

I. DEFINICION

La colangitis es una entidad debida a una inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana que conlleva repercusión sistémica en el caso de no instaurar tratamiento médico precoz y un drenaje biliar adecuado.

Una de las clasificaciones más utilizada es la de Longmire que divide en 5 tipos:

- Colangitis aguda secundaria a coledocitis aguda
- Colangitis no supurativa aguda
- Colangitis supurativa aguda
- Colangitis supurativa aguda obstructiva
- Colangitis supurativa aguda con absceso hepático.

En la mayoría de las veces se trata de fases de un mismo proceso en relación al tiempo de evolución de la enfermedad y/o presencia de obstrucción. Desde un punto de vista clínico lo más relevante es decidir si existe obstrucción de la vía y sospecha de sepsis grave o confusión mental, pues son situaciones de muy elevada mortalidad si no se asocia al tratamiento médico adecuado una descompresión o solución a la obstrucción con drenaje.

III. CRITERIOS DE INGRESO

COLECISTITIS: Ingreso en todos los casos independientemente si se realiza cirugía o no.

COLANGITIS: Ingreso

IV. TRATAMIENTO

Tratamiento Empírico (a elegir uno entre las opciones)

NO COMPLICADA

- Elección:
 - Amoxicilina-Clavulánico 1g iv c/8 h
 - Cefotaxima 1 g iv c/6 h
 - Ceftriaxona 2 gr iv c/24 h
- Alergia a Betalactámicos
 - Ciprofloxacino 400 mg iv c/12h
 - Aztreonam 1 g iv c/8 h

COMPLICADA: Se define aquella colecistitis con signos de perforación, peritonitis, abscesos, colecistitis gangrenosasy/o datos de sepsis grave, shock séptico/ fracaso multiorgánico.

- Elección:
 - Cefotaxima 1 g iv c/6 h o Ceftriaxona 2 g iv c/24 h + Metronidazol 1500 mg vi c /24h

- **Alergia a Betalactámicos:**
 - **Ciprofloxacino** 400 mg IV c/12h o **Aztreonam** 1 g IV c/8 h + **Metronidazol** 1500 mg VI c/24h

PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS O ASOCIADOS A CUIDADOS SANITARIOS (HD, QT, etc.)

- **Elección:**
 - **Meropenem** 1 g VI c/8h (de elección) + **Linezolid** 600 mg IV c/12h o **Vancomicina** 15 mg/kg c/12 h (si sospecha cocos + resistentes)
 - **Piperazilina-Tazobactan** 1 g IV c/6h + **Amikacina** 15 mg/Kg c/24h + **Linezolid** 600 mg IV c/12h o **Vancomicina** 15 mg/kg c/12 h (si sospecha cocos + resistentes)
- **Alérgicos a beta lactámicos:**
 - **Tigeciclina** 100 mg carga seguido de 50 mg iv c/12 h + **Aztreonam** 1-2g iv c/8h

COLANGITIS SECUNDARIA A ENDOSCOPIA/MANIPULACIÓN DE LA VÍA BILIAR, PORTADOR DE DRENAJE BILIAR, PERFORACIÓN, ABSCESOS, PORTADOR DE ENDOPRÓTESIS Y/O ANTIBIOTERAPIA PREVIA SE CONSIDERA COMO INFECCIÓN NOSOCOMIAL:

- **Elección:**
 - **Meropenem** 1g c/8h iv + **Linezolid** 600 mg IV c/12h iv o **Vancomicina** 15 mg/kg c/12h + **Fluconazol** 800 mg iv primer día y continuar con 400 mg iv c/24 h (si factores de riesgo *Cándida spp*).
- **Alergia a Betalactámicos:**
 - **Tigeciclina** 100 mg carga seguido de 50 mg iv c/12 h + **Aztreonam** 1-2g iv c/8h +/- **Fluconazol** 800 mg iv primer día y con nuar con 400 mg iv c/24 h (si factores de riesgo *Cándida spp*).
- **A tener en cuenta:**
 - Si inestabilidad hemodinámica, SDMO, necesidad de técnicas de depuración extrarrenal, antecedentes de *Candida spp* resistentes a fluconazol o tratamiento previo en el mismo ingreso con fluconazol, la recomendación es asociar una equinocandina como tratamiento antifúngico empírico. (Elegir una entre las siguientes)
 - **Micafungina** 100 mg iv c/24h
 - **Anidulafungina** 200 mg de carga seguido de 100 mg iv c/24 h.
 - **Casprofungina** 70 mg carga seguido de 50 mg c/24 h

DURACION:

- **Colecistitis no complicada:** El tratamiento se puede suspender cuando lleve 72 horas afebril y sin datos de infección (Leucocitos, PCT) (de 3 a 5 días)
- **Sospecha o confirmación de bacterobilia y sin cirugía:** 10 días.
- **Colecistitis enfisematosa, absceso perivesicular o alitiasica** de 10 a 14 días.
- **Colangitis** 7-10 días.

Además **considerar** siempre:

- ❖ Drenaje biliar en las primeras 24 en colecistitis con criterios de gravedad (Persistencia del dolor, criterios de sepsis)
- ❖ En colangitis Drenaje biliar endoscópico (CPRE de elección) lo antes posible.
- ❖ Si no es posible CPRE y hay datos clínicos de gravedad valorar drenaje quirúrgico o radiológico
- ❖ Tomar siempre hemocultivos antes de iniciar antibióticos y muestra de bilis cuando la haya.