

# Apendagitis aguda como causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico

Reporte de un caso

*Pablo Salomón Montes Arcón<sup>a,†</sup>, Camilo Andrés Pérez Montiel<sup>a</sup>, Katherine Tatiana Redondo de Oro<sup>b</sup>, Katya Vanessa Hernández Pinilla<sup>c</sup>, Juliana Andrea Giraldo Cifuentes<sup>b</sup>*



## Resumen

**Introducción:** El dolor abdominal se constituye como uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, su adecuado abordaje diagnóstico determina el tratamiento a elegir por parte del médico a cargo del caso; este a su vez puede optar por un manejo médico o quirúrgico, todo esto si se considera la causa subyacente de la sintomatología que presenta el paciente.

**Caso clínico:** En el presente artículo se presenta el caso de un paciente del sexo masculino en la quinta década de la

vida, con antecedente quirúrgico de apendicetomía; el cual consulta por cuadro clínico de dolor abdominal intenso de localización en la fosa iliaca derecha. En el examen físico fue llamativa la presencia de signos de irritación peritoneal, por lo cual se solicitaron estudios serológicos que se encontraron dentro de los parámetros normales, además una tomografía computada de abdomen que reveló trabeculación de grasa pericecal. El paciente persistió sintomático, por lo que fue llevado a exploración vía abierta de la cavidad abdominal, con hallazgo intraoperatorio de apendagitis aguda.

**Conclusión:** A pesar de ser una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico, la apendagitis aguda siempre debe ser un diagnóstico a considerar por parte de los médicos de urgencias y los cirujanos. El disponer de estudios de imagen que permitan una adecuada caracterización del cuadro clínico va a ser fundamental para el manejo de los pacientes, más, si se tiene en cuenta toda la variedad de entidades que se presentan en la cavidad abdominal.

**Palabras clave:** *Apéndice; epiplón; inflamación; dolor abdominal; diagnóstico diferencial; cirugía.*

<sup>a</sup>Residente de Posgrado Médico quirúrgico. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

<sup>b</sup>Postgrado en Patología. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

<sup>c</sup>Médico interno. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

Autor para correspondencia: Pablo Salomón Montes-Arcón.

Correo electrónico: pmontesarcon@gmail.com

ORCID ID:

<sup>†</sup><https://orcid.org/0000-0003-3021-0319>

Recibido: 05-julio-2022. Aceptado: 30-noviembre-2022.



Foto: Jafar Ahmmed en Unsplash

## Acute Appendagitis as a Rare Cause of Surgical Acute Abdomen. Case Report

### Abstract

**Introduction:** Abdominal pain is one of the most frequent reasons for consultation in the emergency services, its adequate diagnostic approach determines the treatment to be chosen by the doctor in charge of the case; This in turn can opt for medical or surgical management, all this if the underlying cause of the symptoms presented by the patient is considered.

**Clinical case:** This article presents the case of a male patient in the fifth decade of life, with a surgical history of appendectomy, which he consults due to a clinical picture of intense abdominal pain located in the right iliac fossa. In the physical examination, the presence of signs of peritoneal irritation was striking, for which serological studies were requested, which were found to be within normal parameters, in addition to a computed tomography of the abdomen that revealed trabeculation of pericecal fat. The patient persisted with symptoms, so he was taken for open abdominal cavity exploration, with an intraoperative finding of acute appendagitis.

**Conclusion:** Despite being an infrequent cause of acute surgical abdomen, acute appendagitis should always be a diagnosis to be considered by emergency physicians and surgeons. The availability of imaging studies that allow an adequate characterization of the clinical picture is going to be essential for the management of patients, especially if the whole variety of entities that occur in the abdominal cavity are taken into account.

**Keywords:** Appendix; omentum; inflammation; abdominal pain; differential diagnosis; surgery.

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal se constituye como uno de los motivos de consulta más frecuente a los servicios de urgencias; en Colombia, Picón y cols. (2013) evaluaron la causa de asistencia a urgencias del Hospital de San José de Bogotá DC entre septiembre de 2011 y febrero de 2012, donde se evidenció que los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor abdominal (61.2%), trauma (14.2%) y cefalea (10,2%)<sup>1</sup>.

El abdomen agudo se define como una entidad que se caracteriza por dolor abdominal intenso, que se origina por una alteración de las estructuras anatómicas que se encuentran contenidas en la cavidad abdominal por distintas etiologías, su comienzo es abrupto, marcado principalmente por el dolor y que de acuerdo a la entidad involucrada va a requerir un manejo urgente o diferido; con la posibilidad de tener un tratamiento quirúrgico o médico, por lo que los médicos de urgencias deben estar familiarizados con las entidades que lo ocasionan<sup>2</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

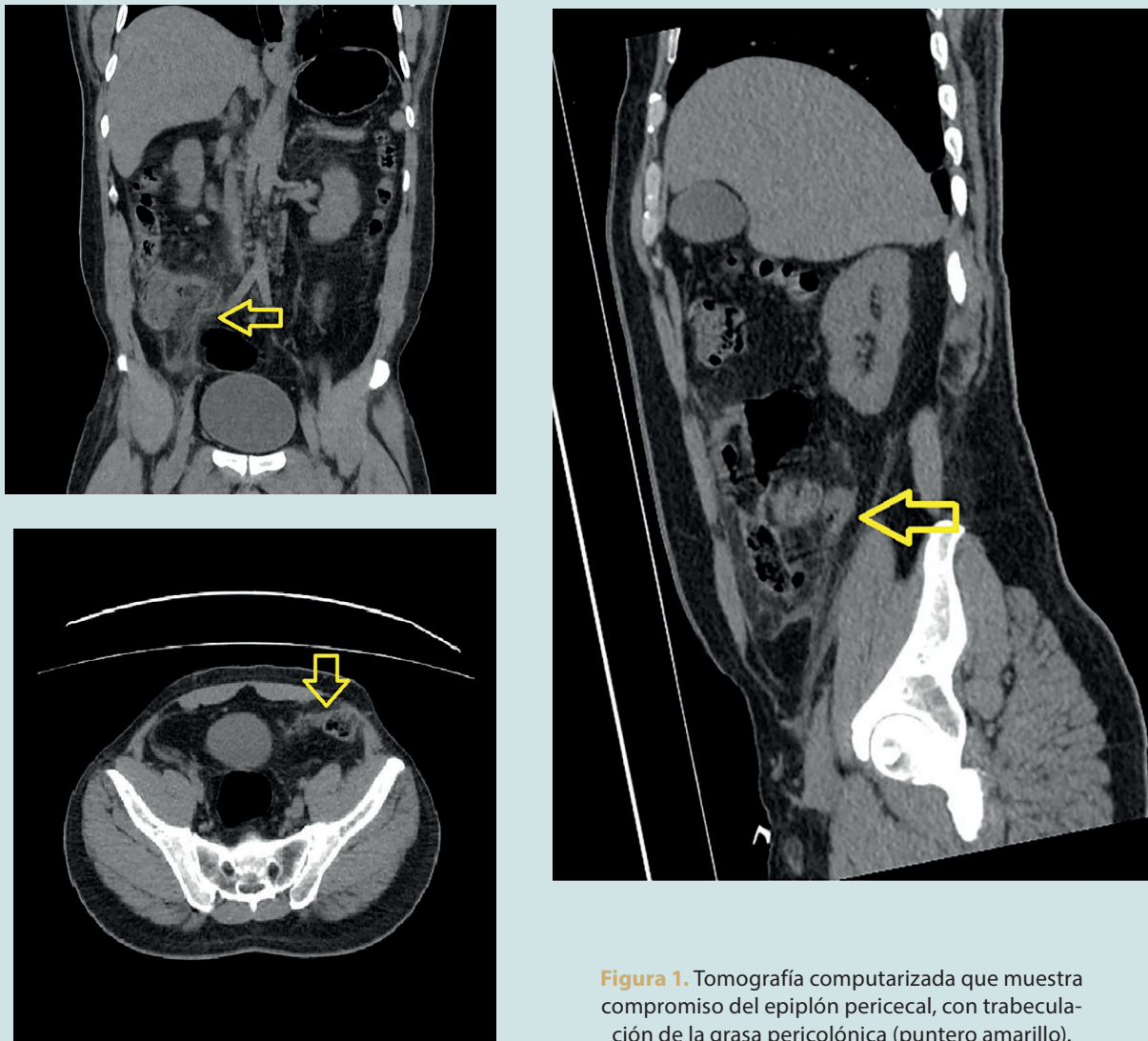
Paciente del sexo masculino de 42 años que ingresa al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en dolor abdominal ubicado en el flanco derecho, el cual se irradia inicialmente al mesogastrio, luego a la fosa iliaca derecha, con posterior irradiación a los testículos, de predominio en el lado derecho; asociado a sensación de náuseas; negó vómitos, diarrea, constipación, así

como síntomas irritativos urinarios. Como único antecedente de importancia refirió la realización de una apendicetomía el 21/09/2020.

A la exploración, llama la atención la presencia de abdomen globoso por panículo adiposo, blando depresible, con hernia umbilical reducible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativa, genitourinario escrotos y testículos normoconfigurados, con varicocele

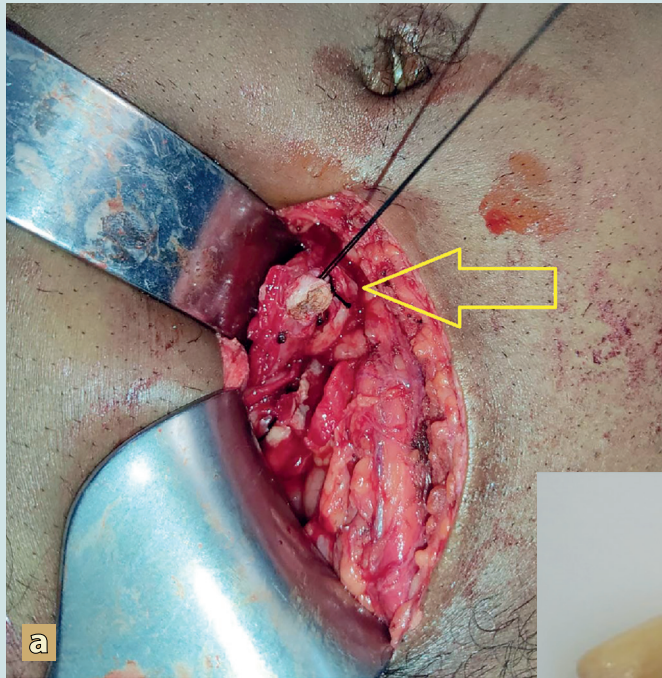
derecho, canales inguinales normoconfigurados, libres, sin hernias, pared abdominal indemne.

Se realizaron paraclínicos que mostraron hemograma con recuentos celulares dentro de rangos normales, parcial de orina no patológico, proteína C reactiva en parámetros normales; como estudio de imagen se indicó una tomografía computarizada de abdomen, la cual mostró una ligera trabeculación de la grasa pericecal que ameritó descartar proceso inflamatorio apendicular (**figura 1**).



**Figura 1.** Tomografía computarizada que muestra compromiso del epiplón pericecal, con trabeculación de la grasa pericolónica (puntero amarillo).



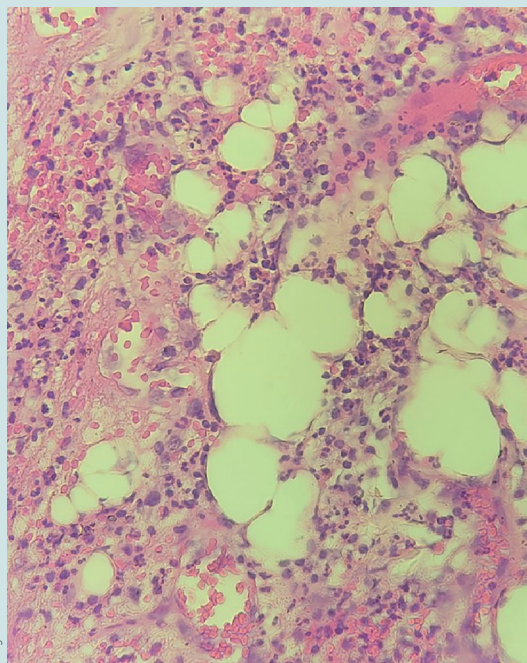


**Figura 2.** Hallazgos intraoperatorios: **a)** muñón apendicular sin hallazgos patológicos (puntero amarillo); **b)** apéndices epiploicas con presencia de membranas fibrinopurulentas.

El paciente continuó sintomático, con pobre respuesta al manejo médico, por lo cual, pese al antecedente de apendicectomía que refirió al ingreso, se tuvieron en cuenta los hallazgos de los estudios de imagen y se decidió motivar para una laparotomía exploratoria bajo la sospecha de una apendicitis del muñón apendicular; como hallazgos intraoperatorios se encontró un muñón apendicular sano sin fugas, con tejido circundante edematizado y epiplón adhe-

rido, dos apéndices epiploicas edematizadas, además de peritonitis de un cuadrante (**figura 2**). El paciente toleró el procedimiento sin complicaciones.

El resultado del estudio de anatomía patológica concluyó la presencia de apendagitis aguda en la muestra enviada, como causa del cuadro clínico del paciente (**figura 3**). Posterior a lo cual el paciente tuvo una evolución adecuada sin síntomas y fue dado de alta tras 7 días de estancia hospitalaria.



**Figura 3.** Tejido adiposo con inflamación aguda severa y congestión vascular marcada.

## DISCUSIÓN

No cabe duda de que el abdomen agudo se constituye como una entidad frecuente, que requiere un adecuado abordaje por parte del grupo médico de los servicios de urgencias. Un interrogatorio bien estructurado, asociado a un examen físico dirigido le permitirán al médico a establecer una impresión diagnóstica sobre la cual definirá conductas como el manejo médico, la solicitud de ayudas diagnósticas y también el requerimiento de intervención quirúrgica de emergencia<sup>3</sup>.

Dentro de las ayudas diagnósticas sugeridas en el abordaje del paciente con dolor abdominal agudo se sugiere la solicitud de un hemograma completo, parcial de orina, electrolitos séricos, pruebas de función renal/hepática, glicemia, prueba de embarazo en todas las pacientes de sexo femenino con edad reproductiva, reactantes de fase aguda incluida la proteína C reactiva<sup>4</sup>.

Los estudios de imagen van a permitir un diagnóstico de precisión, las series de abdomen agudo van a ser muy útiles en los pacientes con trauma de

abdomen, sospecha de perforación de víscera hueca u obstrucción intestinal; la ecografía abdominal total tiene gran utilidad en la patología hepatobiliar, nefrourológicas y algunas de origen gastrointestinal como la apendicitis aguda; sin embargo dentro de los estudios de imagen la tomografía computarizada con medio de contraste muestra un mejor rendimiento diagnóstico con una sensibilidad/especificidad del 87.8/92.9% respectivamente, además de un adecuado detalle anatómico de las estructuras de la cavidad abdominal que permite establecer un plan quirúrgico o de tratamiento médico, por lo cual se considera el estudio de elección en pacientes estables<sup>5,6</sup>.

De la apendagitis aguda se sabe que es un proceso inflamatorio que compromete los apéndices epiploicos, es una causa excepcional de dolor abdominal agudo, que por su sintomatología puede motivar a una resolución quirúrgica, clínicamente es poco sospechada, lo cual también la hace poco diagnosticada y por lo general el diagnóstico final es intraoperatorio<sup>7</sup>. El comportamiento epidemiológico es desconocido, aunque se ha visto que puede afectar a cualquier grupo etario, siendo más frecuente durante la cuarta y quinta década de la vida, afecta a ambos géneros, con una incidencia levemente mayor en pacientes masculinos. Para su presentación se han descrito algunos factores de riesgo, entre los que destacan: la obesidad, pérdida de peso reciente, actividad física intensa, esfuerzo físico brusco o poco habitual y comidas copiosas<sup>8</sup>.

El origen de este evento inflamatorio puede ser primario o secundario, cuando es primario en el contexto de su estructura anatómica al ser protuberancias bulbosas conectadas a un pedúnculo estrecho, sufren torsión con el consiguiente deterioro del suministro vascular, afectando inicialmente el componente venoso, también puede ocurrir como resultado de la trombosis de las venas de drenaje, ambas condiciones conducen a edema, necrosis isquémica, inflamación aséptica del apéndice afectado y finalmente absorción por la cavidad peritoneal<sup>9</sup>. Si el proceso es secundario implica la inflamación de un apéndice epiploico normal ubicado cerca de un órgano inflamado, como el colon (diverticulitis), el apéndice (apendicitis) o la vesícula biliar (colecisti-

La cavidad abdominal se constituye como una caja de pandora en cuanto a las entidades patológicas que puede presentar, por lo cual el médico debe enfrentar los cuadros de abdomen agudo con conocimientos claros que le permitan abordar y dar solución a distintos escenarios; la historia clínica y las ayudas diagnósticas van a ser muy importantes para el enfoque del manejo del paciente, sin embargo, estas estrategias de apoyo deben seleccionarse de manera adecuada.

tis), siendo la fuente más frecuente de inflamación la diverticulitis, y los signos patognomónicos de la enfermedad del órgano adyacente son evidentes en las modalidades de diagnóstico por imagen, como la tomografía computarizada<sup>10</sup>.

En nuestro caso, el paciente tenía como antecedente una apendicetomía 11 meses antes, por su no mejoría se motivó para procedimiento quirúrgico teniendo la sospecha de una apendicitis del muñón apendicular, entidad que también es infrecuente; para el manejo de la apendagitis aguda es importante considerar la evolución de los síntomas del paciente, se puede indicar manejo médico inicialmente con antiinflamatorios no esteroideos y reevaluar de acuerdo a la mejoría; sin embargo, de no existir alivio de la sintomatología se puede optar por el manejo quirúrgico de la entidad, a su vez este puede ser vía abierta (que se utilizó en este paciente) o mediante técnicas de mínima invasión, que actualmente son las de uso más extendido<sup>9,11</sup>.

## CONCLUSIÓN

La cavidad abdominal clínicamente se constituye como una caja de pandora en cuanto a las entidades patológicas que pueden presentarse, por lo cual el médico debe enfrentar los cuadros de abdomen agudo con conocimientos claros que le permitan abordar y dar solución a los distintos escenarios que pudiera enfrentar; la historia clínica y las ayudas diagnósticas van a ser muy importantes para el enfoque del manejo del paciente, sin embargo, estas estrategias de apoyo deben seleccionarse de manera

adecuada para dar un diagnóstico más preciso que motive las conductas adecuadas por parte del tratante, para así garantizar una evolución exitosa<sup>12</sup>. ●

## REFERENCIAS

1. Steve Picón Silva ES, Salgado Hernández JH, Saavedra Ortiz MA. Perfil epidemiológico del servicio de urgencias según motivo de consulta Hospital de San José Bogotá DC, Septiembre 2011 a Febrero 2012. *Repert Med Cir.* 2013;22(3):197-203.
2. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. *Rev Colomb Cir.* 2011;26:33-41.
3. Marasco G, Verardi FM, Eusebi LH, Guarino S, Romiti A, Vestito A, Bazzoli F, Cavazza M, Zagari RM. Diagnostic imaging for acute abdominal pain in an Emergency Department in Italy. *Intern Emerg Med.* 2019;14(7):1147-1153. Doi: 10.1007/s11739-019-02189-y.
4. Almuhanha AF, Alghamdi ZM, Alshammari E. Apendagitis epiploica aguda: una causa rara de abdomen agudo y un dilema diagnóstico. *J Family Community Med.* 2016;23(1):48-50. Doi: 10.4103 / 2230-8229.172234
5. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, Papalampros A, Schmitz R, Felekouras E, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med.* 2019;7(24):814. Doi:10.21037/atm.2019.12.74.
6. Vázquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemos S, Perret MC, Catalan HM. Apendagitis epiploica primaria. Clínica y evolución de 73 casos. *Medicina (Buenos Aires).* 2014;74:448-450.
7. Mert A, Mircik E. Primary Epiploic Appendagitis: A Case Report. *Cureus.* 2021;13(3):e14060. Doi: 10.7759/cureus.14060.
8. Suresh Kumar VC, Mani KK, Alwakkaa H, Shina J. Epiploic Appendagitis: An Often Misdiagnosed Cause of Acute Abdomen. *Case Rep Gastroenterol.* 2019;13(3):364-368. Doi: 10.1159/000502683.
9. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med.* 2019;7(24): 814. Doi:10.21037/atm.2019.12.74
10. Akubudike JE, Egigba OF, Kobalava B. Epiploic Appendagitis: A Commonly Overlooked Differential of Acute Abdominal Pain. *Cureus.* 2021;13(1):e12807. Doi: 10.7759/cureus.12807.
11. Chu EA, Kaminer E. Epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen. *Radiol Case Rep.* 2018;13(3):599-601. Doi: 10.1016/j.radcr.2018.02.022.
12. Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, Paprouschi N. Approach to Acute Abdominal Pain: Practical Algorithms. *Adv J Emerg Med.* 2019;4(2):e29. Doi:10.22114/ajem.v0i0.272.