

5 MANEJO DE LA COLECISTITIS Y COLANGITIS AGUDA

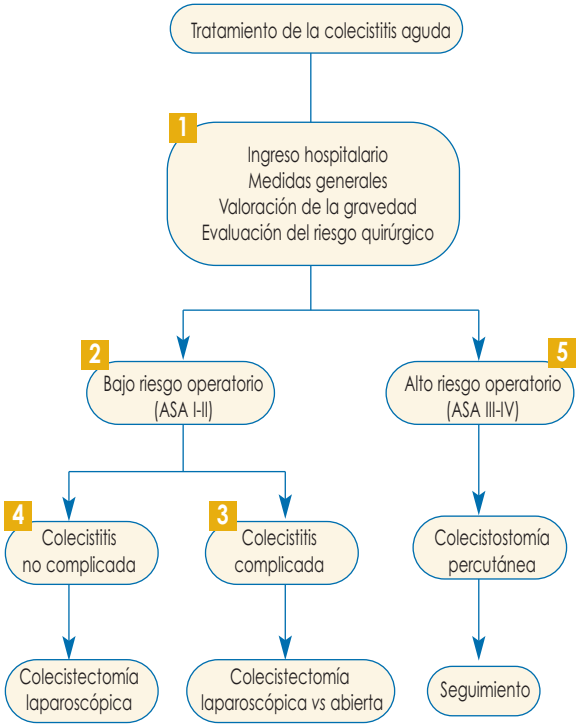
Luis Rodrigo Sáez

I N T R O D U C C I Ó N

- La colecistitis aguda es una entidad caracterizada por la inflamación de la pared vesicular, generalmente debida a la obstrucción del cístico por un cálculo (90-95%). Clínicamente se manifiesta por dolor y sensibilidad en hipocondrio derecho, acompañados a menudo por fiebre $< 39^{\circ}$ C y leucocitosis. Un 20% presentan ictericia con bilirubina < 4 mg/dl. Aunque la ecografía (US) suele confirmar el diagnóstico, una TC puede ser necesaria ante la sospecha de complicación (absceso perivesicular). El espectro de gravedad se ve influido por la edad, presencia de comorbilidades (diabetes) e inmunosupresión, con una mortalidad global del 10%. Las formas alitiásicas comportan una mayor gravedad.
- La colangitis aguda es un síndrome caracterizado por la presencia de signos y síntomas de infección sistémica, debidos casi siempre a la impactación de un cálculo en el colédoco (90%). Aunque la tríada de Charcot (ictericia, fiebre y dolor en HD) constituye la presentación más típica, no es infrecuente la presencia de colestasis sin ictericia, o de una leucocitosis sin fiebre. El aumento de la permeabilidad de la membrana hepatocitaria puede explicar una elevación concomitante de AST y ALT. La asociación de shock y confusión (pentada de Reynolds) sugieren una colangitis supurada grave. La US es el procedimiento de elección para detectar la obstrucción biliar, si bien es poco sensible para la detección de cálculos coledocales. La mortalidad global es del 10-30%. La edad > 60 años, aparición de fallo orgánico y ausencia de respuesta al tratamiento, se asocian con un peor pronóstico.
HD: hipocondrio derecho.

- 1** El tratamiento de la colecistitis aguda (CA) incluye medidas generales y la resolución de la enfermedad mediante una colecistectomía. Debe indicarse ayuno, hidratación y alivio del dolor. La administración de AINE ha demostrado ser eficaz y en algunos casos modifica la historia natural de la enfermedad, al reducir la síntesis de prostaglandinas, implicadas en la patogénesis de la inflamación (tabla II). La administración de antibióticos está justificada por la frecuente sobreinfección con gérmenes entéricos (grado de recomendación II A). La elección del antibiótico debe sustentarse no sólo en su actividad frente a los gérmenes más frecuentes (*E. coli*, *S. faecalis*, *Klebsiella*, *Enterococo* y otros como *Bacteroides* y *Clostridium*), sino en sus potenciales efectos adversos y costes. La tabla III muestra un listado de alternativas que han demostrado su eficacia en este escenario.
- 2** La colecistectomía precoz (< 72 horas) es la mejor opción en los pacientes con un riesgo quirúrgico aceptable. Así lo avalan los metanálisis de 12 estudios que comparan la colecistectomía precoz y la diferida. Esta última conduce a una mayor tasa de reingresos y morbilidad.
- 3** En la CA no complicada, el abordaje laparoscópico ofrece una reducción significativa de la estancia hospitalaria, complicaciones y costes.
- 4** En los casos que cursan con complicaciones, la gangrena de la pared dificulta la disección laparoscópica y comporta un mayor porcentaje de conversiones a cirugía abierta, pero sigue siendo la primera opción.
- 5** Los pacientes con una CA grave y elevado riesgo pueden beneficiarse de una colecistostomía, con una resolución de la sepsis > 80%. La recurrencia a largo plazo sin intervención posterior oscila entre el 10-50%. En casos de CA alitiásica, el drenaje percutáneo puede ser un tratamiento definitivo.

MANEJO DE LA COLECISTITIS Y COLANGITIS AGUDAS ⁵

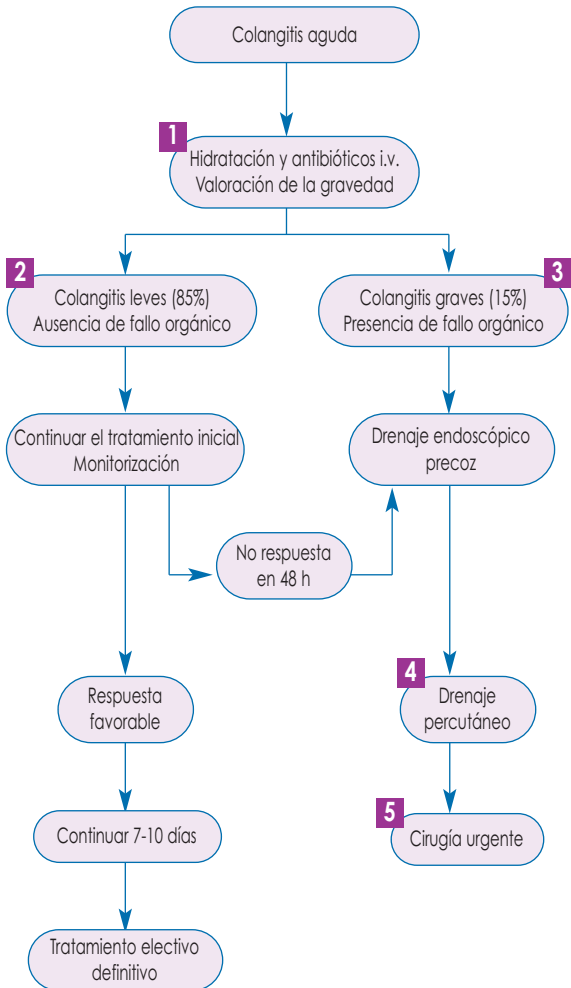


- 1** El tratamiento de la colangitis requiere ingreso hospitalario, hidratación y la administración de antibióticos i.v. Todo ello debe combinarse con la realización de un drenaje biliar, cuya precocidad depende de la gravedad del proceso.
- 2** La administración de antibióticos debe ir precedida de los hemocultivos pertinentes. Una pauta inicial aceptada es el empleo de ureidopenicilinas (piperacilina) asociadas con un inhibidor de la betalactamasa como el tazobactam, activos frente a la gran mayoría de gérmenes biliares. Otras alternativas son la combinación de ampicilina-sulfabactam, cefalosporinas de tercera generación, como la cefotaxima, o fluoroquinolonas, como el ciprofloxacino. Ante la sospecha de anaerobios, se recomienda asociar metronidazol. La mayoría de las formas leves (85%) se resuelven en un plazo de 7-10 días.
- 3** En casos de colangitis grave, o en pacientes que no responden al tratamiento antibiótico, debe realizarse un drenaje biliar por vía endoscópica (CPRE), en un plazo no superior a 48 horas. La inserción de un catéter nasobiliar es mal tolerada y muestra frecuentes fracasos, debidos a movilizaciones inadvertidas. A menudo, la mejor elección es la colocación de una endoprótesis, reservando para un segundo tiempo la extracción de los cálculos mediante esfinterotomía.
- 4** Si el drenaje endoscópico fracasa, se recomienda como alternativa un drenaje biliar percutáneo.
- 5** Si todas estas técnicas fracasan, o no son posibles, se procederá a un drenaje quirúrgico urgente, que siempre comporta una mayor morbimortalidad.
- 6** En colangitis recurrentes, por un compromiso anatómico o funcional del árbol biliar, en ausencia de cálculos (enfermedad de Caroli, CEP), se recomienda una profilaxis antibiótica continuada durante 3-4 meses, a base de cotrimoxazol, norfloxacino, etc.

CPRE: colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica.

CEP: colangitis esclerosante primaria.

MANEJO DE LA COLECISTITIS Y COLANGITIS AGUDAS ⁵



Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología

Tabla I. Factores implicados en la formación de cálculos de colesterol

Predisposición genética	Gastrectomía
Edad	Tratamiento a largo plazo con colestiramina
Sexo femenino	Medicamentos
Obesidad	• Anticonceptivos orales
Pérdida acelerada de peso	• Clofibrato
Nivel sérico de lípidos	• Ceftriaxona
• Hipertrigliceridemia	Enfermedades sistémicas
• Disminución del colesterol-HDL	• Diabetes mellitus
Actividad física	• Afectación del íleon terminal
Nutrición parenteral	• Daño medular
Embarazo	

Tabla II. Recomendaciones en el manejo del dolor del cólico biliar

1. La meperidina i.v. es preferible a la morfina, dado que sus efectos sobre el esfínter de Oddi son menores.
2. Recientes evidencias sugieren que la administración de AINE por vía i.m. en la sala de emergencias es igualmente efectiva que la meperidina, se asocia con menos efectos secundarios (náuseas y vértigos) y puede modificar la historia natural, evitando la progresión a colecistitis.
3. Pauta recomendada: ketorolaco (30-60 mg, ajustados a edad y función renal), o diclofenaco (75 mg) seguidos de ibuprofeno 400 mg, durante los subsiguientes ataques de dolor, hasta el tratamiento definitivo.

Tabla III. Opciones de tratamientos antibióticos empíricos para cubrir gérmenes gram-negativos y anaerobios (Salam, F, Zakko, Nezam H Afdhal, Uptodate, 2009)

Monoterapia

- Ampicilina-sulbactam (3 g cada 6 horas)
- Piperacilina-tazobactám (4,5 g cada 6 horas)
- Ticarcilina-clavulánico (3,1 g cada 4 horas)

Terapia combinada

- Cefalosporina de tercera generación como ceftriaxona (1 g cada 24 horas) + metronidazol (500 mg i.v. cada 8 horas).

Pautas alternativas

- Fluoroquinolona (ej. ciprofloxacino 400 mg i.v. cada 12 horas o levofloxacino 500 mg i.v. cada 24 horas) + metronidazol (500 mg i.v. cada 8 horas).

Monoterapia con un carbapenem (no utilizar en caso de hipersensibilidad a beta-lactámicos)

- Imipenem (500 mg cada 6 horas)
- Meropenem (1 g cada 8 horas)
- Ertapenem (1 g cada 24 horas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Yoshida M, Tadahiro T, Kawarada Y, Tanaka A, Nimura Y, Gomi H, et al. Antimicrobial therapy for acute cholecystitis : Tokio guidelines. *J. Hepatol Pancreat Surg* 2007 ; 14 : 83-90.
2. Rosing DK, de Virgilio C, Nguyen AT, El Masry M, Kaki AH, Stabile BE. Cholangitis analysis of admission prognostic indicators and outcome. *Ann Surg* 2007 ; 73 : 949-54.
3. Agarwal N, Sharma BC, Sarin SK. Endoscopic management of acute cholangitis in elderly patients. *World J Gastroenterol* 2006 ; 12 : 6551-5.