

329/96 - UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

I. García Díaz¹; A. Altadill Bermejo²; L. Salag Rubio³; P. Fernández Pérez⁴; M. Cobo Rossell⁵; D. San José de la Fuente⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁴Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁵Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁶Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buelna. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años con antecedentes de haber sido intervenido de hernioplastia inguinal y umbilical. Consulta a su médico de AP por segunda vez en 3 días por cuadro de dolor abdominal localizado a nivel de FII que no ha cedido con el tratamiento analgésico pautado previamente y que progresivamente ha ido en aumento acompañado de hiporexia. Niega fiebre, vómitos, clínica miccional o alteraciones del hábito intestinal. No refiere episodios previos similares. A su médico le llama la atención la reciente aparición de defensa a nivel de FII y por esta razón lo deriva con carácter urgente al hospital más cercano.

Exploración y pruebas complementarias: Una vez en el servicio de urgencias, el paciente se encuentra afebril, con tensiones en rangos normales y presenta discreto dolor abdominal. Únicamente llama la atención que a pesar de que el abdomen es blando y depresible, resulta doloroso a la palpación profunda de fosa iliaca izquierda y que presenta además defensa, sin apreciarse datos de peritonismo. Presentaba normalidad en los ruidos hidroaéreos. Se decide entonces realizar una analítica que resulta ser totalmente normal, sin leucocitosis ni otros datos sugestivos de inflamación/infección. Se le realiza radiografía de tórax que es normal y radiografía de abdomen donde se visualiza gas a nivel de colon sin objetivarse niveles hidroaéreos. En la ecografía tampoco se observan alteraciones. Dado que a pesar de la analgesia administrada en el servicio de urgencias, el paciente permanece sintomático, se decide solicitar la realización de un TAC abdominal informado como un aumento de densidad de la grasa de FII con morfología de anillo compatible con inflamación de apéndice epiploico, sin objetivarse imágenes diverticulares ni colecciones anómalas.

Juicio clínico: Apendagitis epiploica.

Diagnóstico diferencial: Apendagitis epiploica, diverticulitis aguda.

Comentario final: El paciente fue valorado por el servicio de cirugía general, quienes decidieron su ingreso para manejo conservador con analgesia y antibioterapia. Los apéndices epiploicos son pequeñas formaciones de grasa pediculadas y móviles, rodeadas por peritoneo visceral que discurren desde el ciego hasta el sigma, siendo más frecuentes y de mayor tamaño en colon izquierdo. Representa una entidad clínica relativamente infrecuente dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo, con una prevalencia en torno al 2-8% de todos los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda. Suele presentarse en varones en la cuarta/quinta década de la vida. Entre los factores de riesgo se encuentran: obesidad, hernia abdominal, pérdida brusca de peso, ejercicio físico intenso o transgresiones dietéticas. El cuadro clínico típico se caracteriza por dolor abdominal inespecífico, brusco, continuo e intenso, de menos de una semana de

evolución, localizado en FII. Típicamente, el paciente permanece afebril y no presenta leucocitosis. El TAC y, en menor medida, la ecografía son las dos técnicas radiológicas más útiles para el diagnóstico de esta entidad. Su tratamiento consiste en un manejo conservador con AINEs y analgésicos orales durante 10 días, reservando la cirugía para los casos complicados o con mala evolución clínica. El tratamiento antibiótico no está indicado de forma sistemática.

Bibliografía

-Madrazo Z, García A, Mast R, Fernández E, Rafecas A. Apendicitis epiploica. Cirugía española. 2009;86 (6):329-402.