



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/299 - APENDAGITIS AGUDA: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

S. Barón del Río

Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 36 años con antecedentes personales de migrañas, no intervenido quirúrgicamente y sin reacciones alérgicas conocidas, que consulta por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda (FII), no irradiado, progresivo, de 4 días de evolución, de moderada intensidad, que cede con analgesia habitual. No alteraciones gastrointestinales. No fiebre ni sensación distérmica. No otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Hemodinámicamente estable. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en FII con defensa. No masas ni megalias. No peritonismo. RHA +. Analítica: sin alteraciones relevantes. TC abdómino-pélvico: aumento de intensidad de señal de la grasa mesentérica en FII, rodeando a un colon descendente con la pared discretamente engrosada. Presencia de una zona central hipodensa y un aumento de densidad de la fascia latero-conal. Hallazgo en probable relación con pequeña zona de apendagitis y/o mínima zona de infarto omental. Dada la pared de colon descendente discretamente engrosada y la aparente presencia de minúsculos divertículos, no se puede descartar totalmente la posibilidad de diverticulitis atípica. Resto del estudio sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Apendagitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de dolor abdominal bajo agudo. Diverticulitis aguda no complicada: se presenta con dolor abdominal y con diarrea en un pequeño porcentaje. En la prueba de imagen, se objetiva engrosamiento de colon y de la grasa paracólica de la zona con diverticulitis. Apendicitis aguda: los síntomas clásicos son dolor en FID, anorexia, fiebre, náuseas y vómitos, así como un apéndice > 6 mm, con oclusión luminal y engrosamiento de su pared (> 2 mm) en la prueba de imagen. Otros: absceso, neoplasia de colon, enfermedad de Crohn, ileítis infecciosa, adenitis mesentérica, paniculitis mesentérica y patología ginecológica en la mujer.

**Comentario final:** La apendagitis aguda es una patología poco frecuente e infradiagnosticada, confundible con diversas patologías abdominales. Suele ser benigna y autolimitada, aunque puede ocasionar complicaciones como abscesos, oclusiones o peritonitis, por lo que es recomendable tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un dolor abdominal bajo, motivo de consulta muy frecuente en Consulta y en Urgencias. En este caso, el paciente se trató de forma conservadora con

antiinflamatorios y seguimiento en Consultas Externas de Cirugía General.

## **Bibliografía**

1. Gelrud A, Cárdenas A, Chopra S. Epiploic appendagitis. UptoDate. Disponible en: [http://bvscsmupt.madrid.org:7777/contents/epiploic-appendagitis?source=search\\_result&search=apendagitis&selectedTitle=1~4](http://bvscsmupt.madrid.org:7777/contents/epiploic-appendagitis?source=search_result&search=apendagitis&selectedTitle=1~4)
2. Orgaz D, Gordo O, Moreno MP. Apendagitis epiploica, ¿más común de lo que pensamos? FMC. Formación médica continuada en atención primaria. 2013;20(6):378-9.
3. Jakubowicz M, Tisser L, Carrera C, et al. Epiploic Apendagitis: Case Review. European Congress of Radiology. 2013.
4. Olmedo Martín RV, Melgarejo Cordero F, Ortiz Corroero MC, et al. Apendagitis epiploica una causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo. Gastroenterología y Hepatología. 2011;34(6):434-5.
5. Reyes-Balaguer J. Apendagitis epiploica: una causa infrecuente de dolor abdominal a tener en cuenta en atención primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2014;40(8):478.
6. Gamboa-Hoil SI, De la Paz-Ponce YG, Pat-Cruz F, et al. Appendagitis acute, a rare cause of abdominal pain: A case report. Revista Médica del Hospital General de México.
7. Martínez-Serrano MÁ, Poves I, Dorcaratto D, et al. Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico. Cirugía Española. 2011;89(3):194-6.
8. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.