

Colangitis aguda supurada obstructiva

M. Medina Cuadros / B. Dueñas Rodríguez / G. Martínez Gallego / A. Cózar Ibáñez
A. Gómez Ortega / M. Ruiz Mateas / M. D. González Olid / M. C. Quesada Peinado

Este trabajo recoge la experiencia de un servicio quirúrgico en colangitis aguda supurada obstructiva a lo largo de 15 años, incluyendo 13 casos.

Introducción

La colangitis se define como una proliferación de las bacterias en la bilis de los conductos, asociada con cierto grado de obstrucción en algún punto del sistema biliar

que origina toxemia con bacteriemia y septicemia en algunos casos (NAHRWOLD). Una variedad mucho más grave fue descrita en 1959 por REYNOLDS y DARGAN como síndrome clínico, con el nombre de *Colangitis Aguda Supurada Obstructiva*, siendo ésta, sin duda, la entidad nosológica más grave en la enfermedad obstructiva, no tumoral, del árbol biliar. Su característica principal viene determinada por la obstrucción completa del conducto biliar común junto con la presencia de supuración a presión, obstrucción que generalmente estará producida por cálculos aunque también puede ser originada por estenosis benignas, neoplasias, parásitos y pancreatitis.

Etiopatogenia:

Dos factores son necesarios para que se produzca este cuadro clínico: obstrucción y estasis de la vía biliar, junto con bilis purulenta a

Tras un recuerdo conceptual, etiopatogénico, clínico y diagnóstico, se insiste en la necesidad de un tratamiento quirúrgico precoz encaminado a la descompresión de la vía biliar principal, con la alternativa de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica cuando se supone con verosimilitud impactación calculosa biliar.

Pese al tratamiento adecuado, la mortalidad sigue siendo notable (38% en la serie presentada).

tensión (15), siendo difícil precisar la cronología de los hechos. La obstrucción puede ser debida a coledocolitiasis, estenosis benigna de la vía biliar principal, con o sin cirugía previa, tumores bien sean benignos

o malignos, así como complicaciones de la CPRE. En una revisión de 8.681 casos, se encontró una colangitis séptica en el 0,8% de las colangiografías retrógradas endoscópicas (1,12), estableciéndose como la causa más frecuente de muerte en la CPRE, con una tasa de mortalidad del 28%. YOSHITOMI y cols., publican tres casos con dilatación de la vía biliar y retención del contraste en la colangiografía intraoperatoria sin obstáculo mecánico (19).

La contaminación bacteriana de la vía biliar puede producirse por dos mecanismos:

— Vía ascendente, especialmente en casos de cirugía biliar previa. Es probable que las bacterias que invaden el conducto obstruido se encuentren ya en él antes de que se produzca la obstrucción. SCOTT y KAHN observaron que la bilis obtenida en condiciones estériles de pacientes con coledocolitiasis o estenosis de colédoco, contenía bacterias casi siempre. Por el

Palabras clave: Obstrucción. Colangitis. Sepsis. Drenaje biliar.

Fecha de recepción: Febrero 1995.

contrario, los cultivos eran negativos en pacientes ictericos con tumores hepáticos o del colédoco.

— Vía hematogena, sobre todo cuando hay obstrucción prolongada de la vía biliar y/o presencia de colecistitis supurada (8).

Desempeña un importante papel la bacteriemia portal. Según HUANG, sin bacteriemia previa no hay infección del árbol biliar, aunque la oclusión sea completa. El número de gérmenes en sangre se eleva en proporción exponencial al aumento de la presión biliar, insistiendo este autor en que dicho aumento es el factor más importante en la patogenia de la colangitis, en coincidencia con el criterio de YOSHITOMI.

Los cultivos de bilis pueden ser positivos en un 95%, siendo los gérmenes con más frecuencia hallados: E. Coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterococos y Proteus (Tabla I, tomada de BOCKUS, 1987, pág. 4.045); por el contrario no ocurre lo mismo con los hemocultivos, no llegando su positividad al 40% (9).

Manifestaciones clínicas:

La sintomatología puede presentarse como primera manifestación de la enfermedad o bien en el curso de una colangitis aguda recurrente, viniendo el cuadro clínico determinado por la triada de CHARCOT (hipocondralgia derecha, ictericia y fiebre con escalofríos), lo que junto con las alteraciones del S.N.C. y shock séptico constituiría la pentalogía de REYNOLDS.

El dolor abdominal tiene una intensidad paralela al aumento de presión en la V.B.P. La confusión mental y el letargo son signos de mal pronóstico, soliendo preceder al shock, cuya presentación hace imperativa la descompresión quirúrgica urgente de la V.B.P. El shock está directamente relacionado con el acúmulo de material purulento a presión en el árbol biliar.

Datos de laboratorio:

Destacan leucocitosis con franca desviación a la izquierda, así como patrón de ictericia obs-

Tabla I. (Tomada de BOCKUS, 1987)
Bacterias cultivadas en la bilis en casos de colangitis (%)*

Bacterias	Referencias				
	Pitt y cols.	Shimada y cols. **	Scott y Khan	Boey y Way	Thompson y cols.
Aerobios:					
E. Coli	34	83	43	34	36
Klebsiella	22	61	15	20	41
Pseudomona	16	—	8	13	62
Proteus	7	—	—	—	16
Enterococcus	26	43	5	—	20
Serratia	5	—	—	—	25
Streptococcus	7	—	30	—	—
Anaerobios:					
Bacteroides	12	39	—	—	3
Clostridium	3	35	—	—	—

(*) Puede haber más de un microorganismo.

(**) Sólo colangitis supuradas.

tructiva no muy marcado. También encontramos signos de insuficiencia renal y conforme avanza el cuadro clínico, alteraciones hematológicas severas.

Diagnóstico:

Además de los datos obtenidos por la clínica y el laboratorio, es de primordial importancia el diagnóstico por la imagen, especialmente la Ecografía o la TAC, buscando la dilatación del árbol biliar; de mayor utilidad es la práctica de C.T.P.H. o bien de la C.P.R.E., pues además de ayudarnos al diagnóstico, van a ser medidas terapéuticas de gran valor (3).

Tratamiento:

Es la descompresión del árbol biliar principal la única actitud terapéutica efectiva para este tipo de patología, descompresión que ha de llevarse a efecto bien por vía percutánea, endoscópica o mediante cirugía convencional. Además del tratamiento quirúrgico y antibiótico específico, estos pacientes precisarán de medidas de sostén de los sistemas afectados requiriendo por lo general de cuidados intensivos.

Pacientes y métodos

Exponemos nuestra experiencia a lo largo de 15 años (1980-93) en los que hemos recogido 13 casos de entre 3.945 pacientes intervenidos por patología biliar; de ellos 9 casos (69,2%) han correspondido a mujeres y 4 casos (30,7%) a hombres, con una edad media de 70,1 años (r = 38-90 años). El cuadro clínico dominante viene expresado por la pentalogía de REYNOLDS (Tabla II).

La etiología de la obstrucción biliar viene determinada en la mayoría de los casos por la presencia de cálculos en colédoco (Tabla III).

En todos ellos, el diagnóstico clínico de sospecha fue confirmado mediante técnicas por imagen. En 12 pacientes se practicó Ecografía hepatobiliar y en 1 se llegó al diagnóstico mediante CTPH, siendo común en todos la presencia de dilatación del árbol biliar intra y extrahepático, hallando además en un caso la presencia de abscesos hepáticos múltiples. La técnica quirúrgica empleada se muestra en la tabla IV.

Especial interés se puso, tras la apertura de la cavidad abdominal, en la toma de muestras de bilis para estudio bacteriológico, con los resultados obtenidos en la Tabla V.

Tabla II. Cuadro clínico

Síntomas	Pacientes	%
Dolor en H.D.	13	100
Fiebre + escalofríos	13	100
Patrón de Ictericia Obstructiva	13	100
Alteraciones del S.N.C.	10	72
Shock	6	45

Tabla III

Etiología	Casos	%
Papilitis	2	15,38
Coledocolitiasis residual	1	7,67
Colecisto y coledocolitiasis	10	72,30

Tabla IV Técnica quirúrgica

Colecistectomía + Coledocotomía + Kehr	10
Coledocotomía + Kehr	2
Colecistectomía + Coledocotomía + Papilotomía + Kehr	1

Tabla V Gérmenes

E. Coli	12
Klebsiella	6
Serratia	2
Pseudomonas	2
Enterococo	1
Proteus	1
Candida	1

Tabla VI Resultados

	Pacientes	%
Viven	8	61,5
Exitus	5	38,5
Sepsis	3	
Hemorragia	1	
E. A. Pulmón	1	

Resultados

De los 13 pacientes intervenidos, 5 fallecieron, 3 por sepsis, uno por hemorragia digestiva y otro por edema agudo de pulmón (Tabla VI).

Conclusiones

La colangitis aguda supurada obstructiva es una entidad clínica caracterizada por la obstrucción completa de la vía biliar principal junto con fenómenos sépticos. La instauración de letargo mental y shock en un paciente con triada de CHARCOT debe obligarnos a pensar en la evidencia de una C.A.S.O.

Es la coledocolitiasis la causa más importante de este cuadro clínico (9); con menor frecuencia se da en pacientes con cirugía previa sobre las vías biliares y en portadores de enfermedad maligna del árbol biliar (9, 11).

Ante la sospecha de una C.A.S.O. además de un Rx de abdomen simple, que nos informará sobre la presencia de aire en el árbol biliar, debemos practicar Ecografía/TAC para confirmar la presencia de dilatación de la vía biliar con o sin cálculos, que nos aseguraría el diagnóstico clínico (8).

Si las técnicas citadas anteriormente no son resolutivas desde el punto de vista diagnóstico, recurriremos a la práctica de una C.T.P.H. (Co-

langiografía transparietohepática) que además cumplirá fines terapéuticos, y si contamos con personal experto, estos fines llegarían a un límite mediante la práctica de C.P.R.E. (17). La cirugía urgente se impone como tratamiento de esta enfermedad, ya que la actitud abstencionista conllevaría irremediablemente al 100% de mortalidad frente al 33-48% de los pacientes intervenidos (5, 14). Nuestra actitud quirúrgica ha de ir encaminada a la descompresión de la V.B.P. Actualmente un método alternativo al tratamiento quirúrgico es la C.P.R.E., siendo el tratamiento de elección

cuando se sospecha la impactación de un cálculo biliar o estenosis benigna del colédoco distal (3, 10), lo que reduciría el riesgo asociado de esta enfermedad con el drenaje quirúrgico urgente (6, 17). ◀

M. Medina Cuadros, B. Dueñas Rodríguez, G. Martínez Gallego, A. Cózar Ibáñez, A. Gómez Ortega, M. Ruiz Mateas, M. D. González Olid, M. C. Quesada Peinado, Hospital General de Especialidades «Ciudad de Jaén».

Bibliografía

1. BILBOA, N. K., et als.: «Complications of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. A study of 10.000 cases». *Gastroenterology*, 1976; 70:314-20.
2. HIMAL, H. S.: «The role of endoscopic papillotomy in ascending cholangitis». *Am-Surg.*, 191 apr.; 57 (4):241-4.
3. HIMAL, H. S. et als.: «Ascending cholangitis: Surgery versus endoscopic or percutaneous drainage». *Surgery*, 1990 Oct.; 108 (4):629-33.
4. HUANG, T. et als.: «The significance of biliary pressure in cholangitis». *Arch. Surg.*, 1969; 98:629-32.
5. LAI, E. C. et als.: «Emergency surgery for severe acute cholangitis. The high-risk patients». *Ann-Surg.*, 1990, Jan.; 211 (1):55-9.
6. LAU, W. Y. et als.: «Operative choledochoscopy in patients with acute cholangitis: a prospective, randomized study». *Br. J. Surg.*, 1991 Oct. 78 (10):1.226-9.
7. LEE, W. S. et als.: «Surgery cholangitis: bacteriology and choice of antibiotic». *Hepatogastroenterology*, 1992, Aug.; 39 (4): 347-9.
8. LIM, J. H., et als.: «Oriental cholangiohepatitis: Sonographic findings in 48 cases». *Am. J. Roentgenol.*, 1990 Sep.; 155 (3): 511-4.
9. LIPSETT, P. A., et als.: «Acute cholangitis». *Surg. Clin. North. Am.*, 1990 Dec.; 70 (6): 1.297-312.
10. LIVINGSTON, E. H.: «Endoscopic biliary drainage for acute cholangitis». *N. Engl. J. Med.*, 1992, Oct. 15; 327 (16): 1.176.
11. MATTHEWS, J. B. et als.: «Recurrent cholangitis with and without anastomotic stricture after biliary-enteric bypass». *Arch. Surg.*, 1993, Mar.; 128 (3):269-72.
12. MOTTE, S., et als.: «Risk factors for septicemia following endoscopic biliary stenting». *Gastroenterology*, 1991, Nov.; 101 (5):1.374-81.
13. NARHWOLD, D. L.: «Acute cholangitis». *Surgery*, 1992, Sep.; 112 (3):487-8.
14. NG, W. T., et als.: «Recurrent pyogenic cholangitis: Current management: a word of caution». *World. J. Surg.*, 1992, Jan.-Feb.; 16 (1):150.
15. OSTERMILLER, W., et als.: «Acute obstructive cholangitis». *Arch. Sur.*, 1965, 90:392-5.
16. REYNOLDS, B. M. et als.: «Acute obstructive cholangitis. A distinct clinical syndrome». *Annals of Surgery*, 1959; 150-2: 299-303.
17. SINAMAN, M. C.: «Acute cholangitis». *Infect. Dis. Clin. North. Am.*, 1992; Sep. 6 (3):571-99.
18. SCOTT, A. J., et als.: «Origin of bacteria in bile duct». *Lancet*, 1967; 2:790-2.
19. YOSHITOMI, G., et als.: «La cholangite suppurée occlusive aigue». *Lyon Chirurgial*, 1980; 26-1: 20-22.