



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1189 - ABDOMINALGIA, UN CASO ESPECIALMENTE RARO

J. Capón Álvarez¹, A. Tierra Rodríguez², N. Crespo García¹ y Á. Díaz Rodríguez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ²Médico de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ³Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 48 años, sin, con antecedentes de diverticulitis aguda no complicada y sinusitis, acudió a Urgencias hospitalarias refiriendo dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo continuo de 12 h de evolución, acompañado de náuseas sin vómitos, con cuadro catarral en días previos. Afebril. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normohidratado. Normocoloreado. Eupneico. TA: 124/83. FC: 80 lpm. T^a: 36,5 °C. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, doloroso en hemiabdomen izquierdo con defensa abdominal, no masas ni megalias, con peristaltismo positivo. Miembros inferiores sin alteraciones. Analítica normal salvo leucocitosis de 11.200. Radiografía de abdomen con abundantes heces en marco cólico, especialmente derecho, con gas distal. Radiografía de tórax normal. ECG en ritmo sinusal a 70 lpm. Eje a 60° sin alteraciones en la repolarización. TAC abdomino-pélvico informa que en hipogastrio, en disposición anterior a colon sigmoide, área de morfología pseudonodular de cambios inflamatorios en grasa mesentérica, de 11 × 11 × 13 mm, sin asociar divertículos adyacentes ni engrosamientos significativos de la pared del colon, que impresiona de apendagitis aguda/infarto de grasa omental.

Orientación diagnóstica: Apendagitis aguda

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda. Apendicitis aguda. Gastroenteritis aguda. Cálculo urinario. Pielonefritis. Divertículos de Meckel. Ileítis de Crohn. Úlcera péptica perforada. Adenitis mesentérica. Colecistitis. Carcinoide del apéndice. Parásitos intestinales. Cáncer de colon perforado.

Comentario final: La apendagitis aguda constituye una causa infrecuente de dolor abdominal agudo y su prevalencia es desconocida. La presentación predomina en varones entre los 40-50 años (70-85%) y se postulan 2 mecanismos fisiopatológicos: torsión del pedículo a lo largo de su eje longitudinal o trombosis espontánea secundaria a procesos inflamatorios de órganos adyacentes. Ambos conllevarían una disfunción circulatoria intraapendicular con infarto, necrosis grasa y en último término fibrosis o calcificación. Se pudo llegar a un diagnóstico etiológico del dolor abdominal agudo de la paciente que posibilitó un manejo conservador, contribuyendo a ello de forma decisiva los hallazgos de la TC, herramienta de cada vez mayor valor diagnóstico en el abordaje de pacientes en este contexto.

Bibliografía

1. Vriesman B, Coerkamp L, Puylaert. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol.* 1999;9:1886-92.

Palabras clave: Dolor. Abdominal. Apendagitis.