

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

COLANGITIS AGUDA SUPURADA

T E S I S
Que para obtener la Especialidad en
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. ANTONIO ALBERTO ALVAREZ FARIAS



Asesor
DR. REFUGIO IBAÑEZ FUENTES

México, D. F.

1990





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I). INTRODUCCION
- II). ANTECEDENTES
- III). FISIOPATOLOGIA
- IV). MANIFESTACIONES CLINICAS
- V). TRATAMIENTO
- VI). COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
- VII). OBJETIVOS
- VIII). MATERIAL Y METODOS
- IX). RESULTADOS
- X). DISCUSION
- XI). CONCLUSIONES
- XII). FIGURAS
- XIII). TABLAS
- XIV). REFERENCIAS

INTRODUCCION

La colangitis aguda es un problema quirúrgico que abarca una gran variedad de patologías, siendo la gran mayoría de tipo benigno y ocupa el tercer lugar de la cirugía abdominal de urgencia en algunas series [1].

El método diagnóstico más importante es principalmente clínico y por los estudios de gabinete empleados. El tratamiento independientemente de la etiología es el drenaje de la vía biliar que puede ser por abordaje quirúrgico ó por métodos endoscópicos.

La mortalidad global de los procedimientos terapeuticos es del 40% aproximadamente y las complicaciones más encontradas son: colangitis recurrente, absceso hepático, absceso intraabdominal, infección de la herida y pancreatitis.

En nuestro medio contamos con pocos estudios acerca de esta patología, por lo que consideramos de interés presentar la casuística de nuestro hospital y los resultados obtenidos con el tratamiento de este problema.

ANTECEDENTES

La colangitis aguda se describió por primera vez en 1887 por Charcot, quien incluyó en esta entidad al DOLOR, la ICTERICIA y la FIEBRE, como los síntomas cardinales. Rogers en 1903 mencionó a la obstrucción de la vía biliar como su principal etiología además de que trató, sin éxito, de descomprimir por primera vez al colédoco[1,2].

En 1940 Cuttler y Zollinger reafirmaron los conceptos vertidos por Charcot y Rogers. Cinco años más tarde Grant informó de tres casos en los que se descomprimió con éxito la vía biliar[2].

Reynolds y Dargan en 1953[3] se describieron dos nuevos datos clínicos: la depresión del sistema nervioso central, manifestado por letargia y confusión mental, que puede evolucionar al coma y choque séptico. Ellos enfatizaron la necesidad de descomprimir la vía biliar para resolver tales problemas.

En México, destaca el trabajo publicado por Orozco y Arrubarrena del Centro Médico La Raza del IMSS, quienes en 1984 en un estudio retrospectivo de 24 pacientes, encontraron una morbilidad del 38% y mortalidad del 8%, con una mayor incidencia en la quinta década de la vida y siendo la etiología benigna (84%) la causa más frecuente de obstrucción de la vía biliar[4].

FISIOPATOLOGIA

La colangitis aguda es una enfermedad que varía en grado de severidad, caracterizado por la existencia de inflamación aguda e infección de las vías biliares, con presencia ó nó de secreción purulenta en el interior de las mismas[4,5] por lo que O'Connors en 1982 dividió a la enfermedad en supurativa y no supurativa. La colangitis aguda supurativa se observa en el 15% de los casos, siendo su variedad más rara la colangitis escerosante[6].

La infección biliar asociada a un estado de sepsis grave que se observa en el paciente, es resultado de la interacción entre la resistencia del huésped, los factores predisponentes y la virulencia del agente agresor.

Reynolds refiere que gran parte de las manifestaciones clínicas son consecuencia de un aumento de la presión intracanalicular hacia los sinusoides, con una consecuente bacteremia que puede evolucionar hasta el choque séptico[3].

Las bacterias que infectan la bilis en su mayoría provienen del intestino, siendo tres las vías de acceso: La hematogena, la linfática y por regurgitación directa secundaria a obstrucción parcial ó reflujo a través de anastomosis biliodigestivas.

En la mayoría de los cultivos seriados de billis extraída en estos casos se encuentran gérmenes Gram negativos como son: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Streptococcus faecalis*; y los gérmenes anaerobios más comunes son: *Clostridium perfringens* y *Bacteroides fragilis*[1,2,4,5,11].

Para favorecer el desarrollo de gérmenes es frecuente la estasis biliar, cuya etiología más frecuente corresponde a:

- 1). Colédocolitiasis.
- 2). Estenosis benigna.
- 3). Compresión extrínseca.
- 4). Fibrosis del ámpula de Vater.

5). Anomalías congénitas.

6). Pancreatitis.

7). Infestaciones por *Ascaris* ó *Clonorchis sinensis*.

En nuestro hospital hemos informado de varios casos de Ascariasis biliar y de fasciola hepática. Federle en 1982 la menciona como una de las causas más frecuente en Asia[1,6,7,8,9,10].

MANIFESTACIONES CLINICAS METODOS DIAGNOSTICOS*

Generalmente se trata de pacientes de edad avanzada, con antecedentes de enfermedad sistémica y/o cirugía de vías biliares.

El cuadro clínico característico consiste en: dolor, ictericia, escalofríos, somnolencia, confusión mental y choque séptico. Boey y Way reportaron que solamente el 70% de los pacientes, tenían los cinco síntomas mencionados por Reynolds[2,5].

El dolor es intenso y a menudo se acompaña de hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho del abdomen; la ictericia suele ser más ó menos intensa dependiendo del tiempo de evolución y la causa; la fiebre habitualmente es elevada y constante, llegando incluso hasta los 40°C.

En la exploración física, los datos de irritación peritoneal se encuentran en el 32% de los casos, las alteraciones mentales en el 15% (tabla 1) y la triada de Charcot del 53 al 63%[2,5].

Entre los datos de laboratorio, existe un aumento en la Bilirrubina total a expensas de la directa y un incremento de la fosfatasa alcalina en suero. Habitualmente existe leucocitosis por arriba de 15000/cc con desviación a la izquierda.

Los estudios de gabinete empleados con mayor frecuencia son: La colangiografía percutánea ó la transendoscópica retrógrada, la ultrasonografía y en algunos casos la Tomografía axial computada. Los hgallazgos habituales son: dilatación de la vía biliar y algunos otros, relacionados con la etiología de la obstrucción[1,6,12,13].

TRATAMIENTO

El tratamiento es eminentemente quirúrgico con la corrección de la obstrucción, aunque se considera indispensable el suministro de antibióticos como la Ampicilina a grandes dosis en el perioperatorio asociado con un aminoglucósido. Recientemente se han utilizado el Metronidazol y las cefalosporinas de tercera y cuarta generación. Como medida preventiva, se ha considerado conveniente el drenaje percutáneo ó endoscópico por medio de una esfinterotomía y la colocación de prótesis endobiliares para derivación interna y descompresión de la vía biliar, con lo que la mortalidad operatoria ha disminuido hasta en un 50%[1,11,14].

El tratamiento quirúrgico varía desde la derivación externa del colédoco por medio de una sonda en T, la esfinteroplastia, hasta las derivaciones biliodigestivas. La mortalidad general de los procedimientos quirúrgicos es cercana al 40%.

El tratamiento médico es indispensable como medida previa y asociada al tratamiento quirúrgico, ya que su tratamiento exclusivo en un síndrome florido tiene una mortalidad del 100%[1,2].

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Las complicaciones más frecuentes mencionadas por O'Connors en todo procedimiento terapéutico se encuentran mencionadas en la tabla 2. De estas las más frecuentes son: colangitis recurrentes, infección de la herida y abscesos hepático e intraabdominal.

En resumen se trata de un problema severo con cifras altas de morbimortalidad, lo que motivó la revisión de nuestra casuística, además de comparar los resultados informados por otros autores.

OBJETIVOS*

- a). Identificar las manifestaciones clínicas y los procedimientos de diagnóstico más utilizados.
- b). Conocer la etiología más frecuente.
- c). Evaluar los resultados de los procedimientos terapéuticos utilizados.
- d). Determinar las enfermedades asociadas presentes en el sujeto de estudio.
- e). Determinar la morbilidad y mortalidad de los pacientes atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 155 expedientes de pacientes de ambos sexos tratados de Enero de 1983 a Diciembre de 1988, con diagnóstico de ingreso que incluyeran lesión de vía biliar, ictericia obstructiva ó colangitis aguda, que hubiesen sido operados por primera vez en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico comprobado de Colangitis Aguda. Se excluyeron todos aquellos expedientes incompletos y en los no se demostró germen alguno en el cultivo biliar.

Se registraron edad, enfermedades asociadas, signos y síntomas, así como tiempo de evolución, datos de laboratorio, procedimientos de gabinete, tipo de cirugía, tratamiento médico empleado, cultivo biliar y complicaciones.

RESULTADOS

SEXO Y EDAD.-

De los 20 casos estudiados, ocho fueron hombres y doce mujeres; la edad tuvo un rango desde los 18 hasta los 85 años con una media de 50.5 años.

PADECIMIENTOS ASOCIADOS.-

En nueve pacientes (45%) se encontraron enfermedades asociadas, siendo las más frecuentes: Diabetes Mellitus (25%), Cardiopatías (15%) (Uno de ellos con Síndrome de Wolff-Parkinson-White) o Hipertensión arterial (10%), (tabla 3).

CUADRO CLINICO.-

Dentro del cuadro clínico referido por el paciente a su llegada al servicio de urgencias, el Dolor, la Ictericia y la Fiebre fueron los síntomas predominantes, sin embargo la triada de Charcot como tal fué referida solamente en el 70% de los casos (Tabla 4).

Entre los datos encontrados a la exploración física el 35% de los pacientes tuvieron alteraciones en el estado de consciencia sin llegar al coma. La ictericia fué severa en el 40% de los casos y moderada en solamente el 35%. Un solo paciente presentó estado de Choque a su ingreso y uno más en su evolución intrahospitalaria secundaria a un procedimiento diagnóstico. La fiebre aunque no fué un síntoma persistente se encontró a su ingreso al servicio de urgencias en el 100% de los casos, siendo solamente en el 60% de los casos mayor a los 38.5°C.

GABINETE.-

El ultrasonido fué el método diagnóstico más frecuentemente utilizado seguido de la colangiografía I.V. y la colangiografía retrógrada endoscópica.

TRATAMIENTO.-

TRATAMIENTO.-

En base al cuadro clínico, el estado general y los resultados de los estudios de gabinete, el paciente se llevó a tratamiento quirúrgico, antes de las 24 horas de su ingreso. Solamente en dos pacientes se llevó a cirugía después de 48 horas por el empleo de tratamientos asociados. Se utilizó en la gran mayoría la derivación externa de la vía biliar con la utilización de sonda en T en 14 casos. La FINTEROPLASTÍA SE utilizó como tratamiento asociado para la litiasis residual. Con poca frecuencia (15%) se utilizó una derivación biliodigestiva (tabla 7.)

El tratamiento médico asociado al quirúrgico consistió en el suministro de antimicrobianos y los más frecuentemente utilizados fueron los siguientes: Ampicilina, asociado con la administración de Gentamicina, Metronidazol asociado al anterior y más recientemente la utilización de Cefotaxima.

HOSPITALIZACION.-

El tiempo de hospitalización dependió de los hallazgos transoperatorios y la presencia o no de complicaciones postoperatorios. Este varió de los 8 a los 30 días con un promedio de 12.

ETIOLOGIA.-

La causa desencadenante de la obstrucción de las vías biliares en el 100% de los casos fué de tipo benigno, siendo la litiasis coledociana la más frecuente (80%) y la estenosis benigna en el 20%.

COMPLICACIONES.-

La morbilidad fué del 20%, correspondiendo a la infección de la herida quirúrgica en tres casos la causa más frecuente y el absceso residual en otro.

La mortalidad fué del 10% encontrando como causa de muerte el desarrollo de choque séptico, uno de ellos con péntada de Reynolds a momento de su ingreso a urgencias y otro paciente desarrollando choque secundario a un procedimiento terapéutico diagnóstico (CPRE) que posteriormente fué llevado a

DISCUSION

Es bien conocido que la colangitis aguda supurada es una urgencia. Desde que se describió por primera vez por Charcot en 1887, ha sido un reto diagnóstico y terapéutico médico-quirúrgico.

En las series de O'Connors se ha mencionado que uno de los factores de riesgo asociados han sido las enfermedades concomitantes y de estas la Diabetes Mellitus juega un papel importante por los grandes riesgos asociados [5]. En nuestra serie solamente el 45% de los casos se asociaron a otras enfermedades, encontrándose en el 25% sin que se haya presentado complicaciones en estos pacientes en su evolución.

En cuadro clínico mencionado como Triada de Charcot, corroborado por Reynolds en 1945 se corroboró en el 100% de los casos a su ingreso a urgencias, siendo los datos clínicos más frecuentes dolor, fiebre e ictericia. Los dos síntomas agregados por Reynolds se encontraron solamente en el 35% de los casos.

El método diagnóstico más frecuentemente utilizado fué el USG en el 60% de los casos y en dos pacientes se utilizó la colangiografía endovenosa como estudio asociado. Encontramos una elevada especificidad de los hallazgos en el USG como son: paredes vesiculares engrosadas, sombras sónicas posteriores y dilatación de vías biliares extrahepáticas, con lo encontrado en la cirugía, por lo que lo consideramos de gran utilidad como procedimiento diagnóstico (Figs. 3 y 4).

Aunque existen series que refieren utilidad de la TAC en nuestro hospital no contamos con experiencia en cuanto a su uso.

La CPRE es útil pues nos muestra imágenes de estenosis de la vía biliar, la presencia de litos en su interior ó malformaciones congénitas como pancreas anular (Figs. 4a y 4b)

El tratamiento empleado en el 70% de los casos fué el drenaje externo, representado por la colecistectomía y revisión de la vía biliar, con colocación de sonda en T, en el 15% se derivó en forma interna con la utilización de anastomosis

biliodigestivas. El resto de los casos se utilizó una esfinteroplastia.

Lygidakis en 1982, efectuó un estudio comparativo entre estos dos tipos de drenaje con una morbimortalidad mayor en el drenaje externo (23% de mortalidad y 40% de morbilidad) [16] en comparación con nuestra serie en que la morbilidad global fué del 20%, siendo la infección de la herida la más frecuente (15%) y una mortalidad del 10%, lo que significa que el drenaje externo es una buena opción de tratamiento.

Choi en 1981 reportó los resultados tardíos en la esfinteroplastia como tratamiento de la colangitis, la cual se efectuó en forma transduodenal. Los resultados son satisfactorios en el 84% de los casos con una morbilidad del 3.9% [15]. En nuestra serie se efectuaron 4 esfinteroplastias, una de ellas en un paciente con una exploración de vías biliares y como tratamiento asociado en la litiasis residual.

Los resultados etiológicos en el 100% de los casos fueron de tipo benigno siendo en la mayoría (80%) por litiasis y la quinta parte debido a una estenosis.

Los hallazgos en los cultivos biliares en el 100% fueron debido a gérmenes Gram negativos, lo cual no se aleja de lo reportado en las demás series.

CONCLUSIONES

- 1). La triada de Charcot sigue siendo la base de diagnóstico de la colangitis aguda.
- 2). Los métodos diagnósticos de gabinete más útiles fueron: la Ultrasonografía, la Colangiografía intravenosa y la retrógrada endoscópica.
- 3). La etiología benigna es la más frecuente, correspondiendo a la litiasis de colédoco el 80% de los casos y la estenosis benigna el 20%.
- 4). La derivación externa de la vía biliar efectuada de manera temprana da buenos resultados en cuanto al tratamiento quirúrgico.
- 5). La complicación más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica, sin que se encuentre una relación directa con la presencia de enfermedades asociadas. La mortalidad fue del 10%.
- 6). Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron la Diabetes Mellitus y la cardiopatía, sin que se encuentre una relación directa con la morbimortalidad encontrada.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Fig. 1.- Causas etiológicas de la colangitis.

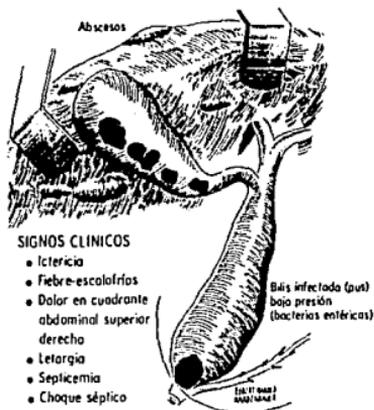


Fig. 2.- Tratamientos sugeridos.



Fig. 3a.- USG en el que se aprecia imagen de lito en el interior de vesícula biliar así como sombra sónica posterior.

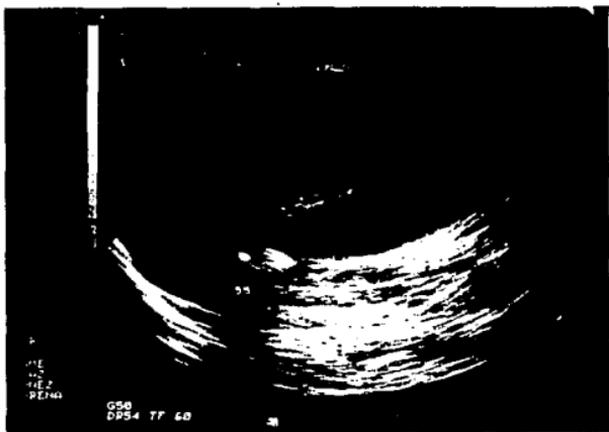


Fig. 3b.- USG en el que se aprecia engrosamiento de paredes de VB, con litos en su interior.

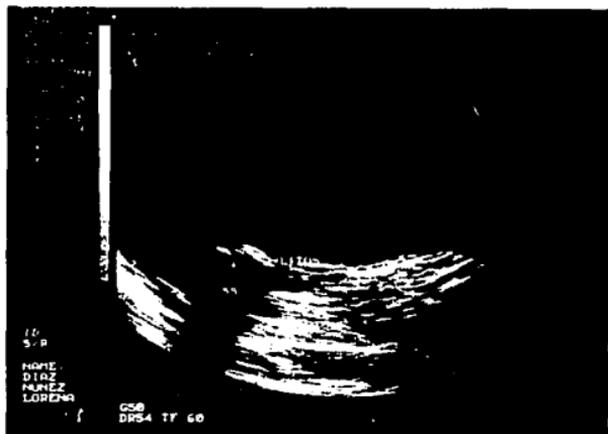


Fig. 4a y 4b.- CPRE. En ambas se aprecia defecto de llenado a nivel de colédocosugestiva de litiasis.



Tabla 1. Datos clinicos.

Síntoma	
Fiebre	39.2±0.1°C
Choque	47%
Irritación peritoneal	32%
Alteraciones mentales	11%
Triada de Charcot	53%
Pentada de Reynolds	5%

Arch. Surg. 117(4), 1982

Tabla 2. Complicaciones postoperatorias

COMPLICACION	CS	CNS
Colangitis recurrente	26	16
Absceso hepático	5	10
Absceso intraabdominal	5	14
Infección de herida	0	17
Pancreatitis	0	6

CNS. Colangitis no supurada

CS. Colangitis supurada

Arch. Surg. 117(4), 1982

Tabla 3. Enfermedades asociadas

TIPO DE ENFERMEDAD	n	(%)
Diabetes Mellitus	5	25
Cardiopatía	3	15
Hipertensión arterial	2	10
Obesidad	1	5
TOTAL		

tabla 4. sintomatología

SINTOMA	n	(%)
Tralada de Charcot	14	70
Dolor		
Intenso	16	80
Moderado	4	20
Ictericia	20	100
Fiebre	14	70

Tabla 5. Datos de exploración física

signo	n	(%)
Ictericia		
Severa	8	40
Moderada	7	35
Leve	5	25
Fiebre		
>38.5°C	8	40
<38.5°C	12	60

Tabla 6. Diagnóstico (Gabinete)

TIPO	n	(%)
Ultrasonografía	12	60
Colangiografía I.V.	4	20
C.P.R.E.	3	15
Colangiografía Percutanea	1	5
TOTAL	20	100

Tabla 7. Tratamiento Quirúrgico

TIPO	n	(%)
Colecistectomía y RVD	14	70
Esfinteroplastia	4	20
Coledocoduodenoanastomosis	2	10
Coledocoyeyunoanastomosis	1	5
TOTAL	20	100

Tabla 8. Resultados de cultivos

GERMEN	n	(%)
Escherichia coli	12	60
Klebsiella	4	20
Protocoso	2	10
Pseudomona	2	10
TOTAL	20	100

REFERENCIAS

- 1). Chock E. et al. Acute Suppurative Cholangitis. Surg. Clin. N. A. 61(4), Aug. 1981.
- 2). Boey J.H. and Way L.W. Acute Cholangitis. Ann. Surg. 191, 264, 1980.
- 3). Reynolds B.M. and Dargan E.L. Acute Obstructive Cholangitis. Ann Surg 150, 264: 1959.
- 4). Orozco G. Arrubarrena V.M. Colangitis aguda supurada. Rev. Gastroenterol. Mex. 49: 1, 1984.
- 5). O'Connor M.J. et al. Acute Bacterial Cholangitis: An analysis of clinical manifestations. Arch Surg, 117(4), Apr, 1982.
- 6). Federle M.P. et al. Recurrent pyogenic cholangitis in asian inmigrants. Use of Ultrasonid, computed tomography and cholangiography. Radiology Apr(1), 1982.
- 7). Ikeda S. et al. Emergency descompression of bile duct in acute obstructive supurative cholangitis by duodenoscopy cumulation. A life saving procedure. World J. Surg. Jul(5), 1981.
- 6)8). Weissglas I.S. et al. Acute supurative cholangitis secondary to malignant obstruction. Can. J. Suerg. Sept, 1981.
- 9). Thomas et al. Cholangitis and pancreatitis duo to juxtapapillary duodenal diverticulum. Endoscopy sphincterotomy is the other alternative in selected cases. Am. J. Gastroenterol. May(5), 1982.
- 10). Thomas J.H. et al. Extrahepatic biliary obstruction secondary to metastasic cancer. Am. J. Surg. 142(6), Dec, 1981.

- 11). Shinada K. Bacteriology of acute obstructive suppurative cholangitis of aged. J. Clin. Microbiol. Nov 14(50), 1981.
- 12). Choi T.K. Choledocojejunostomy in treatment of primary cholangitis. Surg. Gynecol. Obstet. Jul 155(1), 1982.
- 13). O'Connor M.J. et al. The clinical and pathologic correlation in mechanical biliary obstruction and acute cholangitis. Ann. Surg. Apr 195(4), 1982.
- 14). Pellegrini C.A. et al. Bilirubin and Alkaline Phosphatase values before and after surgery for biliary obstruction. Am. J. Surg. Jan 143(3), 1982.
- 15). Choi T.K. et al. Late results of sphincteroplasty in treatment of primary cholangitis. Arch. Surg. Sept 116(9), 1981.
- 16). Lygidakis N.J. et al. Acute suppurative cholangitis: Comparison of internal and external biliary drainage. Am. J. Surg. Mar 143(3), 1982.