

Casos clínicos

APENDAGITIS EPIPLOICA: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

J.M. Vázquez-Morón¹, M.J. Barrera-González², B. Benítez-Rodríguez¹, H. Pallarés-Manrique¹,
M. Ramos-Lora¹

¹Sección de Aparato Digestivo. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acudió a urgencias por presentar, de forma brusca, dolor en fosa iliaca izquierda de pocas horas de evolución. A la exploración presentaba signos de irritación peritoneal en dicha zona. Los controles analíticos fueron normales. En la TAC abdominal de urgencias se apreció una lesión ovalada paracólica de densidad grasa en colon descendente, sugestiva de inflamación del apéndice epiploico o apendagitis. La apendagitis epiploica o apendicitis epiploica aguda es una entidad autolimitada, caracterizada por la presencia de inflamación secundaria a torsión o trombosis en la vena de drenaje de los apéndices epiploicos. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso, localizado en fosa ilíaca izquierda en la gran mayoría de los casos. Es una etiología inusual de dolor abdominal agudo, cuyo tratamiento consiste en indicar reposo y anti-inflamatorios orales, no precisando tratamiento quirúrgico ni pauta de antibióticos.

Caso clínico

Mujer de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, que acude a urgencias por presentar, de forma brusca, dolor en fosa iliaca izquierda desde hace 12 horas, no irradiado y acompañado de meteorismo. No

presentaba fiebre ni trastorno del hábito intestinal y el dolor no se modificaba con los movimientos.

A la exploración clínica presentaba abdomen globuloso, con dolor a la palpación en hipogastrio y en fosa iliaca izquierda, acompañado de signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, no palpando masas ni visceromegalias. Se realizó estudio analítico con hemograma, tiempos de coagulación, sistemático de orina, proteínas totales, función renal, iones y perfil hepático normales. La Proteína C Reactiva (PCR) fue de 1.9 mg/dl. En la radiografía de abdomen no se observaron hallazgos patológicos.

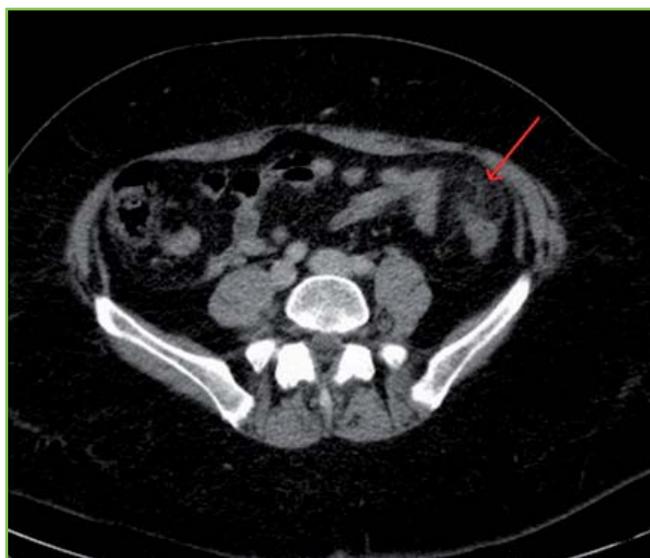


Figura 1

Lesión ovalada paracólica en colon descendente sugestiva de apendagitis.

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
Sección Aparato Digestivo.
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Exterior Norte, S/N. 21005 Huelva.
Teléfono: 648 016 938

juanma_cartaya@hotmail.com

En la TAC abdominal de urgencias se apreció una lesión ovalada paracólica de densidad grasa, con una zona de atenuación central (aumento difuso sugerente de vena epiploica trombosada) en colon descendente, sin signos de isquemia ni de torsión; los hallazgos referidos son sugestivos de inflamación del apéndice epiploico o apendagitis (**Figura 1**).

Se indicó tratamiento ambulatorio con reposo y anti-inflamatorios orales presentado mejoría y desaparición de los síntomas en cinco días.

Discusión

La apendagitis epiploica o apendicitis epiploica aguda es una entidad autolimitada, caracterizada por la presencia de inflamación secundaria a torsión o trombosis en la vena de drenaje de los apéndices epiploicos. El término apendicitis epiploica fue introducido en 1956 por Lynn et al, y las características de este proceso en la TAC fueron inicialmente descritas en 1986 por Danielson et al. Hasta entonces el diagnóstico era quirúrgico¹. Aparece con mayor frecuencia entre la cuarta y la quinta década de la vida, presentando una frecuencia similar entre hombres y mujeres². Como factores predisponentes se han descrito la obesidad, la actividad física intensa, comidas copiosas y la existencia de hernias³. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso y localizado en fosa ilíaca izquierda en la gran mayoría de los casos, donde los apéndices epiploicos son de mayor número y tamaño. En general no hay defensa abdominal, aunque sí existe signo de rebote positivo en punto doloroso, palpándose en ocasiones una masa subparietal. Otros síntomas como alteración del tránsito intestinal, náuseas o vómitos son raros. No suele existir fiebre. Analíticamente puede aparecer leucocitosis, pero los reactantes de fase aguda no suelen estar muy aumentados⁴. El diagnóstico diferencial debe realizarse con diverticulitis o apendicitis si se localiza en fosa ilíaca derecha, aunque también puede confundirse con cuadros poco comunes como infarto omental, mesenteritis esclerosante y tumor primario o metástasis a nivel del mesocolon¹. La técnica de imagen diagnóstica es la TAC. El tratamiento es conservador mediante reposo y anti-inflamatorios orales, no precisando tratamiento quirúrgico ni pauta de antibióticos⁵. El cuadro clínico no suele prolongarse más de dos semanas aunque los hallazgos radiológicos pueden persistir desde semanas hasta varios meses^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar PP, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics* 2005; 25: 1521-34.
2. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002; 22: 9.
3. Sandrasegaran K, Maglinte DD, Rajesh A, Akisik FM. Primary

epiploic appendagitis: CT diagnosis. *Emerg Radiol* 2004; 11: 9-14.

4. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steintraesser L, et al. Epiploic appendagitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery* 2007; 7: 11.

5. A. González Vega, I. García Pérez, D. Álvarez Álvarez, A. Rizzo Ramos, J. L. García Muñiz, P. Pérez Ricarte. Apendagitis epiploica como etiología de dolor abdominal agudo. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 800-801.