



# CASOS CLÍNICOS

## APENDAGITIS AGUDA EPIPLOICA; UN NUEVO RETO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO DE EMERGENCIAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

### APENDAGITIS ACUTE OMENTAL: A NEW CHALLENGING DIAGNOSIS FOR EMERGENCY SURGEON: PRESENTATION OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

\* Dr. Mauricio Vicente Aguila Gómez, \*\*Dra. Mariella Higorre Escalante, \*\*\*Dra. Lucia Blanco Autilio

RECIBIDO: 28/08/2017  
APROBADO: 02/05/2018

#### RESUMEN

El objetivo del presente artículo es exponer un caso de “apendagitis aguda epiploica”, observado en el Hospital Municipal Los Pinos de La Paz Bolivia, en un paciente masculino de 30 años diagnosticado inicialmente por abdomen agudo quirúrgico, que durante el transoperatorio se identificó una masa en cara anterior de colon sigmoideas, cuyo estudio histopatológico dio el diagnóstico final de apéndice epiploicos complicados.

La apendagitis aguda epiploica primaria, es una entidad inespecífica poco frecuente y por ende poco conocida, a pesar de ser causal de dolor abdominal, que lleva frecuentemente a los pacientes que la padecen a consultar a los servicios de emergencia imitando un abdomen agudo quirúrgico; conllevando en ocasiones a procedimientos laparoscópicos o laparotómicos innecesarios.

Además se enfocara no solo los aspectos etiológicos y predisponentes, sino medios diagnósticos estandarizados, que implica tomar en cuenta en esta patología una vez diagnosticada, para poder enfocar el tratamiento más adecuado según los hallazgos y el estado del paciente.

**Palabras claves:** apendagitis, apéndice epiploico, dolor abdominal

\* Cirujano General - Laparoscopista Hospital Municipal Los Pinos. Jefe de Enseñanza e Investigación. Docente Asistencial Internado Rotatorio en Cirugía General

\*\* Médico de Emergencias Hospital Municipal Los Pinos. Docente Asistencial Internado Rotatorio en Emergencias. Responsable de Seguros Médicos en Salud

\*\*\* Cirujano General - Laparoscopista Hospital Municipal Los Pinos. Docente Asistencial Internado Rotatorio en Cirugía General

**CENTRO DONDE SE REALIZO EL TRABAJO DE INVESTIGACION:**

**SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

**HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS, SEGUNDO NIVEL LA PAZ - BOLIVIA**

**Responsable:** Dr. Mauricio V. Aguila Gómez

E-mail: b\_realcb4@hotmail.com · Celular: 718-57376

**ABSTRACT**

*the aim of this article is to expose a case of “acute apendagitis omental”, observed in the Hospital Municipal Los Pinos of La Paz Bolivia, in a male of 30 years patient initially diagnosed as acute surgical abdomen, who during the surgery identified a mass in front of sigmoid colon, whose histopathological study gave the end of appendices omental complicated diagnosis.*

*The acute apendagitis primary omental is a rare non-specific entity and therefore little known, despite being causative of abdominal pain, which often takes patients who suffer from it to consult with the emergency services imitating a surgical acute abdomen; leads occasionally to procedures laparoscopic or unnecessary laparotomies. In addition, focuses not only the predisposing and etiological aspects, but standardized diagnostic means, which implies taking into account in this disease diagnosed once, to be able to focus the treatment according to the findings and the patient’s condition.*

**Key words:** *apendagitis, Appendix omental, abdominal pain*

**INTRODUCCIÓN**

Los apéndices epiploicos constituyen pequeñas estructuras de tejido adiposo subseroso, pediculadas, evaginadas del peritoneo visceral. Nacen desde la superficie serosa externa del colon adyacente a la tenia coli, situadas en dos hileras, medial y lateral. Se extienden desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea, vascularizados por dos arterias y una vena larga, central y tortuosa a través de un pedículo estrecho. Tienen longitud media de 3 cm (0.5-5 cm), un grosor de 1-2 cm, y un número de 50-150, siendo más numerosos y de mayor volumen los localizados en colon descendente y sigmoides. Se desconoce su función exacta, pero postulan varias teorías, entre ellas: servir de apoyo a las paredes del colon durante la peristalsis; reservorio de sangre cuando el colon y sus vasos intramurales están contraídos; depósito energético y como epiplón frente a procesos inflamatorios.<sup>(1)</sup>

El dolor abdominal agudo es uno de los cuadros urgentes de mayor desafío diagnóstico; existen entidades de rara aparición como son los procesos inflamatorios originados en el tejido adiposo intraabdominal, los cuales son varios. Uno de ellos es la “**Apendagitis Epiploica o Apendagitis Aguda**”, es un proceso inflamatorio que afecta a los apéndices epiploicos, es una causa poco frecuente de dolor abdominal

agudo recientemente reconocida, que puede simular un cuadro de resolución quirúrgica, rara vez se sospecha clínicamente, por tanto no se lo busca de manera dirigida, es poco diagnosticado y su detección solo se hace en el acto quirúrgico.<sup>(2)</sup>

El término apendagitis deriva del inglés “*appendage*”, que en español se podría traducir como colgadura. 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, que hasta entonces el diagnóstico era netamente quirúrgico.

Su prevalencia es desconocida, pero puede aparecer a cualquier edad, más frecuente en la 4ta y 5ta décadas de la vida (70-85%). Se han reportado casos entre 12 y 82 años, presente en ambos géneros, con ligero predominio en hombres. Para su presentación se han considerado diferentes factores de riesgo, entre ellos esta: la obesidad, pérdida de peso reciente, actividad física intensa, esfuerzo físico brusco poco habitual y comidas copiosas.<sup>(3)</sup>

Dentro la etiología se describen dos tipos: a) Apendagitis primaria: es un proceso

inflamatorio del apéndice epiploico, de origen vascular secundario a torsión o trombosis de la vena de drenaje, conduciendo al infarto hemorrágico e isquemia. Ocurre con frecuencia en el colon sigmoide debido a su estructura pediculada, móvil e irrigación terminal, así explicando por qué tiende a presentarse con frecuencia en el colon izquierdo. b) Apendagitis secundaria: el apéndice epiploico se ve afectado debido a otro proceso o a la inflamación de órganos subyacentes, como diverticulitis, apendicitis, pancreatitis, o colecistitis.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años, acude a consulta externa de cirugía; por cuadro clínico de 1 semana de evolución, sin causa desencadenante; caracterizado por dolor abdominal de tipo punzante en hemiabdomen inferior, de leve intensidad. Sin antecedentes clínicos o quirúrgicos de importancia. Antecedente familiar, madre fallecida de hemangiomas maligna. Niega alergias. Tras revisión cirugía de guardia descarta cuadro quirúrgico.

Paciente retorna un día después al servicio de emergencias, con agravamiento de cuadro sintomatológico con exacerbación del dolor abdominal, distensión abdominal y malestar general, solicitan revaloración por cirugía. Paciente durante la revisión; en regular estado general, afebril, piel y mucosas hidratadas normocoloreadas. Signos vitales: F.C.: 87 lat./min, P.A.: 90/70 mmHg, F.R.: 20 resp./min., T: 36.4°C. Examen cardiopulmonar normal. Abdomen ligeramente distendido en hemiabdomen inferior RHA (-), Dumphy (+), dolor a la palpación profunda en hipogastrio y ambas fosas iliacas, se palpa aparente masa en hipogastrio; signos de irritación peritoneal dudosos. Resto de examen semiológico normal, consciente y orientada, Glasgow 15/15.

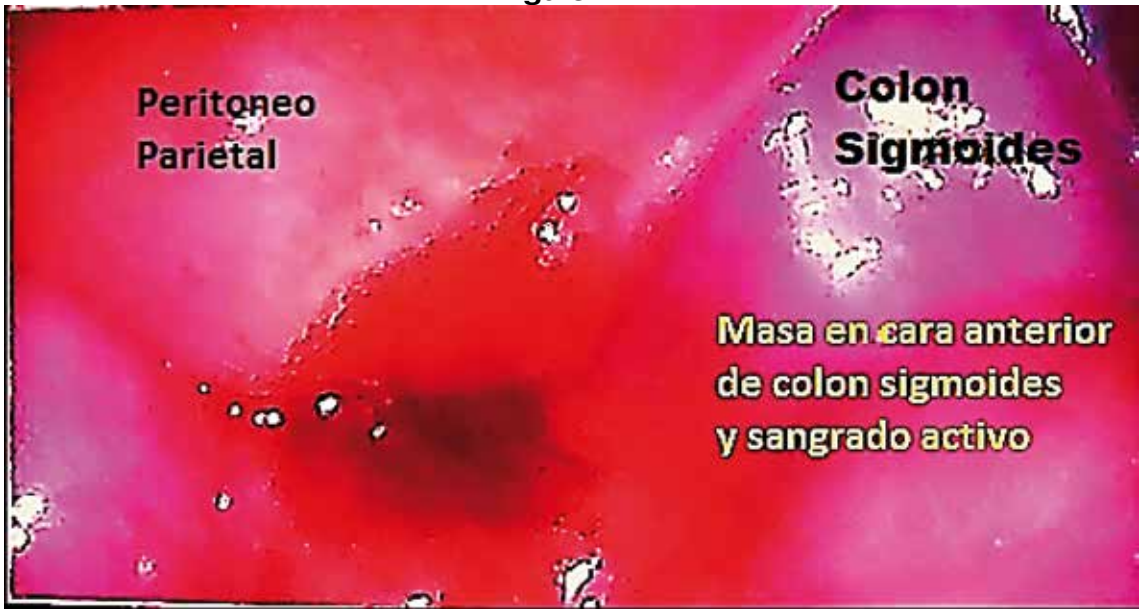
Se solicita estudio laboratoriales:  
glóbulos rojos 5.341.000/mm<sup>3</sup>,

Hematocrito 49%, Hemoglobina 15.9g/%, glóbulos blancos 7.300/mm<sup>3</sup>, segmentados 64, glicemia 87 mg/dl, creatinina 1.1mg/dl., T. protrombina 12seg., actividad 100%. Proteína C reactiva 2.9mg/dl. Radiografía simple de abdomen evidencia niveles hidroaéreos. Ecografía de rastreo abdominal informa edema intersticial y estratificado de grasa mesentérica, líquido laminar libre en cavidad.

Con los datos clínicos-semiológicos persistentes y exacerbados; además de exámenes complementarios sugestivos; se llega al diagnóstico presuntivo de: **“Abdomen agudo quirúrgico peritonítico, peritonitis localizada por apendicitis aguda complicada ¿retrocecal???”**. Se programa cirugía de urgencia previa valoración anestésica preoperatorio (ASA-I), además de firma del consentimiento informado tanto anestésico como quirúrgico.

Se realiza laparoscopia diagnóstica, exploración de hemiabdomen inferior, se evidencia dilatación severa de colon sigmoide, del mismo en cara anterior protrusión de masa plastrada a peritoneo parietal con sangrado activo escaso, además de débito hemático libre en cavidad +/- 50ml (**FIGURA N°1**), por hallazgos se decide conversión a cirugía abierta; incisión mediana infraumbilical, acceso a cavidad abdominal, exploración de hemiabdomen inferior, a nivel de cara anterior, medial y anti mesentérica de colon sigmoide masa de +/- 5cm de diámetro necrosada (apéndice epiploico) y persistencia de sangrado activo en napa, liberación y exéresis mediante maniobras romas posterior cierre de lecho quirúrgico mediante sutura invaginante (**FIGURA N°2, FIGURA N°3, FIGURA N°4**), resección de otros dos apéndices epiploicos aumentados de tamaño de aspecto cianóticos además de apendicectomía incidental, lavado y drenaje de cavidad; cierre de herida operatoria.

Figura N°1



Fuente Propia

Figura N°2



Fuente Propia

**Figura N°3**



*Fuente Propia*

**Figura N°4**



*Fuente Propia*

Se da el diagnóstico post operatorio de: **“Abdomen agudo quirúrgico peritonítico, hemoperitoneo, por apendagitis aguda epiploica primaria plastronada necrosada complicada”**. Paciente con evolución favorable en pabellón quirúrgico es dado de alta al tercer día post operatorio en buenas condiciones generales.

El reporte histopatológico es: tres fragmentos de tejido irregular, corresponden a tejido adiposo, separados por denso tejido fibroblástico, zonas de hemorragia, no existen zonas de atipia y tampoco células neoplásicas.

## DISCUSIÓN

La apendagitis epiploica es una entidad inespecífica poco conocida a pesar de ser causal de dolor abdominal, que lleva frecuentemente a los pacientes que la padecen a consultar a los servicios de emergencias; puede imitar un abdomen agudo quirúrgico, por ende es importante reconocer sus manifestaciones, ya que habitualmente, éstos quedan sin diagnóstico específico, o con uno erróneo. Se estima que aproximadamente en un 1 a 8% de las exploraciones realizadas por dolor abdominal y sospecha de apendicitis y/o diverticulitis, el diagnóstico final es de apendagitis epiploica primaria. Su correcto diagnóstico es imprescindible para evitar laparotomías o laparoscopias exploradoras innecesarias, es una entidad que cursa con benignidad y de tipo auto limitada.

El diagnóstico se establece con anamnesis minuciosa, exploración física exhaustiva y pruebas analíticas laboratoriales, de radiología básica y si es posible avanzada, descartando otras causas de abdomen agudo.<sup>(4)</sup>

El síntoma principal es el dolor, de inicio brusco, no migratorio, localizado principalmente en el cuadrante inferior izquierdo, seguido del derecho; poco frecuente en cuadrantes superiores porque afecta principalmente, al sigma, ciego y colon ascendente, rara vez al transversal. En ocasiones se acompaña de tumor palpable, 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 emergencias 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.<sup>(5)</sup>

El diagnóstico casi siempre se establece con base en resultados de una prueba radiológica o ecográfica, sobre todo esta última ya que muchos grupos de imagenólogos realizaron énfasis en esta patología, tal el caso de 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, y sus características tomográficas las definió Danielson, en 1986.<sup>(6)(7)</sup>

El diagnóstico diferencial debe establecerse, con: a) Patologías frecuentes: diverticulitis aguda, apendicitis aguda, infarto omental, cuadros ginecológicos (hemorragia o torsión ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria). b) Patologías poco frecuentes: Mesenteritis esclerosante (paniculitis mesentérica, lipodistrofia mesentérica), mesenteritis retráctil, tumores primarios mesentéricos (liposarcoma, angiomiolipoma) o metastásicos con afectación del mesocolon, adenitis mesentérica.<sup>(8)(9)(10)</sup>

Con respecto al tratamiento, existen dos alternativas vigentes propuestas según experiencia de algunos autores: a) Tratamiento conservador: Propuesto por Epstein y Lempke en 1968, pero publicado recién en 1992, se basa en control sintomático, con analgésicos/antiinflamatorios orales y reposo, no es necesaria la prescripción de antibióticos porque se produce una necrosis grasas aséptica en la evolución; se vio adecuada respuesta en 1-2 semanas con tendencia a la resolución del cuadro, aunque los cambios radiológicos pueden tardar en desaparecer hasta en 6 meses. b)

**Tratamiento quirúrgico:** De acuerdo con Ozdemir y colaboradores el tratamiento era la extirpación quirúrgica ya que la mayoría de los casos se diagnosticaba durante el acto quirúrgico ante sospecha de abdomen agudo; Varios autores prefieren proseguir con esta conducta debido a que se reportaron tasas de recurrencia o persistencia del dolor hasta en 40% de los casos con la terapéutica conservadora; por lo que recomiendan la exéresis quirúrgica al diagnóstico, para evitar complicaciones entre las descritas según la evolución son: torsión apendicular, síndrome adherencial, obstrucción intestinal, peritonitis secundaria, intususcepción, abscesos intraabdominales, simulación de masa tumoral.

El afronte terapéutico que nos tocó asumir en el paciente, según la revisión sistemática de la literatura; no reúne ningún factor de riesgo; pero epidemiológicamente tanto por el género y la edad estaba en un grupo etareo de poder cursar con esta patología; agregar que la signo-sintomatología que curso el paciente tiene gran similitud a la reportada; en lo

referente a estudios complementarios si bien muchos autores promueven la realización de TAC abdominal sistematizada en los pacientes con cuadro abdominal agudo en los servicios de emergencias para corroboración o descarte de una determinada patología, lamentablemente nuestro medio no cuenta con la disponibilidad de poder acceder a este estudio debido a los costos elevados que conlleva más aún en entidades públicas; finalmente acotar que la conducta terapéutica asumida por los autores es más tradicional y fue la más correcta según el caso y los hallazgos encontrados, ya que si hacíamos caso omiso y ser solo conservadores nos habríamos enfrentado a mayores complicaciones.

#### **AGRADECIMIENTOS:**

A los pacientes de nuestro servicio, por ser fuente de motivación constante para nuestra superación profesional e interés en la actualización en el campo de la redacción científica en cirugía.

#### **CONFLICTO DE INTERESES:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

#### **REFERENCIAS**

- 1) Hernández Y., Valle J., Soriano C., Vara F., *Desafío diagnóstico en urgencias: dolor abdominal ¿quirúrgico?*, Revista de medicina de familia y atención primaria, Vol. 20, Abril 2016, Pág. 1-3
- 2) Varela C., Fuentes M., Rivadeneira R., *Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal causa de dolor abdominal no quirúrgico: hallazgos en tomografía computada*, Revista Chilena de Radiología. Vol. 10 N° 1, año 2004; Pág. 28-34.
- 3) Poves I., Catala J., Miquel S., Pernas J., Ballesta C., *Apendagitis epiploica primaria*, Rev. Clínica España 2004; 204(1): Pág. 43-47
- 4) García A., Nofuentes C., Mella M., Pérez M., Pérez S., Rubio J., *Apendagitis epiploica causa poco frecuente de dolor abdominal*, Acad. Mex. de Cir., Volumen 82, Núm. 4, Julio-Agosto 2014, Pág. 388-394
- 5) Vásquez G., et al., *Apendagitis epiploica primaria, clínica y evolución de 73 casos*, Medicina Buenos Aires, Argentina, 2014; 74: Pág. 448-450
- 6) Pozzo B., Kimura K., *Apendicitis epiploica (apendagitis)*, Anales de Radiología México 2013;3: Pag.182-188
- 7) Ahualli J., *Tomografía computada en la necrosis grasa en el abdomen: apendagitis epiploica y sus principales diagnósticos diferenciales*, Revista Argentina de Diagnóstico por Imágenes, Vol.1/N°3 - Dic., 2012, Pág. 56-69
- 8) Alianak M., Ramos M., Jacob G., Civetta J., Errecalde C., *Apendagitis epiploica como causa de abdomen agudo*, Argentina 2012, Pág. 1-15
- 9) Contreras A., Villanueva T., Murrieta H., Hamui A., Halabe J., *Hombre de 20 años de edad con diagnóstico con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda*, Gac Méd Méx Vol. 145 No. 6, 2009, Pág. 571-518
- 10) Arnanz I., Jurado M., Pérez M., Alonso J., *¿Apendicitis en fosa iliaca izquierda?*, Centro de Salud Daroca Madrid-España, 2011, Pág. 1-4