Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1925

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2446 - ¿APENDAGITIS? INFRADIAGNÓSTICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

R. Regla Marín[a], E.M. Senra de la Fuente[b], A.I. Uta[a], C.E. Uta[c], A. Miguens Uriel[d], M. Avellana Gallán[e], A. Sánchez Corral[f], B. Vilariño Romero[g], D.A. Ferreras Gascó[g] y L. Gómez Ferreruela[h]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Onda. Castellón. [d]Médico de Familia. Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [h]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, acude a urgencias por dolor abdominal progresivo localizado en fosa ilíaca izquierda de 2 días de evolución, con escasa mejoría con paracetamol. Sin náuseas o vómitos. Afebril. Deposiciones normales. Sin clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente normocoloreada y normohidratada, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando, sin visceromegalias, con dolor y sensibilidad a palpación de fosa ilíaca izquierda y defensa en ese nivel, peristaltismo conservado. Analítica con leucocitosis leve, resto normal. Analítica de orina normal. Radiografía que descarta obstrucción intestinal. Ecografía descartando formaciones pseudoaneurismáticas y herniaciones, con una imagen ecogénica situada detrás del colon descendente, cuya pared no muestra formaciones diverticulares, con pequeña colección líquida, coincidiendo con el punto de máximo dolor. TC con imagen de densidad grasa, de 13 × 6 mm situada en flanco izquierdo, posterior a colon descendente. Cápsula hipercaptante y aumento de densidad y estriación de la grasa

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

regional indicando inflamación aguda, compatible con apendagitis epiploica. No se identifican imágenes diverticulares ni líquido intraperitoneal.

Juicio clínico: Apendagitis epiploica (AE).

Diagnóstico diferencial: Apendicitis retrocecal. Diverticulitis aguda. Linfadenitis mesentérica. Gastroenteritis aguda. Quiste de ovario hemorrágico.

Comentario final: Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas de 2-5 cm de grosor y 5 mm de longitud, que protruyen de la serosa del colon, en relación con las tenias, hacia la cavidad peritoneal, distribuidos a lo largo del colon, sobre todo sigmoide y ciego. La AE es una condición rara e infradiagnosticada que puede ser primaria, por torsión espontánea o trombosis de un apéndice epiploico seguido de isquemia o infarto hemorrágico e inflamación, o secundaria a un proceso inflamatorio de un órgano vecino como apendicitis, diverticulitis, o colecistitis. Se presenta como un dolor abdominal agudo y localizado con mayor frecuencia en fosas ilíacas, de varios días de evolución. Fiebre, leucocitosis o síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea pueden estar presentes pero suele ser raro. Se observa con mayor frecuencia entre la segunda y quinta décadas de vida, y hasta 4 veces más en hombres que en mujeres. La radiografía no es útil para su diagnóstico. Una ecografía mostrará un área hiperecoica en el punto de máximo dolor. La técnica de confirmación es el TAC, visualizando una imagen ovoidea de densidad grasa que corresponde al apéndice inflamado dependiendo de la serosa del colon, rodeado de una fina imagen lineal de 1-2 mm de grosor y con halo de tejido adiposo denso en forma de estrías o bandas. Puede existir o no engrosamiento del peritoneo parietal y/o de la pared del colon. El tratamiento es conservador mediante reposo, dieta ligera, analgesia y antiinflamatorios, no precisando tratamiento quirúrgico ni pauta de antibióticos. La clínica no suele prolongarse más de dos semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subramaniam R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearances. Emerg Med J. 2006;23:e53.

2. Choi YU, Choi PW, Park YH, et al. Clinical Characteristics of Primary Epiploic Appendagitis. Journal of the Korean Society of Coloproctology. 2011;27(3):114-21.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.