

PATOLOGÍA BILIAR Y PANCREÁTICA URGENTE

Alejandro Hugo Verde Porcel
Aparato Digestivo - Medicina Interna
Hospital La Inmaculada

ÍNDICE

Colangitis aguda

- Definición, epidemiología y etiología.
- Diagnóstico: sospecha clínica, criterios diagnósticos y clasificación según gravedad.
- Tratamiento: médico inicial, drenaje biliar y shock séptico.

Colecistitis aguda

- Definición, epidemiología y etiología.
- Diagnóstico: sospecha clínica, criterios diagnósticos y clasificación según gravedad.
- Tratamiento: médico inicial, colecistectomía laparoscópica.

Pancreatitis aguda

- Definición, epidemiología y etiología.
- Diagnóstico: criterios diagnósticos, evaluación gravedad.
- Tratamiento: fluidoterapia, analgesia, nutrición, antibioterapia.

COLANGITIS AGUDA: DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Infección aguda de la vía biliar y bilirrubina estancada tras obstrucción de la vía biliar (extrahep).

Infección frecuente: Proporción anual del 0.3-1.6% de personas con colelitiasis (10% población mundial).

Mortalidad descendiente: 2.7-10%.

Causas

- **COLEDOCOLITIASIS (30-70%).**
- Tumores (10-30%): Ampuloma, colangiocarcinoma, cabeza de páncreas, hígado (intrahep).
- Post-CPRE (riesgo 0.5-2.4%).

Bacterias

- **BGN: E. COLI (35-62%), Klebsiella (12-28%).**
- BGP: Enterococcus(10-23%), Streptococcus (6-9%).
- Anaerobios (1%, 4-20% bilis).

DIAGNÓSTICO
COLANGITIS
AGUDA:
SOSPECHA
CLÍNICA

Triada de Charcot

- **FIEBRE + ICTERICIA + DOLOR ABD HCD.**
- Muy específico pero poco sensible (21-24%).

Pentada de Reynolds

- Triada de Charcot + **ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA + SHOCK HD**
- Infrecuente (3-14%), pero indica gravedad y aumento de mortalidad.

DIAGNÓSTICO COLANGITIS AGUDA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Signos de inflamación sistémica

- **FIEBRE** > 38 °C y/o escalofríos.
- Datos analíticos **INFLAMACIÓN SISTÉMICA**: leucocitosis >10.000, leucopenia <4.000, PCR >1, VSG > 25.

B. Datos analíticos de colestasis

- Bilirrubina total > 2 MG/DL.
- Enz colestasis (FA y GGT) / citolisis (AST, ALT) > 1.5 LSN

C. Hallazgos radiológicos compatibles (Eco/TC)

- **DILATACIÓN DE VÍA BILIAR** extrahepática y/o intrahepática.
- **EVIDENCIA ETIOLÓGICA** de obstrucción de vía biliar (litiasis, estenosis, prótesis).

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: Un criterio A + B o C.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Un criterio A + B + C.

DIAGNÓSTICO COLANGITIS AGUDA: CLASIFICACIÓN GRAVEDAD

Colangitis aguda leve (Grado I)

- **SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA** ni datos de grado moderado.
- **RESPUESTA A TRATAMIENTO** médico inicial.

Colangitis aguda moderada (Grado II)

- **SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA.**
- Presencia de al menos **DOS DE LOS SIGUIENTES** criterios: leucocitosis $> 12.000/mm^3$, leucopenia $< 4.000/mm^3$, fiebre alta $> 39^\circ$, edad > 75 años, hiperbilirrubinemia > 5 mg/dl, hipoalbuminemia < 0.7 LSN.

Colangitis aguda grave (Grado III)

- Signos de **DISFUNCIÓN ORGÁNICA**, con presencia de cualquiera de los siguientes:
 - Cardiovascular: Hipotensión que precisa fármacos vasopresores (Dopamina $\geq 5 \mu g/kg/min$ o cualquier dosis de noradrenalina).
 - Neurológico: Alteración del nivel de consciencia.
 - Respiratorio: $PaO_2/FiO_2 < 300$.
 - Renal: Creatinina > 2 mg/dl u oliguria (> 400 ml/24h).
 - Hepático: Tiempo de protrombina > 1.5 .
 - Hematológico: Plaquetas $< 100.000/mm^3$.

TRATAMIENTO
COLANGITIS
AGUDA:
TRATAMIENTO
MÉDICO INICIAL

Dieta absoluta

- En las **fases iniciales**, ante posibilidad de drenaje biliar urgente.
- Si buena evolución **iniciar ingesta**.

Fluidoterapia y reposición hidroeléctrica

- Soluciones **CRISTALOIDES** (suero fisiológico).
- Si sepsis grave o shock: 30 ml/kg en 3 horas.

Antibioterapia empírica intravenosa

- **PRIMERAS 6 HORAS** (1ª hora si shock séptico) tras HC.
- Gra. I: Ceftriaxona (1-3º gen).
- Gra. II: **PIPERACILINA-TAZOBACTAM**, ceftriaxona (3ª)
- Gra. III y nosocomial: Piperacilina-Tazobactam, meropenem, cefepime/ceftazidima (4-5º gen).

Analgesia

- Intravenosa e **intensiva**.
- Iniciar con **primer escalón terapéutico**, posibilidad de opioides.

TRATAMIENTO COLANGITIS AGUDA: DRENAJE BILIAR

Técnica:

- Elección: **COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE).**
- Alternativa: Drenaje trashepático percutáneo (DTPH).
- Excepcional: Drenaje quirúrgico.

Momento

- **CLA LEVE: NO PRECISA**, salvo no respuesta tratamiento médico 24h.
- **CLA MODERADA: Menos 24H.**
- **CLA GRAVE: Urgente (menos 24-12H).**

TRATAMIENTO
COLANGITIS
AGUDA: SHOCK
SÉPTICO

Antibioterapia empírica intravenosa (piperacilina-tazobactam) en la 1ª hora.

Fluidoterapia intensiva con soluciones cristaloides (30 ml/kg en 3 horas).

Soporte respiratorio: ventilación o intubación orotraqueal.

Soporte circulatorio: Fármacos vasoactivos (dopamina, noradrenalina).

Trasladar al paciente a la UCI.

Drenaje biliar urgente tras estabilización respiratoria y circulatoria del paciente.

COLECISTITIS AGUDA: DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Inflamación aguda de la vesícula biliar por obstrucción del conducto cístico.

Una de las principales urgencias quirúrgicas (20-30% consultas abdomen agudo).

Mayor frecuencia que CLA: Proporción anual del 3.8-12% de personas con colelitiasis (10% población mundial).

Menor gravedad que CLA: Graves 6% (vs 12%), mortalidad 1%.

Causas

- **COLELITIASIS (90-95%).**
- Alitiásica (isquemia): Cirugía, traumas, fallo orgánico, nutrición parenteral, enf. Autoinmunes, SIDA, parásitos.

Bacterias

- **BGN: E. COLI (35-62%), Klebsiella (12-28%).**
- **BGP: Enterococcus(10-23%), Streptococcus (6-9%).**
- **Anaerobios (1%, 4-20% bilis).**

DIAGNÓSTICO
COLECISTITIS
AGUDA:
SOSPECHA
CLÍNICA

Dolor continuo en el hipocondrio derecho.

Fiebre.

Náuseas y vómitos.

Signo de Murphy (interrupción de la inspiración forzada al presionar la vesícula palpando el reborde costal derecho).

DIAGNÓSTICO COLECISTITIS AGUDA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Signos locales de inflamación

- **SIGNO DE MURPHY POSITIVO.**
- Dolor, defensa o masa palpable en hipocondrio derecho.

B. Signos sistémicos de inflamación

- **FIEBRE.**
- Leucocitosis.
- Elevación de la PCR.

C. Hallazgos radiológicos compatibles (Eco/TC)

- Murphy ecográfico positivo.
- **COLELITIASIS.**
- **PARED VESICULAR > 4 MM.**
- Diámetro vesícula > 8 cm.
- Líquido pericolecístico.
- Trilaminación de la pared.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: Un criterio A + B.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Un criterio A + B + C.

DIAGNÓSTICO COLECISTITIS AGUDA: CLASIFICACIÓN GRAVEDAD

Colecistitis aguda leve (Grado I)

- **SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA** ni datos de grado moderado.

Colecistitis aguda moderada (Grado II)

- **SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA.**
- **PRESENCIA:** leucocitosis $> 18.000/mm^3$, masa palpable HCD, duración $> 72h$, inflamación grave (gangrenosa, enfisematosa, peritonitis, abscesos).

Colecistitis aguda grave (Grado III)

- Signos de **DISFUNCIÓN ORGÁNICA**, con presencia de cualquiera de los siguientes:
 - Cardiovascular: Hipotensión que precisa fármacos vasopresores (Dopamina $\geq 5 \mu g/kg/min$ o cualquier dosis de noradrenalina).
 - Neurológico: Alteración del nivel de consciencia.
 - Respiratorio: $PaO_2/FiO_2 < 300$.
 - Renal: Creatinina $> 2 mg/dl$ u oliguria ($> 400 ml/24h$).
 - Hepático: Tiempo de protrombina > 1.5 .
 - Hematológico: Plaquetas $< 100.000/mm^3$.

TRATAMIENTO
COLECISTITIS
AGUDA:
TRATAMIENTO
MÉDICO INICIAL

Dieta absoluta

Fluidoterapia y reposición hidroeléctrica

- Soluciones **CRISTALOIDES** (suero fisiológico).
- Si sepsis grave o shock: 30 ml/kg en 3 horas.

Antibioterapia empírica intravenosa

- **PRIMERAS 6 HORAS** (1ª hora si shock séptico) tras HC.
- Gra. I: Ceftriaxona (1-3º gen).
- Gra. II: **PIPERACILINA-TAZOBACTAM**, ceftriaxona (3ª).
- Gra. III y nosocomial: Piperacilina-Tazobactam, meropenem, cefepime/ceftazidima (4-5º gen).

Analgesia

- Intravenosa e **intensiva**.
- Iniciar con **primer escalón terapéutico (AINEs)**, posibilidad de opioides.

TRATAMIENTO
COLECISTITIS
AGUDA:
COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA

Colecistitis aguda leve (Grado I):

- Colecistectomía **PRECOZ < 7 DÍAS (< 72 h)**:
 - Ausencia comorbilidades (ASA < 3 o Charlson < 5).
 - Embarazadas 2º trimestre.
 - No cirugía y mala evolución: Colecistostomía.

Colecistitis aguda moderada (Grado II):

- Colecistectomía **PRECOZ < 7 DÍAS (< 72 h)** :
 - Evolución < 7 días (si más, diferida 6 sem).
 - Signos de inflamación local marcada: gangrenosa, enfisematosa, absceso, peritonitis.
 - Ausencia comorbilidades (ASA < 3 o Charlson < 5).
 - No cirugía y mala evolución: Colecistostomía.

Colecistitis aguda grave (Grado III):

- **COLECISTOSTOMÍA URGENTE + COLECISTECTOMÍA DIFERIDA.**
- Colecistectomía urgente solo si no se dispone de posibilidad de drenaje.

PANCREATITIS AGUDA: DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Inflamación aguda del páncreas

- **80% LEVE:** Edema de páncreas.
- **20% grave (20-30% mortalidad):** Complicaciones locales, SIRS.

Incidencia: 13-45 casos/100.000 hab/año.

Etiología

- **BILIAR (60-80%)** → PA recurrente.
- **Tóxicos:** Alcohol (4-10% alcoholismo crónico), tabaco.
- **Post-CPRE.**
- **Hipertrigliceridemia e hipercalcemia.**
- **Fármacos (Azatioprina).**
- **Miscelánea (*prss1* → PA hereditaria)**
- **20-30%: IDIOPÁTICAS (EN >40 AÑOS DESCARTAR PATOLOGÍA TUMORAL)**

DIAGNÓSTICO PANCREATITIS AGUDA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Dolor abdominal característico

- **EPIGÁSTRICO IRRADIADO A HIPOCONDRIOS Y ESPALDA EN CINTURÓN.**
- Gran intensidad, sensibilidad abdominal, posición antiálgica

B. Elevación de enzimas pancreáticas x 3 LSN

- **LIPASA:** 4-8 h. Mayor sensibilidad y especificidad.
- **Amilasa:** 6-24 h. Puede ser normal el alcohol o hiperTG.

C. Prueba de imagen

- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** edema de páncreas, colelitiasis.
- **TC solo para descartar COMPLICACIONES > 72 H**

DIAGNÓSTICO: 2 DE 3 CRITERIOS

DIAGNÓSTICO
PANCREATITIS
AGUDA:
EVALUACIÓN
GRAVEDAD

ATLANTA (clasificación gravedad)

- Leve: Sin complicaciones locales ni sistémicas.
- Moderada: Complicaciones locales (necrosis, colecciones) o fallo orgánico transitorio.
- Grave: Fallo orgánico persistente (> 48 h).

BISAP (predicción de gravedad):

- BUN > 25 mg/dl.
- Deterioro del estado mental.
- SIRS: leucocitos > 12.000 o < 4.000, $T^a > 38^\circ$ o < 36° , FC > 90 lpm, FR > 20 rpm o $pCO_2 < 32$.
- Edad >60 años.
- Derrame pleural.

TRATAMIENTO PANCREATITIS AGUDA: FLUIDOTERAPIA

Intensiva

- SIRS → Extravasa fluidos → Hipovolemia/hipoperfusión → Necrosis pancreática + Compromiso renal y cardiaco
- 5-10 ml/kg/hora (2500-4000 ml en las primeras 24-48 horas, salvo comorbilidades: 1500 ml).
- Depleción grave de volumen: 20ml/kg durante 30 minutos + 3ml/kg/hora 12 horas.

Ringer Lactato vs soluciones cristaloides

- Inhibidora sobre la activación de células inflamatorias
- Menos SIRS = Menos tercer espacio = Menos volumen.
- NO en hipercalcemia

Objetivo

- Diuresis > 0.5-1 ml/kg/hora.
- FC < 120 lpm.
- PAM 65-85 mmHg.
- Hematocrito < 44%.
- Mejoría urea / BUN

TRATAMIENTO
PANCREATITIS
AGUDA:
ANALGESIA

ANALGESIA
MULTIMODAL

Periférica (AINES): Dolor leve-moderado

- 1º Metamizol (menos gastrolesivo).
- 2º Ibuprofeno, dextetoprofeno.

Central (Opioides): Dolor intenso

- 1º Mepetidina (no aumenta presión biliar).
- 2º Morfina, fentanilo.

TRATAMIENTO PANCREATITIS AGUDA: NUTRICIÓN

Pancreatitis aguda leve

- Inicio alimentación **VÍA ORAL EN 24-48 H.**
- Sólida baja en grasa, rica HdC y proteínas.

Pancreatitis aguda moderada

- Preferible **VÍA ORAL.**
- Si no posible 3-4 días: **NUTRICIÓN ENTERAL**

Pancreatitis aguda grave

- Inicio **NUTRICIÓN ENTERAL**
 - Polimérica o semielemental.
 - Vía gástrica (SNG).
 - Infusión continua.
- Nutrición parenteral:
 - NE mal tolerada.
 - Requerimientos energéticos insuficientes.
 - Íleo paralítico.

TRATAMIENTO
PANCREATITIS
CRÓNICA:
ANTIBIOTERAPIA

Antibioterapia profiláctica:

NO RECOMENDADA prevención de complicaciones infecciosas.

Necrosis (peri)pancreática infectada (NPI)

- **2º semana** (solo 7% en 1º semana, si fiebre sospechar origen extrapancreas).
- Sospecha: **Pancreatitis aguda + Fallo orgánico > 2ª semana.**
- Microorganismos: **Enterobacterias, estafilococos, P. Aeruginosa.**
- Antibioterapia: **Meropenem / Imipenem.**

BIBLIOGRAFÍA

- Tokio Guidelines 2013 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis.
- Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute colangitis.
- Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute colangitis.
- Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis.
- Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018.
- Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis.
- Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis.
- Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis.
- Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda.
- Determinants of severity in acute pancreatitis: a nation-wide multicenter prospective cohort study.
- Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis: A triple-blind, randomized, controlled trial.
- Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis.

MUCHAS GRACIAS