



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



329/118 - APENDAGITIS: LA APENDICITIS EPIPLOICA

A. Asturias Saiz¹, A. Casal Calvo², A. Aldama Martín³, G. Rijo Nadal¹, N. Otero Cabanillas⁴, M. Arias Lago⁵.

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria.

²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que acude a consultas de Atención Primaria por dolor abdominal continuo a nivel de fosa ilíaca derecha (FID) de 24 horas de evolución, no irradiado, que empeora con los movimientos corporales y tras maniobra de Valsalva. Niega náuseas o vómitos. Última deposición sin productos patológicos, no diarrea. Niega clínica urinaria. Afebril. Escala EVA: 8/10. Antecedentes personales: HTA, dislipemia. IQ: calcificación rodilla derecha. Tratamiento habitual: valsartán e hidroclorotiazida. Ante dichos hallazgos, se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias para descartar causas de abdomen agudo.

Exploración y pruebas complementarias: EF: Temp 35,4°C, TA 130/79 mmHg, FC 62lpm. Paciente afectado por dolor, normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico. AC: rítmico, no soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, doloroso a la palpación superficial en FID, Blumberg positivo. Signo de Rovsing. Murphy negativo. RHA normales. No masas ni organomegalias. PPRB negativa. EEII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: Hb 16,4 g/dl, leucocitos 8.600 μ /l (S 77%, L 14%), urea 54 mg/dl, Cr 0,71mg/dl, FG >90 ml/min, ALT 106 U/l, GGT 72 U/l, PCR 0,4 mg/dl, iones normales. Orina: pH:5, densidad 1021, sin alteraciones. Ecografía abdominopélvica y TC abdomen: pequeños quistes simples milimétricos hepáticos, no LOEs sugestivas de malignidad. Vesícula normodistendida y sin litiasis en su interior. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas. Páncreas, bazo, glándula suprarrenal derecha y riñones sin hallazgos significativos. Glándula suprarrenal izquierda de aspecto hiperplásico. Asas intestinales de tamaño y morfología dentro de la normalidad. No adenopatías abdominopélvicas sospechosas. Vejiga normodistendida y sin defectos en su luz. A la valoración específica de la FID, se visualiza un apéndice no inflamado. Únicamente llama la atención la inflamación de la grasa adyacente al colon sigmoide, que es redundante y se localiza a nivel de la FID, en relación con apendagitis.

Juicio clínico: Apendagitis.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Diverticulitis aguda. Infarto epiploico. Paniculitis mesentérica. Tumores peritoneales primarios o metastásicos.

Comentario final: La apendagitis aguda o apendicitis epiploica (AE), término introducido en 1956

por Lynn y colaboradores, es un proceso inflamatorio benigno, de origen vascular, secundario a torsión o trombosis del pedículo vascular de un apéndice epiploico (formación de grasa pediculada y móvil, que se presenta desde ciego hasta sigma), que resulta en isquemia e infarto. Se trata de una causa infrecuente de dolor abdominal agudo, difícil de diagnosticar clínicamente debido a la ausencia de signos característicos. Puede presentarse desde la juventud hasta en individuos de edad avanzada, siendo más frecuente en varones, entre la 4ª y 5ª décadas de la vida. El síntoma principal consiste en dolor abdominal súbito, localizado en hemiabdomen inferior, siendo excepcionales la aparición de fiebre, leucocitosis o las alteraciones en la función intestinal. Para su diagnóstico, la TC muestra una lesión ovoide paracólica de 1-4 cm con densidad grasa, con una zona de atenuación central (vena epiploica trombosada) y aumento de la densidad de la grasa alrededor, secundaria a inflamación adyacente. Su curso es autolimitado y se resuelve en 5-7 días con tratamiento conservador con AINEs. En raras ocasiones aparecen complicaciones como adherencias, obstrucción intestinal, peritonitis o formación de abscesos.

Bibliografía

-Olmedo Martín RV, Melgarejo Cordero F, Ortiz Correro MC, Manteca González R. Apendagitis epiploica una causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;34(6):434-42.

-Benítez A, Castro C, Pellicer FG, Herrerías JM. Apendagitis: una causa inusual de dolor abdominal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101(7):506-9.