

Dolor abdominal en fosa ilíaca derecha en paciente de 79 años

Valdés-Fernández B.¹, Gutiérrez-Pantoja A.¹, Cordido-Henríquez F.¹, Gil-Sierra A.²,
Molina-López-Nava P.³

Sanid. mil. 2021; 77 (4): 233-234, ISSN: 1887-8571

Mujer de 79 años de edad que acudió a Urgencias por dolor en la fosa ilíaca derecha de 3 días de evolución, sin fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, ni síndrome miccional. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, displipemia, colecistectomía, carcinoma de mama izquierdo tratado con cirugía y radioterapia y deterioro cognitivo moderado tipo enfermedad de Alzheimer.

En la exploración física el abdomen era blando y depresible, no se palpaban masas ni organomegalias, pero presentaba dolor a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha, sin clara irritación

peritoneal (signo de Blumberg dudoso). La analítica no mostraba alteraciones significativas.

Se solicitó un TC abdominopélvico en el que el apéndice cecal no presentaba cambios inflamatorios que sugiriesen apendicitis aguda y caudal al apéndice y a distancia, en localización paravesical derecha, se visualizaba una lesión oval de aproximadamente 1 cm, de densidad grasa, rodeada por un anillo hiperdenso con una zona central de mayor densidad y con aumento de la atenuación de la grasa circundante, junto con mínima cantidad de líquido en la gotiera paracólica ipsilateral. No se objetivó neumoperitoneo (fig. 1A, B y C).



Figura 1. TC abdominopélvico con contraste intravenoso. A corte axial. B corte coronal. C corte sagital.

¹ Facultativo Especialista de Área Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

² Facultativo Especialista de Área Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Móstoles.

³ Coronel Médico. Facultativo Especialista de Área Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Dirección para correspondencia: M.^a Belén Valdés Fernández, Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Recibido: 19 de mayo de 2021

Aceptado: 24 de noviembre de 2021

doi: 10.4321/S1887-857120210004000012

Diagnóstico: Apendagitis epiploica

DISCUSIÓN

La apendagitis epiploica es una inflamación autolimitada de los apéndices epiploicos. Este término fue introducido por Lynn y col. en 1956 y los hallazgos de la Tomografía Computarizada (TC) se describieron por primera vez en 1986 por Danielson y col.¹. Antes del uso extensivo de la TC el diagnóstico de esta entidad se realizaba habitualmente en el acto quirúrgico por laparotomía exploradora^{1,2} y el tratamiento era la exéresis del apéndice inflamado³.

Los apéndices epiploicos son pequeñas estructuras pedunculadas y móviles de tejido graso de aproximadamente 0,5-5 cm, que protruyen desde la superficie serosa del colon en la cavidad peritoneal. Hay aproximadamente 50-100 apéndices epiploicos en los adultos, alineados en dos hileras una medial y otra lateral desde el ciego a la unión recto-sigmoidea^{1,2,4}. En orden decreciente son más frecuentes en la unión recto-sigmoidea (57%), seguido de la región ileocecal (26%), colon ascendente (9%), colon transversal (6%) y por último en colon descendente (2%). Ocasionalmente pueden estar cerca del apéndice y del intestino delgado³, pero no se han descrito en el recto. Son de mayor tamaño los que están cerca del sigma¹ y por razones desconocidas tienden a ser más grandes en personas obesas y en personas que han perdido peso recientemente. El aporte vascular de cada apéndice es por una o dos arteriolas que se originan en los vasa recta longa del colon y el drenaje es a través de una vena tortuosa que pasa por un pedículo estrecho. La perfusión limitada, la forma pedunculada y el aumento de movilidad exponen a los apéndices a un riesgo de torsión con la consecuente isquemia o hemorragia. El papel exacto de los apéndices epiploicos no es bien conocido, se asume que actúan como almohadilla grasa durante el peristaltismo similar al omento mayor y que también juegan un papel en la inmunidad intestinal⁴.

Los apéndices epiploicos en condiciones normales son indetectables en la TC porque están rodeados de grasa peritoneal y omental. Son visibles cuando están inflamados o rodeados por ascitis^{1,4}.

La apendagitis epiploica también conocida como apendicitis epiploica o apendagitis es una causa rara de dolor abdominal. Es más frecuente entre la 2.^a-5.^a décadas de la vida. Se ha descrito una forma primaria debida a un infarto isquémico o hemorrágico por torsión del pedículo o por trombosis espontánea de la vena central de drenaje que ocasiona inflamación local y una forma secundaria a procesos inflamatorios en órganos adyacentes como diverticulitis, apendicitis, pancreatitis o colecistitis^{3,4}.

Se suele manifestar como dolor agudo en un cuadrante inferior y puede simular una diverticulitis aguda o una apendicitis aguda. Es más frecuente en el cuadrante inferior izquierdo¹. Habitualmente cursa sin defensa ni rigidez abdominal asociada⁵. El diagnóstico clínico es un reto porque no hay ni signos patognomónicos ni marcadores de laboratorio específicos. Los pacientes no suelen presentar náuseas, ni fiebre. A veces refieren plenitud postprandial y una minoría estreñimiento o diarrea^{1,4}. En la mayoría de los casos los leucocitos, la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva son normales, aunque se ha descrito en algunos casos una leve leucocitosis⁴.

La TC es la principal prueba de imagen diagnóstica ya que muestra unos hallazgos característicos. Se manifiesta como una lesión solitaria ovoidea generalmente pericólica, de densidad grasa, de diámetro axial aproximado de 1-5 cm con un anillo fino hiperdenso («hyperattenuating ring sign») que representa el peritoneo visceral inflamado y es diagnóstico de esta entidad². Generalmente asocia inflamación del mesenterio adyacente, puede haber discreto engrosamiento reactivo de la pared del colon y a veces además se observa, como en este caso, un foco central hiperdenso dentro de dicha lesión grasa («central dot sign») que representa la vena central trombosada, signo muy útil, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. Este punto central puede calcificarse, desprenderse y aparecer en la cavidad abdominal como un cuerpo libre^{2,4}.

En el seguimiento por TC a los 6 meses los hallazgos pueden no mostrar cambios, disminuir de tamaño y lo más habitual es que se resuelvan completamente.

Se ha descrito que menos del 8% de las TC realizadas por sospecha de diverticulitis o apendicitis muestran apendagitis epiploica. La incidencia exacta es desconocida, probablemente infraestimada. Otros procesos con los que la imagen por TC permite hacer el diagnóstico diferencial son el infarto agudo omental, la pancreatitis mesentérica, los tumores primarios lipomatosos y las metástasis omentales^{1,2}.

En ecografía la imagen característica consiste en una lesión oval hiperecogénica, no compresible, sin flujo central, localizada en el punto de máximo dolor¹.

Se trata de una entidad benigna y autolimitada. El tratamiento es conservador con antiinflamatorios. En la mayoría de los pacientes los síntomas se resuelven en 2 semanas. El riesgo de recurrencia es bajo y las complicaciones descritas como adherencias y obstrucción intestinal son raras^{1,4}.

La importancia de este caso radica en la necesidad de conocer esta entidad infrecuente en la que el papel del radiólogo es esencial para evitar errores diagnósticos, ingresos hospitalarios y cirugías innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *RadioGraphics* 2005; 25: 1521-1534.
2. Almeida AT, Melao L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians-diagnostic imaging, pitfalls and look-alikes. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 193: 1243-1251.
3. Boardman, Kaplan KJ, Hollcraft C, Mansfield et al. Radiologic-Pathologic Conference of Keller Army Community Hospital at West Point the United States Military Academy. Torsion of the epiploic appendage. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180 (3): 748.
4. Giambelluca D, Cannella R, Carvana G, Salvaggio L, Grasedonio E, Galia M, Midiri M, Salvaggio G. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. *Insights into Imaging* 2019; 10: 26.
5. Alvarez Arranz E, Madariaga Ruiz D, Solís Gutiérrez R, Ortiz Giménez L, Moreno Caballero L, Navas Campo R. Apendagitis epiploica primaria: hallazgos clínico-radiológicos y diagnóstico diferencial. *Radiología* 2018; 60 (Espec Cong): 1741.