

## 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.

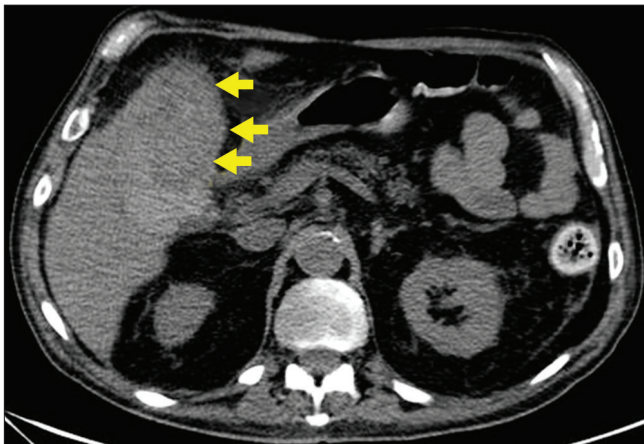
Acta Gastroenterol Latinoam 2022;52(2):174

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.

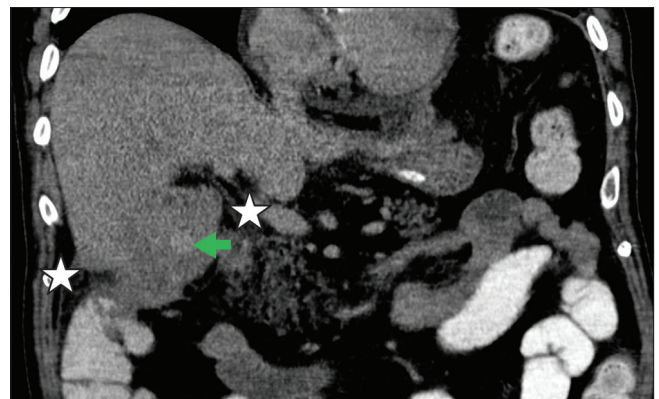
**Figura 1.** TCMD sin contraste endovenoso donde se visualiza la vesícula biliar distendida, con contenido espontáneamente hiperdenso heterogéneo (flechas amarillas).



**Figura 2.** TCMD con contraste endovenoso, fase arterial. Se visualiza como área hiperdensa 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 hiperdensa 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