

CASO CLÍNICO

Apendagitis epiploica: una gran simuladora de abdomen agudo

Epiploic appendagitis: a great simulator of acute abdomen

RESUMEN:

La apendagitis epiploica es una causa poco frecuente de dolor abdominal debido a la inflamación de los apéndices epiploicos que sobresalen de la serosa en la superficie del colon. Como pueden no existir otros síntomas al margen del dolor abdominal localizado, y los resultados de los análisis de sangre no son específicos, la realización de pruebas de imagen es fundamental para el diagnóstico. Presentamos un caso de apendagitis epiploica primaria que se diagnosticó en función de los hallazgos característicos en la tomografía axial computarizada. La sospecha y detección de la apendagitis epiploica en los estudios de imagen puede suponer la reducción de costes hospitalarios y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias al tratarse de una patología autolimitada que responde al tratamiento conservador.

ABSTRACT:

Epiploic appendagitis is a rare cause of abdominal pain due to inflammation of the epiploic appendages that protrude from the serosal on the surface of the colon. As there may be no symptoms other than localized abdominal pain, and blood test results are nonspecific, imaging tests are essential for diagnosis. We present a case of primary epiploic appendagitis that was diagnosed based on characteristic findings on computed tomography. Suspecting and detecting epiploic appendagitis on imaging studies may reduce hospital costs and avoid unnecessary surgical interventions as it is a self-limiting pathology that responds to conservative treatment.

RECIBIDO: 06 / agosto / 2024

ACEPTADO: 15 / octubre / 2024

DOI: 10.20986/mpj.2024.1079/2024

AUTORES:

A. Alcántara Montero¹, E. Buena vida Durán², M. I. Arévalo Evans³, S. R. Pacheco de Vasconcelos³, J. Pablo Herrero³

¹Centro de Salud Trujillo. Consultorios de Herguijuela/ Conquista de la Sierra. Cáceres, España. ²Centro de Salud Zona Centro. Cáceres, España. ³Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Cáceres, España

CORRESPONDENCIA:

Antonio Alcántara Montero
a.alcantara.montero@hotmail.com

Palabras clave: *Apendagitis epiploica, dolor abdominal agudo, diagnóstico diferencial.*

Key words: *Epiploic appendagitis, acute abdominal pain, differential diagnosis.*

Introducción

El dolor abdominal es una causa muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias y supone un reto diagnóstico.

La apendagitis epiploica (AE) es una causa poco frecuente de dolor abdominal debido a la inflamación de los apéndices epiploicos que sobresalen de la serosa en la superficie del colon. Como pueden no existir otros síntomas aparte del dolor abdominal localizado, y los resultados de los análisis de sangre no son específicos, la realización de pruebas de imagen es fundamental para el diagnóstico. A pesar de ser un proceso inflamatorio benigno, debe tenerse en consideración para evitar errores diagnósticos o de tratamiento.

Descripción del caso

Se presenta el caso de un varón de 32 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que acude a nuestro punto de atención continuada (PAC) por dolor abdominal que localiza en vacío y fosa iliaca derecha, de inicio brusco hace 48 horas, y que empeoraba con los movimientos del tronco y tras la ingesta. Niega náuseas, vómitos, fiebre, alteración del hábito intestinal y síntomas del tracto urinario inferior, aunque sí refiere anorexia y pérdida de apetito. Como antecedentes personales destacamos diabetes tipo 1 con bomba de insulina, sobrepeso e hipotiroidismo (en tratamiento con levotiroxina 75 mcg/24 h). En la exploración física mostraba un buen estado general, colaborador, bien hidratado y perfundido, con normocoloración de piel y mucosas, TA 132/82 mmHg, glucemia de 325 mg/dl y temperatura 36,9 °C. A la palpación el abdomen era blando, depresible, con dolor a la palpación en vacío derecho y fosa iliaca derecha, sin palpar masas ni visceromegalias, con ruidos hidroaéreos presentes, con signo de Blumberg positivo y signos de Rosving y Murphy negativos. En nuestro PAC tenemos la posibilidad de pedir algunas pruebas complementarias como analíticas y radiografías. Se realizó analítica completa destacando una ligera leucocitosis de 11.800/mm³ (65,40 % neutrófilos, 25,70 % linfocitos), fibrinógeno 7,82 g/l y PCR 52,1 mg/l. En la radiografía simple de abdomen se apreciaba gas distal presente, con líneas del psoas visibles, gases y heces en marco cólico de distribución normal, sin objetivar niveles hidroaéreos. Con sospecha de apendicitis aguda

(Escala de Alvarado 6) derivamos al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia para valoración y tratamiento. En dicho servicio se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste intravenoso informado como: “Apéndice retrocecal de corta longitud y calibre normal, sin signos radiológicos que sugieran proceso apendicular agudo. Engrosamiento segmentario del sigma proximal, identificándose en situación paracolónica, adyacente al borde antimesentérico del mismo, una lesión ovalada, hipodensa (de densidad grasa), rodeada de un halo hiperdenso, que asocia moderados cambios inflamatorios de la grasa perilesional y pericólica, hallazgos sugerentes de AE. No se identifican imágenes sugerentes de diverticulosis sigmoidea, siendo menos probable que se trate de una diverticulitis aguda. Pequeña cantidad de líquido libre en espacio rectovesical. Resto de asas intestinales de calibre normal. Hígado, vesícula y vía biliar, páncreas, bazo, glándulas adrenales, ambos riñones y vía excretora sin hallazgos a destacar” (Figura 1).

El paciente fue diagnosticado de una AE, siendo dado de alta con tratamiento analgésico (ibuprofeno 600 mg cada 8 h durante 5-7 días), recomendando seguimiento por su médico de Atención



La TAC muestra un engrosamiento segmentario del sigma proximal, identificándose en situación paracolónica, adyacente al borde antimesentérico del mismo, una lesión ovalada, hipodensa (de densidad grasa), rodeada de un halo hiperdenso, que asocia moderados cambios inflamatorios de la grasa perilesional y pericólica (flecha amarilla), hallazgos sugerentes de apendagitis epiploica.

Figura 1. Cortes sagital (A), coronal (B) y axial (C) de la TAC de abdomen con contraste del caso clínico.

Primaria. En la visita de seguimiento realizada 7 días después, sus síntomas habían mejorado considerablemente.

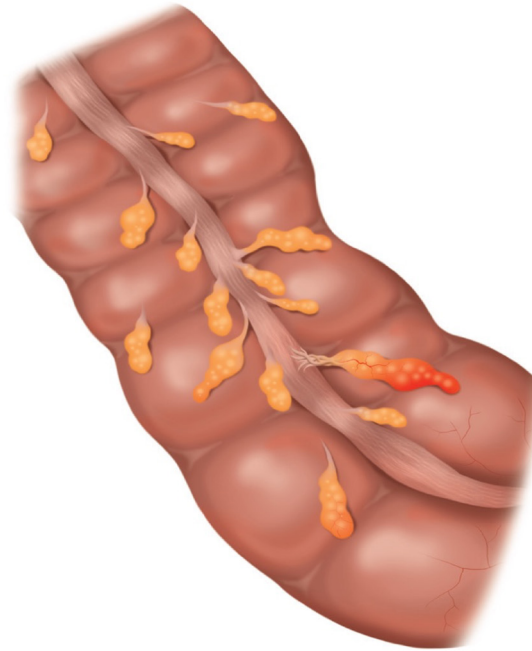
Discusión

El término AE fue acuñado por vez primera por Lynn y cols. en 1956. Consiste en un proceso inflamatorio que afecta a los apéndices epiploicos, los cuales son formaciones de grasa pediculadas y móviles, de 0,5 a 5 cm de longitud, rodeadas de peritoneo visceral y ancladas a 2 cintas longitudinales que discurren desde el ciego hasta el sigma (50-150 apéndices en total; más abundantes y mayores en colon izquierdo). Tienen una vascularización terminal (1-2 arteriolas y una vénula) y la función de estos no ha sido definida, aunque algunos autores las postulan como un reservorio de sangre (1).

La AE se clasifica como primaria, causada por cambios isquémicos como torsión o trombo apendicular, o secundaria, causada por inflamación de apendicitis adyacente o diverticulitis (Figura 2) (2). La AE primaria es rara, con una incidencia reportada de 8,8 casos en 1 millón de individuos por año, predominantemente en hombres obesos de entre 40 y 50 años (3). Se caracteriza por dolor abdominal agudo y localizado sin fiebre u otros síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea (3). Debido a que los apéndices epiploicos pueden aparecer en cualquier sitio del colon, el dolor abdominal debido a la AE también puede ocurrir en cualquier ubicación dentro del abdomen. A diferencia del caso presentado, revisando la literatura publicada pudimos comprobar que la localización más frecuente del dolor abdominal fue en la fosa ilíaca izquierda (4-6). Anatómicamente puede afectar a cualquier segmento del colon, siendo más frecuente en rectosigma. En raras ocasiones la AE puede estar localizada dentro de un saco herniario o adherirse al apéndice vermiforme (4-6).

El diagnóstico diferencial clínico incluye colecistitis, torsión o rotura de quiste ovario, embarazo ectópico, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis aguda o recidivante y apendicitis, pudiendo en ocasiones cursar simultáneamente con dicha entidad (7-9).

El pronóstico es muy bueno, aunque se han descrito potenciales complicaciones anecdóticas, como la torsión del apéndice



La apendagitis epiploica primaria se produce como resultado de una necrosis isquémica, que suele ser causada por una torsión del apéndice epiploico o por una trombosis en las venas pequeñas, lo cual provoca una inflamación del apéndice epiploico.

Figura 2. Apendagitis epiploica primaria (adaptada de cita 3).

inflamado o la adherencia a otra víscera, ocasionado obstrucción o formación de absceso. En nuestro caso, el paciente se quejaba de dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho, sin fiebre ni síntomas acompañantes. Los análisis de sangre mostraron signos de inflamación con aumento de los reactivos de fase aguda; siendo necesaria la derivación del paciente a urgencias hospitalarias para descartar apendicitis aguda.

La TAC, y mucho menos la ecografía abdominal, son las técnicas radiológicas más útiles en el diagnóstico de AE. Los datos ecográficos indicativos que pueden observarse incluyen: masa oval hiperecoica, lobulada, no compresible, rodeada por un anillo periférico hipoeicoico y con un aumento de la grasa circundante y ausencia de flujo central demostrada por ecografía doppler. La TAC, muy extendida ya como herramienta en el diagnóstico del dolor abdominal agudo de urgencias, es la prueba más sensible

y específica, ofreciendo hallazgos patognomónicos, como en el caso clínico presentado (9).

El tratamiento de la AE es un manejo conservador: reposo, analgesia y dieta absoluta en un primer momento con posterior reintroducción progresiva; no es necesaria la antibioterapia, ni la hospitalización ni el tratamiento quirúrgico, salvo complicaciones (9,10).

En conclusión, la AE primaria es una causa poco frecuente de dolor abdominal. Es posible que no se presenten otros síntomas ni signos además del dolor abdominal localizado. A pesar de ser una entidad benigna, se debe tener presente a la hora del diagnóstico diferencial del dolor abdominal en los servicios de urgencias, sobre todo en pacientes obesos. Su diagnóstico se lleva a cabo mediante la TAC abdominal con contraste, y el manejo conservador de esta entidad aporta resultados óptimos. Por tanto, la sospecha y detección de la AE en los estudios de imagen puede suponer la reducción de costes hospitalarios y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias al tratarse de una patología autolimitada que responde al tratamiento conservador. Cabe recordar que lo que no se sospecha no se suele diagnosticar.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olmedo Martín RV, Melgarejo Cordero F, Ortiz Corroero MC, Manteca González R. Apendagitis epiploica una causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(6):434-5. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2011.02.008.
2. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, Papalampros A, Schmitz R, Felekouras E, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med*. 2019;7(24):814. DOI: 10.21037/atm.2019.12.74.
3. Suzuki M, Watari T. Primary epiploic appendagitis: a rare cause of localised abdominal pain. *BMJ Case Rep*. 2024;17(2):e259403. DOI: 10.1136/bcr-2023-259403.
4. Moreno Obregón F, Bermúdez López C, León Jiménez D, Ugarriza Lado E. Apendagitis epiploica como causa inusual de dolor abdominal agudo: características clínicas y radiológicas de 7 pacientes. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2019;219(9):517-20. DOI: 10.1016/j.rce.2019.07.010.
5. Vázquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemos S, Perret MC, Catalano HN. Apendagitis epiploica primaria. Clínica y evolución de 73 casos. *Medicina (B Aires)*. 2014;74(6):448-50.
6. El-Menyar A, Naqvi SGA, Al-Yahri O, Abusal AM, Al-Shaikhli A, Sajid S, et al. Diagnosis and treatment of epiploic appendagitis in a Middle Eastern country: An observational retrospective analysis of 156 cases. *World J Surg*. 2024;48(6):1363-72. DOI: 10.1002/wjs.12161.
7. Reyes-Balaguer J. Apendagitis epiploica: una causa infrecuente de dolor abdominal a tener en cuenta en atención primaria. *Semergen*. 2014;40(8):478. DOI: 10.1016/j.semerg.2014.02.013.
8. Patel M, Haider I, Cheung A. Primary Epiploic Appendagitis: A Mimicker of Abdominal Pain. *Clin Med Res*. 2023;21(3):159-62. DOI: 10.3121/cmr.2023.1837.
9. Doğan AN, Çakıroğlu B, Akça AH, Aksoy SH, Akar T. Primary epiploic appendagitis: evaluation of computed tomography findings in the differential diagnosis of patients that presented with acute abdominal pain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(1):59-63. DOI: 10.26355/eurrev_202201_27748.
10. Acevedo-Castillo CD, Macias-Cruz HM, Ramirez-Cisneros A, Bautista-Coronado UA, Moran-Guerrero JA, Guzman EA. Epiploic Appendagitis: Systematic Review of a Distinctive Pathology. *Am Surg*. 2024;31348241256062. DOI: 10.1177/00031348241256062.