



## Nota Clínica

# Apendicitis epiploica como causa de dolor agudo en fosa ilíaca izquierda: a propósito de un caso

F. Agustín Cembellín, P. Pardo Rojas\*, P. Fernández Souto\*\*

\*SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. \*\*SERVICIO DE CIRUGÍA. CHOU-OURENSE.

### RESUMEN

La apendicitis epiploica es una enfermedad que se produce por torsión o trombosis venosa espontánea de la vena de drenaje del apéndice epiploico. La sintomatología es inespecífica, aunque suelen comenzar con dolor abdominal focal y brusco en ausencia de otros hallazgos clínicos. Históricamente el diagnóstico se hacía por laparotomía ante la sospecha de diverticulitis o apendicitis. En la actualidad el diagnóstico se basa fundamentalmente en los hallazgos encontrados en la tomografía computarizada (TC).

**Palabras clave:** *Apendicitis epiploica. Dolor agudo.*

### ABSTRACT

#### **Epiploic appendicitis as cause of right iliac fossa pain: report of a case**

Epiploic appendicitis is a condition arising through spontaneous torsion or venous thrombosis of the draining vein of the epiploic appendix. The symptoms are non-specific, though the patient usually presents with sudden, focalised abdominal pain with no other clinical findings. Historically, the diagnosis was established at laparotomy performed because of suspected diverticulitis or appendicitis. At present the diagnosis is based on the computerised tomography (CT) scan findings.

**Key Words:** *Epiploic appendicitis. Acute pain.*

### INTRODUCCIÓN

En 1543 Vesalius describe por primera vez los apéndices epiploicos (AE) seguido por Littre en 1703 que encontró un apéndice epiploico como un cuerpo extraño libre en la cavidad peritoneal de un cadáver<sup>1</sup>.

El término de apendicitis epiploica fue acuñado por primera vez por Lynn et al. en 1956<sup>2</sup>. Es una enfermedad aguda causada por infarto de los apéndices grasos adheridos al colon. Clínicamente se confunde con diverticulitis y apendicitis aguda. Menos del 8% de los pacientes examinados por sospecha de apendicitis o diverticulitis tienen una apendicitis epiploica.

En la actualidad el diagnóstico suele ser preoperatorio, ya que cada vez con más frecuencia se utiliza la TC para el estudio del dolor abdominal.

Presentamos un caso aquejado de dolor intenso en fosa ilíaca izquierda (FII) sin otra sintomatología asociada.

### CASO CLÍNICO

Varón de 59 años, que acudió a urgencias por presentar dolor en FII de dos días de evolución que ha aumentado últimamente; a veces desaparecía, pero siempre volvía a aparecer en el mismo sitio. No tenía náuseas, vómitos, alteraciones del hábito intestinal ni síndrome miccional.

La T.A. fue de 150/90. Tª 36,6°. El paciente tenía buena coloración de piel y mucosas. La auscultación cardíaca era rítmica. El abdomen era blando, doloroso a punta de dedo en FII con Blumberg y Murphy ausentes; ruidos conservados y puño percusión renal negativa.

**Correspondencia:** Feliciano Agustín Cembellín  
CHOU-Ourense  
Servicio de Radiodiagnóstico  
C/Ramón Puga, s/n. 32005 Ourense

Fecha de recepción: 28-4-2006  
Fecha de aceptación: 7-12-2006

El recuento leucocitario era de 8.500 por mm<sup>3</sup> con un porcentaje de neutrófilos del 66,7%. El estudio bioquímico y de orina así como la radiografía de tórax y de abdomen fueron normales.

En la ecografía y coincidiendo con el punto más doloroso se identificaba un área más hiperecogénica; ante la sospecha de infarto omental o apendicitis epiploica se completó con una TC abdominal que objetivó una masa oval de predominio graso compatible con apendicitis epiploica (Fig. 1).

El paciente ingresó en observación tres días; como único tratamiento se administró una dosis única i.m. de diclofenaco experimentando gran mejoría al día siguiente y desapareciendo la clínica a los dos días.

## DISCUSIÓN

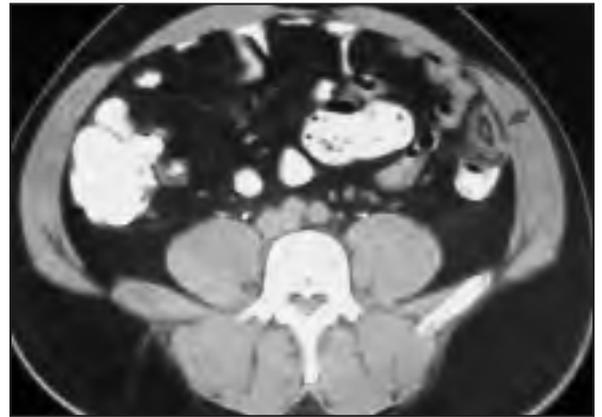
Los AE son bolsillos peritoneales que dependen de la superficie serosa del colon, contienen grasa y vasos. Se han descrito en un número aproximado de 50 a 100 y se disponen en dos filas longitudinales, que se extienden desde el ciego a la unión rectosigmoidea. No se encuentran cerca del recto<sup>3,5</sup>. Sólo son visibles en la TC cuando están inflamados y/o rodeados de líquido<sup>5</sup>.

La torsión del AE con el resultado de oclusión vascular que produce isquemia ha sido considerada la causa de la apendicitis epiploica aguda<sup>3,5</sup>. Debido a que el aporte vascular es limitado junto con su forma pedunculada y la excesiva movilidad facilitan la torsión del AE y la consecuente isquemia o infarto hemorrágico. El colon sigmoide es la localización más frecuente seguida del ciego<sup>3</sup>.

Se ha descrito asociado con obesidad, hernias y la práctica de ejercicio intenso<sup>5</sup>.

La mayoría tienen dolor abdominal localizado más frecuente en el lado izquierdo y se confunde con diverticulitis. No suelen tener fiebre y tienen una fórmula leucocitaria normal<sup>4,6</sup>. Predomina en varones entre la cuarta y quinta década. En nuestro caso eran un hombre de 59 años que comenzó con dolor busco en FII sin otros hallazgos clínicos. Algunos pueden tener febrícula, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento; sólo un 25% tienen signo del rebote. Debido a la pobreza de signos y síntomas específicos, el diagnóstico de apendicitis epiploica deberá considerarse siempre ante un paciente con dolor abdominal inferior sin manifestaciones sistémicas<sup>3</sup>.

En 1986 se mostró por primera vez la apariencia por TC de la apendicitis epiploica. Recientemente algunos autores han descrito su apariencia en la TC como patognómica<sup>2,7</sup>. Los hallazgos consisten en una masa ovalada de densidad grasa de



**Figura 1. TAC abdominal con contraste oral. Imagen de apendicitis epiploica en fosa iliaca izquierda (flecha).**

2-3 cm con cambios inflamatorios alrededor, y que depende de la pared anterior del colon. A veces se ve un centro hiperdenso que representa histológicamente el apéndice torsionado<sup>3,5,6,8</sup>.

El diagnóstico diferencial por TC se debe hacer con la diverticulitis que aparece como un engrosamiento parietal segmentario e hiperemia del colon con cambios inflamatorios en la grasa pericólica; la clave para diferenciarlo es ver los divertículos inflamados en el segmento afectado<sup>3</sup>. La localización de la apendicitis epiploica es siempre anterior a la pared del colon, esto es útil para establecer el diagnóstico. También se debe diferenciar del infarto omental, éste es de mayor tamaño y no tiene el anillo bien definido correspondiente al engrosamiento del peritoneo visceral<sup>6</sup>. Suele ser más frecuente en el cuadrante abdominal derecho y hay que diferenciarlo de la apendicitis y la colecistitis.

Por ecografía se presenta como una masa ecogénica, no compresible redonda u oval que coincide con el punto de máximo dolor<sup>6,8</sup>.

En resonancia magnética se comportan como lesiones focales con señal grasa que se realzan en anillo<sup>5</sup>.

La confirmación patológica es infrecuente ya que su manejo es conservador, por tanto el diagnóstico está basado fundamentalmente en los hallazgos por TC<sup>4</sup>.

Históricamente la terapia era la escisión, ligazón y posiblemente inversión seromuscular, por que se descubrían durante la cirugía por sospecha de patología abdominal<sup>2</sup>. Actualmente el tratamiento es conservador, con antiinflamatorios no esteroideos por vía oral; los antibióticos no están indicados de rutina<sup>5</sup>. Es un proceso autolimitado y la mayoría se recuperan con tratamiento conservador y en menos de 10 días. Por el contrario un error diagnóstico puede generar hospitalización, antibioterapia, pruebas de laboratorio y restricciones dietéticas innecesarias<sup>5,7</sup>.



## BIBLIOGRAFÍA

---

- 1- Carmichael DH, Organ CH. Epiploic disorders. Conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985;120:1167-72.
- 2- Boulanger BR, Barnes S, Bernard AC. Epiploic appendagitis: an emerging diagnosis for general surgeons. *Am Surg* 2002;68:1022-5.
- 3- Son HJ, Lee SJ, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:435-8.
- 4- Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. *AJR* 2004;183:1303-7.
- 5- Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005;25:1521-34.
- 6- Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997;204:713-7.
- 7- Rao PM, Rhea JT, Wittenberg J, Warshaw AL. Misdiagnosis of primary epiploic appendagitis. *Am J Surg* 1998;176:81-5.
- 8- 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.