

ABDOMEN AGUDO POR APENDAGITIS EPIPLÓICA: INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

ACUTE ABDOMEN CAUSED BY EPIPLOIC APPENDAGITIS: INDICATIONS FOR SURGICAL TREATMENT.

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, M.C. León-Vegara, M. Raya-Rojas

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

La apendagitis epiplóica (AE) se produce por la torsión o trombosis del pedículo vascular de un apéndice epiplóico con isquemia e infarto del mismo. Clínicamente suele producir un cuadro de abdomen agudo similar al de la apendicitis aguda o al de la diverticulitis, siendo el TAC método de diagnóstico de elección. Su evolución suele ser autolimitada por lo que se recomienda el manejo conservador. Presentamos un caso de AE que por su mala evolución clínica tuvo que intervenir de urgencias, y revisamos las indicaciones y ventajas que ofrece el tratamiento quirúrgico para estos pacientes.

Palabras clave: Apendagitis epiplóica; apendicitis epiplóica; abdomen agudo.

Abstract

Epiplonic appendagitis (EA) is produced by twisting or thromboses of the epiplonic appendix, with posterior ischemia and infarction. It usually produces an acute abdomen mimicking an acute appendicitis or diverticulitis. CT is the primary diagnostic method. Conservative management is recommended because evolution is usually self-limiting. We report a case of EA with bad clinical evolution who underwent emergency surgery, and we review indications and advantages of surgical treatment for these patients.

Key words: Epiplonic appendagitis; epiplonic appendicitis; acute abdomen.

Introducción

La AE se produce por el infarto isquémico causado por la torsión o trombosis de la vena de drenaje de un apéndice epiplóico¹, y forma parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en hemiabdomen inferior, sobre todo con la diverticulitis y con la apendicitis aguda². Comúnmente se acepta que el manejo inicial ha de ser conservador una vez que el diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas de imagen, reservando el tratamiento quirúrgico para cuando no se logran controlar los síntomas o aparecen complicaciones^{1,3}.

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
jproldan@aecirujanos.es

Caso clínico

Paciente de 36 años sin antecedentes de interés. Es traído a urgencias por segunda vez en 48 horas por presentar dolor agudo y de intensidad moderada en fosa iliaca izquierda (FII), que iba en aumento y se acompañaba de náuseas. No fiebre. No mejoró con el tratamiento prescrito (Metamizol 575 mg y Metoclopramida 10 mg cada 8 horas VO). A la exploración presentaba un abdomen poco depresible con dolor selectivo en FII sin signos de irritación peritoneal. La analítica y la radiografía simple de abdomen no mostraban alteraciones. Dado que era la segunda vez que el paciente consultaba por el mismo motivo y ante el dolor tan selectivo que presentaba se solicitó TAC de abdomen en el que se visualizó a nivel de la unión del colon descendente y el sigma, entre el propio colon y la pared abdominal una lesión ovalada de densidad grasa de unos 3,5 cm de eje mayor rodeada por un anillo hiperdenso (con aumento de la densidad de la grasa adyacente) sugestivo de apendicitis epiplóica (Figuras 1 y 2).

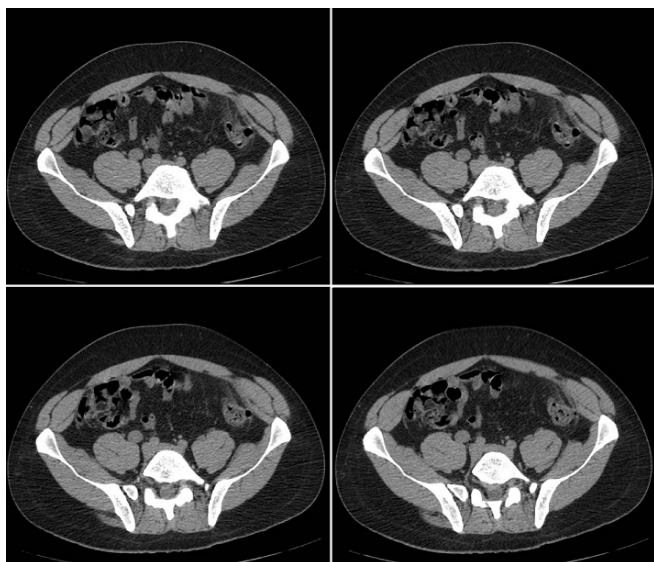


Figura 1

TAC de abdomen (cortes axiales).

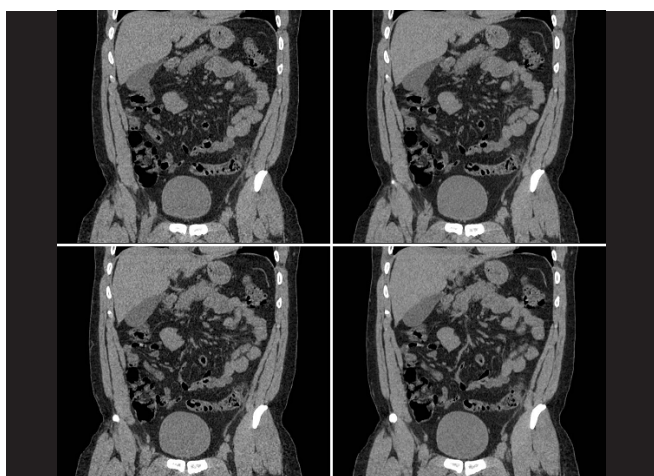


Figura 2

TAC de abdomen (cortes coronales).

El paciente ingresó para observación y tratamiento analgésico IV (Metamizol 2 g y Paracetamol 1 g cada 8 horas alternando), precisando a las 2 horas de su ingreso rescates analgésicos primero con Dexketoprofeno 50 mg IV y posteriormente con Petidina 25 mg IV sin lograr controlar el dolor. En la reexploración presentaba un abdomen duro, con peritonismo localizado en FII con importante defensa involuntaria. Se indicó intervención quirúrgica urgente ante el empeoramiento clínico.

Bajo anestesia general se realizó una incisión de McBurney en el lado izquierdo, encontrando al abrir el peritoneo un apéndice epiplóico gangrenoso que se resecó con bisturí eléctrico (Figura 3) sin otros hallazgos. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dado de alta a las 24 horas de la intervención. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de AE.

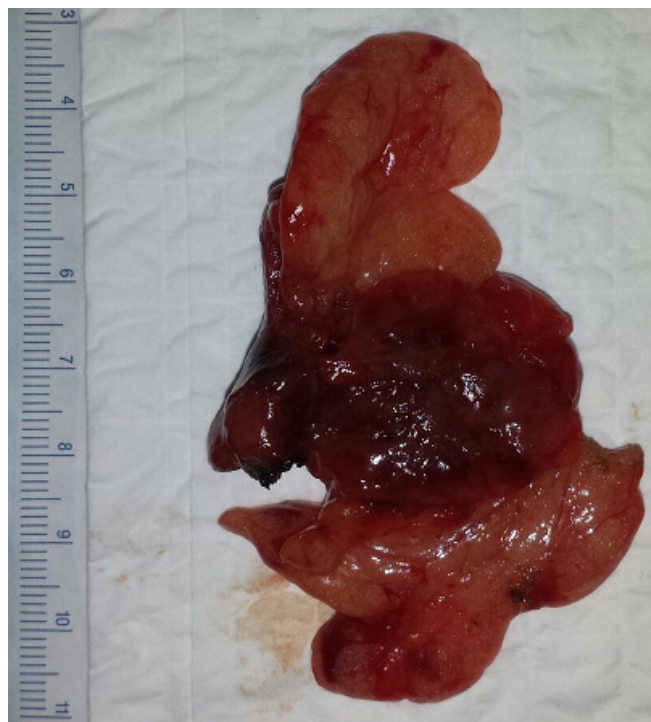


Figura 3

Pieza quirúrgica: apéndice epiplóico gangrenoso.

Discusión

En la última actualización de la AE en UptoDate®, Gelrud et al.¹ recogen de forma pormenorizada los aspectos epidemiológicos, anatómicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Pozzo-Salvatierra et al.⁴ describen en su trabajo los hallazgos principales para diagnosticar una AE mediante el TAC: 1) Lesión ovoide con densidad de tejido grasa en borde antimesentérico del colon; 2) "Signo del anillo hiperdenso" que representa al peritoneo visceral inflamado rodeando al apéndice epiplóico; y 3) "Signo del punto central" que se manifiesta como una imagen puntiforme o lineal hiperdensa en el centro de la lesión, que representa los casos centrales engrosados o trombosados.

El hecho de que se realice un manejo conservador se basa en que se trata de una enfermedad autolimitada. Sin embargo

en la evolución tardía podemos encontrar calcificaciones ovaladas adyacentes al colon o libres en cavidad abdominal por inflamación crónica de los apéndices epiplóicos⁵ que aunque pueden cursar de forma asintomática, pueden producir adherencias intestinales. Es importante recordar que las tasas de recurrencia rondan el 40%^{6,7}. Y tampoco podemos olvidar la importante exposición a radiaciones ionizantes a la que sometemos a pacientes, habitualmente jóvenes y sanos, en los TACs que se realizan durante el seguimiento⁷. Es por eso que consideramos que la opción de realizar tratamiento quirúrgico de entrada debe tenerse en cuenta no sólo cuando, como en nuestro caso, se produce un empeoramiento clínico, sino también para resolver el proceso de forma definitiva con una pronta reincorporación del paciente a su vida cotidiana, y más aún si se emplea abordaje laparoscópico⁶⁻⁸.

Bibliografía

1. Epiploic appendagitis. Disponible en: UptoDate® (<http://www.uptodate.com>). Última revisión: 28 de enero 2015.
2. Vázquez-Morón JM, Barrera-González MJ, Benítez-Rodríguez B, Pallarés-Manrique H, Ramos-Lora M. Apendagitis epiplóica: causa infrecuente de dolor abdominal agudo. RAPD online 2011; 34: 105-106.
3. Rodríguez MA, Moreira V, Gallego I, Rivero M, Garrido E. Apendicitis epiplóica: la otra apendicitis. Gastroenterol Hepatol 2008; 31: 98-103.
4. Pozzo-Salvatierra RL, Kimura-Fujikami K. Apendicitis epiplóica (apendagitis). Anales de Radiología México 2013; 3: 182-188.
5. Horvath E, Majilis D, Seguel S, Whittle C, MacKinnon J, Niedmann JP et al. Primary epiploic appendagitis. Clinical and radiological diagnosis. Rev Med Chile 2000; 128: 1-7.
6. Real CA, Tadeu R, Silveira PP, Tiemi D, Rocha M, Cabral H et al. Primary epiploic appendagitis. J Coloproctol 2013; 33: 161-166.
7. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese H, Steinstraesser L et al. Epiploic appendagitis - clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surgery 2007; 7: 1-7.
8. Vázquez-Frías JA, Castañeda P, Valencia S, Cueto J. Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. JSLS 2000; 4: 247-250.