitis aguda “grado III” está definida por colangitis aguda asociada al inicio de la disfunción de al menos uno de los siguientes órganos/sistemas:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Disfunción cardiovascular | Hipotensión que requiere de tratamiento con dopamina $\geq 5 \mu\text{g}/\text{kg}$ por min, o cualquier dosis de norepinefrina. |
| 2. Disfunción neurológica | Disminución del estado de alerta. |
| 3. Disfunción respiratoria | Cociente $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$. |
| 4. Disfunción renal | Oliguria, creatinina $> 2.0 \text{ mg/dl}$. |
| 5. Disfunción hepática | TP-INR > 1.5 . |
| 6. Disfunción hematológica | Cuenta plaquetaria $< 100,000/\text{mm}^3$ |

Colangitis aguda Grado II (moderado)

Colangitis aguda “grado II” está asociada a dos de las siguientes condiciones:

1. Leucocitosis ($> 18,000/\text{mm}^3$).
2. Fiebre alta ($\geq 39^\circ\text{C}$).
3. Edad (≥ 75 años).
4. Hiperbilirrubinemia (bilirrubina total $\geq 5 \text{ mg/dL}$).
5. Hipoalbuminemia ($< \text{LLN} \times 0.7$).

Colangitis aguda grado I (leve).

Colangitis aguda “grado I” es aquella que no cumple con los criterios de colangitis aguda “grado III (severa)” o “grado II (moderada)” al inicio del diagnóstico.

Notas

El diagnóstico temprano, el drenaje biliar temprano y/o el tratamiento etiológico, y antibiótico son aspectos fundamentales en el tratamiento de colangitis aguda clasificada no sólo como grado III (severa) y grado II (moderada) sin también grado I (leve)

Por lo tanto, se recomienda que los pacientes con colangitis aguda que no respondan al tratamiento médico inicial (medidas de soporte general y terapia antibiótica) sean sometidos a drenaje biliar temprano o tratamiento etiológico (ver diagrama de flujo)

LLN límite menor del rango normal





Tabla 6

	Infección biliar adquirida en la comunidad				Infección biliar asociada a los cuidados de la salud ^e
Severidad	Grado I		Grado II	Grado III	
Agente Antibiótico	Colangitis	Colecistitis	Colangitis y colecistitis	Colangitis y colecistitis	Colangitis y colecistitis asociada a cuidados de la salud
Terapia basada en penicilina	Ampicilina/sulbactam ^b no está recomendado sin un aminoglucósido	Ampicilina/sulbactam ^b no está recomendado sin un aminoglucósido	Piperacilina/tazobactam	Piperacilina/tazobactam	Piperacilina/tazobactam
Terapia basada en cefalosporina	Cefazolina ^a , o Cefotiam ^a , o Cefuroxime ^a , o Ceftriaxona, o Cefotaxima ± Metronidazol ^d Cefmetazol ^a , cefoxitina ^a , flomoxef ^a , cefoperazona/sulbactam	Cefazolina ^a , o Cefotiam ^a , o Cefuroxime ^a , o Ceftriaxona, o Cefotaxima ± Metronidazol ^d Cefmetazol ^a , cefoxitina ^a , flomoxef ^a , cefoperazona/sulbactam	Ceftriaxona, o Cefotaxima, o Cefepime, o Cefozopran, o Ceftazidime ± Metronidazol ^d Cefoperazona/sulbactam	Cefepime, o ceftazidima, o Cefozopran ± Metronidazol ^d	Cefepime, o ceftazidima, o Cefozopran ± Metronidazol ^d
Terapia basada en carbapenémicos	Ertapenem	Ertapenem	Ertapenem	Imipenem/cilastatina, meropenem, doripenem, ertapenem	Imipenem/cilastatina, meropenem, doripenem, ertapenem
Terapia basada en monobactámicos	-	-	-	Aztreonam	Aztreonam
Terapia basada en fluoroquinolonas	Ciprofloxacino, levofloxacino, pazufloxacino ± metronidazol ^d Moxifloxacino	Ciprofloxacino, levofloxacino, pazufloxacino ± metronidazol ^d Moxifloxacino	Ciprofloxacino, levofloxacino, pazufloxacino ± metronidazol ^d Moxifloxacino	-	-



- ^a Los patrones de susceptibilidad antimicrobiana locales (antibiograma) deben ser considerados para su uso.
- ^b Ampicilina/sulbactam tiene poca actividad contra *Escherichia coli*. Esto fue eliminado de las guías de norteamérica
- ^c El uso de fluoroquinolonas está recomendado si la susceptibilidad en cultivos es conocida o si los pacientes son alérgicos a beta-lactámicos. Muchos gram negativos productores de beta-lactamasas de amplio espectro aislados son resistentes a fluoroquinolonas
- ^d La terapia anti-anaeróbicos, incluyendo metronidazol, tinidazol, o clindamicina, está justificada en la presencia de una anastomosis bilio-entérica. Los carbapenémicos, piperacilina/tazobactam, ampicilina/sulbactam, cefmetazol, ceftioxitina, fomoxef, y cefoperazona/sulbactam tienen suficiente actividad anti-anaeróbica en esta situación.
- ^e La vancomicina está recomendada para cubrir *Enterococcus spp.* para colangitis y colecistitis grado III adquirida en la comunidad, y para infecciones biliares agudas asociadas a cuidados de la salud. Linezolid y daptomicina están recomendados si el paciente está colonizado por *Enterococcus vancomicina-resistente*, si el tratamiento previo incluía vancomicina, y/o si el organismo es conocido en la comunidad.





5.2 Puntos clave y flujograma de práctica clínica

Manejo conjunto para colangitis aguda

1. Cuando se sospecha colangitis aguda, el diagnóstico se realiza utilizando los criterios diagnósticos TG13 cada 6-12 hrs
 1. Se realiza rayos X de abdomen (RUV) y USG abdominal, seguido de TAC, RMN, CRMN y rastreo con HIDA.
 1. La severidad es revalorada repetidamente utilizando los criterios de valoración de severidad; al momento del diagnóstico, dentro de las primeras 24 hrs posteriores al diagnóstico, y durante el lapso de tiempo de 24-48 hrs.
 1. En cuanto se realiza el diagnóstico, el tratamiento debe ser iniciado. El tratamiento es el siguiente: suficientes fluidos de reposición, compensación electrolítica, y la administración intravenosa de analgésicos y una dosis completa de antibióticos.
 1. Para los pacientes con grado I (leve), cuando no se observa respuesta al tratamiento inicial en las primeras 24 hrs, el drenaje biliar debe ser realizado inmediatamente.
 1. Para los pacientes con grado II (moderada), el drenaje biliar es realizado de manera inmediata junto con el tratamiento inicial. Si no es posible realizar drenaje biliar debido a falta de infraestructura o personal capacitado, se debe considerar referir al paciente.
 1. Para los pacientes con grado III (severa), se realiza drenaje biliar urgente junto con el tratamiento inicial y las medidas de soporte general. Si no es posible realizar drenaje biliar debido a falta de infraestructura o personal capacitado, se debe considerar referir al paciente.
 1. Para los pacientes con grado III (severa), el soporte orgánico (ventilación con presión positiva invasiva/no invasiva, el uso de vasopresores y antibióticos, etc.) debe ser implementado inmediatamente.
 1. Se realiza hemocultivo y cultivo de bilis para grado II (moderada) y grado III (severa).
- El tratamiento etiológico de colangitis aguda con una intervención endoscópica, percutánea o quirúrgica debe ser considerada una vez que la enfermedad aguda ha sido resuelta. Colectomía por coledocolitiasis debe ser realizada después de que la colangitis aguda ha sido resuelta.

RUV (riñón-uréter-vejiga), USG ultrasonido, TC tomografía computada, RMN resonancia magnética nuclear, CRMN colangiopancreato resonancia magnética nuclear, HIDA ácido iminodiacético hepatobiliar.

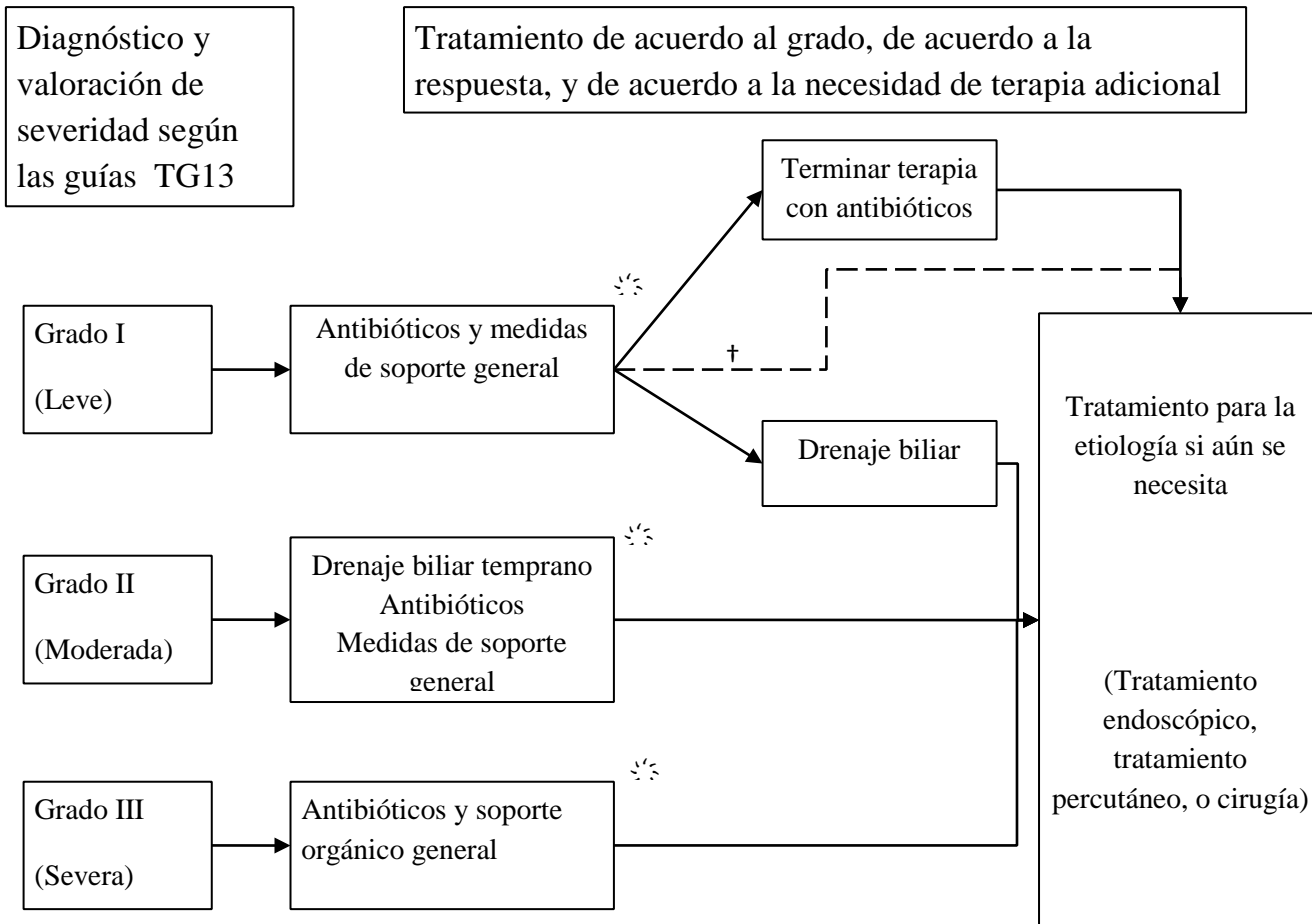




Lista de cotejo para colangitis aguda

- Repetir el diagnóstico cada 6-12 hrs.
 - Diagnóstico por rayos X (RUV), USG, TAC, RMN, CRMN, y rastreo con HIDA.
 - Valoración de severidad al momento del diagnóstico y dentro de las primeras 24 hrs posteriores al diagnóstico.
 - Repetir la valoración de severidad cada 24 horas.
 - Iniciar de manera inmediata antibiòticoterapia y medidas de soporte general.
 - Grado I (leve): realizar drenaje biliar cuando no exista mejoría de los síntomas en 24 hrs.
 - Grado II (moderada): realizar drenaje biliar inmediatamente.
 - Grado III (severo): realizar drenaje biliar de emergencia e instalar medidas de soporte orgánico.
 - Considerar la referencia del paciente cuando los procedimientos mencionados con anterioridad no se encuentren disponibles.
 - Grado II (moderada) y grado III (severa): hemocultivo y cultivo de bilis.
 - Considerar el abordaje quirúrgico para eliminar causas después de drenaje biliar y mejoría de la falla orgánica.
-





‡ Se debe considerar la realización de un hemocultivo previo a la administración de antibióticos. Un cultivo de bilis debe ser realizado durante el drenaje biliar

† La esencia del tratamiento para colangitis aguda consisten en la administración de antibióticos y drenaje biliar incluyendo tratamiento para la etiología. Para los pacientes con coledocolitiasis, el tratamiento etiológico puede ser realizado de manera simultánea, si es posible, junto con el drenaje biliar.

Flujograma de manejo de la colangitis.



5.4 Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos en bases de datos de PubMed, EMBASE, se encontraron guías clínicas aceptadas, ensayos clínicos, meta análisis, revisiones y series de casos, se incluyeron sólo documentos en inglés y español de los últimos 10 años.

Se introdujeron en los motores de búsqueda los conceptos “Acute cholangitis”, “Tokyo guidelines”.

Se encontraron 2279 publicaciones de las cuales se seleccionaron sólo las recientes (10 años) quedando 815 y se sub-seleccionaron sólo guías, ensayos clínicos, revisiones y meta-análisis, quedando sólo 40 publicaciones de las cuales se escogieron las 7 más representativas e importantes para el desarrollo de estas guías.





Bibliografía

1. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis.
 - 1.1. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20:1–7
 - 1.2. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 8-23
 - 1.3. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 24-34
 - 1.4. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 47-54
 - 1.5. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 55-59
 - 1.6. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 60-70
 - 1.7. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20: 71-80

