

Casos clínicos

CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: APENDAGITIS EPIPLOICA

L. Castaño-Sánchez, Á. Caunedo-Álvarez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

La apendagitis epiploica, también conocida como apendicitis epiploica, epiploitis hemorrágica o epiplopericolititis, es una afectación benigna y autolimitada del apéndice epiploico, secundaria a torsión o trombosis venosa espontánea del drenaje venoso. Es más frecuente entre la 2ª y 5ª década de la vida con una incidencia similar en hombres y mujeres. Se presenta como dolor abdominal agudo que puede simular apendicitis o diverticulitis¹.

Caso clínico

Varón de 32 años de edad sin antecedentes personales de interés salvo herniorrafia, inguinal izquierda. Acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda de unos cuatro días de evolución, acompañado de sensación febril no termometrada y sin

otra sintomatología asociada. A la exploración presenta buen estado general y dolor leve a la palpación en fosa ilíaca izquierda, siendo el resto del examen físico anodino.

Análiticamente presenta ligera neutrofilia sin leucocitosis, siendo normales el resto de estudios de laboratorio (bioquímica, inmunoglobulinas, inmunoproteínas, hormonas tiroideas, estudio hepático y orina). La radiografía de tórax es normal y la de abdomen muestra niveles hidroaéreos cortos en fosa ilíaca izquierda (Figura 1).

El TAC abdominal demuestra un aumento de la densidad de la grasa mesentérica adyacente al colon descendente con aumento en el grosor de la fascia lateroconal, sin poder descartarse la existencia de algún pequeño divertículo (Figuras 2-4). Se plantea el diagnóstico diferencial entre apen-



Figura 1

Radiografía simple de abdomen.

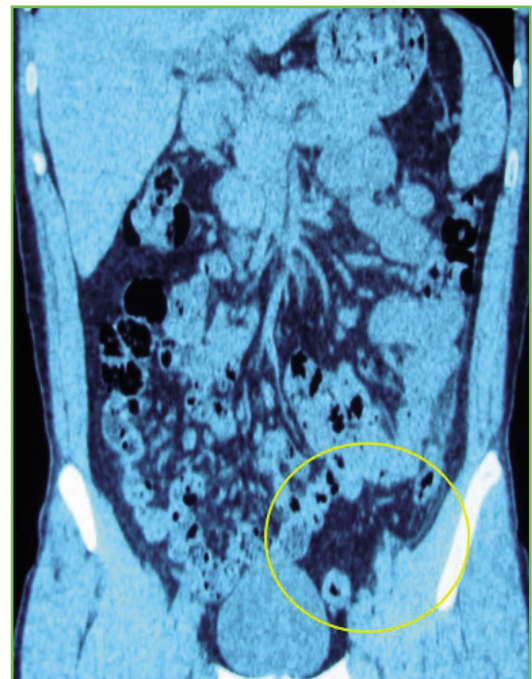


Figura 2

TAC abdominal.

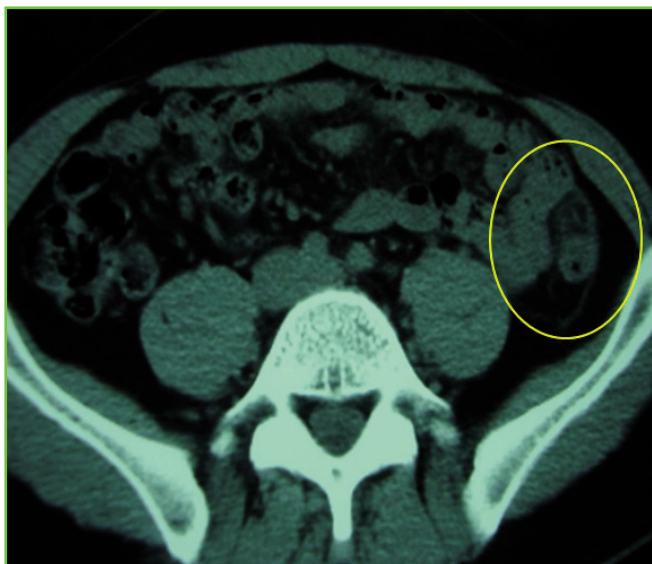


Figura 3

TAC abdominal.

dagitis epiploica y diverticulitis aguda, por lo que se instaura tratamiento con anti-inflamatorios y antibióticos (piperacilina-tazobactán), presentando el paciente una evolución clínica favorable.

Se realiza posteriormente una colonoscopia hasta ciego donde se aprecia mínimo edema en pliegues de sigma, sin visualizar divertículos ni otras alteraciones mucosas. Se solicita un TAC abdominal de control 5 días más tarde que es normal, por lo que se procede al alta hospitalaria.

Discusión

Los apéndices epiploicos son estructuras pedunculadas que protruyen desde la superficie serosa del colon hacia la cavidad peritoneal. Consisten en masas de aspecto digitiforme conformadas por tejido adiposo subseroso. En promedio, miden de 2 a 5 cm de longitud y 1 a 2 cm de grosor, aunque se han reportado casos de hasta 15 cm de longitud. Se extienden desde el ciego hasta la unión recto-sigmoidea en un número de 100 a 150, siendo más numerosos y de mayor volumen los localizados en colon descendente y sigmoides². Son más largos y prominentes en personas obesas y aquellas con reciente pérdida de peso³. Cada apéndice epiploico es irrigado por una o dos pequeñas arteriolas, ramas de los vasos rectos del colon y drenan por venas únicas que pasan a través de un pedículo estrecho. Esta conformación anatómica, pediculada, con gran movilidad e irrigación terminal, los hace propensos a la torsión y trombosis con el consecuente infarto hemorrágico⁴.

Clínicamente, la apendagitis epiploica se manifiesta con dolor abdominal agudo que puede simular apendicitis o diverticulitis. Al examen físico destaca dolor localizado y preciso a la palpación, de tal modo que el paciente lo indica a punta de dedo. Ocasionalmente existe signo del rebote. A veces es posible palpar una pequeña masa o zona empastada en el flanco o fosa ilíaca⁵. Los exámenes de laboratorio en general son normales pero puede haber leve elevación de los leucocitos y de la proteína C reactiva⁶.

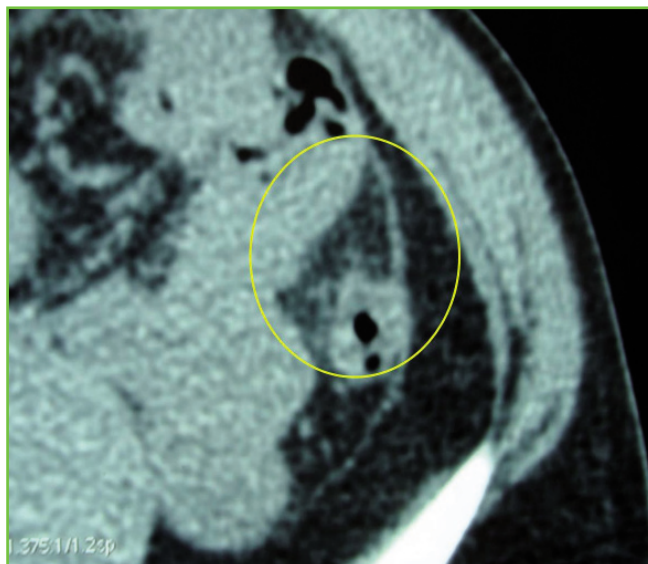


Figura 4

TAC abdominal a mayor aumento.

El TAC abdominal es el examen de elección permitiendo el diagnóstico específico y definitivo demostrando que el proceso se origina en uno o en un grupo de apéndices epiploicos e indicando su exacta localización, extensión y presencia de complicaciones^{1,7}. El hallazgo más importante es la presencia de una imagen redondeada u ovoídea de densidad grasa dependiente de la serosa de algún segmento del colon. El apéndice epiploico afectado se encuentra marginado por una fina imagen lineal de aproximadamente 1 a 2 mm de grosor que representa la serosa engrosada. En las vecindades existe un halo de tejido adiposo denso en forma de estrías o bandas y también se puede observar engrosamiento del peritoneo parietal adyacente e incluso de la pared abdominal anterior. Un signo clave es la demostración de la dependencia del proceso de la pared del colon que muchas veces aparecerá engrosada en el sitio de implantación del apéndice epiploico^{8,9}.

También puede diagnosticarse con ecografía y ecografía Doppler que revela ausencia de flujo de sangre en el apéndice¹⁰.

Los pacientes pueden tratarse de forma conservadora con anti-inflamatorios orales y ocasionalmente opiáceos. Los anti-inflamatorios proporcionan analgesia pero probablemente no modifican la enfermedad. La mayoría de los pacientes responden a estas medidas en 4-7 días. En general no requieren hospitalización ni antibióticos^{1,11}, aunque éstos últimos suelen añadirse en una gran proporción de los casos al ser indistinguible clínicamente de una diverticulitis aguda. En el caso que nos ocupa se decidió ingreso hospitalario y antibioterapia ante dicho diagnóstico diferencial inicial.

Las complicaciones no son comunes. Los apéndices inflamados pueden adherirse a la pared abdominal o a otras vísceras predisponiendo obstrucción intestinal o invaginación. Los apéndices inflamados o necróticos pueden también raramente formar abscesos.

El riesgo de recurrencia no ha sido descrito pero probablemente es muy bajo. El tratamiento quirúrgico está reservado para el fracaso del manejo médico o frente a las complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Desai, HP, Tripodi, J, Gold, BM, Burakoff, R. Infarction of an epiploic appendage. Review of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1993; 16:323.
2. Legome, EL, Belton, AL, Murray, RE, et al. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002; 22:9.
3. Ghahremani, GG, White, EM, Hoff, FL, et al. Appendices epiploicae of the colon: Radiologic and pathologic features. *Radiographics* 1992; 12:59.
4. Rao, PM, Wittenberg, J, Lawrason, JN. Primary epiploic appendagitis: Evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997; 204:713-717.
5. Shehan, JJ, Organ, C, Sullivan, JF. Infarction of the appendices epiploicae. *Am J Gastroenterol* 1966; 46:469.
6. Rioux, M, Langis, P. Primary EA: Clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994; 191:523.
7. Singh, AK, Gervais, DA, Hahn, PF, et al. CT appearance of acute appendagitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 1303.
8. Ng, KS, Tan, AG, Chen, KK, et al. CT features of primary epiploic appendagitis. *Eur J Radiol* 2006; 89:225.
9. Subramanian, R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearances. *Emerg Med J* 2006; 23:53.
10. Lee, YC, Wang, HP, Huang, SP, et al. Gray-scale color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis. *J Clin Ultrasound* 2001; 29:197.
11. Vinson, DR. EA: A new diagnosis for the emergency physician. Two case reports and a review. *J Emerg Med* 1999; 17:827.