

PRESENTACIÓN DE CASOS

Apendicitis epiploica primaria y hallazgos de la ecografía

Primary epiploic appendicitis and echography findings

Orestes Noel Mederos Curbelo,^I José Manuel Da Costa Fernández,^{II} Esther Jequín Savariego,^{III} Ricardo Ulises Ramos Hernández^{IV}

^I Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Imagenología. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Imagenología. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 55 años que presentaba dolor abdominal agudo localizado en el cuadrante inferior derecho, de 12 h de evolución, leucocitosis y reacción peritoneal. La ecografía abdominal fue indicativa de una presunta epiploitis, pero la intensidad y persistencia del dolor determinaron la intervención quirúrgica. La apendicitis aguda epiploica es una afección infrecuente pero debe sospecharse ante el dolor agudo en los cuadrantes abdominales inferiores, y la imagenología es fundamental para el diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: Apendicitis epiploica primaria, epiploitis, ecografía.

ABSTRACT

This is the case of a woman aged 55 presenting with localized acute abdominal pain in right inferior quadrant of 12 hours of course, leukocytosis and peritoneal reaction. The abdominal echography findings showed a supposed epiploitis but the pain intensity and persistence determined the surgical intervention. Epiploic acute appendicitis is a infrequent affection that must to be suspected in case of acute pain in inferior abdominal quadrants and imaging studies are essential for preoperative diagnosis.

Key words: Primary epiploic appendicitis, epiploitis, echography.

INTRODUCCIÓN

Los apéndices epiploicos fueron mencionados por la primera vez por Vesalius en 1543. Littre en 1703 informó el hallazgo de un apéndice epiploico libre en la cavidad peritoneal de un cadáver.¹ En 1904 Tomellini realizó una descripción de la afección aguda, y en 1956 en la ciudad de Lyon a ésta se le otorgó el nombre de *apendicitis epiploica*.

Los apéndices epiploicos son estructuras pedunculadas de tejido adiposo que emergen de la superficie externa del colon a la cavidad peritoneal, en numero de 50 a 100, con un grosor de 1 a 2 cm y un largo de 2 a 5 cm. Están dispuestos en dos filas longitudinales separadas que se extienden desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea.

Los apéndices epiploicos son irrigados por una o dos pequeñas arteriolas, ramas de los vasos rectos del colon y drenan por venas que pasan a través de un pedículo estrecho. Esta conformación de gran movilidad con irrigación terminal, los hace propensos a la torsión y trombosis, que condicionan el infarto hemorrágico.

Estas estructuras pueden sufrir ocasionalmente infarto como resultado de una torsión o por trombosis venosa espontánea, y tal afección se denomina *apendicitis epiploica*.² Es una entidad rara, benigna y autolimitada. Puede ocurrir a cualquier edad; el pico de incidencia es a los 40 años, y es ligeramente más común en los hombres que en las mujeres.^{3,4}

Su diagnóstico hasta 1986 era clínico, y en general era un hallazgo transoperatorio. En 1986 se describen sus signos imagenológicos con el uso de la tomografía axial computarizada (TAC), y en 1994, los signos ecográficos,⁵ con lo cual aumentó la posibilidad del diagnóstico preoperatorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 55 años de edad, con antecedentes de salud que acude al cuerpo de guardia por presentar dolor en el cuadrante inferior del abdomen, de 12 h de evolución. En su casa había tomado medicamentos, como novatropin, y analgésicos como el Tylenol. El dolor se mantuvo en la misma localización, y después de su inicio, la paciente presentó un vómito.

- Examen físico: positivo.
- Pulso radial: 96 min.
- Tensión arterial: 150-90.
- Abdomen sigue los movimientos respiratorios, blando, depresible; dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, a la palpación profunda, con reacción peritoneal moderada en esa localización.
- Tacto vaginal: vagina elástica, no caliente, anejos no palpables, útero pequeño, no dolor en los fondos del saco.
- Tacto rectal: esfínter normotónico, ampolla rectal ocupada por heces.

Exámenes complementarios

- Hemograma: 12,6
- Hematocrito: 0,38
- Leucograma: 10250; P 0,85; L 0,15
- Ecografía abdominal: Se observa una masa alargada de forma oval, de 1,5 cm de diámetro por 4 cm de largo, con bordes definidos, paracolónica en fosa la ilíaca derecha, con densidad de grasa, rodeada de asas delgadas y con edema entre ellas ([figura 1](#)).



Figura 1. Ecografía: imagen en la proximidad del colon derecho.

A pesar de que los hallazgos ecográficos indicaban el posible diagnóstico de una epiploitis, la intensidad y persistencia del dolor y la leucocitosis con predominio de polimorfonucleares determinó la intervención quirúrgica.

Se realizó una incisión de Mc Burney. Durante el procedimiento quirúrgico se encontró un apéndice cecal con ligeros signos inflamatorios en la proximidad de un epiploico engrosado e inflamado, con signos de congestión hemorrágica y necrosis,

fuertemente adherido al peritoneo parietal anterior ([figura 2](#)). Se realizó la exéresis de ambas estructuras.



Figura 2. Se observan el apéndice cecal y el epiploico.

El diagnóstico histológico confirmó la presencia de apendicitis epiploica y una periapendicitis cecal. La evolución del paciente es satisfactoria.

DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico de la epiploitis o apendicitis epiploica es infrecuente.⁶⁻⁸ Se presenta con dolor abdominal localizado en uno de los cuadrantes inferiores, debido a que los apéndices epiploicos del colon sigmoideos y ciego son los más frecuentemente afectados.⁹ Su incidencia es del 3-7 % en pacientes con presunta diverticulitis aguda y del 1 % en pacientes con dolor en la fosa ilíaca derecha.¹⁰

La inflamación del apéndice epiploico puede ser primaria, debido a un proceso inflamatorio de origen vascular, por torsión y trombosis de la vena de drenaje, a diferencia de la apendicitis secundaria, resultante de la participación del apéndice cecal en procesos inflamatorios de vecindad, tratando de conformar un plastrón que limite la diseminación del foco séptico intraabdominal.

Hasta hace 20 años la única alternativa real de un diagnóstico preoperatorio de certeza era la laparoscopia diagnóstica,⁷ pues la radiografía simple de abdomen carece de utilidad en estos casos. En la actualidad la ecografía es el estudio imagenológico de elección, por sus características que permiten poner el transductor en el sitio de mayor intensidad del dolor y buscar la presencia de masas ecogénicas,¹⁰ lo cual ha permitido elevar el número de casos con diagnóstico preoperatorio. Los hallazgos característicos son una masa oval o esférica paracolónica con densidad de grasa, que representa el apéndice inflamado o infartado, con aumento en la atenuación de la grasa a su alrededor, con un anillo hipocogénico bien definido que rodea a la masa y que representa al peritoneo visceral inflamado.¹⁰⁻¹² Estas características estuvieron presentes en nuestro caso.

En los pacientes obesos o cuando las localizaciones son profundas, disminuye la efectividad diagnóstica.

La TAC también es de gran utilidad en esta enfermedad,^{11,12} aunque los apéndices colónicos no inflamados no son visibles, salvo que estén rodeados por ascitis. De estar inflamados, ofrecen imágenes que permiten el diagnóstico presuntivo. Se observa como una masa de tejido adiposo hipodenso, mal delimitada, con imágenes lineales finas hiperdensas en su espesor. En el 90-98 % de los casos se observa engrosamiento del peritoneo parietal en la zona vecina. Estas imágenes se benefician con el uso de la tomografía contrastada.⁸ La resonancia magnética es otro medio excelente para lograr el diagnóstico de una apendicitis epiploica, por su gran resolución, pero tiene un mayor costo que la ecografía y la TAC.

De pensarse en una apendicitis epiploica como posible causa de un dolor abdominal agudo, los diagnósticos diferenciales fundamentales, además de la apendicitis cecal, son la diverticulitis de Meckel y del colon y el infarto del omento mayor. Este es un paso muy importante debido a que mientras la apendicitis cecal, la diverticulitis de Meckel y muchos casos de diverticulitis del colon requieren tratamiento quirúrgico, la apendicitis epiploica y el infarto del omento mayor son procesos autolimitados, que pueden resolver con tratamiento médico y observación, y se reserva el tratamiento quirúrgico para los enfermos con complicaciones o con intenso dolor, rebelde al tratamiento.¹² La combinación de la ecografía con la TAC simple o contrastada serán de gran utilidad para el diagnóstico,^{8-10,13-19} en particular en el dolor en la fosa ilíaca derecha, debido a que el lado izquierdo muestra una apariencia ecográfica muy parecida a la diverticulitis. Este hecho hace más compleja la decisión diagnóstica,^{14,20} debido a que el aumento de la ecogenicidad del apéndice epiploico al lado del colon simula un divertículo inflamado.

En nuestro paciente, a pesar de que los hallazgos ecográficos permitían el diagnóstico de epiploitis o apendicitis epiploica, al informar la presencia de una imagen oval en la proximidad al ciego, los elementos clínicos de persistencia e intensidad del dolor localizado, con reacción peritoneal y la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda, nos inclinaron por la intervención quirúrgica. Es importante señalar que la apendicitis epiploica normalmente evoluciona con una única sintomatología: el dolor, sin fiebre ni leucocitosis. Este último aspecto es diferente al caso que presentamos. A pesar de la conducta se puso en evidencia la utilidad y correlación de los hallazgos ecográficos.

En conclusión, la apendicitis epiploica es una afección infrecuente que produce un dolor abdominal agudo; es de difícil diagnóstico preoperatorio y la ecografía ofrece la posibilidad diagnóstica preoperatoria. El tratamiento quirúrgico solo está indicado en casos como el presentado, con dolor abdominal persistente y reacción localizada.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer la colaboración de los alumnos ayudantes de Cirugía: Orestes Luis Mederos Trujillo, Michael Reyes Bolaños y Aniel Delgado Piquero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmichael DH, Organ CH. Epiploic disorders. Conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985;120:1167-72.
2. Pereira J, Sirlin C, Pinto P. Disproportionate fat stranding: A helpful CT Sign in patient with acute abdominal pain. *RadioGraphics* 2004;24:703-15.
3. Boulanger BR, Barnes S, Bernard AC. Epiploic appendicitis: an emerging diagnosis for general surgeons. *Am Surg* 2002;68:1022-5.
4. Van Breda A, De Mol A, Puyalert J. Epiploic appendicitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001; 167: 723-7.
5. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary Epiploic appendicitis evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997;204:713-17.
6. Van Breda A, Vriesman AC, Lohle PN, Coerkamp EG, Puylaert JB. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol* 1999; 9:1886-92.
7. Bernot RD, Mederos ON, Ramires HE, Trujillo ME, Samper MO, Rivas TO. Inflamación del apéndice epiploico como causa de abdomen agudo. *Rev Cubana Cir.* 1987;26(6):105-10.
8. Molinares AB, Castrillón Ga, Restrepo R. Apendicitis epiploica. Reporte de cuatro casos. *Rev Colombiana Cirugía.* 2006;21(3):196-200.
9. Levret N, Mokred D, Quevedo E, Barret F, Pouliquen X. Les appendicitis epiploïques primitives. *J Radiol* 1998;79:667-71.
10. Mollé E, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Roselló-Sastre E. Primary epiploic appendicitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435-8.
11. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendicitis: Clinical US and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994;191:523-6.
12. Jhaveri KS, Harisinghani MG, Wittenberg J, Saini S, Mueller PR. Right-sided colonic diverticulitis: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2002;26:84-9.
13. Horvath E, Majlis S, Seguel S. Apendicitis epiploica primaria: Diagnóstico clínico y radiológico. *Rev Med Chile* 2000;128:601-7.
14. De Castro FJ, Santos JA, Garcia IP, Hernández JC. Apendicitis epiploica. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98(2):140-2.
15. Sayago-Castro D. Torsión un apéndice epiploico. Reporte de 2 casos: Características ecográficas y tomográficas. *Acta Médica Costarricense.* 2002;44(1).
16. Valera UC, Fuentes VM, Rivadeneira HR. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada *Rev Chil Radiol.* 2004;10(1):28-34.
17. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendicitis. *AJR* 2004;183:1303-7.

18. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendicitis and its mimics. *Radiographics* 2005; 25:1521-34.
19. Miguel A, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Ruiz A. Apendicitis epiploica e infarto omental. Hallazgos en ecografía y tomografía computarizada. *Radiología* 2001;43:395.
20. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL, *et al.* Clinical diagnosis of primary epiploic appendicitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:435-8.

Recibido: 14 de febrero de 2009.

Aprobado: 26 de abril de 2009.

Orestes Noel Mederos Curbelo. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». Calle Zapata y D. Municipio Plaza de la Revolución. El Vedado. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: noemed@infomed.sld.cu