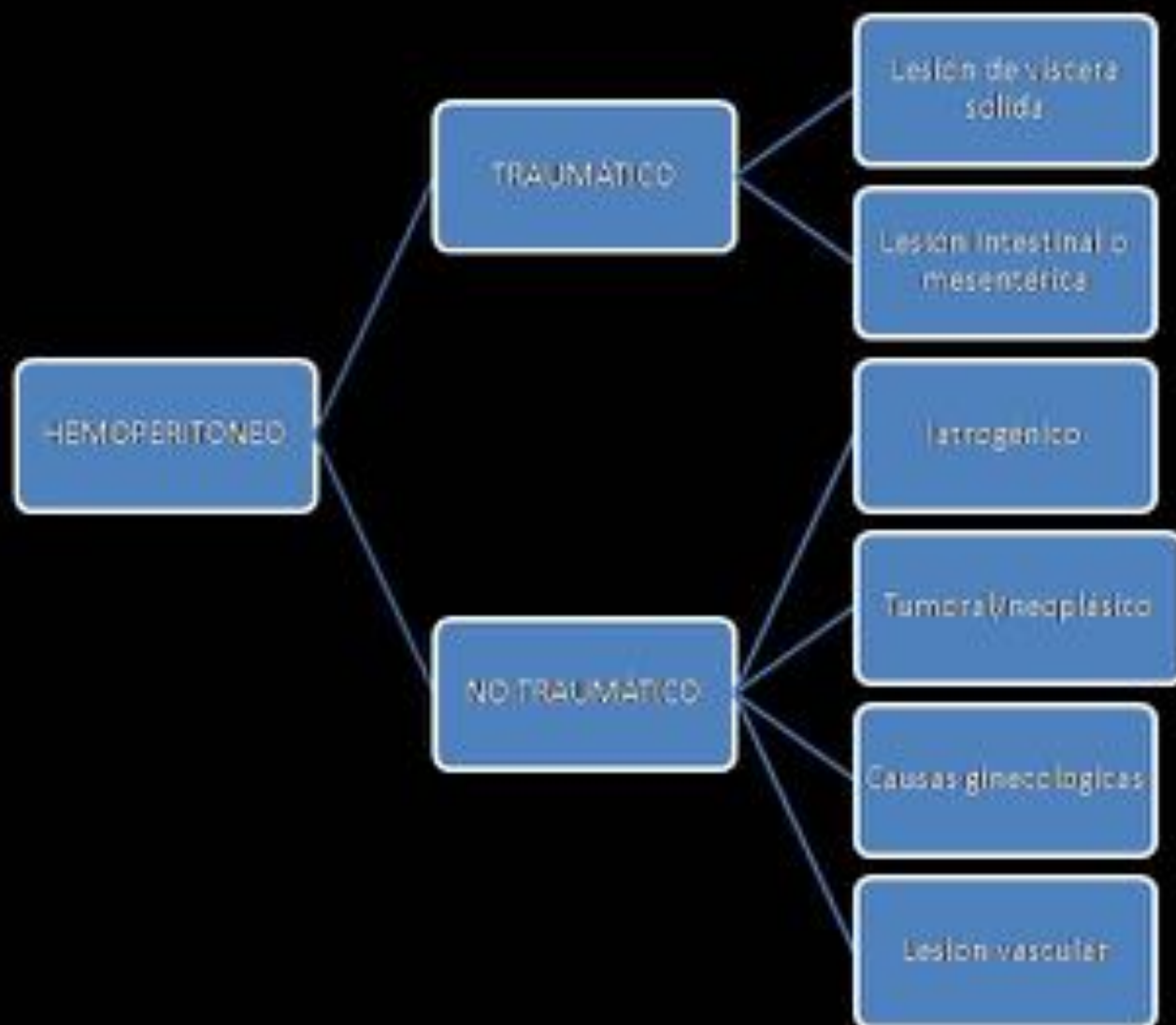


CAUSAS DE LÍQUIDO INTRAABDOMINAL HIPERDENSO



CAUSAS DE HEMOPERITONEO



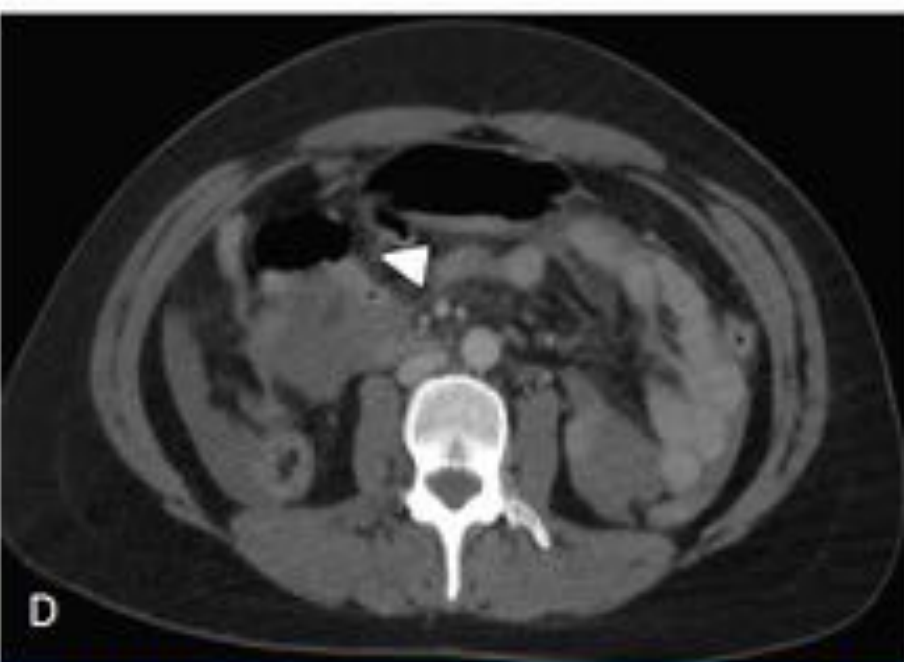
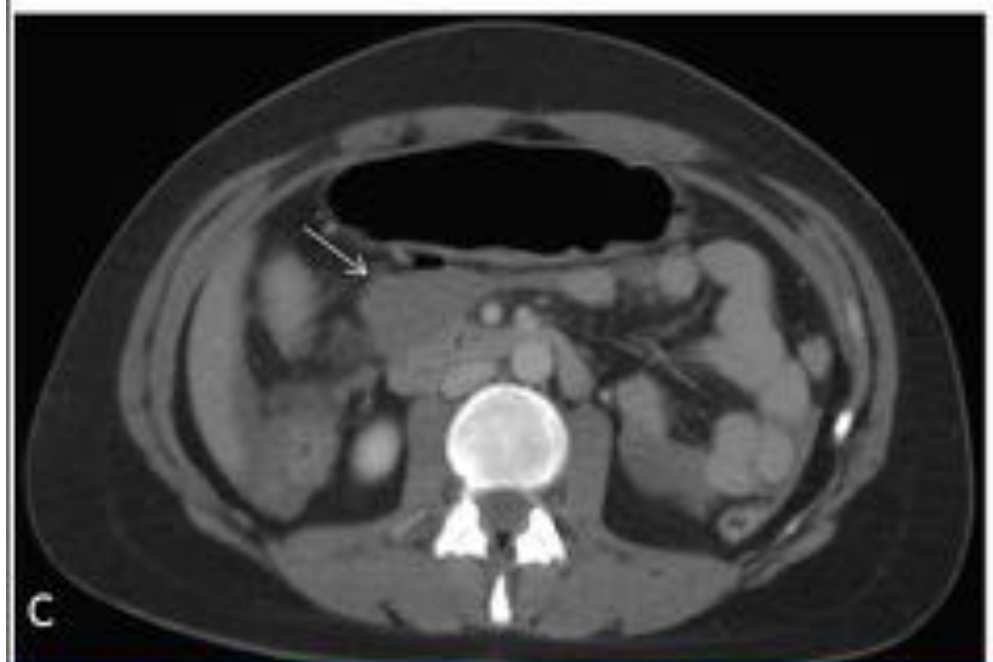
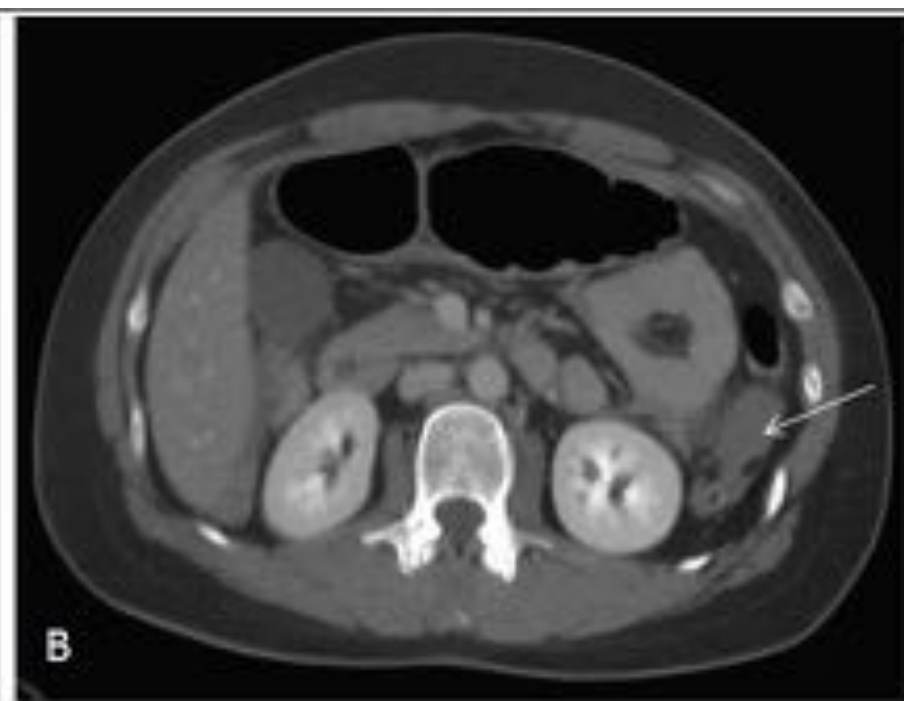


FIGURA 3: Desgarro mesentérico. TC abdominal con contraste (v). De craneal a caudal: líquido dando perihepático, periesplénico y entre asas (flecha blanca), que se acompaña de trabeculación de la grasa en la raíz del mesenterio (punta de flecha). En ausencia de lesión de víscera sólida, plantea a lesión mesentérica o del intestino intraperitoneal.

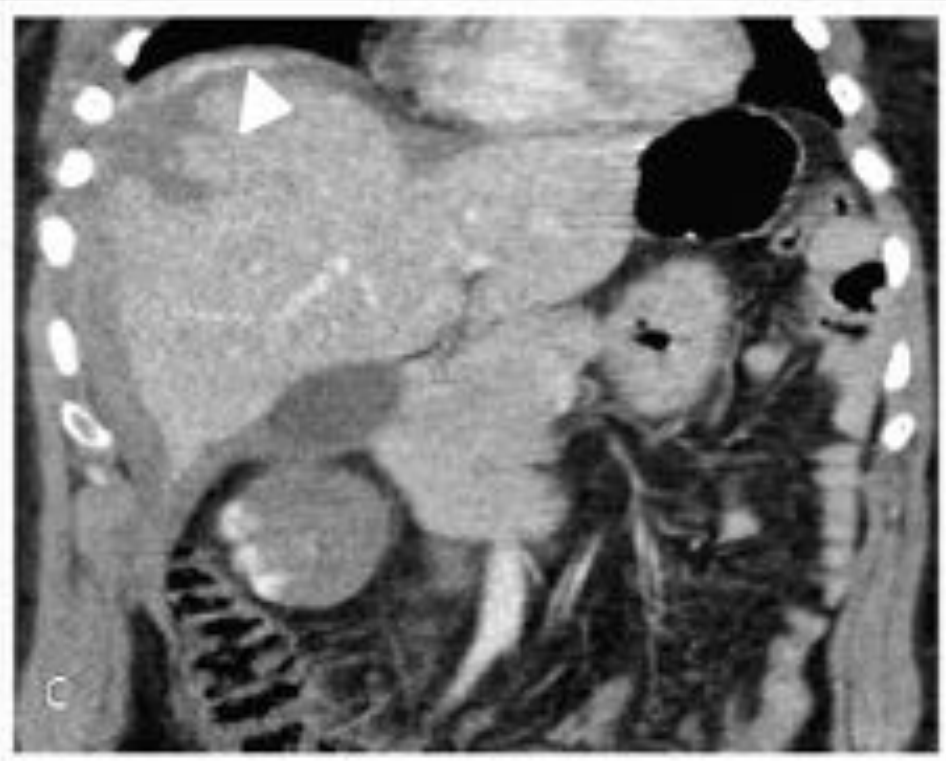


FIGURA 4: laceración hepática por politraumatismo. TC abdominal con contraste en fases arterial y venosa; imágenes A y B muestran voluminosa laceración hepática de los segmentos superiores del lóbulo derecho con presencia de lesión vascular intraparenquimatosa (pseudotaneurismas; flecha blanca) e imágenes de sangrado en fase venosa, en cúpula hepática (imagen C; punta de flecha).



FIGURA 5: carcinoma hepatocelular sangrante. TC abdominal con contraste en ArTC de diagnóstico inicial de carcinoma hepatocelular en SVIII-V (punta de flecha). B y C fase arterial y venosa. TC urgente en el mismo paciente que postoperatoriamente ingresa con diarrea y vómitos, hipotensión, y disminución de 2 grs de la Hb. Se observa sangrado activo de la lesión asociado a importante hematoma lobulado subcapsular infrahepático y hemoperitoneo difuso (D).

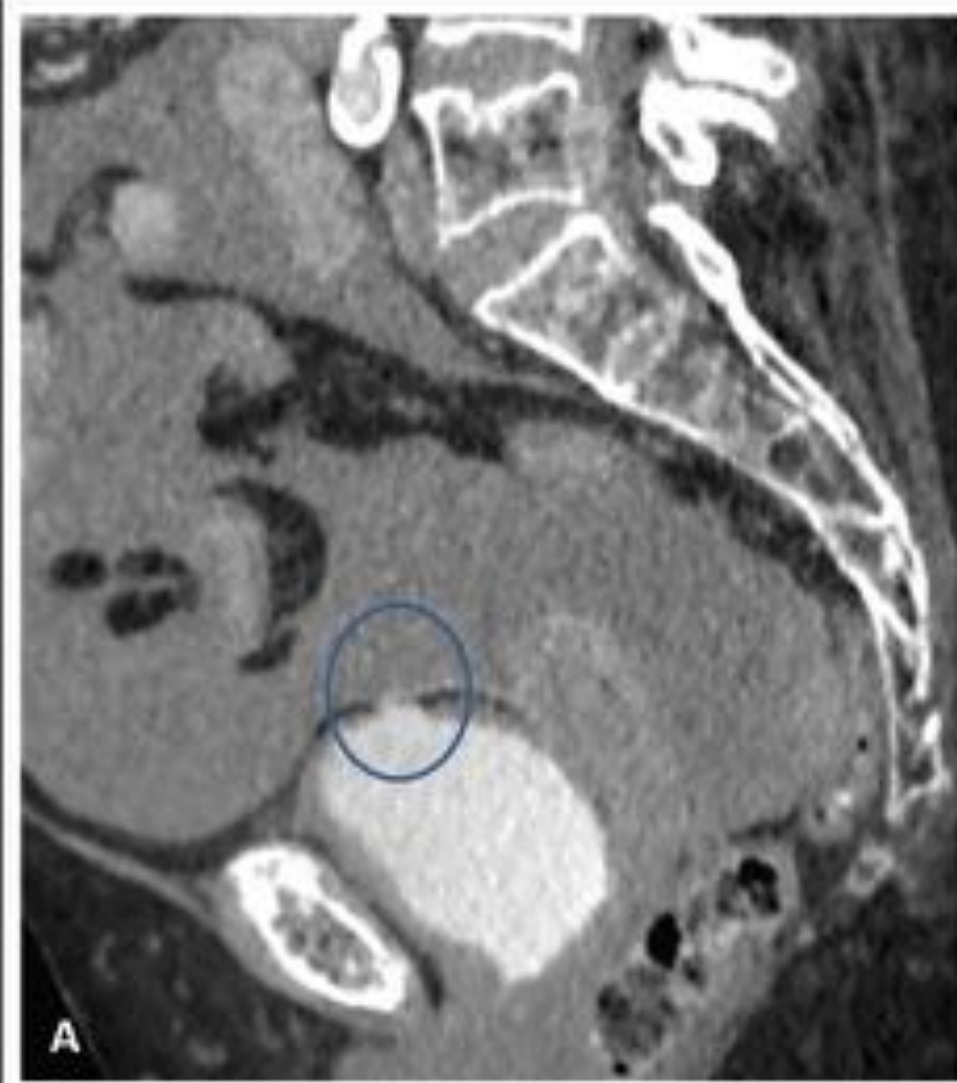


FIGURA 6: Ruptura vesical como complicación de una resección transuretral de lesión vesical. TC con contraste en el que se observa abundante líquido libre hiperdenso intraabdominal de distribución difusa. Destaca la presencia de contraste en el sistema excretor renal y la vejiga urinaria (paciente con un TC realizado el día anterior). Se identifica una irregularidad focal en la cúpula en íntimo contacto con el peritoneo, que se corresponde a una perforación focal e intraperitoneal de la vejiga urinaria.

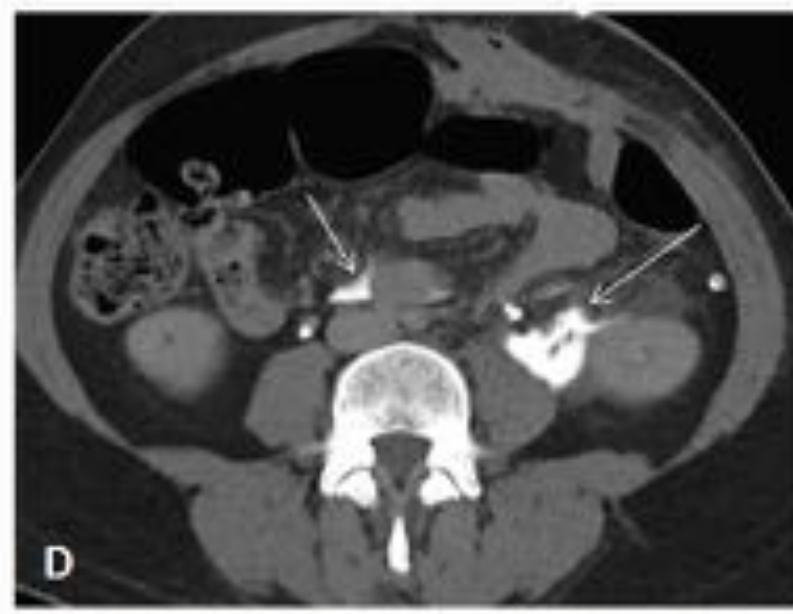
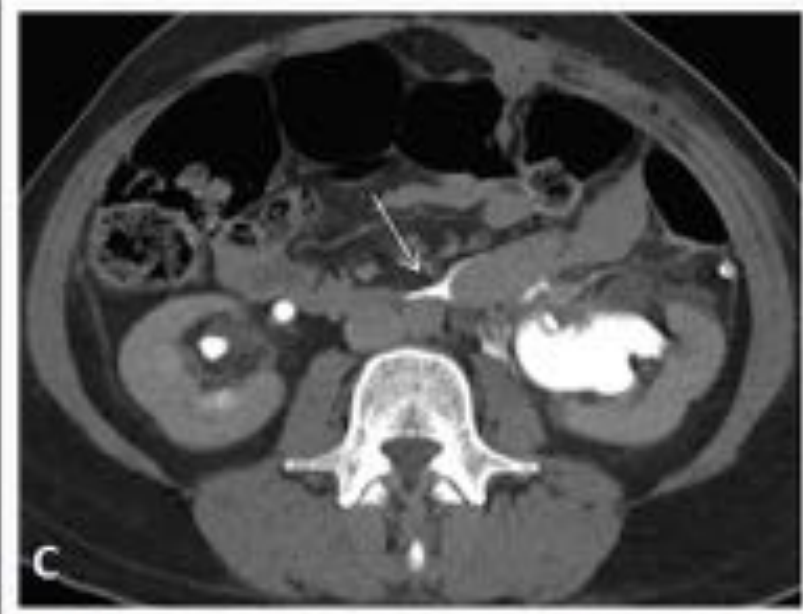


FIGURA 7: Urinoma por fallo de sutura de pieloplastia: TC con contraste iv en fases portal (A) y tardía (B, C y D). Camallos postquirúrgicos en hemiabdomen izquierdo/retroperitoneales en relación a pieloplastia laparoscópica izquierda. En la fase tardía se objetiva extravasación de orina hacia el espacio perirrenal izquierdo con extensión al peritoneo (entre asas).



FIGURA 8: Embarazo ectópico roto. Paciente femenino de 37 años que acude por dolor intenso en fosa ilíaca derecha. TC con contraste iv donde se observa abundante cantidad de líquido libre hiperdenso difuso predominantemente en pelvis, y en menor cantidad periesplénico y en ambas goteras parietocolícas. Se identifica el saco gestacional como una imagen ovoidea parauterina derecha, predominantemente quística, con una área hiperdensa en su interior (flecha) y un halo de captación periférica (punta de flecha). Estos hallazgos generan las posibilidades diagnósticas de quiste ovárico hemorrágico vs embarazo ectópico complicado. Se confirmó la segunda opción mediante cuantificación de niveles de BHCG.



FIGURA 9: Cuerpo lúteo hemorrágico. A y B: TC con contraste iv que muestra hemoperitoneo de distribución difusa, de predominio en pelvis, en una paciente de 42 años que acude por dolor en fosa iliaca derecha. C: ecografía abdomino-pélvica donde se observe un ovario derecho aumentado de tamaño. Conjuntamente, estos hallazgos hacen probable el diagnóstico de cuerpo lúteo hemorrágico.





Fase portal



Fase tardía

FIGURA 10: excreción de contraste del peritoneo. TC con contraste iv en fases portal y tardía (A y B) realizado a un paciente de 52 años (con hepatopatía crónica conocida) intervenido de ureterostomía en fosa ilíaca izquierda tipo Bricker, que tras la cirugía ha presentado descompensación ascítica con curso clínico tórpido, encefalopatía y fracaso renal. Estudio solicitado para descartar complicaciones postquirúrgicas. Llama la atención que en el estudio en fase excretora, el líquido libre intraabdominal presenta aumento considerable del coeficiente de atenuación, hallazgo compatible con la excreción de contraste del peritoneo (en ausencia de extravasación de contraste a nivel de las anastomosis).