



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1016 - NO TODAS LAS APENDICITIS SINTOMÁTICAS SON QUIRÚRGICAS

E.Hernandez de León<sup>a</sup>, C.Vidal Ribas<sup>b</sup>, L. Medrano Llabrés<sup>b</sup>, A. Moreno González<sup>b</sup>, J.I. Ramírez Manent<sup>b</sup>, M. Albaladejo Blanco<sup>c</sup> y P. Vidal Leite Morais Vaz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca. <sup>c</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: dolor en fosa ilíaca izquierda (FII). Varón de 62 años, consulta por dolor en FII de 1 día de evolución, intermitente, tipo cólico, de intensidad 8/10. No se ha acompañado de diarreas, vómitos o alteraciones en el ámbito deposicional. No clínica miccional. En el centro de salud se decide administrar analgesia con sueroterapia por vía endovenosa pero ante la falta de mejoría se decide remitir al paciente a urgencias del hospital de referencia para descartar una causa inflamatoria/infecciosa. Antecedentes de interés: fumador de 10 cigarrillos/día. Consumidor de 2 cervezas diarias. No consumo de otras drogas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploraciones complementarias: afectado por el dolor. A la palpación profunda aqueja dolor en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión lumbar negativa. Pruebas complementarias: Analítica: anodina. TAC abdominal: imagen ovalada de 2 cm, de densidad grasa, sugestivo de apendicitis epiploica en FII.

**Juicio clínico:** En urgencias el paciente no responde bien al dolor y durante la exploración física se queja de mayor dolor abdominal durante la descompresión por lo que se decide solicitar las pruebas complementarias comentadas en el apartado anterior, siendo diagnosticado de apendicitis epiploica. Se decide ingreso para observación y tratamiento con antiinflamatorios sistémicos. Se solicitan analíticas seriadas para control de los parámetros inflamatorios (que se mantienen dentro de la normalidad), controlándose finalmente el dolor con analgesia de segundo escalón según la OMS. A las 24 horas el paciente es dado de alta a domicilio, sin haber aparecido complicaciones a corto/largo plazo. Juicio clínico: apendicitis epiploica.

**Diagnóstico diferencial:** Causa intestinal inflamatoria/infecciosa: diverticulitis, colitis. Causa urológica: nefrolitiasis, pielonefritis.

**Comentario final:** En un paciente con dolor abdominal agudo tanto la anamnesis como la exploración física adquieren una gran importancia, siendo importante descartar si existe enfermedad grave (dissección aórtica o la isquemia mesentérica, o enfermedades con indicación quirúrgica como la apendicitis y la colecistitis). La localización nos permite orientar la etiología, teniendo que pensar en diverticulitis, colitis, EII o apendicitis epiploica, en causas ginecológicas

(embarazo ectópico, fibromas, tumor o torsiones de ovario) o renales (nefrolitiasis o pielonefritis). El diagnóstico de apendicitis epiploica suele hacerse al pedir una prueba de imagen para descartar otros procesos pero deberíamos pensar en esta entidad cuando el paciente presenta dolor en FII, los parámetros clínicos y analíticos están dentro de la normalidad y mejora con antiinflamatorios. Las entidades quirúrgicas, como la apendicitis, la colecistitis o la diverticulitis aguda suelen caracterizarse por una mayor afectación del estado general y, sobre todo, por alteraciones analíticas más relevantes y diferencias sustanciales en las pruebas de imagen.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Gandía MA; Moreira Vicente, V; et al. Apendicitis epiploica: la otra apendicitis. Gastroenterología y Hepatología. Vol 31, número 2. Febrero 2008.