

Causa infrecuente de abdomen agudo biliar

Daniela Jaramillo Arias  · Leidy Diana Rodríguez  · Alejandra Salamida  · Maringela Paba Molina  · Nicolás Roccatagliata  · Nebil Larrañaga 

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC).
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2022;52(2):174

Recibido: 18/01/2022 / Aceptado: 18/05/2022 / Publicado online el 27/06/2022 / <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.161>

Caso clínico

Paciente de 73 años, con antecedente reciente de internación prolongada por infección COVID. Presenta como antecedentes de salud relevantes hipertensión arterial y mutismo. Consulta en la guardia por síndrome anémico, dolor abdominal y fiebre. Se solicitan exámenes de laboratorio en los que se evidencian leucocitosis ($14900/\text{mm}^3$) y anemia (Hemoglobina 5,4 g/dL, hematocrito 17,3%). Se realiza además una tomografía computarizada multi-detector (TCMD) con contraste EV (Figuras 1, 2, 3). En el estudio se observa la vesícula distendida con contenido espontáneamente hiperdenso en su interior. Se realiza laparotomía de urgencia.

Figura 1. TCMD sin contraste endovenoso donde se visualiza la vesícula biliar distendida, con contenido espontáneamente hiperdenso heterogéneo (flechas amarillas).

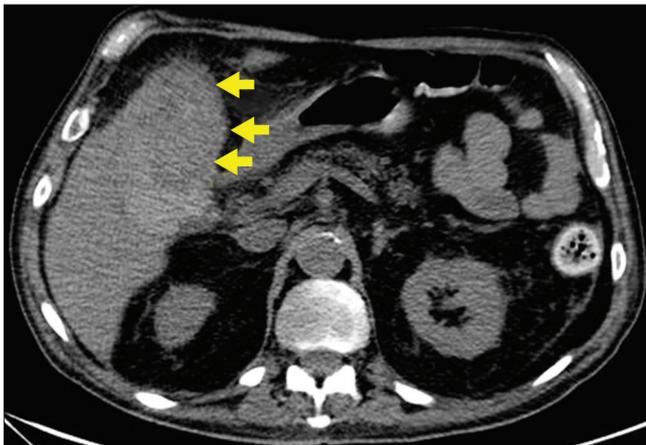


Figura 2. TCMD con contraste endovenoso, fase arterial. Se visualiza como área hiperdenso en el interior de la vesícula, en relación a fuga de contraste con sangrado activo (flecha roja).

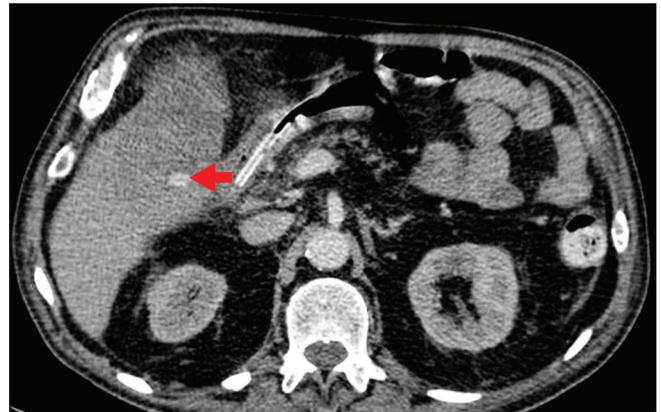
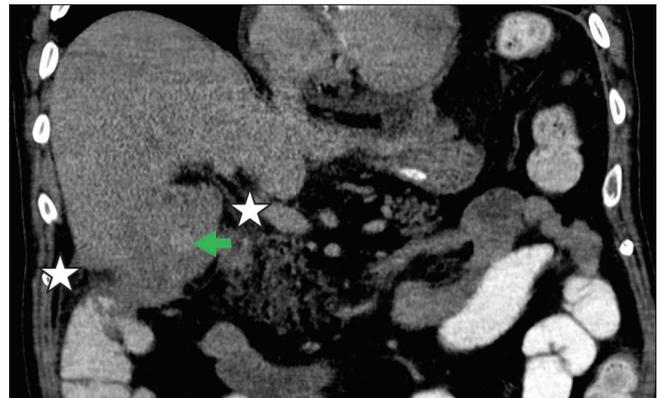


Figura 3. TCMD con contraste endovenoso, fase venosa. Vesícula biliar distendida con área hiperdenso en su interior en relación a fuga de contraste con signo de sangrado activo (flecha verde) y rarefacción de la grasa adyacente (estrella).



Correspondencia: Daniela Jaramillo Arias
Correo electrónico: dany.jara89@gmail.com

¿Cuál es su diagnóstico?
Resolución del caso en la página 288