



Vol. 12 Núm. 2
May.-Ago. 2025
pp 113-121

Colecistitis aguda alitiásica en personas con reinfección por dengue

Acute acalculous cholecystitis in people with dengue reinfection

Isis Mariela Herrera-Tirado,* Abril Tsinima Becerra-Díaz,‡
Salvador Hernández-Esparza,§ Juan Carlos Rolón-Díaz,¶
Yanet Karina Gutiérrez-Mercado,¶ Monserrat Macías-Carballo,¶
Víctor Javier Sánchez-González,¶ Luis Eduardo Becerra-Solano¶

RESUMEN

Las infecciones por dengue se incrementan al aumentar la humedad ambiental. Las manifestaciones clínicas son variables y se clasifican por los datos de alarma, resaltando las manifestaciones gastrointestinales como la colecistitis aguda alitiásica (CAA). Describimos dos casos con reinfección y uno con primoinfección; además, resaltamos que las manifestaciones gastrointestinales son más comunes en la reinfección (con datos de alarma), que en las manifestaciones clásicas (sin datos de alarma) con primoinfección. Sugerimos que, en presencia de dolor abdominal, se debe descartar CAA por ultrasonografía, especialmente en reinfección por serotipos diferentes.

Palabras clave: colecistitis aguda, colecistitis aguda alitiásica, dengue, DENV-3, reinfección.

ABSTRACT

Dengue infections show a rise with the increasing environmental humidity. Clinical manifestations are variable, and they are classified according to alarm signs, highlighting gastrointestinal manifestations like acute acalculous cholecystitis (AAC). We describe two cases with reinfection and another with primary infection; we emphasize that gastrointestinal manifestations are most common in reinfection (with warning signs), that in those with classic manifestations (without warning signs) by primary infection. We suggest that, in abdominal pain, AAC should be ruled out by ultrasonography and consider the background of previous infection by different serotypes.

Keywords: acute cholecystitis, acute acalculous cholecystitis, dengue, DENV-3, reinfection.

Abreviaturas:

BH = Biometría hemática
CAA = Colecistitis aguda alitiásica/colección aguda
acalculosa
EGO = Examen general de orina
QS = Química sanguínea
RT-PCR = Reacción en cadena de la polimerasa en
tiempo real
USG = Ultrasonograma/Ecografía/Ultrasonido

INTRODUCCIÓN

El virus del dengue es un arbovirus con cuatro serotipos conocidos (DENV 1 a 4), transmitidos por la picadura del mosquito de la especie *Aedes*, con un periodo de incubación de 4 a 14 días, con 4 a 7 días de

* Departamento de Ciencias Biomédicas, División de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de Los Altos, Tepatlán de Morelos, Jalisco, México.

‡ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

§ Jefatura de Epidemiología y Medicina Preventiva del Organismo Público Descentralizado (OPD), Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, Jalisco, México.

¶ Departamento de Clínicas, División de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de Los Altos, Tepatlán de Morelos, Jalisco, México.

Recibido: 04/06/2025.

Aceptado: 23/07/2025.

Citar como: Herrera-Tirado IM, Becerra-Díaz AT, Hernández-Esparza S, Rolón-Díaz JC, Gutiérrez-Mercado YK, Macías-Carballo M, et al. Colecistitis aguda alitiásica en personas con reinfección por dengue. Salud Jalisco. 2025; 12 (2): 113-121. <https://dx.doi.org/10.35366/121800>

periodo febril. La mayoría de complicaciones graves ocurren 48 horas después de terminado el periodo febril (fase crítica), pudiendo cursar con choque hipovolémico y alteraciones en la coagulación con riesgo de hemorragia.¹

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de dengue han aumentado de 2000 a 2019, pasando de 500,000 a 5.2 millones, diseminándose a 129 países. Además, alrededor del 80% de los casos (4.1 millones) se han reportado en las Américas.^{1,2} En Jalisco, las infecciones por dengue son de predominio estacional, relacionadas con la temporada de humedad, por las lluvias, sin embargo, se pueden presentar casos aun cuando no es temporada de lluvias; se sabe que puede haber brotes cada 3 a 4 años.² De acuerdo con cifras del Panorama Epidemiológico de Dengue de la Secretaría de Salud, para Jalisco, en la semana 52 del año 2024, se reportaron 20,907 casos acumulados, de los cuales 9,796 fueron catalogados como no graves; además, 8,189 casos fueron positivos para el serotipo 3, correspondiendo al 96.43% de un total de 8,492 casos confirmados por reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR), siendo este año uno de los que más reportes ha tenido y el estado con más casos confirmados. Para la semana 21 del 2024, en Jalisco, se reportaron 706 casos confirmados, de los cuales 341 correspondieron a dengue con signos de alarma y 23 a dengue grave.

Cabe resaltar que es el estado con más casos reportados a nivel nacional y que el serotipo 3 sigue siendo el más frecuente.³

Las manifestaciones gastrointestinales se consideran una de las características del dengue con "signos de alarma"; se pueden presentar con vómitos, acumulación de líquidos, sangrados de mucosas, letargia, hepatomegalia (mayor a 2 cm) y aumento del hematocrito.^{1,2}

El objetivo de este trabajo es presentar casos clínicos con presentación atípica de reinfección por dengue, en los cuales predominaron las manifestaciones gastrointestinales.

CASO 1

Femenino de 38 años de edad, con antecedente de infección por dengue tipo 1 (DENV-1) por interrogatorio, sin precisar cronología. El 8 de septiembre de 2024 comienza con manifestaciones clínicas caracterizadas por dolor abdominal que no cede a la administración de relajantes de músculo liso intestinal; además, refiere pérdida de apetito y calosfríos. Al siguiente día se presentan astenia, adinamia y fiebre. Tres días posteriores al inicio de las manifestaciones continuó con dolor en hipocondrio derecho que se acentúa con el cambio de posición a decúbito dorsal.

A la exploración física: consciente, orientada, con facies de dolor, cavidad oral con saliva espesa,

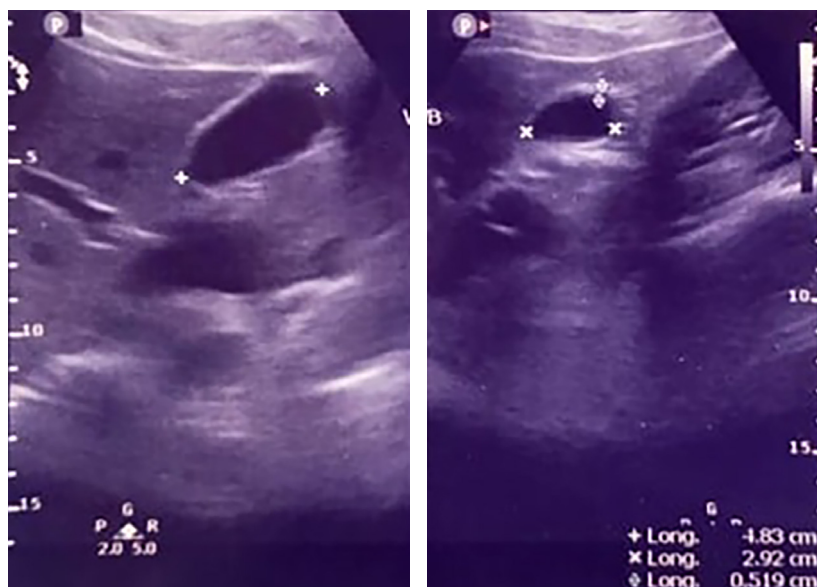


Figura 1:

Paciente 1, se aprecia el aumento de la vesícula y el engrosamiento de las paredes con ausencia de litos en su interior.

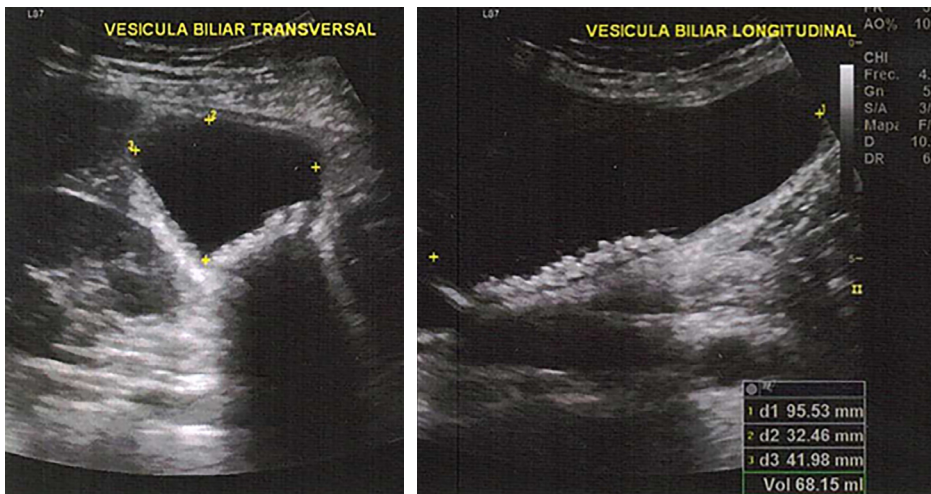


Figura 2:

Paciente 2, se aprecia el aumento de la vesícula y el engrosamiento de las paredes con presencia de pequeños litos en su interior.

campos pulmonares bien ventilados, área cardiaca rítmica sin agregados, abdomen distendido con ruidos peristálticos incrementados en frecuencia e intensidad; a la palpación, signo de Murphy positivo con irradiación a región dorsal, dolor en marco cólico, llenado capilar menor a dos segundos, piel de aspecto hiperémico; no se aprecia edema en extremidades inferiores.

Dadas las manifestaciones, se solicitan biometría hemática (BH) y ultrasonograma (USG) abdominal para evaluación de hígado y vías biliares. BH: leucocitos $5.71 \times 1,000/\text{mm}^3$ (5-10), linfocitos 31.7% (20-35), neutrófilos 59.7% (40-78), plaquetas $224 \times 1,000/\text{mm}^3$ (150-450), resto dentro de parámetros de normalidad. En el USG se reporta engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar sin litos ($48 \times 30 \times 29$ mm, paredes de 5 mm), con imágenes sugestivas e inflamación gástrica y de colon (Figura 1).

Examen general de orina (EGO): dentro de parámetros de normalidad. Química sanguínea (QS): glucosa 93 mg/dl, urea 27.2 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl, ácido úrico 5 mg/dl y colesterol 172 mg/dl; dentro de parámetros de normalidad. Inmunología para dengue: IgG positivo para dengue.

CASO 2

Femenino de 73 años de edad, con antecedente de infección por dengue tipo 1 (DENV-1) hace 10 años. Comienza sus manifestaciones clínicas el 12 de septiembre de 2024 con astenia, adinamia, sensación de dolor generalizado y náuseas; poste-

riormente, vómitos de contenido gastrobiliar, con dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, acentuado al recostarse sobre el lado derecho; además de cefalea. En el USG de abdomen se refiere: vesícula biliar muestra forma y contornos normales, con dimensiones $95 \times 32 \times 41$ mm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente. Pared con espesor de 9 mm. En el interior de la vesícula se identifican múltiples litos (Figura 2).

Electrocardiograma referido con ritmo sinusal, con frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, aparentemente normal. BH: leucocitos $11.29 \times 1,000/\text{mm}^3$ (3.98-10.04), linfocitos 5.2% (19.3-51.7), neutrófilos 87.5% (34-71.1), plaquetas $208 \times 1,000/\text{mm}^3$ (182-369), resto dentro de parámetros de normalidad. Inmunología para dengue: IgG positivo para dengue.

Fue valorada por cirugía, quien confirma el diagnóstico de colecistitis aguda, sugiriendo la intervención quirúrgica como tratamiento; sin embargo, se decidió no intervenirla y dar sólo tratamiento sintomático dado que su nieto comenzó con manifestaciones clínicas de dengue. Pasada la fase aguda de la enfermedad, dejó de tener dolor asociado a la colecistitis.

CASO 3

Masculino de nueve años de edad. El 15 de septiembre de 2024 inicia con manifestaciones clínicas caracterizadas por fiebre de 39.4°C , dolor abdominal y enrojecimiento cutáneo con salpullido.

Tabla 1: Diferentes estudios que analizan colecistitis aguda alitiásica en personas con dengue.

Referencia	Tamaño de la muestra	Objetivo	Manifestaciones clínicas referidas	Estudios de laboratorio realizados	Gabinete
Uddin y su equipo, 2024 ⁴	De 100 casos, detectaron colecistitis acalculosa aguda en 20 pacientes (20%)	Establecer el hecho de que la CAA no es infrecuente en el dengue	De los 100 pacientes seleccionados, 54 padecían náuseas, vómito, dolor abdominal y dispepsia graves	NS1, IgM e IgG y CBC contra dengue. Alrededor de 44 pacientes tuvieron aumento de transaminasas hepáticas	En 44 pacientes se realizó una USG de todo el abdomen, 20 tuvieron CAA, con hallazgos de inflamación y edema de la pared de la vesícula biliar, sin cálculos en su interior
Wu y su equipo, 2003 ⁷	De 131 pacientes, 10 (7.63%) tuvieron CAA (6 fueron mujeres)	Investigar la incidencia, el tratamiento adecuado y el pronóstico de CAA	Fiebre, erupción cutánea, mialgia, artralgia, cefalea, dolor abdominal, vómito, escalofríos y diarrea	Determinaron la concentración de leucocitos, plaquetas AST, ALT, ALP (U/l) y bilirrubina total	En el USG reportan engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, signo de Murphy positivo, colección de líquido pericolecístico, sin cálculo(s) en la vesícula biliar. El grosor de la pared vesicular fue de 9.1 ± 2.3 mm [rango 7-13 mm]
Netto y su equipo, 2017 ⁵	Femenino, 30 años	Reporte de caso	Manifestaciones clínicas: dolor abdominal con irradiación a la espalda, náuseas y vómito sin datos de colestasis, además de fiebre no cuantificada, cefalea (frontoparietal), prurito, edema y eritema en manos y pies	Hemoglobina: 12.6 gm/dl; hematocrito: 36.5%; leucocitos: 1,400 mm ³ ; plaquetas: 30,000 mm ³ ; aspartato aminotransferasa (AST): 218 U/l; ALT: 152 U/l; RPC: 4.51	TAC y USG abdominal con engrosamiento de la pared vesicular, sin litos; pequeña cantidad de líquido en peritoneo

Continúa la **Tabla 1**: Diferentes estudios que analizan colecistitis aguda alitiásica en personas con dengue.

Referencia	Tamaño de la muestra	Objetivo	Manifestaciones clínicas referidas	Estudios de laboratorio realizados	Gabinete
Gurung y su equipo, 2022 ⁹	Femenino, 29 años	Reporte de caso	Fiebre, dolor abdominal, dolor óseo, calosfríos, además de cefalea, dolor corporal, falta de apetito y vómitos. También se describe dolor en hipocondrio derecho que se incrementa con la inspiración profunda	El nivel de hemoglobina fue de 12.8 g/dl, el hematocrito era del 36.5%, con un recuento total de leucocitos de 2,100 células/mm ³ y un recuento de plaquetas de 108,000 células/mm ³ . Las pruebas de función hepática mostraron niveles elevados de bilirrubina (bilirrubina sérica total de 6.5 mg/dl y nivel de bilirrubina sérica directa de 3.5 mg/dl), con enzimas hepáticas elevadas (ALT 224 U/l, AST 412 U/l, ALP 710 U/l)	La USG abdominal mostró una vesícula biliar de tamaño normal, con un aumento del grosor de la pared (5.7 mm) y ninguna lesión ocupante de espacio, características sugestivas de CAA; esplenomegalia leve, con un tamaño del bazo de 14.2 cm con contorno y ecotextura normales, pero sin lesiones focales
Chandey y su equipo, 2017 ⁶	540 pacientes (277 femeninos) con dengue	Identificar la incidencia de CAA	Se reportó fiebre, mialgias, cefalea, artralgias, rash, dolor abdominal, vómitos y dispepsia	Se determinaron antígeno NS1, IgM, IgG contra dengue, además de AST, ALT, ALP y bilirrubina total. Se determinó el recuento sanguíneo completo	Se identificó la CAA en 38.88% (210 personas), además de hepatomegalia, ascitis, efusión pleural, esplenomegalia y pancreatitis

Continúa la Tabla 1: Diferentes estudios que analizan colecistitis aguda alitiásica en personas con dengue.

Referencia	Tamaño de la muestra	Objetivo	Manifestaciones clínicas referidas	Estudios de laboratorio realizados	Gabinete
Sood y su equipo, 2000 ¹²	Masculino, 25 años	Reporte de caso	Dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, vómitos, mialgias, taquicardia (110), hipertensión sistólica (140/86)	Hemoglobina 12.4 g/dl, hematocrito 55, urea 20 mg, creatinina sérica 0.8 mg/dl, bilirrubina sérica 0.8 mg/dl, transaminasas séricas (SGOT 5 140 U/l, SGPT 5 94 U/l), fosfatasa alcalina 186 U/l, con amilasa, lipasa, proteínas y función renal séricas normales. El tiempo de protrombina era de 1.6 (INR). La gasometría arterial era normal	La USG abdominal al ingreso reveló pared de vesícula biliar engrosada con 6 mm y líquido pericolecístico
Marasinghe y su equipo, 2011 ¹⁰	Femenino, 29 años (gestante)	Reporte de caso	Fiebre, dolor de espalda, dolor en hipocondrio derecho	Plaquetas de 264,000/ml, hemoglobina de 10.3 g/dl, volumen celular total (VSC) del 33%, recuento normal de leucocitos de $8.6 \times 10^9/l$ y recuento diferencial de linfocitos del 41%	Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, con acumulación de líquido pericolecístico y signo de Murphy ecográfico, sin litos
Setyawati y su equipo, 2022 ¹¹	Femenino, 11 años	Reporte de caso	Fiebre 39.5°C, náusea, debilidad grave, mialgias, dolor corporal, taquicardia (120 latidos por minuto)	Los resultados de laboratorio mostraron hemoglobina de 14.8 g/dl, hematocrito del 40% y recuento de plaquetas de 140,000/mm ³ . Los anticuerpos IgM contra el dengue fueron positivos	Radiografía de tórax con efusión pleural. USG abdominal con vesícula de paredes de 3.5 mm de grosor, sin litos

Continúa la Tabla 1: Diferentes estudios que analizan colecistitis aguda alitiásica en personas con dengue.

Referencia	Tamaño de la muestra	Objetivo	Manifestaciones clínicas referidas	Estudios de laboratorio realizados	Gabinete
Lai y su equipo, 2024 ¹³	12 casos	Consolidar y revisar el curso clínico y manejo de 12 casos identificados desde 2006 a 2015	Fiebre, dolor abdominal, dolor en hipocondrio derecho, mialgia, salpullido, artralgias, además de efusión pleural, ascitis, epistaxis, sangrado de encías, hematemesis y melena	Determinación de hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, tiempo de tromboplastinas, tiempo de protrombina, proteína C reactiva, AST, ALT, ALP, bilirrubina total, albumina y amilasa sérica	USG: engrosamiento de las paredes de la vesícula, colección de fluido pericolecístico, lodo biliar, distensión de vesícula, signo de Murphy
ALP = fosfatasa alcalina. ALT = alanina transaminasa. AST = aspartato aminotransferasa. CAA = colecistitis acalculosa aguda. CBC = hemograma completo. IgG = inmunoglobulina G. IgM = inmunoglobulina M. INR = índice internacional normalizado. NS1 = antígeno para identificación de dengue (antígeno no estructural 1). TAC = tomografía axial computada. USG = ultrasonido/ecografía.					

A la exploración física: consciente, orientado, con piel de aspecto rojizo con salpullido en parches, cavidad oral hidratada, campos pulmonares bien ventilados, área cardíaca rítmica sin agregados, abdomen prominente por panículo adiposo, peristalsis con ruidos adecuados en frecuencia e intensidad, sin datos de dolor; a la palpación, superficial o profunda, sin visceromegalia, extremidades sin evidencia de edema, llenado capilar menor a dos segundos.

El USG abdominal es reportado dentro de la normalidad. BH: hemoglobina 14.8 g/dl (12-14), leucocitos $3.08 \times 1,000/\text{mm}^3$ (4.5-13), monocitos 10.7% (2-9), linfocitos 36.3% (20-50), eosinófilos 0.3% (1-3), plaquetas $190 \times 1,000/\text{mm}^3$ (150-450).

Se realizó reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) en el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Jalisco, con diagnóstico positivo para dengue tipo 3 (DENV-3), con reporte de cQ 31.67 (referencia: positivo < 37).

DISCUSIÓN

En estos casos se concluyó que las manifestaciones clínicas estaban asociadas con dengue, al confirmarse infección por DENV-3 en el caso 3, y en el resto de los casos por asignación epidemiológica. Se trata del serotipo más prevalente a nivel estatal y nacional, según reportes de 2024.³ Llamaron nuestra atención las manifestaciones clínicas del caso 3, ya que se consideraron como típicas (dengue sin signos de alarma), mientras que los casos 1 y 2, que ya habían padecido dengue (DENV-1), tuvieron manifestaciones atípicas, con afectación predominante al aparato gastrointestinal (dengue con signos de alarma), especialmente por la colecistitis aguda alitiásica (CAA) en el caso 1, mientras que en el caso 2, a pesar de encontrarse litos en la vesícula, se decidió la no intervención quirúrgica; pasada la fase aguda, la paciente refirió mejoría del dolor abdominal.

En un reporte realizado por Uddin y colaboradores,⁴ en la India, encontraron que hasta 44% de personas con dengue tenían manifestaciones clínicas sugestivas de afectación hepatobiliar y se concluyó en colecistitis en el 20% por USG. Además, 54% tuvieron manifestaciones gastrointestinales como náuseas, vómitos, dolor abdominal y dispepsia, y 72% presentaron trombocitopenia. Estas manifestaciones pueden ser indistinguibles de la CAA. Cabe

mentar que la mortalidad puede ser de hasta el 30% en pacientes que tienen comorbilidades asociadas y litos.⁵ En una serie realizada en la India, de 540 pacientes con dengue, 210 (38.88%) tuvieron CAA (*Tabla 1*).⁶

La etiología de la CAA se ha asociado con quemaduras, traumatismos, vasculitis, afecciones postquirúrgicas y ciertas infecciones como la salmonelosis o citomegalovirus.⁷ Sin embargo, aún no está clara la fisiopatología de la inflamación de las vías biliares durante la infección por dengue, en especial en personas que tuvieron episodios previos de infección por DENV. Se refiere que puede estar asociada a microangiopatía;⁵ otra posible explicación está relacionada con incremento de la permeabilidad capilar con edema consecuente por fuga de plasma y efusión pleural con alto contenido de proteínas, principalmente albumina, que inducirían engrosamiento de las paredes de la vesícula.^{6,7}

Para la enfermedad por dengue no hay tratamiento específico o vacuna efectiva que ayude a prevenir su infección o sus formas graves; el tratamiento es sintomático en la mayoría de los casos.¹

Proponemos que las manifestaciones gastrointestinales deben considerarse dentro de los datos de alarma, al ser secundarias a inflamación del hígado y/o de la vesícula biliar (generalmente sin litos), por lo cual sugerimos que, en casos de CAA durante una fase epidémica para dengue, se descarte la infección por este virus y sea tratada de manera sintomática mientras pase la fase aguda y que, de persistir las molestias, se considere el tratamiento quirúrgico, en especial para casos con sospecha de gangrena y perforación vesicular asociada a peritonitis.⁵ Debe tenerse en consideración que esta enfermedad es autolimitada, por lo que la inflamación de la vesícula debería resolverse en pocos días. Pese a esto, la mortalidad asociada a CAA se reportan en 10-50%.⁷ Además, el hecho de que cada año existan brotes epidemiológicos por serotipos diferentes haría que las posibilidades de tener manifestaciones gastrointestinales se incrementen, en especial en personas con antecedentes de infección por algún serotipo de DENV, o bien, como en el caso referido por Marín y su equipo, que tuvo manifestaciones de CAA asociada con DENV-4, un serotipo no relacionado previamente con los brotes epidémicos.⁸

CONCLUSIONES

Es necesario realizar el USG abdominal en pacientes con dengue y manifestaciones gastrointestinales para descartar colecistitis aguda alitiásica, especialmente en aquellos con dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómito, además de antecedentes de infección por DENV, es decir, se debería considerar que los casos de dengue con signos de alerta y manifestaciones gastrointestinales son más comunes en quienes se reinfectan por un serotipo diferente.

REFERENCIAS

1. Yacoub S, Wills B. Dengue: an update for clinicians working in non-endemic areas. *Clin Med (Lond)*. 2015;15(1):82-85. doi: 10.7861/clinmedicine.15-1-82.
2. OPS/OMS: Dengue guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44504/9789995479213_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de dengue 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-dengue-2024>
4. Uddin KS, Uddin ASM, Sultana S, Akter H, Azad MR, Hasan R. Acute acalculous cholecystitis in dengue fever with raised transaminase. *KYAMC Journal*. 2024;14(04):190-193. Available in: <https://doi.org/10.3329/kyamcj.v14i04.70193>
5. Netto FS, Scherer JR, Oliveira CS. Acute acalculous cholecystitis in dengue fever: an alert for emergency surgeons. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg*. 2017;6(2):124-126. doi: 10.5005/jp-journals-10030-1180
6. Chandey M, Kaur H, Kaur S. Acute acalculous cholecystitis in dengue fever patients *Int J Adv Med*. 2017;4(2):375-377. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20170923.
7. Wu KL, Changchien CS, Kuo CM, Chuah SK, Lu SN, Eng HL, et al. Dengue fever with acute acalculous cholecystitis. *Am J Trop Med Hyg*. 2003;68(6):657-660.
8. Marín J, Vilcarromero S, Forshey BM, Celis-Salinas JC, Ramal-Asayag C, Morrison AC, et al. Compromiso gastrointestinal agudo en pacientes con dengue por serotipo 4. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol*. 2013;30(5):541-547.
9. Gurung S, Karki S, Khadka M, Gurung S, Dhakal S. Acute acalculous cholecystitis in a patient with dengue fever: a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;84:104960. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104960.
10. Marasinghe JP, Sriyasinghe RY, Wijewanthana VI, Gunaratne KA, Wijeyaratne CN. Acute acalculous cholecystitis due to dengue hemorrhagic fever during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37(10):1489-1492. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01537.x.
11. Setyawati AN, Tjahjono Dk K, Chionardes MA, Arkhaesi N. Acute acalculous cholecystitis in a pediatric dengue hemorrhagic fever patient: A case report, lesson learned from limited resource setting. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;81:104437. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104437.

12. Sood A, Midha V, Sood N, Kaushal V. Acalculous cholecystitis as an atypical presentation of dengue fever. Am J Gastroenterol. 2000;95(11):3316-3317. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.03316.x.
13. Lai YT, Kalimuddin S, Ng HJH, Tay GCA. Acute acalculous cholecystitis in dengue fever: a case series. Singapore Med J. 2024;65(6):364-367. doi: 10.11622/smedj.2021168.

Declaraciones del conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la presente publicación.

Financiamiento: los gastos fueron cubiertos por los participantes del presente trabajo.

Consentimiento informado: se obtuvo el consentimiento informado de parte de los sujetos de estudio y de los padres/tutores del menor.

Correspondencia:

Luis Eduardo Becerra-Solano

E-mail: luis.becerra@cualtos.udg.mx