

PRESENTACIÓN DE CASOS

Colangitis aguda infecciosa en el curso de una sepsis grave

Infectious acute cholangitis during a severe sepsis

Dr. Julio César Francisco Pérez, Dra. Laida María Ponce Martínez, Dra. Aymé Lescay Vizcaya y Dra. Ariamne García Duany.

Hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta a un paciente masculino de 5 años de edad que fue recibido en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del HMC: Dr. Luis Díaz Soto, que en el curso de una faringoamigdalitis, presentó una gran adenopatía cervical. Aparece después fiebre elevada, ictericia y dolor abdominal. Se interpreta como portador de una colangitis aguda infecciosa extrahepática de causa séptica, con toma de otros órganos y manifestaciones de sepsis grave y se descartaron otras causas de colangitis aguda. No es frecuente recibir en las UCIP, pacientes con colangitis aguda infecciosa en el curso de una sepsis grave, este caso llevó tratamiento con antimicrobianos, albúmina, diuréticos y presentó una evolución satisfactoria.

Palabras clave: Sepsis grave, colangitis aguda.

ABSTRACT

This is the case of a male patient ages 5 seen in the Children Intensive Care Unit of the "Dr. Luis Díaz Soto" Central Military Hospital who during a pharyngotonsillitis developed a cervical adenopathy and later it appears high fever, jaundice and abdominal pain. This case is considered as a carrier of a septic extra-hepatic infectious acute cholangitis with involvement of other organs and manifestations of severe sepsis ruling out other causes of acute cholangitis. In the Children Intensive Care Units

(CHICU) it is no frequent to receive patients presenting with infectious acute cholangitis during a severe sepsis. Treatment of this case includes: antimicrobials, albumin, and diuretics having a satisfactory course.

Key words: Severe sepsis, acute cholangitis,

INTRODUCCIÓN

El tracto gastrointestinal es un órgano que interviene en la digestión, absorción y metabolismo de los nutrientes específicos, además de ser la más importante barrera que protege al organismo contra los microorganismos y las moléculas antigénicas.¹ En los estados de enfermedad como en la sepsis, la barrera mucosa está comprometida y los microorganismos y otros productos tóxicos pasan a la porta y después a la circulación sistémica produciendo efectos deletéreos, en estas circunstancias se produce el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y disfunción múltiple de órganos, llevando al deterioro y la muerte de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos Pediátricos.^{2,3}

La colangitis aguda es una entidad que se caracteriza por inflamación del conducto biliar común que es el que transporta la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y luego hasta la cara medial de la porción descendente del duodeno y por infección del ducto biliar. La causa más frecuente es una infección bacteriana que puede ocurrir cuando se presenta obstrucción al libre flujo de la bilis.^{4,5}

En el niño las infecciones son un motivo habitual de consulta médica. La sepsis en el niño es un importante problema de salud, y es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial en la edad pediátrica, en los Estados Unidos mueren aproximadamente 700 000 personas por este problema ya que la mortalidad aumenta por no realizarse un diagnóstico y tratamiento temprano.^{6,7} En el año 2005 un grupo de expertos se reúnen para definir los criterios de sepsis definida como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) producido por una infección grave altamente sospechada o documentada y caracterizada por lesión generalizada del endotelio vascular.⁸ La sepsis es considerada por muchos como una enfermedad emergente, pero se trata realmente de una antigua enfermedad donde sus criterios de definición se han modificado en los últimos años a partir del consenso de 1991.^{9,10}

- Temperatura superior a 38 °C o inferior a 36 °C.
- Frecuencia cardiaca superior a 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto.
- Recuento de glóbulos blancos superior a 12×10^9 /L o inferior a 4×10^9 /L o con más de 10 % de formas inmaduras.

La fiebre y el conteo leucocitario alterado los que no deben faltar para realizar el diagnóstico positivo.^{11,12}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar de 5 años de edad, nacido por parto eutócico a las 40 semanas de edad gestacional, con buen peso al nacer y buen puntaje de Apgar, con antecedentes de alergia respiratoria que cuatro días antes de su ingreso comienza con fiebre, aumento de volumen en la región lateral del cuello por lo que es llevado a su área de salud y le diagnostican una faringoamigdalitis exudativa y le ponen tratamiento con azitromicina, al continuar con la fiebre y más aumento de volumen de la región lateral del cuello que le imposibilita los movimientos y decaimiento; es visto en el Servicio de Urgencias del HMC: Dr. Luis Díaz Soto y se le impone tratamiento con amoxicilina en suspensión. Al no presentar mejoría clínica un día más tarde es llevado nuevamente y se decide su ingreso en la Sala de Misceláneas con el diagnóstico de una adenitis cervical y se impone tratamiento con cefazolina. Dos días más tarde el paciente presenta una evolución no satisfactoria, continua con fiebre, decaído, adenopatía de unos 10 cm. dolorosa, inapetente y aparece coloración amarilla de piel y mucosas, orinas con coloria y heces fecales normales por lo que se decide su traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde llega con taquicardia, polipnea y con hepatomegalia dolorosa de 4 cm., se interpreta como portador de una sepsis grave y se inicia tratamiento con ceftriaxona y vancomicina.

Resultados de complementarios al ingreso en UCIP:

Hemoglobina: 94 g/L, Leucocitos: $19,7 \times 10^9$ /L, Eritrosedimentación: 120 mm/h, TGO: 42 UI, TGP: 31 UI, FA: 664 UI, GGT: 270 mmol/L, Proteínas Totales: 50 g/L, Albúmina: 29 g/L, Bilirrubina Total: 204 mmol/l, Bilirrubina Directa 155,5 μ mol/L, Triglicéridos: 2,16 mmol/L, Lámina periférica: Hipocromía: xxx, trombocitosis ligera, Cituria: pigmentos biliares: xxx, albúmina dosificables, Plaquetas: 250×10^9 /L, Coagulograma: sin alteraciones.

El paciente presenta una evolución no satisfactoria con gran toma del estado general incremento del íctero y comienza con distensión abdominal. Se le realiza ultrasonido abdominal que muestra: hepatomegalia con bordes finos, superficie lisa y contorno regular, esplenomegalia, líquido libre en cavidad y vías biliares sin alteraciones.

Se le realiza ecocardiograma que muestra regurgitación de válvula pulmonar con signos de hipertensión pulmonar, dilatación de venas suprahepáticas que no colapsan con la inspiración y patrón restrictivo de la relajación ventricular.

Tomografía Axial Computarizada de tórax y abdomen: se observan lesiones de aspecto inflamatorio en vértices pulmonares asociadas a derrame pleural bilateral laminar, cardiomegalia, adenopatías mediastinales, hepatomegalia, líquido libre en cavidad, dilatación de asas gruesas.

El paciente presenta un empeoramiento gradual de su estado por lo que se le asocia meropenem al tratamiento. Se interconsulta el caso con cardiología y gastroenterología y se discute en colectivo médico y se considera que el paciente presentó una colangitis aguda secundaria a un proceso séptico o tumoral ([figura 1](#)) por lo que se le realiza

medulograma y se informa medula reactiva y biopsia por aguja fina ganglionar que arroja adenitis reactiva y libre de células neoplásicas.

En su estadía en la UCIP presentó disminución de las cifras de hemoglobina, con aumento del conteo de reticulocitos 24×10^3 , lo que se interpreta como una anemia hemolítica en el curso de la sepsis y alteraciones hemodinámicas, es transfundido con glóbulos y se le aporta volumen. El paciente tres días después comienza con disminución de la ictericia y la hepatomegalia, disminuye la fiebre y comienza a mejorar el apetito. Días después el paciente presentó mejoría clínica.

Complementarios al egreso de la UCIP: Hemoglobina: 102 g/L, leucocitos: $10,5 \times 10^9$ /L, Eritrosedimentación: 40 mm/h, Plaquetas: 300×10^9 , TGO: 23 UI, TGP 24 UI, FA: 636 UI, GGT: 60 mmol/L, Bilirrubina Total: 41 μ mol/L, Bilirrubina Directa: 27 μ mol/L, Triglicéridos: 0,84 mmol/L, Creatinina: 44 mmol/L, Colesterol: 3,99 mmol/L, Albúmina: 49,5 g/L, Proteínas Totales: 79,8 g/L.

Ecocardiograma que informa signos leves de hipertensión pulmonar, dilatación de venas suprahepáticas, función diastólica normal, buena contractilidad. Se traslada a la Sala de Misceláneas después de 20 días de estadía en UCIP.



Fig. 1. Colangitis aguda infecciosa en el curso de una sepsis grave.

DISCUSIÓN

No es frecuente recibir en las UCIP, pacientes con colangitis aguda infecciosa en el curso de una sepsis grave. Es una condición que se caracteriza por inflamación del conducto biliar común e infección en el conducto biliar. Las causas pueden ser primarias o secundarias, la causa más común de la colangitis es una infección bacteriana que puede ocurrir cuando se presenta obstrucción del conducto por cálculo biliar, estenosis o por un tumor, casi siempre un colangiocarcinoma.¹³

Los principales orígenes de la colangitis aguda son la litiasis de la vía biliar principal y las que tienen lugar como consecuencia de una lesión quirúrgica, y con mucha menor frecuencia neoplasias de las vías biliares o del páncreas.

Los microorganismos más comúnmente cultivados de la bilis en un paciente con colangitis incluyen la *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, y el *Bacteroides fragilis*.^{14,15}

Las manifestaciones clínicas de la colangitis aguda se presentan mediante la llamada tríada de Charcot: fiebre, ictericia y dolor abdominal en el cuadrante superior derecho que se evidenció en este paciente. En estados de afectación general, en la llamada colangitis aguda supurada, también se observa la péntada de Reynolds, que son los mismos signos de la triada de Charcot al que se le añaden la sepsis y el compromiso de la conciencia.^{1,2} La fiebre es el signo principal y más frecuente de este cuadro, que éste paciente presentó en su estadía en UCIP varios picos febriles diariamente. El dolor es similar al del cólico biliar, es decir, dolor epigástrico con irradiación a hipocondrio derecho y a región subescapular. La ictericia es el signo menos común por haber cierto paso del flujo biliar pero que en este caso fue el signo primario del cuadro.³⁻⁶ En la actualidad no existen estudios relevantes de este tema, pero *Cristóbal Pera Blanco*⁷ en su estudio sobre fundamentos y opciones terapéuticas encontró que un paciente con una sepsis severa puede cursar con una colangitis esclerosante primaria.

En este caso no planteamos entidades como la tuberculosis, ya que en las diversas fases de la infección tuberculosa es posible la aparición de una adenopatía de importancia clínica pero lo más frecuente es que sea por una infección primaria.

La Enfermedad de Still, porque existen tumefacciones ganglionares generalizadas pero predominan en las articulaciones afectas.⁸

El Linfoma no Hodgkin, porque se presenta en la edad preescolar y adolescencia, sexo masculino, puede existir afectación de toda la cadena linfática, con síntomas generales y afectación pulmonar, además al realizarle a este paciente la biopsia por aspiración con aguja fina en adenopatía cervical informa libre de células neoplásicas.^{9,10}

El síndrome hemofagocítico, se caracteriza por aumento patológico de la línea monocitaria, macrófagos, existen linfadenopatías localizadas o diseminadas, hepatoesplenomegalia con afectación hepática que puede presentar ictericia, ascitis, infiltrados pulmonares. En los pacientes seriamente afectados, pueden existir manifestaciones sistémicas incluyendo fiebre, pérdida de peso, irritabilidad, debilidad, afectación de la médula ósea que puede causar anemia, trombocitopenia y manifestaciones hemorrágicas.¹¹⁻¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tantalean Da Fieno J. Riesgo de muerte en la unidad de cuidados intensivos pediátricos: Uso del PRISM. Rev. Per Pediat. 2008. 61(1): 94-118.

2. Moreno RP, Metnitz P and Almeida E. SAPS 3: From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methodology and cohort description. *Intensive Care Med* 2007; 31: 1336-44.
3. Brahm G, Brett G, Adrienne R. International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. *Pediatric Crit Care Med* January 2008; 1: 68-96.
4. Torrabadella P. Sepsis, Shock séptico. 2006 Ed. Barcelona; 1: Sepsis. *Pediatric*.19-23.
5. Más Font S. Actualidad y reto de los sistemas de estimación pronóstica en pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2006; 30(3): 93-4.
6. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. (2007). *Robbins Basic Patología* (8va edición). Saunders Elsevier. pp. 102-3.
7. Cristóbal Pera Blanco-Morales, Ma. Reyes Núñez Bartolomé, Cristóbal Pera Jiménez (2008). *Cirugía: Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*. Elsevier España.
8. Tslotou AG, Sakorafas GH, Anagnostopoulos G, Bramis J. Septic shock; current pathogenetic concepts from a clinical perspective. *Med Sci Monit*. 2006 Mar; 11(3): 76-85.
9. Filbin MR. Septic Shock. *Infectious Diseases*. Disponible en: www.emedicine.com con entrada en Diciembre 2010.
10. Nguyen HB, Rivers EP, Abrahamian FM, et al. Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines. *Ann Emerg Med*. Jul 2008; 48(1):28-54.
11. Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2008). Bacteriemia y shock séptico.
12. Cuidados intensivos pediátricos (3 edición). Capitel Editores. pp. 377-37. 2009.
13. Grela, Carolina, Menchaca, Amanda y Alberti, Marta. Protocolo de tratamiento del shock séptico en pediatría. *Arch Pediatr Urug*. Dic. 2006, vol.77, no.4. pp. 373-5.
14. Wheeler AP., Bernard GR. Treating patients with severe Sepsis. *N Engl J Med*. Jan 2007.
15. Brunicardi F. Capítulo 31: Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. *Schwartz: Principios de Cirugía* (8^{va} edición); 340(3) 207-14.2007.

Recibido: 2 de agosto de 2011

Aprobado: 6 de septiembre de 2011

Julio César Francisco Pérez. Hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto. La Habana, Cuba. Dirección electrónica: aimelescay@infomed.sld.cu