



Apéndice eiploico torcido y embarazo presentación de un caso

Twisted eiploic appendix and pregnancy, a case report

Sandra Navia Calvetty¹, Brenda Liz Villarroel Chalar²

Resumen

La gestación incluye varios cambio fisiológicos, anatómicos, hormonales por lo que patologías como un abdomen agudo es complicado saber el órgano afectado. se presenta un caso clínico de una paciente de 43 años atendida en el Hospital Obrero N2, con una gestación de 33 semanas por ecografía de segundo trimestre quien refiere un dolor abdominal intermitente, opresivo a nivel de fosa iliaca derecha, por lo que se sospecha a un inicio por el servicio de cirugía de apendicitis aguda por clínica debido a que laboratorialmente y signos clínicos paciente no presenta características del cuadro. Se ingresa a una laparotomía exploradora debido a que paciente continua con dolor agudo que no cesa a analgésicos y se encuentra un apéndice eiploico torcido localizado en fosa iliaca derecha de aspecto necrosado y un apéndice cecal sin alteraciones. Hace que la exploración física durante el embarazo sea más difícil y confusa.

Palabras claves: embarazo, eiploón torcido, abdomen agudo, apendagitis

Abstract

A Pregnancy includes several physiological, anatomical, and hormonal changes, so in pathologies such as an acute abdomen, it is difficult to know the affected organ. A clinical case is presented of a 43-year-old patient treated at the Hospital Obrero N2, with a gestation of 33 weeks by second trimester ultrasound, who reports intermittent, oppressive abdominal pain at the level of the right fosa iliaca, for which a initiation by the acute appendicitis surgery service due to clinical signs because the patient does not present the characteristics of the condition in terms of laboratory and clinical signs. An exploratory laparotomy was performed because the patient continued to have acute pain that did not stop with analgesics and a twisted eiploic appendix was found located in the right iliac fossa with a necrotic appearance and a cecal appendix without alterations. makes the physical examination during pregnancy more difficult and confusing.

Keywords: pregnancy, twisted omentum, acute abdomen, appendagitis.

Recibido el
02 de octubre de 2024

Aceptado

10 de abril de 2025

¹Ginecólogo obstetra de planta Hospital
Obrero N², Cochabamba, Bolivia.

<https://orcid.org/0009-0002-7228-9387>

²Residente de segundo año de ginecología
obstetricia Hospital Obrero N²,
Cochabamba, Bolivia.

<https://orcid.org/0009-0001-5494-0327>
brendalizvillarroel@gmail.com

*Correspondencia:

Sandra Navia Calvetty

Correo electrónico:

snaviac.33@gmail.com

DOI:

<https://doi.org/10.47993/gmb.v48i1.958>

La apendicitis eiploica también llamada apendagitis, es un infarto isquémico de un apéndice eiploico causado por torsión o trombosis espontánea de la vena de drenaje central del apéndice eiploico. Su prevalencia aumenta a los 40 años, siendo cuatro veces mayor en varones¹.

Se da en cualquier segmento del colon, con mayor frecuencia en el colon transverso y sigmoide por tener apéndices eiploicos en mayor abundancia y tamaño, llegando a medir hasta 15 cm².

La obesidad, el aumento del tejido adiposo abdominal, ejercicio extenuante, sedentarismo y hernias, pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de apendagitis eiploica³.

Las condiciones para una torsión del apéndice eiploico son: en primer lugar debe haber un segmento redundante móvil y como segunda condición un punto fijo alrededor del cual pueda torcerse⁴.

El cuadro clínico se caracteriza por ser de inicio agudo, caracterizado por un dolor abdominal bajo, constante, sordo, no se irradia y se localiza frecuentemente en el abdomen izquierdo en el 60 a 80 %⁵.

Por no presentar datos patognomónicos característicos, su diagnóstico clínico se torna difícil, la mayoría de las veces se realiza en el transquirúrgico, siendo el estudio histopatológico el gold estándar reportando signos de inflamación e infarto hemorrágico, necrosis grasa y exudado fibrino leucocitario⁶.

Se considera una patología benigna, en ocasiones presenta resolución espontánea sin intervención quirúrgica entre los 3 y 14 días, con tratamiento conservador con la utilización de antiinflamatorios u opiáceos durante 1 semana, con lo que se logra su calcificación y desprendimiento, quedando libres como cuerpo extraño rodeados de adherencias omentales y las asas intestinales, siendo encontrados simplemente como hallazgos transquirúrgico en cirugías posteriores⁷.

Se reserva el tratamiento quirúrgico para pacientes cuyos síntomas no mejoran con el tratamiento conservador, aquellos con síntomas nuevos o que empeoran (p. ej., fiebre alta, dolor progresivo, náuseas, vómitos o incapacidad para tolerar una dieta oral) o complicaciones (p. ej., intususcepción, obstrucción intestinal y absceso)⁷.

En conclusión, la apendicitis eiploica o apendagitis se considera una causa frecuente de abdomen agudo no quirúrgico,

de no recordar esta enfermedad su diagnóstico se torna difícil y mucho más en el embarazo, pudiendo orillar a laparotomías exploradoras o laparoscopías innecesarias, por lo tanto frente a un cuadro de dolor agudo, localizado, sin irradiación, en paciente afebril cuyo laboratorio no muestre nada relevante siempre debe tomarse esta patología como diagnóstico diferencial. No tenemos datos informativos de esta patología en el embarazo por lo que hace importante su conocimiento en nuestra población.

Presentación del caso

Paciente F.M.M. 43 años acude al Hospital Obrero N°2 álgida con 33 semanas de gestación por ecografía de 2do trimestre, caminando con dificultad, refiriendo dolor abdominal muy intenso, continuo, 10/10, opresivo, que no cede a analgésicos desde hace 2 horas, a predominio de fosa iliaca derecha, flujo vaginal blanquecino, percibe movimientos fetales normales.

No refiere antecedentes patológicos, antecedentes gineco obstétricos: G3 P1 C1 A1, fecha de último periodo menstrual: 09/09/23. Examen físico general, en regular estado general, tranquila, consciente, orientado, afebril, Glasgow 15/15.

Signos vitales:

- Frecuencia cardíaca: 83 lpm,
- Presión arterial: 124/76 mmHg,
- SatO₂: 95%, temperatura: 36.4°C
- Abdomen: globoso a expensas de útero grávido
- fondo uterino: 32cm, producto único en situación longitudinal, dorso izquierdo, presentación cefálica.
- Frecuencia cardíaca fetal: 142 lpm,
- Dinámica uterina: NEGATIVA,
- movimientos fetales: (+), tono uterino normal, muy doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, sin irradiación, puño percusión negativa.

Genitales externos de aspecto normal, al tacto vaginal cérvix posterior, reblandecido, dehiscente a pulpejo de dedo, polo de presentación alto, pelvis ginecoide.

Monitorización cardiofetal reactiva. Hemograma y química sanguínea dentro de parámetros normales, Examen general de orina no infeccioso. Serologías negativas. Perfil renal normal.

Ecografía obstétrica: embarazo de 34 semanas, con feto único, situación longitudinal, posición dorso izquierdo, presentación cefálica, movimientos fetales presentes, actividad cardíaca presente, placenta anterior no previa, grado I, líquido amniótico normal, peso estimado fetal 2183 gramos, longitud cervical 27 mm sin embudo.

Ecografía abdominal: Evaluación ecográfica de abdomen dificultosa por la condición clínica de la paciente, no tolera decúbito supino, se sugiere estrecha correlación clínico - laboratorio.

Se decide hospitalización, con los diagnósticos de: Embarazo de 33 semanas por FUM, Amenaza de parto pretérmino, Cólico renoureteral?, Vaginitis. Se instaura tratamiento específico con antiespasmódicos, analgésicos, a la espera de completar exámenes complementarios.

Durante la hospitalización, paciente continúa con el dolor intenso a nivel de fosa iliaca derecha continuo, no irradiado, tipo opresivo, el cual disminuye a la sedestación, empeora a la posición supina y no responde a analgésicos, no presenta dinámica uterina.

Se solicita valoración por cirugía quienes por cuadro clínico agudo de paciente plantea diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico vs apendicitis aguda. Ingresa a quirófano para laparotomía exploradora, previo consentimiento informado tanto de la cirugía, como del riesgo obstétrico y perinatal que empeora por la prematurez del producto al momento.

En el transquirúrgico, se evidencia torsión segmentaria de epiplón mayor de +/- 3 x 3 cm localizada a nivel de fosa iliaca derecha, de aspecto negruzco, claramente necrosado. Se procede a la excéresis del mismo sin complicación. Apéndice cecal de características normales. Útero grávido con movimientos fetales presentes, se ausculta Frecuencia cardíaca fetal al culminar la cirugía el cual es de 148 lpm (Figura1-2).

Paciente recibe analgésicos más antibióticos endovenosos. Posterior a la cirugía se realiza hemograma de control el cual sigue dentro de parámetros normales, ecografía obstétrica que reporta biometría fetal vigente, cérvix de 27 mm sin embudo.

Evoluciona favorablemente, externada al tercer día postquirúrgico.

El reporte de histopatología indica: tejido compatible con fragmentos de tejido adiposo con necrosis grasa, hemorragia y congestión vinculable a apéndice epiplóico con signos de torsión. No se evidencia elementos histológicos sugerentes a malignidad en las muestras remitidas.

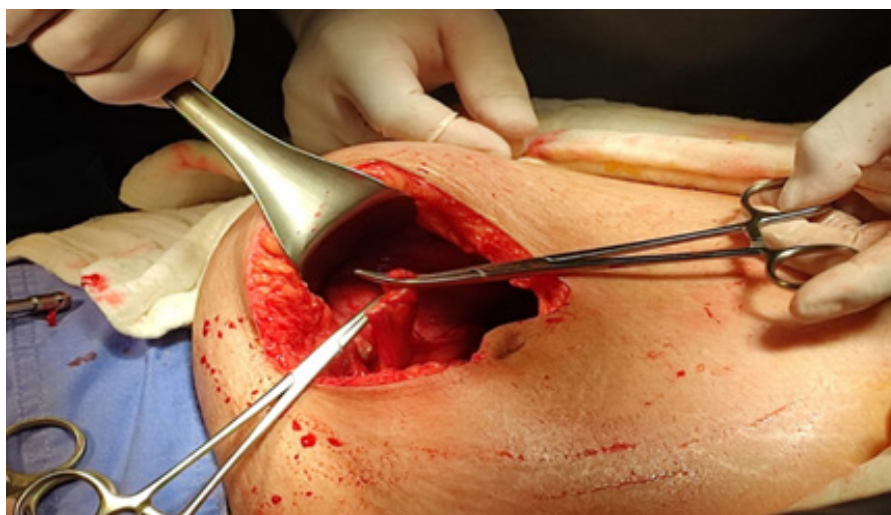


Figura 1: Pedículo de epiplón torsionado posterior a su excéresis

Fuente: elaboración propia

Posterior a 5 semanas de la intervención, con embarazo de 39 semanas y 3 días, cesárea previa, edad materna de riesgo, fase latente de trabajo de parto y paridad satisfecha, paciente ingresa al servicio para culminación del embarazo

En los hallazgos de la cesárea se identifica pared abdominal en proceso de cicatrización con fibrosis, friable, segmento uterino formado muy adelgazado, se obtiene producto de sexo femenino, por polo cefálico, peso 3340 gramos, talla 50 cm, APGAR 8/9, con llanto inmediato. Sin otra novedad. Binomio madre niño con evolución favorable.

Conclusión

Si bien la apendagitis aguda es una patología con baja frecuencia de presentación, debe estar siempre como diagnóstico diferencial ante cuadros de dolor agudo, localizado, sin irradiación, afebril, con laboratorios dentro de parámetros normales y que este puede ceder dentro de 2 semanas en algunos pacientes con analgésicos (pacientes no gestantes). Aunque un gran número no representa un abdomen agudo quirúrgico, el embarazo mismo puede empeorar el pronóstico tanto de la patología principal como de la gestación misma, por lo que debe ser diagnosticado de manera adecuada y oportuna. Es importante tener en cuenta que esta patología rara vez puede pasar desapercibida en pacientes no gestantes, aunque no hay una literatura definida a cerca de ello. En nuestra institución es el primer caso reportado, por lo que vale la pena su documentación como aporte bibliográfico y estadístico para subsiguientes casos.



Figura 2: Epiplón torsionado, evidenciándose los signos de necrosis

Fuente: elaboración propia

Referencias bibliográficas

1. Gelrud A, Cárdenas A. Epiploic appendagitis. UpToDate [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/epiploic-appendagitis>
2. Sayago Castro D. Torsión de un apéndice epiploico. Reporte de 2 casos: características ecográficas y tomográficas. *Acta Med Costarric*. 2002 Mar;44(1):[cited 2024 Sep 16]. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000100007
3. Solórzano-Morales SA, Castillo-Rodríguez SA. Apendicitis epiploica: causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex*. 2016 Mar-Apr;37(2):[cited 2024 Sep 16]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000200088
4. Monzón Rodríguez M, Hernández Cabrera Y, Sed Pérez A. Apendicitis epiploica en una embarazada. Presentación de un caso. *Medisur*. 2017 May-Jun;15(3):[cited 2024 Sep 16]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300016
5. Villegas JD, Risco Cortés RJ, et al. Abdomen agudo secundario a torsión primaria de epiplón en el embarazo de término. Reporte de un caso. *Rev Hosp Juárez Mex*. 2008;75(2):130–2. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju082j.pdf>
6. Teijo Núñez C, Raimunde Seoane E, Álvarez Álvarez S, Olcoz Goñi JL. Epiploitis aguda: una causa inusual de abdomen agudo médico. *An Med Interna (Madrid)*. 2006 Oct;23(10):[cited 2024 Sep 16]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001000014
7. Martínez-Serrano MA, Poves I, et al. Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico. *Cir Esp*. 2011 Mar;89(3):194–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-apendicitis-epiploica-primaria-una-causa-S0009739X10001715>