



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



377/29 - APENDAGITIS EPIPLOICA

C. Estébanez Prieto¹, I. Vilariño Fariña², A. Terriza Ríos¹, M. Rodríguez Alonso², Y. González Silva³, M. Rodríguez Martín⁴, S. Peña Lozano⁴, I. Campuzano Juárez⁵.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. ²Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. ³Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Atención Primaria de Salamanca. ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. ⁵Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años, alérgica a AINES, nolutil, IBPs. Antecedentes personales de IRC estadio 3 secundaria a nefroangioesclerosis, IAM revascularizado en 2016, HTA, dislipemia, cólicos nefríticos de repetición e intervenida quirúrgicamente por hernia discal L4-L5 y episodio de peritonitis. En tratamiento crónico con Olmesartán/Hidroclorotiazida 40/25 mg/24 horas, Atenolol 50 mg/ 24 horas, Ranitidina 150 mg/12 horas, Atorvastatina 40 mg/24 horas, Paracetamol 650 mg/8 horas, Dacortin 5 mg/12 horas, Adiro 100 mg/24 horas, Alopurinol 100 mg/24 horas. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor de 24 horas de evolución, muy intenso, en región lumbar izquierda irradiado a región inguinal. Además refiere en estos últimos 3-4 días leves molestias en hipogastrio y al orinar, así como tenesmo vesical. Afebril. Sensación nauseosa. Le recuerda a episodios previos de cólico renal en dicho lado. El anterior día tomó dos comprimidos de tramadol 50 mg sin mejoría. Ante la comorbilidad se deriva al servicio de Urgencias para realización de pruebas complementarias y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: PA 162/56 mmHg, FC 70 lpm, Sat O2 97% Temperatura 35,6°C. Consciente, orientada, colaboradora, regular estado general, muy dolorida, normohidratada, normocoloreada. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, globuloso, timpánico, dolor a la palpación superficial en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas. Puño percusión renal izquierda dudosa, derecha negativa. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: series roja, blanca y plaquetar e iones sin alteraciones patológicas, creatinina 1.37 (similar a previas), urea 63, PCR 15. Orina: negativa. Ecografía y TC abdominal: afectación focal de la grasa sugiriendo apendicitis epiploica (apendagitis) adyacente al colon descendente (vacío izquierdo), y otra más evolucionada en región pélvica (perisigmoidea).

Juicio clínico: Apendagitis epiploica.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal, pielonefritis, diverticulitis.

Comentario final: Los apéndices epiploicos son protusiones de tejido graso rodeadas de peritoneo, con una arteria y una vena central, situados en intestino grueso. La apendagitis epiploica ocurre al obstruirse el pedículo vascular. Factores de riesgo: obesidad, actividad física intensa que incrementa su movilidad y las comidas copiosas que causan ectasia venosa esplácnica y trombosis. Es poco frecuente y puede ocurrir a cualquier edad. Caracterizado por dolor abdominal súbito, intenso, localizado generalmente en hemiabdomen inferior izquierdo, que aumenta con la defecación y micción por la propia tracción de los apéndices, y que puede simular según la localización derecha o izquierda una apendicitis o una diverticulitis. Realizado el diagnóstico es posible continuar con el tratamiento y seguimiento desde Atención Primaria. El tratamiento es: reposo, analgesia y dieta ligera. El pronóstico es muy bueno, siendo un proceso autolimitado y benigno que se resuelve normalmente en 1-2 semanas. Las complicaciones son infrecuente, como torsión del apéndice inflamado o adherencia a otra víscera ocasionado obstrucción o formación de absceso.

Bibliografía

Vicente R, Melgarejo F, Ortiz MC, Manteca R. Apendagitis epiploica una causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo. Gastroenterología y Hepatología. 2011; 34(6): 434-35.