



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

[cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@prodigy.net.mx)

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

García-Marín, Andrés; Nofuentes-Riera, Carmen; Mella-Laborde, Mario; Pérez-López, Mercedes;
Pérez-Bru, Susana; Rubio-Cerdido, José María
Apendagitis epiploica, causa poco frecuente de dolor abdominal
Cirugía y Cirujanos, vol. 82, núm. 4, julio-agosto, 2014, pp. 389-394
Academia Mexicana de Cirugía, A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66231427005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Apendagitis epiploica, causa poco frecuente de dolor abdominal

RESUMEN

Antecedentes: la apendagitis epiploica es una causa poco frecuente de dolor abdominal cuyo conocimiento podría evitar errores diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico suele establecerse mediante ecografía o tomografía abdominal; el tratamiento es sintomático, con antiinflamatorios.

Objetivo: analizar los casos diagnosticados en nuestro centro.

Material y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de apendagitis epiploica durante 4 años (marzo 2009 a marzo 2013).

Resultados: se incluyeron 17 pacientes, 14 mujeres y 3 hombres, con una mediana de edad de 57 años. El periodo de latencia de los síntomas fue 72 horas. En 64.7% de los pacientes el dolor abdominal se localizó en el cuadrante inferior izquierdo y en 35.3% en el derecho. Laboratorio: leucocitos 6,300 (5,000-9,500), neutrófilos 61.6% (57-65.8), proteína C reactiva 1.5 (0.85-2.92). El diagnóstico se confirmó mediante ecografía o tomografía abdominal en 88.2%, e intraoperatorio en 11.8%.

Conclusiones: la apendagitis epiploica fue más frecuente en mujeres. La clínica fue dolor abdominal en los cuadrantes inferiores, más frecuente en el lado izquierdo, con resultados de laboratorio normales, excepto la elevación de la proteína C reactiva. En la mayoría de los casos el diagnóstico se estableció preoperatoriamente, gracias al uso de pruebas radiológicas que evitó las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Palabras clave: abdomen agudo, apéndice epiploico, torsión, apendagitis.

Andrés García-Marín
Carmen Nofuentes-Riera
Mario Mella-Laborde
Mercedes Pérez-López
Susana Pérez-Bru
José María Rubio-Cerdido

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario San Juan de Alicante, España.

Epiploic appendagitis: a rare cause of abdominal pain

ABSTRACT

Background: Epiploic appendagitis is an atypical cause of abdominal pain whose knowledge could avoid diagnostic or treatment errors. Diagnosis has been performed with abdominal ultrasound or tomography with the only treatment being nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Objective: To analyze patients diagnosed in our hospital.

Methods: We performed a 4-year retrospective and descriptive study (March 2009-March 2013) of patients diagnosed with epiploic appendagitis in our hospital.

Recibido: 5 de julio, 2013

Aceptado: 20 de marzo, 2014

Correspondencia:

Dr. Andrés García Marín
Av. Historiador Vicente Ramos 15, escalera 2, 7ºG
03540 Alicante, España
Tel. fijo: +34965938611
agmarin1980@gmail.com

Results: Seventeen patients were included, 14 females and three males with a median age of 57 years. Symptom delay was 72 h. Abdominal pains were located in the left lower quadrant in 64.7% and right lower quadrant in 35.3% of patients. Blood test demonstrated leukocytes 6,300 (5,000-9,500), neutrophils 61.6% (57-65.8), and C reactive protein 1.5 (0.85-2.92). Diagnosis was confirmed with abdominal ultrasound or tomography in 88.2% and intraoperatively in 11.8%.

Conclusions: Epiploic appendagitis was more frequent in women. Abdominal pain was located in the lower quadrant, more predominant in left than right. Blood tests were normal except for increased levels of C-reactive protein. Diagnosis was made mostly preoperatively due to imaging tests, avoiding unnecessary surgical intervention.

Key words: Acute abdomen, Appendix epiploica, Torsion, Appendagitis.

ANTECEDENTES

Los apéndices epiploicos son formaciones grasas, pediculadas, situadas en dos hileras, medial y lateral, en la superficie externa del colon, más frecuentemente en el colon derecho y sigma, y es rara su localización en el recto. Están vascularizados por dos arterias y una única vena larga, central y tortuosa. Tienen una longitud media de 3 cm (0.5-5 cm), un grosor de 1-2 cm, un número de 50-100, y se piensa que su función es defensiva.¹

La apendagitis epiploica es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo causada de forma primaria por la torsión o trombosis de su pedículo vascular, o secundaria a la inflamación de órganos adyacentes, cuyo conocimiento podría evitar errores diagnósticos o terapéuticos, porque con frecuencia suele confundirse con apendicitis, o diverticulitis aguda; es común que los pacientes se operan innecesariamente. Es una enfermedad poco diagnosticada, que suele contemplarse como parte del dolor abdominal inespecífico.² De Brito y su equipo, en un estudio radiológico mediante tomografía abdominopélvica de pacientes adultos con dolor abdominal

estimó una frecuencia de 1.3% e incidencia de 8.8 casos por cada millón de habitantes-año.³ De acuerdo con Ozdemir, la apendagitis epiploica se describió, desde el punto de vista anatómico, por Vesalio en 1543, aunque su implicación quirúrgica no lo fue sino hasta 1843 por Virchow, quien planteó que podrían ser el origen de cuerpos perdidos intraperitoneales. De acuerdo con Snigh y colaboradores el término apendagitis epiploica lo introdujo por primera vez Lynn en 1956, y sus características radiológicas las definió Danielson, en 1986.^{4,5}

Pueden aparecer a cualquier edad, aunque son más frecuentes en la cuarta y quinta décadas de la vida. Se han reportado casos entre 12 y 82 años, con un ligero predominio en hombres y en pacientes obesos, o con pérdida de peso reciente; y en ocasiones, luego de un esfuerzo físico brusco o poco habitual. El síntoma principal es el dolor, caracterizado por su inicio brusco, no migratorio, localizado a punta de dedo, principalmente en el cuadrante inferior izquierdo, seguido del derecho. Es poco frecuente en los cuadrantes superiores porque suele afectar, principalmente, al sigma, ciego y colon ascendente, rara vez en el colon transverso. En

ocasiones se acompaña de un tumor palpable, y es rara la aparición de vómitos, alteraciones del ritmo intestinal, fiebre o datos de irritación peritoneal. El periodo de latencia de los síntomas a la consulta en el servicio de Urgencias suele ser inferior a una semana. El reporte del laboratorio es común que muestre escasas alteraciones. La más frecuente es la elevación de los reactantes de fase aguda. El diagnóstico casi siempre se establece con base en los resultados de una prueba radiológica o ecográfica (tumor hiperecogénico ovoideo con halo hipoecogénico que lo rodea, no compresible con ausencia de flujo en su zona central en el modo doppler, localizado adyacente al colon), o tomografía (tumor hipodenso, con halo hiperdenso que, en ocasiones, se acompaña de un área central hiperdenso como reflejo de la trombosis de la vena central y, en ocasiones, en las fases tardías se observa una calcificación debida a la necrosis grasa).^{1,6-12}

El diagnóstico diferencial debería establecerse, principalmente, con: a) infarto omental: entidad poco frecuente debido a la gran cantidad de vasos colaterales del omento mayor. A diferencia de la apendagitis epiploica, también puede aparecer durante la infancia (15%). En la mayoría de los casos el dolor se localiza en los cuadrantes derechos, circunstancia que se relaciona con la mayor movilidad y longitud del omento mayor en este lado. Es raro en el lado izquierdo, y a nivel tomográfico la lesión es de mayor tamaño (en promedio mayor de 7 cm), localizada medialmente al ciego o colon ascendente e inferior al colon transverso con ausencia del anillo hiperdenso.^{9,13} b) Diverticulitis aguda, c) Apendicitis aguda, d) Mesenteritis esclerosante caracterizada por inflamación y fibrosis del tejido graso mesentérico que suele aparecer en la sexta y séptima décadas de la vida, con mayor frecuencia en varones. Se subdivide en paniculitis mesentérica (predominio de inflamación crónica), lipodistrofia mesentérica (predominio de necrosis grasa), y mesenteritis retráctil (predominio de fibrosis, que en ocasiones es indistinguible radiológica-

mente de una neoplasia). A nivel tomográfico se caracteriza por una lesión hipodensa, rodeada en la mitad de los casos de una pseudocápsula, situada alrededor de los vasos mesentéricos, sin desplazarlos.¹³ (Figura 1). e) Tumores primarios mesentéricos (liposarcoma, angiomiolipoma) o metastásicos con afectación del mesocolon.¹⁴ f) Adenitis mesentérica. g) Cuadros ginecológicos: hemorragia o torsión ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria.^{1,4,9,15,16}

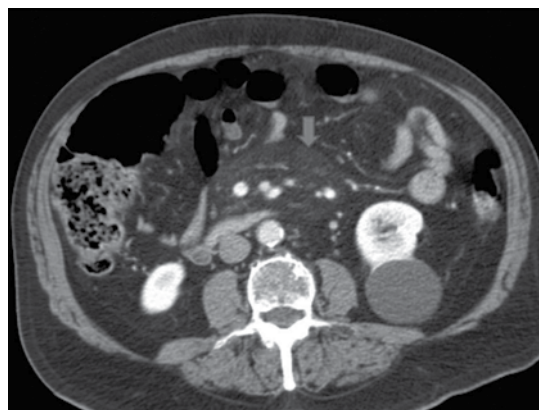


Figura 1. Tomografía abdominopélvica con: lesión ovalada que engloba a los vasos mesentéricos con una fina pseudocápsula compatible con paniculitis mesentérica.

De acuerdo con Ozdemir y colaboradores⁵ el tratamiento era la extirpación quirúrgica puesto que la mayoría de los casos se diagnosticaba durante el procedimiento quirúrgico, ante la sospecha de abdomen agudo. El tratamiento conservador lo propusieron por primera vez Epstein y Lempke en 1968, pero no lo publicaron sino hasta 1992. En la actualidad la mayoría de los casos se diagnostica con el auxilio de técnicas de imagen. El tratamiento se basa en el control sintomático con antiinflamatorios no esteroides con buena respuesta en 1-2 semanas. No es necesaria la prescripción de antibióticos porque se produce una necrosis grasa aséptica en la evolución, aunque los cambios radiológicos pueden

tardar en desaparecer, incluso seis meses.^{1,6-8,16} Algunos autores han reportado una tasa de recurrencia o persistencia del dolor incluso hasta en 40% de los casos, por lo que recomiendan la exéresis quirúrgica al diagnóstico, para evitar complicaciones.¹⁷

Las complicaciones descritas asociadas con la apendagitis epiploica son: oclusión intestinal de tipo adherencial, abscesificación, y simulación de una masa tumoral.⁵ El objetivo de este estudio es: analizar los casos diagnosticados de apendagitis epiploica en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario de San Juan de Alicante, España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, de una serie de pacientes con diagnóstico de apendagitis epiploica en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario San Juan de Alicante, España, en un periodo de 4 años (15 de marzo de 2009 a 25 de marzo de 2013), con una población adscrita de 240,000 habitantes.

La estadística descriptiva se realizó con frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas y mediana, y rango (valor mínimo-máximo) para las cuantitativas.

RESULTADOS

De los 17 casos encontrados, 14 eran mujeres (82.4%) y 3 varones (17.6%) con mediana de edad de 57 años (12-80) con 35.3% (n= 6) con alguna enfermedad; la más frecuente fue la hipertensión arterial (29.4%, n= 5), la incidencia fue de 1.8 casos por cada 100,000 habitantes-año.

El tiempo de evolución de los síntomas fue 72 horas (33-92 h). La toma de constantes vitales al ingreso: temperatura 36.6 °C (36.1-36.9), frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto (78-91),

tensión arterial sistólica 133 mmHg (120-139), y diastólica 72 mmHg (65-75). El dolor abdominal se localizó en el cuadrante inferior izquierdo en 64.7% (n= 11), y derecho en 35.3% (n= 6). Los resultados del laboratorio se muestran en el Cuadro 1.

A todos los pacientes se les realizó una prueba radiológica, tomografía abdomino pélvica en 70.6% (n= 12), ecografía abdominopélvica en 11.8% (n= 2) y ambas en 17.6% (n= 3), el diagnóstico se confirmó en 88.2% (n= 15) (Figura 2). En dos casos se realizó intraoperatoriamente, en uno con una sospecha clínica, y en otro clínica y radiológica de apendicitis aguda. De los 15 pacientes no operados, 80% (n= 12) se hospitalizaron para control del dolor con una estancia de 3.7 días (2.5-4.4). Hubo un caso de recidiva al cabo de 32 meses que se trató en forma conservadora y no se le propuso exéresis quirúrgica.

DISCUSIÓN

La apendagitis epiploica fue una causa poco frecuente de dolor abdominal, con un promedio de 4 casos anuales en nuestra serie, si bien es probable que se trate de un padecimiento poco diagnosticado se debe al uso selectivo, y no sistemático de las pruebas de imagen que hacen que muchos pacientes queden etiquetados con dolor abdominal inespecífico.²

Puede sobrevenir a cualquier edad, pero es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida, con un ligero predominio en el sexo masculino, mientras que en nuestra serie, aunque la edad fue similar, hubo un claro predominio por el sexo femenino.^{1,5,6}

El diagnóstico se estableció por la sospecha clínica basada en el dolor abdominal, generalmente de duración inferior a una semana, localizado en los cuadrantes inferiores, sobre todo el izquierdo, asociado con constantes vitales y resultados de

Cuadro 1. Resultados del laboratorio.

Parámetro	Valores referencia	Mediana (mínimo-máximo)
Hemoglobina (gr/dl)	13.5-17.2	13.5 (13.1-14.1)
Hematocrito (%)	40-51	40.2 (38.5-41.8)
Leucocitos / mm ³	3,500-12,000	6300 (5000-9500)
Neutrófilos (%)	0-80	61.6 (57-65.8)
Plaquetas / mm ³	140,000-500,000	218,000 (175,000-251,000)
Urea (mg/dl)	10-50	26 (17-34)
Creatinina (mg/dl)	0.7-1.2	0.8 (0.7-0.9)
Bilirrubina (mg/dl)	0-1.2	0.5 (0.4-0.6)
Proteína C reactiva (mg/dl)	0-0.5	1.5 (0.85-2.92)

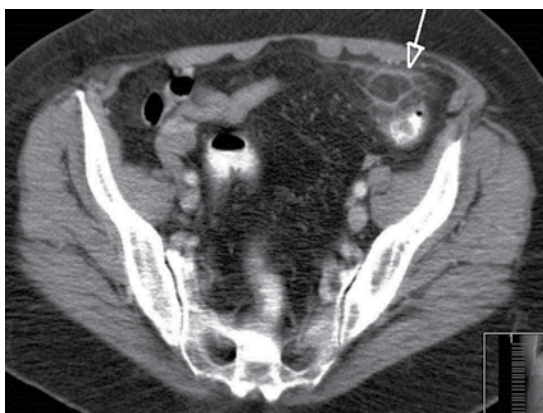


Figura 2. Tomografía abdominopélvica con: lesión ovalada hipodensa con halo periférico hiperdenso compatible con apendagitis epiploica.

laboratorio normales (salvo la elevación de la proteína C reactiva) y se confirmó mediante una prueba radiológica, principalmente tomografía abdominal. El diagnóstico preoperatorio permitió el tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, con una alta tasa de ingreso hospitalario, a diferencia de la mayor parte de las series, en las que el tratamiento es ambulatorio. Los autores creemos que se debe a la no aceptación de éste por los pacientes y por el equipo quirúrgico de guardia debido a la poca experiencia acumulada.^{2,16} Hubo dos errores diagnósticos relacionados con la sospecha clínica y radio-

lógica de apendicitis aguda y el diagnóstico se estableció intraoperatoriamente. Ozdemir⁵ y Freitas y sus colaboradores¹⁷ recomiendan la extirpación del apéndice epiploico torsionado en el momento del diagnóstico debido a la posible recidiva, persistencia de los síntomas o complicaciones; sin embargo, nosotros no podemos apoyarlo debido a nuestros resultados con una tasa de recidiva de 5.9% (n= 1) y ausencia de complicaciones.

CONCLUSIONES

La apendagitis epiploica en el Hospital Universitario San Juan de Alicante fue más frecuente en mujeres con una mediana de edad de 57 años. El cuadro clínico típico fue: dolor abdominal en los cuadrantes inferiores, más frecuente en el lado izquierdo, asociado con constantes y resultados de estudios de laboratorio de sangre normales, excepto la elevación de la proteína C reactiva. En la mayoría de los casos el diagnóstico se estableció antes de la intervención quirúrgica, gracias a las pruebas radiológicas que permiten el tratamiento conservador.

REFERENCIAS

- 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. Martínez-Serrano MA, Poves I, Dorcaratto D, Burdío F, Grande L. Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico. *Cir Esp* 2011;89:194-196.
3. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. *J Radiol* 2008;89(2):235-243.
4. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute Epiploicappendagitis and Its Mimics. *RadioGraphics* 2005;25(6):1521-1534.
5. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu HY, Turkoz E, Ozcay N, et al. Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature. *Am J Surg* 2010;199(4):453-458.
6. Choi YU, Choi PW, Park YH, Kim JI, Heo TG, Park JH, et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol* 2011;27(3):114-121.
7. Chen JH, Wu CC, Wu PH. Epiploic appendagitis: an uncommon and easily misdiagnosed disease. *J Dig Dis* 2011;12(6):448-452.
8. Hasbahceci M, Erol C, Seker M. Epiploic appendagitis: is there need for surgery to confirm diagnosis in spite of clinical and radiological findings? *World J Surg* 2012;36(2):441-446.
9. Almedia AT, Melão L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians. Diagnostic imaging, pitfalls and look-alikes. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193(5):1243-1251.
10. Ng KS, Tan AG, Chen KK, Wong SK, Tan HM. CT features of primary epiploic appendagitis. *Eur J Radiol* 2006;59(2):284-288.
11. Sánchez-Pérez MA, Luque-de León E, Muñoz-Juárez M, Moreno-Paquentin, E, Cordera-González de Cosío F, Guerrero-Hernández M, et al. Acute epiploic appendagitis. Report of three cases. *Rev Gastroenterol Mex* 2010;75(2):195-198.
12. Apakama CT, Zelada-Getty JL, Stolyarov Y, Ponnappalli S. Epiploic appendagitis: a rare, often missed diagnosis. *Am Surg* 2011;77(5):653-655.
13. Aguilar-García JJ, Alcaide-León P, Vargas-Serrano B. Necrosis grasa intraabdominal. *Radiología* 2012;54:449-456.
14. Jeanmonod P, Sperling J, Seidel R, Richter S, Kollmar O, Schulz J. Torquated giant appendix epiploica mimicking intraperitoneal liposarcoma: report of a case. *Int Surg* 2011;96(2):117-119.
15. Quaas AM, Mueller PR, Kickham JM. Epiploic appendagitis mimicking pelvic inflammatory disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;140(1):134-135.
16. Benítez-Roldán A, Castro-Márquez C, Pellicer-Bautista FG, Herrerías-Gutiérrez JM. Appendagitis: unusual cause of abdominal pain. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101(7):507-508.
17. Freitas GP, Borges A, Mendonça R, Ribeiro C, Chindamo MC. Epiploic appendagitis: clinical and radiological aspects. *Arq Gastroenterol* 2008;45(2):163-165.