

Apendagitis aguda

Presentación de un caso

Roberto Herrera Méndez^a, Georgina Cornelio Rodríguez^a,
Ricardo Romero Morelos^b, José L. Ramírez Arias^c,
Regina de Miguel Ibáñez^d, Oscar Quiroz Castro^e



Resumen

La apendagitis aguda es una causa de dolor abdominal subdiagnosticada, ya que puede simular un cuadro de diverticulitis o apendicitis. Se debe a una torsión o trombosis del pedículo vascular de un apéndice epiploico que resulta en isquemia e infarto. El diagnóstico suele ser un hallazgo radiológico; sin embargo, tiene un curso autolimitado con resolución espontánea de 5 a 7 días.

Palabras clave: Apendagitis, dolor abdominal, apéndice epiploico.

Acute appendagitis

Abstract

Acute appendagitis is one of the causes of undiagnosed abdominal pain, because it may mimic diverticulitis or appendicitis. This is due to a torsion or thrombosis of the vascu-

lar pedicle of an epiploic appendage resulting in ischemia and infarction. The diagnosis is usually a radiological finding. However, it has an auto-limited course with a spontaneous resolution between 5 to 7 days.

Key words: Appendagitis, abdominal pain, epiploic appendage.

INTRODUCCIÓN

La apendagitis o apendicitis epiploica fue descrita por primera vez en 1956 por Lynn y cols. Representa una entidad benigna y autolimitada de los apéndices epiploicos del colon; es secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso; se presenta de forma más frecuente de la cuarta a la quinta década de la vida, con una tasa de incidencia entre hombres y mujeres de 1:3. Su localización más habitual es en los cuadrantes inferiores, es decir las adyacentes al colon sigmoides y ciego. Cabe señalar que puede simular un cuadro quirúrgico que rara vez se sospecha clínicamente y que suele ser un hallazgo radiológico o quirúrgico.

Al realizar un repaso de la anatomía, los apéndices epiploicos son estructuras pedunculadas del tejido adiposo, que protruyen del borde antimesentérico del colon y están dispuestos en 2 filas longitudinales que se extienden desde el ciego hasta la unión recto-sigmoidea. Son aproximadamente entre 50 y

^aMédico Residente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Facultad de Medicina UNAM. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

^bMédico Residente de Cirugía General, Facultad Mexicana de Medicina La Salle. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

^cDirector Médico del Hospital Ángeles Pedregal. Jefe de Radiología Grupo Ángeles. Ciudad de México, México.

^dMédico Interno de Pregrado, Universidad Anáhuac Querétaro / Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

^eJefe del Departamento de Radiología e Imagen y Profesor Titular del curso Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Facultad de Medicina UNAM / Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

Correspondencia: Roberto Herrera Méndez (suecudac@gmail.com)

Recibido: 05-septiembre-2017. Aprobado: 18-enero-2018.

100; se localizan por delante y detrás de la tenia de colon libre, llegan a extenderse desde el ciego a la unión recto-sigmoidea. Miden entre 2 y 5 cm de longitud y presentan de 1 a 2 cm de grosor; su irrigación se da por 1 o 2 arterias terminales, la forma pedunculada, la limitada suplencia sanguínea y su excesiva movilidad los hacen propensos a la torsión con trombosis venosa secundaria e infarto isquémico o hemorrágico¹⁻³.

CASO CLÍNICO

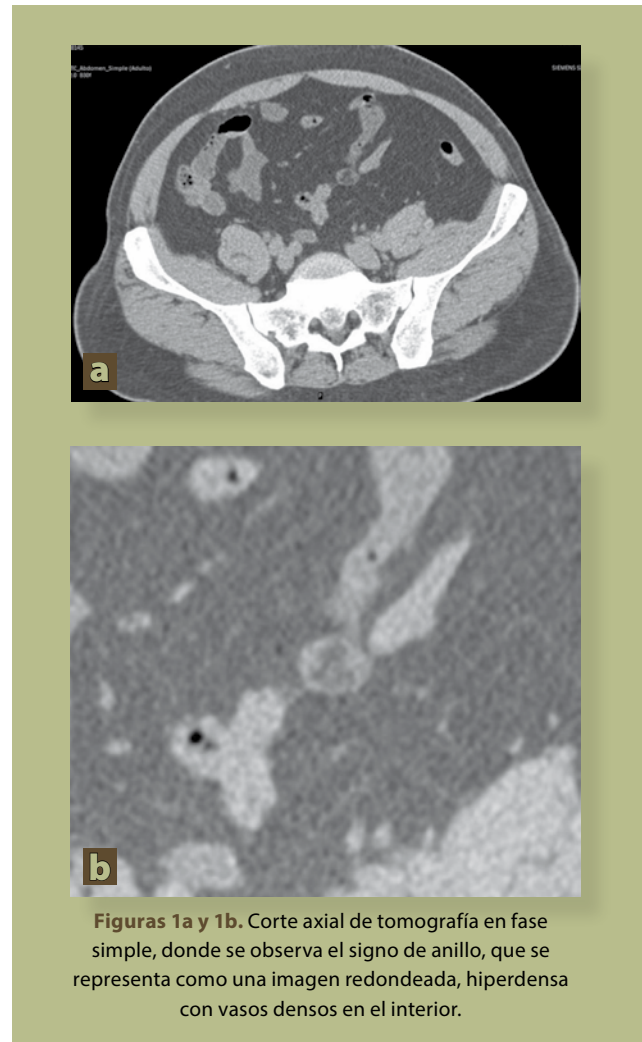
Paciente varón de 60 años de edad, que inició su padecimiento un día previo a su internamiento, con dolor tipo cólico, súbito, localizado en el flanco y fosa iliaca izquierda, acompañado de náusea, calosfríos, que refiere canalizar gases.

Durante la exploración física se encontró un abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, doloroso a la palpación superficial y profunda de los cuadrantes izquierdos (escala de EVA del dolor 7/10), con perístasis presente. Se realizaron exámenes de laboratorio que reportaron: hemoglobina 15.1 g/dL, hematocrito 52.5%, leucocitos 11.4 / μ L, neutrófilos 82% y linfocitos 12%.

Se realizó una tomografía de abdomen en fase simple con cortes axiales y reconstrucciones multiplanares; se identificó un aumento de la densidad focal, anular y trayectos densos, en relación con estructuras vasculares (**figuras 1a y 1b**). Con deshilachamiento de la grasa pericolónica hacia el colon sigmoideas (**figuras 2 y 3**), sin más cambios observables.

El manejo del paciente conservador, intrahospitalario, mediante la administración de antiinflamatorio y analgésico (ketoprofeno 100mg c/12 h y paracetamol 1g c/8 h) por vía intravenosa, y vigilancia estrecha de signos vitales por 36 horas, con lo que se logró la disminución de 70% del cuadro de dolor abdominal; se solicitaron nuevos estudios de laboratorio a las 24 h, con los siguientes resultados: hemoglobina 14.4 g/dL, hematocrito 48.3%, leucocitos 8.2 / μ L, neutrófilos 75% y linfocitos 20%.

Con lo cual, el paciente fue dado de alta con ibuprofeno (600 mg VO c/12 h por 5 días) y paracetamol (1 g VO c/8 horas por 3 días), y seguimiento por consulta externa en 10 días, donde presentó la remisión del cuadro clínico.



DISCUSIÓN

La apendagitis es una causa de dolor abdominal agudo, diagnosticada en raras ocasiones y caracterizada por dolor intenso, permanente, sin o con signos de irritación peritoneal, que muchas veces contrasta con el buen estado general del paciente^{4,5}. Es de suma importancia realizar el diagnóstico diferencial con patologías más frecuentes como: la apendicitis, colecistitis, diverticulitis o el infarto omental³.

Los avances de la radiología con los métodos de imagen son de invaluable utilidad para realizar el diagnóstico inmediato, como en el caso que presentamos, en el que el diagnóstico fue de apendagitis, ya que el cuadro clínico inespecífico no orientaba hacia esta enfermedad.

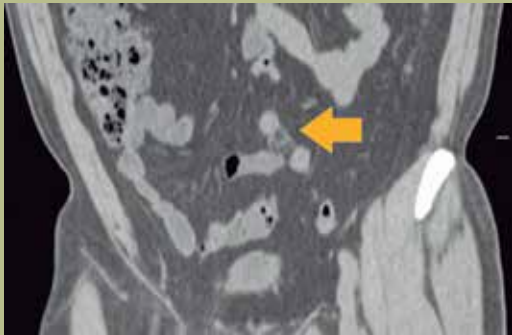


Figura 2. Reconstrucción coronal donde se observa, por arriba de un asa de colon sigmoides, el aumento de la densidad e imágenes reticulares finas que representan a la apéndice epiploica (flecha).



Figura 3. Reconstrucción sagital de tomografía en fase simple en la que se observa la lesión previamente descrita y su relación con el colon sigmoides (flecha).

Entre los métodos de imagen diagnósticos están el ultrasonido y la tomografía computada. En el caso del primero, se identifica como una masa ovoidea, hiperecoica, que no comprime, localizada, adyacente al colon; que no cambia de posición con los movimientos respiratorios, o como un halo hipoeicoico periférico con presencia de zona central hiperecoica, no vascularizada con la aplicación del Doppler color.

Cuando se emplea la tomografía computada se observa una imagen oval paracolónica de 1 a 5 cm de diámetro, con densidad grasa (apéndice epiploico inflamado), rodeada de un anillo hiperatenuado y de contornos bien definidos (serosa del colon inflamada) de 2 a 3 mm de grosor que representa al peritoneo visceral inflamado, signo conocido como “signo de anillo hiperdenso”^{2,5}. Otra presentación es la de una imagen hiperdensa de aspecto puntiforme

que se localiza en el centro de la lesión y representa a los vasos centrales engrosados o trombosados, y al que se le llama “signo del punto central”⁶. Este método es el de elección para este tipo de pacientes.

El tratamiento de la apendicitis epiploica tiende a ser conservador, con antiinflamatorios orales y analgésicos por 5 a 7 días, mientras el cuadro clínico remite, lo que ocurre en la mayoría de los casos entre 10 a 14 días; sin embargo, los cambios radiológicos pueden demorarse hasta 6 meses en desaparecer¹.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico oportuno de la apendicitis o apendicitis epiploica puede reducir el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias, ya que se trata de una patología autolimitada que se manifiesta con dolor abdominal, que debido a su localización puede ser sugestivo de un cuadro quirúrgico de apendicitis aguda o diverticuliti. Es de suma importancia recalcar que la tomografía es el método de imagen de elección, así como el hecho de que los médicos radiólogos y los cirujanos generales sepan con precisión los signos característicos de la apendagitis para realizar el diagnóstico diferencial con respecto a otras patologías. ●

REFERENCIAS

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar PP, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic apendagitis and its mimics. *RadioGraphics*. 2005;25:1521-34.
2. Boardman J, Kaplan KJ, Hollcraft C, et al. Radiologic-pathologic conference of Keller Army Community Hospital at West Point, the United States Military Academy: torsion of the epiploic appendage. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180(3):748.
3. Jain TP, Shah T, Juneja S, Tambi RL. Case of the season: primary epiploic apendagitis: radiological diagnosis can avoid surgery. *Semin Roentgenol*. 2008;43:4-6.
4. Ng KS, Tan AG, Chen KK, Wong SK, Tan HM. CT features of primary epiploic apendagitis. *Eur J Radiol*. 2006;59(2):284-8.
5. Almeida AT, Melão L, Viamonte B, et al. Epiploic apendagitis: an entity frequently unknown to clinicians, diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;193(5):1243-51.
6. Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Jeffrey RB, Stella DL, Casola G. Disproportionate fat stranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. *RadioGraphics*. 2004;24:703-15.