

## ◆ IMAGEN DEL NÚMERO

*Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección.*

# Abdomen agudo doloroso en hipocondrio derecho: Una causa inusual

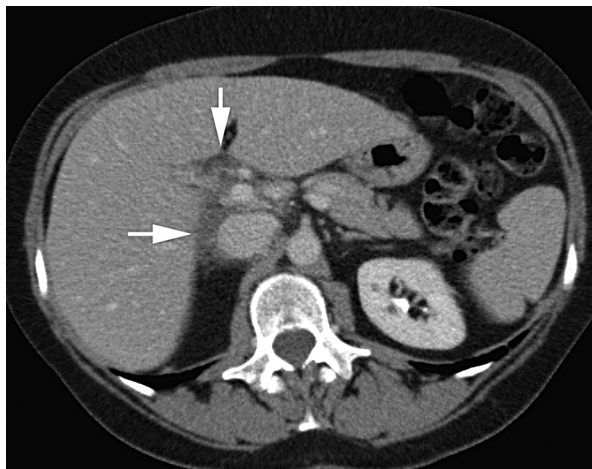
Diego Haberman,<sup>1</sup> Mariela Castignola,<sup>1</sup> Adriana Martínez,<sup>1</sup> Hugo Paladini,<sup>1</sup> Miguel Toda,<sup>1</sup> Enrique M Baldessari,<sup>2</sup> Diego Ramisch,<sup>3</sup> Gabriel Gondolesi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes; <sup>2</sup> Departamento de Medicina Interna; <sup>3</sup> Servicio de Cirugía. Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

Se presenta una paciente de 57 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial y fibrilación auricular paroxística tratada con ablación por cateterismo realizada la semana previa a la consulta. Ingresa por un cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución que comenzó siendo difuso. Localizándose luego en el cuadrante superior derecho. No presentó náuseas, vómitos, diarrea ni disuria. Niega fiebre o escalofríos en el contexto de una ingesta continua de antiinflamatorios no esteroides por el dolor. En la exploración física se constata dolor en hipocondrio derecho sin defensa ni reacción peritoneal, signo de Murphy negativo y

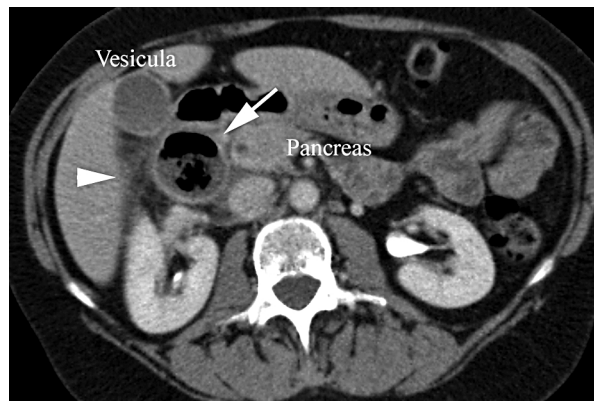
temperatura rectal de 38,5°. El laboratorio muestra leucocitosis (12.500 leucocitos/mm<sup>3</sup>), gamma glutamil transpeptidasa 205 UI/ml, fosfatasa alcalina 127 UI/ml, bilirrubina total 1,3 mg/dl y bilirrubina directa 0,4 mg/dl. En la ecografía se observa una vesícula de paredes delgadas, sin imágenes litiásicas en su interior, ausencia de dilatación de la vía biliar y una imagen líquida adyacente al duodeno de aproximadamente 20 mm, con contenido homogéneo y paredes regulares de origen inespecífico. No hay particularidades en el hígado, el páncreas y el bazo. Se solicita una tomografía abdominal con contraste endovenoso (Figuras 1 y 2).

**Figura 1.** Tomografía computada: plano axial.



Se observan cambios inflamatorios en el tejido adiposo del pedículo hepático (flechas).

**Figura 2.** Tomografía computada con contraste intravenoso: plano axial caudal a la figura previa.



Se observan una vesícula con paredes delgadas sin imágenes litiásicas, cambios inflamatorios a nivel del hilio hepático (cabeza de flecha) y una imagen redondeada con nivel hidroaéreo en su interior por detrás de la vesícula y lateral a la cabeza del páncreas (flecha). No se observa dilatación de la vía biliar.

¿Cuál es el diagnóstico?

**Correspondencia:** Diego Haberman  
Fundación Favaloro. Av Belgrano 1746. CABA.  
E-mail: diegohaberman@yahoo.com.ar

**Resolución del caso en la página 357**