

Casos de interés radiológico

Apendagitis epiploica. Reporte de un caso

[Epiplonic appendagitis. Case report]

Naila Auon, Rolando Reyna

Departamento de Diagnóstico, Servicio de Imagenología, Hospital Santo Tomás, Rep. de Panamá.

Palabras Claves

Apendagitis, apéndice epiploico, tomografía computarizada, dolor abdominal agudo, diverticulitis aguda.

Keywords:

Appendagitis, epiploic appendix, computed tomography, acute abdominal pain, acute diverticulitis.

Correspondencia

Rolando Reyna
naylaauon.1192@gmail.com

Recibido

5 de agosto de 2023

Aceptado

1 de agosto 2023

Publicado

11 de septiembre de 2023

Uso y reproducción

Publicación de libre uso individual, no comercial. Prohibida la distribución para otros usos sin el consentimiento el editorial.

Aspectos bioéticos

Los autores declaran no existir conflicto de interés asociado a este manuscrito y que no hubo participación de pacientes.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para este trabajo.

Uso de datos

Los datos crudos anonimizados serán provistos a solicitud por el autor corresponsal.

Resumen

Paciente masculino de 39 años con antecedente de meningioma atípico operado, en la actualidad en tratamiento con radioterapia. Admitido a cuarto de urgencia con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo, el cual se irradia a miembro inferior izquierdo, asociado a fiebre no cuantificada. Al examen físico, el abdomen es blando, depresible, con dolor en fosa ilíaca izquierda. Se le realiza radiografía de abdomen simple donde no se visualiza patrón obstructivo intestinal ni otros hallazgos patológicos. Es evaluado por el servicio de Cirugía General, quien solicita realizar tomografía de abdomen y pelvis contrastada (TC) para descartar diverticulitis aguda. La tomografía contrastada, muestra en el aspecto anterior de la pared del tercio proximal del colon sigmoide una imagen ovoidea con densidad grasa, rodeado por un anillo hiperdenso delgado, asociado a marcada estriación localizada de la grasa pericolónica y engrosamiento de las fascias peritoneal parietal y transversalis en relación con proceso tipo apendagitis epiploica aguda. El paciente se le da tratamiento sintomático con mejoría del cuadro y egreso con analgésicos y antiinflamatorios orales.

Abstract

39-year-old male patient with a history of post operated atypical meningioma, currently being treated with radiotherapy. He was admitted to the emergency room with 3 days of abdominal pain located in the left hemiabdomen, which radiated to the left lower limb, associated with unquantified fever. On physical examination, the abdomen is soft, depressible, with pain in the left iliac fossa. A plain abdominal X-ray was performed, showing no intestinal obstructive pattern or other pathological findings. He was evaluated by Surgery Department, who requested a abdomen computed tomography (CT) to rule out acute diverticulitis. The CT shows in the anterior aspect of the wall of the proximal third of the sigmoid colon an ovoid image with fat density, surrounded by a thin hyperdense ring, associated with marked localized striation of the pericolonic fat and thickening of the parietal and transversalis peritoneal fasciae in relation to an acute epiploic appendagitis type process. The patient was given symptomatic treatment with improvement and discharge with analgesics and oral anti-inflammatory drugs.

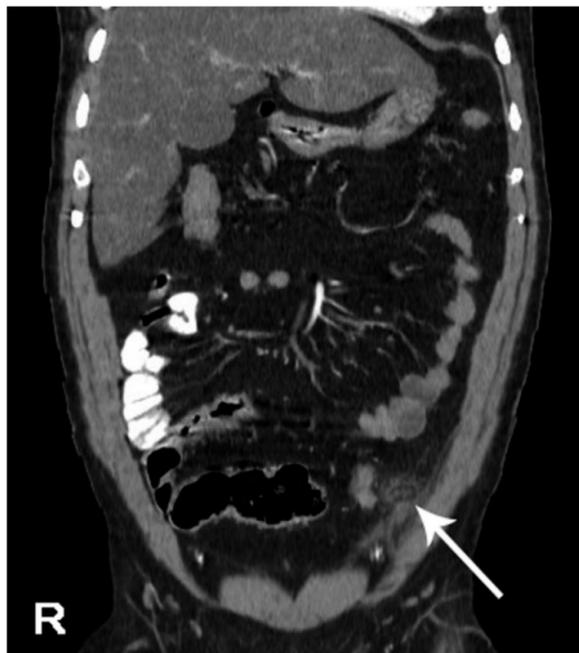
INTRODUCCIÓN

Paciente masculino de 39 años, con antecedente de meningioma atípico operado, en la actualidad en tratamiento con radioterapia. Presenta cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo, el cual se irradia a miembro inferior izquierdo, asociado a fiebre no cuantificada. Al examen físico, el abdomen es blando, depresible, con dolor en fosa ilíaca izquierda y signo del rebote positivo. No se palpaban masas ni visceromegalia. Datos de laboratorio: Leucocitos 8,920, neutrófilos 53.4%, hemoglobina 15.2 g/dl, plaquetas 269,000, uroanálisis no patológico y química general sin alteraciones.

Se le realiza radiografía de abdomen simple donde no se visualiza patrón obstructivo intestinal ni otros hallazgos patológicos. Fue evaluado por el servicio de Cirugía General, quien solicita realizar tomografía de abdomen y pelvis contrastada para descartar diverticulitis aguda.

A la evaluación de las imágenes de la TC tanto en la fase simple como en la fase contrastada, en el aspecto anterior de la pared del tercio proximal del colon sigmoide, se observa una imagen ovoidea con densidad grasa, (Ver figura 1), rodeado por un anillo hiperdenso delgado, (Ver figura 2), asociado a marcada estricción localizada de la grasa peri colónica y engrosamiento de las fascias peritoneal pari-

Figura 2. TC fase venosa reconstrucción coronal.

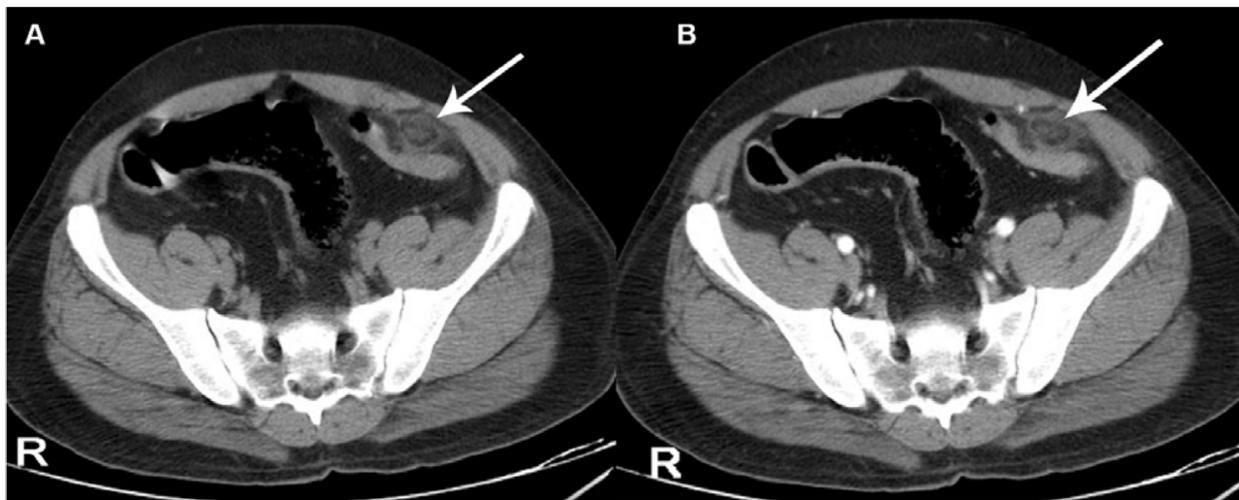


En la fosa ilíaca izquierda se observa inflamación de un apéndice epiloico, identificándose el signo del anillo hiperatenuante (flecha blanca).

etal y transversalis. (Ver figura 3). No se identifica engrosamiento mural intestinal, divertículos ni otras alteraciones compatibles con otras patologías, realizando el diagnóstico de apendagitis epiloica aguda.

Al paciente se le da tratamiento sintomático con mejoría del cuadro y su consiguiente

Figura 1. TC corte axial en fase simple y arterial.



En la fosa ilíaca izquierda, adyacente al colon sigmoide (flechas blancas) se observa una imagen con densidad de grasa, de morfología ovoidea y anillo hiperatenuante a su alrededor, asociado a estricción de la grasa adyacente.

Figura 3. TC abdomen fase venosa reconstrucción sagital.



Se evidencia signo del punto central (punta de flecha), que corresponde con trombosis del pedículo venoso central del apéndice epiploico, con cambios inflamatorios adyacentes.

egreso con analgésicos y antiinflamatorios orales.

DISCUSIÓN

La apendagitis epiploica aguda es una entidad inusual y poco frecuente, causante de dolor abdominal agudo. Su incidencia actual es desconocida y subestimada, describiéndose en la literatura, en aproximadamente 2-7% de los pacientes con dolor abdominal.

Es un proceso inflamatorio y autolimitado de los apéndices epiploicos del colon, los cuales son evaginaciones adiposas, pedunculadas, dependientes de la capa serosa del colon, rodeados por peritoneo visceral [1]. Poseen un pedículo vascular, del cual reciben irrigación de los vasos rectos del colon. Estos apéndices omentales se localizan adyacentes a unas bandas longitudinales presentes en el colon, conocidas como tenias libre y omental. Se extienden desde el ciego hasta la unión rectosigmoide. También pueden estar presentes

adyacentes al apéndice cecal (afección infrecuente), exceptuando el recto. Este proceso inflamatorio afecta con mayor frecuencia el colon sigmoide, en aproximadamente un 50% de los casos, seguido del colon descendente manifestándose en un 26% de los casos [1,2]. Cabe mencionar que el segmento colónico que se afecta con menor frecuencia es el colon transverso, ya que este solo presenta una sola hilera de apéndices epiploicos en la tenia libre, por la presencia de la inserción del epiplón mayor en la tenia omental.

Este proceso inflamatorio puede ser de etiología primaria, el cual se debe a torsión del apéndice epiploico o trombosis venosa espontánea central; o secundaria, por afección contigua de otros procesos inflamatorios primarios (Ver Tabla 1).

La presentación clínica de la apendagitis aguda se caracteriza por la presencia de dolor abdominal localizado, con frecuencia en los cuadrantes inferiores. Por lo general no presenta irradiación a otros cuadrantes abdominales, empeorando con la distensión abdominal y la realización de maniobras de Valsalva. Usualmente, no hay cambios en los hábitos intestinales y puede causar náuseas y/o vómitos.

Por el sitio de localización del dolor abdominal y el cuadro clínico poco preciso, este proceso inflamatorio es capaz de simular varias patologías agudas, entre ellas, apendicitis y diverticulitis aguda, infarto omental, procesos inflamatorios pélvicos en mujeres (torsión ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica, quiste ovárico roto, embarazo ectópico), y con menor frecuencia, colecistitis y pancreatitis aguda, entre otros [3].

El diagnóstico diferencial que se asocia con mayor frecuencia a la apendagitis epiploica aguda es la diverticulitis aguda, el cual se descierne por medio de un estudio tomográfico de abdomen y pelvis [2]. La presencia de leucocitosis y elevación importante de los marcadores inflamatorios, además de la presencia de complicaciones típicas de la diverticulitis aguda apoyan el diagnóstico.

En el caso de la apendagitis omental, sus hallazgos más frecuentes consisten en la presencia de una imagen con densidad grasa, de morfología ovalada, adyacente a la pared ante-

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de la apendagitis epiploica.

| Patologías relacionadas con dolor abdominal agudo | Localización típica | Hallazgos más frecuentes para orientación del diagnóstico diferencial |
|---|------------------------------------|---|
| Diverticulitis aguda | Hemiabdomen izquierdo | Edad más frecuente (> 50 años). Dolor abdominal bajo difuso, hipersensibilidad peritoneal, fiebre, asociado a leucocitosis. Complicaciones asociadas: Abscesos pericolónicos, perforación, peritonitis, entre otras. |
| Apendicitis aguda | Hemiabdomen derecho | Edad más frecuente (todas las edades, con mayor incidencia en la segunda década de la vida). Dolor periumbilical que migra a cuadrante inferior derecho, hipersensibilidad peritoneal, fiebre, náuseas y vómitos, asociado con frecuencia a leucocitosis. |
| Infarto omental | Hemiabdomen derecho | Edad más frecuente (pacientes pediátricos). Dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos, fiebre, asociado a leucocitosis leve. |
| Paniculitis mesentérica | Raíz del mesenterio (dolor difuso) | Edad más frecuente (edad adulta media o tardía ~ 60 años ~). Subgrupo de la mesenteritis esclerosante, que consiste en una reacción inflamatoria, inflamación crónica inespecífica y fibrosis del tejido adiposo de la raíz del mesenterio. Dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos y pérdida de peso, pero también puede ser asintomática. |
| Tumores primarios y metástasis | Dolor difuso | Tumores abdominales que contienen grasa (liposarcoma, angiomiolipoma exofítico, metástasis dermoides y omentales). |

rior del intestino grueso. Por el proceso inflamatorio el peritoneo visceral tiende a cubrir la lesión, creando un borde periférico de alta atenuación, mejor conocido como “signo del anillo hiperatenuante”, considerado como criterio fundamental para el diagnóstico [2]. Además, en su interior se observa un foco central de alta atenuación, conocido como el “signo del punto central” sugestivo de trombo-

sis del pedículo venoso central del apéndice omental inflamado, presente en un 30 – 78% de los casos.

Conclusión

CONCLUSIONES

Con frecuencia, la apendagitis epiploica aguda no es considerada dentro del diagnóstico diferencial en un paciente con dolor abdominal. Esta entidad consiste en un proceso inflamatorio autolimitado y su manejo terapéutico es conservador, con antiinflamatorios y analgésicos orales.

Es de suma importancia realizar una buena anamnesis y considerar a la apendagitis epiploica dentro de las posibilidades diagnósticas, para solicitar los estudios de gabinete pertinentes, siendo la tomografía computarizada la modalidad de imagen de elección, y evitar llevar a cabo un diagnóstico erróneo, ya que esto aumentaría el riesgo de ofrecer un manejo inadecuado y aumentar la incidencia de complicaciones.

Referencias

REFERENCIAS

- [1] Almeida, A. M., Melão, L., Viamonte, B., Cunha, R., & Pereira, J. A. (2009). Epiploic Appendagitis: An Entity Frequently Unknown to Clinicians—Diagnostic Imaging, Pitfalls, and Look-Alikes. *American Journal of Roentgenology*, 193(5), 1243–1251. <https://doi.org/10.2214/ajr.08.2071>
- [2] Giambelluca, D., Cannella, R., Caruana, G., Salvaggio, L., Grassettoni, E., Galia, M., Midiri, M., & Salvaggio, G. (2019). CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. *Insights Into Imaging*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0715-9>
- [3] Singh, A. K., Gervais, D. A., Hahn, P. F., Sagar, P., Mueller, P. R., & Novelline, R. A. (2005). Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *Radiographics*, 25(6), 1521–1534. <https://doi.org/10.1148/rg.256055030>