



Acta Gastroenterológica Latinoamericana
ISSN: 0300-9033
ISSN: 2429-1119
actasage@gmail.com
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

Vecinos que no se encuentran frecuentemente

Vecinos que no se encuentran frecuentemente

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 50, núm. 3, 2020

Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199364397023>

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 40 años, con antecedente de HTA, consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio, tipo cólico de intensidad 9/10, náuseas, vómitos y coluria, que se intensifica en las últimas 24 horas.

Al examen físico presentaba signos vitales estables, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en forma generalizada y con aumento de tensión en epigastrio.

Laboratorio: GB: 22150 ml/mm.; UREA: 30 mg/dl; CREATININA: 0,98 mg/dl; GOT: 158 U/l; GPT: 584 U/l; FAL: 152 U/l; BT: 2,82 mg/dl; AMILASA: 700 UI/l; EAB CON PAFI: > 400.

Ecografía: Vesícula distendida de paredes finas, contenido alitiásico, líquido laminar perivesicular. Páncreas de aspecto edematoso con pequeña colección peripancreática. Líquido libre laminar subhepático derecho e interasas en región pelviana.

Tomografía computada con reconstrucción axial de abdomen con contraste oral y endovenoso (Figuras 1 y 2). Se observa vesícula distendida de paredes engrosadas con contenido heterogéneo (flecha roja), borramiento de la pared posterior a nivel del bacinete, englobada en plastrón inflamatorio (flecha verde). Signos de perforación vesicular. Se observa imagen litiásica calcificada excéntrica al contorno parietal (flecha azul). Páncreas edematoso con colecciones peripancreáticas (flecha amarilla).

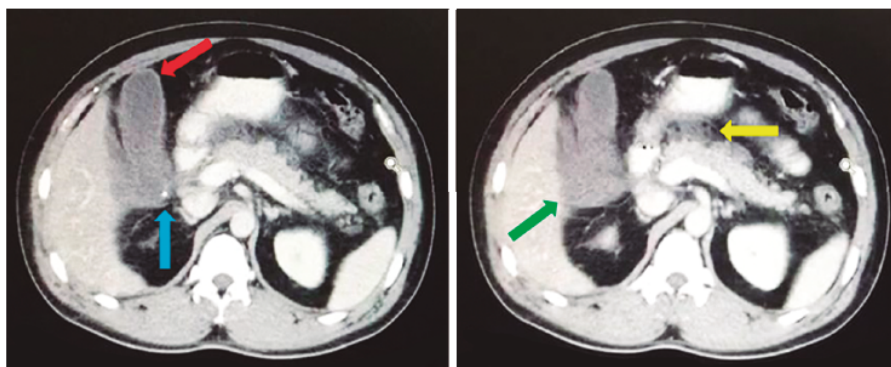


Figura 1 y 2

Tomografía computada con reconstrucción axial de abdomen con contraste oral y endovenoso

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Colecistitis aguda.

2. Pancreatitis aguda.

3. Colecistopancreatitis.

4. Síndrome de Mirizzi tipo V.

Resolución del caso en la página 368