

Abdomen agudo por apéndice epiploica infartada

García-Bravo Luis Manuel, Salazar-Koelliker Alejandro, García-González Román Indalecio, Rivera-Pérez Vidal Salvador, López-Rodríguez Erika Patricia Guadalupe

Autor para correspondencia

Luis Manuel García Bravo. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE. Lago Texcoco 2358, Col. Lagos del Country, Zapopan Jalisco, CP: 45177. Tel: 044 3339542664
Contacto al correo electrónico: drbisonte@hotmail.com

Palabras clave: abdomen agudo, apendagitis, apéndice epiploica, apéndice infartada.
Keywords: acute abdomen, appendagitis, epiploic appendix, infarcted appendix.



Abdomen agudo por apéndice epiploica infartada

García-Bravo Luis M.^o, Salazar-Koelliker Alejandro^o, García-González Román I.^o, Rivera-Pérez Vidal S.^o, López-Rodríguez Erika PG^b.

Resumen

Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas entre 5 y 50 mm que protruyen de la superficie serosa del colon, desde ciego hasta sigmoides. Se desconoce su función, se cree ejercen un mecanismo defensivo durante la peristalsis. La torsión ocurre espontáneamente produciendo el estrangulamiento del pedículo y su infarto. Más frecuente en obesos. La TAC es el método de elección para su diagnóstico. El tratamiento debe ser quirúrgico y el diagnóstico se confirma durante la cirugía. Caso Clínico: masculino 42 años, inicia hace 24 hrs con dolor abdominal agudo en FID, náusea, anorexia, fiebre 38 grados, 150 kg, IMC: 47. En la exploración, abdomen globoso, RsPs ausentes del lado derecho, dolor en punto de McBurney y Blumberg positivo. TAC: Área Hiperdensa (plastrón) en FID con calcificación sugestiva de apendicitis, corte sagital con incremento de la densidad grasa con calcificación en FID. La apendagitis epiploica es una patología autolimitada, manifestada con dolor abdominal sugestivo de apendicitis o diverticulitis. El paciente presentaba obesidad mórbida y cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda, sometándose a laparoscopia. El tratamiento quirúrgico solo está indicado en casos como el presentado, con dolor abdominal persistente y reacción localizada. .

Palabras clave: *abdomen agudo, Apendagitis, Apéndice Epiploica, apéndice infartada.*

Acute abdomen secondary to infarcted epiploic appendix

Abstract

The epiploic appendices are fatty structures between 5 and 50 mm that protrude from the serous surface of the colon, from cecum to sigmoid. Its function is unknown. They are believed to exert a defensive mechanism during peristalsis. The torsion occurs spontaneously producing the strangulation of the pedicle and its infarction. CT is the method of choice for diagnosis. Surgical intervention is not ruled out and the diagnosis is confirmed during surgery. We present the case of a 42-year-old male with morbid obesity who presented with acute abdominal pain in the right iliac fossa, nausea, loss of appetite and fever. Surgery was performed in which inflammation of ischemic epiploic appendix was evidenced and resected. Epiploic appendagitis is a self-limited pathology, manifested with abdominal pain suggestive of appendicitis or diverticulitis. Computed tomography is the diagnostic method of choice. Surgical treatment is only indicated in cases such as the one presented, with persistent abdominal pain and localized reaction.

Key words: *acute abdomen, appendagitis, epiploic appendix, infarcted appendix.*

a. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Fariás ISSSTE.

b. Medicina Familiar, Clínica 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Autor para correspondencia

Luis Manuel García Bravo. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Fariás ISSSTE. Lago Texcoco 2358, Col. Lagos del Country, Zapopan Jalisco, CP: 45177. Tel: 044 3339542664

Contacto al correo electrónico: drbisonte@hotmail.com

Introducción

Los apéndices epiploicos son formaciones grasas, pediculadas, recubiertas de serosa que se encuentran en la superficie externa del colon, hacia la cavidad peritoneal. Hay un promedio de 50-100 apéndices epiploicos por persona y se sitúan en 2 hileras: una medial a la tenia libera y otra lateral a la tenia omental¹. Su localización más frecuente es en el colon transversal y sigmoides, aunque se extienden por todo el colon^{1,2}. En la base del apéndice vermicular suelen encontrarse apéndices epiploicos rudimentarios. No se conoce bien su función, aunque se cree que ejercen un mecanismo defensivo durante la peristalsis¹.

Su tamaño es muy variable: los mayores presentan hasta 15 cm, con un tamaño medio de unos 3 cm. Sin haberse determinado con certeza el motivo, son más prominentes en las personas obesas y las que han perdido peso de forma brusca^{1,2}. Estos apéndices están vascularizados por dos arterias, ramas terminales de las arterias colónicas. Poseen una única vena central larga y tortuosa, que atraviesa el pedículo; esta morfología determina la fisiopatología de la apendicitis epiploica¹. La torsión, la isquemia o la inflamación de los apéndices epiploicos son eventos que ocurren espontáneamente y el cuadro clínico se denomina apendagitis. La secuencia de eventos clínicos es similar a la apendicitis aguda, a saber: una obstrucción de alguna clase, seguido de isquemia, trombosis y finalmente necrosis^{1,2,3,4,5}.

En general, no son visibles en las pruebas de imagen (ecografía y tomografía computarizada, principalmente), salvo que se encuentren inflamados o rodeados de líquido (ascitis, hemoperitoneo, etc.). Es precisamente su inflamación lo que da lugar a la entidad patológica de estas estructuras, la cual se denomina apendicitis epiploica¹.

Hay múltiples entidades que clínicamente pueden asemejarse a un episodio de apendicitis epiploica como la apendicitis, la colecistitis o la diverticulitis aguda, entre otras. El tratamiento inicial y fundamental es la analgesia. En primer lugar, debe intentarse el control sintomático con antiinflamatorios. Los síntomas usualmente remiten de 1 a 2 semanas, aunque los cambios radiológicos pueden persistir, dejando a criterio médico la intervención quirúrgica^{1,2,3,4}.

Presentación del caso

Paciente masculino de 42 años, el cual inicia 24 hrs previas con dolor abdominal agudo, localizado en fosa iliaca derecha, el cual va en incremento, acompañado de náusea y anorexia, acude con médico particular quien indica analgésico sin mejoría clínica, persistiendo el dolor y agregándose fiebre de 38°C, motivo por el que acude a urgencias para valoración.

Exploración física: Paciente con obesidad mórbida, 150 kg, IMC: 47, con fascias de dolor, fiebre de 38°C, semihidratado, cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen globoso por pániculo adiposo, ruidos peristálticos ausentes del lado derecho, dolor en punto de McBurney y Blumberg positivo, percusión timpánica, no hay plastrones palpables, no visceromegalias, resto de exploración física normal.

Exámenes de laboratorio: Hb 16 g, Hto 48.1% , leucocitos 15,000/ μ L, neutrófilos 81.6%, plaquetas 415 mil/ μ L, Bandas 3, TP 14.1, INR 1.14, TPT 23.8, Glucosa 115 mg/dL, TGO

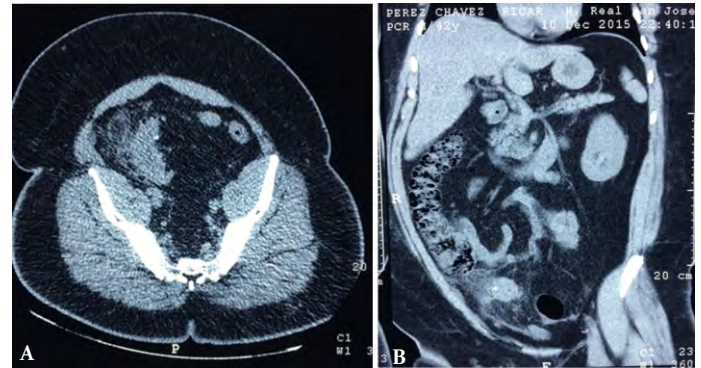


Figura 1. Tomografía axial computarizada del paciente: A. Área Hiperdensa (Plastrón) a nivel de fosa iliaca derecha con la presencia de calcificación sugestivo de apendicitis aguda. B. En el corte sagital se observa incremento de la densidad grasa con calcificación a nivel de fosa iliaca derecha sugestivo de plastrón.

20, TGP 14, GGT 16, FA 77.

Procedimiento quirúrgico: bajo anestesia general, se realiza laparoscopia con la presencia de líquido libre en cavidad de características inflamatorias de aproximadamente 50 cc, se despegó plastrón adherido a la pared abdominal en fosa iliaca derecha con la presencia de colecciones de fibrina, plastrón con cambios isquémicos importantes, eritematoso, indurado, adherido a la pared de colon sigmoides, debajo de plastrón se encuentra apéndice cecal sin cambios inflamatorios, con base normal, se procede a realizar apendicectomía profiláctica laparoscópica con la colocación de nudo preformado (Endoloop®) para el muñón apendicular, posterior se procede a resecar con disección roma y Ligasure® apéndice epiploica isquémica, respetando la pared del colon sigmoides; se extrae pieza quirúrgica y apéndice cecal con endobolsa, se coloca *penrose* abocado a hueco pélvico y fosa iliaca derecha exteriorizado por puerto supra púbico, termina acto quirúrgico sin eventualidades.

Discusión

El término apendicitis epiploica primaria es reservado para los casos que resultan de la torsión espontánea, isquemia o inflamación de un apéndice epiploico^{1,3,4,5}. Dos factores centrales contribuyen a la propensión de la torsión del apéndice epiploico seguidos de isquemia y/o infarto: su característica de estar libre y móvil, así como tener capacidad limitada de irrigación sanguínea consistente en dos estrechas arterias terminales y una vena tortuosa que pasan a través de estrecho pedículo⁵.

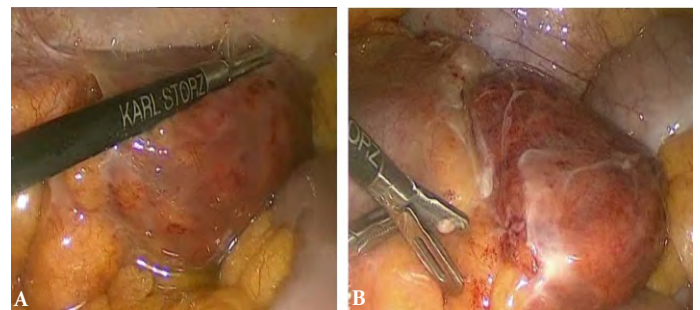


Figura 2. A. Plastrón adherido a la pared abdominal con proceso inflamatorio importante y datos congestivos e isquemia. B. Tumoración extraluminal a nivel de colon sigmoides con datos isquémicos importantes y colecciones de fibrina.

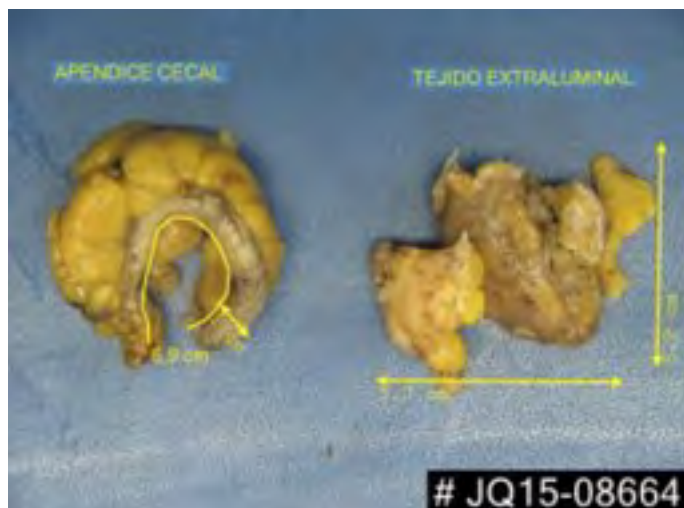


Figura 3. Apéndice Cecal sin cambios inflamatorios. Apéndice epiploico con inflamación crónica inespecífica, fibrosis y cambios isquémico hemorrágicos severos de 5.7 x 5.2 cm. Estudio histopatológico negativo para malignidad.

El colon sigmoidees y el ciego son los más comunes sitios de apendicitis epiploica y, de esas dos, la localización sigmoidea es la más frecuente⁶. Debido a que los apéndices epiploicos tienden a ser más largos en el sigmoidees, no es sorprendente que la apendicitis epiploica y su sintomatología acompañante sean más a menudo experimentados en el cuadrante inferior izquierdo. La apendagitis es difícil de diagnosticar clínicamente, debido a la ausencia de signos clínicos característicos y puede simular un abdomen agudo quirúrgico, confundiendo con apendicitis o diverticulitis. Hay al menos un caso, sin embargo, de un paciente con un colon sigmoidees muy largo y redundante que se presentó con la sintomatología en fosa ilíaca derecha³.

Aunque una revisión en la literatura no reveló una exacta incidencia, la rareza de la apendicitis epiploica primaria es evidenciada por el hecho que Sand y cols encontraron solo 10 pacientes en un estudio de 3 años llevado a cabo en un departamento de emergencias en un centro quirúrgico académico urbano¹. Aunque puede presentarse a cualquier edad, la apendicitis epiploica se presenta más comúnmente en la quinta década de la vida, con una leve preponderancia masculina^{3,5}. Sin embargo, Byanka Lorena y cols mencionan que la apendagitis epiploica puede presentarse entre los 12 y los 82 años de edad con un pico de incidencia en la quinta década de la vida. También se menciona que es más común en mujeres obesas⁶. Hanson y cols reportaron que no solo la apendicitis epiploica es más común en pacientes obesos, sino que es más común en pacientes obesos que recientemente han

perdido peso⁷.

La ecografía es una herramienta muy efectiva para la exploración del abdomen, pero requiere dedicación, habilidad y experiencia. Tanto la ecografía como la tomografía axial computarizada (TAC) han demostrado la auto limitación de la apendagitis muchas veces diagnosticada como cuadros de diverticulitis o apendicitis. En la actualidad, la ecografía es el estudio imagenológico de elección, por sus características que permiten poner el transductor en el sitio de mayor intensidad del dolor y buscar la presencia de masas ecogénicas. Sin embargo, en los pacientes obesos o cuando las localizaciones son profundas, disminuye la efectividad diagnóstica^{6,7}, como es el caso de nuestro paciente con obesidad mórbida.

La TAC es de gran utilidad en esta enfermedad, aunque los apéndices colónicos no inflamados no son visibles, salvo que estén rodeados por ascitis o líquido inflamatorio. De estar inflamados, permiten el diagnóstico presuntivo. Se observa como una masa de tejido adiposo hipodenso, mal delimitada, con imágenes lineales finas hiperdensas en su espesor. Al ser una estructura grasa, tras la necrosis se producen cambios histológicos que conducen a su calcificación. Byanka Lorena y cols, mencionan que debido a la alta sensibilidad y especificidad que tiene la TAC en el estudio del dolor abdominal agudo, constituye el método de elección para el diagnóstico de apendagitis, aunque puedan utilizarse el ultrasonido y la resonancia magnética como métodos alternativos^{6,7}. En nuestro caso, el paciente presentó líquido libre en cavidad lo que facilitó la visualización del apéndice epiploica a través de TAC, mostrando la presencia de calcificación sugestiva de necrosis.

Sand y cols opinaron que la intervención quirúrgica es mejor que el manejo expectante ya que 4 de sus 10 pacientes en su estudio tuvieron múltiples episodios antes de hacerse el diagnóstico, y en esos casos la intervención quirúrgica temprana puede evitar complicaciones tales como adherencias y formación de abscesos (3).

Conclusión

La apendicitis epiploica es una patología autolimitada, poco frecuente y en ocasiones puede ser no diagnosticada por la similitud con otras patologías quirúrgicas. El tratamiento, aunque es médico en la mayoría de los pacientes, no se puede descartar el manejo quirúrgico ante una evolución tórpida, como el presentado en nuestro caso con dolor abdominal persistente y reacción peritoneal localizada.

Referencias bibliográficas

- Miguel Ángel Rodríguez Gandía, Victor Moreira Vicente, Ignacio Gallego Rivera, Miguel Rivero Fernández y Elena Garrido Gómez Apendicitis epiploica: la otra apendicitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31(2):98-103.
- Philippe Leclercq MD, Laurent Dorthe MD. Epiploic appendagitis. *CMAJ.* JUNE 15, 2010.182(9).
- Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery* 2007 Jul 1;7:11.
- Tutar NU, Ozgül E, Oğuz D, Cakir B, Tarhan NC, Coşkun M. An uncommon cause of acute abdomen-epiploic appendagitis: CT findings. *Turk J Gastroenterol.* 2007;18:107-110.
- Jain TP, Shah T, Juneja S, Tambi RL. Case of the season: primary epiploic appendagitis: radiological diagnosis can avoid surgery. *Semin Roentgenol.* 2008;43:4-6.
- Byanka Lorena Pozzo-Salvatierra y Kenji Kimura-Fujikami. Apendicitis epiploica (apendagitis). *Anales de Radiología México* 2013;3:182-188.
- Hanson JM, Kam AW. Paracolic echogenic mass in a man with lower abdominal pain. Is epiploic appendagitis more common than previously thought? *Emerg Med J.* 2006;23:e17.