

Bibliografía

1. Rubio-Tapia A, Herman ML, Ludvigsson JF, Kelly DG, Mangan TF, Wu TT, et al. Severe spruelike enteropathy associated with olmesartan. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:732–8.
2. Ianiro G, Bibbò S, Montalto M, Ricci R, Gasbarrini A, Cammarota G. Systematic review: Sprue-like enteropathy associated with olmesartan. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40:16–23.
3. Matt P, Schoenhoff F, Habashi J, Holm T, Van Erp C, Loch D, et al. Circulating transforming growth factor- β in marfan syndrome. *Circulation.* 2009;120:526–32.
4. FDA Drug Safety Communication: FDA approves label changes to include intestinal problems (sprue-like enteropathy) linked to blood pressure medicine olmesartan medoxomil. Disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm35947.htm>
5. Théophile H, David XR, Miremont-Salame G, Haramburu F. Five cases of sprue-like enteropathy in patients treated by olmesartan. *Dig Liver Dis.* 2014;46:465–9.
6. Seminero J, McGrath K, Arnold CA, Voltaggio L, Singhi AD. Medication-associated lesions of the GI tract. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:140–50.
7. Sanford ML, Nagel AK. A review of current evidence of olmesartan medoxomil mimicking symptoms of celiac disease. *J Pharm Pract.* 2014.

Jose Luis Ulla-Rocha*, Susana Lopez-Piñeiro
y Manuel Puga-Gimenez

Digestive Diseases, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseluisulla@gmail.com
(J.L. Ulla-Rocha).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.007>

Apendagitis epiploica recidivada contralateral



Recurrent contralateral epiploic appendagitis

Sr. Director:

Las apendagitis epiploicas primarias –o mejor llamadas apendicitis epiploicas o epiploitis– están causadas por el infarto venoso de un segmento de apéndice epiploico y pueden ocurrir a cualquier edad. Dan lugar a cuadros de dolor abdominal generalmente autolimitado y su manejo es conservador.

Presentamos a un varón de 32 años, sin más antecedentes de interés que un episodio de apendagitis epiploica derecha ocurrido 3 meses antes y diagnosticado por TC (fig. 1A). El paciente se había mantenido asintomático y sin cambios en el estilo de vida. Consultó por dolor abdominal agudo de 2 días de evolución –esta vez localizado en el lado izquierdo– no asociado a fiebre, náuseas, vómitos ni alteraciones del ritmo intestinal.

La analítica era normal y la exploración abdominal evidenciaba defensa voluntaria en fosa iliaca izquierda sin

signos de irritación peritoneal. Se realizó una TC abdominal que informó de apendagitis epiploica de colon descendente (fig. 1B). El paciente estaba muy afectado por los síntomas, por lo que se decidió ingreso para control analgésico y reposo alimentario, recibiendo el alta, asintomático, al cuarto día.

El manejo del dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias se ha facilitado gracias a la accesibilidad de las pruebas de imagen, pero también ha aumentado la incidencia de dolencias que quedaban sin diagnóstico o que requerían cirugía para obtenerlo, como la apendagitis, no siendo una indicación para su tratamiento.

Hasta 1986, cuando se describieron por primera vez los hallazgos en la TC abdominal, el diagnóstico era quirúrgico^{1,2}. Se han descrito factores predisponentes, como el ejercicio físico intenso, las comidas copiosas o la existencia de hernias^{2,3}, pero ninguno ha demostrado ser un factor causal consistente. Otros han sido descartados, como la obesidad, aunque sí existe relación entre el tamaño de los apéndices y el sobrepeso del sujeto⁴. Por lo que sabemos, este es el primer caso de apendagitis recidivada en el lado contralateral descrito en la bibliografía española. No convergen en nuestro paciente ninguno de los factores de riesgo descritos, por lo que cabe suponer que existen elementos etiopatogénicos que aún deben ser estudiados.

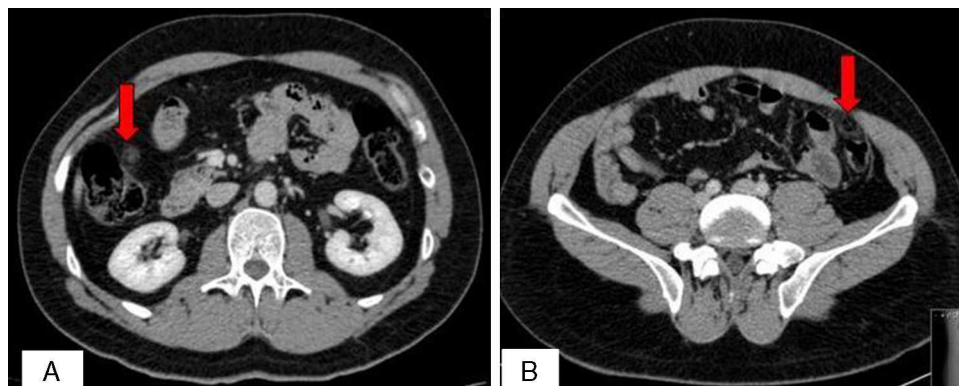


Figura 1 Imagen ovalada bien delimitada de densidad grasa, en íntimo contacto con la pared del colon, con halo periférico que realza con la administración de contraste, compatible con apendagitis.

Para el diagnóstico de esta inflamación autolimitada de los apéndices epiploicos del colon, que no se ven en condiciones normales por confundirse con la grasa peritoneal en los estudios de imagen, es fundamental la sospecha diagnóstica. Debemos barajarla en los dolores abdominales localizados en ambas fosas iliacas y que no se acompañan de una importante afectación del estado general, normalmente sin fiebre y sin alteraciones analíticas. La TC continúa siendo la prueba más sensible para el diagnóstico, siendo el signo radiológico típico una imagen ovalada bien delimitada de densidad grasa, en íntimo contacto con la pared del colon, con halo periférico que realza con la administración de contraste y que se acompaña de infiltración de la grasa del meso adyacente⁵. Aproximadamente un 2% de las exploraciones realizadas por dolor abdominal con sospecha de apendicitis o diverticulitis resultan ser una apendagitis epiploica primaria⁶.

El tratamiento consiste en dieta absoluta con reintroducción progresiva y antiinflamatorios. Ni el tratamiento quirúrgico ni una pauta de antibióticos son precisos. El pronóstico es muy bueno, aunque se han descrito complicaciones como abscesos u obstrucciones por adherencias.

Bibliografía

1. Benítez-Roldán A, Castro-Márquez C, Pellicer-Bautista FG, Herre-rías Gutiérrez JM. Apendagitis: una causa inusual de dolor abdominal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:506-19.
2. Vázquez-Morón JM, Barrera-González MJ, Benítez-Rodríguez B, Pallarés-Manrique H, Ramos-Lora M. Apendagitis epiploica: causa infrecuente de dolor abdominal agudo. *RAPD ONLINE.* 2011;34:105-106.
3. Solsona-Tomà G, Albaladejo-Blanco C. Apendagitis epiploica. *Butlletí de la Medicina de Família a Catalunya.* 2011;29:2.
4. Morera-Ocón FJ. ¿On time para vetar el empleo del término apendagitis? *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:513-4.
5. Olmedo-Martín RV, Melgarejo-Cordero F, Ortiz-Correro MC, Manteca-González R. Apendagitis epiploica una causa infradiagnóstica de dolor abdominal agudo. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;34:434-42.
6. Poves I, Català J, Miguel S, Pernas-Canadellb JC, Ballesta-López C. Apendagitis epiploica primaria. *Rev Clin Esp.* 2004;204:43-7.

Antonio José Fernández-López^{a,*},
Miguel González-Valverde^{a,b}, Jorge A. Benavides-Buleje^{a,b},
Nuria Martínez-Sanz^a, María Vicente-Ruiz^a,
Angela Sánchez-Cifuentes^a
y A. Albarracín-Marín-Blázquez^{a,b}

^a *Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España*

^b *Departamento de Cirugía, Universidad de Murcia, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandezlopezaj@gmail.com
(A.J. Fernández-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.004>