

Características clínicas, manejo y desenlaces de la colangitis aguda en un hospital universitario paraguayo, 2022-2025

Clinical characteristics, management, and outcomes of acute cholangitis in a Paraguayan university hospital, 2022-2025

Neil Nelson Fernández Escobar^{1*} 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Fernández Escobar NN. Características clínicas, manejo y desenlaces de la colangitis aguda en un hospital universitario paraguayo, 2022-2025. Rev. cient. cienc. salud. 2026; 8: e81109. [10.53732/rccsalud/2026.e81109](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e81109)

Proceso editorial

Fecha de recepción:

20/06/2026

Fecha de revisión:

06/07/2026

Revisión por pares:

Doble ciego.

Fecha de aceptación:

27/07/2026

Fecha de publicación:

23/08/2026

Autor correspondiente:

Neil Nelson Fernández Escobar
Email: neilnelsonfernandez66@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio 
Universidad del Pacífico.
Dirección de Investigación.
Asunción, Paraguay
e-mail: margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Introducción. La colangitis aguda es una infección del árbol biliar asociada con obstrucción del flujo biliar y puede progresar a sepsis y disfunción orgánica.

Objetivo. Describir las características clínicas, la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y los desenlaces intrahospitalarios de pacientes con colangitis aguda atendidos en un hospital universitario paraguayo. **Materiales y método.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes adultos hospitalizados entre enero de 2022 y octubre de 2025. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados. Se incluyeron 28 pacientes; la edad media fue de $57,8 \pm 11,3$ años y 17 (60,7%) eran hombres. La etiología litiasica fue la más frecuente (15; 53,6%). La colangitis fue leve en 11 (39,3%), moderada en 10 (35,7%) y grave en 7 (25,0%). Se realizó CPRE en 13 pacientes (46,4%), con éxito terapéutico en 9 (69,2%); 15 (53,6%) requirieron cirugía. Se registró un fallecimiento intrahospitalario (3,6%). **Conclusión.** La etiología litiasica predominó y más de la mitad de los pacientes requirió cirugía. Los hallazgos respaldan la estandarización del manejo según la gravedad y la evaluación del acceso oportuno al drenaje endoscópico.

Palabras clave: colangitis; coledocolitiasis; drenaje biliar; colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; sepsis

ABSTRACT

Introduction. Acute cholangitis is an infection of the biliary tree associated with bile-flow obstruction and may progress to sepsis and organ dysfunction.

Objective. To describe the clinical characteristics, etiology, diagnostic assessment, treatment, and in-hospital outcomes of patients with acute cholangitis treated at a Paraguayan university hospital. **Materials and methods.** Observational, descriptive, retrospective study of adult patients hospitalized between January 2022 and October 2025. Descriptive statistics were used. **Results.** Twenty-eight patients were included; mean age was 57.8 ± 11.3 years, and 17 (60.7%) were men. Lithiasic disease was the most frequent etiology (15; 53.6%). Cholangitis was mild in 11 (39.3%), moderate in 10 (35.7%), and severe in 7 (25.0%). ERCP was performed in 13 patients (46.4%), with therapeutic success in 9 (69.2%); 15 (53.6%) required surgery. One in-hospital death occurred (3.6%). **Conclusion.** Lithiasic disease predominated, and more than half of the patients required surgery. These findings support standardized severity-based management and institutional evaluation of timely access to endoscopic drainage.

Key words: cholangitis; choledocholithiasis; biliary drainage; cholangiopancreatography, endoscopic retrograde

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda es una infección del árbol biliar asociada, habitualmente, con la obstrucción del flujo biliar. El aumento de la presión intraductal y la estasis favorecen la proliferación bacteriana, la bacteriemia y la progresión a sepsis y disfunción orgánica⁽¹⁻³⁾.

Aunque la tríada de Charcot —dolor abdominal, fiebre e ictericia— constituye la presentación clínica clásica, su sensibilidad es limitada. En consecuencia, el diagnóstico actual integra signos de inflamación sistémica, alteraciones de colestasis y hallazgos de imagen compatibles con dilatación u obstrucción de la vía biliar^(4,5).

Las Tokyo Guidelines 2018 (TG18) establecen criterios diagnósticos y una clasificación de gravedad con implicaciones terapéuticas, en particular para el inicio temprano de antibióticos y el drenaje biliar oportuno en los casos moderados o graves⁽⁵⁻⁸⁾. Las guías europeas complementan este enfoque al precisar el papel de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y el manejo endoscópico de la coledocolitiasis^(9,10).

En Paraguay, la evidencia publicada sobre la presentación y el manejo de la colangitis aguda es escasa. Este estudio tuvo como objetivo describir las características clínicas, la etiología, los métodos diagnósticos, el tratamiento y los desenlaces intrahospitalarios de pacientes con colangitis aguda atendidos en un hospital universitario paraguayo.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño, ámbito y población. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica (Sala IV) del Hospital de Clínicas, Paraguay. Se incluyeron pacientes de 18 años o más hospitalizados entre enero de 2022 y octubre de 2025 con diagnóstico de colangitis aguda conforme a los criterios de las TG18 (5-8). Se excluyeron los casos que no cumplían los criterios diagnósticos y los expedientes con información insuficiente para las variables principales.

Variables y definiciones. Se analizaron la edad, el sexo, las comorbilidades, la etiología, la gravedad según las TG18, las manifestaciones clínicas, los hallazgos laboratoriales, los estudios de imagen, la antibioticoterapia, la CPRE y su éxito terapéutico, la cirugía, las complicaciones y el estado al alta. La mortalidad intrahospitalaria se definió como el fallecimiento ocurrido durante la hospitalización índice.

Análisis estadístico. Se aplicó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se resumieron mediante media y desviación estándar, y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los porcentajes se calcularon sobre el total de 28 pacientes, excepto el éxito terapéutico de la CPRE, cuyo denominador fueron los 13 pacientes sometidos al procedimiento. Los datos se procesaron en Microsoft Excel 2021.

Consideraciones éticas. El estudio se basó en la revisión retrospectiva de historias clínicas y no implicó intervenciones en los pacientes. No se contó con dictamen ni con dispensa formal de un Comité de Ética en Investigación, y no se obtuvo consentimiento informado individual. Los datos se anonimizaron y se manejaron de forma confidencial, de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las recomendaciones del Committee on Publication Ethics^(11,12).

RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes, con una edad media de $57,8 \pm 11,3$ años; 17 (60,7%) eran hombres. La etiología litiásica fue la más frecuente (15; 53,6%). De acuerdo con las TG18, 11 casos (39,3%) fueron leves, 10 (35,7%) moderados y 7 (25,0%) graves. Todos los pacientes presentaron dolor abdominal, 23 (82,1%) ictericia y 20 (71,4%) fiebre. La ecografía abdominal se realizó en todos los casos. Los 28 pacientes recibieron antibioticoterapia; 13 (46,4%) fueron sometidos a CPRE, con éxito terapéutico en 9 (69,2%), y 15 (53,6%) requirieron cirugía. Se registró un fallecimiento intrahospitalario (3,6%). Las demás características se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas, diagnósticas, terapéuticas y desenlaces de pacientes con colangitis aguda

Variable	n	% o valor
Sexo masculino	17	60,7
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	16	57,1
Diabetes mellitus tipo 2	11	39,3
Obesidad	6	21,4
Etiología		
Litiásica	15	53,6
Postoperatoria	6	21,4
Tumoral	4	14,3
Bilioma/absceso	3	10,7
Severidad		
Leve	11	39,3
Moderada	10	35,7
Grave	7	25,0
Signos y síntomas		
Dolor abdominal	28	100,0
Ictericia	23	82,1
Fiebre	20	71,4
Leucocitosis	18	64,3
Bilirrubina total, media $\pm$ DE (mg/dL)		5,8 $\pm$ 3,1
Disfunción renal	6	21,4
Métodos auxiliares de diagnóstico		
Ecografía abdominal	28	100,0
Colangiorresonancia	11	39,3
Tomografía abdominal	9	32,1
Tratamiento		
CPRE	13	46,4
Éxito terapéutico por CPRE	9/13	69,2
Cirugía	15	53,6
Complicaciones		
Fístula biliar	3	10,7
Bilioma/absceso	3	10,7
Sepsis	2	7,1
Mortalidad intrahospitalaria	1	3,6

DISCUSIÓN

En esta serie institucional de 28 pacientes, la colangitis aguda se presentó con mayor frecuencia en hombres y la etiología litiásica predominó. Una cuarta parte de los casos fue clasificada como grave, cerca de la mitad fue tratada mediante CPRE y más de la mitad requirió cirugía. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3,6%. Estos resultados describen el perfil asistencial del centro y deben interpretarse considerando el reducido tamaño de la muestra.

La etiología litiásica representó más de la mitad de los casos (53,6%), en concordancia con la literatura, que reconoce la coledocolitiasis como una de las principales causas de obstrucción biliar e infección ascendente^(3,8,10,13). Los casos postoperatorios, tumorales y asociados con bilioma o absceso muestran la heterogeneidad etiológica de los pacientes atendidos en un hospital universitario de referencia.

El 25,0% de los pacientes presentó colangitis grave. La estratificación por gravedad es esencial para priorizar la reanimación, la antibioticoterapia y el drenaje biliar, conforme a las TG18⁽⁵⁻⁸⁾. La elevada frecuencia de ictericia, fiebre y leucocitosis fue coherente con el cuadro clínico esperado; sin embargo, el diseño del estudio no permitió evaluar su valor diagnóstico ni su asociación con los desenlaces.

La CPRE se realizó en 13 pacientes (46,4%) y alcanzó éxito terapéutico en 9 (69,2%). Esta proporción fue inferior a la limpieza completa de la vía biliar informada en una serie peruana de pacientes con coledocolitiasis (78,7%) y a la canulación biliar exitosa comunicada en una serie chilena de CPRE (96,7%)^(14,15). No obstante, las poblaciones, las indicaciones y las definiciones de éxito difirieron, por lo que estas comparaciones son

únicamente contextuales. Los resultados justifican evaluar en futuros estudios la oportunidad del procedimiento, las causas de fracaso, la complejidad anatómica y la experiencia del equipo.

La cirugía fue necesaria en 15 pacientes (53,6%), lo que evidencia su importancia en el contexto local cuando la CPRE no está disponible, fracasa o resulta insuficiente. En una cohorte colombiana de 3630 pacientes sometidos a drenaje biliar, el drenaje quirúrgico no se asoció con mayor mortalidad a 30 días que el endoscópico; sin embargo, el uso de una base administrativa limita la comparación directa⁽¹⁶⁾. La elevada proporción de cirugía observada en esta serie respalda la necesidad de fortalecer los circuitos de coordinación entre cirugía, gastroenterología, endoscopia, imagenología y cuidados críticos.

La mortalidad intrahospitalaria fue de 3,6% (1/28). En otras cohortes internacionales, la mortalidad a 30 días ha variado según el perfil etiológico y clínico^(17,18). El valor observado es cercano a la mortalidad a 30 días de 3,47% estimada en una cohorte colombiana y menor que el 5,8% intrahospitalario descrito en una serie mexicana; por su parte, una cohorte argentina de pacientes con colangitis moderada drenada mediante CPRE no registró muertes a 30 días^(16,19,20). Debido al escaso número de eventos y a las diferencias entre las poblaciones, los tratamientos y los periodos de seguimiento, no es posible establecer comparaciones concluyentes ni atribuir el desenlace a una estrategia terapéutica específica.

Las principales limitaciones fueron el diseño retrospectivo, el carácter unicéntrico y el tamaño muestral reducido, que disminuyen la precisión y la generalización de las estimaciones. La selección de historias clínicas completas pudo introducir sesgo de selección, mientras que la dependencia de registros asistenciales favorece sesgo de información y subregistro. Además, no hubo grupo comparador ni análisis inferencial, no se evaluaron sistemáticamente los tiempos hasta antibioticoterapia, drenaje biliar, CPRE o cirugía, y el éxito del drenaje no se analizó por grado de severidad. Por ello, los resultados describen la experiencia institucional y no permiten identificar factores pronósticos ni establecer relaciones causales.

Pese a estas limitaciones, el estudio aporta información local sobre la presentación y el manejo de la colangitis aguda en Paraguay. Los hallazgos pueden servir como línea de base para estandarizar protocolos institucionales, mejorar el registro de indicadores asistenciales y orientar estudios prospectivos que evalúen la oportunidad del drenaje y los factores asociados con los desenlaces.

La etiología litiásica fue la más frecuente. Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia, cerca de la mitad fue sometida a CPRE y más de la mitad requirió cirugía. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3,6%. Estos hallazgos respaldan la estandarización del manejo según la gravedad y la evaluación institucional del acceso oportuno al drenaje endoscópico; debido al diseño descriptivo y al tamaño muestral, no permiten comparar la efectividad de las estrategias terapéuticas.

Agradecimientos: El autor agradece a la II Cátedra de Clínica Quirúrgica - Sala IV del Hospital de Clínicas por facilitar el desarrollo del presente trabajo y al personal de Archivo por la colaboración en el acceso a los registros clínicos.

Declaración de conflicto de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

Disponibilidad de datos: Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Neil Nelson Fernández Escobar. Email: neilnelsonfernandez66@gmail.com

Declaración sobre uso de inteligencia artificial: El autor declara que se utilizaron herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo para la revisión lingüística, organización del texto y adecuación formal del manuscrito. El contenido científico, el

análisis de los datos, la interpretación de los resultados y la responsabilidad final del manuscrito corresponden exclusivamente al autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sinanan MN. Acute cholangitis. *Infect Dis Clin North Am.* 1992;6(3):571-599. [https://doi.org/10.1016/S0891-5520\(20\)30463-3](https://doi.org/10.1016/S0891-5520(20)30463-3)
2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):15-26. <https://doi.org/10.1007/s00534-006-1152-y>
3. Sung JY, Leung JW, Shaffer EA, Lam K, Olson ME, Costerton JW. Ascending infection of the biliary tract after surgical sphincterotomy and biliary stenting. *J Gastroenterol Hepatol.* 1992;7(3):240-245. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.1992.tb00971.x>
4. Reynolds BM, Dargan EL. Acute obstructive cholangitis: a distinct clinical syndrome. *Ann Surg.* 1959;150(2):299-303. <https://doi.org/10.1097/00000658-195908000-00013>
5. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):17-30. <https://doi.org/10.1002/jhbp.512>
6. Miura F, Takada T, Kawarada Y, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):31-40. <https://doi.org/10.1002/jhbp.509>
7. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):3-16. <https://doi.org/10.1002/jhbp.518>
8. Lan Cheong Wah D, Christophi C, Muralidharan V. Acute cholangitis: current concepts. *ANZ J Surg.* 2017;87(7-8):554-559. <https://doi.org/10.1111/ans.13981>
9. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2020;52(2):127-149. <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080>
10. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Ah-Soune P, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy.* 2019;51(5):472-491. <https://doi.org/10.1055/a-0862-0346>
11. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA.* 2025;333(1):71-74. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
12. Committee on Publication Ethics. Code of conduct [Internet]. COPE; [cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://publicationethics.org/membership/code-of-conduct>
13. Ahmed M. Acute cholangitis - an update. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2018;9(1):1-7. <https://doi.org/10.4291/wjgp.v9.i1.1>
14. Prochazka Zarate R, Bravo Paredes EA, Zegarra Chang A, Corzo Maldonado CD, Delgado Zapata B. Caracterización clínico-radiológica y exploración de asociación entre el éxito terapéutico y edad en pacientes sometidos a pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú, 2008-2014. *Rev Gastroenterol Peru.* 2015;35(2):151-158. <https://revistagastroperu.com/index.php/rqp/article/view/123>
15. Ross Reyes GD, Pineda Etcheber CA, Díaz Díaz IF. Seis meses de entrenamiento en colangiografía endoscópica retrógrada en centro formador de alto volumen: ¿es suficiente? Experiencia inicial en un hospital de la Araucanía. *Rev Cir.* 2024;76(2):125-130.

- <https://doi.org/10.35687/s2452-454920240021942>
16. Danies-Díaz GP, García-Casilimas GA, Buitrago G. Tasas de mortalidad en pacientes con colangitis del régimen contributivo y sus diferencias regionales en Colombia. *Rev Colomb Cir.* 2025;40(2):331-342.
<https://doi.org/10.30944/20117582.2754>
 17. Tan M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Laursen SB. Unchanged mortality in patients with acute cholangitis despite an increase in malignant etiologies: a 25-year epidemiological study. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(3):335-341.
<https://doi.org/10.1080/00365521.2019.1585568>
 18. Lee CC, Chang IJ, Lai YC, Chen SY, Chen SC. Epidemiology and prognostic determinants of patients with bacteremic cholecystitis or cholangitis. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(3):563-569.
<https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01095.x>
 19. Jiménez Castillo RA, Jáquez-Quintana JO, Reyna-Aréchiga AI, López-Alejandro YG, Juárez-Hernández SN, Del Ángel-Argueta CD, et al. Risk factors for mortality in patients with acute bacterial cholangitis: type 2 diabetes is a significant clinical predictor. *Rev Esp Enferm Dig.* 2022;114(1):59-61.
<https://doi.org/10.17235/reed.2021.8251/2021>
 20. Higa ML, Mahler MA, Abecia Soria VH, Manazzoni D, Pizzala JE, Giménez FI, et al. Colangitis aguda moderada: impacto de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica temprana en la mortalidad y estadía hospitalaria. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2021;51(4):420-424.
<https://doi.org/10.52787/FNGP3001>