

COLANGITIS

Autores: Miriam de Mata Iglesias(1), Teresa Oliva González(1), Álvaro Muñoz Galindo (2), Andrea Montiel Moreno(3), Laura Quijada Gutiérrez(2), Henar Pérez Ramos (2)

(1)Centro de Salud Miguel Armijo Moreno, (2)Centro de Salud Alamedilla, (3)Centro de Salud Casto Prieto,
UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA

INTRODUCCIÓN:

Colangitis aguda es un síndrome clínico caracterizado por fiebre, ictericia, dolor abdominal y que se desarrolla como resultado de la estasis y la infección en el tracto biliar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 77 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia en tratamiento con estatinas y repaglinida. Acude al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal a nivel de flanco derecho de 15 horas de evolución, sin irradiación. No presenta cortejo vegetativo ni fiebre. Desde hace 4 días refiere acolia y coluria. A la exploración física dolor a la palpación en flanco derecho y Murphy positivo, resto normal. En analítica de sangre Bilirrubina indirecta de 7,09 g/dl con perfil hepático alterado y PRC de 18,7 mg/dl. Se realiza ecografía abdominal que se informa como vesícula biliar aumentada de tamaño con pared engrosada y microlitiasis en su interior. El paciente ingresa en el servicio de Digestivo con diagnóstico de colangitis recibiendo tratamiento antibiótico.

Diagnostico diferencial: patología biliar o intestinal, Pancreatitis, absceso hepático, etc.



ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE ACTUACIÓN:

La colangitis aguda se debe sospechar si un paciente tiene dos o más de los siguientes: una historia de enfermedad biliar, fiebre y / o escalofríos, ictericia y dolor abdominal. El diagnóstico es considerado definitivo si también hay evidencia de una respuesta inflamatoria, pruebas hepáticas anormales y dilatación biliar. Además, el diagnóstico definitivo se considera si el paciente tiene la triada de Charcot independientemente de otros hallazgos. Del 70 a 80 % de los pacientes con colangitis aguda responderá a tratamiento conservador con terapia de antibióticos. Si no mejora en las primeras 24 horas con el tratamiento conservador, se requiere la descompresión biliar urgente.

PALABRAS CLAVE:

Colangitis, dolor abdominal, ictericia.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Mosler P. Management of acute cholangitis. *Gastroenterology & Hepatology* 2011; 7 (2): 121-123.
- Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *Journal Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007; 14: 15-26.