



Vol. 72 • Núm. 1
Enero-Febrero • 2018
pp 58-61

Recibido: 12/11/2017
Aceptado: 28/12/2017

Caso clínico

Apendagitis: causa de dolor abdominal agudo no quirúrgico. Reporte de caso

Gamaliel Vázquez-Estudillo,* Alex Simón-Mendoza,† Ivanhoe Larracilla-Salazar,§
Beatriz Josefina Rosas-Nicolás||

* Médico residente de tercer año de la Especialidad de Cirugía General de la Escuela de Postgrados en Sanidad Naval.

† Médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General Naval de Alta Especialidad (HOSGENAES).

§ Responsable del Servicio de Cirugía General del Hospital General Naval de Alta Especialidad (HOSGENAES) y profesor titular de la Especialidad de Cirugía General de la Escuela de Postgrados en Sanidad Naval.

|| Médico residente de tercer año de la Especialidad de Anestesiología del Hospital de Especialidades «Siglo XXI», IMSS.

RESUMEN

Antecedentes: Los apéndices epiploicos son formaciones grasas, pediculadas, recubiertas de serosa, que se encuentran en la superficie externa del colon, hacia la cavidad peritoneal; su inflamación, torsión o infarto también se conoce como *apendicitis epiploica* o *apendagitis*. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un masculino de 35 años de edad quien acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Naval de Alta Especialidad por presentar dolor a nivel de la fosa iliaca derecha de inicio súbito, progresivo, el cual se protocolizó con estudios de laboratorio y gabinete, integrando el diagnóstico de probable *apendicitis* aguda; se realizaron hojas de solicitud quirúrgica y consentimiento informado para llevar a cabo *apendicectomía* abierta. Hallazgos: apéndice cecal de 5 × 1 centímetro de diámetro, de características macroscópicas normales e infarto de apéndice epiploico de colon ascendente a nivel de la válvula ileocecal. **Conclusión:** Este caso se presenta para destacar las características clínicas de la *apendagitis* o *apendicitis epiploica*, que pueden ayudar a los médicos a sospechar esta patología benigna y llegar al diagnóstico correcto, evitando someter a un riesgo quirúrgico innecesario.

Palabras clave: *Apendicitis epiploica, apendagitis, dolor abdominal.*

Appendagitis: a non-surgical cause of acute abdominal pain. Case report

ABSTRACT

Background: Epiploic appendices are pediculated, serosa-coated fat formations that are found on the outer surface of the colon, into the peritoneal cavity; their inflammation, torsion or infarction is also known as *epiploic appendicitis* or *appendagitis*. **Clinical case:** We present the case of a 35-year-old man who went to the Emergency Service of the High Specialty Naval General Hospital because of sudden onset, progressive right iliac fossa pain, which was approached with laboratory and cabinet studies, integrating the diagnosis of probable acute *appendicitis*; surgical application sheets and informed consent were filled to perform open *appendectomy*, incidentally finding a cecal appendix 5 cm × 1 cm in diameter, with normal macroscopic characteristics, and infarction of ascending colon epiploic appendix at the ileocecal valve. **Conclusion:** This case is presented to highlight the clinical characteristics of *appendagitis* or *epiploic appendicitis*, which can help clinicians suspect this benign pathology and reach the correct diagnosis, avoiding unnecessary surgical risk.

Key words: *Epiploic appendicitis, appendagitis, abdominal pain.*

Antecedentes

Los apéndices epiploicos son formaciones grasas, pediculadas, recubiertas de serosa, que se encuentran en la superficie externa del colon, hacia la cavidad peritoneal; su inflamación, torsión o infarto también se conoce como *apendicitis epiploica* o *apendagitis*.^{1,2}

Estos apéndices están vascularizados por dos arterias que dependen de las ramas terminales de las arterias colónicas. Poseen una única vena central larga y tortuosa que atraviesa el pedículo; esta morfología determina fundamentalmente la fisiopatología de la *apendagitis* o *apendicitis epiploica*.³

Lo que sucede de forma habitual es que uno de estos apéndices se tuerce; esto produce el estrangulamiento del pedículo y su infarto, que al principio es venoso, y si se prolonga en el tiempo, se hace isquémico.³

A menudo se presenta como dolor abdominal, rara vez acompañado de fiebre, náuseas, vómitos o cualquier otro síntoma. Esta patología benigna presenta una incidencia de 8.8 pacientes por millón; es común que se diagnostique de manera errónea debido a la falta de características clínicas patognomónicas. Dependiendo de la ubicación del apéndice epiploico afectado, puede cambiar la sintomatología y la sospecha diagnóstica, lo que podría confundirse clínicamente con algunos de los diagnósticos más comunes de dolor abdominal, como diverticulitis, colecistitis y apendicitis.⁴

A continuación se presenta el reporte de un caso con apendagitis o apendicitis epiploica.

Caso clínico

Masculino de 35 años de edad quien acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal a nivel de la fosa iliaca derecha, de inicio súbito, progresivo, de tres días de evolución, en intensidad 9/10 en la escala análoga, sin irradiaciones ni acompañantes; negó sintomatología urinaria, diarrea o fiebre; el dolor se exacerbaba con la palpación, deambulación y extensión del tronco, y disminuía con la posición en flexión decúbito lateral. No refirió un factor desencadenante. Acudió previamente a escalón sanitario, en donde se le diagnosticó probable trastorno funcional del intestino; recibió tratamiento con bromuro de pinaverio (cápsulas de 100 mg vía oral cada ocho horas) y butilioscina (cápsulas de 10 mg vía oral cada ocho horas), sin mejoría, por lo que asistió a revaloración médica.

Durante la exploración física, sus signos vitales fueron: frecuencia cardíaca, 98 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 18 por minuto; temperatura, 37°; presión arterial, 120/80 mmHg. Se observó abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo ++, peristalsis normal, con hiperestesias, dolor a la palpación superficial, media y profunda en la fosa iliaca derecha, con datos de irritación peritoneal; signos apendiculares positivos (McBurney, Rovsing, Capurro, psoas, talo percutor, maniobra del obturador), Murphy negativo. Se palpó plastrón a nivel de la fosa iliaca derecha.

Se realizaron estudios de laboratorio, los cuales fueron normales, así como radiografía de abdomen, en la cual se observó borramiento del psoas, asa centinela del lado derecho y posición antiálgica (*Figura 1*);

posteriormente, se le solicitó tomografía de abdomen, en la cual se reportó estriación de la grasa pericecal (*Figuras 2 y 3*); se le comunicó al paciente la necesidad de cirugía por sospecha de apendicitis aguda.

En los hallazgos transoperatorios se reportó:

- Apéndice cecal de 5 × 1 centímetro de diámetro, de características macroscópicas normales.



Figura 1. Radiografía de abdomen simple, decúbito supino.



Figura 2. Tomografía de abdomen simple, corte coronal.

- Infarto de apéndice epiploico de colon ascendente a nivel de la válvula ileocecal (*Figura 4*). En el estudio de la pieza por el Servicio de Patología se describió lo siguiente: los cortes de apéndice cecal mostraban moderado infiltrado inflamatorio que se extendía desde la mucosa a la serosa, con focos aislados (*Figura 5*).
- Apéndice epiploico con vasos de mediano y pequeño calibre congestivos y focos de hemorragia en septos fibrosos; en sitios diversos, microtrombos y moderado infiltrado inflamatorio.

Discusión

Los apéndices epiploicos son pequeñas estructuras llenas de grasa, cubiertas de serosa, situadas a lo largo de todo el colon; son más abundantes y grandes en el colon transverso y sigmoides. Cada apéndice es provisto por una o dos pequeñas arterias terminales

del colon y una pequeña vena de drenaje; son más grandes y prominentes en obesos y en aquellos que han perdido peso recientemente.⁵

Es probable que la mayoría de los casos se deban a causas primarias, tales como torsión u oclusión vascular, y por lo general ocurren en colon sigmoide.

Un estudio reciente de revisión de tomografías computadas estimó la frecuencia de la apendagitis en alrededor de 1.3%.⁶

La apendagitis o apendicitis epiploica puede afectar a cualquier grupo de edad, con una incidencia máxima en la cuarta a quinta década; la obesidad y el ejercicio pesado son factores contribuyentes. La manifestación clínica típica de apendagitis es un dolor abdominal agudo, moderado a severo, cólico y continuo en el área correspondiente del colon. Algunas veces hay vómitos; sin embargo, la fiebre y la diarrea son inusuales.⁷

La sensibilidad localizada sobre el sitio es común y a menudo se ha asociado con dolor al rebote, sin rigidez. Estos síntomas se parecen a la apendicitis, colecistitis y diverticulitis, por lo que con frecuencia pasa desapercibido.^{6,7}

Conclusiones

Es imprescindible un correcto diagnóstico de la apendagitis o apendicitis epiploica para evitar realizar cirugías innecesarias; este caso confirma la necesidad de tener en mente la sospecha diagnóstica de apendagitis en pacientes que se presentan en el Servicio de Urgencias con dolor en la fosa iliaca derecha, en



Figura 3. Tomografía de abdomen simple, corte axial.



Figura 4. Sitio quirúrgico, infarto de apéndice epiploico de colon ascendente.



Figura 5. Pieza quirúrgica; apéndice epiploico infartado.

especial, en ausencia de anomalías significativas en los, análisis de sangre. La mayoría de los pacientes sólo requieren tratamiento médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Gandía MA, Moreira-Vicente V, Gallego-Rivera I, Rivero-Fernández M, Garrido-Gómez E. Apendicitis epiploica: la otra apendicitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31 (2): 98-103.
2. Gourgiotis S, Oikonomou C, Veloudis G, Lardou I, Pittaras G, Villias C. The diagnostic dilemma of primary epiploic appendagitis and how to establish a diagnosis. *Oman Med J*. 2016; 31 (3): 235-237.
3. Clement Z. Atypical presentations of epiploic appendagitis: early diagnosis and non-operative management is the optimal therapy. *Gastroenterology Res*. 2012; 5 (2): 79-81.
4. Cho MS, Hwang-Bo S, Choi UY, Kim HS, Hahn SH. A case of epiploic appendagitis with acute gastroenteritis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2014; 17 (4): 263-265.
5. Matos H, Costa I. Primary epiploic appendagitis. *Indian J Surg*. 2015; 77 (Suppl 3): 1395-1396.
6. Cakiroglu B, Sinanoglu O, Abci İ, Tas T, Dogan AN, Aksoy SH et al. An unusual cause of hematuria; primary epiploic appendagitis. *Int J Surg Case Rep*. 2014; 5 (12): 902-905.
7. Kumar R, Bamford RF, Kumar D, Singh-Ranger G. Appendagitis following diagnostic laparoscopy and laparoscopic appendectomy. *Case Rep Surg*. 2016; 2016: 6973061.

Dirección para correspondencia:

Gamaliel Vázquez Estudillo

Calzada de la Virgen, edificio 203, interior 104,
Col. Culhuacán CTM, 04480,

Del. Coyoacán, Ciudad de México.

Celular: 55 4193 5994

E-mail: dr.gama.mcn@gmail.com