6.6. COLANGITIS AGUDA

Manuel Ruiz López[1], José M Aranda Narvaez[1], Francisco León Díaz[1], Lucia Valiente De Santis[2], Pilar España Contreras[3] y Antonio Martín Paez[4].

Servicio de Cirugía General y Digestiva[1], Servicio de Enfermedades Infecciosas[2], Servicio de Digestivo[3] y Servicio de Urgencias[4].

Definición: La colangitis aguda ocurre cuando una estenosis biliar, debido a causas benignas (a menudo coledocolitiasis) o a la presencia de un tumor, resulta en colestasis e infección biliar.

Diagnóstico: Síntomas clínicos: Fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho que constituyen la llamada "Triada de Charcot", pero debido a su baja sensibilidad, no es usado como criterio diagnóstico. Además podemos añadir hipotensión y confusión que pueden ocurrir en colangitis supurativa, conformando la "pentada de Reynolds"

Criterios diagnósticos de la colangitis aguda:

A: Inflamación sistémica: 1. Fiebre y/o escalofríos; 2. Evidencia de respuesta inflamatoria: leucocitosis, PCR ↑.
B: Colestasis: 1. Ictericia ; 2. Niveles alterados de función hepática: aumento ALP,GGT, AST, ALT
C: Imagen: 1. Dilatación vía biliar ; 2. Evidencia del origen (estenosis, litiasis, stent..)

Diagnóstico de sospecha: Un ítem A + un ítem B o C
Diagnóstico definitivo: Un ítem A+ un ítem B+ un ítem C

	Etiología	Tratamiento Empírico	Otras medidas
Colangitis aguda sin factores de riesgo o comunitarias	Enterobacterias *E. coli* Riesgo BLEE (1)	***Elección:*** • Ceftriaxona 2 g/24h/iv ó • Amox- clav 2 g/8h/iv ***Riesgo BLEE[1]:*** • Ertapenem 1g/24h/iv ***Alternativa o alérgicos*** • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv ± Metronidazol 500 mg/8h/iv ó • Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga) y seguido de 50 mg/12h/iv(3) (si riesgo de BLEE)	• Analítica (hemograma , bioquímica con perfil hepático, PCR, coagulación) • Hemocultivo
Colangitis Aguda con sepsis grave o factores de riesgo[4] o nosocomial.	Enterobacterias *Enterococcus sp* (postcirugía, ATB previos, drenaje vía biliar) *P. aeruginosa* (prótesis biliar o nosocomial) Riesgo BLEE (1)	***Elección:*** • Piperacilina-tazobactam 4/0.5g/8h/iv ó • Cefepime 1 g/8h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ***Riesgo BLEE[1]:*** • Imipenem 500 mg/6h/iv ó • Meropenem 1 g/8h/iv ***Alternativa o alérgicos*** • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv ± Metronidazol 500 mg/8h/iv ó • Amikacina 15 mg/Kg/24h/iv + Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga) y seguido de 50 mg/12h/iv(3)	• **Drenaje vía biliar precoz** (CPRE-CTPH) • Cultivo bilis.

(1) **Criterios BLEE**: **a)** colonización/infección previa por BLEE **b)** Ámbito asistencial: Procedencia de centro socio-sanitario, ingreso últimos 6 meses. **c)** Comorbilidad: sepsis grave / shock séptico, trasplante renal, enfermedad hepática avanzada, Inmunosupresión severa. **d)** Procedimientos invasivos: Intervención quirúrgica últimos 3 meses, SNG, endoscopia terapéutica, sondaje vesical. **e)** Tto antibiótico previo (últimos tres meses): Cefalosporinas 3º generación, quinolonas, carbapenémicos o b-lactámicos + inhibidor de beta-lactamasas.
(2) Valorar disponibilidad en Farmacia.
(3) En ausencia de otras alternativas, considerar tratamiento combinado.
(4) Factores riesgo: Manipulación vía biliar previa, portadores de prótesis biliar, postcirugía, antibioterapia previa, adquisición nosocomial.