

Apendagitis epiploica primaria

Primary epiploic appendagitis

Luis Omar Flores Salazar^{1*}
Jorge González Tovar¹
Francisco Javier Reyna Sepúlveda¹
Gerardo Enrique Muñoz Maldonado¹

¹ Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

*Autor de correspondencia: Correo electrónico: lfloresuanl@gmail.com

RESUMEN

La apendagitis epiploica primaria es una rara causa de dolor abdominal que puede simular cualquier otro cuadro de abdomen agudo. Esto hace de su diagnóstico un verdadero desafío. Se presenta el caso de un paciente masculino de 22 años de edad, sin antecedentes de importancia que ingresó a la sala de emergencias con un cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución. En la exploración física presentó dolor a la palpación en el flanco derecho. Se le realizó una tomografía axial de abdomen contrastada en la cual se observó una imagen redondeada con un halo hiperdenso con borramiento de planos grasos y cambios inflamatorios a su alrededor sin relación a otro órgano abdominal. Con estos hallazgos hicimos el diagnóstico de una apendagitis epiploica primaria. El paciente fue ingresado a la sala de internamiento para manejo del dolor y con mejoría clínica es egresado a las 48 horas asintomático. Si bien la apendagitis epiploica primaria es una causa infrecuente de dolor abdominal, consideramos que su conocimiento es relevante para evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementan de forma innecesaria la morbilidad como el uso inadecuado de antibióticos y de recursos hospitalarios.

Palabras clave: apendagitis; cirugía; coloproctal.

ABSTRACT

Primary epiploic appendagitis is a rare cause of abdominal pain that may mimic any other acute abdomen condition. This makes its diagnosis a real challenge for physicians. Here is a 22 years-old male patient, with no significant history of diseases, who were admitted to the emergency room because he had suffered abdominal pain for 36 hours. The physical exam revealed pain on palpating the right flank. He underwent a contrasted computed tomography of abdomen which showed a rounded image with hyperdense halo, fat plane effacement and inflammatory changes around, which was unrelated to another abdominal organ. These findings allowed diagnosing primary epiploic appendagitis. The patient was hospitalized for pain management and was discharged 48 hours later with clinical improvement and no symptoms. Primary epiploic appendagitis is infrequent cause of abdominal pain, however, we consider that it is important to know it so as to avoid diagnostic and therapeutic mistakes that might unnecessarily increase morbidity and the inadequate use of antibiotics and of hospital resources.

Keywords: appendagitis; surgery; colorectal

Recibido: 25/9/2017

Aceptado: 24/10/2017

INTRODUCCIÓN

Los apéndices epiplóicos son formaciones de grasa peritoneal pedunculada, con un grosor entre 1 - 2 cm y una longitud entre 0,5 - 5 cm. Existen entre 50 y 100 distribuidos en dos hileras: una medial a la tenia libera y otra lateral a la tenia omental, desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea.⁽¹⁾

La apendagitis epiploica primaria (AEP) es una rara causa de dolor abdominal. Se ha descrito como una inflamación que resulta de la torsión, isquemia subsecuente y necrosis de un apéndice epiploico o por trombosis primaria e inflamación de este.

Dependiendo del sitio en que ocurre, puede simular cualquier otro cuadro de abdomen agudo haciendo de su diagnóstico un verdadero desafío.⁽²⁾

A continuación, presentamos el caso de un paciente con AEP y una revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 22 años de edad sin antecedentes de importancia, acudió a la sala de Emergencias tras presentar un cuadro de dolor abdominal súbito de 36 horas de evolución. A su llegada, lo encontramos afebril y hemodinámicamente estable. Sus signos vitales eran TA 130/80 mmHg FC 98 FR 18. En la exploración física, el abdomen no se encontraba distendido, presentaba dolor a la palpación en el flanco derecho, sin irritación peritoneal con los ruidos peristálticos presentes a la auscultación.

Se le realizaron exámenes de laboratorio donde se encontró una hemoglobina de 16,5 g/dL y leucocitos de 9,8 K/uL, el examen general de orina se encontraba normal. En la radiografía de abdomen no observamos ninguna alteración. Se le realizó una tomografía axial de abdomen contrastada en la cual se observó una imagen redondeada con un halo hiperdenso, con borramiento de planos grasos y cambios inflamatorios a su alrededor localizado en el flanco derecho sin tener relación con otros órganos (**Fig.**).

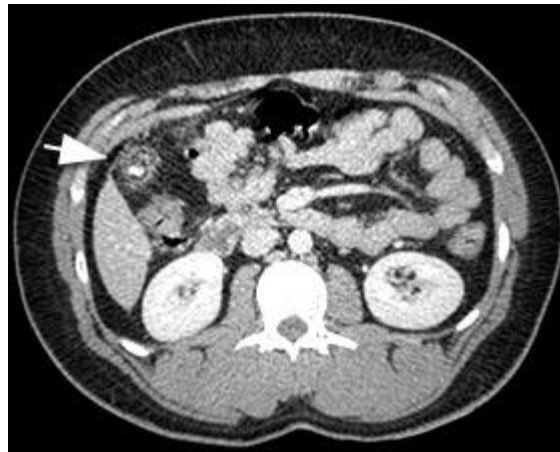


Fig. Signo del anillo hiperdenso en tomografía axial contrastada de abdomen.

Con estos hallazgos hicimos el diagnóstico de una AEP. El paciente fue ingresado a la sala de internamiento para manejo del dolor y vigilancia, con mejoría clínica es egresado a las 48 horas asintomático.

DISCUSIÓN

Los apéndices epiploicos fueron descritos por primera vez por Vesalius en 1543, pero su importancia quirúrgica fue hasta 1843 cuando Virchow sugirió que su desprendimiento era una fuente de cuerpos libres intraperitoneales. La AEP es una condición inusual y su prevalencia actualmente se desconoce debido a que la mayoría de los casos son autolimitados. *Tomas* y otros, clasificaron las causas de la AEP secundarias a torsión (73 %), una hernia encarcerada (18 %), obstrucción intestinal (8 %), un cuerpo libre intraperitoneal (1 %).

El componente venoso es afectado, en primer lugar, porque cada apéndice epiploico está irrigado por un par de arteriolas y una vénula central. Otras causas sospechadas son la hiperplasia linfoide y la invasión bacteriana secundaria a una diverticulitis.⁽³⁾

Generalmente, el dolor se presenta en los cuadrantes bajos del abdomen, que simula una diverticulitis o una apendicitis. En ocasiones es de comienzo rápido y se exagera con el movimiento, pero la mayoría de las veces no está asociado con otros síntomas como fiebre, anorexia, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento, además es común que la cuenta de leucocitos esté normal o ligeramente elevada, con el resto de los exámenes de laboratorio sin alteraciones.⁽⁴⁾

Al ser un paciente joven y presentar el dolor en el flanco derecho, nuestro primer diagnóstico a descartar fue el de una apendicitis aguda. Sin embargo, la presentación clínica y la exploración física no eran típicos de este cuadro; además, el dolor no se acompañaba de ningún otro síntoma. Otros diagnósticos diferenciales eran una pancreatitis aguda, cólico biliar, diverticulitis o un cuadro dispéptico, sin embargo, con una exploración física detallada. Los resultados en los exámenes de laboratorio y los hallazgos encontrados en la tomografía axial contrastada de abdomen pudimos llegar a este diagnóstico.

Diagnosticar una AEP puede llegar a ser un desafío, el ultrasonido y la tomografía axial son necesarias para establecer el diagnóstico la mayoría de las veces. Históricamente el diagnóstico se hacía durante la cirugía, pero los avances en los estudios de imagen hicieron posible el primer reporte de una AEP en una tomografía axial de abdomen en 1986.⁰ Los hallazgos patognomónicos en una tomografía axial de abdomen son una imagen redondeada u oval bien definida con densidad de grasa de 1-4 cm encerrada por un anillo más denso (signo del anillo hiperdenso) con cambios inflamatorios a su alrededor, con menor frecuencia en el interior se observa un área densa, mal definida, redondeada (signo del punto central) que corresponde a los vasos centrales trombosados.^(5,6)

Una revisión estima que la frecuencia de la AEP es del 1,8 % con una incidencia de 8,8/millón/año.⁽⁷⁾ Generalmente los síntomas desaparecen en una semana, el tratamiento es conservador y se enfoca principalmente en el manejo del dolor. Los antibióticos no están indicados, excepto en casos raros en los cuales se forma un absceso.⁽⁸⁾

La cirugía es solo necesaria en casos recurrentes o complicaciones, tales como intususcepción u obstrucción intestinal las cuales son extremadamente raras.⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

La AEP debe ser parte del diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal en la sala de urgencias.⁽¹⁰⁾

Si bien la AEP es una causa infrecuente de dolor abdominal, consideramos que su conocimiento es relevante para evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementan de forma innecesaria la morbilidad como así el uso inadecuado de antibióticos y de recursos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lorente C, Hearne C, Taboada J. Recurrent epiploic appendagitis mimicking appendicitis and cholecystitis. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017[citado 18 agosto 2017];30(1):44-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5242110/>
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[citado 18 agosto 2017];31(3):235-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852085/>
3. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu H, Turkoz E, Ozcay N. Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature. Ann J Surg. 2010[citado 18 agosto 2017];199:453-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19520357>
4. Almuhanha A, Alghamdi Z, Alshammari E. Acute epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen and a diagnostic dilemma. J Fam Comm Med. 2016[citado 18 agosto 2017];23:48-50. Disponible en: <http://www.jfcmonline.com/article.asp?issn=2230-8229;year=2016;volume=23;issue=1;spage=48;epage=50;aulast=Almuhanha>
5. Han Q, Nair R, DiSantis D. The hyperattenuating ring sign of acute epiploic appendagitis. Abdom Radiol. 2016[citado 18 agosto 2017];41(7):1431-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27315096>
6. Dali N, Ali A, Marzouk I, Moussa M, Manamani A, Farhat L, et al. Acute epiploic appendagitis: Radiologic and clinical features of 12 patients. Int J Surg Case Rep. 2016[citado 18 agosto 2017];28:219-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065630/>
7. Kumar R, Bamfort R, Kumar D, Singh-Ranger G. Appendagitis following Diagnostic Laparoscopy and Laparoscopic Appendectomy. Case Rep Surg. 2016[citado 18 agosto 2017];2016:1-2. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2016/6973061/>
8. Kessler S, Martin G. Epiploic Appendagitis: A Benign Process at Risk of Unnecessary Hospitalización and Interventions. J Gen Intern Med. 2016[citado 18 agosto 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27995428>
9. Tachamo N, Timilsina B, Nazir A, Lohani S. Abdominal pain – learning when not to intervene!. J Community Hosp Internal Med Perspect. 2016[citado 18 agosto 2017];6(6):329-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5161783/>
10. Casey S, DiVito J, Lupow J, Gulani R. An Uncommon Case of Acute Abdominal Pain: Primary Epiploic Appendagitis in the Emergency Setting. EJBM. 2016[citado 18 agosto 2017];31(1&2). Disponible en: [https://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/Pulications/EJBM/Primary%20Epiploic%20Appendagitis%20in%20Emergency%20Setting\(2\).pdf](https://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/Pulications/EJBM/Primary%20Epiploic%20Appendagitis%20in%20Emergency%20Setting(2).pdf)