

APLICACIÓN DE GUÍAS TOKIO 2018 PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COLANGITIS AGUDA EN HOSPITAL ESCUELA, HONDURAS

APPLICATION OF THE TOKYO GUIDELINES 2018 FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS AT HOSPITAL ESCUELA, HONDURAS

Dra. Elvia Maria Soriano Cerna¹, Dr. Axel Alfredo Murillo Cárcamo², Dr. Frederick Hermelidio Contreras Medina³, Dr. Roberto Esquivel David⁴.

¹Médico Especialista Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

²Médico Residente Cirugía Plástica y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

³Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

⁴Médico Especialista Cirugía General Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

Correspondencia a:

Nombre: Frederick Hermelidio Contreras Medina

Correo electrónico: frederic-kcontrerasm@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2940-6384
0000-0002-8762-6043
0000-0003-0129-3709
0000-0003-0266-3951

Palabras clave: Guías Tokio 2018, Colangitis aguda, Colelitiasis, Criterio Diagnóstico.

Keywords: Tokyo Guidelines 2018, Acute cholangitis, Cholelithiasis, Diagnostic Criteria.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:

5 de mayo de 2022

Aceptado para publicación:

21 de junio de 2022

Citar como:

Soriano Cerna EM, Murillo Cárcamo AA, Contreras Medina FH, Roberto Esquivel D. Aplicación de guías Tokio 2018 para diagnóstico y tratamiento de colangitis aguda en hospital escuela, Honduras. Rev Cient Cienc Med 2023; 26(1): 24-32

RESUMEN

Antecedentes: Las Guías Tokio 2018 son un conjunto de directrices médicas actualizadas y reconocidas que ofrecen recomendaciones detalladas para el diagnóstico y tratamiento de la colangitis aguda, una inflamación aguda de los conductos biliares que puede ser potencialmente grave.

Objetivo: Examinar la utilidad de la aplicación de las Guías Tokio 2018 para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con Colangitis Aguda ingresados al Hospital Escuela durante 2018-2019.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, se revisaron 54 expedientes clínicos que registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales y patológicos, laboratoriales e imagenológicas. Los resultados se presentaron como frecuencias, porcentajes, promedios y rangos.

Resultados: Las Guías de Tokio 2018 (TG18) fueron implementadas en un 94%. La colangitis aguda leve fue más frecuente en 48.1%. La concordancia en la estadificación de los casos según TG18 erró con mayor proporción en las colangitis grado 2 (15% No, 7% Si); la lesión renal siendo la falla orgánica más frecuente 25.9% (14). El manejo antibiótico concordó en el 70.0%. El drenaje biliar se realizó de forma oportuna en 14.0%. La causa más frecuente de colangitis fue la litiasis en un 48.2%. El promedio de hospitalización fue de 5-9 días en 31.5%. El 63.0% (34) de los pacientes egresó mejorado y el 24.0% (13) fallecieron.

Conclusión: La utilización de las TG18 por parte del Hospital Escuela demostró un enfoque en mejorar la precisión del diagnóstico y optimizar la administración de antibióticos. Sin embargo, su eficacia parece comparativamente disminuida cuando se aplica al aspecto fundamental del drenaje de los conductos biliares.

ABSTRACT

Background: The Tokyo 2018 Guidelines are a set of recognized and up-to-date medical guidelines that provide detailed recommendations for the diagnosis and treatment of acute cholangitis, an acute inflammation of the bile ducts that can be potentially serious.

Objective: To examine the usefulness of the application of the Tokyo 2018 Guidelines for the diagnosis and treatment of patients with Acute Cholangitis admitted to the Hospital Escuela during 2018-2019.

Methods: Cross-sectional descriptive study, reviewing 54 clinical records that recorded sociodemographic data, personal and pathological, laboratory and imaging history. Results were presented as frequencies, percentages, means, and ranges.

Results: The Tokyo 2018 Guidelines (TG18) were implemented by 94%. Mild acute cholangitis was more frequent in 48.1%. The concordance in the staging of the cases according to TG18 erred with a greater proportion in grade 2 cholangitis (15% No, 7% Yes); kidney injury being the most frequent organic failure 25.9% (14). The antibiotic management agreed in 70.0%. Biliary drainage was performed in a timely manner in 14.0%. The most frequent cause of cholangitis was lithiasis in 48.2%. The average hospitalization was 5-9 days in 31.5%. 63.0% (34) of the patients discharged improved and 24.0% (13) died.

Conclusion: The use of TG18 by the Hospital Escuela demonstrated a focus on improving diagnostic accuracy and optimizing the administration of antibiotics. However, its efficacy appears comparatively diminished when applied to the fundamental aspect of bile duct drainage.

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda (CA) tiene su causa en una infección bacteriana ascendente del árbol biliar secundario a obstrucción. La etiología más común son cálculos biliares, seguido de estenosis benignas y malignas, parásitos, instrumentación de los conductos biliares y anastomosis bilioentéricas obstruidas de forma parcial^{1,2,3}. La incidencia anual de CA en pacientes asintomáticos con litiasis vesicular es del 0.3-1.6% y los casos graves del 12.3% aproximadamente⁴, siendo la patología biliar más frecuente en el sexo femenino³. Las dos condiciones absolutas para el desarrollo de colangitis aguda, son la presencia de bacterias en el árbol biliar y obstrucción del flujo, con aumento de la presión intraluminal⁴. Los patógenos más frecuentes son los bacilos Gram negativos (*Klebsiella*, *E. coli*, *Enterobacter* y especies de *Citrobacter*) o no fermentadores (*Pseudomonas*)⁵.

Los criterios diagnósticos para colangitis aguda según las Guías de Tokio incluyen desde signos de inflamación sistémica, colestasis y hallazgos imagenológicos⁴ (Ver Tabla 1). Estas guías presentan una sensibilidad del 91.2% y una especificidad del 96.9%^{4,6-8}. La CA es una condición médico-quirúrgica grave que puede progresar rápidamente hacia shock séptico y muerte. Se clasifica según su grado de severidad (leve [grado I], moderada [grado II] y severa [grado III])⁴. Se debe realizar diagnóstico oportuno e instaurar manejo médico inmediato,

Tabla 1. Criterios diagnósticos de las Guías de Tokio 2018 (TG18) para Colangitis Aguda.

A. Signos de inflamación sistémica:

(1) fiebre y/o escalofríos + (2) evidencia de respuesta inflamatoria

B. Colestasis:

(1) Ictericia + (2) pruebas anormales de función hepática

C. Hallazgo imagenológico:

(1) Dilatación de la vía biliar + (evidencia de etiología en la imagen)

Diagnóstico sospechoso: 1 ítem A + 1 ítem en B o C

Diagnóstico definitivo: 1 ítem A + 1 ítem en B + 1 ítem en C

Fuente. Kiriya S. *Et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos).* *J Hepatobiliary Pancreat* 2018;25(1):17-30.

para identificar nivel y causa de la obstrucción, de ser necesaria, la descompresión de la vía biliar^{4,9}.

Previo al año 2007 no existían lineamientos de manejo para colangitis aguda, cuando el comité de las Guías de Tokio 2007 presentó su primera edición, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad de esta patología. Desde su publicación ha sido citada en múltiples estudios de importancia y usado a través de todo el mundo con marcada aceptación en el desempeño diario de la Cirugía⁴. El drenaje endoscópico de la vía biliar es el estándar de oro en el manejo de la colangitis aguda, de no ser posible realizarse, se menciona como segunda opción el drenaje percutáneo y como última el drenaje a través de cirugía abierta^{3,7,8}. Los avances en la Colangiografía Retrograda Endoscópica (CPRE) junto con la implementación de antibióticos con amplia cobertura antibiótica contribuyen a la disminución de la mortalidad en la colangitis aguda, siendo más útil al aplicarse un diagnóstico temprano y certero, así como la adecuada categorización de la enfermedad individualizada para cada paciente^{2,4,11}.

En el Hospital Escuela se observó tres abordajes diferentes para el manejo de la colangitis aguda (endoscópico, percutáneo, quirúrgico). Pero parece que no siempre cuentan con el equipo, el personal médico-quirúrgico o incluso el espacio físico necesario para llevar a cabo esos procedimientos de descompresión menos invasivos. Esto parece conducir a cierta variabilidad en los tipos de intervenciones que pueden proporcionar. Las Guías de Tokio 2018 se han implementado en el Hospital Escuela de manera arraigada, por lo que el objetivo de este estudio es examinar la utilidad de la aplicación de las TG18 en pacientes con Colangitis Aguda ingresados en el Hospital Escuela durante los años 2018 – 2019, con el propósito de analizar las características de pacientes con diagnóstico de colangitis aguda atendidos en el área de urgencias de cirugía del Hospital Escuela en Tegucigalpa y describir si el cumplimiento de las TG18, representan de manera objetiva mejores resultados y pronósticos de los pacientes quirúrgicos con CA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de pacientes con diagnóstico de colangitis aguda atendidos

en el área de urgencias de cirugía del Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, en el período del mes de enero 2018 a diciembre del 2019. Las características de los pacientes se describen a partir de un muestreo no probabilístico y un tamaño de muestra de 54 casos (IC95%) La fuente de información la constituyeron los expedientes clínicos. Al diseñar los parámetros para nuestra investigación sobre la colangitis aguda, establecimos meticulosamente criterios de inclusión y exclusión para garantizar la precisión y relevancia de nuestro estudio. Buscamos comprender de manera integral esta condición dentro de la población adulta, abarcando tanto a mujeres como a hombres. Nuestros criterios de inclusión abarcaron adultos de ambos sexos de 18 años o más, a quienes se les diagnosticó colangitis aguda. Para mantener la solidez de nuestro análisis, consideramos exclusivamente a personas con registros médicos completos, reconociendo el papel vital que desempeñan esos datos completos en nuestra comprensión. Sin embargo, optamos por excluir a los pacientes

pediátricos para mantener un alcance centrado en la población adulta. Nuestra investigación abarcó el período de 2018 y 2019, lo que nos permitió capturar una perspectiva matizada de las tendencias de la colangitis aguda dentro de estos años específicos.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos previamente validado en el archivo general del Hospital Escuela, se registró información sobre datos generales, sociodemográficos y clínicos. Se ingresó al programa estadístico Epi info versión 7.2.1.0 la base de datos de la información recolectada. El análisis fue univariado. Fueron expuestos los resultados en forma de frecuencias, porcentajes, promedios y rangos correspondientes a las variables investigadas.

RESULTADOS

El departamento de archivo del Hospital Escuela recolectó y puso a disposición un conjunto de 54 registros clínicos completos. Los hallazgos subsiguientes están formados por este conjunto de datos. A medida que profundizamos en las complejidades de las características sociodemográficas, surge una tendencia notable. El tramo de edad más prevalente se encontró entre los 50 y los 74 años, abarcando un significativo 38,9% (n=21) de los individuos en estudio. Detrás de este grupo se encuentra la cohorte de 25 a 49 años, que constituyeron el 33,3% (n=18) de la muestra. Cabe destacar que los individuos mayores de 75 años constituyeron el 18,5% (n=10) de los datos, mientras que los menores de 25 años representaron el 9,3% (n=5). Cuando se trata de la distribución de género, surge un patrón claro. La población femenina tomó la delantera, dominando el 72,0% (n=39) de los casos, mientras que la contraparte masculina ocupa el 28% (n=15) del conjunto de datos. Esta tendencia se extiende al origen geográfico de los individuos en estudio. Un importante 70,3% (n=38) provenían de áreas urbanas, mientras que el 29,7% restante (n=16) provenían de regiones rurales. La CA presentó un grado de severidad leve del 48,1% (51) con un intervalo de confianza de $\pm 4,8\%$. La principal causa de CA fue la litiasis en un 48,2% (n=26) con un intervalo de confianza de $\pm 5,1\%$, y la insuficiencia orgánica más frecuente fue la insuficiencia renal en un 25,9% (n=14) con un intervalo de confianza de $\pm 4,3\%$. (**Ver Tabla 2**).

Tabla 2. Aplicación de TGI8, grados de severidad, causas y complicaciones de colangitis aguda. (n=54)

Características	Número (%)
Uso de la Guía de Tokio 18	
Si	51 (94.4)
No	3 (5.6)
Grados de severidad	
Leve	26 (48.1)
Moderada	12 (22.2)
Severa	6 (29.7)
Frecuencia de falla orgánica (colangitis severa)	
Renal	14 (25.9)
Hematológica	6 (11.1)
Hepática	5 (9.2)
Cardiovascular	2 (3.7)
Neurológica	1 (1.8)
Respiratoria	1 (1.8)
Causas de Colangitis	
Litiasis	26 (48.2)
Estenosis Maligna	13 (24.1)
Estenosis Benigna	5 (9.2)
No especificado	5 (9.2)
Compresión Extrínseca	4 (7.4)
Ascaridiasis	1 (1.8)

Fuente. Aplicación Guía de Tokio para manejo de pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda

Con respecto al manejo farmacológico y las intervenciones clínicas en pacientes con colecistitis aguda (CA) en particular, el régimen antibiótico más prevalente utilizado para pacientes con CA fue piperacilina tazobactam + metronidazol, que constituyó el 31,5% de los casos (n=17) con un intervalo de confianza de $\pm 2,5\%$ y se muestra en la **Figura 1**. En nuestra investigación se profundizó la correlación temporal entre la descompresión de la vía biliar y la gravedad de la CA en relación con el ingreso hospitalario. Se observó una tendencia predominante hacia la descompresión programada, que representó el 42,6% de los casos (n=23) con un intervalo de confianza de $\pm 3,1\%$, y se ilustra en la **Figura 2**. Este hallazgo subrayó la importancia de las intervenciones oportunas en el manejo de CA. En cuanto a las intervenciones realizadas y los resultados de los pacientes, el análisis reveló que la combinación de colecistectomía abierta, exploración de la vía biliar y derivación biliar externa fue el abordaje predominante, implementado en el 31,5 % de los casos (n=17) con un intervalo de confianza de $\pm 2,5\%$. Además, la duración típica de la estancia hospitalaria osciló entre 5 y 9 días, con un intervalo de confianza de $\pm 1,0\%$, y en particular, una proporción sustancial de pacientes (63,0 %, n=34) mostró mejores condiciones de alta, lo que significó el éxito terapéutico. resultados, con un intervalo de confianza de $\pm 4,2\%$. Este amplio conocimiento se resumió de forma concisa y refleja los aspectos multifacéticos de la gestión de CA y la atención al paciente. (Ver **Tabla 3**).

DISCUSIÓN

Las guías de Tokio 2018 (TG18) se utilizan para diagnosticar, evaluar la gravedad y guiar el manejo de la colangitis aguda (CA)^{4,6,12}. Los resultados de nuestro estudio, demuestran que el 94,4% (n=51) concuerda así con la aplicación de las recomendaciones en las TG18 en pacientes con CA, atendidos en el área de urgencias de Cirugía General del Hospital Escuela. En nuestros datos obtenidos, la edades abarcaron entre 50-74 años, cumpliendo con rangos más extensos que los establecidos en otros estudios de la región, particularmente América del Sur. En Bolivia, Ramos y cols. evaluaron 205 casos en los que la edad promedio de presentación fue de 40 ± 10 años¹³. Mientras que en Chile,

Fica y cols, encontraron pacientes de la tercera edad con un promedio de 70.4 años dentro de un rango representativo de 60-80 años¹⁴.

Nuestros datos se correlacionan con los mismos resultados de ambos estudios en donde predominó el sexo femenino^{13,14}. Estas implicaciones sugieren que nuestro estudio contribuye a una mejor comprensión de las características demográficas de los pacientes con CA en nuestro hospital. Además, la alta adherencia a las pautas TG18 refleja el compromiso de nuestros profesionales de la salud con las prácticas basadas en evidencia, lo que en última instancia mejora la calidad de la atención brindada a los pacientes con CA.

En Honduras, los resultados de nuestro estudio sugieren que los criterios de TG18 presentaron buena sensibilidad para diagnosticar CA y establecer etiología; se encontró que la causa principal fue litiasis en 48% (n=26), seguido

Tabla 3. Tipo de intervención realizada, tiempo de estancia hospitalaria y condición de egreso de los pacientes con CA. (n=54)

Características	N(%)
Tipo de procedimiento	
Colecistectomía abierta + EVB*+Tubo de Kehr	17 (31.5)
CPRE**	15 (27.8)
No realizado	10 (18.5)
Colecistectomía	4 (7.4)
EVB+Tubo de Kehr	4 (7.4)
Derivación bilio-digestiva	4 (7.4)
Estancia hospitalaria (días)	
≤ 4	9 (16.6)
5-9	17 (31.5)
10-14	12 (22.2)
15-19	11 (20.4)
≥ 20	5 (9.3)
Condición de egreso	
Mejorado	34 (63.0)
Fallecido	13 (24.1)
Igual condición	6 (11.1)
Curado	1 (1.8)
* EVB= Exploración de la vía biliar	
**CPRE= Colangiopancreatografía Endoscópica retrógrada	

Fuente. Aplicación Guía de Tokio para manejo de pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda.

Distribución de la cobertura antibiótica empleada en los pacientes objeto de estudio. (N=54)

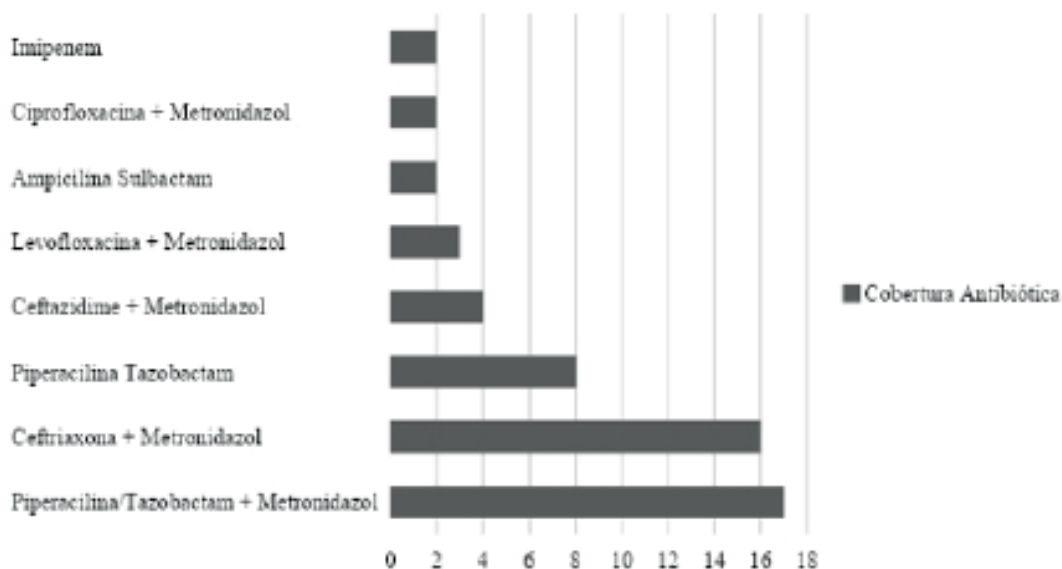


Figura 1. Distribución de la cobertura antibiótica empleada en los pacientes objeto de estudio. (n=54)

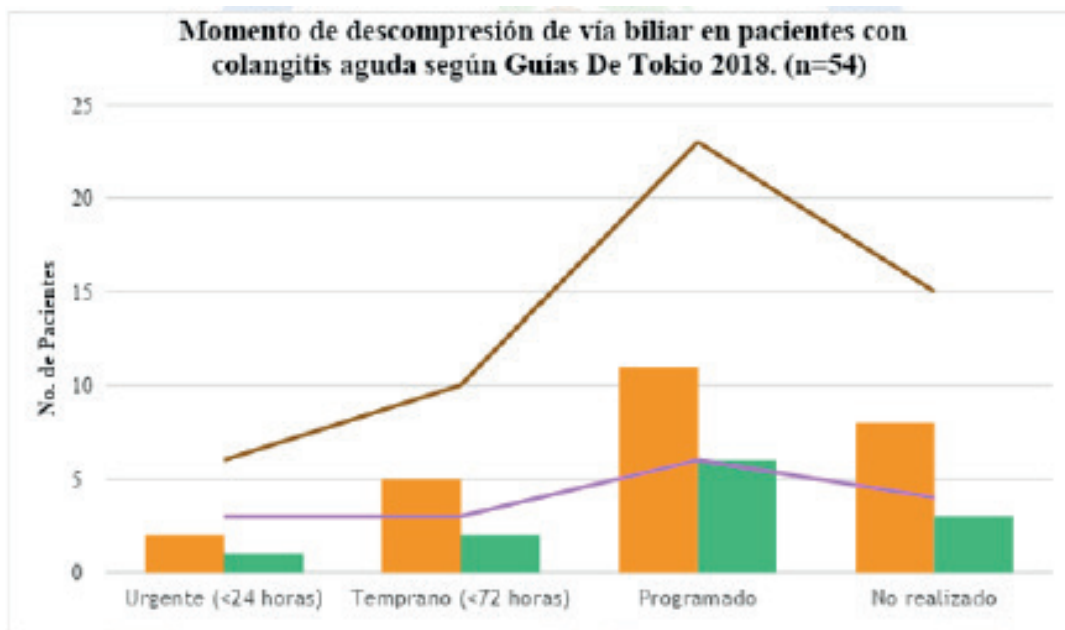


Figura 2. Momento de descompresión de vía biliar en pacientes con colangitis aguda según Guías De Tokio 2018. (n=54)

de la estenosis maligna 24.1% (n=13), en menor medida estenosis benignas y causas desconocidas, compartiendo el 9.2% (n=5). En correlación con hallazgos en Colombia, donde clasificaron las causas de obstrucción de la vía biliar en cuatro grupos encontrándose que la litiasis representa el 63.3% de los casos, seguido de la estenosis maligna en 16.7%, benigna 13.3% y compresión extrínseca

6.7%^{2,3,15}; indicando que la etiología principal concuerda con la literatura actual. En relación al diagnóstico, la Colangitis Leve fue ha sido con mayor frecuencia diagnosticada de acuerdo con los criterios de las guías con un 48.1% (n=26) seguido de Severa en un 29.7%(n=18) y en último lugar Moderada con un 22.2%(n=11). Al analizar los resultados de la escala del grado de severidad y estancia hospitalaria, notamos

cierta similitud con estudios centroamericanos. En Nicaragua describieron el uso de las guías, donde los porcentajes de los grados de severidad obtenidos son: Grado I con 62%, seguido por el grado II con 28% y el grado III con 10%⁸. A diferencia de André R y Lazaro A. de Colombia que en sus estudios endosonográficos demostraron en pacientes con colangitis aguda, que el grado de severidad más frecuente fue Moderado con 53.6% de los casos, luego fue el grado Leve con 35.7% y el menos frecuente fue el Severo con 10% de los casos⁷; y mucho más diferentes a Gravito-Soares et al. aunque el 69.4% eran leves a moderadores, determinaron que un 30.6% de casos se encontraban en categoría de severo a su ingreso⁶. En conjunto, estas implicaciones subrayan la aplicabilidad de TG18 en el diagnóstico y clasificación de casos de CA en Honduras. La alineación de nuestros hallazgos con estudios internacionales valida la relevancia de nuestras observaciones, proporcionando una comprensión integral de la presentación clínica, la etiología y los niveles de gravedad de CA dentro de nuestro contexto regional específico.

A pesar de las mejoras en el tratamiento y manejo, la colangitis aguda sigue siendo una enfermedad grave con una mortalidad media a los 30 días, con estancias hospitalarias promedio de 5 días y con tiempo postoperatorio de un promedio de 3 días⁵. Los datos encontrados en este estudio señalaron que, de 1-10 días fue la estancia más frecuente con un 50% (n=27), seguido de 11-20 días en un 41% (n=22), de 21-30 días en un 6% (n=3). En contraste otro estudio realizado por Fica A. & cols., concluyen que la estadía hospitalaria en esta serie fue prolongada, siendo ≥ 7 días en 80% de los casos y ≥ 2 semanas en un tercio aproximadamente¹⁴. En Nicaragua, al describir el manejo de Colangitis nos encontramos en una situación similar a la de Honduras en donde su estancia hospitalaria fue menor a los 7 días en un 52% de los casos, de 7 a 15 días en un 34% y mayor a los 15 días en 14% de los casos⁸. Cabe mencionar que en nuestro trabajo las estancias cortas se relacionaron al tiempo de intervención, en donde el 90.7% (n=49) recibieron intervención en los primeros 10 días, y un 9.3% (n=5) recibieron con un rango mayor a 11 días. Estos resultados subrayan la naturaleza multifacética del tratamiento de la colangitis aguda, donde la duración de las estancias hospitalarias

está influenciada por factores como las intervenciones, las condiciones del paciente y las variaciones regionales en la práctica médica.

Escoger el momento óptimo para drenaje biliar es otra incertidumbre, incompletamente dilucidada, de interés aun si el drenaje precoz pareciera primordial⁵. En India, siguiendo las recomendaciones de las TG18, se reporta una mortalidad del 10% con drenaje endoscópico de la vía biliar, comparándose con los pacientes que tuvieron manejo quirúrgico cuya mortalidad fue mucho más alta, de 32%¹⁷. La edad de los pacientes también fue de importancia en donde, mayores de 80 años presentaron 16.7% de mortalidad asociada a drenaje por vía endoscópica, 36.4% drenaje percutáneo y 87.5% cirugía abierta¹⁶⁻¹⁸. La Sociedad Argentina de Gastroenterología menciona que, a pesar de la implementación de nuevas modalidades con prioridad en lo endoscópico, la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con colangitis aguda es baja¹⁰. Los tiempos de internación y la mortalidad a treinta días en pacientes con colangitis aguda moderada no presentan diferencias si el drenaje se realiza ya sea antes o después de las 24 horas¹⁰. Esto es particularmente cierto en nuestro estudio, y en muchos más, donde se determinó que el 90% de los casos fue dado de alta en condiciones mejoradas, con una mortalidad del 10% utilizando las guías^{8,19,20}; sin embargo se observó que la mortalidad fue mas alta en nuestro estudio. De igual manera que otros autores, el manejo más frecuente fue el quirúrgico en un 59% siendo el procedimiento mayormente realizado para descompresión de la vía biliar, la colecistectomía abierta + exploración de vía biliar + derivación biliar externa (31%) seguido de CPRE (27%) y en menor medida se encontró la derivación biliodigestiva en un 4%³. En resumen, los resultados de estos estudios brindan información valiosa sobre las complejidades del manejo de la colangitis aguda, abordando las incertidumbres relacionadas con el momento del drenaje, las consideraciones relacionadas con la edad, las tasas de mortalidad y la prevalencia de los diferentes enfoques de manejo. Estas implicaciones contribuyen a un enfoque más informado para tratar la colangitis aguda y guiar las decisiones para obtener resultados óptimos para los pacientes.

Nuestro estudio posee algunas limitaciones

que deben tomarse en cuenta. Primero, al ser un estudio con un diseño transversal este proporciona una instantánea de los pacientes en un momento específico, pero no permite establecer relaciones causales o seguir la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo. Así mismo al tener una muestra de 54 casos, puede ser considerado relativamente pequeño y esto podría limitar la generalización de los resultados a una población más amplia. Otra limitación fue la imposibilidad de hacer una comparación de los resultados, ya que no existen publicaciones similares en nuestro país. Adicionalmente, el uso de un muestreo no probabilístico puede introducir sesgos en la selección de los casos y afectar la representatividad de la muestra, sin embargo esto se debe a la utilización de expedientes clínicos como fuente de información que pueden llevar a la falta de datos completos o inconsistentes en algunos casos, lo que podría afectar la precisión de los resultados. A pesar de sus limitaciones, el presente estudio mostró que es posible examinar el uso de las Guías de Tokio 2018 en el diagnóstico y tratamiento de Colangitis Aguda. Consideramos que al ser el primer estudio de este tema en nuestro país, abre la puerta para que futuros investigadores de la región puedan incrementar el tamaño muestral para mejorar la representatividad y la validez externa de los resultados. Un tamaño muestral más grande podría permitir una exploración más precisa de las relaciones y patrones, así como la detección de diferencias significativas. También recomendamos evaluar y documentar factores contextuales que podrían influir en la implementación de las guías, como cambios en la infraestructura médica, políticas de salud y otras dinámicas externas para poder darle otro enfoque metodológico del cual no se exploró mucho.

CONCLUSIÓN

La implementación de las Guías Tokio 2018 en el Hospital Escuela revela una ejecución matizada. Su importancia repercute en gran medida en el diagnóstico de enfermedades y la intrincada clasificación de la gravedad. Como se anticipó y alineado con el discurso médico más amplio, la enfermedad litiasica emerge como el principal impulsor etiológico

de la colangitis aguda en Honduras, con su ocurrencia predominantemente sesgada hacia mujeres de 50 a 74 años. Sin embargo, donde su impacto flaquea radica en el ámbito de la gestión de pacientes. El protocolo de antibióticos demuestra una alineación parcial con las recomendaciones de las guías, mientras que los pacientes que atraviesan una colangitis moderada se enfrentan a un intervalo de descompresión de los conductos biliares superior a las 72 horas. Esta divergencia subraya un área potencial de preocupación, ya que los datos de mortalidad derivados de nuestro estudio muestran una variación notable, lo que sugiere que la aplicación selectiva de TG18 podría amplificar potencialmente las tasas de mortalidad en comparación con los puntos de referencia regionales. Sin duda, la Colangitis Aguda persiste como una dolencia formidable que exige una exigente intervención multidisciplinaria. Esto supone una fusión de la antibioticoterapia y el drenaje de la vía biliar. Visto tanto desde un prisma microbiológico como etiológico, su epidemiología sigue siendo fluida, lo que requiere una cadencia constante de reevaluación rigurosa para alinearse con las realidades en evolución. En medio de estas ideas, es imperativo reconocer la utilidad de las Guías Tokio 2018, sin embargo, nuestra postura sostiene que el tratamiento y el pronóstico están más íntimamente relacionados con las particularidades de cada paciente. La naturaleza personalizada de estos determinantes subraya la necesidad de un enfoque que armonice las pautas generales con las particularidades matizadas inherentes a cada narrativa médica.

REFERENCIAS

1. Jackson PG, Evans SR. Sistema Biliar. Townsend C, Jackson PG, Evans SR editores. Sabiston Cirugía General y del Aparato Digestivo. 19a Edición Barcelona: Elsevier. 2014. P. 466-504.
2. Asociación mexicana de cirugía general a.C. Guía de práctica clínica colangitis comité de elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. Silo.tips. [citado 2023 Agosto 18]. Disponible en: <https://silo.tips/download/asociacion-mexicana-de-cirurgia-general-ac-guia-de-practica-clinica-colangitis-co>
3. Sherlock S. Gallstones and Benign Biliary Disease. En: Dooley J. *Sherlock's diseases of the liver and biliary system*. Hoboken: Wiley; 2018.
4. 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 [Internet]. 2018 [citado 2023 Agosto 18];25(1):17-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032610/>
5. Sokal A, Sauvanet A, Fantin B, de Lastours V. Acute cholangitis: Diagnosis and management. J Visc Surg [Internet]. 2019;156(6):515-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878788619300670>
6. Gravito-Soares E, Gravito-Soares M, Gomes D, Almeida N, Tomé L. Clinical applicability of Tokyo guidelines 2018/2013 in diagnosis and severity evaluation of acute cholangitis and determination of a new severity model. J Gastroenterol. 2018;53(3):329-34.
7. Ricardo Ramírez AM, Arango Molano LA. Validez diagnóstica de la endosonografía biliopancreática en el diagnóstico de colangitis aguda secundaria a obstrucción biliar. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2017 [citado 2023 Agosto 18];32(3):216. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/153>
8. Romero M. Manejo de la colangitis aguda según guías de tokio (TG13), pacientes ingresados en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, Enero a Diciembre 2016. [Tesis Posgrado. Especialista en Cirugía General Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. 2017 [citado 2023 Agosto 18]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4305>
9. 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 [Internet]. 2019;51(05):472-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/a-0862-0346>
10. Miconi D, Manzotti LN, López Fagalde R, Ramacciotti G, Amieva L, Barbero A, et al. Hepaticogastrotomía guiada por ecoendoscopia en pacientes con estenosis biliares malignas proximales. Serie de casos. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2021;51(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199369589009/199369589009.pdf>
11. 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 [Internet]. 2018;25(1):3-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jhbp.518>
12. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]. 2018;25(1):96-100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jhbp.519>
13. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2018 [citado 2023 Agosto 18];24(1):19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es
14. Fica A, Julio V, Palma E, Guinez D, Porte L, Braun S, et al. Colangitis bacteriémica en adultos en un hospital general en Chile. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2013 [citado 2023 Aug 18];30(1):65-73. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000100011
15. Suetani K. Thrombomodulin in the management of acute cholangitis-induced disseminated intravascular coagulation. World J Gastroenterol [Internet]. 2015 [citado 2023 Agosto 18];21(2):533. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i2.533>
16. Mukai S, Itoi T, Baron TH, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, et al. Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018. J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]. 2017;24(10):537-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jhbp.496>
17. Ramchandani M, Pal P, Reddy DN. Endoscopic management of acute cholangitis as a result of common bile duct stones. Dig Endosc [Internet]. 2017;29:78-87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/den.12848>
18. Li Y-L, Wong K-H, Chiu KW-H, Cheng AK-C, Cheung RK-O, Yam MK-H, et al. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute

cholangitis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 [citado 2023 Agosto 18];97(19):e0735. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/05110/Percutanea_cholecystostomy_for_high_risk.57.aspx

19. Tringali A. Endoscopic management of acute cholangitis. *Gastroenterol Hepatol (Bartlesville)* [Internet]. 2016 [citado 2023 Agosto 18];5(2):62–5.

Disponible en: <https://medcraveonline.com/GHOA/endoscopic-management-of-acute-cholangitis.html>

20. Mekky MA. Endoscopic ultrasound in gastroenterology: From diagnosis to therapeutic implications. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 [citado 2023 Agosto 18];20(24):7801. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i24/7801.htm>