



**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
**Adly Candy Vázquez Hernández**

**DOCENTE:**  
**Dr. Eduardo Zebadua Guillen**

**MATERIA:**  
**Clínica Quirúrgica**

**TEMA:**  
**“Colelitiasis, Colectitis, Coledocolitiasis, Colangitis, CPRE”**

**CARRERA:**  
**Medicina Humana**

**SEMESTRE:**  
**5º**  
**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**

**19/11/2020**

## COLELITIASIS

La colelitiasis es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar. En los países desarrollados, alrededor del 10% de los adultos y el 20% de los individuos > 65 años tienen cálculos biliares. Los cálculos biliares tienden a ser asintomáticos. El síntoma más frecuente es el cólico biliar, y los cálculos no producen dispepsia ni intolerancia a los alimentos ricos en grasas. Las complicaciones más graves abarcan colecistitis, obstrucción de las vías biliares (por cálculos en los conductos biliares [coledocolitiasis]), a veces con infección (colangitis) y pancreatitis litiásica. El diagnóstico suele llevarse a cabo con ecografía. Si la colelitiasis provoca síntomas o complicaciones, está indicada la colecistectomía.

### FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo de litiasis vesicular son el sexo femenino, la obesidad, la edad avanzada, la etnia indoamericana, la dieta occidental, una pérdida rápida de peso y los antecedentes familiares. La mayoría de los trastornos de las vías biliares son secundarios a cálculos.

### FISIOPATOLOGÍA

La **arenilla biliar** suele ser precursora. Está formada por bilirrubinato de calcio (un polímero de la bilirrubina), microcristales de colesterol y mucina. La arenilla biliar se desarrolla durante la estasis vesicular, como en el embarazo o en pacientes que reciben nutrición parenteral total. La mayor parte de los pacientes con arenilla biliar no presentan síntomas y ésta desaparece cuando el trastorno primario se resuelve. En forma alternativa, la arenilla puede evolucionar hacia la formación de cálculos o migrar a las vías biliares, con obstrucción de los conductos y producción de cólicos biliares, colangitis o pancreatitis.

Hay varios tipos de cálculos biliares.

Los cálculos de **colesterol** son responsables de > 85% de los cálculos en el mundo occidental. Para que se formen cálculos de colesterol, se requieren los siguientes elementos:

- La bilis debe estar sobresaturada con colesterol. En condiciones normales, el colesterol no hidrosoluble se convierte en hidrosoluble al combinarse con sales biliares y lecitina y formar micelas mixtas. La sobresaturación de la bilis con colesterol se debe con mayor frecuencia a una secreción excesiva de colesterol (como en pacientes obesos o diabéticos) pero también puede ser secundaria a

una reducción de la secreción de sales biliares (p. ej., en la fibrosis quística como resultado de la malabsorción de sales biliares) o de la secreción de lecitina (p. ej., en un trastorno genético infrecuente que ocasiona una forma de colestasis intrahepática progresiva familiar).

- El exceso de colesterol debe precipitar en la solución en forma de microcristales sólidos. Esta precipitación en la vesícula biliar se acelera en presencia de mucina, que es una glucoproteína, o de otras proteínas presentes en la bilis.
- Los microcristales deben agregarse y crecer. Este proceso se facilita gracias al efecto fijador de la mucina, que forma una estructura básica, y a la retención de los microcristales en la vesícula biliar, que compromete la contractilidad como consecuencia del exceso de colesterol en la bilis.

Los cálculos de pigmento negro son cálculos pequeños y duros formados por bilirrubinato de calcio (Ca) y sales de Ca inorgánicas (p. ej., carbonato de Ca, fosfato de Ca). Los factores que aceleran el desarrollo de los cálculos son la hepatopatía alcohólica, la hemólisis crónica y la edad avanzada.

Los cálculos de pigmentos marrones son blandos y ricos en grasas y están formados por bilirrubinato y ácidos grasos (palmitato o estereato de Ca). Estos cálculos se forman durante las infecciones, la inflamación y la infestación por parásitos (p. ej., trematodos hepáticos en Asia).

Los cálculos biliares crecen a una velocidad de entre 1 y 2 mm/año y tardan entre 5 y 20 años para alcanzar un tamaño suficiente que pueda ocasionar problemas. La mayoría de los cálculos se forman dentro de la vesícula biliar, pero los de pigmentos marrones se moldean en los conductos. Los cálculos biliares pueden migrar hacia el conducto biliar después de la colecistectomía o, sobre todo los cálculos de pigmento marrón, pueden desarrollarse detrás de estenosis como consecuencia de la estasis y de la infección.

#### CUADRO CLINICO

Alrededor del 80% de las personas con cálculos biliares son asintomáticas. Las demás personas con cálculos presentan síntomas que abarcan desde un tipo característico de dolor (cólico biliar) hasta colecistitis y colangitis capaz de amenazar la vida del paciente. El cólico biliar es el síntoma más frecuente.

En ocasiones, los cálculos atraviesan el conducto cístico sin causar síntomas. No obstante, la migración de la mayoría de los cálculos produce obstrucción del conducto cístico que, aunque sea transitoria, desencadena un cólico biliar. El cólico

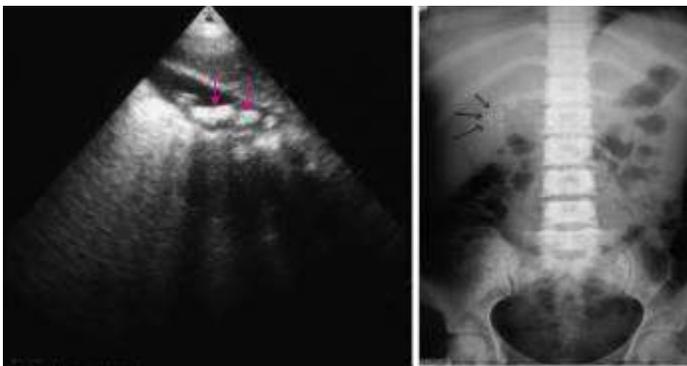
biliar comienza en forma típica en el cuadrante superior derecho del abdomen, pero puede localizarse en cualquier sitio del abdomen. Con frecuencia, puede circunscribirse con dificultad, en particular en los pacientes diabéticos y en los adultos mayores. El dolor podría irradiar a la espalda o el brazo.

Los episodios se establecen en forma súbita, se intensifican entre 15 min y 1 h después del comienzo, mantienen una intensidad estable (sin cólicos) durante hasta 12 h (en general, < 6 h); luego desaparecen de manera gradual durante 30 a 90 min y dejan un dolor sordo. También pueden experimentarse náuseas y vómitos en forma frecuente, pero sin fiebre ni escalofríos salvo que se desarrolle colecistitis. Podría detectarse hipersensibilidad leve a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen o el epigastrio, pero sin signos peritoneales. Entre los episodios, los pacientes se sienten bien.

Los cólicos biliares pueden desarrollarse sin colecistitis. Si el cólico dura > 12 h, en particular si se asocia con vómitos o fiebre, es probable que el paciente presente colecistitis o pancreatitis.

## DIAGNÓSTICO

- BHC, PFH, AMILASA/LIPASA, PL
- USG De elección para detectar los cálculos biliares, con una sensibilidad y una especificidad del 95%. La ecografía también muestra con exactitud la arenilla biliar.
- La tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la colecistografía oral (que rara vez se indica en la actualidad, aunque es bastante precisa) pueden considerarse procedimientos alternativos. La ecografía por vía endoscópica detecta con gran sensibilidad los cálculos pequeños (< 3 mm) y podría ser necesaria si los resultados de las demás pruebas son controversiales.



## TRATAMIENTO

- Para los cálculos sintomáticos: colecistectomía laparoscópica o a veces disolución de los cálculos utilizando ácido ursodesoxicólico
- Para los cálculos asintomáticos: Conducta expectante

La mayoría de los pacientes asintomáticos deciden que las molestias, los costos y los riesgos de la cirugía electiva no justifican la extirpación de un órgano que nunca causará una enfermedad con manifestaciones clínicas. No obstante, si surgen síntomas, debe indicarse la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía), porque es probable que el dolor vuelva a aparecer y que se desarrollen complicaciones graves.

## COLECISTITIS

### COLECISTITIS CRÓNICA (CÓLICO BILIAR)

Alrededor de dos tercios de los pacientes con enfermedad por cálculos biliares presenta colecistitis crónica que se caracteriza por crisis recurrentes de dolor, a menudo un cólico biliar designado sin precisión. El dolor aparece cuando un cálculo obstruye el conducto cístico y da por resultado un incremento progresivo de la tensión en la pared de la vesícula biliar.

### CUADRO CLÍNICO

El principal síntoma relacionado con cálculos biliares sintomáticos es el dolor, que es constante y aumenta de intensidad desde los primeros 30 min o de manera característica dura de 1 a 5 h. Se localiza en el epigastrio o el cuadrante superior derecho y a menudo se irradia a la parte superior derecha de la espalda o entre las escápulas (fig. 32-13). El dolor es muy intenso y se presenta de forma súbita, por lo común durante la noche o después de una comida grasosa. Muchas veces se acompaña de náuseas y vómitos. El dolor es episódico.

Es común que la enfermedad por cálculos biliares se presente en forma atípica. El dolor puede localizarse sobre todo en la espalda o el cuadrantesuperior izquierdo o inferior derecho. Puede haber meteorismo y eructos relacionados con los ataques de dolor.

Cuando el dolor dura más de 24 h, debe sospecharse de un cálculo impactado en el conducto cístico o colecistitis aguda. Un cálculo impactado tiene como resultado hidropesía de la vesícula biliar.

### DIAGNÓSTICO

- Los valores de laboratorio, por ejemplo cuenta de leucocitos y pruebas de función hepática, suelen ser normales en personas con cálculos biliares sin complicaciones.
- La prueba diagnóstica estándar para cálculos biliares es la ecografía abdominal.

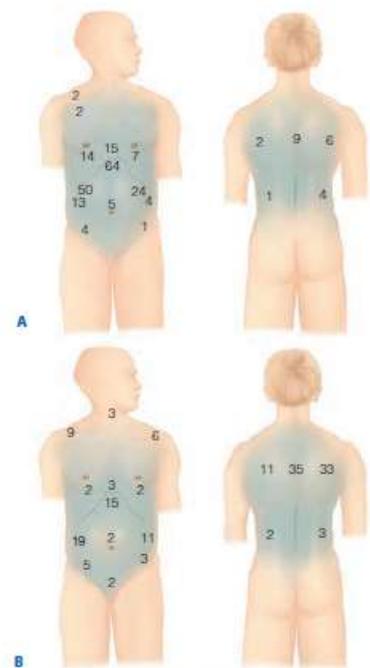


Figura 32-13. A. Sitios de dolor más intenso durante un episodio de dolor biliar en 107 pacientes con cálculos biliares (los valores suman más de 100% por las múltiples respuestas). Las áreas subxifóidea y subcostal derecha fueron los sitios más comunes; obsérvese que el área subcostal izquierda no fue un punto raro de dolor. B. Sitios de irradiación del dolor (%) durante un episodio de dolor biliar en el mismo grupo de individuos. (Reproducida con autorización de Gunn A, Keddie N: Some clinical observations on patients with gallstones. Lancet 300(7771):239-241, Copyright 1972, con permiso de Elsevier.)

- En ocasiones se reconocen cálculos biliares en radiografías o CT del abdomen.

## TRATAMIENTO

En personas con cálculos biliares sintomáticos se recomienda una colecistectomía laparoscópica electiva. Mientras aguardan la intervención quirúrgica, o si se pospone esta última, se sugiere a los enfermos que eviten grasas en la dieta o comidas abundantes. En diabéticos con cálculos biliares sintomáticos debe practicarse a la brevedad una colecistectomía, ya que son más propensos a desarrollar colecistitis aguda que es con frecuencia grave. En mujeres embarazadas con cálculos biliares sintomáticos que no pueden tratarse de manera expectante mediante modificaciones de la dieta, puede efectuarse con seguridad una colecistectomía laparoscópica durante el segundo trimestre. La colecistectomía laparoscópica es segura y eficaz en niños y en la edad avanzada.

La colecistectomía, abierta o laparoscópica, en individuos con cálculos biliares sintomáticos proporciona resultados excelentes a largo plazo. Después de este procedimiento se alivian los síntomas en casi 90% de los sujetos con síntomas biliares típicos y cálculos.

## COLECISTITIS AGUDA

### PATOGENIA

En 90 a 95% de los pacientes la colecistitis aguda es secundaria a cálculos biliares. La colecistitis acalculosa aguda es un padecimiento que ocurre de manera característica en enfermos con otras afecciones sistémicas agudas. En menos de 1% de las colecistitis agudas, la causa es un tumor que ocluye el conducto cístico. La obstrucción de este último por un cálculo biliar es el acontecimiento inicial que lleva a distensión de la vesícula biliar, inflamación y edema de su pared. Se desconoce por qué la inflamación sólo se presenta de modo ocasional con la obstrucción del conducto cístico. Tal vez se relaciona con la duración de esta última. Al inicio, la colecistitis aguda es un proceso inflamatorio, tal vez mediado por lisolecitina (un producto de la lecitina) y por sales biliares y factor activador de plaquetas. El aumento en la síntesis de prostaglandinas amplifica la respuesta inflamatoria. La contaminación bacteriana secundaria está documentada en 15 a 30% de los pacientes que se someten a colecistectomía por colecistitis aguda no complicada. En este trastorno, la pared de la vesícula biliar se torna notablemente gruesa y rojiza con hemorragia subserosa. A menudo hay líquido pericolecístico. La mucosa puede mostrar hiperemia

y necrosis en placas. En casos graves, el proceso inflamatorio progresa en 5 a 10% de los pacientes y conduce a isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar. Con mayor frecuencia se desaloja el cálculo y se resuelve la inflamación.

Cuando la vesícula biliar permanece obstruida y sobreviene una infección bacteriana secundaria, se presenta colecistitis gangrenosa aguda y se forma un absceso o empiema dentro de la vesícula biliar. Rara vez se perforan áreas isquémicas. La perforación suele contenerse en el espacio subhepático por el epiplón y órganos adyacentes. Empero, se observa perforación libre con peritonitis, perforación intrahepática con abscesos intrahepáticos y perforación hacia órganos adyacentes (duodeno o colon) con una fístula colecistoentérica. Cuando parte de la infección bacteriana secundaria está constituida por microorganismos que forman gas.

#### CUADRO CLÍNICO

Alrededor de 80% de los pacientes con colecistitis aguda tiene un antecedente consistente con colecistitis crónica. La primera se inicia como un ataque de cólico biliar, pero a diferencia de este último no remite el dolor, no desaparece y puede persistir varios días. Es típico que el dolor se encuentre en el cuadrante superior derecho o el epigastrio y puede irradiarse a la parte superior derecha de la espalda o el área interescapular.

Con frecuencia el paciente tiene fiebre, anorexia, náuseas y vómitos y rehúsa moverse, ya que el proceso inflamatorio afecta al peritoneo parietal. En la exploración física hay hipersensibilidad y resistencia focales en el cuadrante superior derecho. En ocasiones se palpa una masa, la vesícula biliar y el epiplón adherido; no obstante, tal vez lo impida la resistencia.

En la colecistitis aguda es característico un signo de Murphy, es decir, detención de la inspiración con la palpación profunda del área subcostal derecha. Muchas veces hay leucocitosis leve a moderada (12 000 a 15 000 células/ mm<sup>3</sup>); no obstante, en algunos individuos la cuenta de leucocitos es normal. Una leucocitosis >20 000 sugiere una forma de colecistitis complicada, como colecistitis gangrenosa, perforación o colangitis concomitante.

La ictericia grave sugiere cálculos en el colédoco o una obstrucción de los conductos biliares por inflamación pericolecística grave consecutiva a impacto de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula biliar que obstruye de forma mecánica el conducto biliar (síndrome de Mirizzi).

En pacientes de edad avanzada y diabéticos la colecistitis aguda puede presentarse en forma sutil y dar por resultado un diagnóstico demorado. En estos enfermos es alta la incidencia de complicaciones y también tienen una tasa de mortalidad casi 10 veces mayor en comparación con los enfermos más jóvenes y sanos.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de colecistitis aguda incluye úlcera péptica con perforación o sin ella, pancreatitis, apendicitis, hepatitis, perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh y Curtis), isquemia del miocardio, neumonía, pleuritis y herpes zoster del nervio intercostal.

### DIAGNÓSTICO

- La ecografía es el estudio radiológico más útil para el diagnóstico de colecistitis aguda. Tiene una sensibilidad y especificidad de 95%. Además de ser un estudio sensible para documentar la presencia o ausencia de cálculos, delinea el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y el líquido pericolecístico.
- En casos atípicos puede ser útil la gammagrafía con radionúclidos (gammagrafía HIDA) biliar.

### TRATAMIENTO

Los pacientes que presentan colecistitis aguda necesitan líquidos por vía intravenosa, antibióticos y analgesia. Los antibióticos deben proteger contra aerobios gramnegativos y anaerobios. Los regímenes típicos incluyen una cefalosporina de tercera generación con buen espectro contra anaerobios o una cefalosporina de segunda generación combinada con metronidazol. En sujetos con alergia a las cefalosporinas es apropiado un aminoglucósido con metronidazol.

El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía. Se prefiere la colecistectomía temprana en el transcurso de dos a tres días tras la enfermedad que la colecistectomía de intervalo o tardía practicada seis a 10 semanas después del tratamiento médico inicial y la recuperación. El procedimiento de elección en la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica. La tasa de conversión a colecistectomía abierta es más alta (10 a 15%) en casos de colecistitis aguda respecto de la crónica. El procedimiento es más tedioso y requiere más tiempo que en los casos electivos. Empero, cuando se compara con la operación tardía, la intervención temprana se acompaña de un número similar de complicaciones.

## COLEDOCOLITIASIS

Los cálculos en el colédoco pueden ser pequeños o grandes, únicos o múltiples y se encuentran en 6 a 12% de los individuos con cálculos en la vesícula biliar. La incidencia aumenta con la edad. Alrededor de 20 a 25% de los enfermos mayores de 60 años con cálculos biliares sintomáticos tiene cálculos en el colédoco y la vesícula biliar.

La gran mayoría de los cálculos ductales en países occidentales se forma en la vesícula biliar y migra a través del conducto cístico hacia el colédoco. Se clasifican como cálculos del colédoco secundarios, a diferencia de los cálculos primarios que se forman en los conductos biliares. Por lo regular, los cálculos secundarios son de colesterol, mientras que los primarios son de pigmento pardo. Los cálculos primarios se acompañan de estasis biliar e infección y se observan más a menudo en poblaciones asiáticas.

### ETIOLOGÍA

Las causas de estasis biliar que conducen al desarrollo de cálculos primarios incluyen estenosis biliar, estenosis papilar, tumores u otros cálculos (secundarios).

### CUADRO CLÍNICO

Los cálculos del colédoco pueden ser silenciosos y con frecuencia se descubren de manera incidental. Pueden provocar obstrucción, completa o incompleta, o manifestarse con colangitis o pancreatitis por cálculo biliar. El dolor que induce un cálculo en el colédoco es muy similar al de un cólico biliar originado por impacto del cálculo en el conducto cístico. Muchas veces hay náuseas y vómitos. La exploración física suele ser normal, pero son comunes hipersensibilidad epigástrica o en el cuadrante superior derecho e ictericia ligeras.

Los síntomas también pueden ser intermitentes, como dolor e ictericia transitoria consecutiva a un cálculo impactado de modo temporal en la ampolla (que se mueve más adelante y actúa como una válvula de pelota). Un cálculo pequeño puede pasar a través de la ampolla en forma espontánea con resolución de los síntomas.

## DIAGNÓSTICO

En sujetos con cálculos en el colédoco es común observar aumento en la bilirrubina, fosfatasa alcalina y transaminasas séricas. Sin embargo, casi en una tercera parte de estos enfermos son normales las pruebas químicas hepáticas.

La ecografía, es útil para comprobar cálculos en la vesícula biliar (si aún se encuentran) y determinar el tamaño del colédoco. Como los cálculos en los conductos biliares tienden a desplazarse hacia la parte distal del colédoco, el gas intestinal impide su delineación en la ecografía. En individuos con cálculos biliares, ictericia y dolor biliar, un colédoco dilatado (>8 mm de diámetro) en la ecografía sugiere con firmeza cálculos en el colédoco.

La colangiografía de resonancia magnética (MRC) proporciona detalles anatómicos excelentes y una sensibilidad y especificidad de 95 y 89%, respectivamente, en la detección de coledocolitiasis >5 mm de diámetro. La colangiografía endoscópica es el estándar ideal para el diagnóstico de cálculos en el colédoco. Tiene la ventaja de proporcionar una opción terapéutica al momento del diagnóstico.

## TRATAMIENTO

En enfermos con cálculos biliares sintomáticos y sospechados de cálculos en el colédoco, la colangiografía endoscópica preoperatoria o la colangiografía intraoperatoria revelan cálculos en el conducto biliar.

Cuando una colangiografía endoscópica delinea cálculos, es apropiada una esfinterotomía con eliminación ductal de ellos, seguida de una colecistectomía laparoscópica. La colangiografía intraoperatoria durante la colecistectomía demuestra también la presencia o ausencia de cálculos en el conducto biliar. La exploración laparoscópica del colédoco a través del conducto cístico o con una coledocotomía formal permite retirar los cálculos en la misma intervención.

Una exploración abierta del colédoco es una opción si se intentó ya un método endoscópico o no es factible por alguna razón. Cuando se practica una coledocotomía, se deja instalada una sonda en T. Los cálculos impactados en la ampolla dificultan la eliminación ductal endoscópica y la exploración del colédoco (abierto o laparoscópica). En estos casos el colédoco está muy dilatado (casi 2 cm de diámetro). Es posible que la

mejor opción en tales circunstancias sea una coledocoduodenostomía o coledocoyeyunostomía en Y de Roux.

Los cálculos retenidos o recurrentes después de una colecistectomía se tratan mejor mediante endoscopia . Si los cálculos se dejaron de manera deliberada en su sitio durante la operación o se diagnosticaron poco después de la colecistectomía, se clasifican como retenidos; los que se diagnostican meses o años después se catalogan como recurrentes. Si se exploró el colédoco y se dejó colocada una sonda en T, se obtiene una colangiografía a través de ella antes de extraerla. Los cálculos retenidos pueden extraerse por vía endoscópica o a través del trayecto de la sonda en T una vez que madura (dos a cuatro semanas). Luego se extrae la sonda en T y se pasa un catéter por el trayecto hacia el colédoco. Bajo guía fluoroscópica se extraen los cálculos con canastillas o globos. Los cálculos recurrentes pueden ser múltiples y grandes. Una esfinterotomía endoscópica amplia hace posible extraer los cálculos y asimismo el paso espontáneo

## COLANGITIS

La colangitis es una de las dos principales complicaciones de los cálculos en el colédoco; la otra es la pancreatitis por cálculos biliares.

### FISIOPATOLOGÍA

La colangitis aguda es una infección bacteriana ascendente vinculada con una obstrucción parcial o total de los conductos biliares. La bilis hepática es estéril y la que se encuentra en los conductos biliares se conserva también estéril por el flujo continuo de la bilis y la presencia de sustancias antibacterianas en la misma, como las inmunoglobulinas. El impedimento mecánico para el flujo biliar facilita la contaminación bacteriana. Son comunes cultivos positivos de bilis cuando existen cálculos en un conducto biliar y con otras causas de obstrucción. La contaminación bacteriana biliar aislada no suscita colangitis clínica; para su aparición se requiere una gran contaminación bacteriana y obstrucción biliar. Los cálculos biliares son la causa más común de obstrucción en la colangitis; otros factores son estenosis benignas y malignas, parásitos, instrumentación de los conductos y prótesis permanentes y anastomosis bilioentéricas obstruidas de forma parcial. Los microorganismos que se cultivan más a menudo en la bilis de pacientes con colangitis incluyen *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, *Enterobacter* y *Bacteroides fragilis*.

### CUADRO CLÍNICO

La colangitis puede asumir formas variables, desde una afección discreta e intermitente, que remite de manera espontánea, hasta una septicemia fulminante que puede poner en peligro la vida. De manera característica, el sujeto con colangitis por un cálculo biliar es de edad avanzada y sexo femenino. La presentación habitual incluye fiebre, dolor en el epigastrio o el cuadrante superior derecho e ictericia. Estos síntomas comunes, que se conocen bien como la tríada de Charcot, se identifican en casi dos tercios de los enfermos. La afección puede progresar con rapidez con septicemia y desorientación, que se conoce como pentalogía de Reynolds (fiebre, ictericia, dolor en el cuadrante superior derecho, choque séptico y cambio del estado mental). Empero, el cuadro puede ser atípico, con escasa fiebre, ictericia o dolor, si acaso se presentan. Esto se observa con más frecuencia en personas de edad avanzada que tal vez no evidencian síntomas notables hasta que se colapsan con septicemia. Los individuos con prótesis permanentes rara vez muestran ictericia.

## DIAGNÓSTICO

Son comunes leucocitosis, hiperbilirrubinemia y aumento de la fosfatasa alcalina y las transaminasas; cuando se presentan sugieren el diagnóstico clínico de colangitis. Es útil una ecografía, si no se reconocen de forma previa cálculos biliares en el paciente, ya que revela la presencia de cálculos en la vesícula biliar y conductos dilatados y tal vez señala el sitio de obstrucción; empero, rara vez dilucida la causa.

La prueba diagnóstica definitiva es la colangiografía endoscópica retrógrada (ERC). Cuando no se dispone de ERC, está indicada una colangiografía transhepática percutánea (PTC).

## TRATAMIENTO

El tratamiento inicial de la colangitis incluye antibióticos intravenosos y reanimación con líquidos. Estos enfermos tal vez ameriten vigilancia en la unidad de cuidados intensivos y apoyo vasopresor.

. Alrededor de 15% de los sujetos no responde a los antibióticos y a la reanimación con líquidos y tal vez sea necesaria la descompresión biliar urgente. Esta última puede llevarse a cabo por vía endoscópica, a través de la vía transhepática percutánea, o de modo quirúrgico. La elección del procedimiento se basa en el nivel y naturaleza de la obstrucción biliar. Los pacientes con coledocolitiasis o afecciones malignas periampollares se abordan mejor por vía endoscópica, con esfinterotomía y extracción del cálculo o la colocación de una prótesis biliar endoscópica.

Cuando no son posibles ERC o PTC, quizá se necesiten una operación de urgencia y descompresión del colédoco con una sonda en T que salvan la vida. El tratamiento quirúrgico definitivo se pospone en tanto se trata la colangitis y se establece el diagnóstico apropiado. Los enfermos con prótesis permanentes y colangitis suelen requerir imágenes repetidas e intercambio de la prótesis sobre una guía de alambre.

## *Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*

*Es un procedimiento para examinar los conductos biliares y se realiza a través de un endoscopio. Los conductos biliares son las vías que llevan la bilis desde el hígado hasta la vesícula y el intestino delgado. La CPRE se usa para tratar cálculos, tumores o áreas estrechas de los conductos biliares.*