

## COLANGITIS AGUDA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ÍLEO BILIAR

Dra. Almudena Marco Ibáñez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II

### RESUMEN

El íleo biliar se presenta en el 0.15%-1.5% de los pacientes con colelitiasis y causa entre el 1%-3% de las obstrucciones intestinales, siendo el íleon la zona de impactación más común. Frecuentemente cursa con clínica inespecífica, es secundario a una fístula colecistoduodenal y tiene una elevada morbimortalidad. Respecto al tratamiento, realizar en un primer tiempo la enterotomía con extracción de la litiasis, y en una segunda etapa la colecistectomía y cierre de la fístula, tiene una tasa de mortalidad más baja, aunque presenta una tasa de recurrencia del 5-8%.

En cuanto a la colangitis aguda, su etiología más frecuente es la coledocolitiasis y las enterobacterias los microorganismos más implicados. La triada de Charcot está presente en el 50-75 % de los casos, y puede asociarse a confusión e hipotensión, definiendo la pentada de Reynolds. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, es necesario solicitar analítica de sangre con hemocultivos, ecografía abdominal y en casos complicados TC abdominal. Además de tratamiento de soporte, es preciso iniciar antibioterapia empírica precoz y valorar el drenaje biliar endoscópico.

### PALABRAS CLAVE

Íleo biliar, colangitis, pentada de Reynolds, fístula colecistoduodenal.

### ABSTRACT

Gallstone ileus occurs in 0.15%-1.5% of patients with cholelithiasis and causes between 1%-3% of intestinal obstructions, with the ileum being the most common area of impaction. It frequently presents with non-specific symptoms, is secondary to a cholecystoduodenal fistula and has a high morbidity and mortality. Regarding treatment, performing enterotomy with extraction of the lithiasis in the first stage, and in a second stage cholecystectomy and closure of the fistula, has a lower mortality rate, although it presents a recurrence rate of 5-8%.

Regarding acute cholangitis, its most frequent etiology is choledocholithiasis and enterobacteria are the most implicated microorganisms. Charcot's triad is present in 50-75% of cases, and can be associated with confusion and hypotension, defining the Reynolds pentad. Although the diagnosis is fundamentally clinical, it is necessary to request blood tests with blood cultures, abdominal ultrasound and, in complicated cases, abdominal CT. In addition to support treatment, it is necessary to start early empirical antibiotic therapy and assess endoscopic biliary drainage.

### KEYWORDS

Gallstone ileus, cholangitis, Reynolds pentad, cholecystoduodenal fistula.

# Notas Clínicas

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 85 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2 e ingreso 15 días antes por íleo biliar secundario a fístula colecistoduodenal, extrayéndose litiasis biliar a nivel de íleon mediante laparotomía media. Fue dado de alta sin pauta de antibiótico oral ni indicación de programar colecistectomía.

Es trasladado al Servicio de Urgencias hospitalario por presentar fiebre hasta 39°C de 18 horas de evolución, malestar general, disnea de mínimos esfuerzos, ictericia, coluria y dolor cólico en hipocostado derecho. En su exploración física destacaba la presencia de desorientación temporoespacial, hipotensión arterial y Saturación O<sub>2</sub> 95% con Ventimask con 28% de FiO<sub>2</sub>, así como distensión abdominal.

Respecto a los hallazgos en las pruebas complementarias realizadas, en la gasometría arterial se apreciaba alcalosis respiratoria compensada con acidosis metabólica y en la analítica sanguínea PCR 11.52 mg/dL, PCT 7.3 ng/mL, creatinina 2.36 mg/dL, bilirrubina total 6.9 ng/mL con bilirrubina directa 4.62 mg/dL, aumento de amilasa y lipasa, hipertransaminasemia y leucocitosis (10500 10<sup>3</sup>/μL) con neutrofilia (95%). TC abdominal sin contraste (Fig. 1) mostraba neumobilia con dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática, vesícula colapsada con gas en su interior y leve engrosamiento parietal de la porción periampular del colédoco de aspecto inflamatorio.

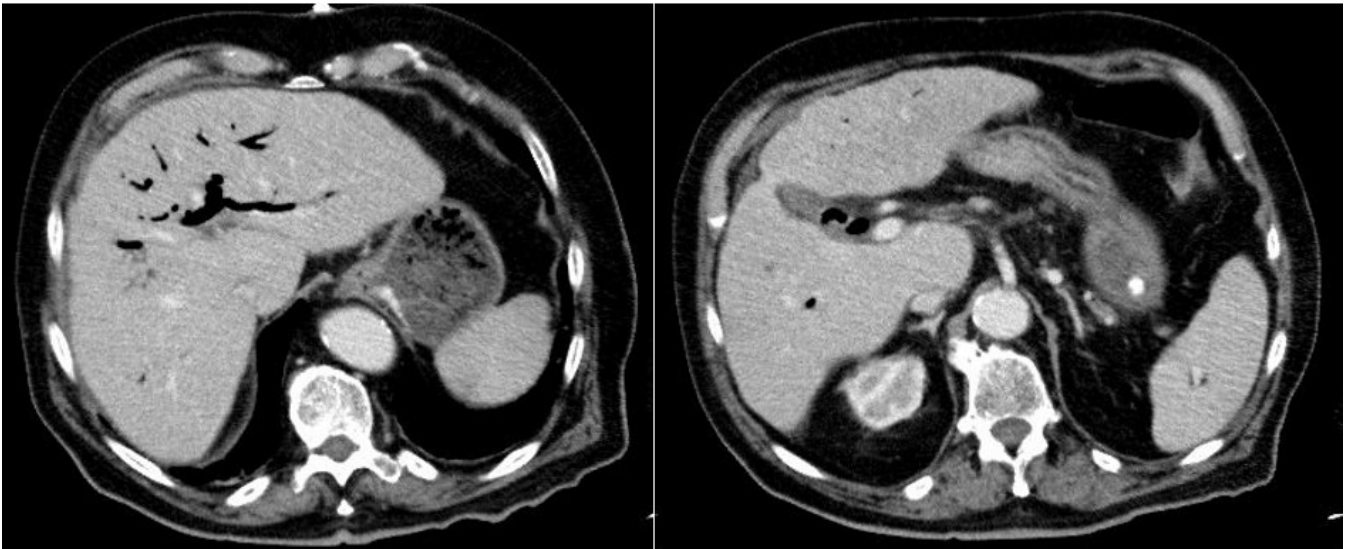


Fig. 1. TC abdominal sin contraste.

En base a los criterios diagnósticos TG18/TG13 (según las Guías de Tokio), el paciente es diagnosticado de colangitis aguda grave. Cirugía General desestima intervención quirúrgica urgente, por lo que se consensua ingreso a cargo del Servicio de Digestivo con tratamiento de soporte y antibioterapia con Piperacilina/Tazobactam, que se mantuvo 14 días tras objetivarse en los Hemocultivos cursados aislamiento de *Escherichia Coli* y *Enterobacter Aerogenes* sensibles a este fármaco.

Durante las primeras 24 horas del ingreso hospitalario el paciente precisó asimismo drenaje biliar urgente, realizándose Colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE, Fig. 2), en la que se observó papila de aspecto friable y colédoco ligeramente dilatado con varios defectos de repleción que se fragmentan y ascienden con el contraste, sugestivos de burbujas de gas, decidiéndose colocar prótesis biliar plástica sin esfinterotomía previa.

## Notas Clínicas



Fig. 2 CPRE

La evolución del paciente fue favorable, tanto desde el punto de vista clínico como analítico. Fue dado de alta 15 días después de su ingreso, asintomático y con buen estado general. Se le indicó Amoxicilina/ácido clavulánico 10 días vía oral, seguimiento conjunto desde Atención Primaria y acudir a consulta de Cirugía General para valorar colecistectomía y reparación de probable fístula enterobiliar persistente.

### DISCUSIÓN

La pentada de Reynolds es una forma de presentación infrecuente de la colangitis aguda pero asociada a una elevada morbimortalidad, siendo claves tanto la sospecha diagnóstica como la instauración precoz de tratamiento. Este caso ilustra la importancia de fundamentar en la clínica la petición de pruebas complementarias, recordar los antecedentes del paciente para pensar en etiologías menos comunes y proporcionarle al alta recomendaciones claras sobre su patología, posibles complicaciones y alternativas terapéuticas. Estas acciones son herramientas indispensables para lograr una evolución favorable, aunque el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar y la continuidad asistencial son también imprescindibles para alcanzar este objetivo.

# Notas Clínicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bibiano et al. Manual de Urgencias. Tercera edición. Grupo Saned. 2018
2. Ely R, Long B, Koyfman A. The Emergency Medicine focused review of cholangitis. *The Journal of Emergency Medicine*. 2018 Jan; 54(1):64-72
3. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastro* 2019;6:e000344.
4. Martín J, Delgado L, Bravo A, Burillo G, Martínez A, Alarcó A et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp* 2013;91(8):485-489
5. Michele D, Grimaldi L, Fabozzi M, Reggio S, Danzi R, Soscia E et al. Usefulness of CT-scan in the diagnosis and therapeutic approach of gallstone ileus: report of two surgically treated cases. *BMC Surgery* 2013; 13(Supl 2):S6
6. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 Jan;25(1):31-40. doi: 10.1002/jhbp.509. Epub 2018 Jan 8. PMID: 28941329
7. Nuño C, Marín ME, Figueroa M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 2016 January 27; 8(1): 65-76