

# DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

M.J. Carrillo-Ramos, P. Cordero-Ruiz

Unidad de Gestión Clínica Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

## Caso clínico

**Palabras claves:** apendagitis epiploica, dolor abdominal, tomografía computarizada.

Paciente varón de 38 años sin antecedentes patológicos de interés que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal localizado en flanco y fosa iliaca izquierda de 11 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración física presentaba, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin defensa abdominal, no palpándose masas ni organomegalias.

Se realizó hemograma, bioquímica y coagulación, destacando como único hallazgo patológico una proteína C reactiva de 12.4. Se solicitó un TC abdominal sin contraste donde se visualizó en fosa iliaca izquierda una imagen nodular con centro graso y edema de la grasa de su alrededor que correspondía a una apendagitis epiploica (**Figuras 1 y 2**).

Se instauró desde Urgencias tratamiento con antibioterapia (ciprofloxacino y metronidazol), que se suspendió una vez conocido el diagnóstico, presentando una evolución favorable con analgesia convencional, sin más episodios de dolor abdominal espontáneo ni a la palpación, siendo dado de alta a las 48 horas del ingreso.

## Discusión

La apendagitis o apendicitis epiploica (AE) es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo, producida por la torsión espontánea o trombosis venosa de un apéndice epiploico, seguido de infarto isquémico o hemorrágico y consecuente inflamación<sup>1-3</sup>.

Los apéndices epiploicos son estructuras móviles, constituidas por tejido adiposo y vasos sanguíneos, que protruyen de la serosa del colon. Estas estructuras son especialmente propensas a la torsión y trombosis debido a su forma pedunculada, que les confiere gran movilidad y a su vascularización terminal.

La AE puede ser primaria o secundaria. La inflamación primaria se debe a torsión o trombosis venosa espontánea. La secundaria es originada por procesos inflamatorios vecinos como la apendicitis o diverticulitis.

Se presenta preferentemente en pacientes varones, entre la cuarta y quinta década de la vida. Es difícil el

### CORRESPONDENCIA

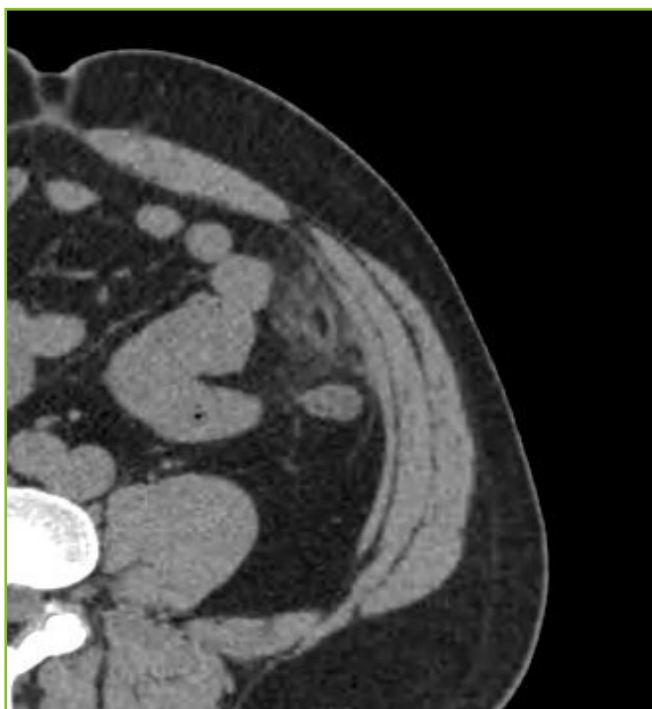
Patricia Cordero Ruiz.  
Avenida Doctor Fedriani s/n, Sevilla.  
Telefono: 955008801. Fax 955008805.

rioga\_patri@hotmail.com



**Figura 1**

Imagen ovalada de densidad grasa con anillo periférico hiperdenso compatible de apendagitis epiploica.



**Figura 2**

"Signo del anillo", que corresponde a la inflamación del peritoneo visceral que revierte el apéndice epiploico y edema de la grasa periférica.

diagnóstico clínico debido a la ausencia de características patognomónicas. El síntoma principal es el dolor abdominal agudo, cuya localización más frecuente es el cuadrante inferior izquierdo (73-93% casos), simulando una diverticulitis aguda y menos frecuente en el derecho, simulando una apendicitis aguda<sup>2,8</sup>. Se han descrito otras manifestaciones menos frecuentes como anorexia, náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal o fiebre<sup>6, 8</sup>. El examen físico revela dolor localizado y selectivo, "a punta de dedo" a la palpación abdominal, con cierto rebote y en algunos casos signos de irritación peritoneal muy localizado. En el 10-30% podemos

palpar una masa abdominal, que se trata de la propia apéndice inflamado<sup>2</sup>. Los estudios de laboratorio son típicamente normales, pudiendo presentar en algunos casos mínima leucocitosis o elevación de proteína C reactiva.

La inespecificidad de la clínica, exploración así como pruebas complementarias realizadas en primera instancia (analítica y radiografía de abdomen), hacen necesaria la realización de estudios de imagen más complejos para su correcta identificación, evitando así hospitalizaciones y cirugías innecesarias. La ecografía abdominal puede mostrar hallazgos inespecíficos, como una masa hiperecogénica, oval rodeada por un anillo hipoeoico, sin flujo en el Doppler. Sin embargo es el TC abdominal la prueba de elección. En el que podemos observar una lesión ovalada de densidad grasa menor de 5 cm de diámetro, en posición anterior/anterolateral al colon, rodeada de un anillo periférico hiperdenso de 2-3 mm ("signo del anillo") que se corresponde con la inflamación del peritoneo visceral que reviste el apéndice epiploico y es diagnóstico de AE. En algunos casos en el centro de la masa, se observa una zona redondeada hiperdensa ("signo del punto central") o líneas longitudinales que corresponden a zonas de congestión o trombosis así como a áreas centrales de hemorragia o fibrosis. En ocasiones podríamos observar engrosamiento del peritoneo parietal vecino, reticulación de la grasa periapendicular y el efecto masa sobre el intestino adyacente.

El diagnóstico diferencial se realiza con diverticulitis aguda, apendicitis aguda, infarto omental, mesenteritis esclerosante y tumor primario o metástasis del mesocolon<sup>6, 9</sup>.

En cuanto al manejo terapéutico, existe cierta controversia, estando aceptado actualmente el tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos y analgesia vía oral durante 7-10 días. El uso de antibioterapia no está indicado de manera sistemática y la cirugía se reserva para casos de complicación (absceso, oclusión intestinal o peritonitis) o ante mala evolución clínica<sup>2,8</sup>. En general la respuesta clínica suele producirse en 4-7 días.

La AE es una enfermedad autolimitada, que debemos considerar en pacientes con dolor abdominal agudo sin otra sintomatología, en la que las pruebas de imagen son fundamentales para un correcto diagnóstico y abordaje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Verweil KE, de Jongh FE. A rare cause of abdominal pain. Epiploic appendicitis. *Neth J Med* 2011; 69:453,476.
2. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendicitis and its mimics. *RadioGraphics*. 2005; 25:1521-34.
3. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steintraesser L, et al. Epiploic appendicitis clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery*.2007;7:11.
4. Choi YU, Choi PW, Park YH, Kim JI, Heo TG, Park JH et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendicitis. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011 ;27: 114-2.

5. Leclercg P, Dorthu L. Epiploic appendagitis. Canadian Medical Association Journal. 2010; 15: 939.

6. Almeida AT, Melao L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians: diagnostic imaging, pitfall, and look alikes. American Journal Roentgenology. 2009; 193: 1243-51.

7. Ghahremani GG, White EM, Hoff FL, Gore RM, Miller JW, Christ ML. Appendices epiploicae of the colon: Radiologic and pathologic features. Radiographics 1992; 12:59.

8. Madrazo Z, Garcia A, Mast R, Fernández E, Rafecas A. Apendicitis epiploica. Cir Esp. 2009; 86: 383-5

9. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US and CT findings in 14 cases. Radiology 1994; 191:523-526.