

## **Patología Aguda Biliar.**

Entre un 5-15% de la población occidental presenta litiasis biliar, siendo ésta la responsable de la mayoría de procesos agudos que afectan a la vía biliar. Se trata de patologías benignas en la mayoría de los casos, y cuyo diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos y las pruebas de imagen de forma definitiva. En la mayoría de los casos la litiasis biliar es asintomática y se detecta de forma incidental en procedimientos diagnósticos realizados por otros motivos.

No obstante, cuando la colelitiasis produce síntomas o complicaciones, es necesario realizar tratamiento específico de la patología, dada la gravedad de sus potenciales complicaciones. En esta revisión, vamos a hablar de las principales patologías que afectan a la vía biliar de forma aguda: cólico biliar, colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar y colangitis aguda.

### **COLECISTITIS AGUDA.**

La colecistitis aguda es una entidad patológica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular que se manifiesta típicamente por dolor abdominal, sensibilidad en hipocondrio derecho y fiebre.

Se trata de una patología con una incidencia significativa en mayores de 50 años (20.9%). Su mortalidad ronda el 10%. Su causa más frecuente es la litiasis biliar (90%). Si la obstrucción del conducto cístico es completa y de larga duración, el incremento en la presión vesicular asociado a la irritación de la mucosa activa la respuesta inflamatoria aguda. Una situación especial es la forma alitiásica, que conlleva inflamación de la pared de la vesícula en ausencia de colelitiasis. Se presenta en el 10% de los casos, en pacientes en situación de gravedad y se asocia a alta morbimortalidad.

Clínicamente se presenta como un dolor localizado en hipocondrio derecho o epigastrio, constante, intenso y prolongado (normalmente superior a 5 horas), típicamente irradiado a espalda, y que se acompaña frecuentemente de anorexia, náuseas/vómitos y fiebre que oscila entre 37.5 y 39°C. En pacientes ancianos, especialmente diabéticos, el cuadro puede no ser tan típico, presentando alteración del nivel de conciencia en ausencia de dolor evidente.

En la exploración física son signos típicamente positivos: Murphy (dolor a la palpación durante la inspiración profunda por debajo del reborde costal derecho) o signo del Boas (zona de hiperestesia epicrítica en área infraescapular, a la altura de 10ª a 12ª vértebra dorsal).

Analíticamente, se detecta leucocitosis con desviación izquierda e incremento de RFA (reactantes de fase aguda). Puede ir acompañado de leve incremento de GPT y amilasa.

La presencia de ictericia y bilirrubina < 4mg/dl se asocia a casos graves debido a compresión directa del colédoco por la distensión vesicular. Concentraciones superiores deben hacer sospechar coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi. Los hemocultivos no se recomiendan de forma rutinaria para colecistitis agudas leves.

La prueba de imagen de elección para completar el diagnóstico es la ecografía abdominal (S 88%; E 80%)

- La radiografía simple puede evidenciar litiasis biliar cuando son radioopacas (20% de los casos) y gas intramural/intraluminal en las colecistitis agudas enfisematosas.
- La TC sólo será útil ante la sospecha de posibles complicaciones: abscesos perivesiculares, perforación vesicular o colecistitis gangrenosa. Su manejo precisa de ingreso hospitalario, reposo intestinal, fluidoterapia, antibioterapia y analgesia.

En cuanto a la analgesia se recomiendan el uso de AINE (tipo diclofenaco) por su doble acción: aliviar el dolor y su efecto antiinflamatorio que altera la historia natural del cuadro. Dado que en el 50% de los casos conllevan infección secundaria de la bilis, se justifica el empleo de antibioterapia de forma empírica: cefalosporinas de tercera generación o quinolonas, fundamentalmente. Sólo en casos leves se podría optar por la observación y tratamiento con AINE.

La colecistectomía es el tratamiento de elección para la colecistitis aguda. Aunque casi el 50% de los casos se podrían resolver mediante tratamiento médico, un 20% de los pacientes reingresarían por episodios similares.

## **COLEDOCOLITIASIS AGUDA.**

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal. Lo más frecuente es que lleguen a través del conducto cístico. Es la causa más común de ictericia obstructiva y colangitis. Aproximadamente el 5-8% de los pacientes con colelitiasis sintomática presentan asociada la ocupación de la vía biliar por coledocolitiasis.

La litiasis en el colédoco puede ser asintomática, cursar como cólico biliar o complicarse con colangitis o pancreatitis aguda biliar. La obstrucción del conducto biliar principal ocasiona frecuentemente ictericia obstructiva. Se presenta como un cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio o hipocondrio derecho, intenso desde el inicio y que puede fluctuar con el tiempo.

Es característica además de la ictericia, la coluria (orina oscura) y la acolia (heces blanquecinas) acompañados de náuseas/vómitos y fiebre.

Analíticamente, los niveles medios de bilirrubina oscilan entre 1,5 y 1,9mg/dl, y en menos del 30% de los casos superan los 4mg/dl. Es habitual encontrar patrón colestásico (aumento de FA y GGT). Si la obstrucción es brusca, podrían elevarse también la GOT y la GPT de forma transitoria.

Para su diagnóstico, se ha propuesto una estrategia de clasificación de los pacientes en función de su riesgo de padecerla, basada fundamentalmente en los hallazgos analíticos y ecográficos.

- En pacientes con diagnóstico de certeza de coledocolitiasis asociada a litiasis vesicular, la colecistectomía profiláctica tras realización de esfinterotomía endoscópica es la técnica de elección.
- En pacientes con diagnóstico de certeza, tras realización de CPRE, se prefiere cirugía en un segundo tiempo dentro de las 2 semanas posteriores. En ocasiones los cálculos son demasiado grandes (1-1,5 cm) para poder ser extraídos de la vía biliar por método convencional. En estos casos, la opción más sencilla consiste en la colocación de una prótesis plástica biliar que permite el drenaje de la vía biliar hasta la realización de un tratamiento definitivo.

Su manejo médico también incluye el uso del ácido ursodesoxicólico oral, aunque su administración no contribuye a mejorar los síntomas. El uso de antibióticos no está indicado en la mayor parte de los casos salvo sospecha de colangitis aguda, inmunosupresión o drenaje biliar incompleto. Entre sus principales complicaciones encontramos la colecistitis aguda, colangitis aguda, pancreatitis aguda biliar y la cirrosis secundaria biliar.

**Pancreatitis aguda biliar:** La pancreatitis aguda biliar es la principal causa de pancreatitis aguda. Se produce por la impactación de un cálculo en la Ampolla de Váter que dificulta el drenaje de la secreción pancreática.

- Analíticamente destaca la presencia de hiperamilasemia e hiperlipasemia, así como ictericia y patrón colestásico.
- El tratamiento combina medidas de soporte y fluidoterapia intensiva. En caso de sospecha de coledocolitiasis persistente se debe realizar una CPRE precoz (primeras 72 horas desde la instauración de los síntomas).
- El tratamiento definitivo es la colecistectomía, que debe realizarse en las primeras 2 a 4 semanas desde el alta hospitalaria para prevenir recurrencias.

## **COLANGITIS AGUDA.**

La colangitis aguda define la inflamación e infección de los conductos biliares. Constituye la principal complicación de la coledocolitiasis (hasta un 30-70 % de los casos), aunque su etiología puede también responder a otros procesos: estenosis benignas de la vía biliar (postquimioterapia, post-radioterapia, colangitis esclerosante primaria, coledococoles) estenosis malignas, anomalías biliares congénitas, obstrucción o migración de prótesis biliares, post-CPRE. Son necesarias dos condiciones para que se produzca la colangitis aguda:

- 1) obstrucción de la vía biliar
- 2) colonización bacteriana. La obstrucción de la vía biliar constituye un factor determinante y necesario, pues la colonización de la vía biliar por sí sola no es suficiente para causar síntomas sistémicos.

Los gérmenes implicados más frecuentemente son: E. Coli, Klebsiella, Enterococo y Proteus. Muy importante tener en cuenta, en la anamnesis, los antecedentes de manipulación instrumental (CPRE, CTP o cirugía), pues aumentan el riesgo de gérmenes gram negativos resistentes a antibióticos como Pseudomonas y Enterobacter.

La presentación clínica más frecuente de la colangitis aguda es la fiebre (90% de pacientes) y la ictericia (75% de pacientes). La llamada Triada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho) está presente en el 50% de los casos y constituye la manifestación clásica. Si a la tríada clásica de Charcot se añade hipotensión y alteración del nivel de conciencia, estaríamos ante la Pentada de Reynolds, presente en el 4-13% de los casos e indicativa de colangitis muy grave.

El diagnóstico de la colangitis aguda es clínico, la presencia de la tríada de Charcot permite establecer por sí misma un diagnóstico de certeza. En caso de que no estén presentes todos los componentes, será necesario realizar pruebas complementarias. En la analítica sanguínea:

- 1) datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con desviación izquierda, elevación de PCR y VSG).
- 2) datos de colestasis (aumento de bilirrubina, fosfatasa alcalina y GGT). La prueba de imagen inicial en todos los pacientes es la ecografía abdominal.

La base del tratamiento de la colangitis aguda la componen: sueroterapia, analgésicos y antibioterapia. El procedimiento de elección para el drenaje biliar lo constituye la CPRE (tasas de mortalidad 5-10%) frente al drenaje quirúrgico (tasas de mortalidad 16-45%).