



## A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: “CHOQUE SÉPTICO POR COLANGITIS CON FALLA MULTIORGÁNICA”

About a clinical case: “Septic shock due to cholangitis with multiorgan failure”

Maritza Verónica Carrillo Sañay <sup>(1)</sup>  
maritzav.carrillo@esPOCH.edu.ec

José Gabriel Gaibor Ambi <sup>(1)</sup>  
carol.tovar@esPOCH.edu.ec

Michael Adrián Abad Romero <sup>(1)</sup>  
michael.abad@esPOCH.edu.ec

Carol Analia Tovar Molina <sup>(1) \*</sup>  
carol.tovar@esPOCH.edu.ec

<sup>(1)</sup> Carrera de Medicina. Facultad de Salud Pública. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Panamericana Sur Km 1 ½. Chimborazo. Ecuador. EC060155.

<sup>(2)</sup> Hospital Privado Surgimed, Servicio de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Baños de Agua Santa, Ecuador. Hospital Santa Inés, Servicio de Cirugía General, Ambato, Ecuador. Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, División de Estudios para Graduados, Doctorado en Ciencias Médicas, Maracaibo, Venezuela.

### Autor de correspondencia:

Carol Analia Tovar Molina; estudiante de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo - Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Panamericana Sur km 1 ½ entre Av. Canónigo Ramos y Av. 11 de noviembre, EC060155, Riobamba-Ecuador, correo electrónico: carol.tovar@esPOCH.edu.ec Teléfono: +593 969 293 972

## RESUMEN

**Introducción.** La colangitis aguda es una inflamación biliar por infección, obstrucción, fiebre y dolor; puede ser mortal y asintomática. **Presentación del caso:** Paciente de 75 años con antecedentes de artritis reumatoide, amaurosis unilateral izquierda post traumática, en sus antecedentes quirúrgicos, una cirugía ocular por trauma a nivel de ojo izquierdo, es ingresado al Hospital General Riobamba - IESS con un choque séptico por colangitis, durante la evolución presenta pancreatitis con falla multiorgánica por lo cual es ingresado a UCI, se presenta inestable e ingresa con diagnóstico de Choque Séptico por colangitis a descartar, el diagnóstico del caso fue confirmado por la realización de exámenes sanguíneos y un eco, y el paciente fue sometido al protocolo de tratamiento establecido, con una respuesta adecuada al tratamiento terapéutico, lo cual ha permitido la evolución favorable del paciente y la recuperación de su salud. **Conclusiones:** El shock séptico es la consecuencia de una colelitiasis sin resolver, misma que al agravarse pone en riesgo la vida de un paciente, comprometiendo su organismo, una intervención temprana permite preservar la estabilidad vital del paciente y en consecuencia preservar su vida.

**Palabras clave:** colangitis, pancreatitis, shock séptico, falla multiorgánica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute cholangitis is biliary inflammation due to infection, obstruction, fever and pain; it can be fatal and asymptomatic. **Case presentation:** 75 years patient with a history of rheumatoid arthritis, unilateral amaurosis left post-traumatic amaurosis, with a surgical history of ocular surgery for trauma to the left eye, he was admitted to the General Hospital Riobamba – IESS Riobamba - IESS with septic shock due to cholangitis. during the evolution he presented pancreatitis with multiorgan failure and was admitted to the pancreatitis with multiorgan failure and was admitted to the ICU, diagnosis of septic shock due to cholangitis to be ruled out. the diagnosis of the case was confirmed by blood tests and an echo, and the patient underwent the patient was submitted to the established treatment protocol, with an adequate response to the therapeutic treatment, which has allowed the patient to evolve favorable evolution of the patient and recovery of his health. **Conclusions:** Septic shock is the consequence of unresolved cholelithiasis, that, when aggravated, puts the patient's life at risk, compromising his or her organism, early intervention allows preserving the vital stability of the patient and therefore preserving and consequently preserve the patient's life.

**Keywords:** cholangitis, pancreatitis, septic shock, multiorgan failure.

## 1. Introducción

La colangitis aguda se define como aquella inflamación en las vías biliares como consecuencia secundaria a una infección bacteriana, en la cual si no se instaura el tratamiento precoz puede tener repercusiones sobre la salud del paciente, para que suceda la colangitis debe existir una obstrucción del flujo biliar, esta es una patología que tiene una afectación sistémica lo cual es un riesgo para la vida del paciente. La causa más común de obstrucción biliar es causada por una coledocolitiasis en personas mayores de 70 años en ambos sexos, sin embargo existen otras causas benignas y malignas como estenosis de conductos biliares, cáncer de páncreas, cáncer ampular, parásitos como la Fasciola hepática o Ascaris lumbricoides; puede existir la presencia de depósitos de lodo biliar, impactación de cálculos biliares sea en el cuello de la vesícula biliar o conducto hepático común también denominado síndrome de Mirizzi, este padecimiento se puede reconocer a través de la triada de Charcot, compuesta por un complejo sintomático de alza térmica que acompaña escalofríos, dolor localizado en hipocondrio derecho e ictericia. (1)

Según estudios la incidencia de la colangitis puede oscilar entre 0.33 y 5.8 por al menos 100.000 habitantes anualmente, no obstante, la tasa de prevalencia oscila entre 1.91 y 40.2 por cada 100.000 habitantes. Afecta predominantemente a mujeres, en una proporción de 9:1. La edad de aparición no es exacta, pues aparece tanto en adolescentes como adultos y personas de la tercera edad, puede tratarse además de una patología multigénica o multifactorial o desconocida como gran parte de los casos (2). Por lo cual se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para el shock séptico por colangitis con falla multiorgánica, y cómo la intervención temprana con CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) impacta en la evolución y supervivencia del paciente.?

Comúnmente, el apareamiento de esta enfermedad ocurre entre los 40 y 60 años, usualmente es asintomática, aquellos pacientes con cuadros de colangitis poseen un historial previo de trastornos biliares sin solución, además de existir un amplio espectro de manifestaciones clínicas empezando de manera leve hasta desencadenar una sepsis de carácter mortal, dentro de los síntomas más comunes pero no sugerentes del padecimiento es el alza térmica, mientras que el dolor más característico es a nivel de hipocondrio derecho, mesogastrio y epigastrio, siendo de

carácter punzante y persistente, el cual no alivia con cambios de posición y se incrementa tras la ingesta de alimentos ricos en lípidos y bebidas alcohólicas. (2) (3)

Para el diagnóstico de colangitis principalmente se basa en estudios de imagen, mediante los cuales se puede examinar el hígado y los conductos biliares, siendo el gold estándar la ecografía, misma que nos permite conocer si existe o no una dilatación a nivel del conducto colédoco, además de la presencia y dimensiones de los cálculos que podían obstruir el conducto, otro estudio que también cumple la función de tratamiento es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual permite retirar los cálculos que obstaculizan la luz del conducto colédoco, siempre y cuando no exista una inflamación que impida la realización de la misma, con el principal objetivo de mejorar la salud del paciente y evitar complicaciones graves. (4)

## 2. Información del paciente

Paciente de 75 años, sexo masculino, en unión libre, de raza mestiza, instrucción primaria completa, religión católica, nacido en Chunchi, actualmente jubilado. Con antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate, amaurosis unilateral izquierda post traumática, en sus antecedentes quirúrgicos, una cirugía ocular por trauma a nivel de ojo izquierdo, alergias no conocidas, antecedentes alérgicos no referidos ni antecedentes patológicos familiares.

Se trata de un paciente de 75 años, es traído al servicio de emergencia el día 03/12/2024, siendo las 6:46 am ingresa por cuadro de pancreatitis BISAP 4, APACHE 30, SOFA 11 con mortalidad del 50%, aguda severa con fallo multiorgánico, además de aparente cuadro de coledocolitiasis con colangitis severa, bajo ventilación mecánica inducida y soporte vasoactivo, solicitando valoración, siendo ingresado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Hospital General Riobamba

El día 03/12/2024, siendo las 8:01 am, paciente ingresa a unidad de cuidados intensivos con cuadro de choque séptico de foco abdominal con pancreatitis aguda, a descartar coledocolitiasis vs colangitis, paciente en malas condiciones generales con soporte ventilatorio invasivo, hemodinámicamente inestable, con dosis de vasoactivo en descenso, con falla multiorgánica, insuficien-

cia renal aguda, con irrigación vesical, con acidosis metabólica, se mantiene en espera de TAC abdominal de día para descartar síndrome colestásico con alta probabilidad de complicaciones e incluso el fallecimiento a corto plazo, se informa a los familiares sobre el estado crítico del paciente

03/12/2024 siendo las 15:29 pm, paciente tiene choque séptico de foco abdominal, pancreatitis aguda, a descartar coledocolitiasis, colangitis, en malas condiciones por falla multiorgánica, al momento bajo sedoanalgesia, hemodinamia comprometida con necesidad de vasoactivo, mala perfusión periférica. Acoplado a ventilación mecánica invasiva FIO2 bajo flujo, oxemia adecuada, se realiza eco de abdomen evidenciando colédoco 7.8mm, que podría beneficiarse de CEPRE, sin embargo, ante su inestabilidad podría presentar complicaciones.

### 3. Hallazgos clínicos

#### 3.1. Examen físico general

Se evidencia paciente somnoliento, hidratado, febril, facies dolorosa, ligero tinte icterico y marcha no valorada, paciente en malas condiciones generales, diaforético, hipotenso con tensión arterial de 70/40 mmHg, taquicárdico con 120 lpm, taquipnea con 40 rpm, Glasgow 10/15 puntos. Con desaturaciones al aire ambiente de 70% por lo que se procede a comunicar a los familiares la necesidad de manejo de vía aérea y soporte ventilatorio invasivo.

#### 3.2. Examen físico por sistemas

Neurológico: Al momento bajo efectos de sedoanalgesia con propofol y remifentanilo, Rass -5, pupila derecha isocórica 2mm, reactiva a la luz

Cardiovascular: Hemodinamia inestable con apoyo de vasoactivo norepinefrina, mantiene TAM sobre 65 mmHg, llenado capilar 4 segundos, signos de hipoperfusión, paciente con sangrado activo por mucosas orales y hematuria franca, último control 04/12/2024: TP: 13.9, INR: 1.1, TTP: 36.8

Respiratorio: Acoplado a la ventilación mecánica invasiva en modo controlado por volumen con los siguientes parámetros FIO2 35%, VT 380, FR 20, PEEP 6, en espera de resultado de gasometría.

Renal: Paciente con cuadro de insuficiencia renal aguda en ascenso, los azoados, control de cre-

atinina 4.7, Urea 135.5, anúrico, se le realiza cistostomía de emergencia.

Gastrointestinal: Abdomen poco depresible, dolor no valorable por sedación, ruidos hidroaéreos disminuidos, se realiza eco de abdomen reporta el colédoco mide 7.8mm, vesícula biliar escasamente distendida, pared delgada de 2.4mm

Infeccioso: Con tendencia a la hipotermia, bajo esquema antibiótico

Metabólico: Hemoglucotest 168 mg/dL

### 4. Timeline / línea cronológica

Día 2: 04/12/2024

Es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por pancreatitis aguda severa con fallo multiorgánico y sospecha de coledocolitiasis con colangitis severa, además de shock séptico. Paciente en malas condiciones generales, hipotenso con necesidad de vasopresor con norepinefrina a dosis de 0.3 mcg/kg/min, bajo ventilación mecánica invasiva (VMI) en modo volumen control (Vt: 380, PEEP: 6, FiO2: 60%, FR: 20, Ti: 1 s). Se revisan exámenes de imagen. En la ecografía de abdomen se observa dilatación de la vía biliar, sugestiva de coledocolitiasis. En TAC contrastada de abdomen, se confirma la presencia de inflamación pancreática severa con compromiso peripancreático. En los exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis con neutrofilia, hipopotasemia moderada y alteraciones en el perfil hepático sugestivas de colangitis severa. Se encuentra bajo manejo con piperacilina/tazobactam 4.5 g IV cada 8 horas, anticoagulación con enoxaparina 40 mg SC STAT y soporte hemodinámico con norepinefrina. Se solicitaron realizar biometría hemática STAT, perfil hepático, electrolitos, tiempos de coagulación, gasometría y hemocultivos cada 12 horas, específicamente a las 5 am. Obteniendo los siguientes resultados: WBC: 18.5, NEUT: 89%, HGB: 10.2, HCTO: 30, PLAQUETAS: 140, TP: 14.5, INR: 1.25, TT: 28.7, CREA: 1.6, NA: 140, K: 3.2, CL: 110, PCR: 120 mg/L, Bilirrubinas totales: 4.5 mg/dL (predominio directo). Presenta un SOFA con una puntuación de 11 (mal pronóstico) y una puntuación en APACHE de 30 (mortalidad alta). Se continúa con manejo en UCI con soporte avanzado, en espera de evolución clínica y reevaluación de la necesidad de drenaje biliar o procedimientos adicionales.

Día 3: 05/12/2024

Paciente se mantiene en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de fallo multi-orgánico secundario a shock séptico y pancreatitis aguda severa. Presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, acoplado a ventilación mecánica invasiva en modo controlado por volumen. Su condición hemodinámica es inestable, requiriendo soporte vasopresor con norepinefrina a dosis de 0.21 mcg/kg/min para mantener la presión arterial media (PAM) sobre 65 mmHg. La frecuencia respiratoria es de 20 rpm y la saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) se mantiene en 93% con FiO<sub>2</sub> al 35%. El paciente presenta signos de hipoperfusión periférica y sangrado activo a nivel de mucosas orales y hematuria. Se encuentra bajo sedoanalgesia con propofol y remifentanilo, con RASS -5, y pupilas isocóricas de 2 mm reactivas a la luz.

En los estudios de laboratorio, se reporta una biometría hemática alterada con leucocitosis (WBC: 43.75), hemoglobina de 11.8 g/dL, y un hematocrito de 35%. La creatinina y urea están elevadas, lo que indica insuficiencia renal aguda. El ácido láctico se encuentra elevado (3.86), sugiriendo un estado de shock. En cuanto a los tiempos de coagulación, el TTP está prolongado a 52 segundos. El paciente presenta una puntuación de SOFA de 9, lo que indica un pronóstico reservado.

Se ha iniciado antibiótico de amplio espectro con piperacilina-tazobactam y se mantiene anticoagulación con enoxaparina 40 mg SC por la tarde. Se han solicitado gasometrías arteriales y venosas cada 12 horas, así como un eco abdominal, que muestra un colédoco dilatado de 7.8 mm. Aunque se considera una posible intervención con CPRE para la coledocolitiasis, debido a la inestabilidad clínica, no se realiza este procedimiento. Familiares informados sobre la situación y pronóstico del paciente.

Se continuará con el monitoreo intensivo, ajuste de soporte respiratorio y vasopresor, además de los exámenes solicitados para evaluar la evolución clínica del paciente.

Día 4: 06/12/2024

Paciente se mantiene en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se encuentra intubado, bajo efectos de sedación y analgesia con propofol y remifentanilo, presentando un RASS -4. La ventilación mecánica invasiva se ajusta a modo contro-

lado por volumen, con parámetros de ventilación en VT 380 ml, frecuencia respiratoria 20, PEEP 6, FiO<sub>2</sub> 35%, y saturación de oxígeno del 92%. Se mantiene en apoyo vasopresor con noradrenalina a 0.21 mcg/kg/min, con tensión arterial media (TAM) de 76 mmHg. El paciente presenta una acidosis metabólica persistente y signos de hipoperfusión periférica con un tiempo de llenado capilar de 3 segundos. Además, presenta sangrado activo por mucosas orales y hematuria franca. Los exámenes de coagulación muestran TP de 13.9 y un INR de 1.1.

En cuanto a la función renal, el paciente presenta insuficiencia renal aguda con creatinina elevada a 4.7 mg/dL y urea de 135.5 mg/dL, con un gasto urinario de 0.19 ml/kg/h, por lo que se solicita evaluación de urología. Se realizó una cistostomía de emergencia sin complicaciones, aunque el paciente ha mantenido irrigación vesical con glicina. El abdomen es suave y depresible, con presencia de sonda nasogástrica que drena líquido bilioso (100 ml), sin signos de distensión abdominal significativa. Se ha solicitado un ecocardiograma y TAC abdominal para evaluar colelitiasis y colangitis, pero ambos procedimientos no se realizan debido a la falta de equipos y médico personal.

Se encuentra bajo tratamiento antibiótico con piperacilina + tazobactam, y presenta una leucocitosis de 35.000, con un porcentaje de neutrófilos del 93,6%. La temperatura es de 34,8°C, con ictericia generalizada. En el área metabólica, el paciente presenta glucosa de 168 mg/dL, sin alteraciones mayores en electrolitos.

En términos de pronóstico, el paciente presenta una puntuación SOFA de 14 y APACHE II de 20, con un alto riesgo de mortalidad a corto plazo. La familia ha sido informada sobre el estado crítico y las posibles complicaciones, incluyendo el fallecimiento. Se continúa con soporte ventilatorio, hemodinámico y antibiótico, y se solicitarán controles de laboratorio cada 12 horas.

Día 5: 07/12/2024

Paciente en el cual se realiza ecocardiograma y TAC abdominal para evaluar colelitiasis y colangitis, a las 10:30 pm, en donde se localiza una distensión del conducto colédoco y la presencia de un cálculo de 10 mm aproximadamente, se planifica una CPRE para cuando el estado de salud haya mejorado, de momento se solicita diálisis para el paciente.



Tabla 1. Timeline

<b>Día 1 (03/12/2024):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>06:46 am:</b> Ingreso al Hospital General Riobamba por pancreatitis aguda severa (BISAP 4, APACHE 30) y sospecha de colangitis.</li> <li>• <b>08:01 am:</b> Traslado a UCI por shock séptico, falla multiorgánica y soporte ventilatorio/vasopresor (noradrenalina).</li> <li>• <b>15:29 pm:</b> Ecografía abdominal revela colédoco dilatado (7.8 mm). Se descarta CPRE inmediata por inestabilidad hemodinámica.</li> </ul>
<b>Día 2 (04/12/2024):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Laboratorio:</b> Leucocitosis (WBC 18.5), hiperbilirrubinemia (4.5 mg/dL), SOFA 11.</li> <li>• <b>Manejo:</b> Antibióticos (piperacilina/tazobactam), soporte renal (creatinina 1.6 mg/dL).</li> </ul>
<b>Día 3 (05/12/2024):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empeoramiento:</b> Leucocitos elevados (43.75), insuficiencia renal aguda (creatinina 4.7 mg/dL), acidosis láctica (3.86 mmol/L).</li> <li>• <b>Intervención diferida:</b> CPRE pospuesta por riesgo de sangrado activo y coagulopatía (TTP 52 segundos).</li> </ul>
<b>Día 4 (06/12/2024):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estabilización parcial:</b> Saturación O<sub>2</sub> 92% (FiO<sub>2</sub> 35%), TAM 76 mmHg con noradrenalina.</li> <li>• <b>Diagnóstico definitivo:</b> TAC confirma cálculo en colédoco (10 mm) y pancreatitis necrotizante.</li> </ul>
<b>Día 5 (07/12/2024):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:30 pm:</b> CPRE exitosa con extracción del cálculo. Inicio de diálisis por falla renal persistente.</li> </ul>

## 5. Evaluación diagnóstica

En los estudios complementarios al momento del ingreso se evidencia un fallo multiorgánico, en la biometría hemática se evidencia una anemia leve normocítica hiperocrómica, en su química sanguínea la urea, creatinina y BUN elevados, los electrolitos se encuentran con un calcio disminuido NA normal, K disminuido y Cl elevado y un lactato de 8.36.

Se realiza ecocardiograma y TAC abdominal para evaluar colelitiasis y colangitis, a las 10:30 pm, en donde se localiza una distensión del conducto colédoco y la presencia de un cálculo de 10 mm aproximadamente, se prevé que el paciente mejore sus condiciones de salud para la realización de la CEPRE, de tal manera que sea posible solucionar su estado de salud.

## 6. Intervención terapéutica

El manejo que se realizó al paciente se basó principalmente en brindar soporte vital, desde la oxigenación, vasoactivos y la administración de medicación para la resolución del foco infeccioso, fue posible estabilizar al paciente, esto permitió la realización de una CEPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) que permitió resolver el problema de salud del paciente.

## 7. Seguimiento y resultados

La evolución del paciente posterior a la realización de la CPRE fue lenta, pero notablemente satis-

factoria, el paciente mantuvo la antibioticoterapia durante 10 días en total, iniciando desde el 04/12/2024 y extendiéndose inclusive después de la CPRE (07/12/2024), la continua evaluación del paciente permitió darle el alta definitiva.

## 8. Discusión

La colangitis aguda corresponde a una infección a nivel de vías biliares, esta representa un alto nivel de gravedad si no es manejada oportuna y adecuadamente, la etiología principal es la coledocolitiasis que usualmente se acompaña de una obstrucción de la vía biliar, esto genera una colonización de bacterias secundariamente, estas desencadenarán un proceso infeccioso cuyas consecuencias pueden llevar a una evolución fatal, para tener una noción más amplia sobre la afección, se estima que la incidencia de casos graves a nivel mundial es del 12.3%, en dependencia de los criterios de gravedad que se utilicen; a nivel de Latinoamérica se estima que el 20% de los pacientes que fueron ingresados a un servicio hospitalario, fueron por dolor abdominal, de las cuales la colecistitis grave, colangitis aguda o ambas, son los diagnósticos principales, sin embargo esta se puede dividir en tres tipos principales, siendo la primaria conocida como colangitis esclerosante primaria, la secundaria puede ser de carácter agudo o infeccioso y finalmente la autoinmune está asociada con la Inmunoglobulina IgG4. (5)

Dentro de los síntomas que constituyen la patología, encontramos la triada de Charcot, la cual está constituida por dolor intenso de tipo cólico en la región subcostal derecha o nivel de epigastrio medio, fiebre con escalofríos y finalmente ictericia; en caso de presentarse manifestaciones propias de un Shock también existe la pentada de Reynold la cual está constituida por confusión mental, ictericia, fiebre y/o escalofríos, hipotensión y dolor abdominal. (5) (6)

El conjunto de la colangitis y coledocolitiasis de manera complicada puede generar un Shock séptico, pues la obstrucción del conducto colédoco por un cálculo incrementa las bacterias existentes, generando un shock séptico de origen biliar, usualmente ocurre en personas de edad avanzada, en jóvenes es poco frecuente. (7). El shock está acompañado de una serie de síntomas como frío a nivel de miembros superiores e inferiores, alza térmica, sensación de mareo o disminución del estado de consciencia, bradipnea, taquicardia, inquietud, letargo y cambios de coloración en la piel. (8) (9) (10)

Para un diagnóstico correcto es necesario la realización de pruebas de laboratorio y exámenes de imagen, confirmando así la clínica de la patología. (11) (12)

Para que se produzca una colangitis es necesario la existencia de una colelitiasis previa, dicho padecimiento se caracteriza por la formación de cálculos en la vesícula biliar, estos pueden variar en tamaño y su existencia es asintomática en gran parte de los casos, (13) al comprometer la vesícula biliar, la cual se encarga en la secreción de bilis para la descomposición de las grasas durante la digestión, es posible que tras la ingesta de dichos alimentos se presenten molestias a este nivel, desde un cólico súbito que podría ceder al cambio de posición hasta un dolor intenso que no cede hasta la extracción de dichos cálculos. (14) (15)

La alimentación incorrecta no es la única causa de la formación de cálculos, el desequilibrio en la composición de la bilis, padecimientos como la dislipidemia y factores hormonales, también son los desencadenantes de su formación. la resolución definitiva de esta patología es la colecistectomía cuando se presentan molestias, sin embargo, cuando no presentan un inconveniente en la salud de quien la padece, el paciente puede vivir varios años sin complicaciones mientras existan cambios en el estilo de vida del individuo. (15) (16)

Uno de los procedimientos que ejerce como tratamiento y examen diagnóstico es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). (17) Dicho estudio consiste en la introducción de un endoscopio a través de la cavidad bucal, esofágica y estómago, hasta llegar al duodeno, viajando por las porciones intestinales hasta llegar a la ampolla de Vater, en la desembocadura del conducto biliar y pancreático. Posteriormente se inyecta un medio de contraste mediante un catéter que fue colocado en el conducto biliar, de tal manera que se visualice los conductos y se pueda identificar y visualizar la presencia de obstrucción, presencia de cálculos a nivel biliar, para posteriormente proceder con la extracción de estos. (17) (18)

El conjunto de las patologías mencionadas anteriormente si existiesen complicaciones podrían desencadenar un Shock séptico, el cual corresponde a una condición crítica que pone en riesgo la vida de quien lo debuta, pues provoca una caída de los valores de la presión arterial, llevando a los órganos a un fallo múltiple, ante

lo cual, el paciente requiere una intervención médica oportuna y efectiva para mantener la vitalidad del paciente. (19) (20) (21).

En contraste con otros reportes y estudios clínicos, este caso evidencia una evolución crítica típica de colangitis complicada, coincidiendo con lo descrito en la literatura respecto a pacientes de edad avanzada con comorbilidades. El abordaje terapéutico realizado, que incluyó soporte vital intensivo y la posterior realización de CPRE, se alinea con las recomendaciones actuales para reducir la mortalidad en estos cuadros.

Entre las fortalezas del presente reporte destaca la documentación detallada y cronológica de la evolución clínica, así como la adecuada aplicación del tratamiento multidisciplinario. Sin embargo, una limitación relevante es la ausencia del uso de escalas diagnósticas internacionales como los Criterios de Tokio, y un seguimiento a largo plazo del paciente. (22)

Al existir una colangitis, las bacterias existentes pueden multiplicarse y migrar, generando una infección que se propaga y provoca una inflamación de los conductos biliares, lo cual provoca los síntomas característicos como el alza térmica, dolor abdominal en epigastrio, mesogastrio e hipocondrio derecho, que migra hacia la parte posterior en hemicinturón y finalmente presencia de ictericia. A medida que la inflamación avanza, el organismo emite una respuesta liberando mediadores inflamatorios, que en casos graves conduce a la sepsis. (23) Si no es tratada oportunamente, desencadena un Shock séptico, mismo que compromete la perfusión de órganos vitales. (24) (25) (26)

El paciente que se presenta en este caso se enfrentó a desafíos complejos que comprometían su vida, el manejo terapéutico utilizado además de la intervención laparoscópica realizada, constituyen la clave para recuperar la vitalidad del paciente, los cuidados intensivos brindados en el área de UCI han permitido la recuperación del paciente. (27) (28) (29) (30)

## 9. Conclusión

El shock séptico secundario a colangitis por coledocolitiasis requiere un manejo multimodal urgente, donde la desobstrucción biliar mediante CPRE emerge como el tratamiento más eficaz para resolver el foco infeccioso y mejorar el pronóstico. En este caso, la intervención tem-

prana con CPRE, junto con soporte hemodinámico y antibiótico dirigido, permitió la estabilización del paciente y la reversión de la falla multiorgánica. Estos hallazgos respaldan que la CPRE, cuando se realiza de manera oportuna, es fundamental para reducir la mortalidad en pacientes críticos con colangitis obstructiva, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en unidades de cuidados intensivos. Futuros estudios deberían evaluar protocolos estandarizados para optimizar el timing de la CPRE en contextos de inestabilidad hemodinámica.

## 10. Agradecimiento

Los autores agradecen a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina por el estímulo hacia la investigación y difusión del conocimiento científico basado en la veracidad.

## 11. Consideraciones éticas

El presente caso es publicado posterior a la verificación de la obtención del consentimiento informado del paciente.

## 12. Conflicto de interés

Los autores no presentan conflicto de interés para la realización de este trabajo

## 13. Limitaciones de responsabilidad

Los puntos de vista expresados en este documento son de entera responsabilidad de los autores y no de la institución a la que pertenecen.

## 14. Fuentes de apoyo

Ninguna

## 15. Referencias Bibliográficas

1. Pigrau BAyC. Colangitis aguda Barcelona; 2021.
2. INVERNIZZI DMCDLCDAGPP. Colangitis; 2020.
3. Virgile J, Marathi. R. Cholangitis; 2023.
4. Mayo Clinic. Colangitis biliar primaria; 2024.
5. Jonathan Alexander Macas Noblecilla AJACSANMFGA. Shock séptico foco abdominal secundario a colangitis caso clínico en Hospital Clínica San Francisco Guayaquil; 2021.
6. EMPENDIUM. Colangitis aguda; 2023.
7. Denis Hadjiliadis MD MPFH. Shock séptico; 2023.
8. Guillent Moreno ZZ, Mogollón Heredia FM, Pérez Guerrero GS. Colangitis biliar primaria en una paciente con VHA aguda atípica colestásica. Reporte de un caso; 2022.
9. Ronald Eugenio Cedeño Muñoz MLMV. Colangitis aguda secundario a hidatidosis biliar resuelta por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de un caso; 2024.
10. E. Cebada JLDHRMF. Colangitis crónica: diagnóstico diferencial y papel de la resonancia magnética. Reporte de un caso ; 2020.
11. Pablo OS. Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda. Reporte de un caso ; 2024.
12. Chilquina JLL,GNMG,TJGL,OELV,&CUS. Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis en una paciente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso.
13. Muñoz M CRPS. Colangitis aguda secundaria a hidatidosis biliar resuelta por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de un caso.; 2024.
14. Vergara A RJSA. Caso clínico radiológico de colangitis piógena recurrente.
15. Guzmán Calderón E,CAL,ADS,ERS,TLY,CGR. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro.
16. Castrillón-Lozano JL,&OCC. Desempeño de los criterios predictivos de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal en el diagnóstico de coledocolitiasis en un hospital público de segundo nivel del Estado de Nuevo León, México. Reporte de un caso; 2022.
17. González JA,&PMA. Actualización en sepsis y choque séptico: Nuevas definiciones y

- estrategias terapéuticas. Reporte de un caso; 2021.
18. Hernández-Mondragón JA, & GJA. Evolución de la CPRE durante los últimos 20 años: experiencia en un centro de alta especialidad. Reporte de un caso; 2020.
19. Banchón Alvarado JD, FSCA, VNJM, & CGDE. Conceptos actuales de sepsis y shock séptico. Reporte de un caso; 2020.
20. Lozada C. Actualización 2023 sobre sepsis y shock séptico en pacientes adultos: Manejo en el servicio de urgencias. Reporte de un caso.
21. Espinales Casanova L. Sepsis y shock séptico: Enfoque actual del diagnóstico y manejo terapéutico. Reporte de un caso; 2022.
22. Macas J CAAJGM. Shock séptico foco abdominal secundario a colangitis caso clínico en Hospital Clínica San Francisco; 2021.
23. Sánchez C SGLU. Coledocolitiasis de Grandes Elementos Reporte de Caso.; 2023.
24. Peña G EJBASME. Pancreatitis necrotizante y perforación duodenal post-CPRE: caso clínico; 2021.
25. Tovar C RCOA. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: caso clínico.; 2022.
26. González P GBRABR. Pancreatitis aguda necrosante secundaria a hernia de hiato grado IV complicada: Presentación de un caso y revisión de la literatura. ; 2022.
27. E. B. Manejo de coledocolitiasis mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes geriátricos: A propósito de un caso.
28. Revoredo F RGDVJea. Pancreatitis aguda necrotizante infectada. Desbridamiento retroperitoneal video asistido []; 2021.
29. Bayas K CPMCPs. Pancreatitis aguda necrosante con shock séptico secundaria a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).; 2023.
30. Silva D BMEDAC. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Uso de plasmaféresis: reporte de caso.; 2021.