



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2173 - Apendagitis epiploica: Causa poco conocida y frecuente de dolor abdominal

X. Fernández Bonet^a, I. Rivero Franco^a, M. Jarque Moyano^a, I. Rivera Abelló^a, N. Rosés Muntasell^a y M. Serravinyals Castellà^b

^aMédico de Familia. CAP Sanllehy. Barcelona. ^bEnfermera. CAP Adrià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años que acude al CAP por dolor abdominal. Antecedentes patológicos: HTA, asma. Tratamiento actual: candesartan 16 mg/día, hidroclorotiazida 25 mg/día, beclometasona/formoterol (100/6) 1/24h. Presenta dolor abdominal en flanco izquierdo y distensión abdominal de 24 horas de evolución. El dolor es continuo, de intensidad moderada 5/10 y se acompaña de náuseas. No cambios en el ritmo intestinal ni en las heces. No clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/70. T^a 36,4. Exploración abdominal: Abdomen globuloso. Dolor a la palpación flanco izquierdo. Blumberg negativo. PPLB negativa. Timpanismo generalizado a la percusión. Peristaltismo normal a la auscultación. Resto exploración física anodina. Ante la presencia de dolor abdominal moderado localizado, se solicita analítica y Rx abdominal urgente, pudiéndose programar para el día siguiente. Citamos al paciente a las 48 horas para resultados. Pautamos paracetamol 1 g/8h y dieta blanda. A las 48 horas el paciente acude con igual sintomatología salvo Blumberg +/- . Analítica: hemograma y bioquímica básica anodinas. Orina sin hallazgos. Rx abdominal anodina. Ante la persistencia del cuadro y la ausencia de hallazgos diagnósticos, se deriva al paciente a urgencias del hospital. Allí se practica TAC con el siguiente resultado: Engrosamiento de un apéndice epiploico del colon descendiente.

Juicio clínico: El dolor abdominal es un reto diagnóstico, especialmente cuando la sintomatología es poco indicativa y/o el paciente presenta dolor persistente, angustia, o signos de alarma. Por ello en algunos casos es preciso derivar al paciente al hospital para descartar patología urgente de forma rápida si el abordaje inicial en Atención Primaria no es resolutivo. En nuestro caso el paciente sufría una apendagitis epiploica, que es una inflamación de los apéndices epiploicos colónicos, habitualmente por torsión o trombosis del pedículo vascular epiploico o por inflamación de estructuras vecinas. Es más frecuente en varones de edad media y con sobrepeso. El dolor predomina en fosa ilíaca y flanco izquierdo. Acostumbra a cursar sin fiebre. Aunque el dolor puede llegar a ser intenso, el curso suele ser benigno, con resolución espontánea en pocas semanas. Es por ello, y porque solamente el TAC acostumbra a ser diagnóstica, que probablemente se trate de una patología infradiagnosticada. El tratamiento habitual consiste en reposo y antiinflamatorios.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis, isquemia intestinal y neoplasias.

Comentario final: El interés de este caso radica en recordar la existencia de esta patología, que

podría explicar algunos casos de pacientes con dolor abdominal inespecífico persistente localizado con enfoque diagnóstico inicial negativo. En la bibliografía hemos localizado diversos casos que sugieren que su incidencia podría ser mayor a la esperada. La utilidad del TAC sería no solo confirmar este diagnóstico, sino descartar otras patologías más graves, por lo que el hallazgo de una apendagitis epiploica, en principio podría ser tranquilizador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schnedl WJ, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2011;8:45-9.
2. Sand M, Gelos M, Bechara F. Epiploic appendagitis ¿clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surg. 2007;7:1.
3. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P. Acute epiploic appendagitis and its mimics. Radiographics. 2005;25:1521-34.